



ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ (Α.Τ.Ε.Ι.) ΠΑΤΡΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

---

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΣΤΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ»**



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:**

ΚΟΤΣΙΡΑ ΕΥΦΡΟΣΥΝΗ  
ΣΥΓΓΟΥΝΗ ΜΑΡΙΑ

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:** ΜΠΙΛΙΑΝΗ ΜΑΡΙΑ

*~ Πάτρα, Ιανουάριος 2007 ~*

«Η απόγνωση, που οφείλεται  
σε κάποιο κακόγουστο αστείο,  
που παίζεται στο άρρωστο μυαλό  
από την ψυχή που κατοικεί εκεί,  
μοιάζει με τη διαβολική  
αίσθηση ανησυχίας που έχει κανείς,  
όταν είναι φυλακισμένος  
σ' ένα υπερβολικά ζεστό δωμάτιο.  
και επειδή δεν φυσάει κανένα αεράκι  
για να ταρακουνήσει αυτό το τέλμα,  
επειδή δεν υπάρχει διέξοδος  
από την αποπνικτική απομόνωση,  
είναι απόλυτα φυσιολογικό  
να αρχίσει το θύμα,  
να σκέφτεται ασταμάτητα  
ότι πρέπει να αποκοπεί απ' όλα αυτά...»

~ William Styron ~

---

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η μελέτη αυτή, αποτελεί μία βιβλιογραφική ανασκόπηση του ζητήματος των Αυτοκαταστροφικών Συμπεριφορών που εμφανίζονται στις Καταθλιπτικές Διαταραχές. Για την ολοκλήρωση της εργασίας αυτής, πολλοί άνθρωποι και με πολλούς τρόπους συνέβαλαν.

Ιδιαίτερα, θα θέλαμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας στην εισηγήτρια καθηγήτρια της πτυχιακής μας εργασίας, κ. *Μπιλιάνη Μαρία* (Κοινωνική Λειτουργό), τόσο για τις εποικοδομητικές της υποδείξεις, τις συμβουλές και τις χρήσιμες παρατηρήσεις, όσο και για την ενθάρρυνση της σε ολόκληρη την προσπάθειά μας αυτή.

Ακόμα, θα θέλαμε να εκφράσουμε την ευγνωμοσύνη μας, σε όλους τους καθηγητές του τμήματος της Κοινωνικής Εργασίας, για τις πολύτιμες γνώσεις, που όλα αυτά τα χρόνια, μας έδωσαν, αλλά κυρίως για την συνεχή προσπάθεια τους, να μας μεταδώσουν την αγάπη τους για την επιστήμη της Κοινωνικής Εργασίας και τον σεβασμό στον άνθρωπο.

Σας ευχαριστούμε ειλικρινά όλους,

*Κοτσιρά Έυφροσύνη*  
*Συγγούνη Μαρία*

---

Πάτρα,  
Ιανουάριος 2007

## Α. ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

<b>A. ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.</b>	<b>1</b>
<b>B. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.</b>	<b>9</b>
<b>Γ. ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ.</b>	<b>11</b>
<b>Δ. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ.</b>	<b>15</b>
<b>Ε. ΟΡΟΛΟΓΙΑ.</b>	<b>17</b>
<b>ΣΤ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ.</b>	<b>25</b>
<b>1.0 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.</b>	<b>25</b>
1.1 Ορισμός.	25
1.2 Συμπτώματα.	26
1.2.1 Επιπτώσεις Κατάθλιψης στο συναίσθημα.	27
1.2.2 Επιπτώσεις Κατάθλιψης στο αυτόνομο νευρικό σύστημα.	29
1.2.3 Επιπτώσεις Κατάθλιψης στη κινητοποίηση.	30
1.2.4 Επιπτώσεις Κατάθλιψης στη σκέψη – αντίληψη.	31
1.2.5 Σωματικά ενοχλήματα σαν επιπτώσεις της Κατάθλιψης.	32
1.3 Διαφοροποίηση Κατάθλιψης Θλίψης.	33
1.4 Αιτιολογία.	35
1.4.1 Βιολογικοί Παράγοντες.	35
1.4.2 Ψυχολογικοί Παράγοντες.	37
1.4.3 Κοινωνικοί Παράγοντες και Γεγονότα Ζωής.	37
1.5 Επισκόπηση Κατάθλιψης και Μανίας.	38
1.6 Ταξινόμηση Καταθλιπτικών Συνδρόμων.	39
1.6.1 Ανάλογα με το βαθμό σοβαρότητας.	40
1.6.2 Παραδοσιακοί Τρόποι Ταξινόμησης.	40
1.6.3 Σύγχρονοι Τρόποι Ταξινόμησης.	42
1.6.3.1 Ταξινόμηση σύμφωνα με το ICD-10.	43
1.6.3.2 Ταξινόμηση σύμφωνα με το DSM-IV.	44
1.7 Διάγνωση.	46
1.8 Επιπλοκές.	48
1.9 Επιδημιολογία - Ομάδες κινδύνου.	48
1.9.1 Ηλικιακές ομάδες.	49
1.9.1.1 Βρεφική Κατάθλιψη.	49
1.9.1.2 Παιδική – Εφηβική Κατάθλιψη.	49
1.9.1.3 Γεροντική Κατάθλιψη.	53
1.9.2 Δημιουργικά άτομα.	55
1.10 Συννοσηρότητα.	55

<b>2.0 ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ</b>	<b>58</b>
2.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	58
2.1.1 Ορισμός	59
2.1.2 Γενική Αιτιολογία	60
2.1.3 Γενικά Χαρακτηριστικά	61
2.1.4 Διαγνωστικά Χαρακτηριστικά Κατά DSM-IV	62
2.1.5 Επιπλοκές	65
2.1.6 Κατηγορίες Διαταραχών Προσωπικότητας	66
2.1.6.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΟΡΙΑΚΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	67
2.1.6.1.1 Κλινική Περιγραφή	68
2.1.6.1.2 Διαγνωστικά Κριτήρια κατά DSM-IV	71
2.1.6.1.3 Σύνοδα Χαρακτηριστικά – Διαταραχές	73
2.1.6.1.4 Επιδημιολογία	73
2.1.6.1.5 Αιτιολογία	74
2.1.6.1.6 Παράγοντες Κινδύνου	76
2.1.6.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	76
2.1.6.2.1 Κλινική Περιγραφή	77
2.1.6.2.2 Διαγνωστικά Κριτήρια κατά DSM-IV	77
2.1.6.2.3 Σύνοδα Χαρακτηριστικά – Διαταραχές	78
2.1.6.2.4 Επιδημιολογία	78
2.1.6.2.5 Αιτιολογία	79
2.1.6.2.6 Παράγοντες Κινδύνου	79
2.1.6.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΔΡΑΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	80
2.1.6.3.1 Κλινική Περιγραφή	80
2.1.6.3.2 Διαγνωστικά Κριτήρια κατά DSM-IV	82
2.1.6.3.3 Σύνοδα Χαρακτηριστικά – Διαταραχές	83
2.1.6.3.4 Επιδημιολογία	85
2.1.6.3.5 Αιτιολογία	85
2.1.6.3.6 Παράγοντες Κινδύνου	86
2.1.6.4 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗΣ – ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	87
2.1.6.4.1 Κλινική Περιγραφή	87
2.1.6.4.2 Διαγνωστικά Κριτήρια κατά DSM-IV	88
2.1.6.4.3 Σύνοδα Χαρακτηριστικά – Διαταραχές	88
2.1.6.4.4 Επιδημιολογία	89
2.1.6.4.5 Αιτιολογία – Παράγοντες Κινδύνου	89
2.1.6.5 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΠΟΦΕΥΚΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	90
2.1.6.5.1 Κλινική Περιγραφή	90

2.1.6.5.2 Διαγνωστικά Κριτήρια κατά DSM-IV. . . . .	90
2.1.6.5.3 Σύνοδα Χαρακτηριστικά – Διαταραχές. . . . .	91
2.1.6.5.4 Επιδημιολογία. . . . .	91
2.1.6.5.5 Αιτιολογία. . . . .	92
2.1.6.5.6 Παράγοντες Κινδύνου. . . . .	92
2.1.6.6 Διαταραχές Προσωπικότητας Υπό Μελέτη. . . . .	92
2.1.6.6.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΑΘΗΤΙΚΟ-ΕΠΙΘΕΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ. . . . .	93
2.1.6.6.1.1 Κλινική Περιγραφή. . . . .	93
2.1.6.6.1.2 Διαγνωστικά Κριτήρια κατά DSM-III-R. . . . .	94
2.1.6.6.1.3 Σύνοδα Χαρακτηριστικά. . . . .	94
2.1.6.6.1.4 Αιτιολογία. . . . .	96
2.1.6.6.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΥΤΟ-ΗΤΤΩΜΕΝΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ. . . . .	96
2.1.6.6.2.1 Διαγνωστικά Κριτήρια κατά DSM-III-R. . . . .	96
2.2 ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ. . . . .	97
2.2.1 Ορισμός. . . . .	97
2.2.2 Συμπτώματα. . . . .	98
2.2.3 Παράγοντες Κινδύνου. . . . .	101
2.2.4 Ψυχοδυναμική των Αγχωδών Διαταραχών. . . . .	102
2.2.5 Κατηγορίες Αγχωδών Διαταραχών. . . . .	102
2.2.5.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΨΥΧΟΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΣΤΡΕΣ. . . . .	102
2.2.5.1.1 Κλινική Περιγραφή. . . . .	103
2.2.5.1.2 Αιτιολογία. . . . .	104
2.2.5.1.3 Επιπλοκές. . . . .	105
2.2.5.2 ΙΔΕΟΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ. . . . .	105
2.2.5.2.1 Κλινική Περιγραφή. . . . .	108
2.2.5.2.2 Αιτιολογία. . . . .	110
2.2.5.3 ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗ ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ. . . . .	112
2.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΙΤΙΣΗΣ. . . . .	113
2.3.1 Γενική Αιτιολογία. . . . .	114
2.3.2 Κατηγορίες Διαταραχών Σίτισης. . . . .	116
2.3.2.1 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ. . . . .	116
2.3.2.2 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ. . . . .	120
2.4 ΑΠΟΣΥΝΔΕΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ. . . . .	122
2.4.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΠΟΠΡΟΣΩΠΟΠΟΙΗΣΗΣ. . . . .	123
2.4.1.1 Διαγνωστικά Κριτήρια κατά DSM-IV. . . . .	124
2.4.1.2 Αιτιολογία. . . . .	124
2.5 2.5 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΩΝ ΠΑΡΟΡΜΗΣΕΩΝ. . . . .	125
2.5.1 ΔΙΑΛΕΙΠΟΥΣΑ ΕΚΡΗΚΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ. . . . .	125

2.5.1.1 Διαγνωστικά Κριτήρια κατά DSM-IV. . . . .	126
2.5.1.2 Αιτιολογία. . . . .	127
2.5.2 ΤΡΙΧΟΤΙΛΛΟΜΑΝΙΑ. . . . .	127
2.5.2.1 Διαγνωστικά Κριτήρια κατά DSM-IV. . . . .	128
2.5.2.2 Αιτιολογία. . . . .	128
2.5.3 ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΑΡΤΟΠΑΙΞΙΑ. . . . .	129
2.5.3.1 Διαγνωστικά Κριτήρια κατά DSM-IV. . . . .	130
2.5.3.2 Αιτιολογία. . . . .	130
2.5.4 ΠΥΡΟΜΑΝΙΑ. . . . .	131
2.5.4.1 Διαγνωστικά Κριτήρια κατά DSM-IV. . . . .	131
2.5.4.2 Αιτιολογία. . . . .	132
2.5.5 ΚΛΕΠΤΟΜΑΝΙΑ. . . . .	132
2.5.5.1 Διαγνωστικά Κριτήρια κατά DSM-IV. . . . .	133
2.5.5.2 Αιτιολογία. . . . .	133
2.5.6 Διαταραχές Ελέγχου των παρορμήσεων	
Μη Προσδιοριζόμενες Αλλιώς. . . . .	133
2.6 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ. . . . .	135
2.6.1 Αιτιολογία. . . . .	136
2.6.2 Εξάρτηση από Ουσίες. . . . .	138
2.6.2.1 Διαγνωστικά Κριτήριο κατά DSM-IV. . . . .	138
2.6.2.2 Τύποι Εξάρτησης. . . . .	141
2.6.3 Κατάχρηση Ουσιών. . . . .	141
2.6.3.1 Διαγνωστικά Κριτήριο κατά DSM-IV. . . . .	142
2.6.3.2 ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΙΑ. . . . .	143
2.6.3.2.1 Αιτιολογία. . . . .	144
2.6.3.2.2 Παρενέργειες. . . . .	145
2.6.3.3 ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ. . . . .	147
2.6.3.3.1 Αιτιολογία. . . . .	148
2.6.3.3.2 Επιπλοκές. . . . .	149
<b>3.0 ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ. . . . .</b>	<b>150</b>
3.1 ΓΕΝΙΚΑ. . . . .	150
3.1.1 Αρνητικοί Μηχανισμοί Αντιμετώπισης. . . . .	151
3.1.2 Ενδείξεις. . . . .	152
3.1.3 Αιτιολογία. . . . .	154
3.2 Κατηγορίες Αυτοκαταστροφικών Συμπεριφορών. . . . .	156
3.2.1 ΑΥΤΟ-ΗΤΤΩΜΕΝΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ. . . . .	156
3.2.1.1 Κλινικά Χαρακτηριστικά. . . . .	157
3.2.1.2 Μορφές. . . . .	158

3.2.1.3 Αιτιολογία. . . . .	160
<b>3.2.2 ΑΥΤΟΤΡΑΥΜΑΤΙΚΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ. . . . .</b>	<b>162</b>
3.2.2.1 Ορισμός. . . . .	163
3.2.2.2 Χαρακτηριστικά. . . . .	164
3.2.2.3 Παραδοσιακές Αντιλήψεις. . . . .	165
3.2.2.4 Κατηγορίες. . . . .	166
3.2.2.5 Μέθοδοι. . . . .	168
3.2.2.6 Συμπτώματα. . . . .	170
3.2.2.7 Αιτιολογικά Μοντέλα. . . . .	171
3.2.2.8 Λειτουργίες. . . . .	180
3.2.2.8.1 Ψυχολογικές Λειτουργίες. . . . .	180
3.2.2.8.2 Βιολογικές Λειτουργίες. . . . .	185
3.2.2.9 Διάγνωση. . . . .	187
3.2.2.10 Παράγοντες Κινδύνου – Επιπολασμός. . . . .	188
3.2.2.11 Συχνότητα. . . . .	193
3.2.2.12 Επιπλοκές. . . . .	194
3.2.2.13 Σχέση με την Αυτοκτονία. . . . .	194
3.2.2.14 Προφίλ Ατόμων. . . . .	195
3.2.2.14.1 Παιδιά – Έφηβοι. . . . .	200
3.2.2.14.2 Ενήλικοι – Ηλικιωμένοι. . . . .	201
3.2.2.14.3 Άτομα με ιστορικό εγκληματικότητας. . . . .	201
3.2.2.15 Ντροπή και αυτοτραυματισμός. . . . .	201
3.2.2.16 Τελετουργικές Διαδικασίες. . . . .	204
3.2.2.17 Εθισμός. . . . .	206
3.2.2.18 Αντιδράσεις. . . . .	207
3.2.2.18.1 Οικογενειακός και κοινωνικός περίγυρος. . . . .	207
3.2.2.18.2 Θεραπευτές. . . . .	208
3.2.2.19 Μύθοι γύρω από τον Αυτοτραυματισμό. . . . .	209
<b>3.2.3 ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ. . . . .</b>	<b>212</b>
3.2.3.1 Ορισμός. . . . .	212
3.2.3.2 Τύποι. . . . .	213
3.2.3.3 Σχέση με τη Κατάθλιψη. . . . .	216
3.2.3.4 Αυτοκτονική Συμπεριφορά. . . . .	219
3.2.3.5 Τάσεις και Ιδεασμός. . . . .	219
3.2.3.6 Ολοκληρωμένες Αυτοκτονίες και Απόπειρες. . . . .	220
3.2.3.7 Μέθοδοι. . . . .	221
3.2.3.8 Προφίλ Ατόμων. . . . .	222
3.2.3.9 Επιθυμία Ζωής και Επιθυμία Θανάτου. . . . .	224



3.2.3.10	Επιδημιολογία. . . . .	226
3.2.3.11	Αιτιολογία – Παράγοντες Κινδύνου. . . . .	230
3.2.3.11.1	Κοινωνικό-Πολιτισμικές Αιτίες. . . . .	231
3.2.3.11.2	Ψυχολογικές Αιτίες. . . . .	233
3.2.3.11.3	Νευροβιολογικές Αιτίες. . . . .	233
3.2.3.11.4	Συνυπάρχουσες Ψυχολογικές Διαταραχές. . . . .	235
3.2.3.12	Ενδείξεις Αυτοκτονικότητας. . . . .	238
3.2.3.13	Διάγνωση. . . . .	240
3.2.3.14	Επιπολασμός – Ομάδες Κινδύνου. . . . .	242
3.2.3.15	Επιβοηθούμενη Αυτοκτονία. . . . .	248
3.2.3.16	Εποχικότητα. . . . .	249
3.2.3.17	Επιπρόσθετοι Επιβαρυντικοί Παράγοντες. . . . .	249
3.2.3.17.1	Παράγοντας Κατάχρησης Αλκοόλ. . . . .	249
3.2.3.17.2	Παράγοντας Χρήσης Καπνού. . . . .	250
3.2.3.17.3	Παράγοντας Μ.Μ.Ε. . . . .	251
3.2.3.18	Τα θύματα. . . . .	253
3.2.3.18.1	Οι έφηβοι. . . . .	254
3.2.3.18.1.1	Χαρακτηριστικά. . . . .	258
3.2.3.18.1.2	Στατιστικά. . . . .	260
3.2.3.18.1.3	Μιμητική Αυτοκτονία. . . . .	261
3.2.3.18.2	Φοιτητές. . . . .	262
3.2.3.18.2.1	Στατιστικά – Χαρακτηριστικά. . . . .	263
3.2.3.18.2.2	Επιπολασμός – Αιτιολογία. . . . .	264
3.2.3.18.3	Τρίτη Ηλικία. . . . .	265
3.2.3.18.3.1	Στατιστικά. . . . .	265
3.2.3.18.3.2	Παρά-αυτοκτονική Συμπεριφορά. . . . .	268
3.2.3.18.3.3	Αιτιολογία. . . . .	268
3.2.3.18.4	Οικογένεια και Κοινωνικός Περίγυρος. . . . .	269
3.2.3.18.5	Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας. . . . .	270
3.2.3.19	Μύθοι και Πραγματικότητα. . . . .	271
<b>4.0</b>	<b>ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ</b>	
	<b>ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ. . . . .</b>	<b>273</b>
4.1	Επείγουσα Ψυχιατρική. . . . .	273
4.1.1	Η Ψυχιατρική Εξέταση κατά την Εφημερία. . . . .	273
4.2	ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ. . . . .	276
4.2.1	Πρωτογενής Πρόληψη. . . . .	279
4.2.1.1	Κέντρα Πρόληψης. . . . .	281
4.2.1.1.1	Υπηρεσίες Παρέμβασης στη Κρίση. . . . .	281

4.2.1.2 Υπηρεσίες Τηλεφωνικής Παρέμβασης στη Κρίση. . . . .	285
4.2.2 Δευτερογενής Πρόληψη – Παρέμβαση. . . . .	288
4.2.2.1 Η εκτίμηση του κινδύνου. . . . .	288
4.2.2.2 Όταν ο κίνδυνος παρουσιάζεται αυξημένος. . . . .	290
4.2.2.3 Μετά την απόπειρα αυτοκτονίας. . . . .	291
4.2.3 Τριτογενής Πρόληψη. . . . .	295
4.3 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ. . . . .	295
4.3.1 ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ. . . . .	296
4.3.1.1 Φαρμακοθεραπεία. . . . .	296
4.3.1.1.1 Λειτουργία Νευροδιαβιβαστών. . . . .	297
4.3.1.1.2 Κατηγορίες Αντικαταθλιπτικών. . . . .	298
4.3.1.1.3 Άλλα Φάρμακα. . . . .	302
4.3.1.1.4 Συνεχιζόμενη Θεραπεία. . . . .	304
4.3.1.1.5 Θεραπεία Συντήρησης. . . . .	304
4.3.1.1.6 Ανθεκτική Κατάθλιψη. . . . .	305
4.3.1.1.6.1 Στρατηγικές Αντιμετώπισης Ανθεκτικής Κατάθλιψης. . . . .	306
4.3.2 ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ. . . . .	306
4.3.2.1 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) . . . . .	306
4.3.2.2 Φωτοθεραπεία. . . . .	310
4.3.2.3 Ψυχοχειρουργική. . . . .	311
4.3.2.4 Υπνοθεραπεία. . . . .	312
4.3.2.5 Ομοιοπαθητική. . . . .	314
4.3.3 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ. . . . .	314
4.3.3.1 Ψυχοδυναμικές Μορφές Ψυχοθεραπείας. . . . .	316
4.3.3.1.1 Ψυχανάλυση. . . . .	317
4.3.3.1.2 Ψυχαναλυτική Θεραπεία. . . . .	320
4.3.3.1.2.1 Εναισθητική Ψυχοθεραπεία. . . . .	320
4.3.3.1.2.2 Ψυχοθεραπεία Σχέσης. . . . .	321
4.3.3.1.2.3 Υποστηρικτική Ψυχοθεραπεία. . . . .	321
4.3.3.1.3 Βραχεία Δυναμική Θεραπεία. . . . .	322
4.3.3.1.4 Ομαδική Θεραπεία. . . . .	324
4.3.3.1.4.1 Το Ψυχόδραμα. . . . .	324
4.3.3.1.4.2 Ομάδες Αυτοβοήθειας. . . . .	325
4.3.3.1.4.2.1 Ανώνυμοι Αυτοτραυματιζόμενοι. . . . .	326
4.3.3.1.4.2.2 Ανώνυμοι Αυτοκτονικοί. . . . .	327
4.3.3.1.5 Οικογενειακή Θεραπεία - Θεραπεία Ζεύγους. . . . .	327
4.3.3.1.6 Θεραπεία Περιβάλλοντος. . . . .	329

4.3.3.2	Ατομικές Συμπεριφορικές και Γνωσιακές Θεραπείες. . . . .	329
4.3.3.2.1	Θεραπεία Συμπεριφοράς. . . . .	330
4.3.3.2.2	Θεραπεία Γνωστικής Συμπεριφοράς. . . . .	331
4.3.3.2.2.1	Διαλεκτική Θεραπεία. . . . .	335
4.3.3.2.3	Διαπροσωπική Θεραπεία. . . . .	341
4.3.3.3	Λοιπές Μορφές Θεραπείας. . . . .	343
4.3.3.3.1	Συμβουλευτική Ψυχολογία. . . . .	343
4.3.3.3.2	Πίστη και Κατάθλιψη. . . . .	344
4.3.3.4	Συνδυασμός Θεραπειών. . . . .	345
<b>Z.</b>	<b>Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ</b>	
	ΚΑΙ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ. . . . .	347
<b>Z.1</b>	<b>ΡΟΛΟΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ. . . . .</b>	<b>349</b>
<b>Z.1.1</b>	<b>Ψυχίατρος. . . . .</b>	<b>350</b>
<b>Z.1.1.1</b>	<b>Παιδοψυχίατρος. . . . .</b>	<b>350</b>
<b>Z.1.2</b>	<b>Ψυχολόγος – Ψυχοθεραπευτής. . . . .</b>	<b>352</b>
<b>Z.2</b>	<b>Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ. . . . .</b>	<b>353</b>
<b>Z.2.1</b>	<b>Συμβουλευτικό Έργο. . . . .</b>	<b>353</b>
<b>Z.2.2</b>	<b>Θεραπευτικό Έργο. . . . .</b>	<b>354</b>
<b>Z.2.2.1</b>	<b>Κλινική – Θεραπευτική Παρέμβαση. . . . .</b>	<b>357</b>
<b>H.</b>	<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ. . . . .</b>	<b>364</b>
<b>Θ.</b>	<b>ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ. . . . .</b>	<b>367</b>
<b>I.</b>	<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ – ΑΡΘΡΑ – ΠΗΓΕΣ. . . . .</b>	<b>377</b>
<b>K.</b>	<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ. . . . .</b>	<b>387</b>
<b>K.1</b>	<b>Προτυποποιημένη συνέντευξη για</b>	
	<b>τη συμπλήρωση της κλίμακας Hamilton. . . . .</b>	<b>388</b>
<b>K.2</b>	<b>Χρήσιμα τηλέφωνα. . . . .</b>	<b>395</b>

## B. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όλοι έχουμε κακή ψυχική διάθεση από καιρό σε καιρό. Για παράδειγμα, εάν διαλυθεί μια σχέση, μπορεί να αισθανθούμε αναστάτωση, να κλάψουμε, να μην έχουμε όρεξη για φαγητό, να νιώσουμε θυμό και ευερεθιστότητα, ίσως να κοιμόμαστε άσχημα και να γίνουμε δύστροποι και αγχώδεις. Μάλιστα, αυτά τα συναισθήματα, αρκετές φορές, επιμένουν για μεγάλο διάστημα και επηρεάζουν, όχι μόνο το σώμα, αλλά και το πνεύμα μας. Ένα φυσιολογικό είδος απώλειας (θάνατος, χωρισμός, κλπ), μετατρέπεται σε ψυχικό θρήνο, ο οποίος με τη σειρά του, αλλοιώνει την αλληλεπίδρασή μας με την ζωή.

Λέγεται, ότι η Κατάθλιψη είναι το ψεγάδι της αγάπης. Για να έχουμε την ικανότητα να αγαπάμε, πρέπει να μπορούμε να απελπιζόμαστε για αυτό που χάνουμε, και η Κατάθλιψη είναι ο μηχανισμός αυτής της απελπισίας. Όταν έρχεται, υποβαθμίζει τον εαυτό και τελικά εξαφανίζει την ικανότητά μας να δίνουμε ή να δεχόμαστε αγάπη. Είναι η μοναχικότητα μέσα μας, που γίνεται έκδηλη, που εξωτερικεύεται και καταστρέφει όχι μόνο τους δεσμούς μας με τους άλλους, αλλά και την ικανότητα να νοιώθουμε εν ειρήνη με τον εαυτό μας όταν είμαστε μόνοι. Η αγάπη, παρόλο που δεν προφυλάσσει από την Κατάθλιψη, είναι σαν ένα μαλακό μαξιλάρι που προστατεύει τον νου από τον ίδιο τον εαυτό.

Τα φάρμακα και η ψυχοθεραπεία μπορούν να ανανεώσουν αυτή την προστασία, δίνοντας μας και πάλι τη δυνατότητα να αγαπήσουμε και να αγαπηθούμε, και αυτός είναι ο λόγος που λειτουργούν αποτελεσματικά. Όταν οι άνθρωποι είναι σε καλή διάθεση, κάποιοι αγαπούν τον εαυτό τους και κάποιοι αγαπούν άλλους, κάποιοι αγαπούν την δουλειά τους και κάποιοι αγαπούν τον Θεό. Η αγάπη μας απαρνιέται πότε-πότε, κι εμείς απαρνιόμαστε την αγάπη. Όταν υπάρχει Κατάθλιψη, λείπει το νόημα από τη ζωή μας, η συγκίνηση, κι αυτό γίνεται αυταπόδεικτο. Το μόνο αίσθημα που μένει είναι η ασημαντότητα...

Αιχμάλωτοι στη μοναξιά του αυτόνομου σώματος, αναρωτιόμαστε: «*Να ζει κανείς ή να μην ζει;*». Είναι το θέμα για το οποίο έχουν γραφτεί τόσο πολλά και όμως έχουν ειπωθεί τόσο λίγα. Ο Άμλετ αναρωτιέται αν η

απάντηση βρίσκεται «στον κόσμο τον άλλο, από όπου δεν γυρίζει ταξιδιώτης». Ο θάνατος είναι ένα αναπόφευκτο γεγονός για όλους. Πολλές φορές είναι μοιραία απόρροια, άλλες φορές έρχεται ξαφνικά. Υπήρχαν όμως πάντοτε και οι περιπτώσεις ανθρώπων που έχουν τη τάση να τον προκαλούν. Η δύναμη εκείνων που αυτοκτονούν έχει υμνηθεί από πολλούς ανθρώπους που αγάπησαν τη ζωή. Δεν παύει όμως, ανέκαθεν, να αποτελεί ένα μείζον θέμα.

Οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν περάσει κάποιες στιγμές από την Κατάθλιψη και την σκέψη της αυτοκτονίας, και είτε την έχουν ξεπεράσει είτε παλεύουν ακόμη. Αγαπημένα άτομα γύρω μας αισθάνονται τον πόνο, την μοναξιά, την απελπισία, την αγωνία που στρεσογόνα γεγονότα της ζωής δημιουργούν.

Αυτή η εργασία απευθύνεται σε όλους αυτούς που βρέθηκαν ή βρίσκονται υπό την πίεση τέτοιων ψυχολογικών καταστάσεων και σε όλους όσους τους συμπαραστέκονται...

## Γ. ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Στην εργασία αυτή, γίνεται λόγος για τις αυτοκαταστροφικές διαταραχές ή και συμπεριφορές, που εμφανίζονται στο άτομο, κατά τη διάρκεια της Κατάθλιψης . Είναι σημαντικό, να υπογραμμιστεί σε αυτό το σημείο, ότι δεν έγινε αναφορά, στις αυτοκαταστροφικές τάσεις, ως συνέπεια κάποιας, ήδη υπάρχουσας ή υποβόσκουσας, σοβαρής ψυχικής Διαταραχής, όπως π.χ. της Σχιζοφρένειας. Θεωρήσαμε την Σχιζοφρένεια, σαν ένα διαφορετικό μηχανισμό αντίληψης της έννοιας της αυτοκαταστροφής, ο οποίος απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή και αναλυτικότερη προσέγγιση. Η σειρά, λοιπόν, με την οποία επεξεργάζονται τα θέματα, στην παρούσα πτυχιακή, είναι η ακόλουθη:

**Στην ενότητα Δ.** περιγράφονται αφενός ο σκοπός και αφετέρου οι στόχοι της παρούσας εργασίας.

**Στην ενότητα Ε.** επεξηγούνται συγκεντρωτικά, οι σημαντικότεροι ψυχιατρικοί όροι, που χρησιμοποιούνται καθόλη τη διάρκεια της συγκεκριμένης μελέτης.

**Στην ενότητα ΣΤ.** αναλύεται και παρουσιάζεται το κύριο μέρος αυτής της πτυχιακής, που αφορά τις Συμπεριφορές Αυτοκαταστροφής, που εντοπίζονται στο φάσμα της Καταθλιπτικής Διαταραχής. Συγκεκριμένα:

Στο πρώτο κεφάλαιο. γίνεται εκτενής ανάλυση για το φαινόμενο της Κατάθλιψης . Συγκεκριμένα, περιγράφεται ο ορισμός της Κατάθλιψης , τα συμπτώματα και οι επιπτώσεις στο συναίσθημα, στο νευρικό σύστημα, το σώμα και στην σκέψη-αντίληψη. Ακόμη αναφέρεται ο διαχωρισμός της Κατάθλιψης από τη θλίψη, όπως επίσης η αιτιολογία της Κατάθλιψης και οι παράγοντες που την προκαλούν, όπως βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί. Γίνεται μια επισκόπηση της Κατάθλιψης και της Μανίας, ταξινομούνται επίσης τα καταθλιπτικά σύνδρομα ανάλογα με τη σοβαρότητά τους και παραθέτονται ακόμη οι παραδοσιακοί και σύγχρονοι τρόποι ταξινόμησής τους, σύμφωνα με το ICD-10 και το DSM-IV. Γίνεται

εξίσου αναφορά για την διάγνωση της Κατάθλιψης καθώς και τις επιπλοκές της. Μελετάται, επίσης, η επιδημιολογία τη Κατάθλιψης και οι ομάδες υψηλού κινδύνου, καθώς επίσης αναλύεται το φαινόμενο της Κατάθλιψης σε σχέση με όλες τις ηλικιακές ομάδες, όπως στη βρεφική, παιδική και εφηβική ηλικία καθώς και στη γεροντική. Μελέτη γίνεται, επιπλέον, για την Κατάθλιψη σε σχέση με τα δημιουργικά άτομα. Στο τέλος αυτού του κεφαλαίου, γίνεται περιγραφή της συννοσηρότητας της Κατάθλιψης με άλλες διαταραχές.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, αναλύονται εκτενώς όλες οι διαταραχές, με εξίσου αυτοκαταστροφικό χαρακτήρα, οι οποίες μπορεί να συνυπάρξουν και να αλληλοεπηρεάζονται με την Κατάθλιψη. Οι διαταραχές αυτές, περιλαμβάνουν τις *Διαταραχές της Προσωπικότητας* (όπως είναι Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας, η Διαταραχή Εξαρτημένης Προσωπικότητας, η Δραματική Διαταραχή Προσωπικότητας κλπ.), *Αγχώδεις Διαταραχές* (όπως είναι η Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή, η Διαταραχή μετά από Ψυχοτραυματικό Στρες, καθώς και Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή), τις *Διαταραχές Σίτισης* (όπως η Ψυχογενής Ανορεξία ή η Ψυχογενής Βουλιμία), εξίσου μπορεί να συνυπάρχουν *Διαταραχές Αποσυνδεδετικού Χαρακτήρα* (κυρίως Διαταραχή Αποπροσωποποίησης), *Διαταραχές Ελέγχου των Παρορμήσεων* (όπως είναι η Διαλείπουσα Εκρηκτική Διαταραχή, η Τριχοτιλλομανία, κ.λπ.) και τέλος *Διαταραχές Σχετιζόμενες με Παθολογική Χρήση Ουσιών* (όπως η Τοξικομανία και ο Αλκοολισμός).

Το τρίτο κεφάλαιο, αφορά τις Συμπεριφορές Αυτόκαταστροφής και γίνεται μια προσπάθεια εκτενούς περιγραφής και ανάλυσης τους. Συγκεκριμένα, αναλύονται οι *Αυτό-Ηττώμενες Συμπεριφορές*, οι Συμπεριφορές *Αυτοτραυματισμού* καθώς και η *Αυτοκτονικές Συμπεριφορές*. Για όλους τους τύπους Αυτόκαταστροφικής Συμπεριφοράς γίνεται λεπτομερής περιγραφή των διαγνωστικών κριτηρίων, της αιτιολογίας τους, των συνοδών χαρακτηριστικών τους, των μορφών, καθώς και πολλά άλλα

ενδιαφέροντα στοιχεία. Ακόμη παρατίθενται οι τύποι και το προφίλ των ατόμων με τάσεις αυτοκαταστροφής, οι μέθοδοι αυτοκαταστροφικότητας που χρησιμοποιούνται από τα άτομα, οι επιπρόσθετοι επιβαρυντικοί παράγοντες, ο επιπολασμός, οι ομάδες υψηλού κινδύνου, η επιδημιολογία, ενώ επίσης περιγράφονται, για όλες τις ευπαθείς ομάδες, πιο λεπτομερή στοιχεία.

Το τέταρτο κεφάλαιο, αφορά την Πρόληψη και Θεραπεία των Αυτοκαταστροφικών Συμπεριφορών ή και Διαταραχών της Κατάθλιψης. Ειδικότερα, όσον αφορά την Πρόληψη, περιγράφονται η *Πρωτογενής*, η *Δευτερογενής Πρόληψη – Παρέμβαση* και *Τριτογενής Πρόληψη*. Αναλύονται συγκεκριμένες τεχνικές παρέμβασης του κάθε τομέα Πρόληψης (όπως είναι τα Κέντρα Πρόληψης, η Παρέμβαση στη Κρίση, η εκούσια ή ακούσια εισαγωγή στο νοσοκομείο κλπ). Στη συνέχεια γίνεται ανάλυση των *Θεραπευτικών Αγωγών* και συγκεκριμένα, περιγράφονται οι *Βιολογικές Θεραπείες* που έχουν να κάνουν με *Φαρμακευτικές αγωγές* (αντικαταθλιπτικά, αγχολυτικά, αντιψυχωτικά) και άλλες *Εναλλακτικές Θεραπείες* (όπως η Ηλεκτροσπασμοθεραπεία, η Φωτοθεραπεία, η Ψυχοχειρουργική, η Ύπνωση κλπ). Επιπροσθέτως περιγράφονται εκτενώς οι *Ψυχοθεραπείες* και συγκεκριμένα: Οι *Ψυχοδυναμικές μορφές ψυχοθεραπείας*, (όπως, η Ψυχανάλυση, η Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία, η Εναισθητική Ψυχοθεραπεία, η Ψυχοθεραπεία Σχέσης, και η Υποστηρικτική Ψυχοθεραπεία). Ακόμη περιγράφονται οι *Βραχείες Δυναμικές Ψυχοθεραπείες*, η *Ομαδική Ψυχοθεραπεία* (ομάδες Αυτοβοήθειας κλπ), η *Οικογενειακή Θεραπεία* και η Θεραπεία Περιβάλλοντος. Γίνεται, επιπροσθέτως, αναφορά και για τις *Ατομικές Συμπεριφορικές και Γνωσιακές Θεραπείες* (όπως, η Θεραπεία της Συμπεριφοράς, η Γνωσιακή Θεραπεία - συμπεριλαμβανομένου της Διαλεκτικής Θεραπείας), η *Διαπροσωπική Θεραπεία* καθώς και *Λοιπές Μορφές Θεραπείας* (όπως και η Συμβουλευτική Ψυχολογία ή και ο Συνδυασμός Θεραπειών).

**Στην ενότητα Ζ**, περιγράφεται και αναλύεται ο ρόλος, τόσο της *Διεπιστημονικής ομάδας* (Ψυχίατρος, Ψυχολόγος – Ψυχοθεραπευτής κλπ)



όσο και του *Κοινωνικού Λειτουργού*, όσον αφορά το *Συμβουλευτικό* αλλά και το *Θεραπευτικό* του έργο, ενώ παράλληλα αναφέρεται και ο ρόλος του σε Νοσοκομειακό επίπεδο (Κλινική Κοινωνική Εργασία).

**Στην ενότητα Η**, παρουσιάζονται και παρατίθενται τα *Συμπεράσματα*, στα οποία καταλήξαμε, μέσα από τη προσεχτική μελέτη και καταγραφή του φαινομένου των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών, που εμφανίζονται σε καταθλιπτικούς ασθενείς.

**Στην ενότητα Θ**, περιλαμβάνονται οι *Προτάσεις* μας, για την ορθότερη πρόληψη και αντιμετώπιση των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών, σε καταθλιπτικούς ασθενείς. Οι Προτάσεις αυτές αναφέρονται στον *Πρωτογενή Τομέα Πρόληψης* (προτάσεις όπως, η προαγωγή υπηρεσιών παρέμβασης στην κρίση, συνεχή επιμόρφωση και ενημέρωση θεραπειών Ψυχικής Υγείας κλπ.), στον *Δευτερογενή Τομέα Πρόληψης* (συμπεριλαμβανομένου προτάσεων όπως, η παράλληλη θεραπεία Κατάθλιψης και συνοδών αυτοκαταστροφικών διαταραχών ή και συμπεριφορών, η Διεπιστημονική και η διυπηρεσιακή αντιμετώπιση των σύνθετων καταστάσεων Κατάθλιψης κλπ.) και τέλος, στον *Τριτογενή Τομέα Πρόληψης* (όπως, η Εκπαίδευση στις Κοινωνικές Δεξιότητες και ψυχο-κοινωνικές παρεμβάσεις, προσεχτική χορήγηση φαρμάκων κλπ).

**Στην ενότητα Ι**, εσωκλείεται όλο το υλικό, βάσει του οποίου εκπονήθηκε η παρούσα πτυχιακή, όπως *Βιβλιογραφία*, *Άρθρα* αλλά και *Πηγές* του Ίντερνετ.

**Τέλος, στην ενότητα Κ**, παρατίθεται μια προτυποποιημένη συνέντευξη για τη συμπλήρωση της *κλίμακας Hamilton (HDRS)*, η οποία εκτιμά τη βαρύτητα της Κατάθλιψης, την σοβαρότητα των παρά-αυτοκτονικών ή /και των αυτοκτονικών συμπεριφορών, καθώς επίσης και την αποτελεσματικότητα των διαφόρων θεραπειών. Εξίσου αναφέρονται και μερικά *Χρήσιμα Τηλέφωνα*, υποστήριξης, ενημέρωσης και συμβουλευτικής στήριξης, διάφορων κοινοτικών κέντρων (όπως Μονάδα Επείγουσας Τηλεφωνικής Βοήθειας, Εταιρεία Ψυχο-κοινωνικής Υγείας του Παιδιού & του Εφήβου κ.ά.).

## Δ. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ

Σκοπός αυτής της πτυχιακής εργασίας είναι η μελέτη των Αυτοκαταστροφικών Συμπεριφορών που εμφανίζονται στο φάσμα της Κατάθλιψης. Οι καταθλιπτικές διαταραχές περιλαμβάνουν μια γκάμα βιολογικών, ψυχολογικών και συμπεριφορικών δυσλειτουργιών που ποικίλουν σε σοβαρότητα και διάρκεια. Συγκεκριμένα, μελετούνται αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, όπως ο αυτοτραυματισμός, η αυτό-ηττώμενη συμπεριφορά, και η αυτοκτονία, που παρουσιάζονται συγκεκριμένα σε άτομα που πάσχουν από Κατάθλιψη.

Ø Οι (κύριοι) στόχοι της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι οι ακόλουθοι:

- (1) Η μελέτη και εμβάθυνση του φαινομένου της Κατάθλιψης .
- (2) Η μελέτη συννοσηρότητας της Κατάθλιψης, με άλλες Διαταραχές, όπως της Προσωπικότητας, της Συμπεριφοράς, της Σίτισης, των Σχετιζόμενων με Ουσίες Διαταραχών, καθώς και τις Αγχώδεις Διαταραχές, με στόχο να προβληθούν οι σχέσεις αιτίου-αιτιατού μεταξύ τους.
- (3) Η αναζήτηση μορφών Αυτοκαταστροφικής Συμπεριφοράς που εμφανίζονται στα καταθλιπτικά άτομα. Είναι σημαντικό επομένως, να εξεταστεί εις βάθος το φαινόμενο της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς και οι τρόποι εκδήλωσής του, (αυτοτραυματισμός, αυτοκτονία, αυτοκτονική συμπεριφορά κ.ά.), σε σχέση με την Κατάθλιψη.
- (4) Διερεύνηση διαγνωστικών χαρακτηριστικών των καταθλιπτικών ατόμων που υιοθετούν Αυτοκαταστροφικές Συμπεριφορές. Η εξέταση του προφίλ των καταθλιπτικών ατόμων με τάσεις αυτοκαταστροφής είναι σημαντική, ώστε να γίνουν αντιληπτά, συναισθήματα όπως η επιθυμία ζωής ή θανάτου.
- (5) Η αναζήτηση επιδημιολογικών στοιχείων των εκάστοτε Αυτοκαταστροφικών Συμπεριφορών, που εμφανίζονται στα καταθλιπτικά άτομα, ώστε να προσδιοριστεί το μέγεθος του προβλήματος. Η επιδημιολογία, ο επιπολασμός και οι ομάδες κινδύνου είναι απαραίτητα στοιχεία στην μελέτη και κατανόηση της επιδημιολογίας των αυτοκαταστροφικών τάσεων.

(6) Διερεύνηση των αιτιών, κατά τις οποίες οι Αυτοκαταστροφικές Συμπεριφορές υιοθετούνται από τα καταθλιπτικά άτομα. Η ανάλυση των ψυχολογικών, κοινωνικό-πολιτιστικών, βιολογικών αιτιών και παραγόντων είναι ένας από τους πιο σημαντικούς στόχους αυτής της μελέτης.

(7) Εύρεση των μέσων διάγνωσης, που χρησιμοποιούνται στις αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, στο φάσμα της Κατάθλιψης. Αναφέρονται οι μέθοδοι διάγνωσης (όπως η ψυχολογική αυτοψία), ώστε να ταξινομηθούν τα συμπτώματα που αφορούν τα αυτοκτονικά άτομα.

(8) Επιπλέον, είναι σημαντική η διερεύνηση των μέσων θεραπείας των εκάστοτε Αυτοκαταστροφικών Συμπεριφορών, που χρησιμοποιούνται από τη Διεπιστημονική Ομάδα. Έτσι, στόχος της εργασίας είναι μια, κατά το δυνατό, πλήρης αναφορά και ανάλυση όλων των ειδών θεραπείας που σχετίζονται με τις Αυτοκαταστροφικές Συμπεριφορές και συγκεκριμένα σε σχέση με την Κατάθλιψη. Εξίσου, αναλύονται οι τρόποι πρόληψης των φαινόμενων αυτών.

(9) Η μελέτη του ρόλου του Κοινωνικού Λειτουργού και της Διεπιστημονικής ομάδας, στην αντιμετώπιση των Αυτοκαταστροφικών Συμπεριφορών. Μετά από την μελέτη και καταγραφή όλων των παραπάνω στόχων, είναι απαραίτητη η μελέτη και εξέταση του ρόλου του Κοινωνικού Λειτουργού και της Διεπιστημονικής Ομάδας, ώστε να είναι ολοκληρωμένη και εμπειριστατωμένη η εργασία. Η ολιστική προσέγγιση, η συντονισμένη προσπάθεια των επαγγελματιών υγείας πρέπει να καταγραφεί και να τονιστεί, εφόσον μάλιστα η επικείμενη πτυχιακή εργασία υλοποιείται στα πλαίσια της εκπαίδευσης Κοινωνικών Λειτουργών.

## Ε. ΟΡΟΛΟΓΙΑ

- Ø Κατάθλιψη: Είναι μια πολύ σοβαρή ασθένεια που προκαλεί μεταβολές στη μνήμη και τη σκέψη, στη διάθεση, στο σώμα και τη συμπεριφορά. Επηρεάζει τα συναισθήματα, τον τρόπο σκέψης, τη διατροφή, τον ύπνο και τις πράξεις (Kramlinger K., μτφρ. Ελιασά Χ., 2004).
- Ø Ανθεκτική Κατάθλιψη: Ανθεκτική χαρακτηρίζεται η Κατάθλιψη, που δεν απαντά ικανοποιητικά σε δύο τύπους θεραπείας με φάρμακα διαφορετικής κατηγορίας που δόθηκαν σε επαρκή δοσολογία και για επαρκές χρονικό διάστημα (Χριστοδούλου Γ.Ν., Αθήνα, 1998).
- Ø Συννόσηση: Ως συννόσηση, θεωρείται η συνύπαρξη περισσότερων της μίας, νοσολογικών οντοτήτων σε ένα άτομο (Μαδιανός Μ.Γ., 2006).
- Ø Διαταραχές Προσωπικότητας: περιλαμβάνουν βαθιά ριζωμένα και επιμένοντα πρότυπα συμπεριφοράς, τα οποία εκδηλώνονται σαν ανελαστικές απαντήσεις σε ευρεία ποικιλία προσωπικών και κοινωνικών συνθηκών (Στεφανής Κ., Σολδάτος Κ., Μαυρέας Β., 1997).
  - § Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας: Ένας εκτεταμένος τύπος αστάθειας των διαπροσωπικών σχέσεων, της εικόνας του εαυτού και των συναισθημάτων και έντονης παρορμητικότητας που αρχίζει νωρίς στην ενήλικη ζωή και είναι παρών σε μία ποικιλία καταστάσεων.
  - § Εξαρτημένη Διαταραχή Προσωπικότητας: Το βασικό χαρακτηριστικό της Διαταραχής αυτής είναι η έντονη και υπερβολική ανάγκη του ατόμου να το φροντίζουν άλλοι, που οδηγεί σε υποτακτική και εξαρτημένη συμπεριφορά, καθώς και σε φόβο αποχωρισμού από τους άλλους.
  - § Δραματική Διαταραχή Προσωπικότητας: Ένας εκτεταμένος τύπος υπερβολικής συναισθηματικότητας και επιζήτησης προσοχής.
  - § Ψυχαναγκαστική – Καταναγκαστική Διαταραχή Προσωπικότητας: Ένας εκτεταμένος τύπος έντονης ενασχόλησης του ατόμου με την τάξη, την τελειοθρηρία και τον ψυχικό και διαπροσωπικό έλεγχο, σε βάρος της ευελιξίας, της ανοιχτοσύνης και της αποδοτικότητας.

- § Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας: Ένας εκτεταμένος τύπος κοινωνικής δυσκολίας (αναστολής), αισθημάτων ανεπάρκειας και υπερευαισθησίας στην αρνητική εκτίμηση. (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).
- § Παθητικό - Επιθετική Διαταραχή Προσωπικότητας: Ένας εκτεταμένος τύπος παθητικής αντίστασης σε απαιτήσεις για επαρκή κοινωνική και επαγγελματική απόδοση (Μαδιανός Μ. Γ., Αθήνα, 2006).
- § Αυτό-ηττώμενη (Μαζοχιστική) Διαταραχή Προσωπικότητας: Το άτομο, μπορεί συχνά να αποφεύγει ή και να υπομονεύει τις ευχάριστες εμπειρίες που του προσφέρονται και να αναλώνεται σε καταστάσεις ή σχέσεις, που ουσιαστικά το κάνουν να υποφέρει ψυχολογικά, ενώ αρνείται πεισματικά την βοήθεια που του προσφέρουν οι άλλοι (American Psychiatric Association, Washington, 1987).
- Ø Αγχώδεις Διαταραχές: είναι η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αισθήματα έντασης, φόβου ή ακόμη και τρόμου σαν απάντηση σε κίνδυνο του οποίου η πηγή είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη (Κλεφτάρας Γ., Αθήνα, 1998).
- § Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες: Τα τρία βασικά χαρακτηριστικά της, είναι: (α) η αναβίωση του τραύματος μέσα από όνειρα ή επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις του συμβάντος που εισβάλλουν και ταραζουν το άτομο, (β) ένα συναισθηματικό μούδιασμα και μια αίσθηση απομάκρυνσης ή αποστασιοποίησης και αποξένωσης από τους άλλους και (γ) συμπτώματα διέγερσης του αυτόνομου νευρικού συστήματος όπως ευερεθιστότητα και αυξημένη αντίδραση ξαφνιάσματος (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).
- § Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή: Το άτομο που πάσχει από Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή, παγιδεύεται από μια σειρά επαναληπτικών σκέψεων (ιδεοληψίες - obsessions) και συμπεριφορών (ψυχαναγκασμοί - compulsions), που αν και δίχως νόημα ακόμη και για τον ίδιο τον πάσχοντα, προκαλούν μεγάλη δυσφορία και είναι πολύ δύσκολο να ξεπεραστούν (Σκαπινάκης Π., stress.gr).

- § Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή: Το βασικό χαρακτηριστικό της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής είναι υπερβολικό άγχος, στενοχώρια και ανησυχία, που το άτομο δυσκολεύεται πολύ να ελέγξει, χωρίς τα ειδικά συμπτώματα που χαρακτηρίζουν τις Φοβίες, τη Διαταραχή Πανικού ή την Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή.
- Ø Διαταραχές Σίτισης: Αναφέρεται σε προβλήματα συμπεριφοράς του ατόμου που συνδέονται με την λήψη (ανεπαρκούς ή υπερβολικής) τροφής.
- § Ψυχογενής Ανορεξία: Η Ψυχογενής Ανορεξία (ή νευρογενής ανορεξία - anorexia), είναι ένα σύνδρομο αυτό-επιβαλλόμενης ασιτίας, στο οποίο το άτομο με τη θέληση του περιορίζει την πρόσληψη τροφής, καθώς φοβάται έντονα μήπως γίνει παχύ.
- § Ψυχογενής Βουλιμία: Τα βασικά χαρακτηριστικά της Ψυχογενούς Βουλιμίας, είναι επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας, στη διάρκεια των οποίων το άτομο νιώθει ότι δεν μπορεί να ελέγξει τον εαυτό του, ώστε να σταματήσει να τρώει, η χρήση αντισταθμιστικών μεθόδων όπως προκλητού εμετού, καθαρτικών, διουρητικών, νηστείας ή υπερβολικής άσκησης για να μην πάρει βάρος και η υπερβολική ενασχόληση με το σχήμα και το βάρος του σώματος.
- Ø Αποσυνδεδετικές Διαταραχές: Το βασικό χαρακτηριστικό των Αποσυνδεδετικών Διαταραχών (ή αλλιώς Διασχιστικές Διαταραχές), είναι κάποια διάσπαση / διάσχιση, στις συνήθως συντεθειμένες λειτουργίες της συνείδησης, της μνήμης, της ταυτότητας ή της αντίληψης του περιβάλλοντος.
- § Διαταραχή Απροσωποποίησης: Το φαινόμενο ή σύμπτωμα της αποπροσωποποίησης, είναι μια Διαταραχή της αντίληψης, που συνίσταται σε μια μεταβολή της συνηθισμένης αίσθησης της πραγματικότητας του ατόμου όσον αφορά τον εαυτό του. Το αποτέλεσμα είναι ότι το άτομο νιώθει αποξενωμένο ή απομακρυσμένο από τον εαυτό του και σαν ένας εξωτερικός παρατηρητής των ψυχικών του λειτουργιών ή του σώματος του. Ακόμα, το άτομο μπορεί να νιώθει ότι δεν ελέγχει τις πράξεις του και να φοβάται μήπως τρελαθεί (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

Ø Διαταραχές Ελέγχου των Παρορμήσεων: Χαρακτηρίζονται από επαναλαμβανόμενες πράξεις, οι οποίες δεν έχουν σαφές λογικό κίνητρο και γενικώς αποβαίνουν επιβλαβείς προς τα συμφέροντα του ασθενούς και προς αυτά των άλλων. Ο ασθενής αναφέρει, ότι η συμπεριφορά του συνδέεται με κάποια παρορμητική τάση για μια πράξη που δεν μπορεί να ελέγξει (Στεφανής Κ., Σολδάτος Κ., Μαυρέας Β., 1997).

§ Διαλείπουσα Εκρηκτική Διαταραχή: Το βασικό χαρακτηριστικό της Διαταραχής αυτής, είναι αρκετά ξεχωριστά επεισόδια κατά τα οποία το άτομο χάνει τον έλεγχο των επιθετικών του παρορμήσεων και οδηγείται σε σοβαρές επιθετικές πράξεις ή καταστροφές περιουσίας. Ο βαθμός επιθετικότητας που εμφανίζεται είναι εντελώς δυσανάλογος προς οποιοδήποτε ψυχοκοινωνικό στρεσογόνο παράγοντα, που μπορεί να τη προκάλεσε.

§ Τριχοτιλλομανία: Το βασικό χαρακτηριστικό της Διαταραχής αυτής είναι ότι το άτομο τραβάει επανειλημμένα τρίχες από τα μαλλιά του κεφαλιού του ή από οπουδήποτε αλλού υπάρχουν τρίχες – φρύδια, βλεφαρίδες, μασχάλες, εφηβαίο, πρωκτός.

§ Παθολογική Χαρτοπαιξία: Τα βασικά χαρακτηριστικά της Διαταραχής αυτής, είναι η επανειλημμένη αδυναμία του ατόμου να ελέγξει την παρόρμησή του να παίξει χαρτιά, ζάρια, στο καζίνο κλπ., με αποτέλεσμα να δημιουργούνται προβλήματα στον προσωπικό, στον επαγγελματικό, και στον οικογενειακό τομέα.

§ Πυρομανία: Το βασικό χαρακτηριστικό της Διαταραχής αυτής, είναι ότι το άτομο ανάβει φωτιές σκόπιμα και εσκεμμένα, για την ευχαρίστησή του. Η πυρομανία είναι σπάνια Διαταραχή και συναντιέται πολύ πιο συχνά σε άρρενες και ειδικότερα σε άτομα με φτωχές δεξιότητες και με μαθητικές δυσκολίες.

§ Κλεπτομανία: Το βασικό χαρακτηριστικό της Διαταραχής αυτής, είναι επανειλημμένα επεισόδια, στα οποία το άτομο δεν μπορεί να αντισταθεί στην παρόρμηση να κλέψει κάποια αντικείμενα. Τα αντικείμενα αυτά δεν τα κλέβει το άτομο για να τα χρησιμοποιήσει, ούτε για τη χρηματική τους αξία.

- § Διαταραχές Ελέγχου των Παρορμήσεων Μην Προσδιοριζόμενες Αλλιώς: Η κατηγορία αυτή είναι για Διαταραχές του Ελέγχου των Παρορμήσεων, που δεν πληρούν τα κριτήρια για καμία συγκεκριμένη Διαταραχή του Ελέγχου των Παρορμήσεων ή για κάποια άλλη Διαταραχή, που παρουσιάζει προβλήματα στον Έλεγχο των Παρορμήσεων και που δεν ταξινομείται αλλού (π.χ. Εξάρτηση από Αλκοόλ, Συμπεριφορές Αυτοτραυματισμού κλπ.) (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).
- Ø Διαταραχή παθολογικής χρήσης ουσιών: Η χρήση μιας ουσίας, θεωρείται παθολογική, όταν σαν συνέπεια της λήψης της παρατηρούνται συμπτώματα και δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά (Μαδιανός Μ. Γ., Αθήνα, 2000).
- § Κατάχρηση ουσιών: Το βασικό χαρακτηριστικό της *Κατάχρησης Ουσιών* είναι ένας δυσπροσαρμοστικός τύπος χρήσης ουσιών, που εκδηλώνεται με υποτροπιάζουσες και σημαντικά αρνητικές συνέπειες, που προέρχονται από την επανειλημμένη χρήση ουσιών (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1998).
- § Τοξικομανία: Στη τοξικομανία υπάρχει το φαινόμενο του εθισμού με τα δυο του χαρακτηριστικά: την αδυναμία εγκατάλειψης της τοξικής ουσίας και την ανάγκη προοδευτικής αύξησης της δόσης. Η τοξικομανία εκφράζει την ύπαρξη μιας βαθιάς ένστικτο-συναισθηματικής Διαταραχής, όπου η χρήση της τοξικής ουσίας δεν είναι παρά δευτερογενής εκδήλωσή της (Στεφανής και Συνεργάτες, Αθήνα).
- § Αλκοολισμός: Συμφώνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, σαν Αλκοολισμός χαρακτηρίζονται οι καταστάσεις κατά τις οποίες γίνεται υπερβολική χρήση αλκοόλ για μεγάλο χρονικό διάστημα και προς ζημία της σωματικής υγείας ή και της κοινωνικής θέσης του καταναλωτή (Πιάνος Κ., Αθήνα, 2003).
- Ø Αυτοκαταστροφική Συμπεριφορά: Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (αυτοκαταστροφικός ιδεασμός, ή απόπειρα αυτοκαταστροφής), είναι πλέον συχνές επείγουσες Ψυχιατρικές καταστάσεις, ενώ αποτυχία της αντιμετώπισής τους, οδηγεί στην αυτοκτονία. Μπορεί να είναι, (α) είτε σύμπτωμα μιας κλινικής οντότητας (μείζονος Κατάθλιψης), ή (β) αποτέλεσμα μια κατάστασης απελπισίας – ανημποριάς (*hopelessness*



– **helplessness**), η οποία πιθανόν να συνδέεται με σοβαρό ψυχοπαθολογικό γεγονός (Μαδιανός Μ. Γ., Αθήνα, 2006).

§ Αυτό-ηττώμενη Συμπεριφορά: Η Αυτό-Ηττώμενη συμπεριφορά, είναι μια συσσώρευση σκέψεων, συναισθημάτων και ενεργειών, όπου όλα μαζί παρεμποδίζουν την ομαλή εξέλιξη του ατόμου και την πορεία του προς την επιτυχία (Zampelli S. O., M.S., 2000). Η συμπεριφορά αυτή, δεν επισυμβαίνει λόγω έλλειψης επιθυμίας, δυνατοτήτων, γνώσης ή προσπάθειας για τη κατάκτηση ενός επιθυμητού στόχου. Αντιθέτως, ενυπάρχει μέσα στο ψυχισμό του ατόμου, υπονομεύοντας τις προσπάθειές του. Το συναίσθημα αυτό, λεγόμενο και *αυτό-σαμποτάζ (self-sabotage)*, είναι δυνατότερο από το ίδιο το άτομο, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να ελεγχθεί (Curtis R., Ν. Υόρκη, 1989).

§ Αυτοτραυματισμός: Ο Αυτοτραυματισμός είναι μια πράξη σωματικής βλάβης του εαυτού από πρόθεση, η οποία όμως δεν εμπεριέχει την αυτοκτονική πρόθεση ή απόπειρα. Είναι μια μέθοδος χειρισμού δύσκολων καταστάσεων, η οποία βοηθάει τα άτομα, έστω και παροδικά, να αισθάνονται καλύτερα επειδή απελευθερώνουν σωματικά, την ένταση και τον πόνο που υπάρχει μέσα στον ψυχισμό τους (*self-injury.net*). Συνήθως χρησιμοποιούνται πολλοί εναλλακτικοί όροι αντί του αυτοτραυματισμού όπως: αυτό-επιβαλλόμενη βία (*deliberate self-harm*), παρά-αυτοκτονία (*parasuicide*), αυτό-κακοποίηση (*self-harm*), αυτό-ακρωτηριασμός (*self-manipulation*), αυτό-καταστροφή (*self-destruction*), κ.ά. (Martinson D., *focusas.com*)

§ Αυτοκτονία: Η αυτοκτονία μπορεί να ορισθεί ως ο θάνατος, ο οποίος προκαλείται από μια εκούσια ενέργεια του ατόμου εναντίον του ίδιου του, του εαυτού (Lemperiere T., Feline A. & συνεργ., Αθήνα, 1995). Στην αυτοκτονία, μπορεί να συμπεριληφθεί κάθε πράξη αυτοκαταστροφής, ανεξάρτητα από τον βαθμό συνείδησης που την πυροδοτεί. Επίσης, μπορεί να περιοριστεί στις ενέργειες, οι οποίες υποκινούνται από τη καθαρή πρόθεση του ατόμου να πεθάνει (Chabrol H., μτφρ. Τερζόγλου, Αθήνα, 1987).

- § Αυτοκτονικός Ιδεασμός: Χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις αυτοκτονικές σκέψεις που κάνει ένα άτομο, προτού πραγματοποιήσει μια αυτοκτονική απόπειρα (Barlow D.H. & Durand V.M., μτφρ. Μπαρπάτση Μ., Τόμος Α', 2<sup>η</sup> έκδοση, 2002).
- § Αυτοκτονική Απόπειρα: Η απόπειρα αυτοκτονίας δεν είναι απλώς η αποτυχία του αυτοκτονικού εγχειρήματος. Είναι ένας ιδιαίτερος τρόπος συμπεριφοράς, η επιδημιολογία και η ψυχολογική σημασία του οποίου δεν ταυτίζονται απόλυτα με εκείνες της αυτοκτονίας (Lemperiere T., Feline A. & συνεργ., Αθήνα, 1995).
- § Παρά-αυτοκτονία: Ενέργειες οι οποίες ενδέχεται να μοιάζουν με αυτοκτονική συμπεριφορά, δεν έχουν όμως σαν σκοπό να οδηγήσουν στο θάνατο, όπως για παράδειγμα ο αυτό-τραυματισμός, που είναι γνωστός σαν παρά-αυτοκτονία. (mayoclinic.com).
- § Επιβοηθούμενη Αυτοκτονία: Η επιβοηθούμενη αυτοκτονία αναφέρεται στη βοήθεια που δίνεται σε ένα άτομο, το οποίο εύχεται να βάλει τέρμα στη ζωή του, υποβοηθούμενο από κάποιο γιατρό ή άλλο επαγγελματία ιατρικής φροντίδας, ή ακόμα από κάποιο προσφιλή ή οικογενειακό του πρόσωπο (Μαδιανός Μ. Γ., Αθήνα 2006).
- § Μιμητική Αυτοκτονία: Είναι η πραγματοποίηση μιας αυτοκτονίας, επηρεασμένη και μιμούμενη μιας προηγούμενης αυτοκτονίας κάποιου άλλου ατόμου (Sue D., Sue D., & Sue S., New York, 1997).
- Ø Πρόληψη Αυτοκαταστροφικών Συμπεριφορών: Η πρόληψη περιλαμβάνει εκείνα τα μέτρα που είναι απαραίτητα για την αποφυγή της αυτοκτονίας και γενικά των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών. Η παρέμβαση αποτελείται από τις ενέργειες που γίνονται κατά τη διάρκεια της εμφάνισης των σημάτων κινδύνου και την «επανένταξη», και τα μέτρα που παίρνονται μετά την απόπειρα (Παπαϊωάννου Κ., Αθήνα, 2000).
- Ø Συνεχιζόμενη Θεραπεία: Η συνεχιζόμενη θεραπεία, βασίζεται στην υπόθεση ότι τα επεισόδια της Κατάθλιψης, δεν τερματίζονται με την υποχώρηση των συμπτωμάτων και ότι για μια περίοδο μηνών, μετά τη

διακοπή της θεραπείας, η υποτροπή της καταθλιπτικής νόσου είναι δυνατή (Χριστοδούλου Γ.Ν., Αθήνα, 1998).

- Ø Θεραπεία Συντήρησης: Σύμφωνα με τον Μαδιανό (2006) *θεραπεία συντήρησης* θεωρείται, η φαρμακευτική αγωγή η οποία χορηγείται όταν τα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, είναι σε ύφεση ή μπορεί να έχουν εξαλειφθεί (Μαδιανός Μ.Γ., Αθήνα, 2006).

## ΣΤ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

### 1.0 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

#### 1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Η λέξη Κατάθλιψη είναι συνδεδεμένη με τη διάθεση. Συνήθως, περιγράφει μια προσωρινά πεσμένη διάθεση, που μπορεί να οφείλεται σε μια κακή μέρα ή ένα κακό συναίσθημα. Στην ιατρική, όμως, η Κατάθλιψη είναι μια πολύ σοβαρή ασθένεια που προκαλεί μεταβολές στη μνήμη, τη σκέψη, τη διάθεση, στο σώμα και τη συμπεριφορά. Επηρεάζει τα συναισθήματα, τον τρόπο σκέψης, τη διατροφή, τον ύπνο και τις πράξεις.

Η Κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί μόνη της ή σε συνδυασμό με κάποια άλλη ασθένεια. Μπορεί επίσης να είναι αντίδραση του οργανισμού σε ένα φάρμακο, να παρουσιαστεί μετά τον τοκετό ή να οφείλεται σε αλκοολισμό ή χρήση ναρκωτικών. Ίσως οφείλεται στο στρες, έπειτα από αλλαγή εργασίας, από απώλεια κάποιου αγαπημένου προσώπου, ή άλλο επώδυνο γεγονός. Μερικές φορές συμβαίνει χωρίς προφανή λόγο και αιτία (Kramlinger K., μτφρ. Ελιασά Χ., 2004).

Έτσι λοιπόν, ο όρος «Κατάθλιψη», σύμφωνα με τον Κλεφτάρα (1998), χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα ευρύ φάσμα συναισθηματικών καταστάσεων, που μπορεί να είναι είτε φυσιολογικές, είτε παθολογικές. Επομένως λοιπόν, η Κατάθλιψη μπορεί να αποτελεί:

- ü Μια φυσιολογική διάθεση ή συναίσθημα, όπως για παράδειγμα στη περίπτωση μιας σημαντικής απώλειας, ή θανάτου ενός αγαπημένου προσώπου,
- ü Σύμπτωμα, στην περίπτωση όπου η Κατάθλιψη είναι μια μορφή αντίδρασης στο στρες ή μια δευτερογενής αντίδραση σε ασθενείς με οργανικά ή ψυχιατρικά προβλήματα, και τέλος,

ü Μία ψυχοπαθολογική Διαταραχή ή σύνδρομο, όπως για παράδειγμα η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, η Δυσθυμική Διαταραχή ή οι Διπολικές Διαταραχές.

Παρά το γεγονός, ότι η Κατάθλιψη είναι ένα σχετικά συχνό φαινόμενο, ο ορισμός της δεν είναι εύκολος. Ακόμα και οι ειδικοί δεν συμφωνούν σχετικά με τη φύση της, ούτε και έχουν καταλήξει σχετικά με το αν πρόκειται ουσιαστικά για ένα βιολογικό ή για ένα ψυχολογικό φαινόμενο. Σε ένα σημαντικό σημείο, εντούτοις, υπάρχει ομοφωνία: η Κατάθλιψη παρουσιάζεται ως ένα παγκόσμιο χαρακτηριστικό της ανθρώπινης φύσης, από τη παροδική θλίψη, που μπορεί να εμφανιστεί στο κάθε άνθρωπο, μέχρι τη βαριά Κατάθλιψη.

Σε γενικές γραμμές, πάντως, η Κατάθλιψη θα μπορούσε να οριστεί σαν μια κατάσταση παθολογικής θλίψης, που συνοδεύεται από σημαντική μείωση του αισθήματος προσωπικής αξίας και από την επώδυνη συνείδηση της επιβράδυνσης των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών (Κλεφτάρας Γ., Αθήνα, 1998). Επιπρόσθετα, η Κατάθλιψη, είναι μια ασθένεια του νου και του σώματος, κατά την οποία οι άνθρωποι εκδηλώνουν τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά συμπτώματα, των οποίων η ακριβής φύση διαφέρει από άτομο σε άτομο. Εξίσου όμως ποικίλλει και η ένταση των συμπτωμάτων (Μακενζι Κ., 2000).

## 1.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Είναι γεγονός ότι η Κατάθλιψη δεν επηρεάζει μόνο το συναίσθημα, αλλά και τη σκέψη, την ενεργητικότητα, τη συγκέντρωση, τη προσοχή, τον ύπνο, ακόμη και την ερωτική διάθεση. Επομένως, και όπως γίνεται κατανοητό, η Κατάθλιψη επηρεάζει πολλαπλούς τομείς της ζωής του ατόμου (Gilbert P., επιμ. Μόνος Δ., Αθήνα, 1999).

Ωστόσο, η Κατάθλιψη, όπως υποστηρίζει ο Χριστοδούλου (1998), μπορεί να εκφραστεί, εκτός των άλλων, και με υποχονδριακά συμπτώματα, ανοϊκόμορφη συμπτωματολογία (καταθλιπτική ψευδοάνοια), παραπρωματική συμπεριφορά (ιδιαίτερα στην εφηβική ηλικία), ευερεθιστότητα, συχνές απουσίες και κακή απόδοση στο σχολείο (όταν εκδηλώνεται στα παιδιά), ψυχοσωματικές εκδηλώσεις, συμπτωματολογία Διαταραχής

Προσωπικότητας (ιδιαίτερα οριακού τύπου), ακόμα και συμπτωματολογία, όχι μόνο ασύμβατη, αλλά και αντίπολη με το βασικό της σύμπτωμα, με αποτέλεσμα να ενυπάρχει η «γελανή» ή αλλιώς «χαμογελαστή» Κατάθλιψη (Χριστοδούλου Γ., Αθήνα, 1998).

Στο βιβλίο του, ο Μάνος (1997), προσπάθησε να ομαδοποιήσει τα πολυάριθμα συμπτώματα και σημεία της Κατάθλιψης, τα οποία παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 1: Συμπτώματα της Κατάθλιψης

<b>A.Συναίσθημα</b>	<b>Γ.Κινητοποίηση</b>
A1.Καταθλιπτική Διάθεση	Γ1.Απώλεια Ενδιαφέροντος
A2.Ανηδονία	Γ2.Ανημπόρια έλλειψη ελπίδας
A3.Άγχος	Γ3.Σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας
<b>B.Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα</b>	<b>Δ.Σκέψη Αντίληψη</b>
B1.Διαταραχή του Ύπνου	Δ1.Αισθήματα- σκέψεις ενοχής ή και αναξιότητας
B2.Διαταραχή της Όρεξης	Δ2.Χαμηλή Αυτοεκτίμηση
B3.Κόπωση εξάντληση (απώλεια ενέργειας)	Δ3.Δυσκολία στη Συγκέντρωση
B4.Ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης (libido)	Δ4.Ψύχωση (ψευδαισθήσεις παραληρητικές ιδέες κλπ)
B5.Ψυχοκινητική επιβράδυνση	<b>Ε.Σωματικά ενοχλήματα</b>
B6.Ψυχοκινητική Διέγερση	Ε1.Πονοκέφαλοι πόνος στο στήθος κλπ

πηγή: Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997

### 1.2.1 Επιπτώσεις Κατάθλιψης στο Συναίσθημα:

[A1] Καταθλιπτική Διάθεση. Κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας σχεδόν κάθε ημέρα όπως φαίνεται είτε με υποκειμενική εκτίμηση, είτε σύμφωνα με τις παρατηρήσεις των άλλων (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Στη μέτρια ή στη σοβαρή Κατάθλιψη, η κακή ψυχική διάθεση είναι συχνά χειρότερη το πρωί και βελτιώνεται ελαφρά κατά τη διάρκεια της ημέρας, παρόλο που δεν υποχωρεί τελείως (ΜακΚένζι Κ., 2000). Το άτομο που βρίσκεται σε καταθλιπτική Διαταραχή συνήθως περιγράφει τη διάθεσή του σαν «καταθλιπτική» λέγοντας ότι νιώθει λύπη, θλίψη, απογοήτευση, απελπισία κλπ. Η καταθλιπτική αυτή διάθεση, χαρακτηριστικά κυριαρχεί στη ζωή του

ατόμου. Συχνά είναι έτσι και τα εύκολα κλάματα. Μπορεί όμως το άτομο να περιγράψει τη διάθεσή του και με λόγια όπως «δεν με νοιάζει πια» ή ακόμη μπορεί να λέει ότι δεν νιώθει θλίψη. Το τελευταίο είναι ιδιαίτερα συχνό σε παιδιά, που όμως δείχνουν τη Κατάθλιψη στο πρόσωπό τους. Από αυτό το σύμπτωμα πήρε και την γενικότερη ονομασία της η Διαταραχή αυτή. (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

Συνήθως οι καταθλιπτικοί παρουσιάζουν χαρακτηριστικό καταθλιπτικό προσωπείο: οι άκρες του στόματος βρίσκονται σε σχετική πτώση, τα μάτια είναι κόκκινα και πρησμένα από το κλάμα, το βλέμμα απλανές και η έκφραση θλιμμένη. Στα αρχικά στάδια, πάντως, μερικοί είναι δυνατόν, να μην εμφανίζουν τέτοια χαρακτηριστικά, να φαίνονται ευδιάθετοι και να χαμογελούν, παρά την εσωτερική τους θλίψη ή και απόγνωση. Αρκετές φορές, όταν αναφερθεί η «σωστή» ή η «λάθος» λέξη, οι άμυνές τους υποχωρούν και ξεσπούν σε λυγμούς (Κλεφτάρας Γ., Αθήνα, 1998).

[A2] Ανηδονία. Δηλαδή, μεγάλη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης, σε όλες, ή σχεδόν όλες, τις δραστηριότητες κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα. Συγχρόνως, η αλλαγή αυτή στην συμπεριφορά γίνεται αντιληπτή από τα πρόσωπα του στενού περιβάλλοντος (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Σοβαρά καταθλιπτικοί ασθενείς, μπορούν να βιώσουν μια ολοκληρωτική «παράλυση της βούλησης», που εκδηλώνεται με την αδυναμία, να κάνουν και το πιο απλό πράγμα, όπως για παράδειγμα να σηκωθούν από το κρεβάτι (Κλεφτάρας Γ., Αθήνα, 1998).

[A3] Άγχος. Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς νιώθουν άγχος με μορφή εσωτερικής δυσφορίας, φόβου, αισθήματος επικειμένου κινδύνου, ευερεθιστότητας ή ακόμα και προσβολών πανικού με σύννοδα φυτικά συμπτώματα όπως ιδρωτες, αίσθημα παλμών, ταχυκαρδία κτλ. Η συνύπαρξη άγχους και Κατάθλιψης μπορεί να κάνει δύσκολη τη διάκριση ποιο από τα δύο αποτελεί τη βασική Διαταραχή (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Σύμφωνα με τον ΜακΚένζι (2000), το άγχος σε πολλές περιπτώσεις, μπορεί να έχει τόση ένταση, ώστε να επισκιάσει τη κακή ψυχική διάθεση και να γίνει το πιο έντονο σύμπτωμα της Κατάθλιψης (ΜακΚένζι, Κ., 2000).

### 1.2.2 Επιπτώσεις Κατάθλιψης στο αυτόνομο νευρικό σύστημα:

[B1] Διαταραχή του ύπνου. Η Διαταραχή αυτή του ύπνου μπορεί να έχει πολλές μορφές. Οι περισσότεροι καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν συνήθως αϋπνία, μερικές φορές και υπερυπνία (ιδιαίτερα παιδιά, νεαρά άτομα και ασθενείς με Διπολική Διαταραχή). Η αϋπνία μπορεί να συνιστάται σε δυσκολία του ατόμου να κοιμηθεί (αρχική αϋπνία), σε αφύπνιση στη διάρκεια της νύχτας και δυσκολία να ξανακοιμηθεί (μέση αϋπνία) και τέλος, σε αφύπνιση νωρίς το πρωί (τελική αϋπνία), που είναι ιδιαίτερα συχνή και ενοχλητική καθώς το άτομο ξυπνά στις τέσσερις, πέντε ή έξι το πρωί και δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Η αρχική αϋπνία, συνήθως συνοδεύεται περισσότερο με το άγχος, παρά με τη Κατάθλιψη. (Κλεφτάρης Γ., Αθήνα, 1998). Διακρίνονται επίσης, δυο ακόμα κατηγορίες διαταραχών του ύπνου. Η πρώτη αναφέρεται στα προβλήματα που δημιουργούνται πριν το άτομο κοιμηθεί (κυρίως στο παιδί, π.χ. άρνηση του ύπνου) και η δεύτερη, συνήθως στους ενήλικες, σε προβλήματα κατά τη διάρκεια του ύπνου (ανήσυχος ύπνος, εφιάλτες, κρίσεις νυκτερινού τρόμου, υπνοβασία, κλπ.) (Πιάνος Κ., Αθήνα 2003).

[B2] Διαταραχή της όρεξης. Πολλοί ασθενείς παρουσιάζουν ανορεξία που συνοδεύεται, ή όχι, από απώλεια βάρους. Η απώλεια βάρους μπορεί να είναι μικρή, μεγάλη ή και απειλητική για τη ζωή του ατόμου. Λιγότερο συχνή είναι η αύξηση της όρεξης, που μπορεί να οδηγήσει και σε πρόσληψη σημαντικού βάρους - ιδιαίτερα σε νεαρές γυναίκες και σε άτομα με Διπολική Διαταραχή (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

[B3] Κόπωση, εξάντληση (απώλεια ενέργειας). Ο ασθενής με Κατάθλιψη, νιώθει σαν να τον έχουν εγκαταλείψει οι δυνάμεις του, αισθάνεται κουρασμένος όλη την ώρα και για αυτό πολλές φορές κάθεται στην καρέκλα και δεν κάνει τίποτα. Μερικοί ασθενείς μπορεί από την άλλη να εμφανίζουν έντονη ανησυχία και άγχος, σαν κάτι κακό να πρόκειται να συμβεί (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

[B4] Ελάττωση σεξουαλικής διάθεσης (libido). Τυπικό σύμπτωμα της Κατάθλιψης η απώλεια του ενδιαφέροντος για την ερωτική πράξη. Ας σημειωθεί ότι γίνεται αναφορά στην διάθεση για σεξ και όχι στο αν γίνεται ή όχι η ερωτική πράξη, π.χ. μια γυναίκα με Κατάθλιψη μπορεί να κάνει έρωτα με τον σύζυγό της, γιατί εκείνος το θέλει, αλλά η ίδια αν ερωτηθεί, θα πει ότι δεν το επιθυμεί καθόλου και δεν της προκαλεί καμιά



ευχαρίστηση. Στους άντρες συχνά, μπορεί να εκφράζεται και με Διαταραχή της στύσης (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Αυτό συμβαίνει για διάφορους λόγους, είτε γιατί τα άτομα δεν αισθάνονται ικανά να ανταποκριθούν σε μια σωματικά τρυφερή σχέση, όταν είναι συναισθηματικά «μουδιασμένα», είτε γιατί νιώθουν τόσο αρνητικά με τον εαυτό τους, που δεν μπορούν να χαλαρώσουν. Συνεπώς, τα παραπάνω, ίσως οδηγήσουν σε σωματικά προβλήματα, π.χ. πρόβλημα στύσης για τους άνδρες, και ξηρότητα κόλπου αντίστοιχα στις γυναίκες (ΜακΚένζι Κ., 2000).

[B5] Ψυχοκινητική επιβράδυνση. Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν επιβράδυνση της σκέψης, του λόγου και των κινήσεων. Έτσι, οι απαντήσεις τους είναι φτωχές ή και μονολεκτικές, ο λόγος τους μονότονος και βραδύς, το βλέμμα είναι απλανές, οι κινήσεις του σώματος αργές και η όλη εικόνα μπορεί να φθάσει να μοιάζει με τη κατατονία (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Δεν είναι λίγες οι φορές που ακόμα και οι λειτουργίες του σώματος παθαίνουν εμπλοκή, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται ψυχοσωματικά συμπτώματα όπως ξηροστομία, δυσκοιλιότητα, πονοκέφαλοι κτλ. (ΜακΚένζι Κ., 2000).

[B6] Ψυχοκινητική διέγερση. Ορισμένοι καταθλιπτικοί ασθενείς - ιδιαίτερα ηλικιωμένα άτομα - παρουσιάζουν εκνευρισμό, ανησυχία ή και διέγερση αντί για επιβράδυνση. Έτσι, οι ασθενείς αυτοί, βηματίζουν πάνω-κάτω, στριφογυρίζουν τα χέρια τους, τραβούν τα μαλλιά τους, το δέρμα τους, τα ρούχα τους, παραπονιούνται έντονα ή φωνάζουν (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Αυτές όμως οι δραστηριότητες δεν προσφέρουν καμία ανακούφιση και δεν εκτονώνουν την ένταση (Κλεφτάρας Γ., Αθήνα, 1998).

### **1.2.3 Επιπτώσεις Κατάθλιψης στη κινητοποίηση:**

[Γ1] Απώλεια του ενδιαφέροντος. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς βιώνουν όχι μόνο μια απώλεια της ικανότητας για ευχαρίστηση, αλλά και επίσης μια ελάττωση της κινητοποίησης σε όλες τις εκφράσεις της ζωής (εργασία, οικογενειακή ζωή, σπορ κτλ.), χάνουν το ενδιαφέρον τους και νιώθουν ότι δεν έχουν την ικανότητα ή και τη διάθεση, να εκτελέσουν συνηθισμένες ασχολίες (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Όπως υποστηρίζει ο Κλεφτάρας (1998), παρουσιάζεται μια έλλειψη κινήτρων, η οποία συνοδεύεται με από έλλειψη ενέργειας. Έτσι, τα καταθλιπτικά άτομα, παραπονιούνται για αδυναμία, πόνους και εξάντληση. Δυσκολεύονται λοιπόν, από τη μία να

αναλάβουν ή να ξεκινήσουν μια δραστηριότητα, και από την άλλη, αδυνατούν συνήθως να την ολοκληρώσουν (Κλεφτάρας Γ., Αθήνα, 1998).

[Γ2] Ανημποριά, έλλειψη ελπίδας. Το καταθλιπτικό άτομο νιώθει ανήμπορο να φέρει σε πέρας τις υποχρεώσεις του, ακόμα και απλά καθήκοντα - μέχρι και το πώς να φροντίσει την εμφάνιση και την υγιεινή του. Επίσης, νιώθει χωρίς ελπίδα για το μέλλον ή για τη κατάστασή του (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

[Γ3] Σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας. Ο καταθλιπτικός ασθενής, μερικές φορές νιώθει τόσο απελπισμένος και αβοήθητος, που μπαίνουν στο μυαλό του ιδέες αυτοκτονίας. (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997) Υψίστης σημασίας κρίνεται το γεγονός ότι η αυτοκτονία, αποτελεί τη πιο σοβαρή και επικίνδυνη επιπλοκή της Κατάθλιψης (Κλεφτάρας Γ., Αθήνα, 1998). Εξίσου σημαντικό είναι, ότι ο μεγαλύτερος κίνδυνος αυτοκτονίας, είναι στη περίοδο των 6 έως 9 μηνών που ακολουθεί η συμπτωματική βελτίωση των ασθενών. Κι αυτό οφείλεται, κατά πάσα πιθανότητα, στο ότι στη περίοδο αυτή ο ασθενής έχει αποκτήσει αρκετή ενεργητικότητα, για να ολοκληρώσει ένα σχέδιο αυτοκτονίας, ενώ δεν έχει αλλάξει σημαντικά η θεώρηση της ζωής του, την οποία θεωρεί αρκετά αρνητική, ώστε να θέλει έντονα να αυτοκτονήσει (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

#### **1.2.4 Επιπτώσεις Κατάθλιψης στη Σκέψη - Αντίληψη:**

[Δ1] Αισθήματα-σκέψεις ενοχής ή / και αναξιότητας. Ο ασθενής με Κατάθλιψη, τυπικά, πιστεύει ότι ο ίδιος φταίει για την τροπή που έχει πάρει η ζωή του και ότι όλα είναι δικό του λάθος. Νιώθει ότι η κατάσταση που περνάει είναι σαν ένα είδος τιμωρίας για πράγματα που έκανε στο παρελθόν, μπορεί ακόμα να νιώθει ότι δεν αξίζει τίποτε σαν άνθρωπος. Ανάλογα επηρεάζεται και η αυτό-εκτίμηση, καθώς οι ασθενείς είναι ανίκανοι να εκτιμήσουν ρεαλιστικά την απόδοσή τους στις καθημερινές υποχρεώσεις (που είναι όμως και μειωμένη), αλλά και σαν συνέπεια των προηγούμενων. Ενοχή, αναξιότητα, χαμηλή αυτό-εκτίμηση, όταν φθάσουν στο σημείο να είναι σε σταθερή και ακλόνητη διάσταση με τη πραγματικότητα, αποτελούν πια, παραληρητικές ιδέες (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

Αναφορικά με τη χαμηλή αυτοεκτίμηση, οι ειδικοί στη Κατάθλιψη, διαφωνούν για το αν αποτελεί την αιτία ή το αποτέλεσμα της Κατάθλιψης .

Τα δύο αυτά παρουσιάζονται σχεδόν πάντα μαζί και είναι πολύ δύσκολο να γίνει η διάκριση μεταξύ τους, κυρίως στις χρόνιες μορφές Κατάθλιψης (Κλεφτάρας Γ., Αθήνα, 1998).

[Δ2] Δυσκολία στη συγκέντρωση. Οι ασθενείς με Κατάθλιψη δεν μπορούν να συγκεντρωθούν εύκολα, αφού είναι τόσο έντονα και συνεχώς ενασχολημένοι με τις καταθλιπτικές τους σκέψεις. Επίσης, παραπονιούνται για έκπτωση της μνήμης, ή για δυσκολία συγκέντρωσης που φαίνεται πολλές φορές, στη προσπάθειά τους να διαβάσουν, να δουν τηλεόραση κτλ. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν επίσης συχνά και επιβράδυνση σκέψης καθώς και αναποφασιστικότητα (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

[Δ3] Ψύχωση. Η Κατάθλιψη μπορεί να είναι αρκετά βαριά, ώστε να περιλαμβάνει ψυχωτικά συμπτώματα, κυρίως ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες. Το περιεχόμενο αυτό των ψευδαισθήσεων και παραληρητικών ιδεών, συνήθως είναι σύντομο με τη Κατάθλιψη (ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες, σύμφωνες με τη συναισθηματική διάθεση), π.χ. το άτομο μπορεί να πιστεύει ότι το καταδιώκουν επειδή είναι αμαρτωλό ή ανεπαρκές, ή έχει ακουστικές ψευδαισθήσεις που το κατηγορούν για αμαρτίες ή λάθη του. Λιγότερο συχνά, το περιεχόμενο των ψευδαισθήσεων και των παραληρητικών ιδεών δεν έχει σχέση με τη Κατάθλιψη (ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες, ασύμφωνες με τη συναισθηματική διάθεση) π.χ. το άτομο μπορεί να πιστεύει ότι το καταδιώκουν, χωρίς να γνωρίζει το λόγο κλπ. (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

### **1.2.5 Σωματικά ενοχλήματα σαν επιπτώσεις της Κατάθλιψης :**

[E1] Οργανικά προβλήματα. Συχνά οι καταθλιπτικοί παραπονιούνται για πόνους και διάφορα οργανικά προβλήματα, όπως πονοκέφαλοι, πόνοι ψηλά στη πλάτη και στο σβέρκο, μυϊκές κράμπες, ναυτία, εμετοί, κόμπος στο λαιμό, δύσπνοιες, υπόξινη γεύση στο στόμα, πόνοι κατά τη διάρκεια της ούρησης κλπ. (Κλεφτάρας Γ., Αθήνα, 1998). Πολλές φορές τα συμπτώματα αυτά, τους οδηγούν σε διάφορους γιατρούς ή στα νοσοκομεία. Χαρακτηριστικό είναι ότι ύστερα από την εξέταση τα συμπτώματα δεν μπορούν να εξηγηθούν και αποδίδονται από τον γιατρό σε άγχος ή κόπωση. Δεν είναι ανάγκη να έχει κανείς όλα τα συμπτώματα για να

θεωρηθεί ότι πάσχει από Κατάθλιψη. Οι ειδικοί θεωρούν ότι 5 ή περισσότερα συμπτώματα, εκ των οποίων τουλάχιστον ένα από τα δύο πρώτα, φτάνουν για να διατυπωθεί η διάγνωση (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

### 1.3 ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ-ΘΛΙΨΗΣ

Η θλίψη είναι ένα φυσιολογικό και αναμενόμενο συναίσθημα, που ελκύεται κάτω από ορισμένες ψυχοτραυματικές συνθήκες. Ένα ισχυρό ψυχοτραυματικό γεγονός, όπως είναι η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, η διάψευση μιας σημαντικής προσδοκίας, η κοινωνική ή οικονομική υποβάθμιση, ή ακόμα και η απώλεια υλικών αγαθών, είναι φυσικό να προκαλεί θλίψη. Παθολογικό θα ήταν αν κάτι τέτοιο δεν συνέβαινε. Και πραγματικά η απουσία συναισθηματικής ανταπόκρισης (απάθεια, συναισθηματική ρηχότητα), συμβαίνει σε ψυχοπαθολογικές καταστάσεις, όπως π.χ. στη Σχιζοφρένεια.

Ο Solomon (2004), αναφέρει ότι η Κατάθλιψη δεν είναι απλώς μια μεγάλη ποσότητα ψυχικού πόνου – ωστόσο ο μεγάλος πόνος μπορεί να μετουσιωθεί σε Κατάθλιψη. Η θλίψη είναι ο ψυχικός πόνος σε αναλογία με το ερέθισμα, ενώ η Κατάθλιψη ο ψυχικός πόνος εκτός αναλογίας με το ερέθισμα (Solomon Α., Αθήνα, 2004).

Σε αντίθεση με τη θλίψη, η Κατάθλιψη είναι ένα παθολογικό συναίσθημα, δηλαδή είτε μη αναμενόμενο, είτε υπερβολικό σε ένταση ή διάρκεια. Αποτελεί το βασικό σύμπτωμα της ομώνυμης νόσου ή Διαταραχής (Χριστοδούλου Γ.Ν., Αθήνα, 1998).

Έτσι λοιπόν, ενώ η θλίψη φαίνεται να χαρακτηρίζεται ουσιαστικά από μια επώδυνη απώλεια, που βιώνει ένα άτομο (Κλεφτάρας Γ., Αθήνα, 1998) της οποίας ωστόσο η φύση είναι προσωρινή (Kramlinger Κ., μτφρ. Ελιασά Χ., 2004). Αντίθετα η Κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από μια «άτονη» και «χωρίς χρώμα» διάθεση, που έχει περιγραφεί και ως «επώδυνη αναισθησία»: «Επώδυνη», γιατί το άτομο έχει συνείδηση του ότι η ζωή ήταν κάποτε ευχάριστη, και «αναισθησία», λόγω του γενικού μουδιάσματος και της καθήλωσης που νιώθει.

Όταν η καταθλιπτική διάθεση επιμένει και σε συνδυασμό με άλλα συμπτώματα, προκαλεί αδυναμία ή και δυσκολίες στη καθημερινή λειτουργία του ατόμου, τότε θεωρείται ότι υπάρχουν σημαντικά επίπεδα Κατάθλιψης (Κλεφτάρας Γ., Αθήνα, 1998). Άρα, όσο πιο έντονη και παρατεταμένη είναι η συναισθηματική διάθεση της Κατάθλιψης ή της έξαρσης, όσο πιο πολλά και έντονα είναι τα φυτικά συμπτώματα - αϋπνία, ανορεξία, απώλεια ενεργητικότητας, ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης (*libido*), ψυχοκινητική επιβράδυνση κλπ., όσο μεγαλύτερη η έκπτωση της επαγγελματικής ή κοινωνικής λειτουργικότητας, τόσο η κατάσταση που θα διαγνωσθεί, τείνει προς την παθολογική πλευρά (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

Γενικά, η θλίψη και η Κατάθλιψη έχουν πολλά κοινά στοιχεία. Τα κοινά συμπτώματα είναι η λύπη, η έλλειψη ενδιαφέροντος για ευχάριστες δραστηριότητες και οι διαταραχές στον ύπνο και τη διατροφή. Παρόλο που η θλίψη είναι μια φυσιολογική αντίδραση και υγιής διαδικασία, αυτό δεν ισχύει στη περίπτωση της Κατάθλιψης. Οι διαφορές ανάμεσα στη θλίψη και τη Κατάθλιψη σχετίζονται με τη διάρκεια των συναισθημάτων και με τον βαθμό στον οποίο αυτά επηρεάζουν τις καθημερινές δραστηριότητες.

Η Κατάθλιψη μπορεί να ενέχει τη θλίψη με δύο τρόπους: α) Προκαλεί βραχυχρόνια συμπτώματα, ωστόσο πολύ εντονότερα από αυτά που συνοδεύουν συνήθως τη θλίψη, β) τα συμπτώματα θλίψης να διαρκούν περισσότερο χρόνο και πιθανόν να επιδεινώνονται. Η θλίψη γενικά διαρκεί ως ένα χρόνο και εάν διαρκέσει περισσότερο από αυτό το χρονικό πλαίσιο, τότε πιθανόν μετατρέπεται σε Κατάθλιψη.

Σύμφωνα με τον **Kramlinger (2004)**, μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί με βασικό σκοπό να αποσαφηνίσουν τις βασικές διαφορές ανάμεσα στη φυσιολογική θλίψη και τη Κατάθλιψη, δείχνουν ότι μια από τις διαφορές είναι το αίσθημα υποτίμησης. Τα άτομα που πάσχουν από Κατάθλιψη, συχνά έχουν πολύ μειωμένη αυτοεκτίμηση, κάτι που δεν συμβαίνει στα άτομα με απλή θλίψη (**Kramlinger Κ.**, μτφρ. Ελισά Χ., 2004).

Ατυχώς, τόσο για το σύμπτωμα όσο και για τη νόσο, χρησιμοποιείται ο ίδιος όρος (Κατάθλιψη), πράγμα που οδηγεί αρκετά συχνά σε σύγχυση. Κάτι άλλο που δημιουργεί σύγχυση, σχετίζεται με το γεγονός ότι η θλίψη και η Κατάθλιψη αποτελούν, σε βιωματικό επίπεδο, ταυτόσημες

συναισθηματικές εμπειρίες. Από αυτή την ταύτιση απορρέει η εσφαλμένη εντύπωση ότι οφείλονται στα ίδια αίτια και κατ' επέκταση υπακούουν στους ίδιους αποτρεπτικούς ή θεραπευτικούς χειρισμούς. Αυτή η εσφαλμένη, λοιπόν, ταύτιση θλίψης και Κατάθλιψης, είναι μια από τις αιτίες που οδηγούν συνήθως στην αποτυχία διάγνωσης και επομένως στην αποτυχία θεραπευτικής αντιμετώπισης της Κατάθλιψης (Χριστοδούλου Γ.Ν., Αθήνα, 1998).

#### 1.4 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Οι ακριβείς αιτίες της Κατάθλιψης είναι ακόμα υπό μελέτη, αλλά οι επιστήμονες έχουν αναγνωρίσει ορισμένους παράγοντες επικινδυνότητας - γεγονότα και καταστάσεις που αυξάνουν τη πιθανότητα να πάθει ένα άτομο Κατάθλιψη. Σε πολλές περιπτώσεις, δεν οφείλονται μόνο σε έναν παράγοντα αλλά σε ένα συνδυασμό παραγόντων (Kramlinger K., μτφρ. Ελιασά Χ., 2004)

Οι θεωρίες για τα αίτια της Κατάθλιψης, θα μπορούσαν να ταξινομηθούν σε τρεις κατηγορίες (Gilbert P., επιμ. Μόνος Δ., Αθήνα, 1999):

- A) Σε αυτές που δίνουν έμφαση στους βιολογικούς παράγοντες,
- B) σε αυτές που δίνουν έμφαση στους ψυχολογικούς παράγοντες, και
- Γ) σε αυτές που δίνουν έμφαση στους κοινωνικούς παράγοντες και στα γεγονότα της ζωής του ατόμου.

##### 1.4.1 Βιολογικοί Παράγοντες:

Στη Κατάθλιψη παρατηρούνται χημικές αλλαγές στον εγκέφαλο, δηλαδή αλλαγές στη νευροχημεία του εγκεφάλου. Επηρεάζεται η διαδικασία του ύπνου, επιβραδύνεται η δραστηριότητα των περιοχών του εγκεφάλου που ελέγχουν τις θετικές ενισχύσεις και τα θετικά συναισθήματα, ενώ συγχρόνως αυξάνεται η δραστηριότητα των περιοχών που ελέγχουν τα αρνητικά συναισθήματα. Εξαιρετικά σημαντικές είναι οι αλλαγές στον τρόπο μετάδοσης των πληροφοριών στον εγκέφαλο.

Σύμφωνα με τον Gilbert (1999), υπάρχουν τρεις βασικοί τρόποι, με τους οποίους ο εγκέφαλος, μπορεί να επηρεαστεί και να κάνει το άτομο

ευάλωτο στη Κατάθλιψη:

- § Τα γονίδια: Η πρώτη εκδοχή είναι η βιολογική προδιάθεση. Η Κατάθλιψη εμφανίζεται επειδή κάτι δεν λειτουργεί καλά στις νευροχημικές ουσίες, που παράγει και χρησιμοποιεί ο εγκέφαλος. Αυτή η δυσλειτουργία μπορεί να οφείλεται στα γονίδια του ατόμου, δηλαδή στα τμήματα του DNA που ελέγχουν έναν τεράστιο αριθμό χημικών διεργασιών. Όμως, για να γίνει αποδεκτή αυτή η άποψη, θα πρέπει να εξετασθεί αν η Κατάθλιψη παρουσιάζεται σε άτομα που είναι συγγενείς, δηλαδή αν τείνει να είναι κληρονομική (Gilbert P., επιμ. Μόνος Δ., Αθήνα, 1999). Συμπληρωματικά, ο ΜακΚένζι (2000), υποστηρίζει πως ακόμα και αν υπάρχει κάποιο οικογενειακό ιστορικό Κατάθλιψης, χρειάζεται συνήθως κάποιο είδος στρεσογόνου συμβάντος για να την «πυροδοτήσει» και να γίνει η απαρχή της εξέλιξής της.
- § Η Ανάπτυξη: Τα γονίδια μπορεί να παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της Προσωπικότητας και να καθορίζουν τη προδιάθεση για εμφάνιση Κατάθλιψης, αλλά ο εγκέφαλος δεν είναι κλειστό σύστημα που ακολουθεί ένα προκαθορισμένο πρότυπο ανάπτυξης ανεξάρτητα με όσα συμβαίνουν στο εξωτερικό περιβάλλον. Ο τρόπος ωρίμανσης του εγκεφάλου κατά τη νηπιακή και τη πρώιμη παιδική ηλικία, εξαρτάται από τα εξωτερικά ερεθίσματα. Αυτό σημαίνει ότι οι διάφορες εμπειρίες διαμορφώνουν τον εγκέφαλο του ατόμου και ότι αυτός είναι ο συνδυετικός κρίκος ανάμεσα σε όσα συμβαίνουν στο εξωτερικό περιβάλλον του ατόμου και σε όσα συμβαίνουν σε ενδοψυχικό επίπεδο (Gilbert P., επιμ. Μόνος Δ., Αθήνα, 1999).
- § Μη ελεγχόμενοι ψυχοπαιστικοί παράγοντες: Ο εγκέφαλος ενός ατόμου, μπορεί να βιώσει μια κατάσταση Κατάθλιψης, εξαιτίας ορισμένων ψυχοπαιστικών γεγονότων. Οι ίδιοι ψυχοπαιστικοί παράγοντες, οι οποίοι ελέγχονται από το άτομο σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό, μπορεί να προκαλέσουν ποικίλες αλλαγές σε βιολογικό επίπεδο. Εάν το άτομο αντιμετωπίζει κάποιο ψυχοπαιστικό γεγονός και μπορεί να κάνει κάτι για να το ελέγξει, τότε ο εγκέφαλος θα αντιδράσει με κάποιον τρόπο, αλλά εάν δεν μπορεί να κάνει τίποτε, τότε ο εγκέφαλος θα αντιδράσει εντελώς διαφορετικά. Το κύριο στοιχείο που ευθύνεται για τη διαφοροποίηση των αντιδράσεων είναι οι δυνατότητες αντιμετώπισης της ψυχολογικής πίεσης του στρες (Gilbert P., επιμ. Μόνος Δ., Αθήνα,

1999).

#### **1.4.2 Ψυχολογικοί Παράγοντες:**

Μέχρι σήμερα δεν έχει αποδειχθεί ότι μια συγκεκριμένη προσωπικότητα (ή στοιχεία Προσωπικότητας) ή ένας συγκεκριμένος ψυχολογικός μηχανισμός προδιαθέτει ή προκαλεί την Κατάθλιψη ή την έξαρση.

Κατά ορισμένους θεωρητικούς, τα άτομα που είναι επιρρεπή σε Κατάθλιψη χαρακτηρίζονται από χαμηλή αυτοεκτίμηση και έντονη αυτοκριτική. Κατά άλλους, η Κατάθλιψη είναι θυμός ή επιθετικότητα που στρέφεται εναντίον του εαυτού. Άλλοι υποστηρίζουν ότι αστάθεια και ανασφάλεια στη βρεφονηπιακή ηλικία, που προέρχεται από διαταραγμένη σχέση μητέρας-παιδιού, δημιουργούν το υπόστρωμα για ευαισθησία και ευαλωτότητα σε αποχωρισμούς αργότερα, που οδηγούν σε Κατάθλιψη. Η διαπροσωπική απώλεια έχει τονισθεί ιδιαίτερα από τον Freud και τους οπαδούς του, που σημείωσαν τις ομοιότητες και τις διαφορές ανάμεσα στο κοινό πένθος (που είναι φυσιολογική αντίδραση) και την Κατάθλιψη που ακολουθεί την απώλεια, είτε ενός αγαπημένου ατόμου, είτε κάποιας σημαντικής για το άτομο διάστασης (π.χ. θάνατος αγαπημένου ατόμου, απώλεια εργασίας, χωρισμός από αγαπημένο άτομο κτλ.).

Έρευνες ήδη έχουν δείξει ότι υπάρχει αυξημένη συχνότητα Κατάθλιψης σε άτομα που έχασαν κάποιο γονιό στην παιδική τους ηλικία - κατά πάσα πιθανότητα λόγω αυξημένης ευαισθησίας σε διαπροσωπικές απώλειες αργότερα. Η γνωστική θεωρία της Κατάθλιψης βέβαια, απομακρύνεται από την ψυχοδυναμική θεώρηση και αποδίδει την Κατάθλιψη σε αρνητική, λαθεμένη εκτίμηση που κάνει το άτομο για τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον.

Όσον αφορά τη μανία, ψυχοδυναμικά θεωρείται ότι είναι μια άμυνα (δηλαδή άρνηση) του ατόμου σε υποκείμενη Κατάθλιψη (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

#### **1.4.3 Κοινωνικοί παράγοντες και γεγονότα ζωής:**

Μολονότι μεθοδολογικά επαρκείς έρευνες για την αιτιολογική συμβολή των παραγόντων αυτών είναι δύσκολο να υπάρξουν, εντούτοις



φαίνεται ότι οπωσδήποτε η συμμετοχή τους στην πρόκληση διαταραχών της διάθεσης είναι δεδομένη (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Μερικοί από τους παράγοντες αυτούς είναι οι ακόλουθοι:

- § Γεγονότα Ζωής: Μια σειρά γεγονότων ζωής, είτε ψυχολογικών (π.χ. θάνατος αγαπημένου προσώπου, διαζύγιο), είτε κοινωνικών (π.χ. οικονομική ύφεση, συνθήκες διαμονής) είτε ακόμη ψυχο-κοινωνικών (π.χ. απώλεια εργασίας, μετανάστευση), φαίνεται να αυξάνουν τον κίνδυνο για Κατάθλιψη.
- § Τρόπος σκέψης: Ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι σκέφτονται και αντιλαμβάνονται τα καθημερινά τους προβλήματα φαίνεται να ευνοεί σε μερικές περιπτώσεις την δημιουργία Κατάθλιψης . Υποστηρίζεται δηλαδή ότι μερικοί άνθρωποι ερμηνεύουν τον κόσμο γύρω τους βασιζόμενοι σε κάποιες παραδοχές που δεν είναι λειτουργικές και που έχουν σαν αποτέλεσμα να "παραμορφώνουν" τελικά την εικόνα του γύρω κόσμου αντί να την ερμηνεύουν. Βασισμένη σε αυτή την γενική αρχή, έχει αναπτυχθεί μια ψυχοθεραπεία, η γνωσιακή ψυχοθεραπεία, η οποία προσπαθεί να "διορθώσει" αυτά τα λάθη στο τρόπο σκέψης και να βοηθήσει τον ασθενή να αξιολογήσει πιο αντικειμενικά την πραγματικότητα ([web4health.info](http://web4health.info)).

### 1.5 ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ-MANIAS

Οι θεμελιώδεις εμπειρίες της Κατάθλιψης και της μανίας, συμβάλλουν, είτε μαζί, είτε η κάθε μια ξεχωριστά, σε όλες τις διαταραχές της διάθεσης. Η συχνότερα διαγιγνωσκόμενη και ταυτόχρονα βαρύτερη μορφή Κατάθλιψης, ονομάζεται μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο. Τα διαγνωστικά κριτήρια του **DSM-IV**, αναφέρουν τη παρουσία μιας εξαιρετικά καταθλιπτικής διάθεσης του ατόμου, διάρκειας δύο τουλάχιστον εβδομάδων, που περιλαμβάνει γνωσιακά συμπτώματα (π.χ. αίσθημα αναξιοσύνης και αναποφασιστικότητα) και διαταραγμένες σωματικές λειτουργίες (μεταβολές του ύπνου, αλλαγές στην όρεξη και στο βάρος κλπ.), σε σημείο που η παραμικρή δραστηριότητα ή κίνηση, απαιτεί υπερβολικά μεγάλη προσπάθεια. Αν και όλα τα συμπτώματα είναι σημαντικά, πρόσφατα στοιχεία δείχνουν ότι οι σωματικές αλλαγές (που

μερικές φορές ονομάζονται σωματικά ή φυτικά συμπτώματα) είναι ουσιώδους σημασίας σε αυτή τη Διαταραχή.

Η δεύτερη θεμελιώδης κατάσταση στις Διαταραχές της Διάθεσης, είναι η αφύσικα υπερβολική έξαρση, ευτυχία ή ευφορία (επίμονα ανεβασμένη, διαχυτική ή ευερέθιστη διάθεση). Οι ασθενείς που βρίσκονται σε μανία, νιώθουν μια ακραία ευχαρίστηση σε κάθε δραστηριότητα, γίνονται υπερβολικά δραστήριοι, κοιμούνται ελάχιστα και μπορεί να σχεδιάζουν μεγαλεπήβολα σχέδια, πιστεύοντας ότι μπορούν να καταφέρουν τα πάντα. Τα διαγνωστικά κριτήρια του **DSM-IV**, για το μανιακό επεισόδιο, απαιτούν διάρκεια τουλάχιστον μιας εβδομάδας του επεισοδίου ή και μικρότερη σε περίπτωση που το επεισόδιο είναι αρκετά σοβαρό, ώστε να απαιτείται νοσηλεία. Το **DSM-IV**, ορίζει επίσης το υπομανιακό επεισόδιο, μια λιγότερο σοβαρή μορφή ενός μανιακού επεισοδίου που δεν προκαλεί έντονη ανικανότητα κοινωνική ή επαγγελματική δυσλειτουργικότητα στο άτομο. Ένα υπομανιακό επεισόδιο, δεν αποτελεί απαραίτητα μια προβληματική κατάσταση, αλλά συμβάλλει στον ορισμό αρκετών διαταραχών της διάθεσης (Barlow D. H. & Durand V.M. , 2η Έκδοση, Ά Τόμος, μτφρ. Μπαρπάτση Μ., 2002).

## **1.6 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ**

Η ταξινόμηση των καταθλιπτικών διαταραχών παρουσιάζει δυσκολίες και αποτελεί αντικείμενο πολλών συζητήσεων και διαφωνιών. Η κυριότερη αιτία για τις υπάρχουσες διαφωνίες, οφείλεται στο διαφορετικό τρόπο με τον οποίο τα διάφορα θεωρητικά μοντέλα αντιλαμβάνονται την αιτιολογία της Κατάθλιψης, η οποία και αντανακλάται στα συστήματα ταξινόμησης που προτείνουν. Το γεγονός λοιπόν, ότι σχεδόν πάντα, οι κατά καιρούς προτεινόμενες ταξινομήσεις στηρίζονται σε συγκεκριμένα αιτιολογικά μοντέλα της Κατάθλιψης, αποτελεί και το σημαντικότερο εμπόδιο στη χρησιμοποίησή τους από κλινικούς διαφορετικών θεωρητικών προσεγγίσεων.

Εξαίρεση στη παραπάνω τακτική, αποτελούν τα συστήματα ταξινόμησης που προτείνουν ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (**ICD-10**) και η Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρία (**DSM-IV**), τα οποία είναι καθαρά

περιγραφικά και όχι αιτιοπαθογενετικά (Κλεφτάρας Γ., Αθήνα, 1998). Η σημασία της ταξινόμησης αυτής έχει να κάνει τόσο με πρακτικά θεραπευτικά θέματα (π.χ. είδος θεραπείας, ανάγκη νοσηλείας κλπ), όσο και με την πρόγνωση (stress.gr). Ίσως, η πιο κοντά στη κλινική πραγματικότητα ταξινόμηση είναι αυτή που υιοθέτησε το DSM-III και ιδιαίτερα το DSM-III-R, και που επεξεργάστηκε ακόμη περισσότερο το DSM-IV (Ν.Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

**1.6.1 Ταξινόμηση ανάλογα με το βαθμό σοβαρότητας:** Από κλινικής άποψης, η Κατάθλιψη διακρίνεται σε: Σοβαρή - Μέτρια - Ήπια.

- ü Ήπια Κατάθλιψη: Στη ήπια Κατάθλιψη, η κακή ψυχική διάθεση μπορεί να έρχεται και να φεύγει και η ασθένεια ξεκινά συχνά, ύστερα από ένα στρεσογόνο γεγονός. Το άτομο μπορεί να αισθάνεται άγχος και να έχει κακή ψυχική διάθεση. Συχνά, το μόνο που χρειάζεται για να θεραπευτεί ο τύπος Κατάθλιψης, είναι κάποιες αλλαγές στον τρόπο ζωής του ατόμου.
- ü Μέτρια Κατάθλιψη: Στη μέτρια Κατάθλιψη, η κακή ψυχική διάθεση είναι μόνιμη και το άτομο εκδηλώνει επιπλέον και σωματικά συμπτώματα, αν και αυτά τα συμπτώματα ποικίλλουν από άτομο σε άτομο. Συνήθως, δεν αρκούν οι αλλαγές στον τρόπο ζωής και απαιτείται ιατρική βοήθεια.
- ü Σοβαρή Κατάθλιψη: Η σοβαρή Κατάθλιψη είναι μια ασθένεια επικίνδυνη για τη ζωή του ατόμου, με έντονα συμπτώματα. Το άτομο εκδηλώνει σωματικά συμπτώματα, παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις (ΜακΚένζι Κ., 2000).

**1.6.2 Παραδοσιακοί Τρόποι Ταξινόμησης της Κατάθλιψης:**

[1] Πρωτοπαθής - Δευτεροπαθής: Σύμφωνα με τον Κλεφτάρα (1998), ο όρος «Πρωτοπαθής Κατάθλιψη», αναφέρεται στη περίπτωση όπου η Κατάθλιψη δεν ακολουθεί, ούτε συνδυάζεται με άλλη ψυχοπαθολογική κατάσταση, και μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο στη Διπολική όσο και στη Μονοπολική περίπτωση. Η «Δευτεροπαθής Κατάθλιψη», αναφέρεται σε ασθενείς με ιστορικό προϋπάρχουσας ψυχοπαθολογικής Διαταραχής, εκτός της Κατάθλιψης και της μανίας. Η Κατάθλιψη μπορεί να συμβεί ταυτόχρονα

με έναν αριθμό ψυχοπαθολογικών καταστάσεων, όπως Καταναγκαστική Διαταραχή, Φοβίες κλπ. (Κλεφτάρας Γ., Αθήνα, 1998).

[2] Ψυχωσική - Νευρωσική Κατάθλιψη: Ο όρος *Ψυχωσική Κατάθλιψη*, χρησιμοποιείται αρκετά εξειδικευμένα για τη μορφή της Κατάθλιψης στην οποία το άτομο έχει χάσει την ικανότητα του ελέγχου της πραγματικότητας, οπότε και παρουσιάζονται παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις ή βαθιά σύγχυση. Αντίθετα, στις *Νευρωσική Κατάθλιψη*, ο έλεγχος της πραγματικότητας παραμένει ανέπαφος και σε μια πιο ευρεία χρήση του όρου, η καθημερινή λειτουργικότητα δεν παραβλάπεται σε σημαντικό βαθμό. Ο όρος υποδηλώνει κοινωνικό-ψυχολογική προέλευση της Κατάθλιψης, παρά βιολογική αιτιολογία (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

[3] Ενδογενής - Εξωγενής Αντιδραστική Κατάθλιψη: Ως *Ενδογενής Κατάθλιψη*, ορίζεται το σύνδρομο που θεωρείται ότι προέρχεται μέσα από τον άρρωστο, δηλαδή ότι είναι αποτέλεσμα βιολογικών παραγόντων και ότι έχει πορεία και εξέλιξη ανεξάρτητη από περιβαλλοντικές επιδράσεις. Τα κύρια χαρακτηριστικά της ενδογενούς Κατάθλιψης είναι έντονες διαταραχές του αυτόνομου νευρικού συστήματος (ύπνος, όρεξη, ενέργεια), απουσία περιβαλλοντικών εκλυτικών παραγόντων (θάνατοι, προσωπικές απώλειες) και σταθερή προνοσηρή προσωπικότητα χωρίς υποχονδρίαση, αυτολύπηση κλπ. Αντίθετα, η *Αντιδραστική Κατάθλιψη*, αναφέρεται στο σύνδρομο εκείνο που εκλύεται από παράγοντες στο περιβάλλον του ασθενή, παρά από βιολογικούς παράγοντες. Χαρακτηριστικά της Κατάθλιψης αυτής, είναι η αναγνώριση εμφανών εκλυτικών στρεσογόνων γεγονότων της ζωής, η απουσία σημαντικών φυτικών διαταραχών, η διακύμανση των συμπτωμάτων ανάλογα με ψυχολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες και η ασταθής «νευρωτική» προνοσηρή προσωπικότητα (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

[4] Πρώιμη - Όψιμη Κατάθλιψη: Μια ακόμη διάκριση, είναι η ηλικία έναρξης της Κατάθλιψης. Σύμφωνα με τον Κλεφτάρα (1998), όσο πιο πρώιμη κλινικά είναι η έναρξη, τόσο πιο πιθανό είναι ότι οι συγγενείς του ατόμου αυτού θα παρουσίασαν στο παρελθόν διαταραχές διάθεσης. Όταν όμως η έναρξη της Κατάθλιψης, γίνεται πολύ αργότερα στη ζωή του ατόμου (μετά την ηλικία των σαράντα ετών), η πιθανότητα να εμφανίσουν οι συγγενείς το ίδιο πρόβλημα, δεν είναι μεγαλύτερη από αυτή του γενικού πληθυσμού.

[5] Διπολική - Μονοπολική Κατάθλιψη: Η Μονοπολική-Διπολική διάκριση αποτελεί μια από τις πιο ευρύτερα αποδεκτές υποδιαιρέσεις της Καταθλιπτικής Διαταραχής. Η *Διπολική Διαταραχή* χαρακτηρίζεται τόσο από περιόδους μανίας όσο και Κατάθλιψης, αν και μερικά άτομα μπορεί να παρουσιάσουν μόνο μανία. Τα επεισόδια μανίας ή Κατάθλιψης, μπορεί να είναι ήπιες ή σοβαρές μορφές. Ένα άτομο σε φάση μανιακού επεισοδίου, μπορεί να παρουσιάσει υπερβολική ευφορία, ή ευερεθιστότητα, διογκωμένη αυτοεκτίμηση, ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο, πίεση λόγου, διάσπαση προσοχής, αυξημένη δραστηριότητα και υπερκινητικότητα, συναισθηματική αστάθεια αλλά και παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις. Αντίθετα, η *Μονοπολική Κατάθλιψη*, περιλαμβάνει μόνο καταθλιπτικά επεισόδια, χωρίς καμία ένδειξη οποιασδήποτε μορφής μανίας ή υπομανίας και αποτελεί τη μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων που συναντώνται στη κλινική πρακτική.

[6] Συγκαλυμμένη Κατάθλιψη ή Καταθλιπτικό Ισοδύναμο: Η *Συγκαλυμμένη Κατάθλιψη*, είναι μια από τις πιο αμφιλεγόμενες έννοιες στη ψυχοπαθολογία. Ουσιαστικά, πρόκειται για τη διαπίστωση ότι αν το άτομο παραπονιέται για πολλά προβλήματα (ψυχολογικά ή / και σωματικά), μια πιο προσεχτική εξέταση, αποκαλύπτει μια υποβόσκουσα, μη διαγνωσμένη Κατάθλιψη. Με άλλα λόγια, η Κατάθλιψη στη προκειμένη περίπτωση, συγκαλύπτεται από τα συμπτώματα (διάφοροι πόνοι, ανορεξία, αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και Διαταραχή πανικού), για τα οποία το άτομο παραπονιέται και των οποίων είναι η αιτία.

[7] Εποχιακή Συναισθηματική Διαταραχή: Τα τελευταία χρόνια παρατηρήθηκε ότι μερικά άτομα, που αναπτύσσουν Κατάθλιψη, μια συγκεκριμένη μόνο εποχή του χρόνου, υποφέρουν από μια ιδιόμορφη Διαταραχή της διάθεσης, η οποία ονομάζεται *Εποχιακή Συναισθηματική Διαταραχή* (Κλεφτάρας Γ., Αθήνα, 1998).

### **1.6.3 Σύγχρονοι Τρόποι Ταξινόμησης της Κατάθλιψης :**

Συγκρίνοντας τα δύο βασικά ταξινομικά συστήματα, δηλαδή το ICD-10 και το DSM-IV, εντοπίζονται αρκετές ομοιότητες αλλά συγχρόνως και πολλές διαφορές (Χριστοδούλου Γ.Ν., Αθήνα, 1998):

### 1.6.3.1 Ταξινόμηση της Κατάθλιψης σύμφωνα με το ICD-10

Σύμφωνα με αυτό το σύστημα, που δημοσιεύτηκε το 1992, η Κατάθλιψη, υπάγεται στις Διαταραχές της Διάθεσης (Συναισθηματικές Διαταραχές). Η χρήση του όρου «Διαταραχή», αντί του ακριβέστερου και επιτυχέστερου όρου «πάθηση» ή «νόσος» (Χριστοδούλου Γ., Αθήνα, 1998), χρησιμοποιείται καθόλη την έκταση της ταξινόμησης με σκοπό να αποφευχθούν ακόμη μεγαλύτερα προβλήματα συνυφασμένα με την χρήση των αντίστοιχων όρων. Υποδηλώνει εδώ, την ύπαρξη κλινικών αναγνωρίσιμων ή πιστοποιήσιμων συμπτωμάτων ή συμπεριφορών που συνδέονται στις πλείστες των περιπτώσεων με δυσφορία και με διατάραξη των προσωπικών λειτουργιών (Στεφανής Κ., Σολδάτος Κ., Μαυρέας Β., Αθήνα, 1997).

Στις Διαταραχές της Διάθεσης, δεν υπάρχουν πλέον οι όροι «Νευρωσική Κατάθλιψη» και «Ενδογενής Κατάθλιψη», με τους οποίους ήταν όλοι οι κλινικοί ψυχίατροι εξοικειωμένοι (Χριστοδούλου Γ., Αθήνα, 1998). Η ταξινόμηση των Συναισθηματικών Διαταραχών επηρεάστηκε ιδιαίτερα από την υιοθέτηση της αρχής της ομαδοποίησης εκείνων των διαταραχών, οι οποίες εμπίπτουν σε μια κοινή θεματική περιοχή. Οι όροι λοιπόν, «Νευρωσική Κατάθλιψη» και «Ενδογενής Κατάθλιψη», δεν χρησιμοποιούνται, αλλά υπάρχει στενή αντιστοιχία με διάφορους τύπους βαρύτητας της Κατάθλιψης, που καθορίζονται στην ICD-10.

Οι Διαταραχές της Διάθεσης κωδικοποιούνται στην κατηγορία F30-F39 και στην κατηγορία αυτή υπάγονται οι παρακάτω διαταραχές (Στεφανής Κ., Σολδάτος Κ., Μαυρέας Β., Αθήνα, 1997):

**F30** Μανιακό επεισόδιο

**F31** Διπολική Συναισθηματική Διαταραχή

**F32** Καταθλιπτικό Επεισόδιο

**F33** Υποτροπιάζουσα Καταθλιπτική Διαταραχή

**F34** Επίμονες Διαταραχές Διάθεσης

**F38** Άλλες Διαταραχές της Διάθεσης

**F39** Μη καθοριζόμενες Διαταραχές της Διάθεσης

### 1.6.3.2 Ταξινόμηση της Κατάθλιψης σύμφωνα με το DSM-IV

Στο «Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών», της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρίας (DSM-IV), που δημοσιεύτηκε το 1994, οι συναισθηματικές διαταραχές ταξινομούνται ως εξής:

#### A) Καταθλιπτικές Διαταραχές («Μονοπολική Κατάθλιψη»)

A1) Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή: Σύμφωνα με τον Μάνο (1997), το βασικό διαγνωστικό στοιχείο της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής, είναι μια κλινική πορεία που χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Άτομα που βρίσκονται σε ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο συχνά παρουσιάζουν εύκολο κλάμα, ευερεθιστότητα, νοσηρή ενόχληση με κάθε είδους προβλήματα, άγχος, φοβίες, υπερβολική ενασχόληση και στεναχώρια για τη σωματική τους υγεία, διάφορους πόνους (πονοκεφάλους, κοιλιακούς ή άλλους πόνους) ή και Προσβολές Πανικού (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Στο μυαλό του ατόμου με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, το μέλλον φαντάζει ζοφερό και δυσοίωνο, καθώς το αισθάνεται αβοήθητο, εξυφαίνει και επεξεργάζεται σχέδια αυτοκαταστροφής για να απαλλαγεί από τα αδιέξοδά του. Δεν έχει όρεξη για φαγητό, άλλοτε όμως, καταναλώνει μεγάλη ποσότητα φαγητού, συνήθως από ανία (depression anxiety.gr).

A2) Δυσθυμική Διαταραχή ή Δυσθυμία: Το βασικό χαρακτηριστικό της Δυσθυμικής Διαταραχής, είναι μια χρόνια καταθλιπτική διάθεση, που το άτομο την έχει το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, τις περισσότερες μέρες, για τουλάχιστον δύο χρόνια (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Στις περισσότερες περιπτώσεις, ο πάσχων παραπονιέται ότι αισθάνεται συνεχώς θλιμμένος, αλλά η θλίψη του αυτή είναι περισσότερο υποκειμενική και λιγότερο αντικειμενική (Χριστοδούλου Γ., Αθήνα, 1998).

A3) Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς: Αναφέρεται σε διαταραχές με καταθλιπτικά χαρακτηριστικά, που δεν ικανοποιούν τα κριτήρια για Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, Δυσθυμική Διαταραχή, Διαταραχή Προσαρμογής με Καταθλιπτική Διάθεση ή Διαταραχή Προσαρμογής με Μεικτή Αγχώδη και Καταθλιπτική Διάθεση.

### B) Διπολικές Διαταραχές

B1) Διπολική Διαταραχή I: Χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα Μανιακά ή Μεικτά Επεισόδια, που συνήθως εναλλάσσονται με Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια.

B2) Διπολική Διαταραχή II: Χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια, συνοδευόμενα τουλάχιστον από ένα Υπομανιακό Επεισόδιο.

B3) Κυκλοθυμική Διαταραχή: Χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη εναλλακτικών περιόδων με υπομανιακά ή καταθλιπτικά συμπτώματα που διαρκούν τουλάχιστον δύο χρόνια και δεν ικανοποιούν τα κριτήρια για ένα μανιακό ή καταθλιπτικό επεισόδιο αντίστοιχα.

B4) Διπολική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς: Αναφέρεται σε διαταραχές με διπολικά χαρακτηριστικά, που όμως δεν ικανοποιούν τα κριτήρια για καμία από τις Διπολικές Διαταραχές (Κλεφτάρας Γ., Αθήνα, 1998).

### Γ) Άλλες Διαταραχές της Διάθεσης

1) Διαταραχή της Διάθεσης Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση: χαρακτηρίζεται από μια προεξάρχουσα και επίμονη Διαταραχή Διάθεσης, που αποδίδεται σε οργανική αιτιολογία και αποτελεί άμεση συνέπεια μια οργανικής κατάστασης (Κλεφτάρας Γ., Αθήνα, 1998). Η Διαταραχή της Διάθεσης μπορεί να είναι καταθλιπτική διάθεση, έντονη ελάτπωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης ή ανεβασμένη, διαχυτική ή ευερέθιστη διάθεση. Αν και η κλινική εικόνα της Διαταραχής της Διάθεσης μπορεί να είναι παρόμοια με την εικόνα ενός Μείζονος Καταθλιπτικού, Μανιακού, Μεικτού ή Υπομανιακού Επεισοδίου, δεν είναι υποχρεωτικό να πληρούνται τα κριτήρια για οποιοδήποτε από αυτά (Μάνος, Θεσσαλονίκη, 1997).

2) Διαταραχή της Διάθεσης Οφειλόμενη σε Ψυχοδραστικές Ουσίες: Χαρακτηρίζεται από μια προεξάρχουσα και επίμονη Διαταραχή Διάθεσης, που αποδίδεται σαν άμεση συνέπεια της κατάχρησης μιας χημικής ουσίας, ενός φαρμάκου, κλπ. (Κλεφτάρας Γ., Αθήνα, 1998). Η Διαταραχή της Διάθεσης μπορεί να είναι Κατάθλιψη, έντονη μείωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης, ή ευερέθιστη διάθεση. Αν και η κλινική εικόνα της Διαταραχής της Διάθεσης μπορεί να είναι παρόμοια με ένα Μείζον Καταθλιπτικό, Μανιακό, Μεικτό ή Υπομανιακό Επεισόδιο, δεν είναι



απαραίτητο να πληρούνται τα κριτήρια για οποιοδήποτε από αυτά (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

3) Διαταραχή της Διάθεσης Οφειλόμενη Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς: Αναφέρεται σε διαταραχές με συμπτώματα διάθεσης που όμως δεν ανταποκρίνονται στα κριτήρια για καμία συγκεκριμένη Διαταραχή της Διάθεσης (Κλεφτάρας Γ., Αθήνα, 1998) και όπου είναι δύσκολο να διαλέξει ο κλινικός ανάμεσα σε Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς και Διπολική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

### 1.7 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η Κατάθλιψη συνήθως περνά απαρατήρητη με αποτέλεσμα να μην εφαρμόζεται θεραπεία. Οι γιατροί δεν μπορούν να συνδυάσουν τα σωματικά συμπτώματα όπως η κόπωση, ο πονοκέφαλος, ο πόνος, ή η αϋπνία με τη Κατάθλιψη. Επιπλέον, τα καταθλιπτικά άτομα, συνήθως αρνιούνται ή παρουσιάζουν τα συμπτώματα πολύ ηπιότερα από ότι είναι, ή τα δικαιολογούν ως απλό στρες. Ενώ συγχρόνως, πολλά άτομα αποφεύγουν να επισκεφτούν το γιατρό, γιατί εσφαλμένα πιστεύουν πως η διάγνωση της Κατάθλιψης σημαίνει αδυναμία θέλησης ή χαρακτήρα.

Παρόλο που το στίγμα που ακολουθεί τις ψυχικές ασθένειες είναι μειωτικό, η έλλειψη γνώσεων, η ανησυχία για το πώς θα αντιδράσουν οι γύρω και οι ανησυχίες σχετικά με την εχεμύθειά τους, εμποδίζουν ακόμα τους ανθρώπους να ζητήσουν βοήθεια. Καθώς η Κατάθλιψη γίνεται όλο και πιο αποδεκτή ως ασθένεια από τους γιατρούς και το κοινό, η αναγνώριση και η διάγνωσή τους αυξάνονται.

Ενδεικτικά για τη διάγνωση της Κατάθλιψης είναι τα παρακάτω σημάδια και συμπτώματα:

- Ø Επίμονη μελαγχολία
- Ø Ευερεθιστότητα
- Ø Υπερβολικό Άγχος
- Ø Απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης στη ζωή
- Ø Αμέλεια προσωπικών ευθυνών και φροντίδας
- Ø Αλλαγές στον τρόπο διατροφής

- Ø Αλλαγές στον ύπνο
- Ø Κόπωση και απώλεια ενεργητικότητας
- Ø Μειωμένη συγκέντρωση, προσοχή και μνήμη
- Ø Υπερβολικές εναλλαγές στο συναίσθημα
- Ø Συναισθήματα αδυναμίας, απελπισίας, αναξιότητας και ενοχής
- Ø Αρνητικές σκέψεις
- Ø Σωματικά συμπτώματα που δεν ανταποκρίνονται σε θεραπεία
- Ø Αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ ή φαρμάκων
- Ø Σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας

Υπάρχουν φορές που η Κατάθλιψη μπορεί να διαγνωσθεί από τη πρώτη κιόλας επίσκεψη, άλλες φορές όμως – ειδικά όταν η Κατάθλιψη συνοδεύεται από κάποια άλλη ασθένεια ή πολύπλοκες συνθήκες ζωής - απαιτούνται περισσότερες από μια επισκέψεις. Εκτός από τη διάγνωση για την ύπαρξη της Κατάθλιψης πρέπει να καθοριστεί και ο τύπος Κατάθλιψης που το άτομο παρουσιάζει και αυτό γιατί ο κάθε τύπος Κατάθλιψης χρήζει διαφορετικής θεραπείας.

Η διάγνωση της Κατάθλιψης περιλαμβάνει ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω βήματα:

1) Σύσκεψη και οικογενειακό ιστορικό: Πραγματοποιείται συλλογή στοιχείων για τη περίπτωση τους ασθενούς από τον ειδικό. Μέσω μιας λειτουργικής συνέντευξης, ο ασθενής παρουσιάζει τα συμπτώματα, τα συναισθήματα και τις ανησυχίες που βιώνει και τα οποία καταγράφονται από τον ειδικό.

2) Σωματική εξέταση και τεστ: Αρκετές φορές ζητείται από το άτομο να υποβληθεί σε αιματολογικές εξετάσεις, για να ελεγχθεί η ύπαρξη ή μη, άλλων ασθενειών που προκαλούν τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Οι εξετάσεις αίματος δείχνουν τη κατάσταση του ήπατος και των νεφρών και αναγνωρίζουν παθήσεις όπως η ασθένεια του θυρεοειδούς και των επινεφριδίων, η αναιμία και οι λοιμώξεις, που προκαλούν τη Κατάθλιψη.

3) Προσωπικό ερωτηματολόγιο: Ορισμένοι γιατροί χρησιμοποιούν ερωτηματολόγιο για να μάθουν περισσότερα σχετικά με τα συμπτώματα του ασθενούς, τη χρονική διάρκειά τους και τον βαθμό που επηρεάζουν τη ζωή του. Τα ερωτηματολόγια και τα ψυχολογικά τεστ, βοηθούν στη διάγνωση της Κατάθλιψης. Μερικά είναι μικρά και άλλα περισσότερο εκτενή. Οι

απαντήσεις που δίνονται, βοηθούν τον ειδικό να ανακαλύψει προσωπικά θέματα που μπορεί να σχετίζονται με τη Κατάθλιψη που βιώνει το άτομο και να καθορίσει τη σοβαρότητά της. Μερικές φορές τα ερωτηματολόγια χρησιμοποιούνται για να μετράται η πρόοδος του ασθενούς στη διάρκεια της θεραπείας (Kramlinger K., μτφρ.. Ελιασά Χ., 2004).

### **1.8 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ**

Εξαιτίας των συμπτωμάτων ενός καταθλιπτικού ατόμου, μπορεί να επηρεαστούν διάφοροι τομείς της ζωής του, όπως οικογένεια (διαζύγιο), εργασιακό περιβάλλον (απώλεια εργασίας), σχολείο (σκασιαρχείο, αποτυχία στα μαθήματα), κατάχρηση ουσιών ή αλκοόλ ή ακόμα υπερβολική χρήση ιατρικών υπηρεσιών.

Η πιο σοβαρή όμως επιπλοκή της Κατάθλιψης, είναι η αυτοκτονία. Ο κίνδυνος για αυτοκτονία είναι ιδιαίτερα υψηλός σε άτομα με ψυχωτικά στοιχεία, με ιστορικό προηγούμενων αποπειρών, με οικογενειακό ιστορικό πετυχημένων αυτοκτονιών, με ταυτόχρονη χρήση ουσιών, που ζουν μόνα τους ή είναι διαζευγμένα ή χωρισμένα και που έχουν προετοιμάσει ένα (λεπτομερειακό) σχέδιο αυτοκτονίας (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη 1997).

### **1.9 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ - ΟΜΑΔΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

Η Κατάθλιψη μπορεί να επηρεάσει οποιονδήποτε, ανεξάρτητα από την ηλικία, τη φυλή, την εθνικότητα, το επάγγελμα, το εισόδημα ή το φύλο. Ωστόσο, οι γυναίκες έχουν πολύ μεγαλύτερες πιθανότητες να παρουσιάσουν Κατάθλιψη, από ότι οι άντρες. Αυτή η διαφορά μπορεί εν μέρει να οφείλεται σε βιολογικά αίτια. Μεγάλο ρόλο παίζουν και οι προηγούμενες εμπειρίες, όπως η σεξουαλική ή γενική κακοποίηση. Η κακοποίηση φυσικά δεν συμβαίνει αποκλειστικά στις γυναίκες, ωστόσο είναι πιο ευάλωτη ομάδα από τους άντρες. Η πρώτη εμπειρία Κατάθλιψης σε ένα άτομο συμβαίνει συνήθως στις ηλικίες 25-44 ετών. Παρά ταύτα, η ασθένεια επηρεάζει τόσο τα παιδιά όσο και τους ηλικιωμένους.

Τα ποσοστά Κατάθλιψης είναι χαμηλότερα στους παντρεμένους και σε όσους έχουν μακροχρόνια, υγιή σχέση. Η ασθένεια παρατηρείται συχνότερα στα διαζευγμένα ή χωρισμένα άτομα. Παρόλο που η αιτία είναι άγνωστη, μοιάζει να επηρεάζει περισσότερο τα πολύ δημιουργικά άτομα (Kramlinger K., μτφρ. Ελιασά Χ., 2004).

## **1.9.1 ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ**

### **1.9.1.1 ΒΡΕΦΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ**

Πιστεύεται, ότι για να εμφανιστεί Κατάθλιψη, θα πρέπει ένα άτομο να έχει κάποια εμπειρία από τη ζωή, ότι μια συσσώρευση αρνητικών γεγονότων ή απογοητεύσεων μπορεί να δημιουργήσει μια απαισιοδοξία που οδηγεί στη Κατάθλιψη. Όμως αυτή η λογική υπόθεση, όπως και άλλες πολλές, στη ψυχοπαθολογία, δεν είναι απόλυτα ακριβής. Σύμφωνα με τον Barlow και Durand (2002), ακόμα και βρέφη 3 μηνών μπορεί να υποφέρουν από Κατάθλιψη. Τα νήπια των καταθλιπτικών μητέρων παρουσιάζουν έντονα καταθλιπτικές συμπεριφορές (έχουν λυπημένα πρόσωπα, αργή κίνηση, έλλειψη απαντητικότητας σε ερεθίσματα) ακόμα και όταν έρχονται σε επαφή με ένα μη καταθλιπτικό ενήλικα. Αυτή η συμπεριφορά, οφείλεται είτε σε μια γενετική τάση που κληρονομείται από τη μητέρα, είτε είναι το αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης με μια καταθλιπτική μητέρα, είτε οφείλεται σε ένα συνδυασμό των δύο (Barlow D. H. & Durand V.M. , 2η Έκδοση, Ά Τόμος, μτφρ. Μπαρπάτση Μ., 2002).

### **1.9.1.2 ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ**

Οι περισσότεροι ερευνητές, σύμφωνα με τον Barlow και Durand (2002), συμφωνούν ότι οι Διαταραχές της Διάθεσης είναι δομικά παρόμοιες στα παιδιά και στους ενήλικες. Συνεπώς, δεν υπάρχουν στο DSM-IV Διαταραχές της Διάθεσης «της παιδικής ηλικίας», οι οποίες να αφορούν ειδικά σε ένα αναπτυξιακό στάδιο, σε αντίθεση με τις Αγχώδεις Διαταραχές (Barlow D. H. & Durand V.M. , 2η Έκδοση, Ά Τόμος, μτφρ. Μπαρπάτση Μ., 2002).

Την τελευταία εικοσαετία, οι επιστήμονες έχουν καταβάλλει πολλές προσπάθειες για να κατανοήσουν καλύτερα τις Διαταραχές της Διάθεσης στα παιδιά και τους εφήβους. Κάποτε οι γιατροί πίστευαν ότι τα παιδιά και οι έφηβοι δεν είχαν την πνευματική ωριμότητα για να νιώσουν Κατάθλιψη. Ωστόσο, στις μέρες μας, η Κατάθλιψη θεωρείται συνηθισμένη σε αυτές τις ηλικίες. Τα νεαρά άτομα είναι επιρρεπή σε διάφορες μορφές Κατάθλιψης, αλλά σε αυτή την ηλικιακή ομάδα η ασθένεια εντοπίζεται και θεραπεύεται δύσκολα (Kramlinger K., μτφρ. Ελισά Χ., 2004).

Πράγματι, τα παιδιά κάτω των 3 ετών μπορούν να εκδηλώνουν την κατάθλιψή τους με τις εκφράσεις του προσώπου τους, όπως επίσης με τον τρόπο που τρώνε, που κοιμούνται ή και που παίζουν. Ωστόσο, μια αναπτυξιακή διαφορά ανάμεσα στα παιδιά, τους εφήβους και τους ενήλικες είναι ότι τα παιδιά, και ιδιαίτερα τα αγόρια, έχουν την τάση να γίνονται επιθετικά και καταστρεπτικά κατά τη διάρκεια των καταθλιπτικών τους επεισοδίων. Για το λόγο αυτό η Κατάθλιψη της παιδικής ηλικίας, συνήθως διαγιγνώσκεται λανθασμένα ως υπερκινητικότητα, ή ακόμα συχνότερα ως Διαταραχή της Διαγωγής, στην οποία η επιθετικότητα και η καταστρεπτική συμπεριφορά είναι συνηθισμένες. Συχνά παρουσιάζεται συνύπαρξη της Κατάθλιψης με άλλη ψυχική νόσο.

Παιδιά ηλικίας κάτω των 9 ετών, φαίνεται ότι εμφανίζουν περισσότερη ευερεθιστότητα και συναισθηματικές διακυμάνσεις παρά κλασικές καταστάσεις μανίας και συχνά διαγιγνώσκονται λανθασμένα ως υπερκινητικά. Μετά την ηλικία των 9 ετών, τα παιδιά εμφανίζουν μία πιο τυπική κατάσταση μανίας. Αναφορικά με τους εφήβους, που υποφέρουν από Κατάθλιψη, όταν συγκρίνονται με εκείνους που υποφέρουν από μη Καταθλιπτικές Διαταραχές, έχουν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση. Οι έφηβοι που λόγω μιας αρρώστιας ή ενός τραυματισμού αναγκάζονται να περιορίσουν τις δραστηριότητές τους, αντιμετωπίζουν υψηλότερο κίνδυνο να εμφανίσουν Κατάθλιψη (Barlow D. H. & Durand V.M. , 2η Έκδοση, Ά Τόμος, μτφρ. Μπαρπάτση Μ., 2002).

Όταν λοιπόν τα παιδιά και οι έφηβοι παρουσιάσουν Κατάθλιψη, επηρεάζονται οι οικογενειακές σχέσεις, η κοινωνική ανάπτυξη και η πρόοδος τους στο σχολείο, ενώ παράλληλα καταφεύγουν στη χρήση αλκοόλ, ή ναρκωτικών και κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας. Βεβαίως η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία, μειώνει τη διάρκεια και τη σοβαρότητα της

Κατάθλιψης, καθώς επίσης και τον κίνδυνο επιπλοκών (Kramlinger K., μτφρ. Ελιασά Χ., 2004).

Σημαντικά στατιστικά στοιχεία, σύμφωνα με έρευνες που έχει πραγματοποιήσει η κλινική Mayo Clinic (2004), είναι τα ακόλουθα:

- ü Σύμφωνα με τις έρευνες αυτές, ένα ποσοστό της τάξεως του 3% των παιδιών και των εφήβων, έχουν Κατάθλιψη.
- ü Μόλις ένα παιδί ή ένας έφηβος παρουσιάσει επεισόδιο Κατάθλιψης έχει μεγαλύτερες από 50% πιθανότητες να εμφανίσει δεύτερο επεισόδιο τα επόμενα 5 χρόνια.
- ü Τα δύο τρίτα των νέων με ψυχικές ασθένειες δεν λαμβάνουν τη βοήθεια που χρειάζονται.
- ü Η αυτοκτονία είναι η τρίτη κατά σειρά αιτία θανάτου στις ηλικίες των 15-24 ετών και η έκτη αιτία θανάτου στις ηλικίες των 5-15 ετών.
- ü Τέλος, το ποσοστό αυτοκτονιών στις ηλικίες των 5-24 ετών έχει τριπλασιαστεί από το 1960 (Kramlinger K., μτφρ. Ελιασά Χ., 2004).

Πίνακας 2: Εκδηλώσεις Καταθλιπτικών Συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας

Συμπτώματα Ενηλίκων	0-36 μηνών	3-5 ετών	6-8 ετών	9-12 ετών	13-18 ετών
Δυσφορική Διάθεση	Λυπημένο /ανέκφραστο πρόσωπο, βλέμμα αποστροφής, επίμονο βλέμμα, ευερεθιστότητα	Λυπημένη έκφραση, μελαγχολία /ευμετάβλητη διάθεση, ευερεθιστότητα	Έντονη δυστυχία, μελαγχολία, ευερεθιστότητα	Λυπημένη έκφραση, απάθεια, ευερεθιστότητα	Λυπημένη έκφραση, απάθεια, αυξημένα παράπονα για καταθλιπτικά συμπτώματα
Απώλεια ενδιαφέροντος /ευχαρίστησης	Έλλειψη κοινωνικού παιχνιδιού	Έκπτωση στις κοινωνικές συναλλαγές	Έκπτωση στις κοινωνικές συναλλαγές	Παρόμοια συμπτώματα με τους ενήλικες	Παρόμοια συμπτώματα με τους ενήλικες
Αλλαγή στην όρεξη / βάρος	Προβλήματα διατροφής	Προβλήματα διατροφής	Παρόμοια συμπτώματα με τους ενήλικες	Παρόμοια συμπτώματα με τους ενήλικες	Παρόμοια συμπτώματα με τους ενήλικες

(Συνέχεια του Πίνακα 2 της προηγούμενης σελίδας)

Συμπτώματα Ενηλίκων	0-36 μηνών	3-5 ετών	6-8 ετών	9-12 ετών	13-18 ετών
Αϋπνία/ Υπερύπνια	Προβλήματα ύπνου	Προβλήματα ύπνου	Προβλήματα ύπνου	Παρόμοια συμπτώματα με τους ενήλικες	Παρόμοια συμπτώματα με τους ενήλικες
Ψυχοκινητική Διέγερση	Εκφράσεις θυμού, ευερεθιστότητα	Ευερεθιστότητα εκρήξεις θυμού	Ευερεθιστότητα εκρήξεις θυμού	Επιθετική συμπεριφορά	Ευερεθιστότητα εκρήξεις θυμού
Ψυχοκινητική Επιβράδυνση	Λήθαργος	Λήθαργος	Λήθαργος	Λήθαργος	Παρόμοια συμπτώματα με τους ενήλικες
Απώλεια ενεργητικότητας	Λήθαργος	Λήθαργος	Λήθαργος	Λήθαργος	Παρόμοια συμπτώματα με τους ενήλικες
Συναισθήματα αναξιότητας	-	Χαμηλή Αυτοεκτίμηση	Χαμηλή Αυτοεκτίμηση	Αισθήματα ενοχής, χαμηλή Αυτοεκτίμηση	Ενοχή
Μειωμένη Συγκέντρωση	-	-	Άσχημη σχολική επίδοση	Άσχημη σχολική επίδοση	Άσχημη σχολική επίδοση
Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας	-	Ροπή στα ατυχήματα	Ροπή στα ατυχήματα, νοσηρή εξωτερική εμφάνιση - outlook	Παρόμοια συμπτώματα με τους ενήλικες	Παρόμοια συμπτώματα με τους ενήλικες
Σωματικά παράπονα	-	Παρόντα	Παρόντα	Παρόντα	Παρόντα

Πηγή: Barlow D. H. & Durand V.M. , 2η Έκδοση, Ά Τόμος, μτφρ. Μπαρμπάτση Μ., 2002

Ανεξάρτητα από τη μορφή με την οποία εκδηλώνονται οι Διαταραχές Διάθεσης στα παιδιά και στους εφήβους, είναι πολύ σοβαρές λόγω των πιθανών της συνεπειών (Barlow D.H. & Durand V.M., 2η Έκδοση, Ά Τόμος, μτφρ. Μπαρμπάτση Μ., 2002).

### 1.9.1.3 ΓΕΡΟΝΤΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Οι Καταθλίψεις με όψιμη έναρξη, σχετίζονται με έντονες δυσκολίες στον ύπνο, με υποχονδρίαση και με διέγερση. Η διάγνωση της Κατάθλιψης στους ηλικιωμένους παρουσιάζει δυσκολίες επειδή η εκδήλωση των Διαταραχών της Διάθεσης συχνά περιπλέκεται με τη παρουσία κάποιας οργανικής ασθένειας, ή από τη παρουσία συμπτωμάτων άνοιας. Αυτό σημαίνει ότι οι ηλικιωμένοι που είναι σωματικά άρρωστοι ή αρχίζουν να εμφανίζουν συμπτώματα άνοιας, μπορεί να αισθάνονται Κατάθλιψη για αυτό, αλλά τα σημάδια Κατάθλιψης αποδίδονται στην αρρώστια ή στην άνοια και για αυτό διαφεύγουν της προσοχής (Barlow D.H. & Durand V.M., 2η Έκδοση, Ά Τόμος, μτφρ. Μπαρμπάτση Μ., 2002).

Πιο συγκεκριμένα, οι ακόλουθοι ιατρικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες συμβάλλουν στην εμφάνιση της Κατάθλιψης στους ηλικιωμένους:

ü Σωματική ασθένεια: Η Κατάθλιψη μπορεί να είναι αποτέλεσμα ιατρικών παθήσεων, όπως η νόσος Αλτσχάιμερ, η νόσος Πάρκινσον, το εγκεφαλικό, η καρδιοπάθεια και ο καρκίνος. Επειδή τα συμπτώματα αυτών των ασθενειών, είναι μερικές φορές ίδια με αυτά της Κατάθλιψης, η Κατάθλιψη περνά απαρατήρητη στους ηλικιωμένους με προβλήματα υγείας (Kramlinger K., μτφρ. Ελιασά Χ., 2004).

Η Κατάθλιψη μπορεί να συμβάλλει επίσης στην εκδήλωση μιας σωματικής ασθένειας στους ηλικιωμένους. Οι ερευνητές έχουν βρει, ότι το αυξημένο αίσθημα του αβοήθητου, ιδιαίτερα στους τροφίμους των γηροκομείων, μπορεί να οδηγήσει στη Κατάθλιψη και σε πρόιμο θάνατο. Παρόμοια στοιχεία αποδεικνύουν ότι οι ηλικιωμένοι που είναι άρρωστοι και ταυτόχρονα πάσχουν από Κατάθλιψη, νοσηλεύονται για περισσότερο χρονικό διάστημα από εκείνους που είναι άρρωστοι αλλά δεν έχουν Κατάθλιψη (Barlow D.H. & Durand V.M., 2η Έκδοση, Ά Τόμος, μτφρ. Μπαρμπάτση Μ., 2002).

ü Φάρμακα: Ορισμένα φάρμακα προκαλούν Κατάθλιψη. Μερικά από αυτά καθιστούν ένα άτομο πιο επιρρεπή στη Κατάθλιψη, μεταβάλλοντας τα επίπεδα των ορμονών ή αλληλεπιδρώντας με άλλα φάρμακα. Επίσης άλλα φάρμακα προκαλούν κόπωση, η οποία



οδηγεί σε νωχελικότητα, κακή διατροφή και κοινωνική απομόνωση – παράγοντες που συμβάλλουν στη Κατάθλιψη. Ορισμένα άτομα επίσης, κάνουν κακή χρήση φαρμάκων – συνειδητά ή ασυνείδητα – ή τα συνδυάζουν με αλκοόλ, το οποίο είναι ουσία που συμβάλλει στην Κατάθλιψη.

- ü Θλίψη: Με το πέραμα της ηλικίας, υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα να υποστεί το άτομο, τον θάνατο του συντρόφου του, ενός μέλους της οικογένειάς του ή κάποιου προσφιλούς ατόμου, με αποτέλεσμα να αισθάνεται βαθιά θλίψη.
- ü Σύνταξη: Καθώς οι άνθρωποι παίρνουν σύνταξη όλο και πιο νωρίς, ενώ από την άλλη, η διάρκεια ζωής αυξάνεται, η περίοδος από το τέλος της εργασίας, μέχρι το τέλος της ζωής είναι μεγαλύτερη. Πολλοί ηλικιωμένοι περνούν ανώδυνα την μετάβαση από την εργασία στη συνταξιοδότηση. Υπάρχουν όμως πολλοί που δυσκολεύονται να δεχτούν το γεγονός, ειδικά αυτοί που αντλούν ικανοποίηση και αυτοεκτίμηση από τη δουλειά τους. Σύνταξη μπορεί ακόμα να σημαίνει και μετακόμιση σε κάποιο άλλο μέρος και απώλεια φίλων.
- ü Συλλογισμός: Με τη πάροδο του χρόνου, ο άνθρωπος αρχίζει να αναλογίζεται τη ζωή που έκανε και τις επιτυχίες του. Αρκετοί είναι εκείνοι που λυπούνται γιατί διαπιστώνουν πως δεν πέτυχαν όλα όσα ήθελαν στη ζωή, ή απογοητεύονται που δεν είχαν αντιδράσει διαφορετικά σε κάποιες καταστάσεις.
- ü Αντιμετώπιση του θανάτου: Μερικοί άνθρωποι δυσκολεύονται να αποδεχθούν το γεγονός ότι η ζωή τους ίσως φτάνει στο τέλος της (Kramlinger K., μτφρ. Ελιασά Χ., 2004).

Στους υπερήλικες επίσης παρουσιάζονται συγχυτικού τύπου συμπτώματα και συχνά τίθεται θέμα διαφορικής διάγνωσης μεταξύ της «ψευδοάνοιας» (που τις περισσότερες φορές είναι καταθλιπτικό ισοδύναμο) και της γνήσιας άνοιας (medis.gr)

### **1.9.2 ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΑ ΑΤΟΜΑ**

Η θεωρία συσχετισμού δημιουργικότητας και θλίψης ήταν γνωστή στους αρχαίους Έλληνες. Σήμερα, οι επιστήμονες έχουν κάνει δεκάδες μελέτες για την εξερεύνηση αυτού του συνδετικού κρίκου. Παρόλο που οι ενδείξεις είναι ελάχιστες, ορισμένοι ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι η Κατάθλιψη είναι πιο συνηθισμένη ανάμεσα στους ποιητές, τους συγγραφείς, τους ζωγράφους και τους συνθέτες. Σε μια μελέτη διαπιστώθηκε ότι οι καλλιτέχνες προσβάλλονται από Κατάθλιψη δύο φορές περισσότερο από ότι τα άτομα άλλων ομάδων.

Παρά ταύτα, κάποιοι άλλοι ερευνητές, υποστηρίζουν ότι η σχέση της δημιουργικότητας και της Κατάθλιψης είναι παράλογη και ότι πολλά δημιουργικά άτομα έχουν σταθερή συμπεριφορά. Οι περισσότεροι ερευνητές πιστεύουν ότι τα δημιουργικά επιτεύγματα πραγματοποιούνται ανεξάρτητα και όχι εξαιτίας της Ψυχικής Διαταραχής. Η Κατάθλιψη μπορεί να καταπνίξει τη δημιουργικότητα τόσο εύκολα όσο και να την αναδείξει (Kramlinger K., μτφρ. Ελιασά Χ., 2004).

### **1.10 ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ**

Η Κατάθλιψη δεν παρουσιάζεται πάντα μόνη της, αντιθέτως συνοδεύει διάφορες άλλες ψυχικές ασθένειες, συνήθως το Άγχος, τις Διατροφικές Διαταραχές, τις Διαταραχές Προσωπικότητας και τη Κατάχρηση Ουσιών. Στη περίπτωση λοιπόν, των Συνδυαστικών Διαταραχών, είναι δύσκολο κάποιος να ξεχωρίσει τη σχέση των δύο διαταραχών, καθώς πρέπει να διαγνωστεί ποια από τις δύο εμφανίστηκε πρώτη, να εξακριβωθεί η μεταξύ τους σχέση και -ενδεχομένως- ο τρόπος αλληλεπίδρασής τους (Kramlinger K., μτφρ. Ελιασά Χ., 2004).

Ως συννόσηση, θεωρείται η συνύπαρξη περισσότερων της μίας νοσολογικών οντοτήτων σε ένα άτομο. Τα αιτιοπαθογενετικά μοντέλα που έχουν ενοχοποιηθεί για τη συννόσηση στην Κλινική Ψυχιατρική, είναι τα εξής:

- 1) Προδιάθεση – π.χ. χρόνιες Αγχώδεις Διαταραχές προδιαθέτουν σε Κατάθλιψη,
- 2) Το μοντέλο των επιπλοκών – π.χ. αγοραφοβία είναι επιπλοκή στην εξέλιξη του πανικού,
- 3) Το μοντέλο της κοινής καταγωγής – π.χ. αναστολή της συμπεριφοράς ως αιτιολογικός παράγοντας για αγοραφοβία, κοινωνική φοβία,
- 4) Το μοντέλο αλληλεπίδρασης,
- 5) Το μοντέλο της σύμπτωσης (τύχης).

Κατά το διεθνές σύστημα ταξινόμησης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ICD-10, σε περιπτώσεις συννόησης προβλέπεται η ταυτόχρονη καταχώρηση όσων διαγνώσεων είναι απαραίτητες για να καλύψουν τη κλινική εικόνα. Στη περίπτωση της καταχώρησης περισσότερων της μίας διαγνώσεων, προτεραιότητα δίνεται, έναντι των άλλων διαγνώσεων, σε μια διάγνωση που χαρακτηρίζεται ως η «κύρια διάγνωση», με χαρακτηρισμό των άλλων, ως «συμπληρωματικών ή πρόσθετων διαγνώσεων». Στη πραγματικότητα, η διάγνωση αυτή, έδωσε αφορμή για την αναζήτηση βοήθειας από τις υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας. Σε πολλές περιπτώσεις, αυτή θα είναι η Διαταραχή η οποία επιβάλλει εισαγωγή στο νοσοκομείο ή παρακολούθηση στο εξωτερικό ιατρείο ή σε υπηρεσία ημερήσιας περίθαλψης (Μαδιανός Μ. Γ., Αθήνα, 2006).

Σε περιπτώσεις συννόησης, η θεραπευτική διαδικασία περιπλέκεται, αφού πρέπει να διαγνωσθεί η τυπολογία της συννόησης (βλ. πίνακα 3). Συνεπώς, θα πρέπει να ακολουθηθούν οι εξής διαγνωστικές προσεγγίσεις:

- 1) Εάν η Διαταραχή Α (Κατάθλιψη), προηγείται της Διαταραχής Β (π.χ. Τριχοτιλλομανίας) και την προκαλεί, τότε η θεραπεία της Α (Κατάθλιψης), θεραπεύει και τις εκδηλώσεις της Β Διαταραχής (Τριχοτιλλομανίας).
- 2) Αν μια Διαταραχή Α (Κατάθλιψη), εμφανίζεται ταυτόχρονα με τη Διαταραχή Β (π.χ. Τριχοτιλλομανία), τότε και οι δύο θα πρέπει να θεραπευτούν ταυτόχρονα (Μ. Γ. Μαδιανός, 2006).

**Πίνακας 3 - Η τυπολογία της Συννόησης**

**A. Η Συννόηση έχει την ακόλουθη τυπολογία:**

1. Ισόβια συννόηση
2. Επεισόδιο
3. Ως βαρύτητα ή επιβάρυνση της κύριας νόσου
4. Ως παράγοντας στην αναζήτηση βοήθειας
5. Ως παράγοντας κινδύνου
6. Ως συνδυασμός με σωματικά ενοχλήματα

**B) Μια άλλη τυπολογική διαίρεση είναι η ακόλουθη:**

1. Χρονολογική ακολουθία (sequence)  
(Πρωτοπαθής-Δευτεροπαθής νόσος)
2. Απιοκρατική σχέση
3. Προεξάρχοντα συμπτώματα
4. Κύρια επίδραση στη λειτουργικότητα

*Πηγή: Μαδιανός Μ.Γ., Αθήνα, 2006*

Έτσι λοιπόν, από θεραπευτικής σκοπιάς, όταν η Κατάθλιψη συνδυάζεται με μια άλλη Διαταραχή, η θεραπεία είναι πιο δύσκολη. Η πρώτη δυσκολία στην επιτυχή θεραπεία των συνδυαστικών διαταραχών, είναι ο εντοπισμός και των δύο. Επίσης ένα άτομο με Κατάθλιψη, μπορεί να καταφύγει σε περισσότερες από μια αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, όπως για παράδειγμα στο αλκοόλ, στα ναρκωτικά ή στην αλόγιστη χρήση φαρμάκων.

Αν ο γιατρός δεν γνωρίζει την κατάχρηση ουσιών, δεν μπορεί να τη λάβει υπόψη του στη θεραπεία, με αποτέλεσμα να μειώνονται οι πιθανότητες επιτυχίας. Ο μόνος τρόπος να αντιμετωπίσει κανείς την πολύπλοκη αλληλεξάρτηση των συνδυαστικών διαταραχών είναι να τις εντοπίσει και να τις θεραπεύσει ταυτόχρονα (Kramlinger K., μτφρ. Ελισά Χ., 2004).

## 2.0 ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι διαταραχές που παρουσιάζονται σε αυτό το κεφάλαιο, καθιστούν το άτομο περισσότερο επιρρεπή στην υιοθέτηση αυτοκαταστροφικών ενεργειών και αποτελούν Διαταραχές, οι οποίες, ως επί των πλείστων, είναι επισήμως αναγνωρισμένες από την Ψυχιατρική Κοινότητα.

Σημειώνεται σε αυτό το σημείο, ότι σε μια περίπτωση ενός καταθλιπτικού ασθενούς, μπορούν να συνυπάρχουν, και ως συνέπεια να διαγνωσθούν, περισσότερες από μία διαταραχές (βλ. αναλυτικά § 1.10 Συννοσηρότητα).

### 2.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Η προσωπικότητα είναι η δυναμική οργάνωση των γνωστικών συναισθημάτων, φυσιολογικών, μορφολογικών και ψυχικών γενικότερα γνωρισμάτων ενός ατόμου.

Εάν λοιπόν κάποιο από τα παραπάνω στοιχεία, λόγω οργανικών ή ψυχολογικών, συναισθηματικών ή άλλων αιτιών, διαταραχθεί τότε πια δημιουργείται Διαταραχή της όλης προσωπικότητας του ατόμου (Καλούρη-Αντωνοπούλου Ρ., Αθήνα, 2001).

Σύμφωνα με το ICD-10 (1997), στη διαγνωστική αυτή ενότητα, περιλαμβάνεται μια ποικιλία από κλινικά σημαντικές καταστάσεις και τύπους συμπεριφοράς, που τείνουν να επιμένουν στο χρόνο και αποτελούν έκφραση του χαρακτηριστικού τύπου ζωής του ατόμου και του τρόπου, με τον οποίο σχετίζεται προς τον εαυτό και τους άλλους. Μερικές από τις καταστάσεις αυτές και ορισμένα πρότυπα συμπεριφοράς, εμφανίζονται για πρώτη φορά νωρίς στη πορεία της ανάπτυξης του ατόμου, ως αποτέλεσμα τόσο ιδιοσυστατικών παραγόντων όσο και κοινωνικών εμπειριών, ενώ άλλες αποκτούνται σε μεταγενέστερο στάδιο της ζωής.

Επιπλέον το ICD-10 (1997), επισημαίνει ότι οι Διαταραχές Προσωπικότητας διαφέρουν από τις μεταβολές Προσωπικότητας αναφορικά με το χρόνο και τον τρόπο πρώτης της εμφάνισης:

- ∅ Είναι αναπτυξιακές διαταραχές, οι οποίες εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της παιδικής ή εφηβικής ηλικίας και συνεχίζονται κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής. Δεν είναι δευτερογενείς σε άλλη Ψυχική Διαταραχή ή εγκεφαλική νόσο, μολονότι μπορεί να προηγούνται ή να συνυπάρχουν με άλλες διαταραχές.
- ∅ Αντίθετα, η μεταβολή της Προσωπικότητας, συνήθως επισυμβαίνει κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής, μετά από έντονο ή παρατεταμένο στρες, ακραία αποστέρηση από περιβαλλοντικά ερεθίσματα, σοβαρή Ψυχική Διαταραχή, εγκεφαλική νόσο ή τραυματισμό.

### 2.1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Οι Διαταραχές της Προσωπικότητας, περιλαμβάνουν βαθιά ριζωμένα και επιμένοντα πρότυπα συμπεριφοράς, τα οποία εκδηλώνονται σαν ανελαστικές απαντήσεις σε ευρεία ποικιλία προσωπικών και κοινωνικών συνθηκών. Αντιπροσωπεύουν ακραίες ή σημαντικές αποκλίσεις από τον τρόπο, με τον οποίο το μέσο άτομο σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικό-πολιτισμικό περιβάλλον, αντιλαμβάνεται, σκέπτεται, αισθάνεται και ιδιαίτερα συναλλάσσεται με τους άλλους. Τέτοια πρότυπα συμπεριφοράς έχουν την τάση να είναι σταθερά (Στεφανής Κ., Σολδάτος Κ., Μαυρέας Κ., 1997), δηλαδή όπως επισημαίνει ο Barlow & Durand (2000) δεν τείνουν να εμφανίζονται και να εξαφανίζονται, αλλά εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και συνεχίζουν να υπάρχουν καθόλη τη διάρκεια της ενήλικης ζωής του ατόμου. Σύμφωνα με το DSM-IV, οι Διαταραχές Προσωπικότητας είναι:

*«Σταθερές και μακράς διάρκειας πρότυπα αντίληψης, συσχέτισης και σκέψης για το περιβάλλον και τον εαυτό, τα οποία εκδηλώνονται σε ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών και προσωπικών καταστάσεων, και είναι δύσκαμπτα, δυσπροσαρμοστικά και προκαλούν είτε υποκειμενική σημαντική ενόχληση, είτε σημαντική έκπτωση της προσαρμοστικής λειτουργικότητας του ατόμου».*

Ακριβώς επειδή επηρεάζουν τη προσωπικότητα, αυτά τα χρόνια προβλήματα διεισδύουν σε κάθε πλευρά της ζωής ενός ατόμου (Barlow D.H. & Durand V.M., μτφρ. Μπαρπάτση Μ., Β' Τόμος, 2<sup>η</sup> έκδοση, Αθήνα, 2000). Συχνά –αλλά όχι πάντοτε- συνοδεύονται από ποικίλου βαθμού υποκειμενική δυσφορία και από προβλήματα στη κοινωνική δημιουργικότητα και απόδοση (Στεφανής Κ., Σολδάτος Κ., Μαυρέας Κ., 1997).

### 2.1.2 ΓΕΝΙΚΗ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

- Ψυχαναλυτικά, τα παθολογικά χαρακτηριστικά των διαταραχών αυτών, αποδίδονται σε τραυματικά γεγονότα ή σε καθηλώσεις στο στοματικό, πρωκτικό ή φαλλικό στάδιο της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης, χωρίς όμως ουσιαστικά αποδεικτικά στοιχεία (με εξαίρεση ίσως τη Οριακή Διαταραχή της Προσωπικότητας, στην οποία φαίνεται να έχει εδραιωθεί η αιτιολογική σημασία της σεξουαλικής κακοποίησης κατά τη παιδική ηλικία).
- Γενετικά, μελέτες οικογενειών διδύμων και υιοθετημένων ατόμων (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997), προτείνουν γενετική σχέση μεταξύ Σχιζότυπης Διαταραχής της Προσωπικότητας και Σχιζοφρένειας, όπως και την ύπαρξη ισχυρού γενετικού παράγοντα στην αιτιολογία της Αντικοινωνικής και της Οριακής Διαταραχής της Προσωπικότητας, ενώ ανάλογες έρευνες βρίσκονται σε εξέλιξη και για άλλες Διαταραχές της Προσωπικότητας (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).
- Νευρολογικές μελέτες, έχουν δείξει συσχέτιση της Σχιζότυπης Διαταραχής της Προσωπικότητας με χαμηλή δραστηριότητα αιμοπεταλιακής MAO, της Οριακής με χαμηλό 5-HIAA στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (που σχετίζεται αρνητικά με επιθετικότητα και απόπειρες αυτοκτονίας), των ασθενών με Κατάθλιψη και Διαταραχή της Προσωπικότητας με λιγότερη πιθανότητα για παθολογική δοκιμασία καταστολής της δεξαμεθαζόνης, από ότι σε ασθενείς με Κατάθλιψη μόνο.
- Ηλεκτροεγκεφαλικά, αναφέρονται εδώ και αρκετά χρόνια παθολογικά ευρήματα σε άτομα με Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας

(κυρίως αύξηση της δραστηριότητας των βραδίων κυμάτων), καθώς επίσης και οριακά ευρήματα σε άτομα με Οριακή Διαταραχή της Προσωπικότητας, που προτείνουν για ορισμένους τουλάχιστον ασθενείς την ύπαρξη κάποιας λεπτής εγκεφαλικής βλάβης (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

### 2.1.3 ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Σύμφωνα με τον Μάνο (1997), τα γενικά χαρακτηριστικά των διαταραχών Προσωπικότητας είναι τα εξής:

- § Οι Διαταραχές Προσωπικότητας χαρακτηρίζονται από άκαμπτες και δυσπροσαρμοστικές απαντήσεις στο στρες.
- § Εξαιτίας της ύπαρξης Διαταραχής της Προσωπικότητας, επηρεάζεται όλη η ζωή του ατόμου – ιδιαίτερα οι σχέσεις του – με αποτέλεσμα σημαντική αναπηρία στις τρεις βασικές διαστάσεις της ζωής – αγάπη, εργασία, διασκέδαση.
- § Συχνά το άτομο αποδίδει τα προβλήματά του στο περιβάλλον και όχι στον εαυτό του.
- § Συνήθως το άτομο δεν είναι ψυχωτικό. Αν επισυμβεί ψύχωση συνήθως είναι της μορφής της Βραχείας Ψυχωτικής Διαταραχής, της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής με ψυχωτικά στοιχεία ή με μορφή παροδικών ψυχωτικών συμπτωμάτων.
- § Συχνά τα άτομα με Διαταραχή της Προσωπικότητας δεν έχουν ή δυσκολεύονται να αποκτήσουν εναισθησία στα δυσπροσαρμοστικά σχήματα της συμπεριφοράς τους, οπότε δύσκολα προσέρχονται για θεραπεία και δύσκολα επίσης θεραπεύονται.
- § Πολλές επιπλοκές συνοδεύουν τις Διαταραχές της Προσωπικότητας. Οι πιο κοινές είναι: Κατάθλιψη, αυτοκτονία, βία και αντικοινωνική συμπεριφορά, παροδικά ψυχωτικά συμπτώματα, βραχεία ψυχωτικά επεισόδια, κατάχρηση ουσιών (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).



#### 2.1.4 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΤΑ DSM-IV

Σύμφωνα με τον Μάνο (1997), τα γενικά διαγνωστικά κριτήρια για την Διαταραχή της Προσωπικότητας κατά το DSM-IV, είναι τα εξής:

**A.** Ένας διαρκής τύπος εσωτερικού βιώματος και συμπεριφοράς που παρεκκλίνει έντονα από τις προσδοκίες της κουλτούρας του ατόμου. Αυτός ο τύπος εκδηλώνεται σε δύο ή περισσότερους από τους παρακάτω τομείς:

1) Γνωστική λειτουργία (δηλαδή τρόποι αντίληψης και ερμηνείας του εαυτού, των άλλων ανθρώπων και των γεγονότων)

2) Συναισθηματικότητα (δηλ. το εύρος, η ένταση, η μεταβλητότητα και η καταλληλότητα / προσφορότητα της συναισθηματικής απάντησης)

3) Διαπροσωπική λειτουργικότητα

4) Έλεγχος των παρορμήσεων

**B.** Ο διαρκής τύπος είναι άκαμπτος και επεκτείνεται σε ένα ευρύ φάσμα προσωπικών και κοινωνικών καταστάσεων.

**Γ.** Ο διαρκής τύπος οδηγεί σε κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό, ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.

**Δ.** Ο τύπος αυτός είναι σταθερός και μακράς διάρκειας και η έναρξή του μπορεί να ανιχνευτεί πίσω τουλάχιστον στην εφηβεία ή νωρίς στην ενήλικη ζωή.

**E.** Ο διαρκής τύπος αυτός δεν εξηγείται καλύτερα σαν εκδήλωση ή συνέπεια μιας άλλης ψυχικής Διαταραχής.

**ΣΤ.** Ο διαρκής τύπος αυτός δεν οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα δράσης μιας ουσίας (π.χ. κάποια ουσία κατάχρησης, κάποιο φάρμακο) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης (π.χ. τραύμα κεφαλής).

Το DSM-IV, αναφέρει ότι η Διαταραχή Προσωπικότητας, μπορεί να προκαλέσει έντονη ενόχληση στο άτομο που την εκδηλώνει. Όμως, τα άτομα με Διαταραχές της Προσωπικότητας, μπορεί να μην αισθάνονται κάποια υποκειμενική ενόχληση. Πράγματι, οι διαταραχές αυτές, ενδέχεται να προκαλούν σοβαρότερα προβλήματα στους άλλους, λόγω των πράξεων του ατόμου που παρουσιάζει μια τέτοια Διαταραχή. Αυτό το φαινόμενο είναι ιδιαίτερα συνηθισμένο στη περίπτωση της Αντικοινωνικής Διαταραχής της Προσωπικότητας, επειδή το άτομο είναι πιθανό να έχει κατάφωρη

περιφρόνηση για τα δικαιώματα των άλλων, χωρίς να αισθάνεται το ίδιο ενοχές για αυτό.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, λοιπόν, κάποιος άλλος, πέρα από το άτομο που εκδηλώνει τη Διαταραχή της Προσωπικότητας, πρέπει να αποφασίσει κατά πόσο η διαταραχή προκαλεί σημαντική έκπτωση της προσαρμοστικής λειτουργίας, επειδή το άτομο που πάσχει από τη Διαταραχή αυτή, όπως αναφέρθηκε, συχνά δεν είναι ικανό να κρίνει κάτι τέτοιο (Barlow D.H. & Durand V.M., μτφρ. Μπαρπάτση Μ., Β' Τόμος, 2η έκδοση, Αθήνα, 2000).

Έτσι συνήθως, τα άτομα αυτά, παραπέμπονται σε ειδικό μετά από παρότρυνση της οικογένειας, κάποιου φίλου ή ακόμα κάποιας κοινωνικής υπηρεσίας, εφόσον τα αποτελέσματα της συμπεριφοράς του ατόμου έχουν αντίκτυπο και δυσχεραίνουν τη ζωή των άλλων. Σε διαφορετική περίπτωση, αναζητούν βοήθεια οικειοθελώς με σκοπό την αντιμετώπιση συνοδών συμπτωμάτων (π.χ. άγχους, Κατάθλιψης, ή κατάχρησης ουσιών), ενώ παράλληλα συνηθίζουν να πιστεύουν ότι για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν την ευθύνη την έχουν είτε οι άλλοι, είτε και οι ίδιες οι καταστάσεις (Merck & Co., New York, 2003).

Η διάγνωση της Διαταραχής της Προσωπικότητας, απαιτεί εκτίμηση της συμπεριφοράς και της λειτουργικότητας του ατόμου, που να καλύπτει μεγάλη περίοδο της ζωής του και που να αποδεικνύει τη σταθερότητα και την επιμονή των δυσπροσαρμοστικών στοιχείων της προσωπικότητάς του. (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997) Συχνά, είναι απαραίτητες περισσότερες από μια συνεντεύξεις, καθώς και συγκέντρωση στοιχείων του ιστορικού και από πληροφοριοδότες (Στεφανής Κ., Σολδάτος Κ., Μαυρέας Κ., 1997).

Ιδιαίτερη προσοχή, σύμφωνα με τον Μάνο (Θεσσαλονίκη 1997), χρειάζεται αν το άτομο έχει κάποια άλλη Διαταραχή π.χ. Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, οπότε τα παθολογικά στοιχεία της Προσωπικότητας μπορεί να είναι παροδικά και να υποχωρήσουν μετά την αποδρομή της Διαταραχής. Στις περιπτώσεις αυτές είναι καλό η επιπρόσθετη διάγνωση της Διαταραχής Προσωπικότητας να θεωρηθεί προσωρινή και το άτομο να επανεκτιμηθεί μετά την υποχώρηση της Διαταραχής (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Εξίσου υψηλής σημασίας είναι και η διάγνωση της τυχόν συνύπαρξης δύο ή περισσότερων διαταραχών. Σε αυτή τη περίπτωση μια Διαταραχή της Προσωπικότητας

δύναται να προηγείται ή να έπεται μιας χρονικά περιορισμένης ή και χρόνιας Διαταραχής , οπότε πρέπει να διαγνωσθούν και οι δύο διαταραχές (Στεφανής Κ., Σολδάτος Κ., Μαυρέας Κ., 1997).

Παραταύτα, σύμφωνα με τον Sue & συνεργ. (1997), η διάγνωση των Διαταραχών της Προσωπικότητας, παρουσιάζει μερικές δυσκολίες για τους εξής τρεις κύριους λόγους:

(1) Η διάγνωση των διαταραχών σύμφωνα με το **DSM-IV**, βασίζεται σε ένα μοντέλο κατηγοριοποίησης, βάσει του οποίου μια Διαταραχή εμφανίζεται σε ένα άτομο, όταν εκείνο πληρεί το μεγαλύτερο ποσοστό των συμπτωμάτων ή χαρακτηριστικών που περιέχονται σε μια συγκεκριμένη Διαταραχή , ενώ αντιθέτως δεν ενυπάρχει εάν το άτομο δεν παρουσιάζει τα περισσότερα ή κανένα από τα συμπτώματα αυτά. Ως αποτέλεσμα, το **DSM** να ταξινομεί τα άτομα, σε εκείνα που παρουσιάζουν κάποια Διαταραχή και σε εκείνα που δεν παρουσιάζουν απολύτως καμία Διαταραχή. Στη πραγματικότητα όμως, η ένταση των παθολογικών χαρακτηριστικών που εμπεριέχονται στις Διαταραχές Προσωπικότητας, μπορεί να ποικίλλει από άτομο σε άτομο. Ακόμα, τα χαρακτηριστικά της Προσωπικότητας κάποιου ατόμου, ενδέχεται να ποικίλουν εξίσου ή να είναι ασταθή, αναλόγως τη δεδομένη στιγμή ή τη περίπτωση.

(2) Ο δεύτερος λόγος, για τον οποίο η διάγνωση είναι δύσκολη, έγκειται στο γεγονός ότι τα συμπτώματα των Διαταραχών Προσωπικότητας, μπορεί να είναι ταυτόχρονα συμπτώματα και άλλων Διαταραχών ή μπορεί να συνυπάρχουν παραπάνω από ένα τύπο Διαταραχών Προσωπικότητας σε κάποιο άτομο, οπότε κρίνεται βασικής σημασίας η διάφορο-διάγνωση.

(3) Οι κλινικοί, οι οποίοι διαγιγνώσκουν την ύπαρξη ή όχι μιας Διαταραχής Προσωπικότητας ενδέχεται να μην εμμένουν στα διαγνωστικά χαρακτηριστικά όπου το **DSM** προτείνει. Κατά αυτόν τον τρόπο, μια κλινική διάγνωση για κάποια Διαταραχή Προσωπικότητας, μπορεί να είναι ασύμφωνη με το **DSM**.

Το **DSM-IV**, ισχυρίζεται ότι υπάρχει ένα συγκεκριμένο ποσοστό χαρακτηριστικών που πρέπει να ληφθεί υπόψη ώστε να διαγνωσθεί η ύπαρξη μιας Διαταραχής. Για παράδειγμα, στη διάγνωση της Εξαρτημένης Διαταραχής της Προσωπικότητας, ο κλινικός πρέπει να εντοπίσει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, (όπως ανικανότητα λήψης αποφάσεων, ενασχόληση με εξωπραγματικούς φόβους εγκατάλειψης κ.ά.), όμως,

συγχρόνως πρέπει να λάβει υπόψη του και επιπρόσθετα κριτήρια ή παράγοντες. Για παράδειγμα, ο τύπος της Προσωπικότητας α) πρέπει να χαρακτηρίζει την παρούσα και τη μακροπρόθεσμη λειτουργικότητα του ατόμου, β) δεν πρέπει να περιορίζεται σε περιόδους όπου το άτομο αντιμετωπίζει κάποια ασθένεια, γ) ειδικότερα, πρέπει να εξασθενεί τη κοινωνική ή την επαγγελματική λειτουργικότητα του ατόμου ή πρέπει να του προκαλεί υποκειμενική ενόχληση. Κατά αυτόν τον τρόπο, το άτομο που είναι προσωρινά εξαρτημένο, λόγω κάποιας ασθένειας, θα διαγνωσθεί ως πάσχων Εξαρτημένης Διαταραχής Προσωπικότητας (Sue D., Sue D. & Sue S., New York, 1997).

### 2.1.5 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Τα άτομα με Διαταραχές της Προσωπικότητας κρίνονται υψηλής επικινδυνότητας στους εξής τομείς:

- § Κοινωνική Απομόνωση: Η ανικανότητα δημιουργίας και διατήρησης υγιών σχέσεων, η έλλειψη επιθυμίας για σύναψη στενών σχέσεων ή και η υπερβολική ντροπαλότητα, μπορεί να συντελέσουν στη κοινωνική απομόνωση των ατόμων με Διαταραχές Προσωπικότητας.
- § Αυτοκτονία: Η ριψοκινδυνότητα για συμπεριφορές αυτοτραυματισμού και αυτοκτονίας είναι υψηλότερες μεταξύ των ατόμων που αντιμετωπίζουν Διαταραχές Προσωπικότητας της ομάδας Β, όπως η Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας.
- § Κατάχρηση Ουσιών: Τα άτομα που παρουσιάζουν Διαταραχές Προσωπικότητας της ομάδας Β, είναι ιδιαίτερα σε υψηλό κίνδυνο για εθισμό στο αλκοόλ ή σε ναρκωτικές ουσίες.
- § Κατάθλιψη, Άγχος, και Διαταραχές Σίτισης: Τα άτομα που παρουσιάζουν Διαταραχές της Προσωπικότητας, βρίσκονται σε υψηλή επικινδυνότητα για ανάπτυξη και εξέλιξη άλλων ψυχιατρικών προβλημάτων.
- § Συμπεριφορές Αυτοκαταστροφής: Ειδικά τα άτομα με Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης ριψοκίνδυνων συμπεριφορών, όπως π.χ. σεξ χωρίς προφύλαξη, τζόγος, συμπεριφορές αυτοτραυματισμού κλπ. Τα άτομα με Εξαρτημένη Διαταραχή

Προσωπικότητας – τα οποία μπορεί να συμβιβάζονται με τη κακομεταχείριση, με σκοπό να παραμείνουν σε μια σχέση – είναι σε υψηλό κίνδυνο σωματικής, ψυχολογικής ή και σεξουαλικής κακοποίησης.

- § Βία και Ανθρωποκτονία: Η εχθρική συμπεριφορά είναι ιδιαίτερα χαρακτηριστική στα άτομα που παρουσιάζουν Παρανοειδή ή και Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας.
- § Ποινικές Κυρώσεις: Τα άτομα με Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας είναι σε υψηλό κίνδυνο διάπραξης σοβαρών αδικημάτων. Η Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας είναι συχνή ανάμεσα στους φυλακισμένους (mayoclinic.com).

#### 2.1.6 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Το DSM-IV, χωρίζει τις Διαταραχές Προσωπικότητας σε τρεις ομάδες ή «*συμπλέγματα*». Αυτή η μέθοδος πιθανότατα, θα συνεχίσει να υφίσταται, έως ότου υπάρξει μια ισχυρή επιστημονική βάση για να εξετασθούν αυτές οι διαταραχές διαφορετικά (Barlow D.H. & Durand V.M., μτφρ. Μπαρπάτση Μ., Β' Τόμος, 2η έκδοση, Αθήνα, 2000). Οι Διαταραχές της Προσωπικότητας υποδιαιρούνται σύμφωνα με ομάδες χαρακτηριστικών, τα οποία αντιστοιχούν στις πιο συχνές και εμφανείς εκδηλώσεις της συμπεριφοράς (Στεφανής Κ., Σολδάτος Κ., Μαυρέας Κ., 1997).

- § Η **ομάδα Α**, ονομάζεται «*παράξενη*» ή «*εκκεντρική*» ομάδα.
- § Η **ομάδα Β**, είναι η «*δραματική*», «*συναισθηματική*» ή «*ασταθής*» ομάδα και περιλαμβάνει την Αντικοινωνική, την Οριακή, την Ιστριονική (ή αλλιώς δραματική) και τη Ναρκισσιστική Διαταραχή της Προσωπικότητας.
- § Η **ομάδα Γ**, είναι η ομάδα του «*φόβου*» ή του «*άγχους*» και περιλαμβάνει την Αποφευκτική, την Εξαρτημένη και την Ψυχαναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας (Barlow D.H. & Durand V.M., μτφρ. Μπαρπάτση Μ., Β' Τόμος, 2η έκδοση, Αθήνα, 2000).

Πίνακας 4 - Κατηγορίες ασθενών με διαταραχές Προσωπικότητας

<p><b>A. Ασθενείς που παρουσιάζονται συχνά παράξενοι ή εκκεντρικοί</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>§ Παρανοειδής Διαταραχή της Προσωπικότητας</li><li>§ Σχιζοειδής Διαταραχή της Προσωπικότητας</li><li>§ Σχιζότυπη Διαταραχή της Προσωπικότητας</li></ul> <p><b>B. Ασθενείς που παρουσιάζονται συχνά δραματικοί, με έντονα συναισθήματα ή ασταθείς στις διαπροσωπικές σχέσεις</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>§ Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας</li><li>§ Οριακή Διαταραχή της Προσωπικότητας</li><li>§ Δραματική Διαταραχή της Προσωπικότητας</li><li>§ Ναρκισσιστική Διαταραχή της Προσωπικότητας</li></ul> <p><b>Γ. Ασθενείς που παρουσιάζονται συχνά αγχώδεις ή φοβισμένοι</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>§ Αποφευκτική Διαταραχή της Προσωπικότητας</li><li>§ Εξαρτημένη Διαταραχή της Προσωπικότητας</li><li>§ Ψυχαναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας</li></ul>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Πηγή: Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997

Στη συνέχεια θα αναλυθούν μερικές από τις Διαταραχές Προσωπικότητας, οι οποίες συνήθως συνοδεύουν την Κατάθλιψη και τις συμπεριφορές αυτοκαταστροφής.

### 2.1.6.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΟΡΙΑΚΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Ο όρος «Οριακή», χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά πριν από αρκετά χρόνια, για να περιγράψει ασθενείς που, σε διαγνωστικό επίπεδο, κατατάσσονταν, μεταξύ ψυχωτικής και νευρωτικής Διαταραχής. Αντίθετα με τους ψυχωτικούς ασθενείς, η οποίοι είναι χρόνια αποσυνδεδεμένοι με την πραγματικότητα, και με τους νευρωτικούς ασθενείς, οι οποίοι ανταποκρίνονται με συνέπεια τόσο στη σύναψη κοινωνικών σχέσεων, όσο και στην ψυχοθεραπεία, οι οριακοί ασθενείς λειτουργούν κάπου στον ενδιάμεσο. Η κατάσταση των οριακών ασθενών, σύμφωνα με παρατηρήσεις ψυχιάτρων, κυμαίνεται, συνήθως για ένα μικρό χρονικό διάστημα, στο φάσμα της ψύχωσης και στο φάσμα της νεύρωσης. Παραταύτα, τα νευρωτικά αυτά χαρακτηριστικά που εμφανίζονται στο οριακό άτομο, δεν

διαρκούν πολύ, μιας και που το άγχος τα εξασθενεί (Kreisman J. J., & Straus H., New Jersey, 2004).

Τα άτομα με Οριακή (Μετ αιχμιακή ή Οριακή) Διαταραχή Προσωπικότητας, έχουν ασταθείς διαθέσεις και σχέσεις, ενώ συνήθως δεν έχουν καλή εικόνα για τον εαυτό τους. Τα άτομα αυτά συχνά αισθάνονται κενά και αντιμετωπίζουν έντονα τον κίνδυνο της αυτοκτονίας (Barlow D.H. & Durand V.M., μτφρ. Μπαρπάτση Μ., Β' Τόμος, 2η έκδοση, Αθήνα, 2000).

Στις περισσότερες περιπτώσεις Οριακής Διαταραχής υπάρχει ένα καταθλιπτικό στοιχείο, σε βαθμό που να τίθεται το ερώτημα εάν η ουσία της διαγνωστικής αυτής οντότητας έγκειται στη δομή της Προσωπικότητας ή στη συναισθηματική προδιάθεση του ατόμου που παρουσιάζει τη Διαταραχή. Υποστηρίζεται ότι οι οριακοί άρρωστοι πάσχουν από κάποια ενδογενή Καταθλιπτική Διαταραχή, που είναι δύσκολο να αξιολογηθεί με ακρίβεια επειδή συνοδεύεται από εντυπωσιακές, χαοτικές, πρωτεϊκές διαταραχές χαρακτήρα και συμπεριφοράς. Είναι επομένως, αναγκαίο να ξεχωρίσει κανένας τις Οριακές Διαταραχές Προσωπικότητας από τις μη Οριακές, ψυχωτικές ή νευρωτικές συναισθηματικές διαταραχές, κάτι για το οποίο χρειάζεται να αξιολογηθεί το βάθος, η ποιότητα και η εμμονή του καταθλιπτικού συναισθήματος (Χαρτοκόλλης Π., Αθήνα, 1991).

#### **2.1.6.1.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ**

Η Οριακή Διαταραχή της Προσωπικότητας είναι μια από τις πιο συνηθισμένες Διαταραχές της Προσωπικότητας. Στα ψυχιατρικά κέντρα, το 15% του συνολικού αριθμού των ασθενών και το 50% των ασθενών με διαταραχές Προσωπικότητας, υποφέρουν από αυτή τη συγκεκριμένη Διαταραχή (Barlow D.H. & Durand V.M., μτφρ. Μπαρπάτση Μ., Β' Τόμος, 2η έκδοση, Αθήνα, 2000).

Ιδιαίτερα χαρακτηριστική είναι η αντίδραση των ατόμων με Οριακή Διαταραχή της Προσωπικότητας σε πραγματική ή φανταστική εγκατάλειψη. Μόλις νιώσουν ότι κάποιο άτομο τα αφήνει (είτε πρόκειται για χωρισμό, είτε πρόκειται για προσωρινή απομάκρυνση ή ταξίδι, είτε ακόμη για καθυστέρηση σε ραντεβού ή για την αναγγελία του τέλους μιας ψυχοθεραπευτικής ώρας) πλημμυρίζονται από φόβο ή και πανικό και ακόμα

από θυμό και οργή. Κι αυτό, γιατί δεν αντέχουν να είναι μόνα τους και επίσης γιατί η «εγκατάλειψη» ίσως εκλαμβάνεται ως απόρριψη και ότι σημαίνει πως αυτά είναι «κακά». Στις ξέφρενες προσπάθειες να αποφύγουν την εγκατάλειψη μπορεί να κάνουν παρορμητικά απόπειρες αυτοκτονίας ή αυτό-ακρωτηριαστικές πράξεις π.χ. να κοπούν, να καούν (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997), μολονότι αυτές μπορεί να επισυμβούν χωρίς εμφανής εκλυτικούς παράγοντες (Στεφανής Κ., Σολδάτος Κ., Μαυρέας Κ., 1997).

Πολλοί ασθενείς έχουν για μεγάλα διαστήματα τάσεις αυτοκτονίας, οι οποίες εκδηλώνονται είτε με απόπειρες είτε με απειλές αυτοκτονίας, και επιπλέον με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Εξάλλου, ένα σημαντικό ποσοστό των ατόμων αυτών, κατά τον Barlow και Durand (2000), -περίπου της τάξεως του 6% - είχαν επιτυχημένες απόπειρες αυτοκτονίας (Barlow D.H. & Durand V.M., μτφρ. Μπαρπάτση Μ., Β' Τόμος, 2η έκδοση, Αθήνα, 2000).

Οι *διαπροσωπικές σχέσεις* είναι έντονες και ασταθείς. Τα άτομα αυτά μπορεί να εξιδανικεύσουν και να «κολλήσουν» κυριολεκτικά πάνω σε άτομα που μπορούν να τους δώσουν φροντίδα ή σε ερωτικούς συντρόφους και πολύ γρήγορα, όμως, να αλλάξουν από την εξιδανίκευση στην υποτίμηση (ότι δηλ. το άλλο άτομο δεν τα φροντίζει αρκετά, δεν νοιάζεται ή δεν τα αγαπά αρκετά), καθώς ο αμυντικός μηχανισμός του *διαχωρισμού* είναι στη Διαταραχή αυτή κυρίαρχος. Γενικά, οι σχέσεις είναι χαώδεις, καθώς τα άτομα αυτά αλλάζουν απότομα και δραματικά την άποψη τους για τους άλλους και όταν απογοητεύονται ή νιώθουν ότι τα εγκαταλείπουν πολύ εύκολα αντιδρούν με έντονη απαιτητικότητα και θυμό, που άλλωστε τα χαρακτηρίζει ως ένα από τα βασικότερα συναισθήματα που νιώθουν.

Υπάρχει σοβαρή *Διαταραχή της Ταυτότητας*, που εκδηλώνεται ως αστάθεια της εικόνας ή της αίσθησης του εαυτού. Δηλαδή, οι στόχοι, οι αξίες, οι επαγγελματικές φιλοδοξίες και τα σχέδια για καριέρα, η σεξουαλική ταυτότητα, το είδος των φίλων κτλ. συνεχώς αλλάζουν απότομα και δραματικά (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Οι Οριακές Διαταραχές υποτίθεται ότι οφείλονται σε μια υπερπροστατευτική αλλά ασυνεπή, πότε δοτική και πότε απορριπτική σχέση μητέρας-παιδιού κατά τα πρώτα στάδια της ψυχοσεξουαλικής τους εξέλιξης, συγκεκριμένα στο στάδιο αποχωρισμού - ατομικοποίησης και πιο ειδικά στη φάση της επαναπροσέγγισης. Το αποτέλεσμα μιας τέτοιας νηπιακής εμπειρίας είναι



ότι ο οριακός άρρωστος υποφέρει από μια συγκεχυμένη ταυτότητα (Χαρτοκόλλης Π., Αθήνα, 1991).

Η συμπεριφορά τους είναι παρορμητική, απρόβλεπτη και έντονα αυτοκαταστροφική. Επανειλημμένες απόπειρες αυτοκτονίας ή αυτό-ακρωτηριαστική συμπεριφορά είναι πολύ συχνές (υπολογίζεται ότι 8% ως 10% των ατόμων αυτών πεθαίνουν αυτοκτονώντας, ιδιαίτερα αν έχουν συνοδό Κατάθλιψη ή χρήση ουσιών) και συνήθως εμφανίζονται ως αντίδραση στην εγκατάλειψη, στην απόρριψη ή στην πιθανότητα να επωμισθούν ευθύνες (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Παρορμητική συμπεριφορά εκδηλώνεται π.χ. στις κοινωνικές επαφές (και όσον αφορά τη σεξουαλικότητα) και με έντονες καταναλωτικές τάσεις.

Η συναισθηματική διάθεση παρουσιάζει πολύ μεγάλη αστάθεια, καθώς το άτομο αντιδρά έντονα συναισθηματικά στο παραμικρό στρες (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Τα άτομα με αυτή τη Διαταραχή της Προσωπικότητας, βρίσκονται συχνά σε μεγάλη ένταση και περνάνε από το στάδιο του θυμού, στο στάδιο της Κατάθλιψης σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα (Barlow D.H. & Durand V.M., μτφρ. Μπαρπάτση Μ., Β' Τόμος, 2η έκδοση, Αθήνα, 2000). Οι συναισθηματικές διαθέσεις που εναλλάσσονται είναι η δυσφορία (που είναι και η επικρατούσα διάθεση), η ευερεθιστότητα, το άγχος, ο θυμός, ο πανικός και η απελπισία. Χαρακτηριστική είναι, όπως αναφέρθηκε, η εύκολη κινητοποίηση και η δυσκολία ελέγχου του θυμού (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Χαρακτηρίζονται επίσης από παρορμητικότητα, γεγονός που μπορεί να γίνει φανερό στη κατάχρηση ουσιών ή στον αυτοτραυματισμό τους. Τα άτομα αυτά, ενίοτε, περιγράφονται ως άτομα που πάσχουν από χρόνια ανία (Barlow D.H. & Durand V.M., μτφρ. Μπαρπάτση Μ., Β' Τόμος, 2η έκδοση, Αθήνα, 2000).

Ακόμα, τα άτομα αυτά παραπονούνται για χρόνια *αισθήματα κενού* και βαθιάς μοναξιάς. Σε καταστάσεις έντονου στρες (π.χ. φόβος εγκατάλειψης ή πραγματική εγκατάλειψη) μπορεί να εμφανισθούν παροδικά παρανοειδής ιδεασμός, παραισθήσεις ή διασχιστικά συμπτώματα (π.χ. αποπροσωποποίηση) (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

Οι Διαταραχές της Διάθεσης είναι συνηθισμένες μεταξύ των ατόμων αυτών, με ένα ποσοστό της τάξεως του 24% - 74% να πάσχουν από μείζονα Κατάθλιψη και το 4% - 20% να έχουν διπολική Διαταραχή. Οι Διαταραχές της Πρόσληψης Τροφής είναι επίσης συνηθισμένες και ιδιαίτερα

η Βουλιμία. Μάλιστα, οι Barlow και Durand (2000), υποστηρίζει ότι σχεδόν 25% των βουλιμικών, έχουν και Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας. Ενώ περίπου το 67% των ατόμων αυτών έχουν τουλάχιστον και μια Διαταραχή σχετική με τη χρήση ουσιών.

Η *ψυχική διάθεση* παρουσιάζει έντονες διακυμάνσεις από μέρα σε μέρα ή και από ώρα σε ώρα. Οι εναλλαγές αυτές εκδηλώνονται με δυσθυμία και ευερεθιστότητα είτε με αίσθηση κενού και με οργή. Τα άτομα με Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας, τείνουν να παρουσιάζουν βελτίωση κατά τη διάρκεια της τέταρτης και πέμπτης δεκαετίας της ζωής τους, αν και συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν προβλήματα και στην όψιμη ηλικία τους (Barlow D.H. & Durand V.M., μτφρ. Μπαρπάτση Μ., Β' Τόμος, 2η έκδοση, Αθήνα, 2000).

#### **2.1.6.1.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑ DSM-IV**

Ένας εκτεταμένος τύπος αστάθειας των διαπροσωπικών σχέσεων, της εικόνας του εαυτού και των συναισθημάτων, αρχίζει νωρίς στην ενήλικη ζωή και είναι παρών σε μία ποικιλία καταστάσεων, όπως φαίνεται από πέντε (ή περισσότερα) από τα παρακάτω:

(1) Ξέφρενες προσπάθειες του ατόμου να αποφύγει πραγματική ή φανταστική εγκατάλειψη (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Τα αρνητικά, επιθετικά συναισθήματα του οριακού αρρώστου και οι πρωτόγονοι αμυντικοί μηχανισμοί, τού αδυνατίζουν τη δομή του εγώ του, κάνοντας τη προσαρμογή του στη ζωή δύσκολη (Χαρτοκόλλης Π., Αθήνα, 1991).

(2) Ένας τύπος ασταθών και έντονων διαπροσωπικών σχέσεων που χαρακτηρίζονται από εναλλαγές μεταξύ των ακραίων περιπτώσεων της εξιδανίκευσης και της υποτίμησης.

(3) Διατάραξη της ταυτότητας: έντονα και επίμονα ασταθής εικόνα ή αίσθηση του εαυτού (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Το άτομο προσπαθεί να συμπεριφερθεί όπως φαντάζεται πως θα άρεσε στους άλλους, φορώντας μια μάσκα κοινωνικότητας και πολυπραγμοσύνης, κάτω από την οποία κρύβεται μια τρομερή έλλειψη εκτίμησης ή εμπιστοσύνης στον εαυτό του (Χαρτοκόλλης Π., Αθήνα, 1991).

(4) Παρορμητικότητα σε τουλάχιστον δύο τομείς που είναι δυνητικά αυτοκαταστροφικοί (π.χ. ξόδεμα χρημάτων, σεξ, κατάχρηση ουσιών, απρόσεκτη οδήγηση, επεισόδια υπερφαγίας) (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Δυσφορία που εκφράζεται και ως θυμός, κυριαρχία από μια βουλητική αδυναμία, μια Κατάθλιψη χωρίς στοιχεία ενοχής ή ένα συναίσθημα κενού και ανίας, πίσω από το οποίο υποβόσκει ένα ακαθόριστο, αυξομειώμενο, διάχυτο άγχος. Τα συναισθήματα αυτά συνδέονται από διάφορες φοβικές και υποχονδριακές ιδέες και καταλήγουν σε μια παρορμητική, επιφανειακά χωρίς σκοπιμότητα, αλλά στην ουσία αυτοκαταστροφική σεξουαλική ή επιθετική συμπεριφορά, ή οδηγούν σε σύντομα ψυχωτικά επεισόδια, τα οποία κατά κανόνα εκλύονται από κάποια τραυματική συγκυρία, όπως την απώλεια μιας σχέσης, μια εμπειρία βιασμού, κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων χημικών ουσιών (Χαρτοκόλλης Π., Αθήνα, 1991).

(5) Επανελημμένη αυτοκτονική συμπεριφορά, χειρονομίες, απειλές ή αυτό-ακρωτηριαστική συμπεριφορά.

(6) Συναισθηματική αστάθεια οφειλόμενη σε έντονη αντιδραστικότητα της διάθεσης (π.χ. έντονη επεισοδιακή δυσφορία, ευερεθιστότητα ή άγχος που συνήθως διαρκεί για λίγες ώρες και μόνο σπάνια περισσότερο από λίγες μέρες).

(7) Χρόνια αισθήματα κενού.

(8) Απρόσφορος, έντονος θυμός ή δυσκολία ελέγχου του θυμού (π.χ. συχνά ξεσπάσματα θυμού, συνεχής θυμός, επανελημμένα το άτομο έρχεται στα χέρια).

(9) Παροδικός, σχετιζόμενος με στρες παρανοϊκός ιδεασμός ή σοβαρά διασχιστικά συμπτώματα.

(10) Ασταθείς διαπροσωπικές σχέσεις. Εκείνοι που πάσχουν από Οριακές Διαταραχές έχουν τη τάση να δημιουργούν γρήγορες και εντατικές, αλλά επιπόλαιες, ασταθείς και, γενικά, εφήμερες σχέσεις. Υπερευαίσθητοι στην κριτική, είναι αμφιθυμικοί, απαιτητικοί, κακόπιστοι, φορτικοί και αναξιόπιστοι. Παρόλο που διψούν για συντροφιά και αγάπη, η έλλειψη εμπιστοσύνης στον εαυτό τους κάνει να αισθάνονται διαρκώς απογοητευμένοι, μοναχοί, αποξενωμένοι (Χαρτοκόλλης Π., Αθήνα, 1991).

### 2.1.6.1.3 ΣΥΝΟΔΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ – ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι Οριακές Διαταραχές Προσωπικότητας παρουσιάζουν από κοινού μια ειδική μορφή ψυχικής δομής, παθολογικής αλλά σταθερής, με άλλα λόγια δεν πρόκειται για μια μεταβατική κατάσταση ανάμεσα στις ψυχώσεις και στις νευρώσεις, παρά για διαταραχές που έχουν τη βάση τους πάνω σε μια μόνιμη οργάνωση Προσωπικότητας. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν αρκετοί, ακόμα και ψυχαναλυτικά προσανατολισμένοι κλινικοί ερευνητές, που πιστεύουν ότι το οριακό άτομο είναι οριακό, ειδικά όσον αφορά τις Ψυχώσεις - Σχιζοφρένεια ή Μανιοκαταθλιπτική Διαταραχή. Και η ιδέα ότι ο αλκοολισμός μπορεί να είναι μια άτυπη Οριακή Διαταραχή ταιριάζει με αυτή την άποψη, δεδομένου ότι συναντάται σε οικογένειες με μια κληρονομική προδιάθεση για ενδογενή Κατάθλιψη (Χαρτοκόλλης Π., Αθήνα, 1991).

Άτομα με τη Διαταραχή αυτή μπορεί να έχουν την τάση να υπονομεύουν τον εαυτό τους, τη στιγμή που είναι έτοιμα να πετύχουν το στόχο τους (self-sabotage). Μερικές φορές, ιδιαίτερα κάτω από στρες, μπορεί να αναπτυχθούν ψυχωτικά συμπτώματα (π.χ. ψευδαισθήσεις, διαταραχές της σωματικής εικόνας, ιδέες συσχέτισης και υπναγωγικά φαινόμενα). Επιπλέον, τα άτομα με Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας, μπορεί να νιώθουν πιο ασφαλή με μεταβατικά αντικείμενα (π.χ. κάποιο ζώο ή κάποιο αντικείμενο).

Σύνοδες διαταραχές είναι Διαταραχές της Διάθεσης, Διαταραχές Σχετιζόμενες με Ουσίες, Διαταραχές στη Πρόληψη Τροφής (πολύ συχνά η Ψυχογενής Βουλιμία), η Διαταραχή μετά από Ψυχοτραυματικό Στρες, η Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής / Υπερκινητικότητας και άλλες Διαταραχές της Προσωπικότητας (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

### 2.1.6.1.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η συχνότητα της Οριακής Διαταραχής στον γενικό πληθυσμό, όπως άλλωστε περιγράφει και το DSM-IV-TR, εκτιμάται να είναι της τάξεως του 2-4%. Ωστόσο, πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι το πραγματικό ποσοστό ενδέχεται να είναι πολύ υψηλότερο (Kreisman J. J., & Straus H., New Jersey, 2004).

Η Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας, συναντάται περισσότερο στις γυναίκες, οι οποίες αποτελούν το 75% των διαγνωσμένων περιπτώσεων της Διαταραχής αυτής (Barlow D.H. & Durand V.M., μτφρ. Μπαρπάτση Μ., Β' Τόμος, 2η έκδοση, Αθήνα, 2000). Ο υπολογισμός της επίπτωσης είναι δυσχερής. Το γυναικείο φύλο εμφανίζει μια σαφώς μεγαλύτερη ευαλωτότητα. Η άνοδος του δείκτη επίπτωσης στην εποχή μας δεν έχει τεκμηριωθεί. Αν έχει αυξηθεί ο αριθμός των οριακών ασθενών, αυτό οφείλεται μάλλον στις αλλαγές που έχουν επιτελεστεί στη διαγνωστική, καθώς και στη συχνότερη προσφυγή των ασθενών αυτών στον ψυχίατρο.

Ο επιπολασμός της Οριακής Διαταραχής της Προσωπικότητας, υπολογίζεται στο 2% περίπου στον γενικό πληθυσμό, στο 10% σε ασθενείς σε εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες και κλινικές Ψυχικής Υγείας και περίπου στο 20% σε νοσηλευόμενους ψυχιατρικούς ασθενείς.

Αν και υπάρχει σημαντική ποικιλία στην πορεία της Διαταραχής, η πιο συχνή εξέλιξη είναι η χρόνια αστάθεια στη διάρκεια της νεαρής ενήλικης ζωής, με σοβαρά επεισόδια Διαταραχής της Διάθεσης και απώλειας του Ελέγχου των Παρορμήσεων. Η έκπτωση της λειτουργικότητας και ο κίνδυνος για αυτοκτονία, προέχουν στη νεαρή ενήλικη ζωή και προοδευτικά ελαττώνονται με τη πάροδο της ηλικίας. Στις δεκαετίες των 30 και των 40 τα περισσότερα από αυτά τα άτομα, πετυχαίνουν μεγαλύτερη διαπροσωπική και επαγγελματική σταθερότητα (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

#### 2.1.6.1.5 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

1. Γενετική Προδιάθεση: Τα αποτελέσματα διάφορων ερευνών, σύμφωνα με τον Barlow και Durand, (2000), επισημαίνουν ότι υπάρχει μια γενετική προδιάθεση της Οριακής Διαταραχής της Προσωπικότητας, σε οικογένειες με τη Διαταραχή αυτή (Barlow D.H. & Durand V.M., μτφρ. Μπαρπάτση Μ., Β' Τόμος, 2η έκδοση, Αθήνα, 2000). Αυτή λοιπόν η γενετική προδιάθεση, είναι περίπου 5 φορές πιο συχνή στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού με τη Διαταραχή, από ότι στο γενικό πληθυσμό (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

2. Διαταραχές Διάθεσης: Η Οριακή Διαταραχή της Προσωπικότητας, φαίνεται να έχει μια συνδετική σχέση με τις Διαταραχές Διάθεσης (Barlow D.H. & Durand V.M., μτφρ. Μπαρπάτση Μ., Β' Τόμος, 2η έκδοση, Αθήνα, 2000), αυτό το γεγονός αποτελεί αντικείμενο πολλών ερευνών, αλλά δεν είναι ακόμα σαφές πώς σχετίζονται αιτιολογικά (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).
3. Ψυχολογική Ανωριμότητα: Η ψυχαναλυτική σχολή έχει προτείνει για την αιτιολογία της Οριακής Διαταραχής της Προσωπικότητας, διάφορες θεωρίες όπου εστιάζονται στη βρεφονηπιακή ηλικία του ατόμου. Έτσι, προτείνεται ότι λόγω διαταραχών στη σχέση μητέρας-παιδιού, είτε από εγγενή δυσκολία του παιδιού να αντέξει το άγχος, είτε από εγγενή αυξημένη επιθετικότητα του παιδιού, που παραμένει ευάλωτο στον αποχωρισμό και δεν αναπτύσσει καλά συντεθειμένο εαυτό (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).
4. Περιβαλλοντικές Επιρροές: Η περιβαλλοντική άποψη ενισχύεται και από το ότι συχνά στο ιστορικό των ατόμων με αυτή τη Διαταραχή έχει διαπιστωθεί ότι υπήρξε σωματική, και σεξουαλική κακοποίηση, παραμέληση, απώλεια κάποιου γονιού, διαζύγιο, ή αποχωρισμούς από γονείς ή ασταθής και ασυνεπής γονεϊκή φροντίδα (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Σύμφωνα με τον Barlow και Durand (2000), και βάσει μιας έρευνας που διεξήχθη, ανακαλύφθηκε ότι μεταξύ των γυναικών με Οριακή Διαταραχή της Προσωπικότητας και αυτοκτονική συμπεριφορά (με σοβαρές και ήπιες απόπειρες αυτοκτονίας), το 91% ανέφεραν ότι υπήρξαν θύματα κάποιας μορφής κακοποίησης κατά τη διάρκεια της παιδικής τους ηλικίας. Ενώ παράλληλα αρκετά από τα άτομα αυτά (92%), αναφέρουν ότι υπήρξαν θύματα αδιαφορίας της οικογένειάς τους (Barlow D.H. & Durand V.M., μτφρ. Μπαρπάτση Μ., Β' Τόμος, 2η έκδοση, Αθήνα, 2000).
5. Εγκεφαλικές Δυσλειτουργίες: Κάποιες έρευνες επισημαίνουν ότι ενδεχομένως να υπάρχουν κάποιες αλλαγές σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου, που σχετίζονται με τους ρυθμιστές του συναισθήματος της παρορμητικότητας και την επιθετικότητα. Επιπρόσθετα, συγκεκριμένες χημικές ουσίες του εγκεφάλου όπου βοηθούν τη ρύθμιση του συναισθήματος, όπως η σεροτονίνη, μπορεί να μην λειτουργούν σωστά (mayoclinic.com).

6. Γρήγορες Πολιτισμικές Αλλαγές: Ανάμεσα στα άτομα που έχουν περάσει από γρήγορες πολιτισμικές αλλαγές, παρατηρείται εξίσου Οριακή Διαταραχή της Προσωπικότητας. Τα προβλήματα ταυτότητας, αίσθησης κενού, φόβου, εγκατάλειψης έχουν εντοπιστεί σε παιδιά και ενήλικους μετανάστες (Barlow D.H. & Durand V.M., μτφρ. Μπαρπάτση Μ., Β' Τόμος, 2η έκδοση, Αθήνα, 2000).

#### **2.1.6.1.6 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

Μελέτες δείχνουν ότι το 70-79% των ατόμων που υποφέρουν από Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας έχουν βιώσει κακοποίηση ή ψυχολογικό τραύμα. Ένα υποστηρικτικό περιβάλλον, αποτελούμενο από αγάπη, ασφάλεια και πειθαρχία βοηθά στην ανάπτυξη ενός υγιούς και επιτυχημένου ατόμου. Ένα δυσλειτουργικό περιβάλλον δημιουργεί ένα άτομο με καρδιά πληγωμένη από φόβο και θυμό, και μυαλό μπερδεμένο και παρορμητικό. Το άτομο αυτό, εξαιτίας της οικογένειάς του, αναπτύσσει μια προσωπικότητα με προδιάθεση προς εξαρτήσεις, αποτυχίες και αυτοκαταστροφικές πράξεις.

Ο χωρισμός από τους γονείς, το διαζύγιο, ή ο θάνατος ενός από τους γονείς, οι μακροχρόνιες ασθένειες, τα συχνά ταξίδια, ειδικά κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής, παρεμβαίνουν στην ανάπτυξη του παιδιού και στην ικανότητά του να αναπτύξει εμπιστοσύνη στον ασταθή και αφερέγγυο κόσμο του. (care.gr)

#### **2.1.6.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ**

Τα άτομα με αυτή τη Διαταραχή, έχουν υπερβολική ανάγκη από την φροντίδα των άλλων, κάτι που έχει σαν αποτέλεσμα μια παθητική, άβουλη και εξαρτημένη συμπεριφορά. Η Διαταραχή αυτή εμφανίζεται στην αρχή της ενήλικης ζωής (Kramlinger K., μτφρ. Ελιασά Χ., 2004).

### **2.1.6.2.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ**

Το βασικό χαρακτηριστικό της Διαταραχής αυτής είναι η έντονη και υπερβολική ανάγκη του ατόμου να το φροντίζουν άλλοι, που οδηγεί σε υποτακτική και εξαρτημένη συμπεριφορά, καθώς και σε φόβο αποχωρισμού από τους άλλους (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Ορισμένες φορές συμφωνούν με τις απόψεις των άλλων, ακόμα και όταν οι δικές τους είναι διαφορετικές, προκειμένου να αποφύγουν την απόρριψη. Η επιθυμία τους για απόκτηση και διατήρηση σχέσεων στις οποίες βρίσκουν στήριξη και στοργή, μπορεί να οδηγήσει στην εκδήλωση άλλων χαρακτηριστικών της συμπεριφοράς τους, όπως υποτακτικότητα, παθητικότητα και έλλειψη τόλμης (David H.Barlow & V.Mark Durand, μτφρ. Μαρία Μπαρπάτση, Β' Τόμος, Αθήνα).

Το άτομο με τη Διαταραχή αυτή βασίζεται πάντα σε κάποιον άλλο ή κάποιους άλλους για τις βασικές ή τις καθημερινές αποφάσεις της ζωής του, φοβάται πολύ μη μείνει μόνο του και νιώθει ανήμπορο όταν είναι μόνο του, γιατί φοβάται ότι δεν μπορεί να τα βγάλει πέρα (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

### **2.1.6.2.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑ DSM-IV**

Μια εκτεταμένη και υπερβολική ανάγκη του ατόμου να το φροντίζουν, που οδηγεί σε υποτακτική και προσκολλημένη συμπεριφορά και φόβους αποχωρισμού, η οποία αρχίζει νωρίς στην ενήλικη ζωή και είναι παρούσα σε μία ποικιλία καταστάσεων, όπως φαίνεται από πέντε (ή περισσότερα) από τα παρακάτω:

- (1) Το άτομο έχει δυσκολία να παίρνει καθημερινές αποφάσεις χωρίς συμβουλές και διαβεβαίωση από τους άλλους σε υπερβολικό βαθμό.
- (2) Έχει ανάγκη να αναλαμβάνουν οι άλλοι την ευθύνη για τους περισσότερους από τους μείζονες τομείς της ζωής του.
- (3) Έχει δυσκολία να εκφράζει διαφωνία με τους άλλους, επειδή φοβάται ότι θα χάσει την υποστήριξη ή την αποδοχή τους. (Σημείωση: Δεν συμπεριλαμβάνονται οι ρεαλιστικοί φόβοι ανταπόδοσης).



(4) Έχει δυσκολία να ξεκινά σχέδια και προγράμματα ή να κάνει πράγματα μόνο του (εξαιτίας έλλειψης αυτοπεποίθησης για την κρίση ή τις ικανότητες του, παρά από έλλειψη κινητοποίησης ή ενεργητικότητας).

(5) Κάνει υπέρμετρες προσπάθειες για να πάρει φροντίδα και υποστήριξη από τους άλλους, μέχρι το σημείο να προσφέρεται να κάνει εθελοντικά πράγματα που του είναι δυσάρεστα.

(6) Δεν νιώθει άνετα ή νιώθει ανημποριά όταν είναι μόνο του, εξαιτίας υπερβολικών φόβων ότι είναι ανίκανο να φροντίσει τον εαυτό του.

(7) Όταν μία στενή σχέση τελειώνει, αναζητά επειγόντως μιαν άλλη σχέση σαν πηγή φροντίδας και υποστήριξης.

(8) Ασχολείται έντονα και εξωπραγματικά με φόβους ότι θα το εγκαταλείψουν να φροντίζει (μόνο του) τον εαυτό του (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

#### **2.1.6.2.3 ΣΥΝΟΔΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ – ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Άτομα με τη Διαταραχή αυτή συχνά είναι απαισιόδοξα, νιώθουν μειονεκτικά και παρουσιάζουν περιορισμένη κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Ο εαυτός αντιλαμβάνεται ως αβοήθητος, ανίκανος και στερημένος ζωτικότητας (Στεφανής Κ., Σολδάτος Κ., Μαυρέας Κ., 1997).

Συχνά παρουσιάζουν Διαταραχές της Διάθεσης και ιδιαίτερα Καταθλιπτικές Διαταραχές, Αγχώδεις Διαταραχές και Διαταραχές της Προσαρμογής.

Άλλες Διαταραχές της Προσωπικότητας που συχνά συνυπάρχουν με την Εξαρτημένη, είναι η Αποφευκτική, η Οριακή και η Δραματική Διαταραχή της Προσωπικότητας (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

#### **2.1.6.2.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ**

Αν και δεν αναφέρονται συγκεκριμένα στοιχεία, η Διαταραχή αυτή είναι συχνή και διαγιγνώσκεται πιο συχνά στις γυναίκες (μπορεί όμως αυτό

να είναι αποτέλεσμα προκατάληψης) (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997), ενώ η ηλικία έναρξης της είναι η εφηβεία (realmentalhealth.com).

#### **2.1.6.2.5 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ**

Πολλοί θεωρητικοί αποδίδουν την Εξαρτημένη Διαταραχή Προσωπικότητας σε εμπειρίες της πρώτης παιδικής ηλικίας (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Σχεδόν όλοι οι άνθρωποι γεννιούνται εξαρτημένοι από τους άλλους για την απόκτηση της τροφής τους, για τη σωματική προστασία και την ανατροφή τους. Μέρος της κοινωνικοποίησης περιλαμβάνει την εκμάθηση της ανεξαρτησίας και της αυτάρκειας. Υπάρχουν κάποια γεγονότα όπως ο θάνατος ενός γονέα ή αμέλεια και απόρριψη εκ μέρους των κηδεμόνων που μπορούν να οδηγήσουν τα άτομα στην ανάπτυξη άγχους αποχωρισμού.

Αυτή η άποψη προέρχεται από την έρευνα της ανάπτυξης του παιδιού και ιδιαίτερα στο θέμα της «προσκόλλησης», ή στο πώς τα παιδιά μαθαίνουν να δένονται με τους γονείς τους και με άλλους ανθρώπους που παίζουν σημαντικό ρόλο στη ζωή τους. Εάν αυτή η διαδικασία της ανάπτυξης διακοπεί νωρίς, τότε τα άτομα μπορεί να αισθάνονται ένα συνεχές άγχος μήπως χάσουν τον άνθρωπο που είναι κοντά τους (Barlow D.H. & Durand V.M., μτφρ. Μπαρπάτση Μ., Β' Τόμος, 2η έκδοση, Αθήνα, 2000).

Ψυχαναλυτικά, η Εξαρτημένη Συμπεριφορά αποδίδεται σε καθήλωση στη στοματική φάση της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης. Υπάρχουν όμως και στοιχεία που προτείνουν ότι συμπεριφορά σαν την εξαρτημένη (π.χ. η υποτακτική συμπεριφορά) ίσως μεταδίδεται γενετικά (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

#### **2.1.6.2.6 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

Μια σοβαρή παιδική ασθένεια μπορεί προδιαθέσει το άτομο στην εξαρτημένη Διαταραχή Προσωπικότητας, όπως εξάλλου και το άγχος του αποχωρισμού στη παιδική ηλικία.

Άλλες έρευνες υποστηρίζουν ότι τα γονεϊκά μοντέλα παίζουν το ρόλο τους στην εμφάνιση της Εξαρτημένης Διαταραχής. Οι υπερβολικά υπερπροστατευτικοί γονείς, μπορεί να παρεμποδίσουν την ανεξαρτησία του παιδιού τους. Οι αυστηροί και εξουσιαστικοί γονείς, που παρέχουν στο παιδί τους περιορισμένη ελευθερία ή και ευθύνη και έτσι το παιδί τείνει επίσης στην εμφάνιση της Εξαρτημένης Διαταραχής της Προσωπικότητας.

Έχουν προταθεί επίσης γενετικοί παράγοντες για την εμφάνιση της Εξαρτημένης Διαταραχής και οι οποίοι έχουν επαληθευτεί σε αρκετές περιπτώσεις ασθενών ([psychiatric-disorders.com](http://psychiatric-disorders.com)).

### **2.1.6.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΔΡΑΜΑΤΙΚΗΣ (ΙΣΤΡΙΟΝΙΚΗΣ) ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ**

#### **2.1.6.3.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ**

Δραματική (κατά μετάφραση *histrionic*, που είναι ο νέος όρος που αντικατέστησε το *hysterical*, ώστε να μην προτείνει άμεση σχέση με «υστερικά» συμπτώματα μετατροπής), θεωρείται η Διαταραχή Προσωπικότητας της οποίας το βασικό χαρακτηριστικό είναι η υπερβολική συναισθηματικότητα και η επιζήτηση προσοχής (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

Η Διαταραχή αυτή παρουσιάζεται κυρίως στις γυναίκες και χαρακτηρίζεται από οιστριονισμό, εγωκεντρισμό, συγκινησιακή ευμεταβλητότητα, έλλειψη αυθεντικών συναισθημάτων, συναισθηματική εξάρτηση, ερωτικοποίηση των κοινωνικών σχέσεων και ψυχρότητα. Η πολύ εγωκεντρική *συναισθηματική της απληστία* συνοδεύεται από πλήρη ανικανότητα ανοχής των ματαιώσεων, η οποία εξωτερικεύεται με θεαματικές *συγκινησιακές εκφορτήσεις* (δάκρυα, θυμοί, κρίσεις νεύρων) και οδηγεί σε συμπεριφορές που αποσκοπούν σε χειραγώγηση του περιβάλλοντος («σκηνές», εκβιασμοί).

Στον άντρα, ο οιστριονικός χαρακτήρας είναι πιο σπάνιος και δεν γίνεται εύκολα ανεκτός από την κοινωνία. Ο οιστριονισμός εκφράζεται με καυχησιολογία, κομπορρημοσύνη, περιαυτολογία και ωραιοποιημένες

αφηγήσεις προσωπικών περιπετειών, με τις οποίες ο οιστριονικός προσπαθεί να συγκαλύψει την αδυναμία του και την έλλειψη ανδρισμού. Ο οιστριονικός χαρακτήρας συνδυάζεται συχνά στον άνδρα με χαρακτηριστικά ψυχοπαθητικότητας (αστάθεια, παρορμητικότητα, φυγές, αξιόποινη συμπεριφορά) (Lempriere T., Feline A. & συνεργ., 1995).

Άτομα με Δραματική Διαταραχή της Προσωπικότητας δεν νιώθουν άνετα αν δεν αποτελούν το επίκεντρο της προσοχής. Με ζωντάνια και δραματικότητα προσπαθούν να τραβήξουν την προσοχή πάνω τους και στην αρχή ο ενθουσιασμός τους, η «ανοιχτοσύνη» τους και η διάθεση τους για φλερτ γοητεύουν τους άλλους. Γρήγορα, όμως, οι ιδιότητες αυτές χάνουν τη σημασία τους, γιατί η απαίτηση τους για προσοχή είναι συνεχής και επίμονη (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Συνήθως είναι ματαιόδοξα και εγωκεντρικά άτομα και αισθάνονται άβολα εάν δεν βρίσκονται στο προσκήνιο. Παράλληλα, αναζητούν συνεχώς την αποδοχή και την επιβράβευση των άλλων και μπορεί να αναστατωθούν ή να θυμώσουν όταν οι άλλοι δεν τους δίνουν προσοχή ή δεν τους επαινούν (Barlow D.H. & Durand V.M., μτφρ. Μπαρπάτση Μ., Β' Τόμος, 2η έκδοση, Αθήνα, 2000). Συχνά, τα άτομα αυτά εμφανίζονται σεξουαλικά προκλητικά και σαγηνευτικά, όχι μόνο προς κάποιο άτομο για το οποίο μπορεί να έχουν κάποιο ερωτικό ή ρομαντικό ενδιαφέρον, αλλά και προς άλλα άτομα στον κοινωνικό ή επαγγελματικό τους χώρο (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Η *σαγηνευτική συμπεριφορά* της οιστριονικής γυναίκας εκλαμβάνεται άδικα ως νυμφομανία. Στη πραγματικότητα όμως, ακόμα και όταν επιδεικνύει «υπερθηλυκότητα», η προκλητική της φιλαρέσκεια συγκαλύπτει τις σεξουαλικές της αναστολές, τη ψυχρότητα της, τη βαθιά της άρνηση να είναι γυναίκα (Lempriere T., & Feline A. & συνεργ., 1995).

Η συναισθηματική έκφραση των ατόμων αυτών είναι υπερβολική, θεατρική, επιπόλαιη και με ταχείες εναλλαγές (π.χ. αγκαλιάζουν και φιλούν απλούς γνωστούς σαν να είναι στενοί φίλοι, εύκολα και για το παραμικρό ξεσπούν σε κλάματα, θυμό ή οργή) (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Ο *οιστριονισμός* εντυπωσιάζει εξ αρχής. Το υστερικό άτομο επιδιώκει να προσελκύσει την προσοχή, να αρέσει. Εύπλαστο και υποβόλιμο, μπορεί να αλλάξει ρόλο ανάλογα με το ακροατήριο του, γεγονός που του επιτρέπει να συγκαλύψει την αστάθεια του και το οδηγεί, μέσα από παροδικούς ενθουσιασμούς και αλλεπάλληλες ταυτίσεις, να συνδέεται όχι με τους

άλλους, αλλά με τα υποκατάστατα που δημιουργήσε (Lempriere T., Feline A. & συνεργ., 1995).

Τα άτομα αυτά δίνουν μεγάλη προσοχή στην εξωτερική τους εμφάνιση και μπορεί εύκολα να γίνουν άνω — κάτω με το παραμικρό αρνητικό σχόλιο για αυτήν. Ο λόγος τους είναι έντονα ιμπρεσιονιστικός και χωρίς λεπτομέρειες (οι απόψεις τους δηλ. παρουσιάζονται με έντονο και δραματικό τρόπο, χωρίς, όμως, να συνοδεύονται από λεπτομέρειες και χωρίς να υποστηρίζονται από σαφή και ισχυρή επιχειρηματολογία). Τα άτομα αυτά εύκολα υποβάλλονται και εύκολα επηρεάζονται (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Οι δυνατότητες της ενδοσκόπησης είναι ανύπαρκτες (απουσία insight), όπως επίσης χωλαίνει η ικανότητα αποστασιοποίησης από τα συναισθήματα και τελικά η δυνατότητα ελέγχου τους (Lempriere T., Feline A. & συνεργ., 1995).

Χαρακτηριστική είναι και η ευκολία με την οποία προσκολλώνται σε άτομα με δύναμη και εξουσία, από τα οποία περιμένουν μαγικές λύσεις στα προβλήματα τους. Ακόμα, τα άτομα αυτά συχνά θεωρούν και παρουσιάζουν τις σχέσεις τους σαν πολύ πιο στενές από ότι πραγματικά είναι (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

Οι δραματικές προσωπικότητες δέχονται μεγαλύτερη επιρροή από το δεξί εγκεφαλικό ημισφαίριο, γι αυτό εντυπωσιάζονται και επηρεάζονται εύκολα από τους άλλους. Αντιλαμβάνονται τη ζωή σφαιρικά και είναι άτομα υψηλής νοημοσύνης, φαντασίας και δημιουργικότητας, ικανά να συνθέσουν και να συνδέσουν αισθήσεις και συναισθήματα (Λασιθιωτάκη Μ., iator.gr).

#### **2.1.6.3.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑ DSM-IV**

Ένας εκτεταμένος τύπος υπερβολικής συναισθηματικότητας και επιζήτησης προσοχής, που αρχίζει νωρίς στην ενήλικη ζωή και είναι παρών σε μία ποικιλία καταστάσεων, όπως φαίνεται από πέντε (ή περισσότερα) από τα παρακάτω:

(1) Το άτομο δεν νιώθει άνετα σε καταστάσεις όπου δεν είναι το κέντρο της προσοχής.

- (2) Η διαντίδραση με τους άλλους συχνά χαρακτηρίζεται από απρόσφορη σεξουαλικά σαγηνευτική ή προκλητική συμπεριφορά.
- (3) Επιδεικνύει ταχέως μεταβαλλόμενη και ρηχή έκφραση συναισθημάτων.
- (4) Συστηματικά χρησιμοποιεί την εξωτερική εμφάνιση για να προσελκύσει την προσοχή στον εαυτό του,
- (5) Έχει ένα τρόπο ομιλίας που είναι υπερβολικά ιμπρεσιονιστικός και στερούμενος λεπτομερειών.
- (6) Εμφανίζεται δραματικό, θεατρικό και με υπερβολική έκφραση συναισθημάτων.
- (7) Είναι υποβόλιμο, δηλαδή επηρεάζεται εύκολα από άλλους ή τις περιστάσεις.
- (8) Θεωρεί τις σχέσεις με τους άλλους περισσότερο στενές από ότι είναι στην πραγματικότητα γενετικά (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

#### **2.1.6.3.3 ΣΥΝΟΔΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ – ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Τα άτομα με Δραματική Διαταραχή Προσωπικότητας μπορεί να έχουν δυσκολία να κάνουν ερωτικές σχέσεις και ασυνείδητα μπορεί να παίζουν διάφορους ρόλους (π.χ. του θύματος, της «πριγκίπισσας») και συχνά να προσπαθούν να ελέγξουν το σύντροφό τους με συναισθηματική χειραγώγηση ή σαγηνευτικότητα, ενώ ταυτόχρονα επιδεικνύουν έντονη εξάρτηση από αυτόν. Μπορεί ακόμα να απομακρύνουν τους φίλους τους για προσοχή και γίνονται καταθλιπτικά, όταν δεν τα προσέχουν. Συνήθως επιζητούν άμεση ικανοποίηση των αναγκών τους. Επίσης, εύκολα ενθουσιάζονται και εύκολα χάνουν το ενδιαφέρον τους, είτε πρόκειται για καινούργιες σχέσεις, είτε πρόκειται για καινούργιες δουλειές και σχέδια (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

Συχνά, Σωματοποιητική Διαταραχή, Διαταραχή Μετατροπής και Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή συνοδεύουν τη Δραματική Διαταραχή Προσωπικότητας (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Μερικές φορές μάλιστα, «σωματοποιούν» τους φόβους τους και παρουσιάζουν, ανεξήγητα από πλευράς παθολογίας, σωματικά συμπτώματα, όπως είναι οι ξαφνικές λιποθυμίες. Τα συμπτώματα αυτά εντοπίστηκαν για πρώτη φορά από τον Freud, ο οποίος εντυπωσιάστηκε από τις παράξενες συμπεριφορές

ορισμένων, κυρίως γυναικών, ασθενών του, όπως ήταν η προσωρινή τύφλωση, χωρίς ιστορικό παθολογίας της όρασης ή η ανεξήγητη παράλυση του χεριού. Ο Freud, τα χαρακτήρισε ως υστερικά φαινόμενα και έκφραση μιας συγκεκριμένης Ψυχικής Διαταραχής, της Υστερίας (Μ. Λασιθιωτάκη, [iator.gr](http://iator.gr)). Η «σωματοποίηση» των φόβων τους, εξάλλου φαίνεται και από την τάση τους για υπερβολική αίτηση παθολογικών και χειρουργικών υπηρεσιών. Η σωματοποίηση μπορεί να είναι περιορισμένη ή παροδική και να υπερτερούν οι διαταραχές του χαρακτήρα και της σεξουαλικότητας. Για τα άτομα αυτά η λύση για τις ψυχο-συγκρούσεις τους είναι: κόπωση, άλγη, νευροπαθητικές κρίσεις ή τυπικές εκδηλώσεις υστερικής μετατροπής. Η τάση για σωματοποίηση καθιστά τον γιατρό προνομιακό συνομιλητή του δραματικού ατόμου, η αρχική υπακοή στις συμβουλές και στις συνταγές του μπορεί γρήγορα να παραχωρήσει τη θέση της σε διεκδικήσεις που εκφράζονται ανοιχτά ή μεταμφιέζονται σε σωματικές αιτιάσεις που καμιά θεραπεία δεν μπορεί να ανακουφίσει (Lempriere T., Feline A. & συνεργ., 1995).

Συχνά επίσης, συνυπάρχουν Οριακή, Нарκισσιστική, Αντικοινωνική και Εξαρτημένη Διαταραχή Προσωπικότητας (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Συνυπάρχει επίσης Κατάθλιψη, ασθενικής ή αγχώδους μορφής, η οποία εμφανίζεται ως αντίδραση στις ματαιώσεις και τις εγκαταλείψεις. Οι καταθλιπτικού τύπου διαταραχές είναι συχνά παροδικές, εμφανίζονται σε πλαίσια συναισθηματικού εκβιασμού (απόπειρες αυτοκτονίας) σε δραματικές γυναίκες νεαρής ηλικίας και τείνουν να γίνουν με τη πάροδο της ηλικίας σοβαρότερες και μεγαλύτερης διάρκειας (Lempriere T., Feline A. & συνεργ., 1995). Σημαντικός είναι ο κίνδυνος για απόπειρες αυτοκτονίας στα άτομα αυτά (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997), όπως εξάλλου και οι αυτοτραυματικές συμπεριφορές, που συνήθως πραγματοποιούνται με απώτερο σκοπό την αποδοχή της προσοχής και της φροντίδας από τον κοινωνικό τους περίγυρο ([Psychiatric-disorders.com](http://Psychiatric-disorders.com)).

Η Δραματική Προσωπικότητα εκφράζει στην ουσία τους παθολογικούς μηχανισμούς επίλυσης μιας συγκρουσιακής σεξουαλικότητας, όπου οι επιθετικές και οι σεξουαλικές ενορμήσεις είναι απωθημένες. Σε ορισμένες προσωπικότητες κυριαρχεί η στοματική προβληματική: πρόκειται για άτομα ανώριμα, ανασταλμένα, παθητικά-εξαρτητικά, τα οποία δεν μπορούν να ζήσουν παρά με την υποστήριξη ενός μητρικού και

προστατευτικού περιβάλλοντος και τα οποία αντιδρούν στις εγκαταλείψεις και στις ματαιώσεις με καταθλιπτική και αγχώδη συμπεριφορά (Lempriere T., Feline A. & συνεργ., 1995).

#### **2.1.6.3.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ**

Τα επιδημιολογικά στοιχεία για τη Διαταραχή αυτή είναι ακόμη περιορισμένα και προτείνουν επιπολασμό περίπου 2% έως 3% στον γενικό πληθυσμό και 10% έως 15% σε ενδονοσοκομειακούς και εξωνοσοκομειακούς ασθενείς. Αν και σε κλινικούς πληθυσμούς η Διαταραχή διαγιγνώσκεται πιο συχνά στις γυναίκες, υπάρχουν μελέτες που με δομημένες συνεντεύξεις, αναφέρουν παρόμοια συχνότητά της σε άντρες και γυναίκες (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

Ο γυναικείος πληθυσμός παρουσιάζει αυξημένα ποσοστά, αποτέλεσμα κυρίως των πρώιμων εμπειριών της παιδικής ηλικίας, επειδή τότε αντιλήφθηκαν τους άνδρες ως φορείς της δύναμης, της εκτίμησης και του θαυμασμού και τις γυναίκες αδύναμες, υποτιμημένες και ανάξιες σεβασμού. Έτσι, ένιωσαν ότι ο μόνος τρόπος για να πλησιάσουν και να κατακτήσουν τους άνδρες, να πάρουν δύναμη από την δύναμή τους, είναι η σεξουαλικότητα, την οποία χρησιμοποιούν χωρίς να το καταλαβαίνουν και μένουν κυριολεκτικά άναυδες, σε κατάσταση αμηχανίας, όταν κάποιος άνδρας ανταποκριθεί πιο τολμηρά στα σεξουαλικά τους λεκτικά ή σωματικά υπονοούμενα.

Συχνά, οι γυναίκες με Δραματική οργάνωση Προσωπικότητας εξιδανικεύουν τους άνδρες και παίζουν το ρόλο του αβοήθητου μικρού κοριτσιού, για να αποφύγουν τον φόβο της απόρριψης και της ενοχής μπροστά σ' ένα ισχυρό άνδρα, καταφεύγοντας σε λιποθυμίες και χαζά γέλια, αντίστοιχα με αυτά ενός μικρού παιδιού (Λασιθιωτάκη Μ., iator.gr).

#### **2.1.6.3.5 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ**

Παρά το γεγονός ότι η Διαταραχή αυτή έχει αναγνωριστεί από πολύ παλιά, έχουν γίνει πολύ λίγες έρευνες για τις αιτίες ή τη θεραπεία της.



Παραταύτα, μια υπόθεση αφορά στη πιθανή σχέση της Δραματικής Διαταραχής της Προσωπικότητας με την Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας. Υπάρχουν στοιχεία, σύμφωνα με τον Barlow & Durand (2000), που δείχνουν ότι η Δραματική Διαταραχή της Προσωπικότητας και η Αντικοινωνική Προσωπικότητα, συνυπάρχουν πολύ συχνότερα από ότι θα εξηγούσε ο νόμος των πιθανοτήτων. Βάσει μια έρευνας αποδείχθηκε ότι τα 2/3 σχεδόν των ατόμων με Δραματική Διαταραχή Προσωπικότητας, πληρούσαν επίσης και τα κριτήρια για την Αντικοινωνική Διαταραχής της Προσωπικότητας. Τα στοιχεία για αυτή τη συσχέτιση έχουν οδηγήσει στον ισχυρισμό ότι, η Δραματική και η Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας, μπορεί να είναι δύο διαφορετικές εκφάνσεις, που καθορίζονται από το φύλο, της ίδιας άγνωστης βαθύτερης κατάστασης. Οι γυναίκες με τη βαθύτερη αυτή κατάσταση, μπορεί να έχουν τη προδιάθεση να εκδηλώσουν μια δραματική μορφή, ενώ οι άνδρες μια αντικοινωνική μορφή της (Barlow D.H. & Durand V.M., μτφρ. Μπαρπάτση Μ., Β' Τόμος, 2η έκδοση, Αθήνα, 2000).

Από ψυχολογικής πλευράς, η Δραματική Διαταραχή της Προσωπικότητας, συνδέεται με προβλήματα του παιδιού κατά τη στοματική και την οιδιπόδεια φάση της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

#### **2.1.6.3.6 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι αποτυχημένες σχέσεις, η ανία και τα υψηλά επίπεδα ματαιώσης, μπορεί όλα μαζί να συμβάλλουν στη δημιουργία Κατάθλιψης και Δραματικής Διαταραχής της Προσωπικότητας. Η κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ αποτελούν επιπλέον κινδύνους, όταν συνοδεύουν τη προσπάθειά του ατόμου να ανακουφίσει την ανία του, ή την ενδεχόμενη αποτυχία του.

Η Δραματική Διαταραχή Προσωπικότητας, χρησιμοποιείται για την επιζήτηση της προσοχής, είτε μέσω του αυτοτραυματισμού είτε μέσω αυτοκτονικών «χειρονομιών». Παρά το γεγονός ότι αυτές οι αυτοκτονικές χειρονομίες συνήθως υποκινούνται από την ανάγκη επικέντρωσης προσοχής και όχι από την ανάγκη του ατόμου για μια αληθινή αυτοκτονική

απόπειρα, πρέπει πάντα να εκλαμβάνονται σοβαρά. Εάν το άτομο με Δραματική Διαταραχή Προσωπικότητας, έχει Κατάθλιψη, τότε ενδέχεται να είναι αυτοκτονικό. Ακόμα και αν η απόπειρα αυτοκτονίας χρησιμοποιείται σαν μέσο για την επικέντρωση προσοχής (Psychiatric-disorders.com).

#### **2.1.6.4 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗΣ - ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ**

##### **2.1.6.4.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ**

Η «Ψυχαναγκαστική - Καταναγκαστική» διάσταση που ενδεχόμενα μπερδεύει, θα μπορούσε σε λεχθεί, ότι περιλαμβάνει τρία επίπεδα:

- 1) Την Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή (ΨΚΔ) (που λεγόταν παλιότερα Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Νεύρωση).
- 2) Τον «Ψυχαναγκαστικά - Καταναγκαστικό τρόπο (ή στυλ) ζωής», που περιλαμβάνει στοιχεία / χαρακτηριστικά της Ψυχαναγκαστικής - Καταναγκαστικής Διαταραχής της Προσωπικότητας (τελειοθηρία, επιμονή, εμμονή στις λεπτομέρειες, τάξη, ακρίβεια, συστηματική εργασία κτλ.), που είναι όμως στα φυσιολογικά όρια και είναι ιδιαίτερα προσαρμοστικά (πολλοί τεχνικοί, γιατροί, δικηγόροι και άλλοι επιστήμονες εμπίπτουν στην κατηγορία αυτή) και
- 3) Την Ψυχαναγκαστική - Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας (ΨΚΔΠ), όπου τα ψυχαναγκαστικά - καταναγκαστικά στοιχεία / χαρακτηριστικά είναι άκαμπτα και παραβλάπτουν τη λειτουργία (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Το άτομο είναι τελειοθηρικό, επιζητεί την τάξη και τις λεπτομέρειες, θέλει να είναι τέλειο, οπότε είναι δύσκαμπτο και αναποφάσιστο (Μαδιανός Μ. Γ., Αθήνα, 2006).

#### **2.1.6.4.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑ DSM-IV**

Ένας εκτεταμένος τύπος έντονης ενασχόλησης του ατόμου με την τάξη, την τελειοθρία και τον ψυχικό και διαπροσωπικό έλεγχο, σε βάρος της ευελιξίας, της ανοιχτοσύνης και της αποδοτικότητας, ο οποίος αρχίζει νωρίς στην ενήλικη ζωή και είναι παρών σε μία ποικιλία καταστάσεων, όπως φαίνεται από τέσσερα (ή περισσότερα) από τα παρακάτω:

- (1) Το άτομο έχει έντονη ενασχόληση με λεπτομέρειες, κανόνες, λίστες, την τάξη, την οργάνωση ή τα προγράμματα, σε βαθμό που το κύριο σημείο της δραστηριότητας χάνεται.
- (2) Εμφανίζει τελειοθρία που παρεμποδίζει την ολοκλήρωση μιας εργασίας (π.χ. το άτομο είναι ανίκανο να ολοκληρώσει μία προγραμματισμένη δουλειά επειδή δεν πληρούνται οι δικές του υπερβολικά αυστηρές απαιτήσεις).
- (3) Είναι υπερβολικά αφοσιωμένο στην εργασία και την παραγωγικότητα με αποκλεισμό των δραστηριοτήτων του ελεύθερου χρόνου και των φιλικών σχέσεων (που δεν εξηγείται από φανερή οικονομική ανάγκη).
- (4) Είναι υπερβολικά ευσυνείδητο, λεπτολόγο και άκαμπτο σε θέματα ηθικής, ηθών ή αξιών (που δεν εξηγείται από πολιτισμική ή θρησκευτική ταυτοποίηση).
- (5) Είναι ανίκανο να πετάξει φθαρμένα ή χωρίς αξία αντικείμενα ακόμα και όταν δεν έχουν συναισθηματική αξία.
- (6) Είναι απρόθυμο να κάνει καταμερισμό καθηκόντων ή να δουλέψει με άλλους, εκτός εάν αυτοί υποταχθούν στον ακριβή δικό του τρόπο που κάνει τα διάφορα πράγματα.
- (7) Υιοθετεί ένα τσιγγούνικο τρόπο στο ξόδεμα των χρημάτων, τόσο για τον εαυτό του, όσο και για τους άλλους. Τα χρήματα θεωρούνται σαν κάτι που πρέπει να συσσωρευτεί και διαφυλαχθεί για μελλοντικές καταστροφές.
- (8) Εμφανίζει ακαμψία και ισχυρογνωμοσύνη.

#### **2.1.6.4.3 ΣΥΝΟΔΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ – ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Τα άτομα με τη Διαταραχή αυτή, έχουν μεγάλη δυσκολία να πάρουν αποφάσεις. Έχουν την τάση να θυμώνουν εύκολα σε καταστάσεις που δεν

μπορούν να έχουν τον έλεγχο, αλλά εκφράζουν τον θυμό τους έμμεσα. Συναισθηματικά, παρουσιάζονται ελεγχόμενα, σφιγμένα και άκαμπτα, με ιδιαίτερη δυσκολία να ανταποδώσουν τα θερμά συναισθήματα των άλλων. Δυσκολεύονται πολύ επίσης, να εκφράσουν τρυφερά συναισθήματα και σπάνια κάνουν κομπλιμέντα.

Σύνοδες διαταραχές της ΨΚΔ, είναι Διαταραχές της Διάθεσης (κυρίως Καταθλιπτικές Διαταραχές) και Αγχώδεις Διαταραχές (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

#### **2.1.6.4.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ**

Η Ψυχαναγκαστική - Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας, φαίνεται να είναι δύο φορές συχνότερη σε άντρες από ότι σε γυναίκες.

#### **2.1.6.4.5 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

Η κλασσική ψυχαναλυτική θεωρία αποδίδει τη Διαταραχή αυτή σε συγκρούσεις και σε καθήλωση στη πρωκτική φάση της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης. Η κύρια σύγκρουση, φαίνεται να είναι ανάμεσα στη προσπάθεια για αυτονομία και αυτοέλεγχο του ατόμου και την εξωτερική επιβολή ελέγχου από μέρος των γονιών και της κοινωνίας. Έτσι υπερβολικά άκαμπτη και εξουσιαστικοί γονείς, φαίνεται να βοηθούν στην ανάπτυξη ατόμων με τη Διαταραχή αυτή. Οποσδήποτε όμως τα παραπάνω, δεν έχουν επιβεβαιωθεί ερευνητικά με μακράς διάρκειας προοπτικές μελέτες.

## **2.1.6.5 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΠΟΦΕΥΚΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ**

### **2.1.6.5.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ**

Είναι μια σχετικά νέα νοσολογική οντότητα (DSM-III). Το βασικό χαρακτηριστικό της Διαταραχής αυτής, είναι η έντονη κοινωνική αναστολή, η σταθερή απομόνωση, τα αισθήματα ανεπάρκειας, ντροπής ή και άγχους και η υπερευαισθησία στην κριτική των άλλων. (Μαδιανός Μ. Γ., Αθήνα, 2006 & Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

Άτομα με Αποφευκτική Διαταραχή της Προσωπικότητας, αποφεύγουν όλες τις καταστάσεις όπου υπάρχει σημαντική διαπροσωπική επαφή, από φόβο κριτικής, αποδοκιμασίας ή απόρριψης. Έτσι έχουν δυσκολία να προχωρήσουν επαγγελματικά, να κάνουν φίλους, στενές σχέσεις, να πάνε σε διάφορες κοινωνικές συναντήσεις κλπ. Νιώθουν ανεπαρκή, κατώτερα, μη αρεστά, ντροπαλά, έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και φοβούνται μήπως τα κοροϊδέψουν. Μόνο σε περίπτωση που νιώσουν ότι ένα άλλο άτομο τα αποδέχεται χωρίς καμία κριτική και τα υποστηρίζει, μπορούν να προχωρήσουν σε στενές σχέσεις (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

### **2.1.6.5.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑ DSM-IV**

Ένας εκτεταμένος τύπος κοινωνικής δυσκολίας (αναστολής), αισθημάτων ανεπάρκειας και υπερευαισθησίας στην αρνητική εκτίμηση, που αρχίζει νωρίς στην ενήλικη ζωή και είναι παρών σε μία ποικιλία καταστάσεων όπως φαίνεται από τέσσερα (ή περισσότερα) από τα παρακάτω:

- (1) Το άτομο αποφεύγει επαγγελματικές δραστηριότητες που περιλαμβάνουν σημαντική διαπροσωπική επαφή, εξαιτίας φόβων κριτικής, αποδοκιμασίας ή απόρριψης.
- (2) Είναι απρόθυμο να εμπλακεί με ανθρώπους εκτός αν είναι βέβαιο ότι θα γίνει αρεστό.

- (3) Εμφανίζει περιορισμούς μέσα στις στενές σχέσεις εξαιτίας του φόβου μήπως ντροπιαστεί η γελοιοποιηθεί.
- (4) Έχει υπερβολική ενασχόληση μήπως το κριτικάρουν ή το απορρίψουν στις κοινωνικές καταστάσεις.
- (5) Είναι αποθαρρυσμένο σε νέες διαπροσωπικές καταστάσεις εξαιτίας αισθημάτων ανεπάρκειας.
- (6) Θεωρεί τον εαυτό του κοινωνικά αδέξιο, προσωπικά μη ελκυστικό ή κατώτερο από τους άλλους.
- (7) Είναι συνήθως απρόθυμο να διακινδυνέψει προσωπικά ή να εμπλακεί σε νέες δραστηριότητες, διότι αυτές μπορεί να αποδειχθεί ότι το φέρνουν σε δύσκολη θέση (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

#### **2.1.6.5.3 ΣΥΝΟΔΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ – ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Συχνά τα άτομα με Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας, φοβούνται μήπως κοκκινίσουν ή βάλουν τα κλάματα, αν νιώσουν ότι τα κριτικάρουν. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η υπερευαίσθησία στην απόρριψη και η αποφευκτική συμπεριφορά οδηγούν τα άτομα αυτά σε σημαντική κοινωνική απομόνωση και συχνά σε επαγγελματική έκπτωση.

Σύνοδες διαταραχές μπορεί να είναι οι Διαταραχές Διάθεσης (ιδιαίτερα οι Καταθλιπτικές Διαταραχές) και Αγχώδεις Διαταραχές (ιδιαίτερα Κοινωνική Φοβία Γενικευμένου Τύπου).

#### **2.1.6.5.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ**

Η Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας, μπορεί να προαγγελθεί στην παιδική ηλικία με ντροπαλότητα, απομόνωση, φόβο των ξένων και φόβο των καινούργιων καταστάσεων (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Είναι χρόνια Διαταραχή που εκτρέπεται συχνά προς την ανάπτυξη φοβίας ή Διαταραχής της Διάθεσης. Υπάρχουν όμως, σύμφωνα με τον Μάνο (1997), ενδείξεις ότι ίσως η Διαταραχή ελαττώνεται με το πέρας της ηλικίας (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

#### **2.1.6.5.5 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ**

Ουσιαστικά, η αιτιολογία είναι άγνωστη. Παραταύτα, ίσως ενοχοποιούνται γενετικοί ή ιδιοσυγκρασιακοί ή αναπτυξιακοί παράγοντες, όπως η γονική ανοιχτή υποτίμηση προς το παιδί, η λανθάνουσα επιθετικότητα, η παλινδρόμηση στην ναρκισσιστική σχέση με το αντικείμενο, η απώθηση και μετάθεση, ή ένας ασυνείδητος φόβος απόρριψης (Μαδιανός Μ. Γ., Αθήνα, 2006).

#### **2.1.6.5.6 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

Χωρίς τη θεραπευτική προσέγγιση, το άτομο με Αποφευκτική Διαταραχή Προσωπικότητας, μπορεί να αποστασιοποιηθεί, σε σημαντικό βαθμό, από το κοινωνικό περιβάλλον ή να εξελιχθεί σε ολοκληρωτική απομόνωση (Ballas P., [nlm.nih.gov](http://nlm.nih.gov)).

#### **2.1.6.6 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΥΠΟ ΜΕΛΕΤΗ**

Κάπου εδώ, κρίνεται σημαντικό να γίνει αναφορά και στις Διαταραχές εκείνες της Προσωπικότητας που βρίσκονται ακόμη υπό μελέτη και δεν συμπεριλαμβάνονται στο σύστημα ταξινόμησης του DSM.

Για παράδειγμα η *Σαδιστική Διαταραχή της Προσωπικότητας*, η οποία περιλαμβάνει τα άτομα που απολαμβάνουν να προκαλούν πόνο στους άλλους και η *Αυτό-Ηττοπαθής Διαταραχή της Προσωπικότητας* που περιλαμβάνει τα άτομα, τα οποία είναι υπερβολικά παθητικά και αποδέχονται τον πόνο που τους προκαλούν οι άλλοι. Όμως λίγες μελέτες υποστηρίζουν την ύπαρξη αυτών των διαταραχών και έτσι δεν συμπεριλήφθηκαν στο DSM-IV.

Ωστόσο, δύο καινούργιες κατηγορίες Διαταραχών της Προσωπικότητας, βρίσκονται υπό μελέτη: Η *Καταθλιπτική Διαταραχή Προσωπικότητας*, περιλαμβάνει την αυτοκριτική, την αποθάρρυνση, κριτική στάση προς τους άλλους, και την τάση του ατόμου να αισθάνεται ενοχές.

Επίσης, η *Αρνητική Διαταραχή της Προσωπικότητας (Παθητικό-Επιθετική)*, χαρακτηρίζεται από παθητική επιθετικότητα, κατά την οποία τα άτομα υιοθετούν μια αρνητική στάση προκειμένου να αντισταθούν στις καθημερινές απαιτήσεις και προσδοκίες. Καμία από αυτές τις κατηγορίες δεν έχει ακόμα προσελκύσει αρκετή ερευνητική προσοχή, ώστε να εγγυάται τη συμπερίληψή τους, ως επιπρόσθετων Διαταραχών της Προσωπικότητας (Barlow D.H. & Durand V.M., μτφρ. Μπαρπάτση Μ., Β' Τόμος, 2η έκδοση, Αθήνα, 2000).

### **2.1.6.6.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΑΘΗΤΙΚΟ - ΕΠΙΘΕΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ**

#### **2.1.6.6.1.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ**

Κατά το DSM-IV, η Παθητικό-Επιθετική Διαταραχή (ή αλλιώς Αρνητική Διαταραχή Προσωπικότητας) εντάσσεται στη κατηγορία των «Λοιπών Διαταραχών της Προσωπικότητας» (Μαδιανός Μ. Γ., Αθήνα, 2006). Η Διαταραχή αυτή έχει πάψει πλέον να χρησιμοποιείται από τους ψυχιάτρους κατά τη διαγνωστική εκτίμηση, παρόλα αυτά, έχει γίνει λόγος για αυτή σε ένα παράρτημα της αναθεωρημένης τρίτης έκδοσης του εγχειριδίου (DSM-III-R), οπότε και αναφέρεται εδώ για εκπαιδευτικούς, και μόνο, σκοπούς

Το DSM-III-R, χαρακτηρίζει την Παθητικό-Επιθετική Διαταραχή Προσωπικότητας, σαν έναν εκτεταμένο τύπο παθητικής αντίστασης σε απαιτήσεις για επαρκή κοινωνική και επαγγελματική απόδοση, που αρχίζει νωρίς στην ενήλικη ζωή και είναι παρών σε μια ποικιλία καταστάσεων.

Πρέπει όμως να γίνει ξεκάθαρο, ότι η παθητική-επιθετική συμπεριφορά μπορεί να εμφανιστεί σε όλους τους ανθρώπους σε συγκεκριμένες συνθήκες, χωρίς αυτό να σημαίνει και ύπαρξη Διαταραχής της Προσωπικότητας (Dave K., ptypes.co).



### 2.1.6.6.1.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑ DSM-III-R

Στο DSM-III-R, η παθητική επιθετική Διαταραχή Προσωπικότητας, έχει τα εξής διαγνωστικά κριτήρια:

- A. Πληρούνται τα γενικά κριτήρια των διαταραχών Προσωπικότητας.
- B. Τουλάχιστον πέντε από τα ακόλουθα πρέπει να είναι παρόντα:
1. Αναβλητικότητα και καθυστέρηση στο να ολοκληρώνει βασικούς ή συνηθισμένους στόχους, ειδικά αυτούς που οι άλλοι θέλουν να ολοκληρωθούν.
  2. Αδικαιολόγητη διαμαρτυρία ότι οι άλλοι έχουν παράλογες απαιτήσεις.
  3. Κακοκεφιά, ευερεθιστότητα ή επιχειρηματολογία, όταν από το άτομο ζητείται να κάνει κάτι που αυτό δεν θέλει.
  4. Αδικαιολόγητη κριτική ή κατηγορεί άτομα σε θέση εξουσίας.
  5. Είναι επίτηδες αργός ή με χαμηλή ποιότητα στη δουλειά του, σε στόχους που το άτομο δεν θέλει να κάνει.
  6. Παρεμπόδιση των προσπαθειών άλλων, γιατί το άτομο αποτυγχάνει να εργαστεί στον τομέα που τον αφορά.
  7. Αποφυγή των υποχρεώσεων με τον ισχυρισμό ότι τις έχει ξεχάσει. (Μαδιανός Μ. Γ., Αθήνα, 2006).

### 2.1.6.6.1.3 ΣΥΝΟΔΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

#### ü Συμπεριφορά:

§ Εκφράζει μνησικακία, δυσανασχέτηση (*resentful*). Αντιστέκεται στην εκπλήρωση των προσδοκιών των άλλων, συχνά εμφανίζει αναβλητικότητα και αργοπορία, δηλώνει ανεπάρκεια, ισχυρογνωμοσύνη καθώς και συμπεριφορές εναντίωσης και βαρεμάρας. Λαμβάνει ικανοποίηση όταν αποθαρρύνει ή υπονομεύει την ευχαρίστηση και τις φιλοδοξίες των άλλων.

§ Διαπροσωπικές αντιθέσεις. Με έπαρση υιοθετεί αντιφατικούς και εναλλασσόμενους ρόλους στις κοινωνικές σχέσεις, ιδιαίτερα εξαρτημένος και συγκαταβατικός, δείχνοντας μεταμέλεια ή διεκδικεί με επιθετικό τρόπο την ανεξαρτησία του.

#### ü Φαινομενολογικό επίπεδο

- § Σκεπτικός, με ενδοιασμούς (γνωσιακά). Κυνικός, αμφιβάλλει, δεν εμπιστεύεται τους άλλους, προσεγγίζει θετικές καταστάσεις με δυσπιστία. Το μέλλον προσεγγίζεται με απαισιοδοξία, θυμό και φόβο. Εμφανίζεται μισάνθρωπος, με μεμψιμοιρία, μурμουра και αναστεναγμούς, εκφράζοντας περιφρόνηση και καυστικά σχόλια εναντίον όσων βιώνουν καλοτυχία.
- § Εικόνα εαυτού με δυσaréσκεια. Βλέπει τον εαυτό του σαν παρεξηγημένο, άτυχο, χωρίς να απολαμβάνει την εκτίμηση που θα έπρεπε, νιώθει ότι χλευάζεται και χειραγωγείται από τους άλλους. Αναγνωρίζει ότι είναι πικραμένος και ότι δεν έχει αυταπάτες για τη ζωή.
- § Αβέβαια, ασταθή (vacillating) αντικείμενα. Εσωτερικευμένες αναπαραστάσεις του παρελθόντος, συμπεριλαμβάνουν μία σύνθετη δομή από σχέσεις που εξισορροπούν με συγκρούσεις και θέτουν σε κίνηση αντικρουόμενα συναισθήματα, συγκρουσιακές ροπές και έντονες μνήμες, που οδηγούνται από την επιθυμία να υποβιβάσει τα επιτεύγματα και την ευχαρίστηση των άλλων, χωρίς όμως να εμφανίζονται έτσι υποχρεωτικά.

#### ü Ενδοψυχικό επίπεδο

- § Μηχανισμοί μετάθεσης. Εκφορτίζει το θυμό και άλλα ενοχλητικά συναισθήματα, με ένταση ή εμπλέκοντας ασυνείδητους μηχανισμούς, μεταφέροντάς τα, από τους κύριους υπεύθυνους, σε πλαίσια ή ανθρώπους μικρότερης σημασίας. Αφήνει διέξοδο στη δυσaréσκεια, αντικαθιστώντας την με παθητικές συμπεριφορές όπως η αδράνεια, η αμηχανία, η τεμπελιά και η λήθη.
- § Αποκλίνουσα (divergent) οργάνωση. Αν ισχύει μία ξεκάθαρη διαίρεση σε μοντέλα ενδοψυχικών μορφολογικών δομών, με θέματα όπως η αντιμετώπιση προβλημάτων και οι αμυντικοί χειρισμοί, συχνά κατευθύνεται σε άφθαστους στόχους, αφήνοντας βασικές συγκρούσεις άλυτες. Η πλήρης ψυχική συνοχή συχνά είναι αδύνατη, γιατί η προσπάθεια κάλυψης μίας ανάγκης συχνά αντιστρατεύεται ή ακυρώνει άλλες.

#### ü Βιοφυσικό επίπεδο

- § Διάθεση ευερέθιστη. Συχνά ευέξαπτος, θερμόαιμος, δύστροπος, εμφανίζει στη συνέχεια κατήφεια. Συχνά είναι αυθάδης και ανυπόμονος, χωρίς λόγο χλευάζει και περιφρονεί πρόσωπα σε θέσεις εξουσίας και

αναφέρει ότι πολύ εύκολα ενοχλείται ή ματαιώνεται από πολλούς. (Millon & Davis, New York, 1996).

#### **2.1.6.6.1.4 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ**

Η αιτιολογία είναι προς το παρόν άγνωστη. Ενδεχομένως να είναι υπεύθυνος ένας συνδυασμός γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων (Ballas P., nlm.nih.gov)

#### **2.1.6.6.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΥΤΟ-ΗΤΤΩΜΕΝΗΣ (ΜΑΖΟΧΙΣΤΙΚΗΣ) ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ**

##### **2.1.6.6.2.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑ DSM-III-R**

**A.** Ένα επίμονο πρότυπο συμπεριφοράς, που εμφανίζεται στην απαρχή της ενήλικης ζωής και συνεχίζει να είναι παρόν με ποικίλες μορφές συμπεριφοράς. Το άτομο, μπορεί συχνά να αποφεύγει ή και να υπομονεύει τις ευχάριστες εμπειρίες που του προσφέρονται και να αναλώνεται σε καταστάσεις ή σχέσεις, που ουσιαστικά το κάνουν να υποφέρει ψυχολογικά. Αρνείται, τις περισσότερες φορές, την βοήθεια που οι άλλοι του προσφέρουν απλόχερα, ενώ τουλάχιστον πέντε από τα ακόλουθα είναι παρόντα:

- 1) Επιλέγει ανθρώπους και καταστάσεις που θα το οδηγήσουν στην απογοήτευση, την αποτυχία, ή την κακομεταχείριση, ακόμα και όταν είναι άμεσα διαθέσιμες ορθότερες επιλογές.
- 2) Απορρίπτει ή καθιστά ατελέσφορες τις προσπάθειες των άλλων για βοήθεια.
- 3) Σε προσωπικές επιτυχίες του, αντιδρά με Κατάθλιψη, ενοχή ή με αυτοτιμωρία.

- 4) Προκαλεί τον θυμό ή την απόρριψη από τους άλλους, ενώ στην συνέχεια αισθάνεται πληγωμένο και ταπεινωμένο από την συμπεριφορά τους.
  - 5) Απορρίπτει τις ευχάριστες εμπειρίες που του δίνονται ή φαίνεται απρόθυμο να ευχαριστήσει τον εαυτό του.
  - 6) Αποτυγχάνει να ολοκληρώσει τους κρίσιμους, κατά υποκειμενική εκτίμηση, στόχους του, παρά την αναμφισβήτητη δυνατότητά του, να τα καταφέρει.
  - 7) Είναι αδιάφορος ή απορρίπτει τους ανθρώπους που τον φροντίζουν με συνέπεια.
  - 8) Υιοθετεί συμπεριφορές υπερβολικής αυτοθυσίας, ακόμα και όταν οι αποδέκτες της δεν το έχουν ζητήσει ή απαιτήσει.
- Β.** Οι συμπεριφορές των κριτηρίων της ομάδας Α, δεν εμφανίζονται αποκλειστικά, σαν απάντηση μιας σεξουαλικής, ψυχολογικής ή σωματικής κακοποίησης.
- Γ.** Οι συμπεριφορές των κριτηρίων της ομάδας Α, δεν εμφανίζονται μόνο κατά τη διάρκεια ενός καταθλιπτικού επεισοδίου (American Psychiatric Association, Washington, 1987).

(Περισσότερα για τις αυτό-ηττώμενες συμπεριφορές, αναφέρονται στο § 3.2.1)

## **2.2 ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

### **2.2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ**

Το άγχος είναι μια ψυχοπαθολογική κατάσταση ως απάντηση σε αόριστη απειλή ή κίνδυνο, που χαρακτηρίζεται από ένα υποκειμενικό αίσθημα ανησυχίας. Αυτό με τη σειρά του, συνοδεύεται από σωματικά συμπτώματα, με συνέπεια να προκαλούν την υπερδραστηριότητα του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος. Το ψυχοπαθολογικό άγχος, επηρεάζει σημαντικά τη λειτουργικότητα του ατόμου, το οποίο βιώνει αυτή τη

κατάσταση στις διάφορες κοινωνικές δραστηριότητες και ρόλους (Μαδιανός Μ.Γ., Αθήνα, 2006).

Σύμφωνα με έρευνες της Mayo Clinic (2004), περίπου το 50% των ατόμων με Κατάθλιψη εκδηλώνουν ταυτόχρονα συμπτώματα Αγχωδών Διαταραχών (Kramlinger K., μτφρ. Ελιασά Χ., 2004). Τα συμπτώματα των δύο αυτών διαταραχών αλληλεπικαλύπτονται και τα άτομα που πάσχουν τόσο από Κατάθλιψη όσο και από Άγχος, τείνουν να ανταποκρίνονται στα ίδια αντικαταθλιπτικά φάρμακα, να παρουσιάζουν παρόμοιες ενδοκρινικές παθήσεις και να έχουν οικογενειακό ιστορικό τόσο Κατάθλιψης, όσο και Διαταραχών Άγχους.

Βεβαίως, δεν υπάρχει αμφιβολία ότι, παρά τις ομοιότητές τους, έχουν και ιδιαίτερα η καθεμία χαρακτηριστικά (Κλεφτάρας Γ., Αθήνα, 1998).

### **2.2.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ**

Σχεδόν όλοι οι ασθενείς με Κατάθλιψη υποφέρουν από άγχος, αλλά οι ασθενείς που υποφέρουν από άγχος δεν είναι όλοι καταθλιπτικοί. Αυτό το γεγονός σημαίνει, ότι συγκεκριμένα βασικά συμπτώματα της Κατάθλιψης δεν αποτελούν συμπτώματα του άγχους και συνεπώς αποτελούν τα «ειδικά» χαρακτηριστικά της Κατάθλιψης. Αυτά τα βασικά συμπτώματα είναι η ανικανότητα να νιώσει το άτομο ευχαρίστηση (ανηδονία) και μια καταθλιπτική επιβράδυνση των κινητικών και γνωστικών λειτουργιών του ατόμου έως το σημείο να γίνονται με εξαιρετική δυσκολία και προσπάθεια. Το γνωσιακό περιεχόμενο (οι σκέψεις δηλαδή του ατόμου) είναι συνήθως περισσότερο αρνητικό στα καταθλιπτικά άτομα απ' ό,τι στα αγχώδη. (Barlow D. H. & Durand V.M. , 2η Έκδοση, Ά Τόμος, μτφρ. Μπαρπάτση Μ., 2002).

Πίνακας 5: Ιδιαίτερα και κοινά συμπτώματα Κατάθλιψης και άγχους

Συμπτώματα ιδιαίτερα της Κατάθλιψης	Συμπτώματα ιδιαίτερα του Άγχους	Κοινά συμπτώματα Κατάθλιψης και Άγχους
<p>Διάθεσης</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>§ Έντονη θλίψη και απελπισία</li> <li>§ Χαμηλό θετικό συναίσθημα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>§ Έντονος φόβος και ένταση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>§ Αρνητικό συναίσθημα</li> <li>§ Κλάμα</li> <li>§ Ευερεθιστότητα</li> </ul>
<p>Γνωστικά</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>§ Αισθήματα έλλειψης ελπίδας</li> <li>§ Αίσθημα απώλειας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>§ Αίσθηση κινδύνου και απειλής</li> <li>§ Αβεβαιότητα</li> <li>§ Υπερεργήγορη</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>§ Αισθήματα έλλειψης βοήθειας</li> <li>§ Επαναλαμβανόμενες σκέψεις και ψυχαναγκασμοί</li> <li>§ Ανησυχία</li> <li>§ Χαμηλή αυτοπεποίθηση</li> <li>§ Αρνητική αυτοεκτίμηση</li> <li>§ Αρνητική αυτοκριτική</li> <li>§ Ενασχόληση με τον εαυτό</li> <li>§ Αναποφασιστικότητα</li> <li>§ Μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης</li> </ul>
<p>Συμπεριφορικά</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>§ Ψυχοκινητική επιβράδυνση</li> <li>§ Ανηδονία</li> <li>§ Απώλεια ενδιαφέροντος</li> <li>§ Αυτοκτονικός ιδεασμός και ενέργειες</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>§ Αυξημένη δραστηριότητα</li> <li>§ Συμπεριφορική διέγερση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>§ Μειωμένη δραστηριότητα</li> <li>§ Μειωμένη έναρξη αντιδράσεων</li> <li>§ Μειωμένη ενέργεια</li> <li>§ Συμπεριφορική αποδιοργάνωση και ελλειμματική απόδοση</li> <li>§ Αυξημένη εξάρτηση</li> <li>§ Ανεπαρκείς κοινωνικές δεξιότητες</li> </ul>
<p>Οργανικά</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>§ Μειωμένη διεγερσιμότητα συμπαθητικού συστήματος</li> <li>§ Μειωμένη όρεξη</li> <li>§ Μειωμένη σεξουαλική επιθυμία</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>§ Αυξημένη διεγερσιμότητα του συμπαθητικού συστήματος</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>§ Ανήσυχος ύπνος</li> <li>§ Δυσκολία στην έναρξη του ύπνου</li> <li>§ Επεισόδια πανικού</li> </ul>

Πηγή: Κλεφτάρας Γ., Αθήνα, 1998

Σε αντίθεση με το αμερικάνικο DSM, το ICD-10 του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας περιλαμβάνει στις ταξινομήσεις του, μια κατηγορία που ονομάζεται «Μεικτή αγχώδης και Καταθλιπτική Διαταραχή» και χαρακτηρίζεται τόσο από συμπτώματα Κατάθλιψης όσο και άγχους. Η ύπαρξη μιας τέτοιας κατηγορίας είναι σημαντική, γιατί τα άτομα που παρουσιάζουν και τους δύο τύπους συμπτωμάτων, χωρίς όμως να πληρούν τα κριτήρια ξεχωριστά για Κατάθλιψη ή άγχος, μπορούν έτσι να διαγνωστούν και κατά συνέπεια να δεχτούν μια κατάλληλη θεραπεία (Κλεφτάρας Γ., Αθήνα, 1998).

Γενικά και συνοψίζοντας, το άγχος και η Κατάθλιψη συχνά μπορεί να μοιράζονται μια κοινή, γενετικά καθορισμένη βιολογική ευαλωτότητα, που μπορεί να περιγραφεί μια υπερβολική νευροβιολογική αντίδραση σε στρεσογόνα γεγονότα της ζωής. Και πάλι αυτή η ευαλωτότητα είναι μία γενική τάση του ατόμου να εμφανίσει κάποια στιγμή στη ζωή του Κατάθλιψη ή άγχος και όχι μια έκδηλη ευαλωτότητα στο άγχος ή τη Κατάθλιψη. Υπάρχουν αρκετά στοιχεία, κατά τον Barlow & Durand (2002), που υποδεικνύουν ότι τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής προηγούνται της έναρξης της Κατάθλιψης στις περισσότερες, τουλάχιστον, περιπτώσεις (Barlow D. H. & Durand V.M. , 2η Έκδοση, Ά Τόμος, μτφρ. Μπαρπάτση Μ., 2002).

Καθώς το άγχος βιώνεται ψυχολογικά ως συναίσθημα, είναι χρήσιμο για την κατανόησή του να αναφερθεί ένα άλλο παρόμοιο συναίσθημα που είναι ο φόβος .

Ο φόβος, είναι η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση, που δημιουργείται ως απάντηση σε εξωτερικό πραγματικό κίνδυνο ή απειλή, και γίνεται αντιληπτός συνειδητά. Ο φόβος περιλαμβάνει τόσο υποκειμενική αίσθηση φόβου (ψυχολογική διάσταση), όσο και φυσιολογικές μεταβολές που είναι κυρίως επιτάχυνση του καρδιακού ρυθμού, επιτάχυνση της αναπνοής, τρόμος των μυών και ανακατανομή του αίματος από το δέρμα και τα σπλάχνα στους μεγάλους μυς (φυσιολογική διάσταση). Οι μεταβολές αυτές προετοιμάζουν το σώμα για μυϊκή δραστηριότητα (πάλη ή φυγή) που μπορεί να είναι απαραίτητη ως απάντηση στην απειλή.

Το άγχος, αντίθετα είναι η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αισθήματα τάσης, φόβου ή ακόμη και τρόμου σαν απάντηση σε κίνδυνο του οποίου η πηγή είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη ή

μη αναγνωρίσιμη. Όπως και ο φόβος, έτσι και το άγχος εκτός της ψυχολογικής διάστασης της τάσης φόβου και τρόμου, συνοδεύεται από διέγερση του νευρικού συστήματος που εκδηλώνεται με ιδρώτα, ταχυκαρδία, τρόμο, επιτάχυνση της αναπνοής και γαστρεντερική δυσφορία (φυσιολογική διάσταση). Σε αντίθεση, όμως, με τον φόβο η πηγή του άγχους είτε είναι άγνωστη είτε έχει ελάχιστη ένταση σε σύγκριση με την ένταση φυσιολογικής και συναισθηματικής (ψυχολογικής) αντίδρασης που προκαλεί.

Τόσο κλινικές μελέτες όσο και πρόσφατα σχετικές έρευνες, όπως υποστηρίζει ο Κλεφτάρας (1998), δείχνουν ότι η μείζων Κατάθλιψη έχει μεγάλη συννοσηρότητα με τις αγχώδεις διαταραχές και πιο συγκεκριμένα με τη Ψυχαναγκαστική - Καταναγκαστική Διαταραχή, τη Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή και τη Διαταραχή Πανικού (Κλεφτάρας Γ., Αθήνα, 1998).

### 2.2.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Για την πρόκληση των αγχωδών διαταραχών έχουν ενοχοποιηθεί συγκεκριμένοι παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι αναγράφονται στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 6 - Παράγοντες πρόκλησης αγχωδών διαταραχών

Παράγοντες κινδύνου πρόκλησης αγχωδών διαταραχών	
§	<b>Ηλικία:</b> Νεότερες ηλικίες
§	<b>Φύλο:</b> Γυναίκες
§	<b>Γενετική:</b> Για ορισμένες διαταραχές
§	<b>Τόπος μόνιμης κατοικίας:</b> Μεγάλες αστικές περιοχές
§	<b>Κοινωνική τάξη:</b> Κατώτερη
§	<b>Προνοσηρή προσωπικότητα:</b> Ναι, για ορισμένες διαταραχές
§	<b>Στρες γεγονός:</b> Ναι
§	<b>Κινητικότητα:</b> Ναι

Πηγή: Μαδιανός Μ.Γ., Αθήνα, 2006



#### **2.2.4 ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΤΩΝ ΑΓΧΩΔΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ**

Ενοχοποιούνται ασυνείδητοι μηχανισμοί και παρορμήσεις, όπως π.χ. απειλή επιθετικότητας, που στο ασυνείδητο επίπεδο προκαλούν άγχος, αμυντικοί αγχολυτικοί μηχανισμοί, π.χ. η μετάθεση (*displacement*), που προκαλεί φοβία και αντισταθμιστική συμπτωματολογία, ματαιώση, απώθηση, ενώ αναπτύσσονται σχέσης επιθετικότητας-εξάρτησης (Μαδιανός Μ.Γ., Αθήνα, 2006).

#### **2.2.5 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΓΧΩΔΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ**

Παρακάτω αναφέρονται και αναλύονται, μερικές από τις αγχώδεις διαταραχές, με γνώμονα τη βαρύτητα της αυτοκαταστροφικότητας όπου και εμπεριέχουν.

##### **2.2.5.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΨΥΧΟΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΣΤΡΕΣ**

Η Διαταραχή Μετά Από Ψυχοτραυματικό Στρες (ΔΜΨΣ) αναπτύσσεται σε άτομα που τους έχει συμβεί ένα ακραίο τραυματικό γεγονός, το οποίο περιλαμβάνει το να βιώσει κανείς, να γίνει μάρτυρας ή να έρθει αντιμέτωπος με πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο, με σοβαρό τραυματισμό ή με απειλή της σωματικής ακεραιότητας της δικιάς του ή των άλλων. Τα τρία βασικά χαρακτηριστικά της ΔΜΨΣ είναι:

- § *Η αναβίωση του τραύματος* μέσα από όνειρα ή επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις του συμβάντος που εισβάλλουν και ταράζουν το άτομο,
- § *Ένα συναισθηματικό μούδιασμα* και μια αίσθηση απομάκρυνσης / αποστασιοποίησης και αποξένωσης από τους άλλους, και
- § *Συμπτώματα διέγερσης* του αυτόνομου νευρικού συστήματος όπως ευερεθιστότητα και αυξημένη αντίδραση ξαφνιάσματος.

Τραυματικά γεγονότα, που το άτομο τα βιώνει άμεσα, μπορεί να είναι πολεμικές μάχες, βίαιες επιθέσεις (σεξουαλικές, σωματικές, ληστείες),

απαγωγές, ομηρία, τρομοκρατικές επιθέσεις, βασανιστήρια, φυλακίσεις ή στρατόπεδα συγκεντρώσεως, φυσικές ή τεχνητές καταστροφές, σοβαρά αυτοκινητιστικά ατυχήματα ή η διάγνωση μιας θανατηφόρας αρρώστιας. (Στα παιδιά, ακόμη και αναπτυξιακά απρόσφορες σεξουαλικές εμπειρίες χωρίς βία, τραυματισμό ή απειλή).

Τραυματικά γεγονότα, στα οποία το άτομο μπορεί να ήταν μάρτυρας, όπως το να δει έναν σοβαρό τραυματισμό ή θάνατο ενός ατόμου που να προήλθε από βίαια επίθεση, ατύχημα, πόλεμο ή φυσική καταστροφή, ή να δει ξαφνικά ένα νεκρό ή μέλη νεκρού ατόμου.

Τραυματικά γεγονότα, που τα βίωσαν άλλοι και για τα οποία έμαθε το άτομο, μπορεί να είναι βίαιες επιθέσεις, σοβαρά ατυχήματα ή σοβαροί τραυματισμοί κάποιου μέλους της οικογένειας ή κάποιου στενού φίλου, ο ξαφνικός θάνατος ενός μέλους της οικογένειας ή ενός στενού φίλου, η πληροφόρηση ότι π.χ. το παιδί του έχει μια θανατηφόρο αρρώστια. Ίσως η Διαταραχή μετά από Ψυχοτραυματικό Στρες, είναι πιο σοβαρή όταν το τραυματικό γεγονός προέρχεται από ανθρώπινο σχεδιασμό (π.χ. βασανιστήρια, βιασμοί) (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

#### 2.2.5.1.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

- **Ειδικά μετατραυματικά συμπτώματα** που σχετίζονται με την αντίδραση τρόμου, φρίκης.
  - ü *Συγκινησιακές εξάρσεις*: κρίσεις μυϊκού τρόμου, κρίσεις κλάματος, μερικές φορές άτακτη κινητική διέγερση ή επιθετικές αντιδράσεις. Υπερευαίσθησία στα οπτικά, στα ακπικά και κυρίως στα ακουστικά ερεθίσματα (αντίδραση ξαφνιάσματος: το άτομο αναπηδά με το παραμικρό ερέθισμα).
  - ü *Αναστολή των λειτουργιών του Εγώ*, που μπορεί να φθάσει μέχρι ακινητοποίηση ή και εμβροντησία (απολίθωση). Απάθεια και ασθένεια συνοδευμένες από απώλεια των σεξουαλικών και συναισθηματικών ενδιαφερόντων.
  - ü *Επαναλαμβανόμενα συμπτώματα* που παρατηρούνται:

- ο κατά την εγρήγορση: συνειδητοί ιδεομηρυκασμοί, κρίσεις οργής, χειρονομίες άμυνας ή επίθεσης που μοιάζουν με μουςπασμούς (tics).
- ο Στα όνειρα: εφιάλτες, κατά τους οποίους το άτομο ξαναζεί με δραματικό τρόπο το τραυματικό συμβάν.
- **Μη ειδικά συμπτώματα** που εγκαθίστανται σχετικά γρήγορα.
  - ο *Λειτουργικές διαταραχές*: κόπωση, άλγη, αίσθηση θωρακικής σύσφιξης, νευροφυτική δυστονία, γαστρεντερικά συμπτώματα.
  - ü *Επεισόδια υστερικής μετατροπής*, τα οποία το άτομο αντιμετωπίζει με μεγάλη αδιαφορία. Κρίσεις, σπασμοί, αστασία-αβασία, τύφλωση, μυϊκός τρόμος.
  - ü *Κατάθλιψη* ενυπάρχει συχνά, αλλά συγκαλύπτεται από πιο εκφραστικά συμπτώματα. Εκδηλώνεται με αδυναμία, κλείσιμο στον εαυτό, αίσθηση αυτό-υποτίμησης, ενοχή, αϋπνία, ανορεξία.
  - ü *Φοβίες* αντικειμένων ή καταστάσεων που έχουν σχέση με την τραυματική εμπειρία, φοβίες χώρων ή φοβίες των μέσων συγκοινωνίας.
  - ü *Αναδιοργάνωση της Προσωπικότητας*, η οποία κινητοποιεί τους μηχανισμούς παλινδρόμησης, σωματοποίησης και προβολής.

Συχνά τα άτομα με Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες, έχουν και άλλα σύννοθα συμπτώματα, ιδιαίτερα αν το τραυματικό γεγονός είχε διαπροσωπική υφή (π.χ. σεξουαλική ή σωματική κακοποίηση, ομηρία, βασανισμός, αιχμαλωσία πολέμου ή σε στρατόπεδο συγκεντρώσεως κλπ.). Τέτοια είναι αισθήματα ενοχής (που επέζησε), αυτοκαταστροφική και παρορμητική συμπεριφορά, διασχιστικά συμπτώματα, αισθήματα ντροπής, εχθρικότητα, κοινωνική απόσυρση, σωματικά ενοχλήματα κ.ά. (Lempriere T., Feline A. & συνεργ., 1995).

#### 2.2.5.1.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Οποσδήποτε το βασικό αιτιολογικό γεγονός που οδηγεί στη Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες, είναι το στρεσογόνο τραύμα. Καθώς, όμως, δεν παθαίνουν Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες όλα τα άτομα που

βιώνουν ένα μείζον τραυματικό γεγονός, θα πρέπει να συμβάλλουν και άλλοι παράγοντες. Ως τέτοιοι θεωρούνται η ηλικία του ατόμου (τα παιδιά π.χ. είναι πιο ευάλωτα), ιστορικό προϋπάρχουσας ψυχικής Διαταραχής, ανεπαρκή ή αρνητικά κοινωνικά στηρίγματα, οικογενειακό ιστορικό (θετικό για Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες), εμπειρίες της παιδικής ηλικίας, η προσωπικότητα του ατόμου και κυρίως η βαρύτητα και διάρκεια του τραυματικού γεγονότος και η εγγύτητα του ατόμου προς αυτό (όσο πιο μεγάλες είναι τόσο πιο μεγάλη η πιθανότητα ανάπτυξης Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες). Έτσι, Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες μπορεί να αναπτυχθεί σε άτομα που δεν έχουν κανένα άλλο προδιαθεσικό γνώρισμα, εφόσον το στρεσογόνο γεγονός είναι ακραίου βαθμού (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

#### **2.2.5.1.3 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ**

Επιπλοκές της Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες μπορεί να είναι βίαιες επιθέσεις του ατόμου, η αυτοκτονία, κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ουσιών και συζυγικές διαμάχες, διαζύγια ή απώλεια της εργασίας (λόγω της φοβικής αποφυγής καταστάσεων ή δραστηριοτήτων που μοιάζουν ή συμβολίζουν το αρχικό τραύμα) (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

#### **2.2.5.2 ΙΔΕΟΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ**

Η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή (ΙΨΔ) ή αλλιώς Ψυχαναγκαστική – Καταναγκαστική Διαταραχή, που ανήκει στις αγχώδεις διαταραχές, είναι μια κατάσταση που μερικές φορές μπορεί να είναι αρκετά σοβαρή και να επιμένει για χρόνια. Το άτομο που πάσχει από Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή παγιδεύεται από μια σειρά επαναληπτικών σκέψεων (ιδεοληψίες - obsessions) και συμπεριφορών (ψυχαναγκασμοί - compulsions), που αν και δίχως νόημα ακόμη και για τον ίδιο τον πάσχοντα, προκαλούν μεγάλη δυσφορία και είναι πολύ δύσκολο να ξεπεραστούν (Σκαπινάκης Π., stress.gr).

**A. Ιδεοληψίες (Obsessions):** Οι Ιδεοληψίες, ή αλλιώς Ψυχαναγκασμοί, είναι επίμονες ιδέες, σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες που το άτομο τις βιώνει ως εισβολή και ως ακατάλληλες και που του προκαλούν έντονο άγχος και δυσφορία (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

Οι Ιδεοληψίες είναι ανεπιθύμητες σκέψεις, εικόνες ή παρορμήσεις οι οποίες «εισβάλλουν» επαναληπτικά και επίμονα στο μυαλό του πάσχοντα από Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή, χωρίς ο ίδιος να το θέλει. Οι σκέψεις αυτές είναι συνήθως ξένες προς την προσωπικότητα του πάσχοντα (προκαλούν με άλλα λόγια κατάπληξη ακόμη και στον ίδιο «*πώς μπορώ εγώ να σκέφτομαι κάτι τέτοιο;*»), έχουν δυσάρεστο περιεχόμενο, και πάντα προκαλούν δυσφορία. Ωστόσο το άτομο με Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή πάντα τις αναγνωρίζει ως προϊόν της δικιάς του σκέψης, ακόμη και αν δεν συμφωνεί μαζί τους. Τέλος, το άτομο προσπαθεί να αντισταθεί σε αυτές τις σκέψεις και να τις διώξει από το μυαλό του, χωρίς όμως επιτυχία πάντα.

Το πιο συχνό θέμα των Ιδεοληψιών αφορά πιθανή μόλυνση. Στην περίπτωση αυτή, και η αμυδρά πιθανότητα για την ύπαρξη μικροβίων στο περιβάλλον ή ακόμη και απλώς η παρουσία βρώμας δημιουργεί στο άτομο μια υπερβολική αίσθηση απειλής και μια ακατανίκητη τάση να μειώσει την παρουσία αυτών των μολυσματικών πηγών. Το άτομο μπορεί να φοβάται ότι θα κολλήσει από το πάτωμα του σπιτιού του, τα πόμολα, τα τραπέζια, ακόμη και από τις απλές κοινωνικές επαφές.

Άλλο συχνό θέμα είναι αυτό που αφορά σκέψεις αμφιβολίας που φτάνει σε παθολογικά επίπεδα, π.χ. το άτομο μπορεί να αμφιβάλλει για το αν έκλεισε την βρύση, τον θερμοσίφωνα, το μάτι της κουζίνας και γενικά αμφιβολία για πράγματα που θα μπορούσαν δυνητικά να βλάψουν τον εαυτό ή τους άλλους. Άλλα συχνά θέματα Ιδεοληψιών αποτελούν επίσης τα εξής: ανάγκη για συμμετρία και τάξη (π.χ. «*τα πράγματα δεν είναι σωστά τακτοποιημένα στο τραπέζι*»), επιθετικές και σεξουαλικές σκέψεις / παρορμήσεις, σκόρπιες λέξεις / φράσεις που επαναλαμβάνονται χωρίς λόγο, μεταφυσικά θέματα, η θεωρητική / ψευδοφιλοσοφική συζήτηση με τον εαυτό για διάφορα θέματα συνήθως άλυτα που ονομάζεται ιδεομηρυκασμός (π.χ. «*Ποιο να είναι το νόημα της ζωής;*», «*Πώς να είναι άραγε ο θεός;*» αλλά και πιο πεζά θέματα, όπως «*Ποιο να είναι το όνομα του τάδε;*» κλπ.) (Σκαπινάκης Π., stress.gr).

**B. Ψυχαναγκασμοί (Compulsions):** Οι Καταναγκασμοί, είναι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές ή νοητικές πράξεις τις οποίες το άτομο νιώθει αναγκασμένο να τις εκτελέσει ως απάντηση σε ένα Ψυχαναγκασμό ή σύμφωνα με κανόνες που πρέπει να τηρηθούν αυστηρά. Οι καταναγκασμοί δεν γίνονται για ευχαρίστηση, αλλά για να ανακουφίσουν το άγχος που των ψυχαναγκασμών τους (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

Οι περισσότεροι άνθρωποι με ΙΨΔ προσπαθούν να εξουδετερώσουν το άγχος που συνδέεται με τις ιδεοληψίες τους με διάφορες επαναληπτικές και επίμονες πράξεις / συμπεριφορές που ονομάζονται Ψυχαναγκασμοί ή Καταναγκασμοί. Οι Ψυχαναγκασμοί ποτέ δεν προκαλούν από μόνοι τους ευχαρίστηση (όπως π.χ. συμβαίνει όταν ο χαρτοπαίκτης παίζει χαρτιά). Το άτομο όμως νιώθει αναγκασμένο να κάνει την ψυχαναγκαστική πράξη γιατί έτσι θα του φύγει το άγχος που του έχει προκαλέσει η Ιδεοληψία. Χαρακτηριστικά, οι Καταναγκασμοί απαιτούν πολύ χρόνο, πράγμα που τους διαχωρίζει από τις φυσιολογικές επαναληπτικές συμπεριφορές.

Συνήθως, συγκεκριμένοι τύποι ιδεοληψιών ακολουθούνται από συγκεκριμένου τύπου Ψυχαναγκασμούς. Έτσι οι Ιδεοληψίες μόλυνσης συνήθως συνοδεύονται από ψυχαναγκαστικό πλύσιμο π.χ. των χεριών. Αυτό μπορεί να παίρνει τόση διάρκεια που το άτομο να παθαίνει τοξικές δερματίτιδες και τα χέρια του να είναι κόκκινα και ερεθισμένα. Οι Ιδεοληψίες αμφιβολίας συνοδεύονται από ψυχαναγκασμούς ελέγχου. Έτσι το άτομο ελέγχει εάν έκλεισε το μάτι της κουζίνας, τον θερμοσίφωνα, σε αντίθεση όμως με τον φυσιολογικό έλεγχο, ο ψυχαναγκαστικός έλεγχος παίρνει πολύ χρόνο, π.χ. το άτομο μπορεί να χρειάζεται να ελέγξει αρκετές φορές ότι έκλεισε την πόρτα πριν φύγει. Άλλοι συχνοί Ψυχαναγκασμοί είναι οι εξής: Μέτρηση (που πολλές φορές συνοδεύει άλλους καταναγκασμούς όπως το πλύσιμο των χεριών), επανάληψη συγκεκριμένων λέξεων ή φράσεων, συχνές ερωτήσεις επιβεβαίωσης προς τους άλλους ή ανάγκη για εξομολόγηση, Ψυχαναγκασμοί τάξης και συμμετρίας, η Ψυχαναγκαστική φύλαξη άχρηστων αντικειμένων κλπ. Κάποιοι πάσχοντες από Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή έχουν έναν συγκεκριμένο τύπο Καταναγκασμού. Άλλοι όμως έχουν πολλαπλούς Καταναγκασμούς που μπορεί να εναλλάσσονται με την πάροδο του χρόνου.

Κοινό στοιχείο όλων των Ψυχαναγκασμών είναι ότι η σύνδεσή τους με την Ιδεοληψία που υποτίθεται ότι προσπαθούν να εξουδετερώσουν,

είναι πολύ χαλαρή. Έτσι, ένα άτομο μπορεί να έχει την Ιδεοληψία «Μπορεί να κόλλησα AIDS από την βρωμιά στο πάτωμα» και να απαντά στο άγχος αυτής της σκέψης με εντατικό πλύσιμο των χεριών, αν και γνωρίζει ότι ο ιός του AIDS ούτε κολλά από το πάτωμα, ούτε φεύγει με το πλύσιμο. Επίσης, ο πάσχων από Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή γνωρίζει ότι δεν χρειάζεται να ελέγξει άπειρες φορές τον θερμοσίφωνα, νιώθει αναγκασμένος όμως να το κάνει γιατί αλλιώς πιστεύει ότι δεν θα του φύγει το άγχος (Σκαπινάκης Π., stress.gr).

#### 2.2.5.2.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

Οι πάσχοντες έχουν πλήρη αίσθηση της πραγματικότητας, γνωρίζουν την ματαιότητα αυτών που σκέφτονται και κάνουν, είναι όμως παγιδευμένοι στα δίκτυα μίας αρρώστιας που σε πολλές περιπτώσεις δεν γνωρίζουν ούτε την ύπαρξή της.

**Αντίσταση:** Όπως αναφέρθηκε οι περισσότεροι πάσχοντες από Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή προσπαθούν να αντισταθούν στις σκέψεις τους και να τις απομακρύνουν από το μυαλό τους. Το ίδιο συμβαίνει και με τους Καταναγκασμούς στους οποίους προσπαθούν να μην ενδώσουν. Αρκετοί είναι σε θέση να ελέγχουν τα συμπτώματά τους κατά τις ώρες της δουλειάς τους ή το σχολείο, ή όταν είναι έξω από το σπίτι. Αλλά με την πάροδο των μηνών και των ετών η αντίσταση μπορεί να μειώνεται και όταν συμβαίνει αυτό η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή μπορεί να γίνεται πιο εμφανής και πιο σοβαρή. Σε σοβαρές περιπτώσεις που ευτυχώς είναι λίγες, η κατανάλωση χρόνου στις καταναγκαστικές πράξεις μπορεί να είναι τόσο μεγάλη που ο πάσχων δεν μπορεί να συνεχίσει τις άλλες δραστηριότητές του (Σκαπινάκης Π., stress.gr).

**Αναποφασιστικότητα:** Η λήψη αποφάσεων αναβάλλεται εξαιτίας ενός περισσότερο ή λιγότερο συνειδητού φόβου διάπραξης ενός λάθους. Συχνά, αυτή η αναποφασιστικότητα ξεπερνά την επιφυλακτικότητα, την εύλογη άρνηση λήψης επιπόλαιων αποφάσεων (Lamagnere F., Αθήνα, 1998).

**Ντροπή και Μυστικότητα:** Οι πάσχοντες από Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή συχνά προσπαθούν να αποκρύψουν την Διαταραχή τους αντί να

αναζητήσουν θεραπεία. Αρκετές φορές έτσι κατορθώνουν με επιτυχία να κρύψουν τα συμπτώματά τους από την οικογένειά τους, τους φίλους τους ή τους συναδέλφους τους. Μια ατυχής συνέπεια αυτής της μυστικότητας είναι και το γεγονός ότι πολλοί πάσχοντες δεν παίρνουν την κατάλληλη ιατρική βοήθεια, παρά μόνο αφού περάσουν πολλά χρόνια από την έναρξη της Διαταραχής. Μέχρι τότε μπορεί να έχουν προσαρμόσει την ζωή τους έτσι ώστε να είναι συμβατή με την αρρώστια τους, πληρώνοντας όμως το τίμημα της χαμηλής ποιότητας και των περιορισμών.

**Χρονιότητα:** Η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή συνήθως κρατάει χρόνια, ακόμη και δεκαετίες. Τα συμπτώματα μπορεί να υφεθούν από περίοδο σε περίοδο, και μπορεί να υπάρχουν μεγάλες χρονικές περιόδους που τα συμπτώματα να είναι πολύ ήπια. Παραμένει ωστόσο το γεγονός ότι η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή είναι μία χρόνια Διαταραχή (Σκαπινάκης Π., stress.gr).

**Mania** (τάξη, τελειοθηρία, σχολαστικότητα, υπερβολική καθαριότητα κλπ.): είναι ίσως η πιο γνωστή πλευρά της Καταναγκαστικής Προσωπικότητας. Είναι η μαρτυρία μιας επιθυμίας του ψυχαναγκαστικού για εξουσία, για απόλυτο έλεγχο στον κόσμο που τον περιβάλλει.

Η σχέση της Ψυχαναγκαστικής Προσωπικότητας με τους άλλους είναι ιδιαίτερα ιεραρχημένη και υπακούει εύκολα στο δίπολο επιθετικότητα-υποταγή. Πλήρη υπακοή σε όσους συμβολίζουν την εξουσία (αστυφύλακες, καθηγητές, αφεντικά), επιθετικότητα με τους αδύναμους ή με εκείνους που θεωρεί κατώτερους.

Σε κάποιες εξαιρετικές περιπτώσεις αυτή η επιθετικότητα γίνεται ιδιαίτερα αισθητή. Είναι εμφανής σε όλες τις κοινωνικές σχέσεις (Lamagnere F., Αθήνα, 1998).

Η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή εμφανίζεται σε ένα φάσμα βαρύτητας που εκτείνεται από το μέτριο έως το πολύ σοβαρό, εάν είναι όμως σοβαρή και παραμείνει χωρίς θεραπεία, μπορεί να καταστρέψει την δυνατότητα του ατόμου να λειτουργήσει ικανοποιητικά στην εργασία του, στο σχολείο ή ακόμη και στο σπίτι του (Σκαπινάκης Π., stress.gr).

Η Διαταραχή αυτή είναι εξίσου συχνή σε άντρες και γυναίκες, ενώ η ηλικία έναρξής της είναι συνήθως η εφηβεία ή η πρώιμη ενήλικη ζωή, μπορεί παρόλα αυτά να αρχίσει και κατά τη παιδική ηλικία. Γενικά αρχίζει νωρίτερα στα αγόρια. Η έναρξή της είναι βαθμιαία, σπάνια και απότομη.



Ενώ, οι περισσότεροι ασθενείς έχουν χρόνια πορεία με υφέσεις και εξάρσεις (συχνά μετά από στρες) (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

#### 2.2.5.2.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Για την αιτιολογία της Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής, έχουν προταθεί πολλές θεωρίες - γενετικές, ψυχοδυναμικές, μαθησιακές (συμπεριφορικές), νευροβιολογικές, χωρίς καμιά από μόνη της να είναι αρκετή ώστε να την ερμηνεύσει. Και πάλι το πιθανότερο είναι ότι μόνο κάποιος συνδυασμός ερμηνειών θα μπορέσει να καλύψει όλα τα φαινόμενα της Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής .

Μελέτες σε διδύμους έχουν δείξει μεγαλύτερη συχνότητα Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής στους μονοζυγώτες από ότι στους διζυγώτες. Μελέτες σε οικογένειες έχουν δείξει ότι η συχνότητα της Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής είναι μεγαλύτερη στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων με Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή ή ατόμων με Διαταραχή Tourette, από ότι στον γενικό πληθυσμό.

Για πολλά χρόνια ψυχαναλυτικά προσανατολισμένοι κλινικοί θεωρούσαν ότι η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή, οφείλεται σε καθήλωση του ατόμου στη γεννητική του φάση και παλινδρόμηση στην προηγούμενη της πρωκτική φάση, η οποία χαρακτηρίζεται από έντονη ενασχόληση με θυμό, βρωμιά, από μαγική σκέψη και από αμφιθυμία. Το αποτέλεσμα κατ' αυτούς ήταν η ανάπτυξη ενός έντονα αυστηρού Υπερεγώ και μιας ποικιλίας νευρωτικών αμυντικών μηχανισμών - μόνωσης, αντισταθμιστικής συμπτωματολογίας, ματαιώσης, που στόχο είχαν να ελέγξουν το εσωτερικό άγχος του ατόμου. Αν και τόσο οι Ψυχαναγκασμοί όσο και οι τελετουργικοί Καταναγκασμοί συχνά φαίνονται πλούσιοι σε συμβολισμούς, η ψυχοδυναμική θεραπευτική προσέγγιση δεν μπόρεσε να τους βοηθήσει και έτσι έχει πια μόνο ιστορικό ενδιαφέρον (αυτό, βέβαια, δεν ισχύει για την ψυχοδυναμική θεώρηση και θεραπεία της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής της Προσωπικότητας).

Η μαθησιακή θεωρία πρεσβεύει ότι η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή αναπτύσσεται σε δύο στάδια. Πρώτα το άτομο συνδέει το άγχος με κάποιο ψυχικό γεγονός και κατόπιν εκτελεί κάποια τελετουργία για να

μειώσει το άγχος. Αν ο χειρισμός αυτός λειτουργήσει, τότε ενισχύεται η επανάληψη της τελετουργίας και το αποτέλεσμα είναι μια Καταναγκαστική συμπεριφορά. Αντίστοιχα κάποιες σκέψεις ή εικόνες μπορεί να συνδυασθούν με μείωση του άγχους, οπότε οδηγούν σε καταναγκαστικές νοητικές πράξεις. Αν και τα συμπεριφορικά αυτά μοντέλα της Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής έχουν μικρή εμπειρική υποστήριξη, εντούτοις οι συμπεριφορικές θεραπευτικές τεχνικές έχουν γίνει η βάση της ψυχολογικής θεραπείας της Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής.

Τα τελευταία χρόνια οι έρευνες έχουν επικεντρωθεί στη νευροβιολογία της Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής. Κατ' αρχήν, έχει ήδη παρατηρηθεί ότι Ψυχαναγκαστικά - Καταναγκαστικά συμπτώματα εμφανίζονται με ιδιαίτερη συχνότητα σε νευρολογικές διαταραχές όπως το τραύμα κεφαλής, η επιληψία κλπ.

Επιπλέον, η νευροβιοχημική έρευνα της σεροτονίνης συνδέει τον νευροδιαβιβαστή αυτόν με την Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή. Η σεροτονίνη θεωρείται ότι διαμεσολαβεί συμπεριφορές χαρακτηριζόμενες από παρορμητικότητα, αυτοκτονικότητα, επιθετικότητα και Ψυχαναγκαστικά - Καταναγκαστικά συμπτώματα (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

Σύμφωνα με τον Σκαπινάκη (stress.gr), η παλιά αντίληψη ότι η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή είναι το αποτέλεσμα του τρόπου ανατροφής ή γεγονότων που συνέβησαν κατά την διάρκεια της ζωής, έχει εξασθενήσει πολύ ύστερα από την όλο και αυξανόμενη απόκτηση γνώσεων σχετικών με την συμμετοχή νευροβιολογικών παραγόντων στην αιτιολογία της. Σήμερα πιστεύεται ότι πρωταρχικό ρόλο στην Διαταραχή παίζουν οι βιολογικοί παράγοντες, δεν παραμερίζεται όμως ο τρόπος με τον οποίο ψυχολογικοί παράγοντες συμμετέχουν στην διατήρηση και διαίωσή της. Ο τρόπος με τον οποίο οι νευροβιολογικοί αυτοί παράγοντες αλληλεπιδρούν με άλλους περιβαλλοντικούς παράγοντες καθώς και οι αντίστοιχοι γνωστικοί μηχανισμοί αποτελεί αντικείμενο εντατικής έρευνας.

Η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή μερικές φορές συνοδεύεται από Κατάθλιψη, Διαταραχές Σίτισης, Διαταραχές Κατάχρησης Ουσιών, Διαταραχές Προσωπικότητας ή άλλες Αγχώδεις Διαταραχές. Επίσης, γνωστή είναι και η σχέση της με διαταραχές που έχουν ως σύμπτωμά τους τα τικ (όπως το σύνδρομο Tourette), με την υποχονδρίαση καθώς και με την

Σωματοδυσμορφική Διαταραχή. Ένα άτομο έχει *Διαταραχή σωματικής Δυσμορφίας* όταν ασχολείται με εμμονή με ένα πραγματικό ή φανταστικό ελάττωμα στο σώμα του. Τα άτομα με τη Διαταραχή αυτή, αναλώνονται τόσο πολύ με την εμφάνισή τους που δυσκολεύονται τελικά να λειτουργήσουν και πολλά αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν. Η Διαταραχή αυτή συχνά συνοδεύεται από Κατάθλιψη. Οι συνυπάρχουσες διαταραχές μπορεί να δυσκολέψουν τόσο την σωστή διάγνωση της Ιδιοψυχαναγκαστικής Διαταραχής όσο και την θεραπεία της (Σκαπινάκης Π., stress.gr).

### 2.2.5.3 ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗ ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Το βασικό χαρακτηριστικό της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής είναι υπερβολικό άγχος, στενοχώρια και ανησυχία που το άτομο δυσκολεύεται πολύ να ελέγξει, χωρίς τα ειδικά συμπτώματα που χαρακτηρίζουν τις Φοβίες, τη Διαταραχή Πανικού ή την Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή.

Οι ασθενείς με Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή, συνήθως ανησυχούν υπερβολικά για καθημερινά προβλήματα της ζωής, όπως η δουλειά, τα οικονομικά, η υγεία των μελών της οικογένειας, οι σχέσεις τους, τα προβλήματα του αυτοκινήτου κτλ. Παιδιά με Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή, ανησυχούν πολύ για τις ικανότητες τους και για το πώς τα πάνε στο σχολείο ή στα σπορ. Ακόμη, τα παιδιά μπορεί να ανησυχούν για φυσικές καταστροφές ή για τον πυρηνικό πόλεμο και να εμφανίζονται χωρίς αυτοπεποίθηση, επιδιώκοντας συνεχώς επιδοκίμασία και ενθάρρυνση (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

Οι αγχώδεις διαταραχές μπορεί να συνυπάρξουν τόσο με την Κατάθλιψη, όσο και μεταξύ τους. Η Διαταραχή πανικού, μπορεί να συνοδεύεται από αγοραφοβία. Η Διαταραχή πανικού, μπορεί επίσης να προκαλείται, στο πλαίσιο φοβικών καταστάσεων, όπως π.χ. ειδική φοβία, κοινωνική φοβία κλπ. (Μαδιανός Μ.Γ., Αθήνα, 2006).

## 2.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΙΤΙΣΗΣ

Είναι πολύ σημαντικό να αναφερθεί, ότι ένα ποσοστό της τάξεως του 50-75% των ατόμων με νευρική ανορεξία ή νευρική βουλιμία, έχουν ιστορικό Κατάθλιψης, ενώ πάνω από το 50% των ατόμων με Διαταραχή υπερβολικής σίτισης παρουσιάζουν συμπτώματα Κατάθλιψης. Τα άτομα με Διατροφικές Διαταραχές μπορεί να έχουν γενετική τάση προς τη Διαταραχή, τη Κατάθλιψη ή και τα δύο (Kramlinger K., μτφρ. Ελιασά Χ., 2004).

Οι Διαταραχές στην Πρόσληψη Τροφής έχουν συγκεντρώσει μεγάλο ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια. Ένας συνεχώς αυξανόμενος αριθμός, κυρίως γυναικών, αναφέρει έντονα προβλήματα στη συμπεριφορά τους σχετικά με το φαγητό. Δύο κλινικά σύνδρομα φαίνεται να προεξάρχουν στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή, η *Ψυχογενής Ανορεξία* και η *Ψυχογενής Βουλιμία*. Αν και αυτές οι διαταραχές περιγράφονται σαν Πρωτογενείς - δηλ. ότι δεν είναι το αποτέλεσμα κάποιας σωματικής νόσου - πρέπει να σημειωθεί ότι πολλοί ασθενείς με ανορεξία ή βουλιμία μπορεί να έχουν και άλλες ψυχικές διαταραχές, ψυχώσεις, «νευρώσεις» και κυρίως Διαταραχές Προσωπικότητας.

Για αυτό όταν κανείς συναντά άτομα που αναφέρουν προβλήματα σχετικά με την πρόσληψη τροφής, όπως επεισόδια υπερφαγίας και εμετό ή που η δίαιτα τους τα φθάνει σε απίσχνανση, θα πρέπει να ψάχνει προσεκτικά για υποκείμενες άλλες διαταραχές πριν αποφασίσει ότι η Διαταραχή στην Πρόσληψη Τροφής είναι ένα μεμονωμένο πρόβλημα.

Σημειώνεται, ότι η παχυσαρκία δεν ανήκει στις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής και δεν αποτελεί γενικά Ψυχική Διαταραχή, εκτός αν ψυχολογικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην αιτιολογία της, οπότε τότε διαγνωστικά συνδέεται με ψυχολογικούς παράγοντες που επηρεάζουν την (Γενική) Ιατρική Κατάσταση.

Πίνακας 7– Συνέπειες της Ανορεξίας και της Βουλιμίας

ΠΕΙΝΑ	ΕΜΕΤΟΣ	ΚΑΘΑΡΤΙΚΑ
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Διακοπτόμενος ύπνος</li> <li>• Δυσκοιλιότητα</li> <li>• Δυσκολία στη συγκέντρωση ή στην προσοχή</li> <li>• Κατάθλιψη</li> <li>• Αίσθημα κρύου</li> <li>• Απώλεια οστικής μάζας</li> <li>• Μυϊκή Αδυναμία - χρειάζεται να καταβάλει προσπάθεια για να κάνει οτιδήποτε</li> <li>• Θάνατος</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Το στομαχικό οξύ διαλύει το σμάλτο των δοντιών</li> <li>• Πρησμένο πρόσωπο (εξαιτίας των ερεθισμένων σιελογόνων αδένων)</li> <li>• Καρδιακή αρρυθμία</li> <li>• Μυϊκή αδυναμία</li> <li>• Βλάβη στα νεφρά</li> <li>• Επιληπτικές κρίσεις</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Επίμονος στομαχικός πόνος</li> <li>• Πρησμένα δάχτυλα</li> <li>• Βλάβη στους μυς του εντέρου που μπορεί να οδηγήσει σε μακράς διάρκειας δυσκοιλιότητα</li> </ul>

Πηγή: Σκαπινάκης Π., stress.gr

### 2.3.1 ΓΕΝΙΚΗ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Υπάρχουν πολλές διαφορετικές απόψεις σχετικά με τις αιτίες αυτών των δύο διαταραχών και είναι σημαντικό να υπογραμμιστεί ότι δεν ισχύουν όλες για κάθε πάσχοντα:

A) Κοινωνική Πίεση: Σε κοινωνίες που δεν εκτιμούν τη λεπτότητα, οι Διαταραχές της Σίτισης είναι πολύ σπάνιες. Αντίθετα, σε περιβάλλοντα όπως οι σχολές μπαλέτου, όπου η λεπτότητα είναι προσόν, είναι συχνές. Γενικά για τον Δυτικό πολιτισμό, «το λεπτό είναι όμορφο». Η τηλεόραση, οι εφημερίδες και τα περιοδικά είναι γεμάτα από εικόνες γυμνασμένων, ελκυστικών νέων ανδρών και γυναικών. Προβάλλουν δίαιτες που κάνουν «θαύματα», και προγράμματα γυμναστικής για να δώσουν τη δυνατότητα να διαπλαστεί το σώμα σύμφωνα με το πρότυπο αυτών των τεχνιτών, ιδεατών εικόνων, να προσαρμοστεί στη μορφή που τα Μ.Μ.Ε. λένε ότι θα πρέπει να έχει το σώμα. Κατά συνέπεια, σχεδόν όλοι κάνουν δίαιτα σε κάποια στιγμή της ζωής τους. Είναι εύκολο να κατανοηθεί πώς αυτή η

κοινωνική πίεση μπορεί να οδηγήσει κάποιες γυναίκες στο να κάνουν εξαντλητική διαίτα και τελικά να αναπτύξουν ανορεξία.

Β) Έλεγχος: Έχει ειπωθεί ότι η διαίτα είναι μια δραστηριότητα που προκαλεί ευχαρίστηση. Οι περισσότεροι γνωρίζουν το αίσθημα της επιτυχίας, όταν η ζυγαριά δείχνει ότι έχουν χάσει λίγα γραμμάρια. Η αίσθηση ότι έχουν επιτύχει τον έλεγχο μόνοι τους με έναν ξεκάθαρο και ολοφάνερο τρόπο λειτουργεί ενθαρρυντικά. Το επίτευγμα αυτό μπορεί να προσφέρει ιδιαίτερη ικανοποίηση σε κορίτσια που βρίσκονται στην εφηβεία και τα οποία μπορεί να αισθάνονται ότι το βάρος είναι το μόνο πράγμα στη ζωή τους πάνω στο οποίο έχουν πραγματικά τον απόλυτο έλεγχο. Έτσι είναι εύκολο να κατανοήσει κανείς πως το να κάνει διαίτα μπορεί να γίνει αυτοσκοπός μάλλον, παρά απλώς ένας τρόπος για να χάσει κανείς βάρος.

Γ) Εφηβεία: Ένα κορίτσι με ανορεξία μπορεί να χάσει ή να μην αναπτύξει πλήρως κάποια από τα σωματικά χαρακτηριστικά μιας ενήλικης γυναίκας όπως το ηβικό τρίχωμα, στήθος και μηνιαία περίοδο. Συνεπώς, μπορεί να δείχνει πολύ νεότερη από την ηλικία της. Η διαίτα μπορεί επομένως να θεωρηθεί σαν ένας τρόπος να αναβάλλει κάποιες από τις απαιτήσεις της ωρίμανσης, ειδικότερα τις σεξουαλικές. Δυστυχώς, αυτή η κατάσταση παρεμποδίζει την ανάπτυξη προς την ωριμότητα και την αυτοαντίληψη που αποκτά κανείς όταν έρχεται αντιμέτωπος με τα προβλήματα της ανάπτυξης.

Δ) Οικογένεια: Το φαγητό είναι ένα πολύ σημαντικό μέρος της ζωής των ανθρώπων. Δεχόμενο το φαγητό, το άτομο δίνει ικανοποίηση σε όποιον του το προσφέρει, ενώ η άρνηση συνήθως προσβάλλει και δυσαρεστεί. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα μέσα στις οικογένειες. Κάποια παιδιά και έφηβοι φαίνονται να θεωρούν ότι αρνούμενοι το φαγητό είναι ο μόνος τρόπος με τον οποίο μπορούν είτε να εκφράσουν το συναίσθημά τους είτε να ασκήσουν οποιαδήποτε επιρροή στην οικογένεια.

Ε) Κατάθλιψη: Οι περισσότεροι είναι εξοικειωμένοι με την εμπειρία της λήψης τροφής ως μέσο ανακούφισης όταν είναι αναστατωμένοι ή απλώς βαριούνται. Πολλοί πάσχοντες από βουλιμία έχουν καταθλιπτικά συμπτώματα και μπορεί τα φαινόμενα υπερφαγίας να ξεκίνησαν σαν ένας τρόπος να αντιμετωπίσουν το συναίσθημα της δυστυχίας που νιώθουν. Ωστόσο, με το να αισθάνονται ότι είναι φουσκωμένοι από φαγητό, τα

αρνητικά αυτά συναισθήματα γίνονται χειρότερα, ενώ οι εμετοί ή η χρήση καθαρτικών δημιουργεί ένα αίσθημα ενοχής και αθλιότητας.

ΣΤ) Αναστάτωση: Ο καθένας αντιδρά με διαφορετικό τρόπο στα άσχημα πράγματα που του συμβαίνουν στη ζωή. Σε ορισμένους ανθρώπους, η ανορεξία ή η βουλιμία φαίνεται να προκαλείται εξαιτίας ενός γεγονότος που δημιουργεί αναστάτωση, όπως για παράδειγμα η διάλυση μιας σχέσης. Μερικές φορές δεν χρειάζεται καν να υπάρξει ένα άσχημο γεγονός αλλά ακόμα και ένα γεγονός που απλά είναι σημαντικό, όπως ο γάμος ή η αλλαγή ενός σπιτιού, μπορεί να αποτελέσει την αιτία για την πρόκληση αυτών των διαταραχών (Σκαπινάκης Π., stress.gr).

## **2.3.2 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΙΤΙΣΗΣ**

### **2.3.2.1 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ**

Η Ψυχογενής Ανορεξία (ή νευρογενής ανορεξία - anorexia) είναι ένα σύνδρομο αυτό-επιβαλλόμενης ασιτίας στο οποίο το άτομο με τη θέληση του περιορίζει την πρόσληψη τροφής καθώς φοβάται έντονα μήπως γίνει παχύ. Τα βασικά χαρακτηριστικά της, είναι η άρνηση του ατόμου να διατηρήσει ένα ελάχιστο φυσιολογικό βάρος, έντονος φόβος του ατόμου μήπως γίνει παχύ, διαταραχή στη σωματική εικόνα, σημαντική απώλεια βάρους και αμηνόρροια στις γυναίκες (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Για Νευρική Ανορεξία γίνεται λόγος όταν το άτομο εξαιτίας άρνησης λήψης τροφής παρουσιάζει σε μικρό χρονικό διάστημα υπερβολικό αδυνάτισμα (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

Η Ανορεξία συνήθως ξεκινά στη μέση εφηβική ηλικία, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να ξεκινήσει νωρίτερα στην παιδική ηλικία, ή αργότερα στην δεκαετία των 30 ή 40 ετών. Κορίτσια από οικογένειες επαγγελματιών ή οικογένειες κοινωνικά ισχυρές είναι ίσως πιο πιθανό να αναπτύξουν την πάθηση από ότι τα κορίτσια που προέρχονται από οικογένειες εργατικής τάξης.

Σχεδόν πάντα, η Ανορεξία ξεκινάει με καθημερινή δίαιτα που αποτελεί ένα σημαντικό στοιχείο της εφηβικής ζωής. Περίπου το ½ των

ανορεκτικών έχουν υπάρξει υπέρβαροι πριν ξεκινήσουν τη δίαιτα. Σε αντίθεση με την «φυσιολογική» δίαιτα, που διακόπτεται όταν επιτευχθεί το επιθυμητό βάρος, στην Ανορεξία η δίαιτα και η μείωση του βάρους συνεχίζεται μέχρις ότου η πάσχουσα βρεθεί πολύ κάτω από το φυσιολογικό για την ηλικία της όριο βάρους. Η ελάχιστη ποσότητα θερμίδων που λαμβάνει μπορεί να προέρχεται από τα φρούτα, τα λαχανικά και τις σαλάτες που τρώει.

Επίσης, το άτομο συχνά γυμνάζεται έντονα ή παίρνει χάπια αδυνατίσματος για να διατηρήσει το βάρος του σε χαμηλά επίπεδα. Επιπλέον, παρά τη διατροφική συμπεριφορά του, μπορεί να παρουσιάζει ένα υπερβολικό ενδιαφέρον στο να αγοράζει φαγητό και να μαγειρεύει για άλλους (Σκαπινάκης Π., [stress.gr](http://stress.gr)).

Άτομα με τη διαταραχή αυτή λένε ότι «νιώθουν παχιά» όταν το βάρος τους είναι φυσιολογικό ή ακόμα κι όταν έχουν απισχνανθεί, κι αυτό γιατί η απώλεια του βάρους δεν καθησυχάζει τον φόβο τους για την παχυσαρκία. Τα ανορεκτικά άτομα υποφέρουν από μια διαταραγμένη αντίληψη του σώματός τους ολόκληρου και της εξωτερικής τους σωματικής εικόνας, δεν μπορούν να αναγνωρίσουν σωματικές αισθήσεις συμπεριλαμβανόμενου του αισθήματος της πείνας, πιστεύουν ότι το σώμα τους ή διάφορα μέρη του είναι «πολύ παχιά» ακόμα κι όταν είναι κάτω από το φυσιολογικό βάρος.

Βέβαια, η λέξη «ανορεξία» είναι αποπροσανατολιστική. Η Ψυχογενής Ανορεξία δεν είναι Διαταραχή της Όρεξης, γιατί η όρεξη δεν προσβάλλεται παρά μόνον αργά στην πορεία της νόσου. Μάλλον πρόκειται για διαταραχές στην αίσθηση του εαυτού, στην ταυτότητα και στην αυτονομία, για λόγους που ακόμα δεν είναι γνωστοί. Η απώλεια του βάρους συνήθως κατορθώνεται με μείωση της συνολικής ποσότητας τροφής με δυσανάλογη ελάττωση σε τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες και λίπος, με προκλητό εμετό, με χρήση καθαρτικών ή διουρητικών και με εξαντλητική άσκηση.

Διακρίνονται δυο τύποι Ψυχογενούς Ανορεξίας:

**Ο Περιοριστικός Τύπος** χαρακτηρίζει τη Διαταραχή όπου το άτομο επιτυγχάνει την απώλεια βάρους κυρίως με δίαιτα, νηστεία ή υπερβολική άσκηση.

**Ο Τύπος Υπερφαγίας / Κάθαρσης** χαρακτηρίζει τη Διαταραχή όπου η απώλεια βάρους επιτυγχάνεται με προκλητά εμετό, καθαρτικά,



διουρητικά ή ενέματα ύστερα από υπερφαγία ή και λήψη μικρών ποσοτήτων τροφής.

Στην αρχή το περιβάλλον του ανορεκτικού ατόμου δεν αντιλαμβάνεται τίποτα. Απλώς το ανορεκτικό άτομο αρχίζει να αδυνατίζει με κάποια δίαιτα. Προοδευτικά, όμως, καθώς η απώλεια του βάρους προχωρά και η πρόσληψη τροφής συνεχώς ελαττώνεται, συγγενείς και φίλοι αρχίζουν να τρομάζουν καθώς το ανορεκτικό άτομο δηλώνει ότι «πρέπει να χάσει βάρος γιατί είναι παχύ». Όταν, τελικά, το άτομο έρθει στον γιατρό (συνήθως με πίεση από την οικογένεια του), η απώλεια βάρους είναι μεγάλη. Όταν γίνει ακόμα μεγαλύτερη, τότε μπορεί να εμφανισθούν υποθερμία, οίδημα των αστραγάλων, βραδυκαρδία, υπόταση, lanugo (οι τρίχες γίνονται λεπτές και μαλακές όπως του νεογέννητου) και σοβαρές μεταβολικές διαταραχές (ηλεκτρολυτικές διαταραχές κτλ.), κώμα και θάνατος. Η Ψυχογενής Ανορεξία είναι δυνητικά θανατηφόρος νόσος: η θνησιμότητα ξεπερνά το 10% (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

Η σκέψη των ατόμων με νευρική ανορεξία χαρακτηρίζεται από χαμηλή αυτοεκτίμηση κι από μια διαρκή ανάγκη για έλεγχο των καταστάσεων και του εαυτού τους. Όσο πιο πολύ συνειδητοποιούν ότι είναι δύσκολο να ελέγξουν τις καταστάσεις γύρω τους τόσο πιο πολύ θέλουν να ελέγξουν το σώμα τους μέσα από τη δίαιτα και την άσκηση. Πέφτουν σε παγίδες του τύπου «άσπρο-μαύρο» δηλαδή θεωρούν ότι κάποιος είτε θα είναι αδύνατος και όμορφος, είτε χοντρός και άσχημος χωρίς κανένα ενδιάμεσο στάδιο. Επίσης τείνουν σε μεγάλο βαθμό να θεωρούν πως η ελκυστικότητα και η ομορφιά κάποιου εξαρτάται αποκλειστικά από το ποσοστό λίπους που έχει επάνω του. Πέρα από τα παραπάνω, στις πιο πολλές περιπτώσεις, η σκέψη των ατόμων με Νευρική Ανορεξία χαρακτηρίζεται από τη διαστρέβλωση της εικόνας του σώματός τους. Αυτό σημαίνει πως όταν κοιτούν τον εαυτό τους στον καθρέφτη βλέπουν το σώμα τους παχύτερο από ότι είναι στην πραγματικότητα.

Το συναίσθημα των ανορεξικών χαρακτηρίζεται από στενοχώρια και άγχος, και μια διάγνωση Κατάθλιψης συχνά συνοδεύει μια διάγνωση νευρικής ανορεξίας. Εκτιμάται πως η Νευρική Ανορεξία είναι μια παραλλαγή της Κατάθλιψης, ενώ παράλληλα θεωρείται πως η Κατάθλιψη μπορεί απλά να είναι το αποτέλεσμα της όλης ζωής και των προβλημάτων του ανορεξικού (eatingdisorders.gr).

Ψυχολογικοί, κοινωνικοί, γενετικοί και βιολογικοί μηχανισμοί έχουν προταθεί για να εξηγήσουν την αιτιολογία της Ψυχογενούς Ανορεξίας (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Συνειδητή ή υποσυνείδητη απόρριψη του ρόλου της ώριμης γυναίκας και της μορφής του γυναικείου σώματος για τα κορίτσια ή του ώριμου άνδρα για τα αγόρια. Πίσω από τη Διαταραχή αυτή κρύβεται η επιθυμία αγοριών και κοριτσιών να μείνουν παιδιά, γιατί φοβούνται να μεγαλώσουν και να λάβουν υπευθυνότητες που συνεπάγεται η ενηλικίωση (Πιάνος Κ., Αθήνα, 2003).

Οι ψυχολογικές θεωρίες προτείνουν ότι η Ψυχογενής Ανορεξία είναι μια φοβική στάση του ατόμου απέναντι στην τροφή εξαιτίας της σεξουαλικής έντασης της εφηβικής ηλικίας. Ιδιαίτερα οι ψυχοδυναμικές διαμορφώσεις τονίζουν την ασυνείδητη φαντασία / φόβο της ανορεκτικής να μείνει έγκυος από το στόμα (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Η νόσος έχει χαρακτηριστεί ως μια αυτοκαταστροφική φυγή από τα προβλήματα της εφηβικής αναζήτησης της οντότητας (Στεφανής & συνεργ., Αθήνα).

Κοινωνικές θεωρίες σημειώνουν την έμφαση που έχει δοθεί στις ανεπτυγμένες χώρες (όπου η Ψυχογενής Ανορεξία φαίνεται να είναι πολύ πιο συχνή) στα νιάτα, στην ομορφιά, στο να είναι το άτομο λεπτό και στην υπερβολική ενασχόληση των ατόμων με την εικόνα και το σχήμα του σώματος (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Μικρή Διαταραχή μπορεί να οφείλεται και στη μόδα (π.χ. Τουινγκι). Είναι δηλ. δυνατόν η Διαταραχή να προκληθεί εξαιτίας κάποιων σχολίων για το πάχος ορισμένων γυναικών (Πιάνος Κ., Αθήνα, 2003).

Μελέτες σε οικογένειες και σε διδύμους έχουν δείξει τη γενετική / κληρονομική πλευρά της Διαταραχής. Έχει βρεθεί ότι η Ψυχογενής Ανορεξία είναι πιο συχνή σε βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων που έχουν τη Διαταραχή (όπως επίσης, είναι πιο συχνές και οι Διαταραχές της Διάθεσης, ιδιαίτερα σε συγγενείς ατόμων με τον Τύπο Υπερφαγίας / Κάθαρσης) και ότι οι μονοζυγώτες δίδυμοι συμπίπτουν πολύ πιο συχνά να έχουν τη Διαταραχή από ότι οι διζυγώτες (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

Οι οικογενειακές σχέσεις είναι συχνά διαταραγμένες και διάφορες μορφές ψυχοπαθολογίας έχουν περιγράψει σε μέλη της οικογένειας του ανορεξικού ατόμου, και ιδίως νευρωσικά και καταθλιπτικά συμπτώματα. Εντούτοις αμφιθυμική σχέση των ασθενών με τη μητέρα δημιουργείται συνήθως με κέντρο τη τροφή. (Στεφανής & συνεργ., Αθήνα).

Οι βιολογικές θεωρίες εστιάζονται στη λειτουργία του υποθαλάμου (που ρυθμίζει τις βασικές λειτουργίες του σώματος όπως όρεξη, βάρος, θερμοκρασία και γενικότερα την ομοιόσταση). Φαίνεται ότι στην Ψυχογενή Ανορεξία υπάρχει μια πρωτογενής δυσλειτουργία του υποθαλάμου, όπως υποδεικνύεται από διάφορα ευρήματα και παρατηρήσεις: την αύξηση του παράγοντα απελευθέρωσης κορτικοτροπίνης (CRF) στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό των ασθενών αυτών, την εμφάνιση αμηνόρροιας πριν την εκδήλωση της απώλειας βάρους, την ελαττωμένη δραστηριότητα νορεπινεφρίνης και τις διαταραχές στη λειτουργία και άλλων κεντρικών νευροδιαβιβαστών, όπως της ντοπαμίνης και της σεροτονίνης.

### **2.3.2.2 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ**

Τα βασικά χαρακτηριστικά της Ψυχογενούς Βουλιμίας είναι επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας στη διάρκεια των οποίων το άτομο νιώθει ότι δεν μπορεί να ελέγξει τον εαυτό του ώστε να σταματήσει να τρώει, η χρήση αντισταθμιστικών μεθόδων όπως προκλητού εμετού, καθαρτικών, διουρητικών, ενεμάτων, νηστείας ή υπερβολικής άσκησης για να μην πάρει βάρος και η υπερβολική ενασχόληση με το σχήμα και το βάρος του σώματος (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

Αυτή η παθολογική κατάσταση συνήθως επηρεάζει ανθρώπους μεγαλύτερης ηλικίας, συχνά γυναίκες στην αρχή ή τα μέσα της 2<sup>ης</sup> δεκαετίας της ζωής τους, οι οποίες έχουν υπάρξει υπέρβαρες σαν παιδιά (Σκαπινάκης Π., stress.gr).

Τα επεισόδια υπερφαγίας συνίστανται στην κατανάλωση τροφών με υψηλή θερμιδική αξία, που συνήθως είναι γλυκές ή ευκολομάσητες και μπορούν να καταναλωθούν γρήγορα π.χ. παγωτά, κέικ, κουλουράκια κτλ. Τυπικά, τα βουλιμικά άτομα ντρέπονται για τη συμπεριφορά τους και προσπαθούν να κρύψουν τα επεισόδια υπερφαγίας. Τα επεισόδια αυτά συνήθως εκλύονται από δυσφορικές καταστάσεις, από διαπροσωπικά προβλήματα, από έντονη πείνα ύστερα από δίαιτα ή από αρνητικά αισθήματα για το σχήμα και το μέγεθος του σώματος. Κατά τα επεισόδια υπερφαγίας το άτομο συνήθως τρώει κρυφά και δεν σταματά παρά μόνον όταν πονέσει η κοιλιά του ή πέσει στον ύπνο ή κάποιος το διακόψει ή

προκαλέσει εμετό. Ο προκλητός εμετός χρησιμοποιείται από το 80%-90% των βουλιμικών ατόμων για να αποφευχθεί η αύξηση του βάρους, αλλά και για να μειωθούν τα αισθήματα ενοχής και να ανακουφισθεί ο κοιλιακός πόνος που προέρχεται από την υπερφαγία. Περίπου το 30% των βουλιμικών παίρνουν καθαρτικά μετά τα επεισόδια υπερφαγίας.

Τα βουλιμικά άτομα συχνά δείχνουν υπερβολικό νοιάξιμο για το βάρος τους και προσπαθούν επανειλημμένα να το ελέγξουν με δίαιτα, νηστεία, υπερβολική άσκηση, προκλητά εμετό ή τη χρήση καθαρτικών ή διουρητικών. Είναι συνηθισμένες οι διακυμάνσεις του βάρους των βουλιμικών που οφείλονται σε εναλλασσόμενες περιόδους υπερφαγίας και νηστείας. Συχνά η υπεραπασχόληση με το βάρος ή τα επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας και προκλητού εμετού δημιουργούν κοινωνικά ή επαγγελματικά προβλήματα.

Τυπικά, τα βουλιμικά άτομα έχουν φυσιολογικό βάρος. Υπάρχουν ενδείξεις, όμως, ότι πριν από την έναρξη της Διαταραχής ίσως έχουν περισσότερο βάρος από ότι τα συνομήλικα τους.

Στα άτομα με Ψυχογενή Βουλιμία υπάρχει αυξημένη συχνότητα καταθλιπτικών συμπτωμάτων (π.χ. χαμηλή αυτοεκτίμηση), όπως και Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής και Δυσθυμικής Διαταραχής, που μπορεί να εμφανίζονται ταυτόχρονα ή να προηγούνται της Διαταραχής. Επίσης, υπάρχει αυξημένη συχνότητα αγχωδών συμπτωμάτων (π.χ. φόβος κοινωνικών καταστάσεων), Αγχωδών Διαταραχών, Κατάχρησης Ουσιών και Εξάρτησης από Ουσίες (ιδιαίτερα αλκοόλ και διεγερτικών) και Διαταραχών της Προσωπικότητας (πιο συχνά της Μεταιχμιακής Διαταραχής της Προσωπικότητας).

Εργαστηριακά, οι συχνοί εμετοί μπορούν να δημιουργήσουν ηλεκτρολυτικές ανωμαλίες (υποκαλιαιμία, υπονατρία, υποχλωραιμία) και μεταβολική αλκάλωση και οι διάρροιες από τη λήψη καθαρτικών μεταβολική οξέωση. Σε ορισμένα άτομα υπάρχει μέτρια αύξηση της αμυλάσης του ορού.

Οι προκλητοί εμετοί μπορεί να δημιουργήσουν μεγάλη φθορά στην αδαμαντίνη των δοντιών, διόγκωση των σιελογόνων αδένων και ιδιαίτερα της παρωτίδος, κάλους ή ουλές στη ραχιαία επιφάνεια των χεριών, ακόμη και οισοφαγική ρήξη ή αρρυθμίες με κίνδυνο τον θάνατο. Ακόμα, σε

βουλιμικά άτομα μπορεί να εμφανισθούν διαταραχές του καταμήνιου κύκλου ή αμηνόρροια.

Υπολογίζεται ότι πάνω από το 90% των βουλιμικών ατόμων είναι γυναίκες. Ο επιπολασμός της Διαταραχής σε εφήβους και νεαρές γυναίκες είναι της τάξεως του 1% ως 3% (στους άντρες το 1/10 αυτού).

Η έναρξη της Ψυχογενούς Βουλιμίας είναι στην όψιμη εφηβεία ή στην πρώιμη ενήλικη ζωή και η πορεία της είναι χρόνια ή διαλείπουσα.

Η αιτιολογία της βουλιμίας δεν είναι γνωστή. Σε πολλές πάντως περιπτώσεις ανευρίσκεται πιο σφαιρική ψυχοπαθολογία π.χ. κάποια Διαταραχή της Προσωπικότητας. Ψυχοδυναμικές θεωρίες προτείνουν ότι η βουλιμία οφείλεται στην αδυναμία του ατόμου να ανακαλέσει στη μνήμη ανακουφιστικές εικόνες της μητέρας σε περιόδους αποχωρισμού από αυτήν (δηλ. έλλειψη σταθερότητας του αντικειμένου). Από την άλλη μεριά, πολλές μελέτες έχουν βρει αυξημένη συχνότητα Ψυχογενούς Βουλιμίας, Διαταραχών της Διάθεσης και Διαταραχών Σχετιζόμενων με Ουσίες στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού των ατόμων με τη Διαταραχή, όπως και είναι γνωστό ότι η Διαταραχή είναι ιδιαίτερα συχνή στις ανεπτυγμένες χώρες. Και οπωσδήποτε κάποιο ρόλο στη Διαταραχή φαίνεται να παίζουν ο υποθάλαμος και οι κεντρικοί νευροδιαβιβαστές (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

## **2.4 ΑΠΟΣΥΝΔΕΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Το βασικό χαρακτηριστικό των Αποσυνδεδετικών Διαταραχών (ή αλλιώς Διασχιστικές Διαταραχές), είναι κάποια διάσπαση / διάσχιση στις συνήθως συντεθειμένες λειτουργίες της συνείδησης, της μνήμης, της ταυτότητας ή της αντίληψης του περιβάλλοντος. Η διάσπαση αυτή μπορεί να είναι ξαφνική ή βαθμιαία, παροδική ή χρόνια (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

Παρακάτω αναλύεται η *Διαταραχή Απροσωποποίησης*, καθώς φαίνεται να παρουσιάζεται με ιδιαίτερη συχνότητα και ένταση, στα άτομα που υιοθετούν αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, ειδικά συμπεριφορές αυτοτραυματισμού.

#### 2.4.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΠΟΠΡΟΣΩΠΟΠΟΙΗΣΗΣ

Το βασικό χαρακτηριστικό της Διαταραχής αυτής είναι επίμονα ή επαναλαμβανόμενα επεισόδια Αποπροσωποποίησης (dissociation) σε βαθμό που να προκαλούν υποκειμενική ενόχληση. Κι αυτό γιατί ήπια αποπροσωποποίηση χωρίς σημαντική ενόχληση είναι συχνό φαινόμενο - υπολογίζεται ότι συμβαίνει σε κάποια στιγμή στο 50% των νεαρών ενηλίκων ατόμων, συνήθως ύστερα από σοβαρό στρες ή κατά τη διάρκεια αυτοτραυματικών ενεργειών.

Το φαινόμενο ή σύμπτωμα της Αποπροσωποποίησης είναι μια Διαταραχή της Αντίληψης, που συνίσταται σε μεταβολή στη συνηθισμένη αίσθηση πραγματικότητας του ατόμου όσον αφορά τον εαυτό του. Το αποτέλεσμα είναι το άτομο να νιώθει αποξενωμένο ή απομακρυσμένο από τον εαυτό του και σαν να είναι ένας εξωτερικός παρατηρητής των ψυχικών του λειτουργιών ή του σώματός του ή σαν να υπάρχει και να κινείται μηχανικά σαν ρομπότ, σαν αυτόματο ή σαν να είναι μέσα σε όνειρο ή μέσα σε ταινία. Ακόμα, το άτομο μπορεί να νιώθει ότι δεν ελέγχει τις πράξεις του και να φοβάται μήπως τρελαθεί. Σημειώνεται, ότι όλα αυτά τα συναισθήματα είναι δυστονικά προς το Εγώ και ο έλεγχος της πραγματικότητας παραμένει ανέπαφος.

Συχνά, η Αποπροσωποποίηση (αίσθημα μη πραγματικότητας του εαυτού) συνοδεύεται από αποπραγματοποίηση (αίσθηση μη πραγματικότητας του περιβάλλοντος).

Άτομα με Διαταραχές Αποπροσωποποίησης συνήθως παρουσιάζονται για θεραπεία στην εφηβεία ή στην ενήλικη ζωή, αν και η Διαταραχή μπορεί να αρχίζει στην παιδική ηλικία. Σπάνια, το παρουσιαζόμενο ενόχλημα είναι η Αποπροσωποποίηση. Συνήθως τα άτομα με τη Διαταραχή αυτή προσέρχονται για άλλα συμπτώματα όπως άγχος, πανικός ή Κατάθλιψη. Πολλά άτομα θυμούνται έντονα το πρώτο επεισόδιο αποπροσωποποίησης, η έναρξη του οποίου είναι απότομη και μπορεί να συμβεί χωρίς εκλυτικό παράγοντα. Άλλοι μπορεί να αναφέρουν κάποιο εκλυτικό παράγοντα, όπως π.χ. το κάπνισμα μαριχουάνας ή κάποια απειλητική κατάσταση (πολεμικές μάχες, ατυχήματα, εγκλήματα κτλ.).

Τα επεισόδια αποπροσωποποίησης έχουν ποικίλη διάρκεια, από δευτερόλεπτα μέχρι ώρες, μέρες, βδομάδες ή και χρόνια. Η πορεία της

Διαταραχής μπορεί να είναι χρόνια και χαρακτηρίζεται από εξάρσεις και υφέσεις, περισσότερες από τις οποίες συνδέονται με στρεσογόνα γεγονότα π.χ. τη διακοπή κάποιας σχέσης (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

#### **2.4.1.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑ ΤΟ DSM-IV**

A. Επίμονες ή επαναλαμβανόμενες εμπειρίες κατά τις οποίες το άτομο νιώθει απομακρυσμένο / αποστασιοποιημένο, σαν να είναι ένας εξωτερικός παρατηρητής των ψυχικών λειτουργιών του ή του σώματός του, π.χ. νιώθει σαν να είναι μέσα σε όνειρο.

B. Κατά τη διάρκεια της εμπειρίας της Αποπροσωποποίησης, το άτομο ελέγχει τη πραγματικότητα και αυτή παραμένει ανέπαφη.

Γ. Η Αποπροσωποποίηση, προκαλεί κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση της λειτουργικότητας.

Δ. Η εμπειρία της Απροσωποποίησης δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της πορείας μίας άλλης Ψυχικής Διαταραχής, όπως Σχιζοφρένεια, Διαταραχή Πανικού, άλλη Αποσυνδεδετική Διαταραχή κλπ. και δεν οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας (π.χ. μια ουσία κατάχρησης ή άλλο φάρμακο) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης (π.χ. κροταφική επιληψία) (Μαδιανός Μ.Γ., Αθήνα, 2006).

#### **2.4.1.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ**

Όσον αφορά την αιτιολογία της Αποπροσωποποίησης (αν και βασικά είναι άγνωστη), ο Freud θεώρησε ότι είναι το αποτέλεσμα της άρνησης επώδυνων ή μη αποδεκτών από το άτομο συναισθημάτων, που οδηγεί σε άρνησης της βιωματικής εμπειρίας του εαυτού. Από την άλλη μεριά, η εμφάνισή της μετά από σοβαρά ατυχήματα, προτείνει ότι μπορεί να είναι ένας μηχανισμός προσαρμογής σε υπερβολικό στρες (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

## **2.5 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΩΝ ΠΑΡΟΡΜΗΣΕΩΝ**

Αυτή η κατηγορία, σύμφωνα με Διαγνωστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, ICD-10 (1997), περιλαμβάνει μερικές διαταραχές της συμπεριφοράς, οι οποίες δεν είναι δυνατό να ταξινομηθούν κάτω από άλλη επικεφαλίδα.

Χαρακτηρίζονται από επαναλαμβανόμενες πράξεις, οι οποίες δεν έχουν σαφές λογικό κίνητρο και γενικώς αποβαίνουν επιβλαβείς προς τα συμφέροντα του ασθενούς και προς αυτά των άλλων. Ο ασθενής αναφέρει ότι η συμπεριφορά του συνδέεται με κάποια ενορμητική τάση για πράξη που δεν μπορεί να ελέγξει (Στεφανής Κ., Σολδάτος Κ., Μαυρέας Κ., 1997). Το άτομο νιώθει αρχικά και πριν την εκτέλεση της πράξης, αυξανόμενη ένταση και διέγερση και κατά την εκτέλεσή της νιώθει ευχαρίστηση, ικανοποίηση ή ανακούφιση (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Στη συνέχεια όμως αισθάνεται μετάνοια και τύψεις για ότι έχει κάνει και για τη συμπεριφορά του (medlook.net).

Τα αίτια αυτών των καταστάσεων δεν είναι γνωστά. Οι διαταραχές αυτές εντάσσονται σε κοινή ομάδα, εξαιτίας της ευρείας περιγραφικής ομοιότητάς τους και όχι επειδή είναι γνωστό ότι έχουν κοινά άλλα σημαντικά χαρακτηριστικά. Κατά συνθήκη, η κατεξοχήν υπερβολική χρήση οινόπνευματων ή φαρμάκων και οι Διαταραχές Ελέγχου των Παρορμήσεων που αφορούν την σεξουαλική λειτουργία ή τη συμπεριφορά στη λήψη τροφής, εξαιρούνται (Στεφανής Κ., Σολδάτος Κ., Μαυρέας Κ., 1997).

Οι διαταραχές που περιλαμβάνονται σε αυτή τη κατηγορία είναι η Διαλείπουσα Εκρηκτική Διαταραχή, η Τριχοτιλλομανία, η Παθολογική Χαρτοπαιξία, η Πυρομανία και η Κλεπτομανία.

### **2.5.1 ΔΙΑΛΕΙΠΟΥΣΑ ΕΚΡΗΚΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ**

Το βασικό χαρακτηριστικό της Διαταραχής αυτής, είναι αρκετά ξεχωριστά επεισόδια κατά τα οποία το άτομο χάνει τον έλεγχο των επιθετικών του παρορμήσεων και οδηγείται σε σοβαρές επιθετικές πράξεις



ή καταστροφές περιουσίας. Ο βαθμός επιθετικότητας που εμφανίζεται είναι εντελώς δυσανάλογος προς οποιοδήποτε ψυχοκοινωνικό στρεσογόνο παράγοντα, που μπορεί να τη προκάλεσε.

Η διαταραχή αυτή είναι πολύ πιο συχνή στους άντρες και εμφανίζεται μεταξύ της όψιμης εφηβείας και της ενήλικης ζωής. Βασικά, είναι σπάνια διαταραχή. Το άτομο με τη Διαταραχή αυτή, μπορεί να περιγράψει μια κατάσταση αυξανόμενης έντασης πριν από την έκρηξη της βίαιης συμπεριφοράς και αισθήματα ανακούφισης κατά την εκδήλωσή της (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

Γενικά το σύνδρομο μπορεί να υπάρχει στο 7,3% του πληθυσμού. Το 4%, παρουσιάζει τη σοβαρή μορφή της διαταραχής που χαρακτηρίζεται από τρεις ή περισσότερες εκρήξεις απρόκλητου ή αδικαιολόγητου θυμού κάθε χρόνο οι οποίες συνοδεύονται από βίαιη συμπεριφορά.

Το σύνδρομο μπορεί να είναι η αιτία για πολλές περιπτώσεις βίας στην οικογένεια, κακοποίησης συζύγων ή επιθετικής συμπεριφοράς οδηγών. Μέχρι σήμερα δεν έχει μελετηθεί ικανοποιητικά, ενώ η πραγματική του συχνότητα είχε υποτιμηθεί.

Το σύνδρομο της Διαλείπουσας Εκρηκτικής Συμπεριφοράς, δεν είναι απλά θέμα κακής συμπεριφοράς. Φαίνεται ότι υπάρχει σημαντική γενετική συνιστώσα και βιολογικοί μηχανισμοί που ευθύνονται για την πάθηση. Η παραγωγή της σεροτονίνης στους ασθενείς αυτούς και οι βιολογικοί μηχανισμοί που τη ρυθμίζουν, είναι ανεπαρκείς. Για αυτό, οι εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (αντικαταθλιπτικά φάρμακα) είναι αποτελεσματικοί στη θεραπεία της πάθησης. Για τους λόγους αυτούς, το πρόβλημα δεν μπορεί να λυθεί μόνο με διόρθωση και αναπροσαρμογή της συμπεριφοράς του ατόμου (medlook.net).

#### **2.5.1.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑ DSM-IV**

A. Ξεχωριστά επεισόδια παρορμητικής επιθετικότητας και καταστροφών περιουσίας, κατά τα οποία το άτομο δεν μπόρεσε να αντισταθεί στις παρορμήσεις.

B. Τα επίπεδα της επιθετικότητας είναι δυσανάλογα προς τα πιθανά εκλυτικά αίτια.

Γ. Τα επεισόδια της επιθετικότητας δεν θεωρούνται ότι ανήκουν σε άλλη Ψυχική Διαταραχή – Αντικοινωνική Διαταραχή, Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας, Διαταραχές της Διαγωγής και δεν οφείλονται σε χρήση ουσίας ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.

#### **2.5.1.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ**

Εμπλέκονται χαρακτηριστικά της Προσωπικότητας (ναρκισσιστικά, ιδεοψυχαναγκαστικά, σχιζοειδικά), ψυχοπιεστικά γεγονότα, όπως για παράδειγμα μια μορφή απώλειας. Παράλληλα μπορεί να ευθύνεται η χρήση ουσιών ή / και οργανικοί παράγοντες, για παράδειγμα ιστορικό απώλειας συνείδησης (Μαδιανός Μ.Γ., Αθήνα, 2006).

#### **2.5.2 ΤΡΙΧΟΤΙΛΛΟΜΑΝΙΑ**

Το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι ότι το άτομο τραβάει επανειλημμένα τρίχες από τα μαλλιά του κεφαλιού του ή από οπουδήποτε αλλού υπάρχουν τρίχες – φρύδια, βλεφαρίδες, μασχάλες, εφηβαίο, πρωκτός.

Η τριχοτιλλομανία οδηγεί σε σημαντική απώλεια τριχών, την οποία τα άτομα προσπαθούν να καλύψουν (με χτένισμα, περούκα κλπ.). Καθώς οι ασθενείς συνήθως αρνούνται τη συμπεριφορά αυτή, μπορεί να χρειαστεί να γίνει και βιοψία τριχών, που θα δείξει στη γυμνή περιοχή του τριχωτού κοντές και σπασμένες τρίχες, καταστραμμένους θύλακες τριχών κ.ά. Σε μερικά άτομα μπορεί να υπάρχει και τριχοφαγία.

Η Τριχοτιλλομανία, είναι πιο συχνή στις γυναίκες και πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι δεν είναι τόσο σπάνια διαταραχή . Η έναρξή της είναι πριν την νεαρή ενήλικη ζωή, με κορυφώσεις στην ηλικία των 5-8 ετών και γύρω στα 13 (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Το στρίψιμο, τράβηγμα και ξερίζωμα των μαλλιών αποτελεί ένα σχετικά σπάνιο σύμπτωμα νευρωτικής διαταραχής της συμπεριφοράς, που δημιουργεί όμως αρκετά προβλήματα τόσο στο παιδί όσο και στο περιβάλλον του. Συνήθως παρουσιάζεται στα

κορίτσια και μπορεί να οδηγήσει ακόμη και στη δημιουργία φαλάκρας. Επιπλέον είναι σύνηθες να συνοδεύεται από καταθλιπτική βασική διάθεση (Πιάνος Κ., Αθήνα, 2003).

#### 2.5.2.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑ DSM-IV

- A. Επανειλημμένο τράβηγμα από το άτομο των μαλλιών του, που έχει σαν αποτέλεσμα εύκολα διακρινόμενη απώλεια μαλλιών.
- B. Αυξανόμενο αίσθημα τάσης αμέσως πριν από το τράβηγμα των μαλλιών ή όταν επιχειρεί να αντισταθεί στην συμπεριφορά.
- Γ. Ευχαρίστηση, ικανοποίηση ή ανακούφιση όταν τραβά τα μαλλιά του.
- Δ. Η Διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα ως κάποια άλλη ψυχική Διαταραχή και δεν οφείλεται σε μια γενική ιατρική κατάσταση (π.χ. δερματολογική κατάσταση).
- Ε. Η Διαταραχή προκαλεί κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς λειτουργικότητας (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

#### 2.5.2.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η τριχοτιλλομανία δείχνει μια μεγαλύτερη επιθετικότητα από την ονυχοφαγία, που είναι συνδυασμένη με στοιχεία σαδομαζοχισμού.

1. *Επιδράσεις του περιβάλλοντος*, π.χ. Διαταραχή στη σχέση μητέρας - παιδιού κατά την πρώτη παιδική ηλικία.
2. *Ανταγωνισμός του καταπιεσμένου θυμού και της επιθετικότητας* από το ένα μέρος και της ανάγκης για τρυφερότητα από το άλλο. Η αμφιθυμική αυτή κατάσταση δημιουργείται από τον ανταγωνισμό της, χωρίς ελπίδα, επιθυμίας του παιδιού για τρυφερότητα και αναγνώριση από το περιβάλλον και του αδύναμου θυμού και μνησικακίας προς τη μητέρα που το παραμελεί ή τον αδερφό, που νομίζει, ότι οι γονείς προτιμούν.

3. Το τράβηγμα των μαλλιών δηλώνει επίσης την *απελπιστική κατάσταση*, την οποία βρίσκεται ή νομίζει ότι βρίσκεται ένα παιδί, και μπορεί να παρατηρηθεί και σε ενήλικες σε στιγμές βαρέος πένθους.

4. *Επιβεβαίωση της ύπαρξης του Εγώ*, όπου επιτυγχάνεται μέσω του πόνου από το ξερίζωμα των μαλλιών. Το παιδί κινδυνεύει να καταπονιστεί εξαιτίας των αμφιθυμικών καταστάσεων που αντιμετωπίζει.

5. *Εγκεφαλική βλάβη και νοητική καθυστέρηση* με τη μορφή πρωτόγονων αντανakλαστικών κινήσεων (Πιάνος Κ., Αθήνα, 2003).

Η πορεία είναι άλλοτε συνεχής και άλλοτε περιοδική. Το τράβηγμα των τριχών μπορεί να συνδέεται με στρες, μπορεί όμως να συμβαίνει και σε περιόδους όπου το άτομο είναι χαλαρωμένο και αφηρημένο (π.χ. ενώ διαβάζει ή βλέπει τηλεόραση) (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

Από έρευνες που έγιναν παρατηρήθηκε ότι, η εμφάνιση της Τριχοτιλλομανίας ευνοείται όταν στο οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού υπάρχει ο συνδυασμός μίας επιθετικής μητέρας και ενός παθητικού πατέρα, και κυρίως όταν το παιδί λαμβάνει αντιφατικά μηνύματα από τη σχέση του με τη μητέρα, από τη μία τρυφερή και γλυκιά από την άλλη εχθρική (Care, care.gr), πράγμα που προκαλεί ισχυρούς φόβους στο παιδί. (Πιάνος Κ., Αθήνα, 2003).

### 2.5.3 ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΑΡΤΟΠΑΙΞΙΑ

Τα βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής, είναι η επανειλημμένη αδυναμία του ατόμου να ελέγξει την παρόρμησή του να παίξει χαρτιά, ζάρια, στο καζίνο κλπ., με αποτέλεσμα να δημιουργούνται προβλήματα στον προσωπικό, επαγγελματικό, και οικογενειακό τομέα (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

Αντίθετα με άλλα άτομα όπου και εκείνα επιδίδονται σε τυχερά παιχνίδια, οι παθολογικοί «τζογαδόροι», όχι μόνο δεν είναι σε θέση να ελέγξουν το ποσοστό του πονταρίσματός τους και να σταματήσουν, αλλά διακατέχονται από μια συνεχή ενασχόληση.

### 2.5.3.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑ DSM-IV

A. Επαναλαμβανόμενη και έντονη δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά χαρτοπαιξίας (τζόγου).

Σύμφωνα με το DSM-IV, απαιτούνται πέντε ή περισσότερα κριτήρια από τα ακόλουθα:

1. Το άτομο ασχολείται συνεχώς με τη χαρτοπαιξία ή με το να βρίσκει τρόπους χρηματοδότησης του πάθους του.
2. Έχει συνεχώς την ανάγκη να χαρτοπαίξει με αυξανόμενα ποσά.
3. Έχει κάνει επαναλαμβανόμενες προσπάθειες, χωρίς επιτυχία, να μειώσει ή να σταματήσει την χαρτοπαιξία.
4. Είναι ανήσυχος ή σε ένταση, όταν προσπαθεί να διακόψει τη χαρτοπαιξία.
5. Ίσως παίζει για να ξεφύγει από τα προβλήματά του ή τη δυσφορική του διάθεση.
6. Επιστρέφει την επόμενη μέρα με την ελπίδα να κερδίσει τα χαμένα.
7. Ψεύδεται συνεχώς στην οικογένειά του ή σε άλλους, αποκρύπτοντας την έκταση του προβλήματος.
8. Βάζει σε κίνδυνο ή χάνει το επάγγελμά του ή ευκαιρίες, π.χ. να κάνει καριέρα.
9. Επιδίδεται σε παράνομες πράξεις, π.χ. κλοπές, πλαστογραφίες, απάτες, καταχρήσεις.
10. Εξαρτάται από τρίτους για να του δώσουν (δανείσουν) χρήματα, ώστε να βελτιώσει την απελπιστική οικονομική του θέση, λόγω της χαρτοπαιξίας.

B. Η χαρτοπαιξία δεν εξηγείται καλύτερα ως επεισόδιο Μανίας, Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής / Υπερκινητικότητας, Αντικοινωνικής Διαταραχής, Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας (Μαδιανός Μ.Γ., Αθήνα, 2006).

### 2.5.3.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Αν και η αιτιολογία της διαταραχής είναι άγνωστη, μελέτες σε οικογένειες έχουν δείξει ότι η Παθολογική Χαρτοπαιξία και η Εξάρτηση από

το Αλκοόλ είναι πιο συχνές στους γονείς ατόμων με Παθολογική Χαρτοπαιξία, από ότι στον γενικό πληθυσμό.

Ψυχαναλυτικά, προτείνεται ότι η καταναγκαστική βεβαιότητα του παίχτη, προέρχεται από μια παιδική αίσθηση παντοδυναμίας και από μία ασυνείδητη ανάγκη για τιμωρία.

Συμπεριφορικά, σημειώνεται η θετική ενίσχυση που προέρχεται από το κέρδος και από την πολυτέλεια των χώρων παιγνιδιού.

Βιολογικά, υπάρχουν ενδείξεις κάποιας λειτουργικής διαταραχής του συστήματος της νορεπινεφρίνης, που μπορεί να σχετίζεται γενικά με επικίνδυνη συμπεριφορά.

## **2.5.4 ΠΥΡΟΜΑΝΙΑ**

Το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής, είναι ότι το άτομο ανάβει φωτιές σκόπιμα και εσκεμμένα, για την ευχαρίστησή του. Η Πυρομανία είναι σπάνια διαταραχή και συναντιέται πολύ πιο συχνά σε άρρενες και ειδικότερα σε άτομα με φτωχές δεξιότητες και με μαθητικές δυσκολίες (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

### **2.5.4.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑ DSM-IV**

- A. Επαναλαμβανόμενες πράξεις ή απόπειρες εμπρησμού περιουσίας τρίτων, χωρίς εμφανές κίνητρο.
- B. Ένταση ή συγκινησιακή διέγερση πριν από τον εμπρησμό.
- Γ. Ενδιαφέρον για τη θέαση της φωτιάς ή ελκύεται από αυτήν και το πλαίσιο της, π.χ. φλεγόμενα υλικά.
- Δ. Νιώθει ευχαρίστηση ή ανακούφιση όταν βάζει φωτιές ή συμμετέχει σε αυτό που ακολουθεί.
- E. Οι εμπρησμοί δεν γίνονται για οικονομικά οφέλη, σαν έκφραση κοινωνικό-πολιτικής ιδεολογίας, για την απόκρυψη εγκληματικής ενέργειας, για εκδίκηση, για θυμό, σαν απάντηση κάποιας παραληρητικής

ιδέας ή ψευδαισθήσης, ως αποτέλεσμα μειωμένης νοητικής κατάστασης ή ικανότητας (π.χ. νοητική υστέρηση, άνοια).

ΣΤ. Οι εμπρησμοί δεν εξηγούνται καλύτερα ως Διαταραχή της Διαγωγής, Μανία ή Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας (Μαδιανός Μ. Γ., Αθήνα, 2006).

#### **2.5.4.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ**

Υπάρχει ελλιπής μελέτη των αιτιολογικών παραγόντων της Πυρομανίας. Ωστόσο, σύμφωνα με ψυχολογικές προτάσεις, αποτελεί ένα είδος επικοινωνίας του ατόμου με φτωχές κοινωνικές δεξιότητες. Επιπλέον, τα παιδιά με μελλοντικές ή ήδη υπάρχουσες ενδείξεις Πυρομανίας, έχουν ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς, Μαθησιακών Διαταραχών, καθώς και Διαταραχών Ελλειμματικής Προσοχής, ενώ δεν είναι λίγες οι φορές που έχουν υποστεί κάποια μορφή κακοποίησης.

Βιολογικές επεξηγήσεις, υποστηρίζουν ότι ενυπάρχουν στον εγκέφαλο του ατόμου, δυσλειτουργίες στα επίπεδα των νευροδιαβιβαστών της νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης, γεγονός που μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στον έλεγχο των ενορμήσεων ([wikipedia.org](http://wikipedia.org)).

#### **2.5.5 ΚΛΕΠΤΟΜΑΝΙΑ**

Το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής, είναι επανειλημμένα επεισόδια, στα οποία το άτομο δεν μπορεί να αντισταθεί στην παρόρμηση να κλέψει κάποια αντικείμενα. Τα αντικείμενα αυτά δεν τα κλέβει για να τα χρησιμοποιήσει, ούτε για τη χρηματική τους αξία (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

#### **2.5.5.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑ DSM-IV**

- A. Επαναλαμβανόμενη αδυναμία του ατόμου, να αντισταθεί στη παρόρμηση να κλέψει αντικείμενα που δεν του χρειάζονται (ως προσωπική αξία ή χρήση).
- B. Αυξανόμενο συναίσθημα εσωτερικής έντασης άμεσα πριν από την κλοπή.
- Γ. Συναίσθημα ικανοποίησης κατά τη διάρκεια ή και μετά τη πράξη της κλοπής.
- Δ. Η κλοπή διαπράττεται κατ' ιδίαν και όχι για να εκφράσει το άτομο εκδίκηση ή θυμό.
- Ε. Η πράξη της κλοπής δεν εξηγείται καλύτερα ως Διαταραχή της Διαγωγής ή Διαταραχή της Προσωπικότητας (Μαδιανός Μ. Γ., Αθήνα, 2006).

#### **2.5.5.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ**

Αν και οι αιτίες είναι άγνωστες, οι ψυχαναλυτές έχουν προτείνει, ότι τα αντικείμενα που το άτομο κλέβει, συμβολίζουν ψυχοσεξουαλικές καθηλώσεις και για αυτό χρησιμεύουν για να ικανοποιηθούν αρχέγονες ανάγκες του ατόμου. Άλλοι βέβαια ερευνητές, αναζητούν τα αίτια της Κλεπτομανίας, όπως και όλων των άλλων Διαταραχών του Ελέγχου των Παρορμήσεων, σε βιολογικό επίπεδο και έχει ήδη προταθεί ότι υπάρχουν διαταραχές στον μεταβολισμό των μονοαμινών –κυρίως της σεροτονίνης - του εγκεφάλου.

#### **2.5.6 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΩΝ ΠΑΡΟΡΜΗΣΕΩΝ ΜΗ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΕΣ ΑΛΛΙΩΣ**

Η κατηγορία αυτή είναι για Διαταραχές του Ελέγχου των Παρορμήσεων, που δεν πληρούν τα κριτήρια για καμία συγκεκριμένη Διαταραχή του Ελέγχου των Παρορμήσεων ή για κάποια άλλη Διαταραχή, που παρουσιάζει προβλήματα στον έλεγχο των παρορμήσεων και που



ταξινομείται αλλού (π.χ. εξάρτηση από αλκοόλ) (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

Στη κατηγορία αυτή μπορεί να ενταχθούν οι συμπεριφορές αυτοτραυματισμού (βλ. αναλυτικά § 3.2). Συγκεκριμένα, ο βαθμός της παρορμητικότητας στη πράξη του αυτοτραυματισμού, μπορεί να ποικίλει αναλογικά με τις καταστάσεις. Αυτό έχουν δείξει εξάλλου και ορισμένες έρευνες πάνω στο θέμα, με αντιφατικά αποτελέσματα: Ορισμένες φορές εντοπίζεται ότι ο αυτοτραυματισμός έχει σχέση με την παρόρμηση και άλλες πάλι όχι. Γίνεται φανερό λοιπόν, ότι αυτοτραυματισμός και παρόρμηση έχουν μια πολυποίκιλη, πολυσύνθετη και απροσδιόριστη αλληλεπίδραση.

Ο βαθμός παρορμητικότητας των συμπεριφορών αυτοτραυματισμού, είναι εν μέρει εξαρτώμενος από τον τύπο της αυτοτραυματικής συμπεριφοράς. Ορισμένοι τύποι Αυτοτραυματικής συμπεριφοράς, όπως το υπερβολικό δάγκωμα νυχιών, Τριχοτιλλομανία κλπ., δεν απαιτούν προετοιμασία, με αποτέλεσμα να επισυμβαίνουν πολλές φορές «μηχανικά», δηλαδή σε ασυνείδητο επίπεδο. Συνεπώς, επειδή αυτές οι συμπεριφορές δεν απαιτούν κάποια ιδιαίτερη προετοιμασία, συνήθως είναι περισσότερο παρορμητικές, εν συγκρίσει με κάποιες άλλες μορφές αυτοτραυματισμού που απαιτούν περισσότερο σχεδιασμό.

Σε μερικές «προσχεδιασμένες» περιπτώσεις, το άτομο μπορεί να αρνείται την επιθυμία του να αυτοτραυματιστεί, γιατί οι εξωτερικές περιστάσεις δεν είναι οι προσδοκώμενες (π.χ. δημόσιος χώρος), ή σε περιπτώσεις που το σύνηθες όργανο αυτοτραυματισμού δεν είναι διαθέσιμο, με αποτέλεσμα η πράξη του αυτοτραυματισμού να αναβάλλεται ή να σχεδιάζεται για αργότερα (σε ιδιωτικό επίπεδο και μετά την απόκτηση του επιθυμητού οργάνου). Συνεπώς, όπως και άλλοι μηχανισμοί αντιμετώπισης, έτσι και οι συμπεριφορές αυτοτραυματισμού, μπορεί να επισυμβούν χωρίς ιδιαίτερη προμελέτη (Alderman T., U.S.A., 1997). (Η συμπεριφορά του αυτοτραυματισμού, θα αναλυθεί περαιτέρω § 3.2).

## 2.6 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

Μελέτες της Mayo Clinic (2004), δείχνουν ότι πάνω από τα μισά άτομα που λαμβάνουν υπερβολικές ποσότητες αλκοόλ και ναρκωτικών έχουν ή είχαν στο παρελθόν και κάποια άλλη διαταραχή. Το 20% των ατόμων που παίρνουν ναρκωτικά έχουν ή είχαν στο παρελθόν σοβαρή Κατάθλιψη. Το 30% αυτών που κάνουν υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ έχουν όλα τα χαρακτηριστικά των ατόμων με Κατάθλιψη.

Οι ερευνητές πράγματι γνωρίζουν ότι οι εθιστικές ουσίες, όπως το αλκοόλ, τα φάρμακα ή τα ναρκωτικά, επηρεάζουν πολλούς από τους εγκεφαλικούς νευροδιαβιβαστές, οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για την αλλαγή της διάθεσης. Έτσι, ορισμένοι ειδικοί υποθέτουν ότι ορισμένα άτομα καταφεύγουν στο αλκοόλ ή στα φάρμακα προκειμένου να νιώσουν καλύτερα. Ωστόσο αυτή είναι μια μάταιη προσπάθεια, γιατί ακόμα και μικρές ποσότητες αλκοόλ ή άλλων ουσιών προκαλούν ή επιδεινώνουν τη Κατάθλιψη (Kramlinger K., μτφρ. Ελιασά Χ., 2004).

Θεωρείται η χρήση μιας ουσίας *παθολογική*, όταν σαν συνέπεια της λήψης της παρατηρούνται συμπτώματα και δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά, που θα θεωρούνταν εξαιρετικά ανεπιθύμητα σε οποιαδήποτε πολιτισμική ομάδα. Καθώς ο ορισμός αυτός είναι αρκετά γενικός, προοδευτικά δημιουργήθηκαν οι έννοιες *εξάρτηση* και *κατάχρηση ουσιών*.

Οι οργανικές διαταραχές λόγω χρήσης ουσιών είναι η κατάχρηση βαρβιτουρικών ή ηρεμιστικών ή υπνωτικών παρόμοιας δράσης, εξάρτηση από βαρβιτουρικά με ανοχή ή στερητικό σύνδρομο, η κατάχρηση οπιούχων, η εξάρτηση από οπιούχα με ανοχή ή στερητικό σύνδρομο, η κατάχρηση κοκαΐνης, κατάχρηση αμφεταμινών, εξάρτηση από αμφεταμίνες με ανοχή ή στερητικό σύνδρομο, κατάχρηση ψευδαισθησιογόνων, κατάχρηση κάνναβης, εξάρτηση από κάνναβη είτε ως τύπος παθολογικής χρήσης είτε με έκπτωση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας του χρήστη είτε ως ανοχή, που είναι δηλαδή, η ανάγκη για εκσεσημασμένα αυξημένες ποσότητες κάνναβης για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος ή εκσεσημασμένα ελαττωμένο αποτέλεσμα με την τακτική χρήση της ίδιας ποσότητας (Μαδιανός Μ.Γ., Αθήνα, 2000).

### 2.6.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Είναι φανερό ότι δεν μπορεί μόνο ένας συγκεκριμένος παράγοντας να καθορίζει γιατί κάποιοι άνθρωποι αναπτύσσουν Διαταραχές Χρήσης Ουσιών και άλλοι όχι. Δεν μπορεί η αιτία να είναι μόνο το άτομο ή μόνο το περιβάλλον του ή μόνο η ουσία. Μάλλον θα πρέπει να είναι η διαντίδραση ανάμεσα σε αυτές τις μεταβλητές.

- Γενετική προδιάθεση: Εξάρτηση από διαφορές ουσίες (π.χ. καπνός, όπιο, αλκοόλ) έχει ήδη γίνει φανερό ότι είναι οικογενής, οπότε είναι πιθανό ότι πολλοί χρήστες έχουν μια ευαλωτότητα στη χρήση ουσιών.
- Προσωπικότητα: Αν και δεν υπάρχει κάποια συγκεκριμένη προσωπικότητα που να σχετίζεται ειδικά με την παθολογική χρήση ουσιών, εντούτοις στοιχεία Αντικοινωνικής και Οριακής Διαταραχής της Προσωπικότητας φαίνεται να προδιαθέτουν για την παράνομη χρήση ουσιών. Επίσης επιθετικότητα και επαναστατικότητα στην παιδική ηλικία φαίνεται να προλέγουν πιθανή κατάχρηση ουσιών αργότερα.
- Ψυχιατρικές Διαταραχές: Ορισμένες σωματικές και ψυχιατρικές διαταραχές φαίνεται να συνδέονται με την κατάχρηση ουσιών, όπως ο χρόνιος πόνος, οι αγχώδεις διαταραχές και η Κατάθλιψη. Έχει ήδη προταθεί η υπόθεση ότι τα άτομα μπορεί να οδηγούνται στην Εξάρτηση σε μια προσπάθεια να θεραπεύσουν φαρμακευτικά καταστάσεις όπως η Κατάθλιψη, το Άγχος και η Ψύχωση. Ειδικότερα, Ψυχικές Διαταραχές που συχνά συνυπάρχουν με Διαταραχές Σχετιζόμενες με Ουσίες και αλληλοεπηρεάζονται στην πορεία και τη θεραπεία τους, είναι η Διαταραχή της Διαγωγής, η Αντικοινωνική και Μεταιχμιακή Διαταραχή της Προσωπικότητας, η Σχιζοφρένεια, οι Διαταραχές της Διάθεσης, ενώ ακόμη οι Αγχώδεις Διαταραχές και οι Σωματόμορφες Διαταραχές.
- Φαρμακολογικές ιδιότητες της ουσίας: Συμβάλλουν επίσης στην Κατάχρηση. Σκευάσματα όπως τα οπιοειδή, τα καταπραϋντικά, υπνωτικά και αγχολυτικά μπορούν να ανακουφίσουν γρήγορα και αποτελεσματικά το άγχος. Τα διεγερτικά μπορούν να διώξουν την ανία και την κούραση και να δώσουν μια αίσθηση ζωντάνιας, ενεργητικότητας και εγρήγορσης. Τα ψευδαισθησιογόνα μπορούν να προσφέρουν την απόδραση από την πραγματικότητα.

- Ταχύτητα και διάρκεια δράσης, τρόπος χορήγησης: Συμβάλλουν επίσης στην κατάχρηση ουσιών. Έτσι, οι ουσίες με ταχεία έναρξη δράσης και βραχεία διάρκεια δράσης (π.χ. ηρωίνη, κοκαΐνη, ορισμένα αγχολυτικά) προτιμώνται από τους χρήστες. Επίσης Η ενδοφλέβια χορήγηση, το κάπνισμα ή το «ρούφηγμα» από τη μύτη, που δίνουν γρήγορα αποτελέσματα, οδηγούν επίσης γρήγορα στην κατάχρηση και στην εξάρτηση.
- Κοινωνικές και οικογενειακές αξίες: Επηρεάζουν τη χρήση ουσιών. π.χ. αν οι γονείς καπνίζουν, πίνουν ή κάνουν χρήση άλλων ουσιών, τα παιδιά τους είναι πιο επιρρεπή στο να κάνουν κι αυτά χρήση ουσιών, ίσως ακολουθώντας με *ταυτοποίηση* το πρότυπό τους. Ίσως το ίδιο να ισχύει και για τους εφήβους που κάνουν φίλους άτομα που κάνουν χρήση ουσιών.
- Πολιτισμικό πλαίσιο: Όταν το αλκοόλ απαγορεύεται για λόγους θρησκείας όπως στους Μουσουλμάνους και τους Μορμόνους ή επιτρέπεται στα παιδιά να πίνουν κατά κοινωνικά αποδεκτό τρόπο, όμως απαγορεύεται να μεθούν όπως στους Ιταλούς και τους Εβραίους, η πιθανότητα παθολογικής χρήσης ελαττώνεται. Κατάχρηση ουσιών όπως η κοκαΐνη, τα ψευδαισθησιογόνα ή η κάνναβη συχνά συνδυάζεται με συμμετοχή σε ορισμένες κοινωνικό-πολιτισμικές ομάδες.
- Φύλο: Γενικά οι διαταραχές αυτές είναι πιο συχνές στους άντρες από ότι στις γυναίκες.
- Ηλικία έναρξης: Η Κατάχρηση και Εξάρτηση από αλκοόλ αρχίζει μεταξύ 20-40 ετών. Η Κατάχρηση και Εξάρτηση από οπιούχα και οπιοειδή, κοκαΐνη, αμφεταμίνες, ψευδαισθησιογόνα, κάνναβη, φαινκυκλιδίνη και νικοτίνη αρχίζει συνήθως μεταξύ 15-25 ετών. Η Κατάχρηση και Εξάρτηση από καταπραϋντικά, υπνωτικά ή αγχολυτικά αρχίζει μεταξύ 15-25 ετών όπως και των παραπάνω ουσιών ή μεταξύ 30-60 ετών με αφορμή ιατρική θεραπεία κυρίως αϋπνίας ή άγχους (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

## 2.6.2 ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΟΥΣΙΕΣ

Η χρήση ουσιών με σκοπό την αλλαγή της διάθεσης και της συμπεριφοράς είναι επιτρεπτή στα περισσότερα μέρη του κόσμου. Τέτοιες ουσίες είναι π.χ. το αλκοόλ, η καφεΐνη κ.ά. Εντούτοις υπάρχουν πολιτισμικές διαφορές. Σε μερικές ομάδες η χρήση παράνομων ουσιών για λόγους διασκέδασης θεωρείται κατακριτέα, ενώ σε άλλες η χρήση παράνομων ουσιών για λόγους διασκέδασης θεωρείται αποδεκτή. Επιπρόσθετα, ορισμένες ουσίες χρησιμοποιούνται ιατρικά για την ανακούφιση του πόνου, της ψυχικής έντασης ή την καταστολή της όρεξης (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

### 2.6.2.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑ DSM-IV

Κατά το DSM-IV το βασικό χαρακτηριστικό της Εξάρτησης από Ουσίες είναι ένα σύμπλεγμα γνωστικών, συμπεριφορικών και φυσιολογικών συμπτωμάτων, που δείχνουν ότι το άτομο συνεχίζει τη χρήση της ουσίας παρά την ύπαρξη σημαντικών προβλημάτων που σχετίζονται με τη λήψη της. Τα διαγνωστικά κριτήρια για την Εξάρτηση από Ουσίες κατά DSM-IV παρουσιάζονται στον πίνακα.

Ένας δυσπροσαρμοστικός τύπος χρήσης ουσιών, που οδηγεί σε κλινικά σημαντική έκπτωση ή υποκειμενική ενόχληση, όπως εκδηλώνεται με τρία (ή περισσότερα) από τα παρακάτω, που συμβαίνουν οποτεδήποτε μέσα στην ίδια χρονική περίοδο 12 μηνών:

(1) Ανοχή, όπως ορίζεται με οποιοδήποτε από τα παρακάτω δυο:

A. Ανάγκη για έντονα αυξημένες ποσότητες της ουσίας για να επιτευχθεί τοξίκωση ή επιθυμητό αποτέλεσμα.

B. Έντονα ελαττωμένο αποτέλεσμα με συνεχή χρήση της ίδιας ποσότητας της ουσίας.

(2) Στερητικό σύνδρομο, όπως εκδηλώνεται με οποιοδήποτε από τα παρακάτω δυο:

A. Χαρακτηριστικό στερητικό σύνδρομο για την ουσία.

B. Η ίδια (ή κάποια με στενή σχέση με αυτήν) ουσία λαμβάνεται για να ανακουφισθούν ή να αποφευχθούν στερητικά συμπτώματα.

(3) Η ουσία συχνά λαμβάνεται σε μεγαλύτερες ποσότητες ή για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από ότι το άτομο είχε σκοπό.

(4) Ξοδεύεται πολύς χρόνος, σε δραστηριότητες απαραίτητες για να βρει την ουσία (π.χ. επισκέπτεται πολλαπλούς γιατρούς ή οδηγεί μακρινές αποστάσεις), χρησιμοποιώντας την ουσία (π.χ. το ένα τσιγάρο μετά το άλλο) ή για να συνέλθει από τα αποτελέσματά της.

(5) Σημαντικές κοινωνικές, επαγγελματικές ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες εγκαταλείπονται ή μειώνονται λόγω της χρήσης της ουσίας.

(6) Η χρήση της ουσίας συνεχίζεται παρά τη γνώση ότι έχει ένα επίμονο ή υποτροπιάζον σωματικό ή ψυχολογικό πρόβλημα που είναι πιθανό να έχει προκληθεί ή να παροξύνεται από την ουσία (π.χ. τωρινή χρήση κοκαΐνης παρά τη αναγνώριση Κατάθλιψης προκαλούμενης από την κοκαΐνη ή συνεχιζόμενη χρήση ποτού παρά την αναγνώριση ότι ένα έλκος έγινε χειρότερα από την κατανάλωση αλκοόλ).

Ø Με Φυσιολογική Εξάρτηση: απόδειξη ανοχής ή στερητικού συνδρόμου (δηλ. είτε το αντικείμενο 1 είτε το 2 είναι παρόν).

Ø Χωρίς Φυσιολογική Εξάρτηση: όχι απόδειξη ανοχής ή στερητικού συνδρόμου (δηλ. ούτε το αντικείμενο 1 ούτε το 2 είναι παρόν).

§ Προσδιοριστές πορείας:

§ Πρώιμη Πλήρης Ύφεση

§ Πρώιμη Μερική Ύφεση

§ Παρατεταμένη Πλήρης Ύφεση

§ Παρατεταμένη Μερική Ύφεση

§ Σε Θεραπεία με Αγωνιστή

§ Σε Ελεγχόμενο Περιβάλλον

Ο βαθμός της ανοχής ποικίλλει από ουσία σε ουσία. Άτομα που κάνουν βαριά χρήση οπιοειδών και διεγερτικών μπορεί να αναπτύξουν σημαντική ανοχή(π.χ. δεκαπλάσια). Η ανοχή στο αλκοόλ επίσης είναι μεγάλη, είναι όμως μικρότερη από της αμφεταμίνης. Η ανοχή στη νικοτίνη είναι επίσης πολύ μεγάλη. Η ανοχή στην κάνναβη αφορά τους χρόνιους χρήστες. Δεν είναι βέβαιο ότι αναπτύσσεται ανοχή στη φαικυκλιδίνη (PCP). Τα ψευδαισθησιογόνα προκαλούν γρήγορα έντονη ανοχή.

Το στερητικό σύνδρομο είναι μια δυσπροσαρμοστική μεταβολή της συμπεριφοράς με φυσιολογικά και γνωστικά στοιχεία, που συμβαίνει όταν

ελαττωθούν τα επίπεδα της ουσίας στο αίμα, σε ένα άτομο που έκανε μακροχρόνια βαριά χρήση κάποιας ουσίας. Τα στερητικά συμπτώματα διαφέρουν πολύ ανάμεσα στις διάφορες ουσίες, για αυτό υπάρχουν διαφορετικά διαγνωστικά κριτήρια για το στερητικό σύνδρομο της καθεμίας. Έντονα και γενικά εύκολα αναγνωρίσιμα στερητικά φυσιολογικά σημεία παρατηρούνται μετά την παύση ή ελάττωση της χρήσης του αλκοόλ, των οπιοειδών, των καταπραϊντικών, υπνωτικών ή αγχολυτικών. Στερητικά συμπτώματα και σημεία συχνά υπάρχουν αλλά μπορεί να είναι λιγότερο εμφανή στα διεγερτικά όπως αμφεταμίνες και κοκαΐνη, όπως και στη νικοτίνη. Στα ψευδαισθησιογόνα δεν έχει εμφανισθεί σημαντικό στερητικό σύνδρομο ακόμη και μετά επανειλημμένη χρήση τους. Δεν έχει περιγράψει στερητικό σύνδρομο από φαινκυκλιδίνη.

Όπως φαίνεται και παραπάνω, οι προσδιοριστές Με Φυσιολογική Εξάρτηση και Χωρίς Φυσιολογική Εξάρτηση χρησιμοποιούνται για να δείξουν την παρουσία ή απουσία ανοχής ή στερητικού συνδρόμου.

Όσον αφορά τους προσδιοριστές πορείας, που αναφέρονται στον Πίνακα, αυτοί ορίζονται ως εξής:

Πρώιμη Πλήρης Ύφεση: Εάν για τουλάχιστον 1 μήνα, αλλά λιγότερο από 12 μήνες, δεν έχει συμπληρωθεί κανένα κριτήριο για Εξάρτηση ή Κατάχρηση.

Πρώιμη Μερική Ύφεση: Εάν τουλάχιστον για 1 μήνα, αλλά λιγότερο από 12 μήνες, ένα ή περισσότερα κριτήρια για Εξάρτηση ή Κατάχρηση έχουν συμπληρωθεί (αλλά πλήρη κριτήρια για Εξάρτηση δεν έχουν συμπληρωθεί).

Παρατεταμένη Πλήρης Ύφεση: Εάν κανένα από τα κριτήρια για Εξάρτηση ή Κατάχρηση δεν έχουν συμπληρωθεί οποτεδήποτε κατά τη διάρκεια μιας περιόδου 12 μηνών ή περισσότερο.

Παρατεταμένη Μερική Ύφεση: Εάν πλήρη κριτήρια για Εξάρτηση δεν έχουν συμπληρωθεί για μια περίοδο 12 μηνών ή περισσότερο. Εντούτοις ένα ή περισσότερα κριτήρια για Εξάρτηση ή Κατάχρηση έχουν συμπληρωθεί.

Σε Θεραπεία με Αγωνιστή: Ο προσδιοριστής αυτός σημαίνει ότι το άτομο παίρνει αγωνιστή και δεν έχει συμπληρωθεί κανένα κριτήριο για Εξάρτηση ή Κατάχρηση για τη συγκεκριμένη τάξη ουσιών τουλάχιστον για τον προηγούμενο μήνα (εκτός από ανοχή ή στερητικό σύνδρομο από τον

αγωνιστή). Η κατηγορία αυτή χρησιμοποιείται και για τα άτομα που θεραπεύονται για Εξάρτηση με μερικό αγωνιστή ή αγωνιστή / ανταγωνιστή.

Σε Ελεγχόμενο Περιβάλλον: Ο προσδιοριστής αυτός σημαίνει ότι το άτομο βρίσκεται σε ένα περιβάλλον όπου δεν μπορεί να βρει αλκοόλ ή άλλες ουσίες (π.χ. φυλακές με στενή επίβλεψη, θεραπευτικές κοινότητες, κλειστά νοσοκομειακά τμήματα) και δεν έχει συμπληρωθεί κανένα κριτήριο για Εξάρτηση ή Κατάχρηση τουλάχιστον για τον περασμένο μήνα (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

### 2.6.2.2 ΤΥΠΟΙ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

*Ψυχική εξάρτηση* λέγεται η κατάσταση εκείνη, κατά την οποία το άτομο νοιώθει την ακατανίκητη ανάγκη να επαναλάβει τη χρήση της τοξικής ουσίας προκειμένου να πετύχει μια ευχάριστη, για αυτό, κατάσταση (ευφορία, χαλάρωση) και να αποφύγει μια δυσάρεστη.

*Σωματική ή φυσιολογική εξάρτηση* λέγεται η κατάσταση, κατά την οποία το άτομο επαναλαμβάνει τη χρήση της τοξικής ουσίας (π.χ. των ναρκωτικών) για να αποφύγει τις δυσάρεστες σωματικές διαταραχές που προκαλούνται μετά τη διακοπή ή την ανεπαρκή δόση της και οι οποίες είναι γνωστές με τον όρο σύνδρομο αποστέρησης. Σε περίπτωση δηλ. διακοπής της τοξικής ουσίας το σώμα αντιδρά με ναυτία, εμετό, αϋπνία, κράμπες των μυών, ιδρώμα, χασμουρητό, ακράτητα δάκρυα κλπ.

*Πρωτογενής* λέγεται η εξάρτηση, όταν αιτία για την ανάγκη λήψης της τοξικής ουσίας είναι μια ανυπόφορη κατάσταση (σωματική ή ψυχική). Ενώ, *Δευτερογενής* λέγεται η εξάρτηση, όταν η αιτία βρίσκεται στον εθισμό εξαιτίας της μακροχρόνιας χρήσης της τοξικής ουσίας (Πιάνος Κ., Αθήνα, 2003).

### 2.6.3 ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

Το βασικό χαρακτηριστικό της *Κατάχρησης Ουσιών* είναι ένας δυσπροσαρμοστικός τύπος χρήσης ουσιών, που εκδηλώνεται με υποτροπιάζουσες και σημαντικά αρνητικές συνέπειες, που προέρχονται από



την επανειλημμένη χρήση ουσιών. Σε αντίθεση με την *Εξάρτηση από Ουσίες*, τα διαγνωστικά κριτήρια για την *Κατάχρηση Ουσιών* δεν περιλαμβάνουν ανοχή, στερητικό σύνδρομο ή καταναγκαστική χρήση, αλλά μόνον τις βλαβερές συνέπειες της επανειλημμένης χρήσης (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1998).

Αν γίνει κατάχρηση μια τοξικής ουσίας (ή χρήση της μερικές φορές σε κάποιες περιπτώσεις), δημιουργείται στο άτομο εξάρτηση από τις ουσίες αυτές, για μερικές ψυχική, για άλλες δε, ψυχική και σωματική (Πιάνος Κ., Αθήνα, 2003).

### 2.6.3.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑ DSM-IV

Ειδικότερα, τα διαγνωστικά κριτήρια της Κατάχρησης Ουσιών κατά το DSM-IV είναι τα εξής:

A. Ένας δυσπροσαρμοστικός τύπος χρήσης ουσιών που οδηγεί σε κλινικά σημαντική έκπτωση ή υποκειμενική ενόχληση, όπως εκδηλώνεται με ένα (ή περισσότερα) από τα παρακάτω, που συμβαίνουν μέσα σε μια περίοδο 12 μηνών:

(1) Υποτροπιάζουσα χρήση ουσιών που έχει σαν αποτέλεσμα αδυναμία του ατόμου να εκπληρώσει υποχρεώσεις του μείζονος ρόλου του στην εργασία, στο σχολείο ή στο σπίτι (π.χ. επανειλημμένες απουσίες ή φτωχή απόδοση στην εργασία σχετιζόμενα με τη χρήση ουσιών. Απουσίες, αποβολές ή εκδιώξεις από σχολείο σχετιζόμενες με ουσίες. Παραμέληση του νοικοκυριού ή των παιδιών).

(2) Υποτροπιάζουσα χρήση ουσιών σε περιστάσεις στις οποίες είναι σωματικά επικίνδυνα (π.χ. οδήγηση αυτοκινήτου ή χειρισμός μηχανήματος ενώ υπάρχει έκπτωση λόγω χρήσης ουσιών).

(3) Υποτροπιάζοντα νομικά προβλήματα σχετιζόμενα με τη χρήση ουσιών (π.χ. συλλήψεις για διαταραγμένη διαγωγή σχετιζόμενη με ουσίες).

(4) Συνεχιζόμενη χρήση ουσιών παρά το ότι έχει επίμονα ή υποτροπιάζοντα κοινωνικά ή διαπροσωπικά προβλήματα που προκαλούνται ή παροξύνονται από τη δράση της ουσίας (π.χ. μαλώματα με τον /την σύζυγο για τις συνέπειες της τοξίκωσης, σωματικοί καβγάδες).

B. Τα συμπτώματα ποτέ δεν πληρούσαν τα κριτήρια για Εξάρτηση από Ουσίες για αυτήν την τάξη ουσιών (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

### 2.6.3.2 ΤΟΞΙΚΟΜΑΝΙΑ

Τοξικομανία, είναι η χρήση ναρκωτικών ουσιών που προκαλούν εξάρτηση. Στη τοξικομανία υπάρχει το φαινόμενο του εθισμού με τα δυο του χαρακτηριστικά: την αδυναμία εγκατάλειψης της τοξικής ουσίας και την ανάγκη προοδευτικής αύξησης της δόσης.

Η τοξικομανία εκφράζει την ύπαρξη μιας βαθιάς ένστικτο-συναισθηματικής διαταραχής όπου η χρήση της τοξικής ουσίας δεν είναι παρά δευτερογενής εκδήλωσή της. Η διαταραχή στη δομή της προσωπικότητας του ατόμου, είναι αυτή που δημιουργεί το πρόβλημα και όχι η χρήση της τοξικής ουσίας. Η τυχαία ή επεισοδιακή χρήση της από το φυσιολογικό ψυχικά άτομο δεν αποτελεί πρόβλημα στην αντιμετώπιση του (Στεφανής και Συνερ., Αθήνα).

Ο όρος *ναρκωτικό (drogue)* γίνεται δεκτός με διαρκώς ευρύτερη έννοια, έτσι ώστε στη σύγχρονη εποχή σημαίνει κάθε φυσική ή συνθετική ουσία που έχει ψυχοτρόπο δράση ή και απλώς φαρμακολογική δράση στον εγκέφαλο. Το ναρκωτικό είναι μια ουσία η οποία είτε αναζητείται από το χρήστη, είτε προτείνεται για κατανάλωση από μια κοινωνική ομάδα, είτε προσφέρεται με τρόπο πιεστικό μέσα από τον προσηλυτισμό που ασκούν ορισμένα άτομα. Το 1967, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας διέκρινε τον *εθισμό (accoutumance)* από την *τοξικομανία (toxicomanie)*, όρο τον οποίο αντικατέστησε με τον όρο *φάρμακο-εξάρτηση (pharmaco-depedance)* αυτοκτονία (Lemperiere T., Feline A. & συνεργ., Αθήνα, 1995).

*Εθισμός* λέγεται η κατάσταση, κατά την οποία μετά από ένα διάστημα, η συνηθισμένη δόση της τοξικής ουσίας είναι μεν αρκετή για να προλάβει ίσως το σύνδρομο στέρησης, όχι όμως και να δημιουργήσει αισθήματα ευφορίας. Αποτέλεσμα της κατάστασης αυτής είναι ή να αυξάνεται η δόση της τοξικής ουσίας ή να γίνεται χρήση ουσίας πιο δραστηκής. Πολλές φορές όμως η αύξηση της δόσης αυξάνει τον κίνδυνο θανάτου από οξεία δηλητηρίαση (Πιάνος Κ., Αθήνα, 2003).

### 2.6.3.2.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

- § Η προσωπικότητα σαν βασική προϋπόθεση για την κατάχρηση ουσιών θεωρείται η ψυχοπαθητική προσωπικότητα. Άτομα ευαίσθητα, συναισθηματικά ασταθή, κυκλοθυμικά, με έλλειψη σιγουριάς και μειωμένο αυτοσυναίσθημα, που παρουσιάζουν επίσης επιθετικότητα, εκκεντρικότητα, αντικοινωνικότητα και δυσκολίες στη κοινωνική τους προσαρμογή έχουν κυρίως τη τάση για χρήση ναρκωτικών.
- § Στενό κοινωνικό περιβάλλον, οι διαλυμένες ή με πολύ διαταραγμένες σχέσεις οικογένειας, συχνά αποτελούν το έδαφος για τη δημιουργία νευρώσεων και ψυχοπαθειών. Σημαντικό ρόλο στη χρήση των ναρκωτικών διαδραματίζουν και οι ομάδες των συνομηλίκων. Στη πίεση της ομάδας ελάχιστα άτομα μπορούν να αντισταθούν (Πιάνος Κ., Αθήνα, 2003). Η χρήση ναρκωτικών δημιουργεί δεσμούς ένταξης και αποδοχής σε μια ομάδα και αποτελεί ένα είδος τελετουργίας ενσωμάτωσης του ατόμου σε αυτή (Lempriere T., Feline A. & συνεργ., 1995).
- § Το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, η δημοσιότητα που έχει δοθεί στο πρόβλημα των ναρκωτικών από όλους τους φορείς πληροφόρησης διεγείρει την περιέργεια και την επιθυμία ορισμένων νέων, που βρίσκουν έτσι διέξοδο στην τάση τους για ριψοκίνδυνη ζωή και περιπέτειες.
- § Τάσεις πνευματικότητας, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για χρήση ψευδαισθησιογόνων (LSD, μεσκαλίνη), για τα οποία λέγεται συχνά ότι προκαλούν «υπερβατικές εμπειρίες», «μυστικιστικά οράματα», «εκστάσεις», και «αστρικά ταξίδια» τα οποία δίνουν την ευκαιρία για τελετές και τελετουργίες εμπνευσμένες μερικές φορές από διάφορες θρησκευτικές παραδόσεις. Με την ψυχεδελική εμπειρία το άτομο προσπαθεί να ξεπεράσει ένα κόσμο περιχαρακωμένο για να επικοινωνήσει και να συγχωνευθεί με τους άλλους και με το «Άλλου».

Η τοξικομανία αποτελεί συχνά και μια *μορφή διαμαρτυρίας* εναντίον ενός οικογενειακού περιβάλλοντος, μιας κοινωνίας ή ενός πολιτικού καθεστώτος που θεωρούνται απαράδεκτα. Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται

στα πλαίσια ποικίλων ιδεολογικών ρευμάτων. Ωστόσο, μεταξύ των τοξικομανών, λίγοι είναι οι «διαφωνούντες» που στρατεύονται πραγματικά σε κάποια πολιτική δράση. Τα εξτρεμιστικά κινήματα καταγγέλλουν μάλιστα τη χρησιμοποίηση της τοξικομανίας από τους ιθύνοντες πολλών κρατών με σκοπό τη χειραγώγηση των νέων (Lempriere T., Feline A. & συνεργ., 1995). Παράλληλα, *Ο φόβος της αποτυχίας* παράλληλα με την περιέργεια, την αναζήτηση νέων δυνατών συγκινήσεων και η απόπειρα διαμαρτυρίας των νέων, αποτελεί συχνά μια παραγνωρισμένη σημαντική αιτία για τη χρήση ναρκωτικών (Πιάνος Κ., Αθήνα, 2003). Ενώ, η αναζήτηση μιας ασυνήθιστης απόλαυσης, ενός τεχνητού παραδείσου, που γίνεται ακόμα πιο ελκυστικός από το γεγονός ότι η κατάκτηση του σημαίνει παράβαση των οικογενειακών, κοινωνικών και πολιτιστικών απαγορεύσεων και ταμπού.

Η χρήση ναρκωτικών αποτελεί για ορισμένους *ισοδύναμο* αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Αρκετοί από τους τοξικομανείς καταλήγουν αργά η γρήγορα στην αυτοκτονία (Lempriere T., Feline A. & συνεργ., 1995).

#### 2.6.3.2.2 ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΣ

A) Ψευδαισθησιογόνες ή παραισθησιογόνες (χασίς, μεσκαλίνη, LSD, ψιλοκυβίνη κ.λ.π.) Η φαρμακοδυναμική δράση τους προκαλεί στο άτομο φαινόμενα τα οποία παρατηρούνται στις ψυχωσικές καταστάσεις όπως Διαταραχή της αντίληψης, μεταβολές του θυμικού και της συναισθηματικής διάθεσης, αλλοιώσεις του περιεχομένου της ροής της σκέψης, διαταραχές της συνείδησης ακόμη και παραληρητική θεματολογία και αυτοκτονία (Lempriere T., Feline A. & συνεργ., 1995).

Επηρεάζει αρνητικά πολλές λειτουργίες του εγκεφάλου (φαντασία, μνήμη, νόηση, κρίση). Ελαττώνονται επίσης η επιδεξιότητα, η ικανότητα αντίδρασης και συγκέντρωσης της προσοχής, (π.χ. στην οδήγηση). Παρατηρείται νωθρότητα και αδιαφορία για την εργασία, τις σπουδές, τα κοινά και γενικά Διαταραχή της κοινωνικής συμπεριφοράς (Πιάνος Κ., Αθήνα, 2003).

B) Διεγερτικές του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) (κοκαΐνη, αμφεταμίνες κλπ.). Προκαλεί επίσης αίσθημα κορεσμού, αύξηση των

σωματικών και πνευματικών ικανοτήτων και της γενετήσιας ορμής. Τη φάση της ευφορίας διαδέχεται συνήθως μια φάση ανησυχίας, φόβου, μικροοπτικών (λιλιπούτειων) ψευδαισθήσεων και τέλος Κατάθλιψης (Πιάνος Κ., Αθήνα, 2003). Η ελάττωση ή διακοπή της παρατεταμένης χρήσης αμφεταμινών μπορεί να προκαλέσει αϋπνία ή υπνηλία, αίσθημα κούρασης, απάθεια, πολλά και δυσάρεστα όνειρα, ανηδονία, σφοδρή επιθυμία για λήψη της ουσίας και κυρίως Κατάθλιψη, ευερεθιστότητα ή άγχος μέχρι και τάσεις αυτοκτονίας (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

Γ) Κατασταλτικές του ΚΝΣ (οινόπνευμα, βαρβιτουρικά). Η εξάρτηση μπορεί να οδηγήσει σε τραυματισμούς ύστερα από πτώση του ατόμου και σε αυτοκινητιστικά δυστυχήματα. Σε ηλικιωμένα άτομα, ακόμη και μικρής διάρκειας χρήση, ακόμη και μικρές δόσεις μπορεί να οδηγήσουν σε γνωστικά προβλήματα και πεσίματα. Η άρση των αναστολών που προκαλούν οι ουσίες αυτές μπορεί να οδηγήσει σε επιθετική συμπεριφορά, σε διαπροσωπικά και νομικά προβλήματα. Η έντονη χρήση μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή Κατάθλιψη και σε αυτοκτονία. Ο συνδυασμός των ουσιών με αλκοόλ είναι ιδιαίτερα επικίνδυνος και μπορεί να οδηγήσει σε κατάσταση υπερβολικής δόσης (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

Δ) Κατ' εξοχήν ναρκωτικά (όπιο, μορφίνη, ηρωίνη, κ.α.). Μπορεί να έχουν συμπτώματα (π.χ. καταθλιπτική διάθεση) που τις κάνουν να μοιάζουν με πρωτοπαθείς ψυχικές διαταραχές. Ψυχο-κοινωνικά, η έκπτωση της λειτουργίας του ατόμου στην εργασία, στην οικογένεια, στις διαπροσωπικές σχέσεις οδηγεί σε επαγγελματικές καταστροφές, σε χωρισμούς και διαζύγια, σε ανεργία (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Παρατηρείται απάθεια και αδιαφορία για τις κοινωνικές υποχρεώσεις και τους νόμους, πράγμα που οδηγεί συχνά σε σύγκρουση. Εξίσου παρατηρείται αλλοίωση της Προσωπικότητας (αδυναμία βούλησης, μείωση της αυτοκριτικής) (Πιάνος Κ., Αθήνα, 2003).

Ε) Οργανικούς διαλύτες και ατμούς (αιθέρας, χλωροφόρμιο, κ.α.). Οι εισπνεόμενες ουσίες προκαλούν διέγερση και ευφορία, δυσπροσαρμοστικές μεταβολές της συμπεριφοράς όπως επιθετικότητα και βία, έκπτωση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας κ.ά. (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

### 2.6.3.3 ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ

Συμφώνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, σαν *αλκοολισμός* χαρακτηρίζονται οι καταστάσεις κατά τις οποίες γίνεται υπερβολική χρήση αλκοόλ για μεγάλο χρονικό διάστημα και προς ζημία της σωματικής υγείας ή και της κοινωνικής θέσης του καταναλωτή (Πιάνος Κ., Αθήνα, 2003).

Οι αλκοολικοί είναι καταναλωτές υπερβολικών ποσοτήτων οινοπνευματωδών. Η εξάρτηση τους από το αλκοόλ είναι τόση, ώστε εμφανίζουν είτε κάποια έκδηλη ψυχική Διαταραχή είτε εκδηλώσεις προσβολής της σωματικής και της ψυχο-νοητικής τους υγείας είτε διαταραχές των σχέσεών τους με τους άλλους, της κοινωνικής τους συμπεριφοράς και των βιοποριστικών δραστηριοτήτων τους είτε τέλος, πρόδρομα σημεία όλων αυτών των διαταραχών (Lempriere T., Feline A. & συνεργ., 1995).

Αν η χρήση του οινοπνεύματος σημαίνει δυναμισμό και απόλαυση, η κατάχρηση σημαίνει σίγουρα άγχος, αδυναμία αντιμετώπισης της πραγματικότητας και εκδηλώσεις αυτοκαταστροφής (Στεφανής & συνεργ., Αθήνα).

Μια πρόσφατη διαίρεση της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας των διαταραχών από τη χρήση του οινοπνεύματος διακρίνει δυο κατηγορίες:

1) Την *κατάχρηση αλκοόλ*, που είναι η ανάγκη μιας καθημερινής χρήσης αλκοόλ για την επαρκή λειτουργία του ατόμου, η οποία οδηγεί στην έκπτωση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργίας του ατόμου, και  
2) Την *Εξάρτηση από αλκοόλ*, που διακρίνεται στον παθολογικό τύπο χρήσης αλκοόλ, στην έκπτωση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργίας του ατόμου ή στην ανοχή απέναντι στο αλκοόλ ή στο στερητικό σύνδρομο. Επιπλέον, τα άτομα που καταναλώνουν αλκοόλη έχουν κατηγοριοποιηθεί σε τέσσερις τύπους:

- 1) Κοινωνικοί πότες
- 2) Επεισοδικά υπερβολικοί πότες
- 3) Προοδευτικά υπερβολικοί πότες
- 4) Χρόνιοι Αλκοολικοί (Μαδιανός Μ., Αθήνα, 2000).

### 2.6.3.3.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

A. Βιολογικοί (γενετικοί) παράγοντες. Αν και μέχρι σήμερα δεν μπορεί να υποστηριχτεί με σιγουριά, αν η κληρονομική προδιάθεση ή ορισμένες οικογενειακές συνθήκες οδηγούν στον αλκοολισμό, πολλοί οπαδοί της ψυχαναλυτικής κατεύθυνσης δέχονται ότι για να γίνει κάποιος αλκοολικός εξαρτάται από την ελαττωματική φυσιολογική κατάσταση ή καλύτερα από μια κληρονομική προδιάθεση (Πιάνος Κ., Αθήνα, 2003).

Ο κίνδυνος για εξάρτηση από το αλκοόλ είναι τρεις ως τέσσερις φορές μεγαλύτερος σε στενούς συγγενείς αλκοολικών, καθώς και σε υιοθετημένα παιδιά αλκοολικών και επίσης ότι είναι μεγαλύτερος σε μονοζυγώτες από ότι σε διζυγώτες διδύμους (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

B. Κοινωνικό - πολιτιστικοί παράγοντες. Ο ρόλος τους είναι σημαντικός και προφανής, αν ληφθεί υπόψη ο υψηλός επιπολασμός του αλκοολισμού σε ορισμένα επαγγέλματα (ιδιοκτήτες καφενείων, εμπορικοί αντιπρόσωποι, χειρώνακτες υψηλών θερμοδικών αναγκών) (Lempriere T., Feline A. & συνεργ., 1995).

Μεγάλος θεωρείται και ο ρόλος της διαφήμισης και κυρίως από την τηλεόραση, όπου τονίζεται, πως οι καλύτερες στιγμές της ζωής γιορτάζονται μόνο με κάποιο αλκοολούχο ποτό, ή ότι από καμιά καλή συντροφιά δε μπορεί να λείπει το καλό ποτό και τέλος, ότι είναι δείγμα ανδρισμού ή σύμβολο ευμάρειας.

Επίσης η δυνατότητα που έχουν σήμερα οι νέοι να ξοδεύουν αρκετά χρήματα όχι μόνο για τις πρώτες ανάγκες τους αλλά και στις εξόδους τους σε ψυχαγωγικά μαγαζιά, για να πουν ένα ποτηράκι.

Επιπλέον, η καθημερινή ζωή πολλών ανθρώπων σήμερα, ακόμη και στον ελεύθερο χρόνο έχει κατά μεγάλο μέρος παθητικό χαρακτήρα και δεν αφήνει πολλά περιθώρια για ανάπτυξη πρωτοβουλιών (π.χ. τηλεόραση, κινηματογράφος, δίσκοι μουσικής κλπ.) (Πιάνος Κ., Αθήνα, 2003).

Γ. Προσωπικότητα και ψυχολογικοί μηχανισμοί. Τα γνωρίσματα της προσωπικότητας που συναντώνται συχνά είναι η ανωριμότητα, η ανασφάλεια, η εξάρτηση και η έλλειψη αντοχής στις ματαιώσεις. Δεν υπάρχει όμως κάποια προ-αλκοολική προσωπικότητα.

Οι ψυχολογικοί μηχανισμοί που διέπουν την αλκοολική συμπεριφορά είναι: η μίμηση, η υπεραναπλήρωση, η υποκατάσταση, η αυτό-επιθετικότητα, η νοσηρή παρορμητικότητα (Lempriere T., Feline A. & συνεργ., 1995).

Δ. Οικογενειακό περιβάλλον. Σφάλματα αγωγής με τη μορφή της υπερπροστασίας και του «παραχαϊδέματος» ή της απόρριψης, της στέρησης δηλαδή της αγάπης και της υπέρ-αυστηρής σκληρής μεταχείρισης, μπορούν επίσης να οδηγήσουν στον αλκοολισμό.

Η τάση της φυγής χαρακτηρίζει και τη συμπεριφορά του αλκοολικού σε σχέση με την εξάρτηση του, την οποία συνήθως αρνείται. Σε αυτό πολλές φορές συμβάλλει και η εξαιτίας καλών προθέσεων απόκρυψη του προβλήματος από μέρους των οικείων ή φίλων. Αυτή η απόκρυψη και προστασία, που δεν αφήνει τον πότη να έρθει έγκαιρα σε αντιπαράθεση με το πρόβλημα του, μπορεί να αποτελέσει άλλη μια αιτία (Πιάνος Κ., Αθήνα, 2003).

#### **2.6.3.3.2 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ**

Υπάρχουν πολύ σοβαρές επιπτώσεις σε οικογενειακό και επαγγελματικό επίπεδο που καταλήγουν, στις πιο βαριές περιπτώσεις, σε οικογενειακή αποδιοργάνωση και κοινωνική απομόνωση. Η θνησιμότητα είναι μεγάλη και οφείλεται σε πεπτικές επιπλοκές, αυτοκτονίες και ατυχήματα. Υψηλή είναι και η εγκληματικότητα των αλκοολικών (βιαιοπραγίες, κακοποιήσεις παιδιών, βιασμοί, ανθρωποκτονίες) (Lempriere T., Feline A. & συνεργ., 1995). Το αλκοόλ θεωρείται υπεύθυνο για πάνω από το 50% των θανάτων σε αυτοκινητιστικά δυστυχήματα.

Επίσης, τόσο η Κατάθλιψη που συχνά συνοδεύει την Αλκοολική Τοξίκωση, όσο και η Κατάθλιψη που προκαλείται από το αλκοόλ (Διαταραχή της Διάθεσης Προκαλούμενη από το Αλκοόλ) με απευθείας δράση του αλκοόλ στον εγκέφαλο αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).



## 3.0 ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗΣ

### 3.1 ΓΕΝΙΚΑ

Στα μέσα του 1930, ο ψυχίατρος Karl A. Menninger, συγγραφέας του βιβλίου *«Man Against Himself»*, αποκάλυψε αυτή τη διαδικασία της βαθμιαίας αυτοκαταστροφής, *χρόνια αυτοκτονία*, σε αντίθεση με την οξεία αυτοκτονία. Καθότι, η οξεία αυτοκτονία, χαρακτηρίζεται από μια άμεση και γρήγορη πράξη αυτοκαταστροφής. Ένας πιο σύγχρονος όρος της χρόνιας αυτοκτονίας, είναι η *έμμεση αυτοκαταστροφική συμπεριφορά*. Και οι δύο αυτοί όροι, έχουν την ίδια σημασία.

Η ψυχολογία και των δύο, δηλαδή και της οξείας και της χρόνιας αυτοκτονίας, είναι παραπλήσια, αλλά όχι εντελώς η ίδια. Ένας παράγοντας που τις διαχωρίζει, είναι ότι στην οξεία αυτοκτονία, το άτομο δέχεται το θάνατο. Από την άλλη πλευρά, στη χρόνια αυτοκτονία, υπάρχει μια συνεχής άρνηση του ενδεχόμενου του θανάτου.

Το άτομο στη χρόνια αυτοκτονία, δεν αποζητά τον θάνατο, αλλά μια ευχαρίστηση, μια άμεση ικανοποίηση, μια αίσθηση ελέγχου, η οποία θα επαναφέρει την ισορροπία στο ψυχολογικό του κόσμο. Όλα τα παραπάνω τα επιτυγχάνει καταστρέφοντας ή κάνοντας κακό στον εαυτό του ([thehealthcenter.info](http://thehealthcenter.info)).

Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (αυτοκαταστροφικός ιδεασμός, ή απόπειρα αυτοκαταστροφής), είναι πλέον συχνές επείγουσες ψυχιατρικές καταστάσεις, ενώ αποτυχία της αντιμετώπισής τους οδηγεί στην αυτοκτονία.

Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, μπορεί να είναι:

α) είτε σύμπτωμα μιας κλινικής οντότητας (μείζονος Κατάθλιψης),  
β) είτε αποτέλεσμα μια κατάστασης απελπισίας – ανημποριάς (*hopelessness – helplessness*), η οποία πιθανόν να συνδέεται με σοβαρό ψυχοπαθολογικό γεγονός (Μαδιανός Μ.Γ., Αθήνα, 2006).

Συχνά το ρίσκο του θανάτου, μέσω μιας επικίνδυνης ενέργειας ή συμπεριφοράς, υποκινείται από την έλξη του ατόμου στον επικείμενο

κίνδυνο. Το σεξ χωρίς προφύλαξη, η υπερβολική ταχύτητα στην οδήγηση, με ή χωρίς επήρεια αλκοόλ, η ανάμειξη φαρμάκων με οινόπνευματώδη κλπ., είναι μερικές αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, που μπορούν να προκαλέσουν σωματική ή οργανική βλάβη στο άτομο, χωρίς όμως απαραίτητα να προκαλέσουν τον θάνατο του. Αυτές οι ενέργειες, αποτελούν επίμονα πρότυπα συμπεριφοράς, με συχνή παθητική παρά-αυτοκτονική πρόθεση. Τα άτομα που προβαίνουν σε αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, αντιδρούν απέναντι στον επικείμενο τραυματισμό ή θάνατο, βάσει της πεποίθησης του «αν είναι κάτι να συμβεί, θα συμβεί».

Τα άτομα που αυτοτραυματίζονται, αντιλαμβάνονται τις συμπεριφορές τους, σαν λιγότερο ριψοκίνδυνες, από ότι τα αυτοκτονικά άτομα. Ωστόσο, τα αυτοκτονικά άτομα, με ιστορικό αυτοτραυματικής συμπεριφοράς, συνηθίζουν να είναι περισσότερο καταθλιπτικά, αγχώδη, παρορμητικά και είναι περισσότερο πιθανό να υποτιμήσουν την πιθανότητα του επικείμενου κινδύνου, που επιφέρει η παρά-αυτοκτονική τους πράξη. Συνεπώς, το ρίσκο του θανάτου, σε αυτή τη περίπτωση είναι σαφώς μεγαλύτερο (Kreisman J. J., & Straus H., New Jersey, 2004).

### **3.1.1 ΑΡΝΗΤΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ**

Γενικά, τα άτομα με αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, τείνουν να χρησιμοποιούν, σε ασυνείδητο πολλές φορές επίπεδο, συγκεκριμένους μηχανισμούς άμυνας. Οι μηχανισμοί αυτοί, αν και φαινομενικά αρνητικοί, στα συναισθηματικά υγιή άτομα, μπορεί εξίσου να συμβάλλουν θετικά, στην επίλυση κάποιας ενδοψυχικής σύγκρουσης. Εντούτοις, όμως, στα αυτοκαταστροφικά άτομα δεν ισχύει το ίδιο, αφού εξαιτίας αυτών, δημιουργείται ο φαύλος κύκλος της αυτοκαταστροφικότητας. Οι αρνητικοί μηχανισμοί της αυτοκαταστροφής, είναι οι εξής:

1. Απόθηση: Αποτελεί εξέλιξη της άρνησης. Απωθούνται προς το ασυνείδητο σκέψεις, βιώματα και πράξεις που είναι ψυχοτραυματικές για το Εγώ.
2. Άρνηση: Το άτομο αποκλείει από το συνειδησιακό του επίπεδο, ένα επώδυνο γεγονός ή βίωμα.

3. Μετάθεση: Είναι μια ασυνείδητη μεταφορά ενός ψυχοπαιστικού συναισθήματος, ή μιας ενόρμησης από μια ιδέα ή αντικείμενο, που αποτελεί μια συμβολική αναπαράσταση της πρωταρχικής ψυχοπαιστικής ιδέας ή αντικειμένου.
4. Παλινδρόμηση: Είναι η υιοθέτηση από ένα άτομο πρώιμων συμπεριφορών, ως αντιμετώπιση ψυχοπαιστικών καταστάσεων. Το Εγώ επιστρέφει σε αρχέγονα στάδια.
5. Αποσύνδεση: Περιστασιακή αλλά δραστική τροποποίηση του χαρακτήρα ενός ατόμου ή της αντίληψης της ταυτότητας, για να αποφευχθεί η ψυχοπίεση. Το άτομο διαχωρίζει μια ομάδα ψυχικών διεργασιών από τις άλλες.
6. Παθητική-επιθετική συμπεριφορά: Είναι μια έμμεση έκφραση επιθετικότητας προς τρίτους, μέσα από μια παθητικότητα, μαζοχισμό και επιθετικότητα προς τον εαυτό.
7. Μετουσίωση: Το άτομο μετατρέπει κατώτερες ενορμήσεις (επιθετικές) σε ανώτερες (κοινωνικές) και έτσι ικανοποιούνται οι ενορμήσεις αυτές (Μαδιανός Μ.Γ., Αθήνα, 2006 & Kreisman J. J., & Straus H., New Jersey, 2004).

### 3.1.2 ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Κάποιες από τις ενδείξεις, που συχνά σχετίζονται με την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, παρατίθενται παρακάτω. Σημειώνεται, ότι δεν είναι απαραίτητο όλα τα ακόλουθα να συνυπάρχουν ταυτόχρονα σε μια περίπτωση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς:

**[1] Η κατάχρηση ουσιών:** Εμπεριέχει την ασύνετη χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών, όπως κοκαΐνης και αμφεταμίνες. Είναι συνήθως κατανοητό στο άτομο, ότι κάνοντας κατάχρηση τέτοιων ουσιών, προκαλούνται αναπόφευκτες μελλοντικές βλάβες στο σώμα του.

**[2] Άρνηση συμμόρφωσης στις ιατρικές επιταγές / οδηγίες:** Είναι αρκετά σύνηθες, μεταξύ αυτών που παρουσιάζουν έμμεσες αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, να αρνιούνται να συμμορφωθούν με τις διάφορες ιατρικές επιταγές. Για παράδειγμα, κάποιος διαβητικός ασθενής,

του οποίου του είχαν δοθεί ιατρικές οδηγίες, έτσι ώστε να αποφεύγει φαγητά που εμπεριέχουν ζάχαρη, εκείνος αρνείται να ακολουθήσει τις ιατρικές αυτές επιταγές και συνεχίζει να καταναλώνει γλυκά, παγωτά κτλ., παρά το γεγονός ότι γνωρίζει πως κάνει κακό στον εαυτό του, κινδυνεύοντας να χάσει την όρασή του, αφού ως γνωστόν, η ζάχαρη καταστρέφει τον αμφιβληστροειδή χιτώνα του ματιού στους διαβητικούς.

**[3] Βουλιμία - Ανορεξία:** Δύο σχετικές εκφάνσεις της αυτοκαταστροφής είναι η Ανορεξία και η Βουλιμία (υπερφαγία), οι οποίες υπάγονται στις Διαταραχές Σίτισης. Στην Ανορεξία, το ρίσκο του θανάτου αυξάνεται δια της οδού της αυτό-υποβολής στον λιμό. Στη περίπτωση της Βουλιμίας, το άτομο μπορεί να οδηγηθεί στον θάνατο εξαιτίας κάποιας καρδιακής προσβολής ή κίρρωση του ήπατος, λόγω της παχυσαρκίας. Στη περίπτωση του διαβητικού ατόμου, που πρωτύτερα αναφέρθηκε στο παραπάνω παράδειγμα, μπορεί να επέλθει θάνατος, καθώς η παχυσαρκία χειροτερεύει τον διαβήτη.

**[4] Επιθυμία χειρουργικής επέμβασης:** Τα άτομα με αυτό-καταστροφικές συνήθειες συχνά επιζητούν κάποια χειρουργική επέμβαση, η οποία δεν είναι απαραίτητη. Ο ασθενής παρουσιάζει παράπονα και ψευδοσυμπτώματα, τόσο πειστικά, που είναι δύσκολο συχνά να αξιολογηθεί η πραγματικότητα της οργανικής του κατάστασης. Μπορεί όμως και να αληθεύει, σε περιπτώσεις όπως είναι ο πόνος στη πλάτη και γαστρική ενόχληση. Το παραπονούμενο άτομο συνήθως έχει μια υποβόσκουσα φαντασίωση ότι η χειρουργική επέμβαση, σχετίζεται με τον αυτοτραυματισμό και τον ακρωτηριασμό.

**[5] Ροπή προς διάφορα ατυχήματα:** Η ροπή προς διάφορα ατυχήματα, εντοπίζεται όταν ένα άτομο έχει ιστορικό τραυματισμού, επειδή είτε δεν τήρησε κάποιους βασικούς κανόνες ασφαλείας, είτε ενυπάρχει κάποιο στοιχείο απροσεξίας (π.χ. επικίνδυνη οδήγηση, σεξ χωρίς προφύλαξη, κλπ).

**[6] Εγωκεντρισμός - Εγωπάθεια:** Τα άτομα που παρουσιάζουν αυτοκαταστροφικές τάσεις, συνηθίζουν να είναι εγωκεντρικά και εγωπαθή. Παρουσιάζουν Ναρκισσισμό, δηλαδή ασχολούνται σε υπερβολικό βαθμό με τον εαυτό τους και τα "θέλω" τους. Είναι εγωκεντρικά και, όπως κάνουν τα παιδιά, θεωρούν ότι ο κόσμος περιστρέφεται γύρω από αυτά. Ενασχολούνται πολύ με τα δικά τους προβλήματα και υποφέρουν, αλλά

έχουν μικρή ή και καθόλου αντίληψη και συναίσθηση των προβλημάτων που οι άλλοι γύρω τους αντιμετωπίζουν.

**[7] Αυτό-ταπείνωση:** Σε αυτή τη περίπτωση το άτομο επιζητεί τη λεκτική, ψυχολογική ή /και τη σωματική κακοποίηση από τους άλλους, και λόγω της χαμηλής αυτοπεποίθησής του, πιστεύει ότι αυτό και μόνο του αξίζει. Δεν λείπουν όμως και οι φορές όπου το άτομο, δεν διστάζει να ταπεινώσει, με ποικίλους τρόπους, και μόνο του τον εαυτό του.

**[8] Ασκητισμός:** Ο ασκητισμός είναι μια τάση επιβολής δύσκολων και αντίξωων συνθηκών διαβίωσης σε κάποιο άτομο. Το να προσπαθεί να ζει κανείς, μόνο με νερό και ψωμί, όταν κάνει νηστεία για μεγάλα χρονικά διαστήματα, όταν κοιμάται σε σκληρό κρεβάτι, ή όταν αρνείται να κάνει χρήση κάποιας εστίας θέρμανσης το χειμώνα ή κλιματιστικό το καλοκαίρι, είναι όλα παραδείγματα ασκητικής συμπεριφοράς. Χωρίς αντικειμενικό λόγο, θα μπορούσε να ειπωθεί, ότι το άτομο συμπεριφέρεται και πράττει σαν ιερομάρτυρας.

**[9] Μαζοχισμός:** Ο μαζοχισμός συνδέεται αναμφίβολα με συμπεριφορές που επεξηγήθηκαν παραπάνω, όπως ασκητισμός και επιζήτηση χειρουργικής επέμβασης η οποία δεν είναι απαραίτητη. Ο μαζοχισμός είναι συμπεριφοριακό χαρακτηριστικό, στο οποίο το άτομο επιζητεί σωματικό ή ψυχολογικό πόνο. Υπάρχει ένα παράδοξο στοιχείο στον μαζοχισμό, και αυτό επειδή το άτομο φαίνεται να εισπράττει ευχαρίστηση από τον πόνο.

**[10] Άρνηση της πραγματικότητας:** Τα άτομα με αυτοκαταστροφικές τάσεις βασίζονται σε μεγάλο βαθμό σε ένα συγκεκριμένο μηχανισμό άμυνας του Εγώ (Freud), αυτόν της άρνησης της πραγματικότητας. Το άτομο αντιλαμβάνεται και πιστεύει ότι είναι θύμα εξωτερικών παραγόντων, τους οποίους δεν μπορεί ούτε και το ίδιο να ελέγξει. Το άτομο, με την άρνηση κινδυνεύει να χάσει την πραγματική εικόνα της πραγματικότητας και βιώνει ένα τελείως φανταστικό, διάφορο του πραγματικού, περιβάλλον.

### 3.1.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Στη κλασική ψυχαναλυτική θεωρία, υπάρχουν δύο βασικές αρχές που καθορίζουν τη πορεία της ανθρώπινης ζωής. Αυτές οι βασικές αρχές είναι ο Έρως και ο Θάνατος, τα ένστικτα της ζωής και το ένστικτο του

θανάτου - ας σημειωθεί ότι υπάρχει παραπάνω από ένα ένστικτο ζωής, όπως το ένστικτο της πείνας, της δίψας και του σεξ, αλλά υπάρχει μόνο ένα ένστικτο του θανάτου. Η ενέργεια των ενστίκτων της ζωής, αποκαλείται *Libido* και η ενέργεια του ενστίκτου του θανάτου λέγεται *Destrudo* ή *Destrado*.

Σύμφωνα με τον Freud, όταν ένα άτομο είναι σχετικά φυσιολογικό και καλά προσαρμοσμένο, αυτές οι δύο ενέργειες είναι σε υγιή και απόλυτη ισορροπία. Στη νεανική ηλικία, ο Έρως είναι κυρίαρχος, ενώ στις μεγαλύτερες ηλικίες κυρίαρχος είναι ο Θάνατος και αναπόφευκτα, αργότερα, επιτυγχάνει να επιφέρει το βιολογικό θάνατο του ατόμου. Όμως, στα άτομα με αυτοκαταστροφικές τάσεις, ο Έρως και ο Θάνατος είναι εκτός ισορροπίας και ο Θάνατος έχει κυρίαρχη θέση. Όμως εδώ υπάρχει ένα κομμάτι που απουσιάζει από αυτή τη Φροϋδική εικόνα, καθώς δεν προσδιορίζεται ο παράγοντας εκείνος που επηρεάζει και αλληλεπιδρά στην ισορροπία μεταξύ των δύο αυτών βασικών ενεργειών.

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας στις αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, είναι το αίσθημα του μίσους για τον εαυτό, που προέρχεται από τις ενοχές. Τα άτομα που υιοθετούν τέτοιου είδους συμπεριφορές, συχνά απολαμβάνουν την ιδέα της καταστροφής και της επερχόμενης αναγέννησης, γιατί όπως πολλά από αυτά τα άτομα υποστηρίζουν, για να δημιουργηθεί κάτι καινούργιο και ανανεωμένο, πρέπει πρώτα να το παλιό να «γκρεμισθεί» με οποιονδήποτε τρόπο. Με άλλα λόγια, υποστηρίζεται ότι ο βιολογικός θάνατος του ατόμου, θα επιφέρει μια δεύτερη ζωή, ή μια δεύτερη ευκαιρία σε ένα ανώτερο πνευματικό επίπεδο.

Τέλος και πέραν των όσων αναφέρθηκαν, πρέπει να σημειωθεί ότι η αυτοκαταστροφή μπορεί να είναι και μια εκδήλωση απελπισίας ενός ασθενή, απέναντι σε κάποια χρόνια σωματική ή ψυχική ασθένεια π.χ. διαβήτη, σχιζοφρένεια κτλ. ή ακόμα και μια εκδήλωση φόβου κάποιας επερχόμενης επέμβασης ή χειρουργείου ([thehealthcenter.info](http://thehealthcenter.info)).

## 3.2 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ

### 3.2.1 ΑΥΤΟ-ΗΤΤΩΜΕΝΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ

Από τη στιγμή που η αυτό-ηττώμενη Διαταραχή της Προσωπικότητας (*self-defeating personality disorder*), δεν περιλαμβάνεται σε κανένα από τα δύο διαγνωστικά συστήματα DSM-IV, ICD-10) σαν επίσημη Διαταραχή Προσωπικότητας, και επιπρόσθετα αναφέρεται μόνο σαν «*υπό μελέτη*» Διαταραχή, μπορεί μόνο να αναλυθεί σαν συμπεριφορά (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997 & Barlow D.H & Durand V.M., μτφρ. Μπαρπάτση Μ., Β' Τόμος, Αθήνα, 2000).

Η Αυτό-ηττώμενη συμπεριφορά μπορεί να στερήσει την επιτυχία σε όλους τους τομείς της ζωής ενός ατόμου, συμπεριλαμβανομένου της προσωπικής, κοινωνικής και επαγγελματικής ζωής και φυσικά την συναισθηματική και φυσική του υγεία (Zampelli S.O., M.S., 2000). Υιοθετείται όταν δεν υπάρχει σαφή ή λογική επεξήγηση της μη πραγμάτωσης των επιθυμητών στόχων ενός ατόμου, τη στιγμή που αυτοί είναι εφικτοί και επιτεύξιμοι ([selfsabotagebehavior.com](http://selfsabotagebehavior.com)).

Όπως υποστηρίζει η Zampelli (2000), η αυτό-ηττώμενη συμπεριφορά, είναι μια συσσώρευση σκέψεων, συναισθημάτων και ενεργειών, όπου όλα μαζί παρεμποδίζουν την ομαλή εξέλιξη του ατόμου και την πορεία του προς την επιτυχία (Zampelli S.O., M.S., 2000).

Η συμπεριφορά αυτή, δεν επισυμβαίνει λόγω έλλειψης επιθυμίας, δυνατοτήτων, γνώσης ή προσπάθειας για τη κατάκτησης ενός επιθυμητού στόχου. Αντιθέτως, ενυπάρχει μέσα στο ψυχισμό του ατόμου, υπονομεύοντας τις προσπάθειές του. Το συναίσθημα αυτό, λεγόμενο και αυτό-σαμποτάζ, είναι δυνατότερο από το ίδιο το άτομο, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να ελεγχθεί. Ενώ παράλληλα, μπορεί να καταστρέψει τα κίνητρα του ατόμου για προσπάθεια, δημιουργώντας στο ψυχισμό του ατόμου εσωτερική διαμάχη.

Σύμφωνα με τον Curtis (1989), οι πεποιθήσεις του ατόμου για τον εαυτό του, επηρεάζουν την συμπεριφορά του με ποικίλους τρόπους. Για

παράδειγμα, ένα άτομο που διακατέχεται από μια σοβαρή αμφιβολία για τις κοινωνικές του ικανότητες, αποφεύγει τις ενδοπροσωπικές συναναστροφές και αναπτύσσει ταυτόχρονα μια ποικιλία ενδοπροσωπικών προβλημάτων, όπως η κοινωνική απομόνωση, η ντροπαλότητα και η Κατάθλιψη (Curtis R., N. Υόρκη, 1989).

### 3.2.1.1 ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Τα άτομα που έχουν διαγνωσθεί με αυτό-ηττώμενη συμπεριφορά αναφέρουν αισθήματα αναξιοτήτας. Μπορεί να αρνηθούν στον εαυτό του βασικές απολαύσεις και ανάγκες, όπως η κατάλληλη πρόσληψη τροφής, ο επαρκής ύπνος ή η απαραίτητη σωματική άσκηση. Υπάρχουν φορές μάλιστα που απαρνιόνται ενδιαφέροντα και βλέψεις για το μέλλον τους, στο βωμό του χρήματος ή έχοντας ως βασικό στόχο τους την ικανοποίηση των άλλων.

Μια κοινή μέθοδος αυτό-τιμωρίας είναι οι λεκτικές αποθαρρυντικές επιθέσεις, που συνήθως γίνονται υπό μορφή εσωτερικού διαλόγου, ενάντια στον εαυτό π.χ. «Δεν μπορείς να τα καταφέρεις», «Τι σε κάνει να πιστεύεις ότι κάτι θα αλλάξει;», «Δεν είμαι αρκετά έξυπνος» κλπ. (Zampelli S.O., M.S., 2000).

Τα βασικότερα χαρακτηριστικά, ενός αυτό-ηττοπαθή ατόμου, είναι τα εξής:

- 1) Υψηλά Επίπεδα Νεύρωσης: Συμπεριλαμβάνονται συναισθήματα όπως, ανησυχία, φόβος, ένταση, οξυθυμία, θυμός, κατάθλιψη, απόγνωση, ενοχή, ντροπή, δυσκολία στον έλεγχο των παρορμήσεων, παράλογες πεποιθήσεις, π.χ. μη ρεαλιστικές προσδοκίες. Ακόμα, τελειοθηρία, αδικαιολόγητη απαισιοδοξία αβάσιμες σωματικές ανησυχίες, ανικανότητα και εξάρτηση από τους άλλους, για συναισθηματική στήριξη και ανάληψη αποφάσεων.
- 2) Υψηλά Επίπεδα Εξωστρέφειας: Οδηγούν στην ανεπιθύμητη κοινωνική απομόνωση του εαυτού, στην κοινωνική τριβή, στην αναζήτηση προσοχής και στην υπερβολικά δραματική έκφραση των συγκινήσεων. Επίσης, οδηγούν σε απερίσκεπτη επιδίωξη ενθουσιασμού, μάταιες προσπάθειες κυριαρχίας και ελέγχου των άλλων.
- 3) Χαμηλά Επίπεδα Προσαρμοστικότητας: Δυσκολία προσαρμογής σε κοινωνικές και προσωπικές αλλαγές, αδυναμία κατανόησης διαφορετικών



απόψεων του τρόπου ζωής, συναισθηματική κενότητα και λεκτικής έκφρασης υποκειμενικών συναισθημάτων.

4) Υψηλά Επίπεδα Δεκτικότητας: Ενυπάρχει στο άτομο μια άνευ διακρίσεως εμπιστοσύνη, υπερβολική ειλικρίνεια και γενναιοδωρία, ανικανότητα, η οποία πολλές φορές λειτουργεί κατά του συμφέροντός του. Επιπλέον, παρουσιάζεται αδυναμία συμπαράστασης και αντίστασης στους άλλους, το άτομο είναι εύκολα εκμεταλλεύσιμο από τρίτους.

5) Υψηλά Επίπεδα Ευσυνειδησίας: Το άτομο, παρουσιάζεται εργασιμανές, με συνέπεια την απομόνωσή του, από τα οικογενειακά, τα κοινωνικά, αλλά και τα προσωπικά του ενδιαφέροντα. Εμφανίζει παρορμητικότητα, άκαμπτη αυτοπειθαρχία, έλλειψη αυθορμητισμού, και τέλος, υπέρ-σχολαστικότητα με την ηθική συμπεριφορά (Ptypes.com).

### 3.2.1.2 ΜΟΡΦΕΣ

Συχνά, οι μορφές αυτό-σαμποτάζ ή αλλιώς, αυτό-ηττοπάθειας, αναπτύσσονται σαν μηχανισμοί αντιμετώπισης, οι οποίοι εξυπηρετούν στο να ανέχονται / παραβλέπουν ή να αιτιολογούν / εκλογικεύουν, ελλείψεις ή λάθος επιλογές. Τα άτομα που υπονομεύουν τον εαυτό τους, παγιδεύονται στην ιδέα ότι αυτές οι σκέψεις στην ουσία τους προστατεύουν από τον πόνο, την απόρριψη ή τον φόβο. Στη πραγματικότητα, οι συμπεριφορές αυτό-σαμποτάζ είναι υπαίτιες για πολλά προβλήματα στη ζωή τους:

§ **Μοναδικότητα** - «Είμαι διαφορετικός, κανένας άλλος δεν είναι σαν εμένα».

§ **Τελειοθηρία** - «Όλα πρέπει να γίνουν τέλεια».

§ **Φόβος** - «Φοβάμαι να ζω, φοβάμαι να πεθάνω, φοβάμαι τα πάντα που βρίσκονται στο ενδιάμεσο αυτών».

§ **Αρνητικότητα** - «Τι θα γίνει αν τα πράγματα δεν πάνε όπως αναμένω;».

§ **Αναξιότητα** - «Δεν είμαι αρκετά καλός, δεν είμαι σημαντικός».

§ **Ανυπομονησία** - «Τα θέλω όλα και τα θέλω τώρα».

§ **Ανάγκη για αποδοχή** - «Θέλω όλοι να με συμπαθούν».

Οι αυτό-ηττώμενες αυτές στάσεις και αντιλήψεις, είναι οι προάγγελοι των αυτό-ηττώμενων συμπεριφορών και περιλαμβάνουν:

- § Αναβλητικότητα
- § Αποφυγή
- § Αυτό-ηττώμενες συνήθειες
- § Ανευθυνότητα
- § Εξαρτώμενες συμπεριφορές

Μπορεί επίσης να περιλαμβάνονται συμπεριφορές όπως:

- § Χάσιμο χρόνου: Υπερβολική απασχόληση με δραστηριότητες ασήμαντης αξίας, τη στιγμή που εκκρεμούν άλλες σημαντικότερες.
- § Έμμεση επικοινωνία: Άρνηση έκφρασης επιθυμιών ή απόψεων, με αποτέλεσμα την απογοήτευση ή την παρεξήγηση από τους άλλους.
- § Υπερκατανάλωση τροφής ή Εθισμός σε ουσίες: Αυτές οι εξαρτήσεις, βοηθούν το άτομο να κατευνάσει συναισθήματα ή να τιμωρήσει τον εαυτό του. Τα άτομα αναλώνουν βασική ενέργεια, η οποία θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για την επίτευξη προσωπικών στόχων με συνέπεια την καλυτέρευση του βιοτικού επιπέδου.
- § Ψεύδη: Σε περίπτωση που το άτομο ψεύδεται με σκοπό να καλύψει κάτι ή να εντυπωσιάσει κάποιον, αυτομάτως εκθέτει τον εαυτό του υπό φοβερή πίεση αφού θα πρέπει να διαιωνίζει το ψέμα. Ενώ, εάν το ψέμα αποκαλυφθεί, το άτομο ριψοκινδυνεύει να χάσει πράγματα τα οποία θεωρεί σημαντικά στη ζωή του.
- § Ανοργανωσιά: Παραπέταμα σημαντικών εγγράφων, ή η μη θύμηση σημαντικών ραντεβού. Η ανοργανωσιά σπαταλά σημαντικό χρόνο και ενέργεια.
- § Καθυστέρηση: Η καθυστέρηση στην εργασία, ή σε λοιπές συγκεντρώσεις ή ραντεβού, μπορεί να προκαλέσει άγχος στο άτομο, ενώ παράλληλα να αναστατώσει τόσο τον φιλικό κύκλο του ατόμου όσο και τους συγγενείς ή τους εργοδότες του.
- § Αναζήτηση βοήθειας από λάθος άτομα: Τα άτομα εργάζονται πολύ, αλλά όχι με τον κατάλληλο και πιο αποδοτικότερο τρόπο, ο οποίος θα τους βοηθούσε στη προκειμένη περίπτωση να πετύχουν τους στόχους τους. Αναζητούν βοήθεια, αλλά όχι από αρμόδια πρόσωπα, που διαθέτουν τις κατάλληλες ή εμπειριστατωμένες απαντήσεις, με αποτέλεσμα, το άτομο να αναγνωρίζει σαν δικό του σφάλμα, οποιαδήποτε αποτυχία στη ζωή του.

§ Ανάληψη υπερβολικών ευθυνών: Σε αυτή τη περίπτωση, το άτομο αναλαμβάνει μαζικές υποχρεώσεις ή ευθύνες, με σκοπό να αποδείξει ότι είναι ικανό να τις φέρει εις πέρας ή με σκοπό να αναλάβει τις ευθύνες άλλων ώστε αυτοί να μην πληγωθούν. Ως αποτέλεσμα, αυτή η συμπεριφορά οδηγεί το άτομο να θέσει σε δεύτερη μοίρα τις δικές του βασικές ανάγκες, όπως ο επαρκής ύπνος, η κατάλληλη λήψη τροφής κλπ., γεγονός που το οδηγεί σε πλήρη ψυχική και ενεργειακή έκπτωση.

Μερικές φορές μάλιστα, αυτές οι αυτό-ηττώμενες σκέψεις έρχονται τόσο παγιωμένα και τόσο αυτόματα στο μυαλό του ατόμου, ώστε κατοχυρώνονται στη πεποίθησή του ως άκρως λογικές (Zampelli S.O., M.S., 2000).

### **3.2.1.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ**

Αρκετές έρευνες, επικεντρώνονται στους ψυχολογικούς, κυρίως, λόγους, όπου μια αποτυχία στον επαγγελματικό τομέα, στο σχολείο ή ακόμα και στις σχέσεις, μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τον ψυχισμό του ατόμου. Οι ερευνητές, μελετάνε τον τρόπο με τον οποίο το αίσθημα της αυτοεκτίμησης και η κοινωνική εναρμόνιση, μπορεί, παραδόξως, να επηρεάσει το αίσθημα της αυτό-ηττοπάθειας.

Οι ψυχολόγοι συμφωνούν ότι η δημιουργία μικρό-δικαιολογιών, πολλές φορές, είναι ένα θεμιτό μέσο, για να βγει το άτομο από μια δύσκολη θέση. Εντούτοις όμως, τα αυτό-ηττοπαθή άτομα, επαναπαύονται τόσο στις δικαιολογίες που δημιουργούν και στις αυτό-επιβαλλόμενες αδυναμίες τους, που παγιδεύονται και τα ίδια, μέσα σε αυτές. Τέτοιου είδους συμπεριφορές, αποτελούν Διαταραχές της Συμπεριφοράς, κατά τις οποίες, ένα άτομο υποτιμά τόσο πολύ τον εαυτό του, ώστε μπορεί ακόμα και να επισυνάπτει σχέσεις ή να εμπλέκεται σε καταστάσεις που οδηγούν στην απογοήτευση ή στην κακομεταχείριση (Goleman D., *The New York Times*, 1987).

Παρόλα αυτά, υπάρχουν συγκεκριμένοι ψυχολογικοί λόγοι, που οδηγούν το άτομο στην υιοθέτηση αυτό-ηττώμενων συμπεριφορών, οι σπουδαιότεροι από αυτούς είναι οι εξής:

1. Η συναισθηματική εξάντληση, έχει επανειλημμένως συνδεθεί με την αυτό-ηττώμενη συμπεριφορά. Έχει βρεθεί ότι η επίμονη άσχημη ψυχική διάθεση, οδηγεί τα άτομα στην υιοθέτηση αυτό-ηττώμενων συμπεριφορών, σαν συνέπεια των παγιωμένων και περιορισμένων σκέψεων που δημιουργούνται σε αυτά (όπως παράδειγμα οι ενοχές που κάνουν το άτομο να θέλει να υποφέρει). Οι αυτό-ηττώμενες συμπεριφορές περιορίζουν το αντιληπτικό πεδίο του ατόμου, και την συνειδητοποίηση της ύπαρξης εναλλακτικών επιλογών ή ενδεχομένων.
2. Η κοινωνική απομόνωση, ενδεχομένως να προάγει τις συμπεριφορές αυτές, καθώς επιδεινώνει την συναισθηματική ανησυχία του ατόμου και έχει ως αποτέλεσμα την επιλογή αυτό-ηττώμενων συμπεριφορών. Επίσης έχει αποδειχθεί ότι η Κατάθλιψη, η μοναξιά και η χαμηλή αυτοεκτίμηση, συντελούν στη κοινωνική απομόνωση του ατόμου (Twenge J. M., Catanese K. R., & Baumeister R. F, psy.fsu.edu).
3. Απειλούμενο «Εγώ»: Όταν η επιθυμητά προβαλλόμενη εικόνα του εαυτού απειλείται, το άτομο αναζητά απεγνωσμένα να υπερασπίσει και να αποδείξει την αξία του, σαν αντίδραση αυτής της απειλής. Οι απειλές του «Εγώ», μπορεί συχνά να βιώνονται σαν ψυχολογικές κρίσεις, αποσπώντας το συναισθηματικό κίνδυνο και απαλείφοντας τις μακροπρόθεσμες συνέπειες από την άμεση εκτίμηση του ατόμου. Με συνέπεια να υιοθετούνται αυτό-ηττώμενες συμπεριφορές.
4. Χαμηλή Αυτοεκτίμηση: Τα χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης, συνήθως μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά τον ψυχισμό του ατόμου και να προκαλέσουν Αγχώδεις ή Καταθλιπτικές Διαταραχές. Όταν η αυτοεκτίμηση ενός ατόμου απειλείται, τότε παρουσιάζονται στο άτομο δύο επιλογές: η πρώτη επιλογή είναι η αποδοχή της κακής αξιολόγησης / εκτίμησης, η οποία με τη σειρά της ίσως να οδηγήσει στην έκπτωση της αυτοεκτίμησης του ατόμου και η δεύτερη επιλογή είναι η διατήρηση της εσωτερικής αυτοεκτίμησης του, αγνοώντας την απειλή.
5. Αποτυχία Αυτοελέγχου: Ο αυτοέλεγχος είναι προφανώς, μια από τις κυριότερες ικανότητες, που ο ίδιος ο άνθρωπος έχει αναπτύξει, με

σκοπό να προκαλεί θετικές εκβάσεις στην λύση των προβλημάτων του. Όταν λοιπόν ο εαυτός, προκαλεί αντίθετα αποτελέσματα στην επίλυση προβλημάτων, τότε γίνεται φανερό ότι ο αυτοέλεγχος έχει αποτύχει. Οι θεωρητικοί, έχουν αναγνωρίσει δύο κύριους τύπους αποτυχίας του αυτοελέγχου, οι οποίοι έχουν διαφορετικές αιτιολογικές προσεγγίσεις και μηχανισμούς: Ο πρώτος, εμπεριέχει μια αποτυχία του εαυτού, στη προσπάθεια αλλαγής της αντίδρασής του, απέναντι σε ένα ερέθισμα. Προσπάθεια, η οποία γίνεται για να επιφέρει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Ο δεύτερος τύπος, εμπεριέχει συντονισμένες και αποτελεσματικές προσπάθειες αλλαγής του εαυτού, αλλά οι αλλαγές αυτές δεν επιφέρουν το επιθυμητό αποτέλεσμα, πιθανώς επειδή οι συνέπειές τους, δεν έχουν κατανοηθεί καταλλήλως (Baumeister R.F., 1997, psy.fsu.edu).

### 3.2.2 ΑΥΤΟΤΡΑΥΜΑΤΙΚΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ

Συνήθως χρησιμοποιούνται πολλοί εναλλακτικοί όροι αντί του αυτοτραυματισμού όπως: *αυτό-επιβαλλόμενη βία (deliberate self-harm)*, *παρά-αυτοκτονία (parasuicide)*, *αυτό-κακοποίηση (self-harm)*, *αυτό-ακρωτηριασμός (self-manipulation)*, και *αυτό-καταστροφή (self-destruction)* (Martinson D., focusas.com).

Ο όρος *αυτό-ακρωτηριασμός (self-manipulation)*, χρησιμοποιείται συνήθως για να περιγράψει τα θύματα των ατυχημάτων, της φυσικής επίθεσης, ή ορισμένων προσχεδιασμένων τύπων τιμωρίας. Οι πράξεις του ακρωτηριασμού μπορούν να συμπεριλάβουν τον ακρωτηριασμό, ή το κάψιμο (wikipedia.com). Παρόλα αυτά, όπως υποστηρίζει η Gardner (2001), ο αυτό-ακρωτηριασμός χρησιμοποιείται στην Ψυχιατρική αλλά και στην ψυχαναλυτική θεωρία, σαν μια συμπεριφορά η οποία προκαλεί σοβαρούς και, πολλές φορές, θανάσιμους ακρωτηριασμούς, με αποτέλεσμα η χρήση του ως συνώνυμου του αυτοτραυματισμού, να μην είναι τόσο έγκυρη (Gardner F., New York, 2001).

Ο όρος *παρά-αυτοκτονία (parasuicide)*, χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις συμπεριφορές των ατόμων που συμμετέχουν ή εκτελούν αυτοκτονικές ενέργειες, που όμως δεν μπορούν να επιφέρουν τον θάνατο και ως συνέπεια η πρόθεση εκτέλεσής τους να μην εμπεριέχει αυτοκτονική πρόθεση. Τα άτομα που εκτελούν παρά-αυτοκτονικές ενέργειες, είναι 23 φορές πιο πιθανό να επιχειρήσουν μια πραγματική αυτοκτονία, εν συγκρίσει με τα άτομα που δεν έχουν ιστορικό παρόμοιων ενεργειών.

Οι όροι *αυτό-κακοποίηση (self-harm)*, *αυτό-επιβαλλόμενη βία (deliberate self-harm)*, και *αυτό-καταστροφή (self-destruction)*, δεν περιλαμβάνουν επίσης αυτοκτονική πρόθεση. Ενώ, αποτελούν τις πιο ταυτόσημες λέξεις του αυτοτραυματισμού (wikipedia.com)

### 3.2.2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο *Αυτοτραυματισμός* είναι μια πράξη σωματικής βλάβης του εαυτού από πρόθεση, η οποία όμως δεν εμπεριέχει την αυτοκτονική πρόθεση ή απόπειρα. Είναι μια μέθοδος χειρισμού δύσκολων καταστάσεων, η οποία βοηθάει τα άτομα, έστω και παροδικά, να αισθάνονται καλύτερα επειδή απελευθερώνουν σωματικά, την ένταση και τον πόνο που υπάρχει μέσα στον ψυχισμό τους. Σε άλλα άτομα, ο αυτοτραυματισμός προκαλεί χημικές αλλαγές στον εγκέφαλό τους, με αποτέλεσμα να αισθάνονται ευτυχέστερα και περισσότερο γαλήνια (Alderman T., U.S.A., 1997).

Η *Αυτοτραυματική συμπεριφορά* προκαλείται από το άτομο στον εαυτό του και μπορεί να εκδηλώνεται με μελανιές, γρατσουιές και ανοιχτές πληγές (Αλβανόπουλος Γ., [dipe.kav.sch.gr](http://dipe.kav.sch.gr)). Στις περισσότερες των περιπτώσεων του αυτοτραυματισμού, το κομμάτι του εαυτού που καταστρέφεται ηθελημένα είναι το δέρμα (Levenkron S., New York, 2006).

Η ηθελημένη βλάβη του δέρματος έχει οπωσδήποτε συμβολική σημασία για την Gardner (2001), αφού, όπως υποστηρίζει, το δέρμα λειτουργεί σαν μια «ζώνη ασφαλείας» που διαφυλάττει την αίσθηση του εαυτού, όπως και κάποια άλλα πρωτόγονα σημεία της προσωπικότητας του ατόμου. Επιπρόσθετα, τονίζει ότι το δέρμα λειτουργεί και σαν οριακή γραμμή μεταξύ του εαυτού και των άλλων, δηλαδή μια μεμβράνη προστασίας του εσωτερικού από τον εξωτερικό κόσμο. Το δέρμα έχει τη

δυνατότητα να αποκρύβει ή να καταδεικνύει, αφού αποτελεί μια εξωτερική επιφάνεια του ατόμου, η οποία εκτίθεται στον κοινωνικό περιβάλλον, με συνέπεια ενδεχομένως συναισθήματα που δεν δύνανται να εξωτερικευτούν με καταλληλότερο τρόπο, να «αποτυπώνονται» πάνω σε αυτό, μέσω της πράξης του αυτοτραυματισμού (Gardner F., New York, 2001).

Στη σημερινή κοινωνία, η αυτοτραυματική συμπεριφορά εντοπίζεται, με όλο και περισσότερη συχνότητα, μεταξύ των ατόμων που πάσχουν από Διαταραχές Διάθεσης ή άλλες Ψυχικές Διαταραχές. Αποτελεί μια συμπεριφορά η οποία συχνά αγνοείται τόσο από τους επαγγελματίες ειδικούς (ψυχολόγους, ψυχιάτρους), όσο και από το ευρύ κοινό (Levenkron S., New York, 2006).

Σχεδόν το 1% του πληθυσμού των Η.Π.Α. υιοθετούν συμπεριφορές αυτοτραυματισμού, σαν μέθοδο αντιμετώπισης ανυπόφορων ψυχικών συναισθημάτων, που συχνά δεν μπορούν να εκφραστούν με λόγια (Martinson D., focusas.com).

### 3.2.2.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Τα άτομα που αυτοτραυματίζονται, αφενός το κάνουν για διαφορετικούς λόγους ο καθένας και αφετέρου βιώνουν μια μεγάλη ποικιλία δυσάρεστων συναισθημάτων. Ο Levenkron (2006), εντοπίζει δύο κοινά χαρακτηριστικά συναισθήματα των ατόμων που συνηθίζουν να αυτοτραυματίζονται:

1. Ένα συναίσθημα ψυχικής αποσύνθεσης, ή ανικανότητα σκέψης.
2. Ένα συναίσθημα οργής, το οποίο δεν μπορεί να γίνει άμεσα αντιληπτό από το άτομο ή ακόμα και να εξωτερικευτεί με παραδεκτό τρόπο (Levenkron S., New York, 2006).

Συγκεκριμένα και σύμφωνα με την Alderman (1997), υπάρχουν πέντε κριτήρια-κλειδιά, τα οποία προσδιορίζουν και καθορίζουν τις συμπεριφορές αυτοτραυματισμού:

- ü Η αυτοτραυματική συμπεριφορά, είναι μια αυτοκαταστροφική ενέργεια η οποία γίνεται από το άτομο, βλάπτοντας μόνο τον ίδιο τον εαυτό του και κανέναν άλλον.
- ü Η αυτοτραυματική συμπεριφορά γίνεται από το ίδιο το άτομο στον εαυτό του, κανένα άλλο άτομο δεν εμπλέκεται σε αυτή τη

διαδικασία.

- ü Η αυτοτραυματική συμπεριφορά, πρέπει να περιλαμβάνει κάποιου είδους σωματικής βλάβης του εαυτού (Alderman T., U.S.A., 1997).
- ü Η αυτοτραυματική συμπεριφορά δεν περιέχει αυτοκτονική πρόθεση (Levenkron S., New York, 2006), παρόλα αυτά όμως, εκείνοι που υιοθετούν συμπεριφορές αυτοτραυματισμού, είναι πιο πιθανό να προχωρήσουν σε αυτοκτονική ενέργεια (samaritans.org).
- ü Τέλος, η αυτοτραυματική συμπεριφορά γίνεται από πρόθεση του ατόμου και όχι λόγω ατυχήματος (Alderman T., U.S.A., 1997).

### 3.2.2.3 ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ

Σύμφωνα με τις παραδοσιακές αντιλήψεις για της αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, έχουν εξετασθεί και αξιολογηθεί σαν πρότυπα της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς τα εξής: Ο μαζοχισμός, η αυτοκτονία και η κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ.

Ο μαζοχισμός: Αποτελεί το κέντρο του ενδιαφέροντος, επειδή ο όρος «μαζοχιστικός», έχει συχνά χρησιμοποιηθεί σαν συνώνυμος όρος της αυτοκαταστροφής. Ο σεξουαλικός μαζοχισμός, δεν αποτελεί τμήμα της όλης αυτοκαταστροφικής προσέγγισης και διαδικασίας και έτσι δεν συμπεριλαμβάνεται σε αυτές. Οι μαζοχιστές, τυπικά, αναζητούν τον πόνο με τρόπους που τους διαφυλάττουν από τα σωματικά τραύματα και γενικώς από οποιαδήποτε ζημιά του εαυτού. Η γοητεία του πόνου στους μαζοχιστές, παρομοιάζεται και σαν ναρκωτική ουσία όπου κατευθύνει επιδέξια την προσοχή του ατόμου, σε μια βραχύχρονη, σωματική διέγερση. Μια τέτοια γνωστική εναλλαγή, είναι τόσο καλά σχεδιασμένη ώστε να εξαλείψει όλες τις σημαντικές διαστάσεις της αυτό-επίγνωσης (ψυχικός πόνος) και να αυξήσει την ισχύ της επίγνωσης των φυσικών αισθήσεων (σωματικός πόνος).

Αυτοκτονία: Με την αυτοκτονία, το άτομο οδηγείται στο έσχατο σημείο της αυτοκαταστροφής. Καθοριστικά χαρακτηριστικά του αυτοκτονικού ατόμου, είναι οι αρνητικές σκέψεις, οι αμφιβολίες, η αντιπάθεια για τον εαυτό, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η αυτό-τιμωρία. Σε αυτό το σημείο, γίνεται φανερό ότι η αρνητική εικόνα του εαυτού, είναι ο κύριος λόγος της



αυτοκτονίας. Από την άλλη πλευρά, τα άτομα αυτοκτονούν, γιατί δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν την αρνητική αυτή εικόνα του εαυτού τους, την οποία επιδεινώνουν πρόσφατες διαπροσωπικές διαμάχες ή υποτιμητικά σχόλια. Με άλλα λόγια, είναι η αντίθεση μεταξύ υψηλών προσδοκιών (όπως η επιθυμία του ατόμου να γίνει αποδεκτό από τους άλλους) και της ματαίωσης, εξαιτίας κάποιων χρονικά πρόσφατων γεγονότων που οδήγησαν στην πραγμάτωση της αυτοκτονικής απόπειρας.

Κατάχρηση Ουσιών και Αλκοόλ: Η κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ, αποτελεί ένα ακόμα μοτίβο συμπεριφοράς, το οποίο έχει συσχετιστεί με τα αυτοκαταστροφικά κίνητρα. Είναι αληθές ότι τα άτομα που κάνουν κατάχρηση ουσιών ή / και αλκοόλ καταλήγουν στο να υποφέρουν από σωματικές ασθένειες ή να οδηγούνται εσχάτως στον θάνατο. Αυτό το γεγονός, έχει οδηγήσει στην υπόθεση ότι η αυτοκαταστροφή είναι ένα σημαντικό κίνητρο για κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών. Παραταύτα, φαίνεται σε μερικές περιπτώσεις οι καταχρήσεις αυτές να χρησιμοποιούνται περισσότερο για τα θετικά, επιθυμητά αποτελέσματα ή παρενέργειες που επιφέρουν, παρά με σκοπό την αυτοκαταστροφή. Όπως ακριβώς ο Μαζοχισμός, έτσι και η κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ χρησιμοποιούνται σαν μέσα διαφυγής της επίγνωσης τόσο του εαυτού, όσο και της αληθινής διάστασης των πραγμάτων (Baumeister R. F., 1997, psy.fsu.edu).

#### 3.2.2.4 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ

Η Alderman (1997) διαχωρίζει την αυτοτραυματική συμπεριφορά σε τρεις κατηγορίες: *Ψυχωτική, Οργανική* και *Τυπική*.

1. **Ψυχωτική Αυτοτραυματική συμπεριφορά:** Τύποι ψυχωτικής αυτοτραυματικής συμπεριφοράς, περιλαμβάνουν ακρωτηριασμούς ή σοβαρούς τραυματισμούς τμημάτων του σώματος, όπως τα μάτια, τα αυτιά, τα άκρα και τα γεννητικά όργανα. Αυτές οι ενέργειες αυτοτραυματικής συμπεριφοράς, συνήθως εκτελούνται σαν αντίδραση σε οπτικές ή ακουστικές ψευδαισθήσεις. Αυτός ο τύπος αυτοτραυματικής συμπεριφοράς είναι υψηλής επικινδυνότητας και μπορεί εύκολα να διαγνωσθεί.

2. **Οργανική Αυτοτραυματική συμπεριφορά:** Η οργανική αυτοτραυματική συμπεριφορά συνήθως πηγάζει από Αυτιστικές Διαταραχές, Αναπτυξιακές Διαταραχές και άλλες διαταραχές ψυχολογικού τύπου. Αυτός ο τύπος αυτοτραυματικής συμπεριφοράς επηρεάζεται πάντα από σωματικές ή χημικές δυσλειτουργίες μέσα στο σώμα. Μορφές οργανικής αυτοτραυματικής συμπεριφοράς περιλαμβάνουν το χτύπημα του κεφαλιού και το δάγκωμα των χειλιών.
3. **Τυπική Αυτοτραυματική συμπεριφορά:** Η τυπική αυτοτραυματική συμπεριφορά, πηγάζει από συναισθηματικούς ή ψυχολογικούς λόγους, οι οποίοι δεν σχετίζονται με ψυχωτικές (φωνητικές ή ακουστικές παραισθήσεις ή ψευδαισθήσεις) ή οργανικές καταστάσεις (σωματικές ή νοητικές διαταραχές). Τα περισσότερα άτομα που αυτοτραυματίζονται εντάσσονται σε αυτή τη κατηγορία. Αυτός ο τύπος της αυτοτραυματικής συμπεριφοράς χρησιμοποιείται από το άτομο με σκοπό την συναισθηματική ανακούφιση και σαν στρατηγική αντιμετώπισης δυσχερών συναισθηματικών καταστάσεων (Alderman T., U.S.A., 1997).
  - § **Με Διαταραχή Απροσωποποίησης (dissociation):** Πρόκειται για επίμονα, επαναλαμβανόμενα επεισόδια, κατά τα οποία το άτομο αποχωρίζεται από το σώμα ή τον εαυτό του. Με άλλο λόγια το άτομο νιώθει απομακρυσμένο / αποστασιοποιημένο, σαν να είναι ένας εξωτερικός παρατηρητής των ψυχικών του λειτουργιών ή της συμπεριφοράς του (π.χ. νιώθει σαν να είναι μέσα σε ένα όνειρο), με αποτέλεσμα η συνειδητότητα και η εμπειρία του πόνου, που προκαλείται από τον αυτοτραυματισμό, να μειώνεται (Μαδιανός Μ. Γ., Αθήνα, 2006).
  - § **Χωρίς Διαταραχή Απροσωποποίησης (non-dissociation):** Το άτομο έχει πλήρη επίγνωση των συναισθημάτων του και της συμπεριφοράς του και παρόλο το έντονο συναίσθημα του θυμού που το κυριεύει πριν την πράξη, στρέφεται περισσότερο ενάντια στον ίδιο τον εαυτό, παρά στην αρχική πηγή προέλευσής του (π.χ. μια διαφωνία με τους γονείς) (Levenkron S., New York, 2006).

### 3.2.2.5 ΜΕΘΟΔΟΙ

- § **Κόψιμο:** Το κόψιμο είναι επίσης γνωστό σαν κομμάτισμα ή σχίσιμο (χάραγμα) του δέρματος, είναι ο πιο κοινός τρόπος αυτοτραυματισμού. Τυπικά εκτελείται με ένα οποιοδήποτε αιχμηρό αντικείμενο (μαχαίρι, ξυράφι, ψαλίδι, κομμάτι γυαλί κτλ). Τα περισσότερα κοψίματα γίνονται στη περιοχή των χεριών, στα πόδια, στους καρπούς, στο στήθος, πολλά άτομα όμως αυτοτραυματίζονται και σε άλλες περιοχές του σώματός τους, όπως στομάχι, πρόσωπο, λαιμός, στήθος και στη περιοχή των γεννητικών οργάνων. Παρόλα αυτά, το κόψιμο στα χέρια και στους καρπούς είναι το πιο σύνηθες φαινόμενο και αυτό γιατί οι δικαιολογίες εκμαιεύονται πιο εύκολα (για παράδειγμα τα άτομα μπορεί να πουν ότι είχαν ένα ατύχημα καθώς έπαιζαν με μια γάτα ή καθώς μαγείρευαν).
- § **Κάψιμο:** Το κάψιμο του δέρματος είναι ένας άλλος συνηθισμένος τρόπος αυτοτραυματισμού. Συνήθως γίνεται με καύτρες τσιγάρων, αναπήρες, σπίρτα, μάτια κουζίνας, πυρακτωμένα αντικείμενα (όπως ζεστές κατσαρόλες, καυτές σιδερώστρες κλπ.) και γενικώς φλεγόμενα αντικείμενα. Αρκετές φορές τα άτομα χρησιμοποιούν εύφλεκτες ουσίες όπως πετρέλαιο, προπάνιο, αλκοόλ και υγρό αναπήρων. Όπως συμβαίνει και στο κόψιμο, έτσι και το κάψιμο, τα άτομα καίνε συγκεκριμένα μέρη του σώματός τους, όπως χέρια, πόδια και στήθος.
- § **Παρέμβαση στη διαδικασία επούλωσης πληγών:** Αρκετά άτομα ακόμα και σε ασυνείδητο επίπεδο έχουν παρέμβει στη διαδικασία επούλωσης κάποιας πληγής, όμως η συμπεριφορά αυτή θεωρείται αυτοτραυματική μόνο όταν αυτή γίνεται συνειδητά. Πολλά άτομα αφαιρούν την εξωτερική μεμβράνη της πληγής πρόωρα, εισχωρούν μέσα σε αυτή καρφίτσες, πινέζες κλπ. ή κάνουν συναφή ενέργειες με σκοπό να ξαναοίξουν τη πληγή.
- § **Χτύπημα:** Τα άτομα χτυπούν τον εαυτό τους με τις γροθιές τους, και συνήθως αυτό γίνεται σε σημεία του κεφαλιού ή και στους μηρούς. Παρά το γεγονός ότι αυτού του είδους η αυτοτραυματική συμπεριφορά, μπορεί να μην φαίνεται τόσο σοβαρή όπως το κόψιμο ή το κάψιμο

σημείων του σώματος, γίνεται για τους ίδιους λόγους και έχει παραπλήσια αποτελέσματα.

§ **Υπερβολικό δάγκωμα των νυχιών:** Συνήθως οι περισσότεροι άνθρωποι δαγκώνουν τα νύχια τους, αλλά για να ενταχθεί αυτή η συμπεριφορά με τη μορφή της αυτοτραυματικής, θα πρέπει να είναι υψηλότερης σοβαρότητας και συχνότητας. Μπορεί να οδηγήσει στον τραυματισμό ή στη καταστροφή των νυχιών ή των παρανυχιδίων. Τα άτομα μπορεί να δαγκώσουν τόσο βαθιά τα νύχια τους, ώστε εκείνα να ματώσουν.

§ **Ξύσιμο:** Άλλη μια μορφή φυσιολογικής συμπεριφοράς, όπου μπορεί να μετατραπεί σε αυτοτραυματική. Τα άτομα που υιοθετούν αυτή τη μέθοδο σαν αυτοτραυματική συμπεριφορά, το κάνουν σε υπερβολική συχνότητα, ένταση και διάρκεια. Τα σημεία του σώματος μπορεί να ερεθιστούν ή μερικές φορές να ματώσουν. Συνήθως το ξύσιμο γίνεται με τα νύχια των χεριών αλλά υπάρχουν φορές όπου μπορεί να γίνει επίσης με ένα αιχμηρό ή λιγότερο αιχμηρό αντικείμενο, όπως μαχαίρι, χτένα, ή μολύβι. Μερικές φορές η συμπεριφορά αυτή γίνεται ασυνείδητα.

§ **Ξερίζωμα μαλλιών:** Τριχοτιλλομανία, σύμφωνα με το DSM-IV, είναι η υπερβολική και επαναλαμβανόμενη αφαίρεση τριχών από το ίδιο το άτομο, που έχει σαν αποτέλεσμα την αξιοσημείωτη αρραίωση των μαλλιών.

Αποτελεί τον μοναδικό τύπο της αυτοτραυματικής συμπεριφοράς όπου αναγνωρίζεται σαν ψυχολογική Διαταραχή από το DSM-IV. Συνήθως τα μαλλιά αφαιρούνται από το τριχωτό της κεφαλής και από τα βλέφαρα των ματιών, αλλά μπορεί να αφαιρούνται από οποιοδήποτε μέρος του σώματος. Τα φαλακρά σημεία, τα οποία είναι αποτελέσματα της Τριχοτιλλομανίας, συνήθως καλύπτονται με ένα καπέλο, με ένα μαντήλι, ή με γυαλιά ηλίου.

§ **Σπάσιμο οστών:** Ένας τύπος αυτοτραυματικής συμπεριφοράς (κυρίως αυτό-ακρωτηριασμός), ο οποίος είναι περισσότερο σπάνιος από τους

υπόλοιπους. Το σπάσιμο των οστών του ατόμου, από το ίδιο, είναι μια σοβαρή και υψηλής επικινδυνότητας μορφή αυτοτραυματικής συμπεριφοράς. Συνήθως τα άτομα σπάνε τα κόκαλά τους, χρησιμοποιώντας διάφορα εργαλεία, όπως σφυρί, τούβλο ή άλλα βαριά αντικείμενα. Αλλά αρκετές φορές τα άτομα ρίχνουν τον εαυτό τους μπροστά από τοίχους ή πόρτες (Alderman T., U.S.A., 1997)

### 3.2.2.6 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

1. Σύνοδες διαταραχές / συναισθήματα: Η ψυχιατρική βιβλιογραφία, περικλείει τις συμπεριφορές αυτοτραυματισμού, σε μια ποικιλία διαγνώσεων και ταξινομήσεων. Ωστόσο, οι συμπεριφορές του αυτοτραυματισμού, συχνά συνδέονται με την εμφάνιση της Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας, ή με άλλες «πολύ-παρορμητικές συμπεριφορές». Κρίνεται να αποτελεί ένα κομμάτι της παθολογίας, που εντοπίζεται στους ασθενείς, οι οποίοι συναντούν δυσκολία στον έλεγχο των παρορμήσεων και στην αντιμετώπιση των Καταθλιπτικών ή και Αγχωδών Διαταραχών. Επιπλέον, η αυτοτραυματική συμπεριφορά ενδέχεται να είναι σύμπτωμα Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής, Μανίας, Αναγκαστικής - Καταναγκαστικής Διαταραχής, Υποχονδρίασης (Gardner F., New York, 2001), χαμηλής αυτοεκτίμησης, μίσους για τον εαυτό και άλλων συναισθηματικών δυσλειτουργιών (Conterio K. & Lader W., nmha.org). Έχει επίσης αναγνωρισθεί, ότι ο αυτοτραυματισμός μπορεί να επισυμβεί στο πρίσμα της νεύρωσης, και σαν απάντηση μιας συναισθηματικής κρίσης (Gardner F., New York, 2001).
2. Σημάδια και ουλές: Ενδείξεις της αυτοτραυματικής συμπεριφοράς είναι μελανιές, καψίματα από καύτρες τσιγάρων, σημάδια από κοψίματα, που ως επί των πλείστων εντοπίζονται στους καρπούς, στα χέρια, στους μηρούς και στο στήθος.
3. Επιμελής κάλυψη: Τα άτομα που αυτοτραυματίζονται είναι πολύ προσεχτικά στη κάλυψη της κατεστραμμένης περιοχής του σώματός τους. Συχνά αυτοτραυματίζονται σε μέρη, τα οποία είναι εύκολο να καλυφτούν με τον ρουχισμό και να μην γίνουν αντιληπτά τόσο από την

οικογένεια όσο και από τους φίλους τους, οι οποίοι συνήθως αγνοούν παντελώς την ύπαρξη του προβλήματος.

4. Καμουφλάρισμα: Μια άλλη ένδειξη αυτοτραυματισμού είναι ότι το άτομο επιμένει να έχει καλυμμένη τη περιοχή του σώματος όπου και τραυμάτισε, ακόμα και αν ο καιρός δεν το επιτρέπει (π.χ. φορώντας μπλούζες με μακριά μανίκια το καλοκαίρι).
5. Αρνητικά συναισθήματα: Η οικογένεια και οι φίλοι θα πρέπει να αναζητήσουν ενδείξεις ύπαρξης Κατάθλιψης και χαμηλής αυτοεκτίμησης. Παράλληλα, το άτομο που αυτοτραυματίζεται μπορεί να νιώθει ντροπή και ενοχές, ή ακόμα και να νιώθει μπερδεμένο για την ίδια του τη συμπεριφορά ([nhsdirect.nhs.uk](http://nhsdirect.nhs.uk)).
6. Έκπτωση λειτουργικότητας: Συγχρόνως, σημειώνεται έκπτωση της λειτουργικότητάς του στον επαγγελματικό τομέα, στο σχολείο ή και στο σπίτι .
7. Διαπροσωπικές σχέσεις: Τέλος, τα προβλήματα στις διαπροσωπικές του σχέσεις πληθαίνουν, ενώ συγχρόνως το καταβάλλουν (Conterio K. & Lader W., [nmha.org](http://nmha.org)).

### 3.2.2.7 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ

Η προέλευση των αυτοτραυματικών συμπεριφορών, είναι δύσκολο να καθοριστεί ή να κατανοηθεί. Αρκετά άτομα είναι ανίκανα να θυμηθούν ποτέ άρχισαν να αυτοτραυματίζονται, ενώ με δυσκολία αιτιολογούν την συμπεριφορά τους. Εξαιτίας αυτής της δυσκολίας, συνήθως χρησιμοποιούνται τα εξής μοντέλα αιτιολογικής προσέγγισης:

**A) Μοντέλο Εθισμού:** Το πρώτο μοντέλο του αυτό-τραυματισμού, έχει πολλές ομοιότητες με τα μοντέλα αιτιολογικής προσέγγισης λοιπών εθιστικών διαταραχών, όπως ο Αλκοολισμός, η Κατάχρηση Ουσιών, οι Διαταραχές Σίτισης κλπ.

**1) Αρνητικά συναισθήματα:** Τα αρνητικά συναισθήματα είναι συχνά υπεύθυνα για τον φαύλο κύκλο του αυτοτραυματισμού. Αυτά τα αρνητικά συναισθήματα, προέρχονται από μια ποικιλία καταστάσεων και περιλαμβάνονται στις εξής τρεις κατηγορίες:

- ο Εχθρότητα, θυμός και ματαιώση
- ο Αποξένωση, απομόνωση, αποσύνδεση, απόρριψη και μοναξιά
- ο Θλίψη, Κατάθλιψη και άσχημη ψυχολογική κατάσταση

Τις περισσότερες φορές αυτά τα συναισθήματα, βιώνονται σαν ακατανίκητα ή και ανεξέλεγκτα, με συνέπεια το άτομο να επιθυμεί να τα απαλείψει. Η αυτοτραυματικές συμπεριφορές, μπορούν να προσφέρουν αποτελεσματική αλλά βραχυπρόθεσμη ανακούφιση των συναισθημάτων αυτών.

**2) Ένταση:** Επειδή ο αυτοτραυματισμός μπορεί να έχει επιθυμητό ή και μη επιθυμητό χαρακτήρα παράλληλα, (δηλαδή το άτομο να αμφιταλαντεύεται μεταξύ της εκτέλεσης ή μη, της αυτοτραυματικής πράξης), το άτομο μπορεί να βιώνει πριν την πράξη, *συναισθήματα άγχους* ή και *ανυπομονησίας*, τα οποία συνιστούν στη δημιουργία της ψυχολογικής έντασης.

Το συναίσθημα της *ανυπομονησίας*, δημιουργείται για καθαυτά τα αποτελέσματα της αυτοτραυματικής πράξης, που προσφέρουν ευφορία και ανακούφιση. Έτσι, τη στιγμή που το άτομο αποφασίζει να αυτοτραυματιστεί, αυτόματα δημιουργείται ένας τύπος άγχους ή έντασης, που προέρχεται όμως από θετικά αναγνωρισμένα κίνητρα (εξάλειψη αρνητικών συναισθημάτων).

Εντούτοις, κάποιο άλλο άτομο πριν την αυτοτραυματική πράξη, ίσως νιώσει φόβο ή άγχος. Στη περίπτωση αυτή, το άτομο ταλαντεύεται στη προοπτική της εκτέλεσης της πράξης και στη προοπτική της αποφυγής της πράξης. Ενδεχομένως, να αισθανθεί άγχος για τους επικείμενους κινδύνους της πράξης ή λόγω του ότι αντιλαμβάνεται ότι δεν μπορεί πια να ελέγξει τον εαυτό του.

**3) Αποσύνδεση:** Η αποσύνδεση ή αλλιώς ψυχοδιάσπαση, είναι το αμέσως επόμενο στάδιο που συντελεί τον φαύλο κύκλο του αυτοτραυματισμού. Το αίσθημα της αποσύνδεσης, προέρχεται από υψηλά ποσοστά έντασης που παράγονται από ισχυρά και συντριπτικά συναισθήματα. Ο ρόλος της αποσύνδεσης είναι διπτός: Λειτουργεί σαν μηχανισμός αντιμετώπισης και βοηθά το άτομο να ανεχτεί τα έντονα συναισθήματα και τον σωματικό πόνο, μειώνοντας την εμπειρία της έντασης και καλύπτοντας τον σωματικό πόνο που προκαλείται από την αυτοτραυματική πράξη.

**4) Η αυτοτραυματική πράξη:** Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου, το άτομο βρίσκεται υπό την εξέλιξη του αυτοτραυματικού επεισοδίου. Το

κόψιμο, το κάψιμο, η δημιουργία μελανιών, το ξερίζωμα τριχών κλπ., αποτελούν τις πιο συνήθεις αυτοτραυματικές συμπεριφορές. Σε αυτό το στάδιο, η διαδικασία της αποσύνδεσης, βρίσκεται στο υψηλότερο σημείο της, καλύπτοντας κατά αυτό τον τρόπο τον σωματικό πόνο. Ενώ συγχρόνως, απελευθερώνονται οι χημικές ουσίες ενδορφίνες στον εγκέφαλο, υποβοηθώντας κατά κάποιο τρόπο τη λειτουργία μείωσης του πόνου που παρέχει η αποσύνδεση.

4) Θετικά αποτελέσματα: Αμέσως μετά την εκτέλεση της αυτοτραυματικής πράξης, προκαλείται ένα συναίσθημα ανακούφισης. Οι ενδορφίνες που απελευθερώθηκαν κατά τη διάρκεια της πράξης, συνεχίζουν να προσφέρουν στο άτομο ένα αίσθημα ηρεμίας και ευχαρίστησης. Παράλληλα, η πράξη του αυτοτραυματισμού, βοήθησε το άτομο να μεταφέρει τα αρνητικά του συναισθήματα, σε σωματικό επίπεδο, με αποτέλεσμα την αίσθηση επανάκτησης αυτοελέγχου.

5) Αρνητικά αποτελέσματα: Ένα από τα κυρίαρχα προβλήματα των αυτοτραυματικών συμπεριφορών, που λειτουργούν σαν μηχανισμοί αντιμετώπισης, είναι η βραχυπρόθεσμη διάρκεια των θετικών αποτελεσμάτων τους. Από τη στιγμή που οι ενδορφίνες διασκορπίζονται και εξαλειφτούν, η συνειδητότητα της πράξης γίνεται ολοένα και πιο ξεκάθαρη στο άτομο, με αποτέλεσμα τη δημιουργία συναισθημάτων ενοχής, ντροπής και μεταμέλειας. Η συναισθηματική κατάσταση του ατόμου ίσως οδηγηθεί σε χειρότερο σημείο από το αρχικό, ίσως ακόμα η αυτοτραυματική πράξη να επαναληφθεί.

**B) Λειτουργικό Μοντέλο:** Το δεύτερο αιτιολογικό μοντέλο του αυτό-τραυματισμού, διατυπώνει όλα όσα ακολουθούν μια συμπεριφορά, δηλαδή τις συνέπειες, οι οποίες με τη σειρά του επηρεάζουν την πιθανότητα επανεμφάνισης της συμπεριφοράς. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, οι συμπεριφορές που συμβάλλουν σε ένα θετικό αποτέλεσμα (ενίσχυση), θα ενδυναμωθούν, ενώ οι συμπεριφορές που συντελούν σε ένα αρνητικό αποτέλεσμα (τιμωρία) θα αποδυναμωθούν.

1) Ενίσχυση: Η ενίσχυση (reinforcement), είναι ένας ψυχολογικός όρος, συνώνυμος της «επιβράβευσης» (Alderman T., U.S.A., 1997). Η διαδικασία «Αντίδραση -> Ενισχυτής -> Αντίδραση -> Ενισχυτής...», λέγεται ενίσχυση. Οι ενισχύσεις αποτελούν ερεθίσματα-γεγονότα, που ικανοποιούν



ανάγκες – βιολογικές και κοινωνικές – του οργανισμού (Παρασκευόπουλος Ι. Ν., Αθήνα, 1988) και μπορεί να είναι τόσο *θετικές* όσο και *αρνητικές*, και στις δύο όμως περιπτώσεις οι συνέπειες είναι αφενός ευχάριστες και αφετέρου προσδοκώμενες από το άτομο (Alderman T., U.S.A., 1997).

Η *θετική ενίσχυση*, συνίσταται στην εμφάνιση του ευχάριστου ερεθίσματος-γεγονότος (Παρασκευόπουλος Ι. Ν., Αθήνα, 1988). Συγκεκριμένα, μέσω του αυτοτραυματισμού παράγονται οι εξής θετικοί ενισχυτές: συναισθήματα ευφορίας από την απελευθέρωση ενδορφίνων, η αυτό-φροντίδα του τραύματος και η σωματική έκφραση του πόνου. Εξαιτίας λοιπόν, των παραπάνω επιβραβεύσεων και θετικών ενισχύσεων, αυξάνεται η πιθανότητα επανάληψης της αυτοτραυματικής συμπεριφοράς. (Alderman T., U.S.A., 1997).

Η *αρνητική ενίσχυση* από την άλλη πλευρά, συνίσταται στην απομάκρυνση του δυσάρεστου ερεθίσματος-γεγονότος (Παρασκευόπουλος, Ι. Ν., Αθήνα, 1988). Συγκεκριμένα, εάν ο αυτοτραυματισμός συντελεί στην εξάλειψη των δυσάρεστων συναισθημάτων, τότε αυτομάτως αυξάνονται και οι πιθανότητες επανεμφάνισης της αυτοτραυματικής συμπεριφοράς (Alderman T., U.S.A., 1997).

Συχνά γίνεται αφενός ταύτιση μεταξύ της θετικής ενίσχυσης και αμοιβής και αφετέρου μεταξύ αρνητικής ενίσχυσης και τιμωρίας. Πρέπει να τονιστεί ότι τόσο η θετική όσο και η αρνητική ενίσχυση, είναι και οι δύο μορφές αμοιβής: η μια περιλαμβάνει προσθήκη ευχάριστου ερεθίσματος-γεγονότος και η άλλη απαλοιφή δυσάρεστου ερεθίσματος – γεγονός ότι και οι δύο αποβλέπουν στην ενδυνάμωση της σύνδεσης μεταξύ αντίδρασης και ερεθίσματος, δηλαδή στην αύξηση πιθανότητας εμφάνισης της αντίδρασης.

2) Τιμωρία: Η τιμωρία είναι ένας γενικότερος όρος που αναφέρεται στη παρουσία δυσάρεστου ερεθίσματος-γεγονότος, που αποβλέπει όμως στην αποδυνάμωση, στη παρεμπόδιση (*inhibition*) μιας ανεπιθύμητης αντίδρασης και που η αποτελεσματικότητά της εξαρτάται από το «πώς» και το «πότε» χρησιμοποιείται (Παρασκευόπουλος, Ι. Ν., Αθήνα, 1988). Παραταύτα, όπως ακριβώς συμβαίνει και με τις ενισχύσεις, έτσι και η τιμωρία μπορεί να είναι τόσο θετική όσο και αρνητική.

Η *θετική* τιμωρία, επισυμβαίνει όταν παρουσιάζεται ένα ανεπιθύμητο αποτέλεσμα-γεγονός κατά την πράξη, ενώ η *αρνητική* τιμωρία, όταν το άτομο στερείται κάποιου ευχάριστου γεγονότος-αποτελέσματος. Εντούτοις,

τόσο η θετική όσο και η αρνητική τιμωρία, αποδυναμώνουν τις δυνατότητες επανάληψης μια συμπεριφοράς. Ο αυτοτραυματισμός εμπεριέχει εξίσου θετικές (π.χ. ουλές, σημάδια, αισθήματα ντροπής, μεταμέλεια κλπ.) και αρνητικές τιμωρίες (π.χ. αναγκαστική χρήση ρουχισμού ως καμουφλάζ ακόμα και τις στιγμές που το άτομο επιθυμεί να ντυθεί πιο άνετα, μείωση αυτοεκτίμησης και αλληλεπίδρασης με άλλα άτομα).

Συνεπώς, όπως γίνεται κατανοητό, οι προαναφερθείσες συνέπειες, που μπορεί να λάβουν χώρα τόσο πριν την εκτέλεση της πράξης, όσο και κατά τη διάρκεια ή το πέρας αυτής, θα μπορούσαν να επηρεάσουν τη πιθανότητα επανεμφάνισης της αυτοτραυματικής συμπεριφοράς.

**Γ) Μοντέλο Αντίπαλης Διαδικασίας:** Το Μοντέλο Αντίπαλης Διαδικασίας, υπογραμμίζει ότι η αρχική απάντηση σε ένα γεγονός, θα αντικατασταθεί αργότερα από ακριβώς αντίθετες συναισθηματικές αντιδράσεις. Συγκεκριμένα, συναισθήματα μεγάλης έντασης και φόβου πριν από την αυτοτραυματική πράξη, θα αντικατασταθούν αργότερα με ακριβώς αντίθετες συναισθηματικές καταστάσεις: χαλάρωση, ανακούφιση και γαλήνη.

**Δ) Μοντέλο Μίμησης προτύπων:** Η αυτοτραυματική συμπεριφορά, τις περισσότερες φορές, λειτουργεί σαν μιμητική διαδικασία, δηλαδή επανάληψη μιας πράξης αυτοτραυματισμού που το άτομο έχει παρατηρήσει σε κάποιο άλλο άτομο το οποίο θεωρεί σπουδαίο. Οι συγγενείς ή οι άνθρωποι με τους οποίους μεγάλωσε το άτομο, μπορεί να μην είχαν υιοθετήσει υγιείς και ευθείς τρόπους έκφρασης συναισθημάτων ή αν είχαν εκφράσει ένα συναίσθημα, όπως θυμός, το έκαναν μέσω της βιαιοπραγίας. Υπάρχουν άνθρωποι που στη προσπάθειά τους να εξαλείψουν δυσάρεστα συναισθήματα που τους καταβάλλουν, επιδίδονται σε καταχρήσεις αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών (Alderman T., U.S.A., 1997).

Η μάθηση της συμπεριφοράς, σύμφωνα με τον Bandura, συμβαίνει χωρίς να είναι αναγκαίο να προβαίνει το ίδιο το άτομο στην εκτέλεση της αντίδρασης ή / και να λαμβάνει άμεσα το ίδιο κάποια θετική ενίσχυση, αλλά απλώς με την παρατήρηση και την μίμηση της συμπεριφορά των άλλων.

Η διαδικασία της μίμησης προτύπων, γίνεται σε δύο φάσεις: 1) Στη φάση της απόκτησης της συμπεριφοράς, όπου το άτομο παρατηρεί κάποιο άλλο άτομο να εκτελεί π.χ. μια αυτοτραυματική ενέργεια, αλλά δεν προβαίνει το ίδιο σε καμία σχετική αντίδραση και ούτε λαμβάνει κανενός είδος ενίσχυσης. Αυτές οι «παθητικές» αντιληπτικές εμπειρίες, αποθηκεύονται, ως μνημονικές παραστάσεις και είναι άμεσα διαθέσιμες, 2) Η επόμενη φάση είναι η φάση της έμπρακτης εκτέλεσης της συμπεριφοράς, όπου το άτομο εκτελεί την αυτοτραυματική πράξη, μιμούμενο το πρότυπο, με βάση τη μνημονική παράσταση που εξασφάλισε στην πρώτη φάση. Η διάκριση αυτή, ανάμεσα στην απόκτηση (*acquisition*) και στην εκτέλεση (*performance*) της συμπεριφοράς είναι σημαντική. Η πρώτη δείχνει τι μπορεί να κάνει ένα άτομο σε κάθε δεδομένη στιγμή και εξαρτάται από τις δεξιότητες και τις γνώσεις που έχει αποκτήσει και διαθέτει κάθε φορά. Η δεύτερη, δείχνει την πράξη την ίδια και εξαρτάται από το είδος της ενίσχυσης που είναι άμεσα διαθέσιμη στο περιβάλλον (Παρασκευόπουλος, I. N., Αθήνα, 1988).

**Ε) Μοντέλο Ψυχοδυναμικών Επεξηγήσεων:** Οι ψυχοδυναμικές θεωρίες, επισημαίνουν ότι οι συμπεριφορές ή οι ενέργειες των ατόμων, υποκινούνται από ασυνείδητες σκέψεις και συναισθήματα που ενυπάρχουν στον ψυχισμό του ατόμου (Alderman T., U.S.A., 1997).

Όπως αναφέρει η Gardner (2001), βάσει μιας έρευνας που διεξήχθη, 4 στα 15 άτομα είχαν κακοποιηθεί σεξουαλικά, 8 στα 15 είχαν βιώσει μια επώδυνη εμπειρία διαζυγίου ή χωρισμού, ενώ ένα μικρό ποσοστό είχαν ανεπαρκής ή και μηδαμινή επικοινωνία με τον απόντα γονέα. Επιπλέον, 4 στα 15 είχαν εγκαταλειφθεί από τις μητέρες ή τους πατέρες τους. Κάποιο άλλο ποσοστό ατόμων, ήταν υιοθετημένα και ένιωθαν ότι είχαν εγκαταλειφθεί από τους γονείς τους. Μερικά μάλιστα από τα άτομα αυτά, ζούσαν σε οικοτροφείο, με αποτέλεσμα να αισθάνονται ότι οι γονείς τα έχουν απαρνηθεί. Παράλληλα 3 στα 15 άτομα, ζούσαν κάτω από ανυπόφορη πίεση ή υπερπροστασία των οικογενειών τους, ενώ άλλα βίωναν ψυχολογική ή και σωματική βία μέσα στο φάσμα της οικογένειας ή των σχέσεών τους. Τέλος, περισσότερα από ένα ψυχικά τραύματα φαίνεται να είναι παρόντα, σε πολλά από τα άτομα που αυτοτραυματίζονται (Gardner F., New York, 2001).

Γίνεται φανερό ότι οι συμπεριφορές του αυτοτραυματισμού, σύμφωνα με το μοντέλο των ψυχοδυναμικών επεξηγήσεων, είναι απόρροια προηγούμενων ψυχικών τραυμάτων, όπου έλαβαν χώρα στη πρώιμη ηλικία - κυρίως - του ατόμου, μέσω διάφορων μορφών κακοποίησης (Levenkron S., New York, 2006).

1) Κακοποίηση: Η κακοποίηση μπορεί να πάρει πολλές μορφές (ψυχολογική, σωματική ή σεξουαλική). Πράγματι, πολλοί ασθενείς, κατάφεραν κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας να αναγνωρίσουν ότι η αυτοτραυματικές τους συμπεριφορές ήταν απόρροια μιας πρώιμης κακοποίησης που υπέστησαν (Gardner F., New York, 2001). Όσο πιο νωρίτερα έλαβε χώρα το επεισόδιο κακοποίησης στη ζωή του ατόμου, τόσο πιο πιθανό είναι το άτομο να υιοθετήσει συμπεριφορές αυτοτραυματισμού, και από την άλλη όσο πιο επώδυνη ήταν αυτή η εμπειρία, τόσο πιο σοβαρό θα είναι και το αποτέλεσμα του αυτοτραυματισμού (Martinson D., crystal.palace.net).

- ο Ψυχολογική κακοποίηση: Η ψυχολογική κακοποίηση ενός παιδιού μπορεί να περιλαμβάνει πράξεις και συμπεριφορές οι οποίες εμπεριέχουν απόρριψη, εκφοβισμό, απομόνωση, εκμετάλλευση, υποτίμηση, συναισθηματική απροσφορότητα όπως και κοινωνικά αποκλίνουσες πράξεις.
- ο Σωματική κακοποίηση: Η σωματική κακοποίηση περιλαμβάνει κάθε είδους τραυματισμούς ή κακώσεις διαφορετικής σοβαρότητας και συχνά διαφορετικών ηλικιών, που δεν οφείλονται σε ατυχήματα. Η κάκωση μπορεί να είναι μία ή πολλές, παρατηρούνται δε, συχνότερα στο κεφάλι και στα άκρα του παιδιού, δηλαδή στα ακάλυπτα μέρη του σώματος.
- ο Σεξουαλική κακοποίηση: Σεξουαλική κακοποίηση θεωρείται η συμμετοχή ή η έκθεση παιδιών και εφήβων σε πράξεις με σεξουαλικό περιεχόμενο υποκινούμενες από ενήλικα, συνήθως, που έχει σχέση φροντίδας ή οικειότητας με το παιδί, οι οποίες έχουν ως σκοπό τη σεξουαλική διέγερση ή και ικανοποίηση του ενήλικα. Χαρακτηριστικά του φαινομένου είναι η ανηλικότητα του παιδιού, η σχέση εξάρτησης ή εμπιστοσύνης ανάμεσα στον ενήλικα και το παιδί, η έλλειψη συνειδητής κατανόησης της έννοιας και του περιεχομένου της

πράξης αυτής, άρα και η έλλειψη συνειδητής συναίνεσης του παιδιού.

Οι πράξεις αυτές παραβιάζουν όχι μόνο τον αιμομικτικό φραγμό, αλλά και τις γενικότερες αντιλήψεις της κοινωνίας σχετικά με τις οικογενειακές σχέσεις και τα όρια των οικογενειακών ρόλων. Η σεξουαλική κακοποίηση, εμπεριέχει διάφορες μορφές με ή χωρίς επαφή, από την έκθεση σε επίδειξη, τις θωπείες και τις ασελγείς πράξεις, μέχρι το βιασμό και την αιμομιξία. Η παιδική πορνογραφία και η πορνεία δεν είναι παρά οι εμπορευματικές πλευρές αυτού του ζητήματος, οι οποίες αναφέρονται με τον όρο "σεξουαλική εκμετάλλευση" (ich.gr).

**2) Απώθηση:** Η απώθηση (repression), είναι ίσως ο κυριότερος μηχανισμός άμυνας. Συναισθήματα, πιέσεις, καταστάσεις, μορφές συμπεριφοράς, αναμνήσεις που είναι δυσάρεστες και που είναι αντίθετες με τη κοινωνική πραγματικότητα ή που γεννούν στο άτομο άγχος και ανησυχία, απομακρύνονται και απωθούνται από την συνείδηση του ατόμου. Τις περισσότερες φορές μάλιστα, χρειάζεται πολύ χρόνος και προσπάθεια προκειμένου το άτομο να μπορέσει να εκδηλώσει ή να συνειδητοποιήσει τις απωθημένες εμπειρίες και συναισθήματά του (Καλούρη – Αντωνοπούλου, Αθήνα, 2000).

Μερικές φορές ωστόσο, τα απωθημένα αυτά συναισθήματα ή δυσάρεστα βιώματα, εμφανίζονται υπό την μορφή ψυχοσωματικών συμπτωμάτων, όπως π.χ. πονοκέφαλοι, στομαχόπονοι, υψηλή πίεση κ.ά., ενώ άλλες πάλι φορές εμφανίζονται υπό τη μορφή άγχους ή Κατάθλιψης. Το άγχος ή και η Κατάθλιψη, μπορεί να εξελιχθούν σε περισσότερο επικίνδυνες μορφές συμπεριφοράς, όπως π.χ. η Ανορεξία, η Τριχοτιλλομανία ή ο Αυτοτραυματισμός (Levenkron S., New York, 2006).

**3) Απροσωποποίηση:** Η Διαταραχή της Απροσωποποίησης (dissociation) (Μαδιανός, Μ. Γ., Αθήνα, 2006), ορίζεται σαν συγκεκριμένη, προσαρμοστική, αυτόματη και δυναμική αντίδραση, σε ένα σοβαρό ψυχικό τραύμα, το οποίο συντελεί στην διάσπαση και την απομόνωση της τραυματικής εμπειρίας (Levenkron S., New York, 2006). Η απροσωποποίηση, αποτελεί ένα μεγάλο μέρος του αυτοτραυματισμού, ενώ συγχρόνως σχετίζεται με τον Ψυχό-Μετατραυματικό στρες και την κακοποίηση. Η αποστασιοποίηση ή το «μούδιασμα» του συναισθηματικού

πόνου με την αντίστοιχη δημιουργία σωματικού (αυτοτραυματισμός), μπορεί να βοηθήσει το άτομο να αντιμετωπίσει το ψυχολογικό τραύμα.

4) Όρια και Αυτό-διαφοροποίηση: Τα όρια αποτελούν μια πολύ σημαντική περιοχή στον ψυχισμό του ατόμου, που είναι κατεστραμμένη ή αλλοιωμένη από βιώματα κακοποίησης. Τα όρια περικλείουν την αίσθηση της διαφοροποίησης ή του διαχωρισμού του εαυτού από τους άλλους καθώς και την αίσθηση της ατομικότητας (Alderman T., U.S.A., 1997). Σύμφωνα με τον Bowen (Johnson A. I., 1998) η έννοια *αυτό-διαφοροποίηση* περικλείει το άτομο, την οικογένειά του και το ευρύτερο κοινωνικό σύστημα. Ένας άνθρωπος όταν είναι διαφοροποιημένος μέσα του, αναπτύσσεται μια μοναδική αίσθηση του εαυτού του ή της ατομικότητάς του, ενώ ταυτόχρονα ο άνθρωπος παραμένει σε συναισθηματική επαφή με τον περιβάλλον του (Johnson A. I., Αθήνα, 1998). Το άτομο, λοιπόν, από παιδί είναι μαθημένο να ξεχωρίζει τον εαυτό του, από τους άλλους ανθρώπους γύρω του, και να βιώνει τον εαυτό του σαν ξεχωριστή οντότητα. Γνωρίζει ότι το σώμα του, του ανήκει και δεν επιτρέπεται κανένας να παρέμβει, χωρίς την άδειά του, πάνω σε αυτό. Μια αντίληψη την οποία την μεταφέρει και στην, μεταγενέστερη, ενήλικη ζωή του. Δεν συμβαίνει όμως το ίδιο και με άτομα που έχουν υποστεί κάποιου είδους κακοποίηση. Τα άτομα που έχουν κακοποιηθεί, αντιθέτως πιστεύουν ότι το σώμα τους «πρέπει και αξίζει» να υπόκειται κακοποίησης, είτε από άλλα άτομα είτε από τα ίδια. Τα όρια του εαυτού, σε αυτές τις περιπτώσεις, είναι ευμετάβλητα ή ακόμα και ανύπαρκτα. Κατά συνέπεια, ο αυτοτραυματισμός, βοηθάει τα άτομα να βιώσουν το σώμα τους ως δικό τους. Κατά κάποιον τρόπο, βοηθάει στην αποσαφήνιση και αποκατάσταση των βασικών ορίων αυτό-διαφοροποίησης, που έχουν κλονιστεί λόγω τραυματικών εμπειριών της παιδικής, κυρίως, ηλικίας (Alderman T., U.S.A., 1997).

5) Οικογενειακοί Παράγοντες: Αναμφισβήτητα, τα γονεϊκά πρότυπα μπορεί να επηρεάσουν σε μεγάλο βαθμό τη προσωπικότητα των παιδιών. Στις υγιείς οικογένειες, οι γονείς αποτελούν πρότυπα συμπεριφοράς για τα παιδιά τους και κάθε γονεϊκή συμπεριφορά κρίνεται αυτομάτως ως κοινωνικά παραδεκτή. Αντίθετα, στις περιπτώσεις όπου μια οικογένεια νοσεί, εξαιτίας διάφορων δυσμενών καταστάσεων, τείνουν να εμφανίζονται ποικίλες αναπτυξιακές διαταραχές στη μετέπειτα ζωή των παιδιών. Μερικές από τις προαναφερόμενες δυσμενείς καταστάσεις είναι:

- ο Το οικονομικό στρες
- ο Η ανεργία ή το στρες της ανεργίας
- ο Χρόνια ασθένεια ή αναπηρία
- ο Συναισθηματικές Διαταραχές (συνήθως Κατάθλιψη)
- ο Αλκοολισμός
- ο Нарκομανία
- ο Οικογενειακές συγκρούσεις
- ο Διαζύγιο
- ο Θάνατος (Levenkron S., New York, 2006).

6) Κατάθλιψη: Η επόμενη ψυχοδυναμική εξήγηση, βασίζεται στο γεγονός ότι ο αυτοτραυματισμός πηγάζει από τις Καταθλιπτικές Διαταραχές. Μια άλλη θεωρία, συνιστά ότι η Κατάθλιψη είναι το συναίσθημα του θυμού, που στρέφεται στον εαυτό. Κατά συνέπεια, ο αυτοτραυματισμός αποτελεί μια έντονη έκφραση αυτού του θυμού όπως και άλλων συναισθήματα ανημποριάς και απελπισίας.

7) Επανάσυνδεση: Μια ακόμη ψυχοδυναμική επεξήγηση, επισημαίνει ότι ο αυτοτραυματισμός παρέχει μια μέθοδο «επανάσυνδεσης» του ατόμου με τον εαυτό του, δηλαδή με την φυσική αίσθηση της ύπαρξής τους. Πριν την αυτοτραυματική ενέργεια, το άτομο νιώθει συναισθηματικά μουδιασμένο, ή και ξεκομμένο με τον εαυτό του, ενώ μετά το πέρας της, ο σωματικός πόνος που δημιουργείται, το κάνει να αισθάνεται περισσότερο «ζωντανό» (Alderman T., U.S.A., 1997).

### **3.2.2.8 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ**

#### **3.2.2.8.1 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ**

**1) Ανακούφιση από δυσάρεστα και ανυπόφορα συναισθήματα:** Συχνά τα άτομα που αυτοτραυματίζονται, επιχειρούν να ανακουφίσουν τα έντονα συναισθήματά τους και να νιώσουν καλύτερα. Αυτά τα έντονα συναισθήματα φαίνονται στο άτομο ανεξέλεγκτα, τρομακτικά και

επικίνδυνα. Όταν λοιπόν το άτομο διακατέχεται από τέτοιου είδους συναισθήματα, θεωρεί ότι ο μοναδικός τρόπος διαφυγής του από αυτά, είναι ο αυτοτραυματισμός.

Τα άτομα που αυτοτραυματίζονται είναι ανίκανα να ελέγξουν τα συναισθήματά τους. Δεν μπορούν να τα βιώσουν ούτε να τα εκφράσουν, όπως οι περισσότεροι άνθρωποι: κλαίγοντας, ουρλιάζοντας, γελώντας κλπ. Αυτό μπορεί να συμβαίνει π.χ. επειδή δεν νιώθουν ασφαλή – για ψυχολογικούς και σωματικούς λόγους – να εκφράσουν τα συναισθήματά τους π.χ. στο σπίτι. Επιπλέον μπορεί τα συναισθήματά τους να έχουν εκφραστεί αλλά να έχουν αγνοηθεί, ματαιωθεί ή αμφισβητηθεί.

**2) Μηχανισμός Αντιμετώπισης:** Ένας μηχανισμός αντιμετώπισης είναι μια μέθοδος / στρατηγική αντιμετώπισης, η οποία χρησιμοποιείται από το άτομο, σε ασυνείδητο τις περισσότερες φορές επίπεδο, με σκοπό να αντεπεξέλθει συναισθηματικά σε δύσκολες καταστάσεις της ζωής. Η αυτοτραυματική συμπεριφορά, παρέχει μια αίσθηση ανακούφισης, καθώς ελαχιστοποιεί τα δυσάρεστα συναισθήματα. Η σωματική κακοποίηση, που διαπράττει το άτομο στον εαυτό του, και ο πόνος που τη συνοδεύει, απασχολεί τον μηχανισμό αντιμετώπισής του, ώστε να κατευθυνθεί από το ψυχικό τραύμα στο σωματικό, δηλαδή στο σημείο που το άτομο ηθελημένα τραυμάτισε (Alderman T., U.S.A., 1997).

Τη στιγμή του αυτοτραυματισμού, τα νευρικά κύτταρα του δέρματος στέλνουν στον εγκέφαλο ενδείξεις-σήματα πόνου, με σκοπό να προειδοποιήσουν το άτομο για έναν επικείμενο τραυματισμό. Στην περίπτωση ενός αυτό-επιβαλλόμενου τραυματισμού, ο πόνος που προκαλείται από την ηθελημένη πράξη, ενεργεί σαν αυτούσιος μηχανισμός άμυνας του σώματος που προσπαθεί να σταματήσει τη προσπάθεια συνέχισης του σωματικού τραυματισμού. Εάν το άτομο συνεχίσει να αυτοτραυματίζεται, παρόλο το αίσθημα του πόνου, τότε αυτό σημαίνει ότι υποκινείται από κάτι που είναι δυνατότερο από τον πόνο, κάτι που τον καθιστά ικανό να τον αγνοήσει ή ακόμα και να τον υπομείνει. Για να επιτευχθεί αυτό, απαιτεί την ύπαρξη έντονων συναισθημάτων.

Ο Levenkron (2006), στη προσπάθεια προσέγγισης αυτού του φαινομένου παρουσιάζει ένα πολύ επιτυχημένο παράδειγμα: Ο καθένας κάθε φορά που είναι να βουτήξει στη θάλασσα, δοκιμάζει πρώτο το νερό



για να σιγουρευτεί ότι το σώμα του μπορεί να αντέξει τη θερμοκρασία της θάλασσας. Στη περίπτωση που κρίνει ότι το νερό είναι πολύ κρύο για αυτόν, βρίσκει κάποιον λιγότερο «επώδυνο» τρόπο εξοικείωσης με την θερμοκρασία του νερού, από το να βουτήξει κατευθείαν. Σε αυτή τη περίπτωση το άτομο υποκινείται από εξωτερικά αίτια (θερμοκρασία νερού). Από την άλλη μεριά, αν το άτομο αυτό εντόπιζε κάποιο παιδί, που ίσως, να πνίγεται, άμεσα θα μπλοκάριζε το συνειδητό του επίπεδο και δεν θα αντιλαμβανόταν καθόλου την θερμοκρασία του νερού, υποκινούμενο από την επείγουσα προσπάθειά του για να το σώσει. Το άτομο εδώ, υποκινείται από εσωτερικά αίτια (την υποχρέωση / ανάγκη που νιώθει για να σώσει ένα παιδί που πνίγεται).

Ακριβώς το ίδιο συμβαίνει στο ψυχισμό του ατόμου που αυτοτραυματίζεται, αφενός δεν συνειδητοποιεί άμεσα την αυτοτραυματική πράξη και αφετέρου την διαπράττει για κάποιον σκοπό: να ανακουφιστεί από επίπονα και δυσάρεστα συναισθήματα (Levenkron S., New York, 2006). Ο αυτοτραυματισμός, αποτελεί έναν αρνητικό μηχανισμό αντιμετώπισης, γιατί προκαλεί στα άτομα περαιτέρω κακό και θέτει σε κίνδυνο τη ζωή τους.

**3) Επικοινωνία:** Ο αυτοτραυματισμός, μερικές φορές χρησιμοποιείται από τα άτομα με σκοπό να εκφράσουν αυτό που σκέφτονται, που νιώθουν ή που βιώνουν, στους άλλους. Με αυτό τον τρόπο, θεωρούν ότι μπορεί να εισπράξουν αυτό που επιθυμούν από τους άλλους. Τις περισσότερες φορές, εκπέμπουν μηνύματα όπως «χρειάζομαι βοήθεια», «πονάω» κλπ., αλλά δεν τα ερμηνεύουν με τον ίδιο τρόπο οι παραλήπτες. Ενδεχομένως να αντιδράσουν στον αυτοτραυματισμό του ατόμου, σαν να ήταν ψυχικά διαταραγμένο (Alderman T., U.S.A., 1997).

**4) Επιζήτηση προσοχής:** Ορισμένα άτομα, επιδίδονται σε πράξεις αυτοτραυματισμού, με απώτερο σκοπό να τραβήξουν την προσοχή των γύρω τους, ενώ συγχρόνως μπορεί οι πράξεις αυτοτραυματισμού να εκτελεσθούν σε δημόσια θέα. Γεγονός που φοβίζει ή και εξοργίζει τον κοινωνικό περίγυρο του ατόμου. Το άτομο, που προβαίνει σε ένα επεισόδιο αυτοτραυματισμού δημόσιας θέας, έχει την ψευδαίσθηση ότι η *αρνητική προσοχή* είναι καλύτερη από την παντελή έλλειψη προσοχής.

**5) Υποκατάσταση:** Η προξένηση πόνου στον εαυτό, υπονοεί μια ασυνείδητη επιθυμία του ατόμου να βλάψει κάποιον άλλον, κυριολεκτικά ή μεταφορικά. Σε συνειδητό επίπεδο όμως, η πρόκληση βλάβης σε κάποιον άλλον είναι απαγορευμένη, για μια πληθώρα λόγων: ο φόβος ότι θα βλάψουν κάποιο άτομο, το οποίο θα χρειαστούν στο μέλλον, ή ο φόβος ότι θα χάσουν την αγάπη ή τη φροντίδα του συγκεκριμένου ατόμου (Levenkron S., New York, 2006).

**6) Αυτό-φροντίδα:** Για αρκετά άτομα, ο αυτοτραυματισμός παρουσιάζεται σαν τρόπος σωματικής φροντίδας, όταν δεν είναι σε θέση να το κάνουν συναισθηματικά. Ο αυτοτραυματισμός, μερικές φορές χρησιμοποιείται σαν μορφή λανθασμένης θεραπείας από μεριάς του ίδιου του ατόμου. Τα βοηθάει ώστε να εξωτερικεύσουν τον εσωτερικό πόνο (ο οποίος συνήθιζε να υπάρχει στο ψυχολογικό επίπεδο) και να τον βοηθήσουν να επουλωθεί (σε σωματικό πλέον επίπεδο). Συχνά, άτομα που αυτοτραυματίζονται νιώθουν μόνα στο κόσμο καθώς και ότι δεν αγαπήθηκαν. Ο αυτοτραυματισμός, οδηγεί σε μια κατάσταση όπου το αίσθημα της αυτό-φροντίδας εντείνεται και έτσι το άτομο νιώθει ότι πρέπει να φροντίσει τον εαυτό του. Μερικές φορές μάλιστα το άτομο μπορεί να φροντίζει τον εαυτό του με ένα τρόπο τελετουργικό και συγκεκριμένο, μετά από κάθε πράξη αυτοτραυματισμού.

**7) Σωματική έκφραση πόνου:** Οι σωματική έκφραση του συναισθηματικού πόνου, χρησιμοποιείται από το άτομο με σκοπό να επιτύχουν συγκεκριμένους σκοπούς: Αφενός τη δημιουργία στοιχείων (π.χ. σημάδια κλπ) ότι το άτομο υποφέρει ή υπέφερε ψυχολογικά (Alderman T., U.S.A., 1997), και αφετέρου χρησιμοποιείται σαν μέσο μετάβασης από μια κατάσταση αποξένωσης / απροσωποποίησης του εαυτού, στην πραγματικότητα. Με άλλα λόγια, ο σωματικός πόνος, που προκαλείται με την αυτοτραυματική ενέργεια, αποσπά την προσοχή και την ενασχόληση του ατόμου από την συναισθηματική οδύνη (Kreisman J. J., & Straus H., New Jersey, 2004).

**8) Αναβίωση προηγούμενης κακοποίησης:** Το άτομο εκτελεί αυτή τη πράξη ώστε να νιώσει ότι έχει την αίσθηση ελέγχου, την οποία δεν είχε

όταν υπέστη κακοποίηση. Αρκετά άτομα μπορεί να αναβιώνουν μια προηγούμενη κακοποίηση σαν μέρος του μετά-τραυματικού στρες. Το άτομο μπορεί να αναπαράγει μια προηγούμενη κακοποίηση, χρησιμοποιώντας ακριβώς τον ίδιο τρόπο με τον οποίο κακοποιήθηκε σαν παιδί, ή με λίγο διαφοροποιημένο τρόπο (Alderman T., U.S.A., 1997). Παρόλα αυτά, αυτό που πρέπει να τονιστεί, είναι ότι δεν έχουν υποστεί κακοποίηση όλοι όσοι αυτοτραυματίζονται (Levenkron S., New York, 2006).

**9) Αυτό-τιμωρία:** Στατιστικά δείχνουν ότι ένα ποσοστό μεγαλύτερο του μισού των ατόμων που αυτοτραυματίζονται έχουν κακοποιηθεί σωματικά, σεξουαλικά ή και ψυχολογικά στη παιδική ηλικία. Είναι συχνό φαινόμενο για τους ανθρώπους να ρίχνουν τις ευθύνες της κακοποίησής τους στους εαυτούς τους και, ως επί των πλείστων, να νιώθουν ότι το αξίζουν.

Πιθανότατα να έχουν διδαχτεί ότι συγκεκριμένες σκέψεις, συναισθήματα ή συμπεριφορές, είναι άξια τιμωρίας. Τα άτομα που αυτοτραυματίζονται, είναι συχνά πολύ επικριτικά με τους εαυτούς τους, πράγμα που τους οδηγεί σε συναισθήματα καταδίκης και ντροπής και εν συνεχεία τα οδηγούν στον αυτοτραυματισμό (Gardner F., New York, 2001)

**10) Ανάκτηση ελέγχου:** Η αίσθηση ελέγχου είναι απαραίτητη στη ζωή του κάθε ατόμου και η επίγνωσή ότι έχει τον έλεγχο του εαυτού του, αποτελεί σημαντικό κομμάτι για τη ψυχική του υγεία. Όταν κάποιος νιώθει ότι ελέγχει τον εαυτό του, αισθάνεται καλύτερα. Η αυτοτραυματική συμπεριφορά, υιοθετείται με σκοπό το άτομο να αναπαράγει την επιβολή ελέγχου πάνω στο σώμα του. Επεισόδια αυτοτραυματισμού, μπορεί να περιλαμβάνουν έντονα και χειμαρρώδη συναισθήματα Κατάθλιψης, αποξένωσης, απομόνωσης κλπ. τα οποία δεν μπορεί να ελέγξει το άτομο. Με τον αυτοτραυματισμό το άτομο θεωρεί ότι μπορεί να ανακτήσει τον έλεγχο του συναισθηματικού του κόσμου. Οι σκέψεις μπορούν επίσης να ελεγχθούν μέσω του αυτοτραυματισμού, καθώς χρησιμοποιείται με σκοπό την αλλαγή συμπεριφορών και συναισθημάτων, τα οποία με τη σειρά τους επηρεάζουν τον τρόπο σκέψης. Αυτή η αίσθηση του ελέγχου μπορεί να κάνει το άτομο να νιώσει περισσότερο αυτό-ελεγχόμενο και γαλήνιο (Alderman T., U.S.A., 1997).

**11) Συναισθημα έκσταση:** Ακόμα και αν πολλοί άνθρωποι αδυνατούν να το καταλάβουν, η πράξη του αυτοτραυματισμού (ο πόνος ή και η πληγή) δημιουργεί συναισθήματα έκστασης και ενθουσιασμού σε μερικά άτομα. Η έκσταση που δημιουργείται είναι πολλές φορές ισοδύναμη με την ερωτική διέγερση (Kreisman J. J., & Straus H., New Jersey, 2004).

### 3.2.2.8.2 ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ

Τα συναισθήματά ελέγχονται από ορμόνες του εγκεφάλου στις οποίες μάλιστα στοχεύουν και τα περισσότερα αντικαταθλιπτικά και ηρεμιστικά φάρμακα. Αυτές είναι η *σεροτονίνη* και η *βήτα-ενδορφίνη* ή απλά *ενδορφίνη*. Η σεροτονίνη είναι μια χημική ουσία που χρησιμοποιείται σαν ρυθμιστής της παρόρμησης του ατόμου. Χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης επηρεάζουν και φαινόμενα όπως η Κατάθλιψη. Η ενδορφίνη είναι το φυσικό παυσίπονο του εγκεφάλου, ενώ ταυτόχρονα επηρεάζει το αίσθημα της αυτοεκτίμησης (Μαδιανός Μ.Γ., Αθήνα, 2006).

Ø **Ενδορφίνη:** Όταν ένα άτομο αυτοτραυματίζεται, φυσικά τραυματίζει το σώμα του. Το σώμα αντιδρά στο τραύμα, ενεργώντας με τέτοιο τρόπο ώστε να μειώσει τον πόνο και τη ζημιά που υπέστη αλλά και να επουλώσει το τραύμα όσο το δυνατό πιο γρήγορα. Ο εγκέφαλος εκείνη τη στιγμή, απελευθερώνει ουσίες, τις λεγόμενες ενδορφίνες (παρόμοια αποτελέσματα με εκείνα της μορφίνης), οι οποίες έχουν σαν κυρίαρχη λειτουργία τους την εξάλειψη του πόνου, όταν και εφόσον στο σώμα υπάρχει πηγή πόνου. Οι ενδορφίνες, μπορεί να προκαλέσουν επίσης μια ευχάριστη φυσική αίσθηση και μπορεί να γίνει εθιστική. Έτσι, κάποια άτομα αυτοτραυματίζονται με σκοπό να αντλήσουν, μέσω αυτής της διαδικασίας, συναισθήματα ευφορίας.

Το άτομο μπορεί να βιώσει αισθήματα μικρών πόνων πριν προβεί σε αυτοτραυματική πράξη, ή να αισθάνεται γαλήνιο και γεμάτο ζωή καθώς αυτοτραυματίζεται, μπορεί ακόμα να νιώθει σεξουαλική διέγερση. Όλα τα παραπάνω συναισθήματα, εμφανίζονται λόγω των ενδορφίνων.

Αλλά το πρόβλημα είναι, ότι το σώμα μπορεί να παρουσιάσει ανοχή στις ενδορφίνες. Το συναίσθημα ευφορίας δεν θα είναι τόσο δυνατό στις επόμενες πράξεις αυτοτραυματισμού. Έτσι το άτομο, ενδεχομένως να τραυματίσει τον εαυτό του σοβαρότερα, με σκοπό να βιώσει ευφορικά συναισθήματα υψηλότερου βαθμού και έντασης από ότι βίωσε σε προηγούμενη αυτοτραυματική πράξη (Alderman T., U.S.A., 1997).

Ø **Σεροτονίνη:** Η 5 υδροξυτρυπαμίνη (5HT), ή σεροτονίνη είναι η μονοαμίνη του σεροτονινεργικού συστήματος και ασκεί ανασταλτική δράση στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ), μέσα από τις διαφοροποιήσεις των αντίστοιχων υποδοχέων. Η σεροτονίνη, εμπλέκεται στις λειτουργίες της αντίληψης του πόνου, της επιθετικότητας, της θερμορύθμισης, της αρτηριακής πίεσης, του καρδιακού ρυθμού, της αναπνοής, του ύπνου και της όρεξης. Μείωση της σεροτονινεργικής δράσης, συνεπάγεται Διαταραχή του Συναισθήματος (Κατάθλιψη) ενώ αντίθετα, αύξηση της δράσης προκαλεί Μανία (Μαδιανός Μ.Γ., Αθήνα, 2006). Κατά καιρούς έχει υποστηριχθεί ότι τα μειωμένα επίπεδα σεροτονίνης, μπορεί να εμπλέκονται στην αυτοτραυματική συμπεριφορά. Έχει αποδειχθεί ότι η οξυθυμία αποτελεί τον πυρήνα που συσχετίζεται συμπεριφορικά με την σεροτονική λειτουργία, έτσι ο ακριβής τύπος επιθετικής συμπεριφοράς που παρουσιάζεται σαν απάντηση στην ενόχληση, φαίνεται να είναι αναλογικός με τα επίπεδα σεροτονίνης. Συνεπώς, εάν αυτά είναι κανονικά, η ενόχληση μπορεί να εκφραστεί με φωνές, με πέταμα αντικειμένων κλπ. αλλά εάν τα επίπεδα της σεροτονίνης είναι χαμηλά, η επιθετικότητα αυξάνεται με αποτέλεσμα την εμφάνιση συμπεριφορών όπως: αυτοτραυματισμός, αυτοκτονία, σωματική ή λεκτική επίθεση προς τρίτους κλπ. (selfharm.net).

### 3.2.2.9 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η αυτοτραυματική συμπεριφορά, σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις παρουσιάζεται σαν δευτερεύον σύμπτωμα μιας ήδη υπάρχουσας πρωτογενούς Ψυχικής Διαταραχής. Περιλαμβάνεται μοναχά σαν μια διαγνωστική συμπεριφορά, η οποία απαρτίζει και εμπεριέχεται σε ένα ενιαίο σύνολο διαγνωστικών κριτηρίων μιας Ψυχικής Διαταραχής, στην προκειμένη περίπτωση, την Κατάθλιψη. Συνεπώς, μπορεί να αποτελέσει ένα σύμπτωμα της Κατάθλιψης, το οποίο είναι περισσότερο εμφανές και χρησιμοποιήσιμο ανάμεσα στα άλλα συμπτώματα που υποβόσκουν εξίσου, αλλά σε μειωμένη ένταση.

Ο Levenkron (2006), αντιτάσσεται στο γεγονός ότι ο αυτοτραυματισμός δεν έχει ακόμα αναγνωρισθεί σαν αυτούσια Διαταραχή, όπως για παράδειγμα η Τριχοτιλλομανία, η οποία είναι η μόνη μορφή αυτοτραυματικής συμπεριφοράς που έχει επισήμως χαρακτηριστεί σαν μια συγκεκριμένη μορφή διαταραχής και εντάσσεται στις Διαταραχές Ελέγχου των Παρορμήσεων. Ενώ προσθέτει ότι οι συμπεριφορές αυτοτραυματισμού θα πρέπει να αντιμετωπίζονται αλλά και να θεραπεύονται ακριβώς όπως επιτάσσει το DSM για τις διαταραχές των ενορμήσεων (Levenkron S., New York, 2006).

Επιπρόσθετα, ο Favazza (1996), τονίζει τους λόγους για τους οποίους η επίσημη αναγνώριση του ηθελημένου αυτοτραυματισμού, σαν ένα ξεχωριστό σύνδρομο διαταραχής θα κρίνονταν υψίστης σημασίας: Πρώτον, θα απέτρεπε τις λανθασμένες διαγνώσεις της Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας (γιατί δεν μπορεί να λεχθεί με σιγουριά, ότι οποιοσδήποτε αυτοτραυματίζεται πρέπει και να συναντά κριτήρια Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας). Επιπλέον, με αυτό τον τρόπο, τα άτομα που αυτοτραυματίζονται θα ήταν πιο πρόθυμα να αναζητήσουν βοήθεια για τα προβλήματά τους, ενώ συγχρόνως η θεραπεία του αυτοτραυματισμού θα βελτιωνόταν και συνεπώς, θα διεξαγόταν περισσότερη έρευνα πάνω στο θέμα (Favazza, London, 1996).

Ωστόσο, η βασική προσέγγιση της αυτοτραυματικής συμπεριφοράς σαν αίτιο ή αντίδραση σε ένα προηγούμενο ψυχοτραυματικό γεγονός προσφέρει και εσωκλείει εγκυρότητα και παράλληλα κρίνεται υψίστης σπουδαιότητας. Εάν η αυτοτραυματική συμπεριφορά προκαλείται από μια

παρελθοντική σωματική, ψυχολογική ή σεξουαλική κακοποίηση ή απόρριψη, ίσως τότε να γίνει ευκολότερο αντιληπτή και εξηγήσιμη.

Πίνακας 7 - Διαγνωστικά Κριτήρια Αυτοτραυματισμού

<b>Διαγνωστικά Κριτήρια Αυτοτραυματισμού</b>
1. Επαναλαμβανόμενα επεισόδια αυτοτραυματισμού (κοψίματος, καψίματος κλπ) του δέρματος του ατόμου, από το ίδιο το άτομο, ηθελημένα και σε συνειδητό επίπεδο.
2. Ένα αίσθημα έντασης που παρουσιάζεται πριν την εκτέλεση της αυτοτραυματικής πράξης και το οποίο την υποκινεί.
3. Ένα αίσθημα χαλάρωσης, ευχαρίστησης, γενικώς ευχάριστου συναισθήματος που ακολουθεί την εκτέλεση της αυτοτραυματικής πράξης και προκαλεί τον σωματικό πόνο.
4. Ένα αίσθημα ντροπής και φόβου στιγματισμού, παροτρύνει το άτομο να καλύπτει τα σημάδια από τις αυτοτραυματικές πράξεις του (ουλές, καψίματα, κλπ).

Πηγή: *Levenkron S., New York, 2006.*

Εντούτοις, όπως αναφέρεται και πιο πάνω, κανείς δεν μπορεί να ισχυριστεί ότι όλα τα άτομα, ανεξαιρέτως, που αυτοτραυματίζονται υποφέρουν από Διαταραχή Μετά-Τραυματικού στρες και αυτή η υπόθεση είναι που προτείνει την εισαγωγή άλλων επεξηγηματικών δυναμικών (Gardner F., New York, 2001).

### **3.2.2.10 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ-ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ**

Πολλές ενέργειες αυτοτραυματισμού, στη πραγματικότητα δεν δύνανται να καταγραφούν από τις αρμόδιες υπηρεσίες παροχής υγείας, με αποτέλεσμα τα ποσοστά που παρέχονται να μην περιγράφουν σε καμία περίπτωση τις αληθινές διαστάσεις του προβλήματος.

Βάσει μιας έρευνας που πραγματοποιήθηκε στη Μ. Βρετανία (2004), υπό τη μορφή δημοσκόπησης, μεταξύ 4,6% και 6,6% των ατόμων απήντησαν ότι στο παρελθόν είχαν αυτοτραυματιστεί. Ενώ σε μια άλλη δημοσκόπηση που πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο ενός σχολείου, έδειξε ότι

13% των παιδιών, ηλικίας 15-16 ετών, είχε αυτοτραυματιστεί σε κάποια στιγμή της ζωής του και ένα ποσοστό 7% ότι το έχει κάνει στο πρόσφατο παρελθόν του.

Γενικώς οι γυναίκες είναι πιο πιθανόν να υιοθετήσουν συμπεριφορές αυτοτραυματισμού από ότι οι άντρες. Αυτό μπορεί να φανεί και στην περίοδο της εφηβείας, όπου τα κορίτσια είναι 3 φορές πιο πιθανό να αυτοτραυματιστούν από ότι τα αγόρια της ηλικίας αυτής.

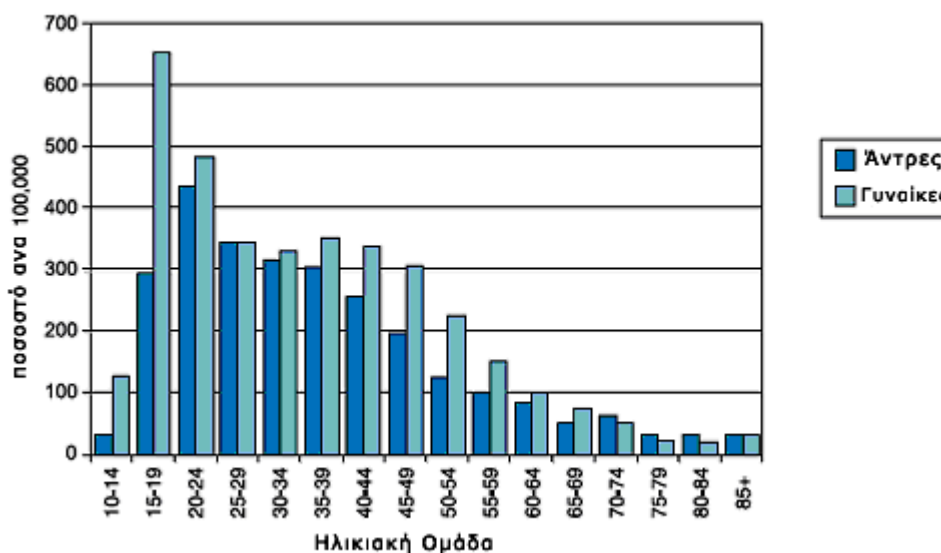
Η συμπεριφορά του αυτοτραυματισμού μπορεί να κάνει την εμφάνισή της σε οποιαδήποτε ηλικία, αλλά είναι πιο σύνηθες φαινόμενο μεταξύ των ενηλίκων και των εφήβων (The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, Λονδίνο, 2004).

ü Φύλο: Εξίσου με τις γυναίκες και οι άντρες υιοθετούν συμπεριφορές αυτοτραυματισμού (Alderman T., U.S.A., 1997). Ωστόσο, στην ηλικία της εφηβείας, έρευνες έχουν δείξει ότι τα κορίτσια αυτοτραυματίζονται περισσότερο από ότι τα αγόρια (Samaritans, samaritans.org). Οι γυναικείοι αυτοτραυματισμοί αντιλαμβάνονται από άλλα άτομα, περισσότερο σε ψυχιατρικές κλινικές, σε γραφεία θεραπευτών κλπ., ενώ αντιστοίχως οι αντρικοί, σε φυλακές.

ü Ηλικία: Η αυτοτραυματική συμπεριφορά εμφανίζεται περίπου στην ηλικία της εφηβείας, κλιμακώνεται στην ηλικία των είκοσι, όπου το άτομο αναλαμβάνει διάφορους κοινωνικούς ρόλους και ευθύνες. Ωστόσο, η συμπεριφορές αυτοτραυματισμού, φαίνεται να μειώνονται καθώς η ηλικία του ατόμου αυξάνεται, με αποτέλεσμα να εξαφανίζονται περίπου στα τριάντα. Εντούτοις όμως, τα παραπάνω αποτελούν και περιλαμβάνουν ένα μικρό δείγμα πληθυσμού, αφού υπάρχουν άτομα που ξεκινούν να αυτοτραυματίζονται σε πολύ μικρότερη ηλικία ή σε μεγαλύτερη από την αναφερόμενη, ενώ παράλληλα συνεχίζουν και μετά τα τριάντα τους (Alderman T., U.S.A., 1997).



Πίνακας 8 – Ποσοστά Αυτοτραυματισμού ανά ηλικία και φύλο (2003)



Πηγή: *Reach Out: National Strategy for Action on Suicide Prevention 2005-2014, 2005*

ü Κατάχρηση ουσιών: Πολλά άτομα που αυτοτραυματίζονται, έχουν ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ ή ναρκωτικών. Αυτό συμβαίνει συχνά, γιατί οι ναρκωτικές ουσίες, αποτελούν μια τεχνική αντιμετώπισης, καθώς μπορούν προσωρινά να απαλείψουν τον εσωτερικό πόνο, λόγω της επίδρασής τους, κυρίως στις λειτουργίες του εγκεφάλου. Βέβαια είναι πολύ σπάνιο να αυτοτραυματίζονται κάτω από την επήρεια αυτών (Alderman T., U.S.A., 1997).

Σχεδόν το 1/2 των ατόμων που καταφτάνουν στα επείγοντα περιστατικά, μετά από μια αυτοτραυματική ενέργεια, θα έχουν καταναλώσει αλκοόλ πριν ή σαν μέρος του αυτοτραυματικού επεισοδίου. Για πολλούς, αυτός είναι ένας παράγοντας που περιπλέκει την άμεση διαχείριση του αυτοτραυματικού επεισοδίου, είτε θολώνοντας τη κρίση ή την ικανότητα αντιμετώπισής της, είτε θεωρείται πως ο αυτοτραυματισμός υπήρξε αποτέλεσμα της κατάχρησης ουσιών.

Το 1/4 σχεδόν των ατόμων που θα διαγνωσθούν με αυτοτραυματική συμπεριφορά, θα έχουν επίσης διάγνωση υπερβολικής κατανάλωσης ουσιών. Οι άντρες είναι πιο πιθανό να καταναλώσουν μεγάλες ποσότητες ουσιών πριν αυτοτραυματιστούν, από ότι οι γυναίκες και γενικά παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά αυτοκτονικότητας (The

British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, Λονδίνο, 2004).

ü Διαταραχές Σίτισης: Οι Διατροφικές Διαταραχές, όπως η Ανορεξία και η Βουλιμία, είναι κοινές σε άτομα που αυτοτραυματίζονται, ενώ δεν είναι λίγες οι φορές που αυτοτραυματικές συμπεριφορές και Διαταραχές Σίτισης, εμφανίζονται ταυτόχρονα.

ü Ιστορικό κακοποίησης: Η πλειοψηφία των ατόμων που αυτοτραυματίζονται, έχουν υποστεί στο παρελθόν σωματική, σεξουαλική ή ψυχολογική κακοποίηση. Αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι όποιος αυτοτραυματίζεται, έχει ιστορικό κακοποίησης ή ότι όποιος κακοποιείται στο μέλλον θα υιοθετήσει συμπεριφορές αυτοτραυματισμού (Alderman T., U.S.A., 1997).

Σε μια ανασκόπηση 45 μελετών που είχαν σαν θέμα τους «*Τα αποτελέσματα της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης*», τα άμεσα και τα μακροχρόνια συμπτώματα σοβαρών ψυχικών δυσλειτουργιών περιλαμβάνουν: ανησυχία, Κατάθλιψη, Κατάχρηση Ουσιών, αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, αυτοκτονία και ροπή προς αυτοτραυματικές πράξεις.

Τα επικρατέστερα ποσοστά για τη παιδική σεξουαλική κακοποίηση είναι αρκετά υψηλά: 20%-30% για τις γυναίκες και 10% για τους άντρες. Ενώ 25% των γυναικών (συμπεριλαμβανομένου και των παιδιών τους) βιώνουν οικογενειακή βία στη ζωή τους.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες, όπως είναι η ανεργία, η φτώχεια, πρώιμες εμπειρίες κακοποίησης και οικογενειακής βίας συνδέονται άμεσα με αρκετές Ψυχικές Διαταραχές, όπως και με την αυτοτραυματική συμπεριφορά (The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, Λονδίνο, 2004).

ü Κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες και γεγονότα της ζωής: Η αυτοτραυματική συμπεριφορά μπορεί να υιοθετηθεί από οποιοδήποτε άτομο, αλλά εμφανίζεται συχνότερα, μεταξύ των ατόμων που η κοινωνικό-οικονομική τους θέση δεν είναι και τόσο ευνοϊκή και μεταξύ

των ατόμων που ζουν μόνα, είναι χωρισμένα ή ανύπαντρα, αποτελούν μονογονεϊκές οικογένειες ή έχουν ελλειμματική κοινωνική υποστήριξη.

Τα γεγονότα της ζωής είναι στενά συνδεδεμένα με τον αυτοτραυματισμό με δύο τρόπους. Πρώτον, υπάρχει μια δυνατή αλληλουχία μεταξύ της πιθανότητας του αυτοτραυματισμού και των πρώιμων αρνητικών βιωμάτων και εμπειριών του ατόμου (The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, Λονδίνο, 2004). Δεύτερον, τα γεγονότα της ζωής, ειδικά τα προβλήματα στην οικογένεια, όπως η απώλεια του ενός ή και των δύο γονιών, το διαζύγιο, οι άσχημες σχέσεις με τους γονείς (απορριπτικοί ή υπερπροστατευτικοί γονείς) κλπ. μπορεί να συμβάλλουν στη υιοθέτηση συμπεριφορών αυτοτραυματισμού.

Επίσης συνδεδεμένοι με τον αυτοτραυματισμό είναι και οι στρεσογόνοι παράγοντες στη ζωή του ατόμου, δηλαδή τα ενδοπροσωπικά προβλήματα που αφορούν προβλήματα στις σχέσεις, οικονομικές ανησυχίες ή ανησυχίες για θέματα υγείας, θανάτου και απωλειών (samaritans.org.uk).

ü Ψυχικές Διαταραχές: Η πλειοψηφία των ατόμων που νοσηλεύονται στα έκτακτα περιστατικά των νοσοκομειακών ιδρυμάτων, μετά από μια πράξη σοβαρού αυτοτραυματισμού, στη διάγνωση τους απαντώνται διαγνωστικά κριτήρια μίας ή περισσότερων ψυχικών διαταραχών:

Περισσότερα από τα 2/3 των ατόμων θα διαγνωσθούν με Κατάθλιψη, παρά το γεγονός ότι στο μεσοδιάστημα των 12-16 μηνών που θα ακολουθήσει, τα 2/3 από αυτά, δεν θα πληρούν πλέον τα διαγνωστικά κριτήρια για τη Κατάθλιψη.

Τα άτομα που η διάγνωσή τους, τους προσδίδει διαγνωστικά κριτήρια συγκεκριμένων τύπων Ψυχικών Διαταραχών, είναι περισσότερο πιθανό να στραφούν σε συμπεριφορές αυτοτραυματισμού και στο μέλλον. Σε μια έρευνα που έλαβε χώρα στη Βρετανία, έδειξε ότι άτομα που παρουσιάζουν συμπτώματα συναφή με κάποιας Ψυχικής Διαταραχής (π.χ. ψυχωτικής ή φοβικής), είναι 20 φορές πιο πιθανό να έχουν τραυματίσει τον εαυτό τους στο παρελθόν.

Συγκεκριμένα ψυχολογικά χαρακτηριστικά είναι πιο κοινά ανάμεσα στην ομάδα των ατόμων που αυτοτραυματίζονται,

συμπεριλαμβανομένου της παρορμητικότητας, της φτωχής ικανότητας επίλυσης προβλημάτων και της απελπισίας. Συχνά τα άτομα που υιοθετούν τέτοιους τύπους συμπεριφοράς, αντιμετωπίζουν ενδοπροσωπικές δυσκολίες. Αυτό εξηγεί το γεγονός ότι το 1/2 των ατόμων, περίπου, που καταφτάνουν στα επείγοντα περιστατικά ενός νοσοκομείου, εκτιμούνται με διαγνωστικά κριτήρια διαταραχών Προσωπικότητας (The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, Λονδίνο, 2004).

ü Επίδραση ΜΜΕ: Σε συνάθροιση με μελέτες για τον αυτοτραυματισμό, τα σύγχρονα ευρήματα δείχνουν ότι υπάρχει μια σχετική αύξηση των αυτοτραυματικών συμπεριφορών, οι οποίες είναι επηρεασμένες από τα Μ.Μ.Ε.. Σύμφωνα με την Conterio & Lader (1998), η προβολή αστέρων τη τηλεόρασης - όπως η πριγκίπισσα Νταϊάνα, ο ηθοποιός Johnny Depp και άλλοι πολλοί - οι οποίοι κατά καιρούς έχουν ομολογήσει προηγούμενες αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές τους σε συνεντεύξεις που έχουν παραχωρήσει σε διάφορα κανάλια, με αποτέλεσμα στη συνείδηση ορισμένων ατόμων, ο αυτοτραυματισμός να φαίνεται σαν μια παραδεκτή συμπεριφορά (Conterio & Lader, Νέα Υόρκη, 1998).

### 3.2.2.11 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

Η συχνότητα των επεισοδίων του αυτοτραυματισμού, φαίνεται να είναι περιοδική, ακόμα και απρογραμμάτιστη, αφού τα άτομα συνηθίζουν να αυτοτραυματίζονται τις στιγμές εκείνες που νιώθουν ότι χρειάζεται να το κάνουν. Εκείνες τις στιγμές, δυσκολεύονται να ελέγξουν τα συναισθήματά τους, λόγω της δυσφορικής αναστάτωσης που βιώνουν.

Κατά συνέπεια, να υπάρχει ένα διάστημα ημερών ή ακόμα και μηνών, μεταξύ των αυτοτραυματικών επεισοδίων. Ωστόσο, αρκετά άτομα αναφέρουν επανειλημμένα επεισόδια αυτοτραυματισμού στο διάστημα μιας και μόνο ημέρας (Gardner F., New York, 2001 ).

### **3.2.2.12 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ**

Ελλοχεύει κίνδυνος μολύνσεων, για τα άτομα τα οποία αυτοτραυματίζονται μεν, αλλά δεν φροντίζουν τις πληγές τους κατάλληλα. Επιπλέον, μια πληγή μπορεί να μολυνθεί εάν προκληθεί από αντικείμενο σκουριασμένο ή μη αποστειρωμένο. Επίσης σε περίπτωση κοινής χρήσης κάποιου εργαλείου κοπής, παραμονεύει κίνδυνος μετάδοσης διάφορων ιών συμπεριλαμβανομένου και του HIV/AIDS. Τέλος, ο αυτοτραυματισμός μπορεί να προκαλέσει μόνιμες ουλές και σημάδια στο σώμα του ατόμου ([nhsdirect.nhs.uk](http://nhsdirect.nhs.uk)).

### **3.2.2.13 ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ**

Ο αυτοτραυματισμός δεν είναι αυτοκτονική συμπεριφορά. Στη πραγματικότητα είναι ένας τρόπος μείωσης της ψυχικής έντασης, ο οποίος μπορεί να προκαλέσει κάποια σωματική βλάβη που να αποβεί μοιραία για τη ζωή του ατόμου ([helpguide.org](http://helpguide.org)). Στη πραγματικότητα κάθε συμπεριφορά που εμπεριέχει το ρίσκο του θανάτου θεωρείται αυτοκτονική, πόσο μάλλον αν η όλη ενέργεια υποκινείται από το ίδιο το άτομο ([Nadine Jodoin, suicideinfo.ca](http://Nadine Jodoin, suicideinfo.ca)).

Παρόλα αυτά, οι ερευνητές αναγνωρίζουν ότι το άτομο που υιοθετεί συμπεριφορές αυτοτραυματισμού, δεν έχει σαν βασικό σκοπό του να πεθάνει. Αντιθέτως, τα άτομα που αντιμετωπίζουν αυτή τη Διαταραχή, αυτοτραυματίζονται για να συνεχίσουν να ζουν απαλλαγμένα πλέον από τα ανυπόφορα ψυχικά συναισθήματα (αφού την ώρα του αυτοτραυματισμού ο σωματικός πόνος έχει το κύριο λόγο) ή να δημιουργήσουν συναισθήματα τις στιγμές που νιώθουν συναισθηματικά μουδιασμένοι. Με άλλα λόγια, ένα άτομο που πραγματικά αποπειράται να αυτοκτονήσει, αναζητά ένα τρόπο ώστε να βάλει τέλος στα συναισθήματα που βιώνει, ενώ από την άλλη, ένας αυτοτραυματιζόμενος αναζητά τρόπο ώστε να νιώσει ανακούφιση ([Gardner F., New York, 2001](#)).

Συμπερασματικά, από τη στιγμή που είναι δυνατόν να διακριθεί η αυτοκτονική από την αυτοτραυματική συμπεριφορά, είναι πιθανό να

συνυπάρχουν και οι δύο σε ένα άτομο. Συνεπώς, δεν μπορεί να ισχυριστεί κανείς ότι τα άτομα που αυτοτραυματίζονται δεν μπορεί ποτέ να γίνουν αυτοκτονικά. Οι αυτοτραυματιζόμενοι συχνά αντιμετωπίζουν κοινωνικό εξοστρακισμό και άλλες άμεσες συνέπειες που συνεπάγονται της αυτοτραυματικής συμπεριφοράς. Επιπρόσθετα, είναι πιθανό μια αυτοκαταστροφική ενέργεια να οδηγήσει σε μια αυτοκτονική, εάν το άτομο για παράδειγμα κόψει κατά τη διάρκεια του αυτοτραυματισμού του μια αρτηρία, ή εάν ένα κόψιμο είναι τόσο βαθύ που δεν μπορεί να σταματήσει την αιμορραγία (Nadine Jodoin, [suicideinfo.ca](http://suicideinfo.ca)).

#### 3.2.2.14 ΠΡΟΦΙΛ ΑΤΟΜΩΝ

Ø **Κοινωνικές Σχέσεις:** Το άτομο που αυτοτραυματίζεται, θεωρεί τον εαυτό του ανίσχυρο και αδύναμο, ενώ πολλές φορές τυγχάνει να είναι αρκετά κοινωνικό, ωστόσο, νιώθει μοναξιά όπου και αν βρεθεί, αφού πιστεύει ότι είναι παρείσακτο και ότι διαφέρει σε αξιοσημείωτο βαθμό από τους άλλους γύρω του.

Σπανίως δημιουργεί στενές και υγιείς διαπροσωπικές σχέσεις, ενώ είναι μαθημένο να μοιράζεται τα συναισθήματά του μονάχα με τον εαυτό του, λόγω του φόβου ότι μπορεί αυτά να αγνοηθούν, να παρανοηθούν ή να μην γίνουν διόλου αντιληπτά από άλλα άτομα. Η έλλειψη περιεκτικής διαπροσωπικής επικοινωνίας συντελεί στην απομόνωση και την κοινωνική αποξένωση του ατόμου, με αποτέλεσμα τη διαιώνιση του αυτοκαταστροφικού αυτού μοτίβου.

Δεν είναι λίγες οι φορές ωστόσο, που έχουν έντονα την ανάγκη να απολογηθούν στους άλλους, ακόμα και αν δεν υπάρχει καμία σημαντική αφορμή για κάτι τέτοιο. Αυτή τους η ανάγκη βασίζεται κυρίως στον φόβο που έχουν ότι όλοι θα τους εγκαταλείψουν και ότι θα παραμείνουν τελικώς μόνα (Levenkron S., New York, 2006).

Ø **Σκέψεις:** Το άτομο μπορεί σε συνειδητό επίπεδο να μην το αντιλαμβάνεται, αλλά οι σκέψεις του ακολουθούν ένα προβλέψιμο γνωστικό κύκλο καθόλη τη διάρκεια της αυτοτραυματικής πράξης:

ü Σκέψεις πριν την αυτοτραυματική πράξη: Υπάρχει μια ποικιλία σκέψεων που το άτομο κάνει πριν την αυτοτραυματική του πράξη, όπως για παράδειγμα ο τρόπος, ο χρόνος και ο τόπος εκτέλεσης της πράξης, ή αν θα πρέπει να το κάνει. Ωστόσο, μαζί με τις προαναφερθείσες, συνυπάρχουν και άλλες πρόσθετες σκέψεις, σε ασυνείδητο επίπεδο, οι οποίες όμως αποτελούν τα κύρια και πρωταρχικά κίνητρα της αυτοτραυματικής πράξης, όπως:

- «Μισώ τον εαυτό μου»
- «Είμαι πολύ άσχημος/η»
- «Τους μισώ άλλους»
- «Θέλω κάποιον να με φροντίζει»
- «Η ζωή δεν αξίζει»
- «Είμαι ανόητος/η»

Μερικές φορές μάλιστα, οι σκέψεις αυτές είναι απόρροια συνειδητά προσδιορισμένων γεγονότων, για παράδειγμα ένας κακός βαθμός στο σχολείο, που κάνει το άτομο να πιστεύει ότι είναι κακός μαθητής. Άλλες πάλι φορές, η κύρια πηγή της συναισθηματικής δυσφορίας δεν είναι εφικτά προσδιορίσιμη από το άτομο, για παράδειγμα δηλαδή, το άτομο πιστεύει ότι είναι άσχημο ή ανόητο, αλλά δεν μπορεί να στηρίξει αυτή του τη πεποίθηση. Ανεξαρτήτως όμως της προέλευσής τους, οι περισσότερες χαρακτηρίζονται σαν αρνητικές ή πεσιμιστικές και είναι ακριβώς αυτές που υποκινούν το άτομο να βλάψει τον εαυτό του.

Μερικοί άνθρωποι ωστόσο, χρησιμοποιούν τον αυτοτραυματισμό σαν μέσο άσκησης ελέγχου αυτών των αρνητικών σκέψεων και συναισθημάτων. Ο αυτοτραυματισμός, εκτός των άλλων, θα μπορούσε να χαρακτηριστεί και σαν μια πράξη, η οποία απαιτεί μια ελάχιστη αυτοσυγκέντρωση, συνεπώς το άτομο αποβάλλει και αντικαθιστά τις αρνητικές σκέψεις του π.χ. «είμαι ανάξιος για το οτιδήποτε», με εσφαλμένα θετικές π.χ. «είμαι όμως καλός στο να πληγώνω τον εαυτό μου».

ü Σκέψεις κατά τη διάρκεια της αυτοτραυματικής πράξης: Όπως έχει ήδη αναφερθεί παραπάνω, πολλά άτομα πριν αυτό-τραυματιστούν, εισβάλλουν σε ένα επίπεδο απροσωποποίησης, κατά το οποίο νιώθουν αποκομμένα από τους εαυτούς τους, διακατέχονται από

ένα συναίσθημα «αιώρησης του εαυτού» ή νιώθουν σαν να παρακολουθούν τους εαυτούς τους. Μια από τις λειτουργίες της απροσωποποίησης, είναι η μείωση του πόνου που προκαλείται στο σώμα από την αυτοτραυματική πράξη. Οι σκέψεις κατά τη διάρκεια της αυτοτραυματικής πράξης μπορεί να περιλαμβάνουν:

- «Δεν μπορώ να πιστέψω ότι το κάνω αυτό στον εαυτό μου»
- «Είμαι τόσο ανόητος/η και αδύναμος/η που πληγώνω τον εαυτό μου»
- «Δεν πρόκειται να το μάθει κανείς, εξάλλου δεν θα με καταλάβουν»
- «Με να τραυματίζω τον εαυτό μου, νιώθω καλύτερα»

Αυτές οι σκέψεις ενοχής και ντροπής είναι που, από τη μία, δημιουργούν την επιθυμία αυτοτραυματισμού στο άτομο, και από την άλλη αυξάνουν περαιτέρω την σοβαρότητα της αυτοτραυματικής πράξης (Alderman T., U.S.A., 1997).

Ø **Συναισθήματα:** Το άτομο που αυτοτραυματίζεται, πιστεύει ότι αξίζει τον πόνο και συνήθως επιζητά ή και βιώνει την κακοποίηση σαν έναν οικείο τρόπο ζωής. Δεν είναι λίγες οι φορές άλλωστε που τα άτομα αυτά, μένουν μέσα σε μια μη υγιή σχέση ή σε έναν μη υγιή γάμο, είτε επειδή νιώθουν ότι η κακοποίηση τους προσφέρει ασφάλεια, είτε επειδή πιστεύουν ότι είναι άξια τιμωρίας και κακοποίησης. Με άλλα λόγια, το άτομο που αυτοτραυματίζεται εμπιστεύεται μονάχα το αίσθημα του πόνου που βιώνεται, επειδή αυτό του είναι κάτι οικείο (λόγω άσχημων παιδικών βιωμάτων).

Κατακλύζεται από τον φόβο μήπως το τιμωρήσουν – συνήθως οι γονείς – επειδή πιστεύει ότι είναι ανεπαρκές, αναξιόπιστο, πολύ «λίγο» για τις προσδοκίες των άλλων και επειδή αποτυγχάνει να ικανοποιήσει τις - ρητά ανακοινώσιμες πολλές φορές - προσδοκίες των άλλων.

Αισθάνεται επίσης εγκαταλελειμμένο, παρεξηγημένο και προδομένο από όλους, συναίσθημα που οδηγεί στην περαιτέρω επιδείνωση της ψυχολογίας του και των αρνητικών συναισθημάτων του, τόσο για τους άλλους, όσο και για τον εαυτό του. Αυτό το αίσθημα της μοναξιάς και της απομόνωσης, ενδέχεται να προκαλέσει φοβίες, οι οποίες κάνουν την εμφάνιση τους στη ζωή του, χωρίς προφανή λόγο



και αιτία. Παράλληλα, νιώθει ντροπή, τόσο για τις αυτοτραυματικές πράξεις του, όσο και σε ευρύτερο επίπεδο για τον εαυτό του (Levenkron S., New York, 2006).

Ακριβώς όπως συμβαίνει με τις σκέψεις, έτσι και τα συναισθήματα που βιώνονται κατά τη διάρκεια του αυτοτραυματισμού, ακολουθούν μια προβλέψιμη πορεία εξέλιξης. Είναι γεγονός ότι τα συναισθήματα αυτά, βιώνονται από ένα μεγάλο ποσοστό των ανθρώπων που αυτοτραυματίζονται, σε συνειδητό ή σε μη συνειδητό επίπεδο αντιστοίχως (Alderman T., U.S.A., 1997).

- ο Συναισθήματα πριν την αυτοτραυματική πράξη: Τα άτομα που αυτοτραυματίζονται, αναφέρουν ότι νιώθουν θλίψη, απομόνωση, αποξένωση και θυμό πριν προβούν σε μια πράξη αυτοτραυματισμού. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε ένα δυσάρεστο επίπεδο ανησυχίας και συναισθηματικού βασανισμού, από το οποίο νιώθουν ότι πρέπει να δραπετεύσουν (Levenkron S., New York, 2006). Από τη στιγμή που οι ρίζες των συναισθημάτων ποικίλουν, τα συναισθήματα, σε γενικό επίπεδο, κατατάσσονται σε αρκετές κατηγορίες όπως: θυμός και ματαιώση, αποξένωση και Κατάθλιψη.

Συγκεκριμένα, τα άτομα αισθάνονται θυμωμένα και ματαιωμένα, όταν δυσκολεύονται να εκπληρώσουν μια επιθυμία τους, ή λόγω άλλων καταστάσεων. Συνεπώς, η ματαιώση προέρχεται από την ανικανότητα επίτευξης ποικίλων απαιτήσεων ή επιθυμιών. Ο θυμός είναι ένα συναίσθημα παραπλήσιο της ματαιώσης κατά κάποιον τρόπο, αλλά γενικά πηγάζει από αισθήματα εχθρότητας. Αντίθετα από την ματαιώση, ο θυμός συχνά προκαλείται από τις αλληλεπιδράσεις με τον κοινωνικό περίγυρο (π.χ. συζητήσεις), που δεν εξελίσσονται με τον προσδοκώμενο τρόπο, ενώ συχνά κατευθύνεται προς ένα συγκεκριμένο πρόσωπο. Ο θυμός και η ματαιώση, αφενός μπορεί να αποβούν χρήσιμα μερικές φορές, αφετέρου όμως μπορεί να αποβούν καταστροφικά ή επικίνδυνα, σε περιπτώσεις που δεν ελέγχονται κατάλληλα.

Η αποξένωση, είναι το δεύτερο συναίσθημα που συχνά απαντάται πριν την πράξη του αυτοτραυματισμού. Συναισθήματα αποξένωσης, μοναξιάς και απομόνωσης, μπορεί να είναι απάντηση σε διάφορα αρνητικά ερεθίσματα (π.χ. εγκατάλειψη, απόρριψη,

χωρισμός). Η συναισθηματική αποσύνδεση, είναι συχνή, εξίσου, πριν την πράξη του αυτοτραυματισμού και εξαιτίας της ιδιωτικής φύσης της αυτοτραυματικής πράξης, τα συναισθήματα αυτά της αποσύνδεσης και της απομόνωσης φαίνεται να αυξάνονται.

Συχνό φαινόμενο επίσης είναι τα άτομα μετά την αυτοτραυματική πράξη να απομονώνονται ακόμα πιο πολύ. Η απομόνωση τους μπορεί να είναι *σωματική*, δηλαδή να αποφεύγουν τις κοινωνικές επαφές, ή *συναισθηματική*, δηλαδή να αποκρύβουν τις αυτοτραυματικές πράξεις τους ή τα συναισθήματά τους σε γενικότερο επίπεδο. Για τον λόγο αυτό, η αποξένωση, η απομόνωση και η συναισθηματική αποσύνδεση να εμφανίζονται τόσο πριν, όσο και μετά το πέρας της αυτοτραυματικής ενέργειας.

Η Κατάθλιψη είναι το τρίτο κατά σειρά συναίσθημα που βιώνεται πριν τη πράξη του αυτοτραυματισμού. Συναισθήματα θλίψης, δυστυχίας ή μελαγχολίας, τις περισσότερες φορές ενυπάρχουν εξίσου πριν τον αυτοτραυματισμό. Τα άτομα βιώνουν την Κατάθλιψη με διαφορετικούς τρόπους, όπως με συναισθήματα ανίας, συναισθηματικής κενότητας ή δυσαρέσκειας για τη ζωή τους.

Αυτά τα τρία συναισθήματα (θυμός, αποξένωση και κατάθλιψη), μπορεί να προκαλέσουν την αυτοτραυματική πράξη, η οποία λαμβάνει χώρα με σκοπό να απαλείψει την συναισθηματική επιρροή τους στον ψυχισμό του ατόμου.

- ο Συναισθήματα κατά τη διάρκεια της αυτοτραυματικής πράξης: Κατά τη διάρκεια της αυτοτραυματικής πράξης, η προσπάθεια προσδιορισμού των συναισθημάτων είναι, συνήθως, ένα δύσκολο εγχείρημα. Ο αυτούσιος σκοπός της αυτοτραυματικής ενέργειας συντελεί στη δυσκολία αυτή, αφού εκτελείται με σκοπό να καλύψει την επιρροή των δυσφορικών συναισθημάτων στον ψυχισμό του ατόμου.

Πολλά άτομα συχνά βιώνουν επίσης μια παροδική αποπροσωποποίηση κατά τη διάρκεια της πράξης, είτε σε σωματικό είτε σε ψυχικό επίπεδο. Κατά τη διάρκεια λοιπόν του επεισοδίου της απροσωποποίησης, τα επίπεδα της συνείδησης μεταβάλλονται,

γεγονός που μπορεί να διαστρεβλώσει την ανάκληση συναισθημάτων ή σκέψεων κατά τη στιγμή του αυτοτραυματισμού.

Τέλος η απελευθέρωση της χημικής ουσίας *ενδορφίνη* στον εγκέφαλο του ατόμου, η οποία εκλύεται σαν απάντηση στον αυτοτραυματισμό, συχνά διαστρεβλώνει εξίσου τη πραγματική φύση των συναισθημάτων.

§ Συναισθήματα μετά το πέρας της αυτοτραυματικής πράξης: Μετά τη πράξη του αυτοτραυματισμού, πολλά άτομα βιώνουν δύο διαφορετικά επίπεδα συναισθημάτων.

Στη πρώτη κατηγορία, εντάσσονται τα άτομα που αμέσως μετά το πέρας της πράξης, βιώνουν ένα μεγάλο αίσθημα ανακούφισης, χαλάρωσης και ευτυχίας (συναισθήματα που δημιουργούνται εξαιτίας της απελευθέρωσης ενδορφινών). Η διάρκειά τους ωστόσο, δεν είναι αρκετά μεγάλη, γεγονός που συνιστά την επανάληψή της και ως συνέπεια, τη δημιουργία εθισμού στον αυτοτραυματισμό.

Στη δεύτερη κατηγορία, εντάσσονται τα άτομα που αμέσως μετά το πέρας της πράξης βιώνουν συναισθήματα ντροπής, μεταμέλειας και ενοχής, με αποτέλεσμα να επιστρέφουν σε ακόμα πιο δυσφορικά συναισθηματικά επίπεδα από τα αρχικά (που συντέλεσαν στην εκτέλεση της πράξης). Αυτό μπορεί να επισυμβεί όμως και στα άτομα της πρώτης κατηγορίας, αμέσως μετά την εξάλειψη των θετικών συναισθημάτων που αποκομίσθηκαν. Πολλές φορές μάλιστα η αυτοτραυματική ενέργεια επαναλαμβάνεται, δημιουργώντας με αυτό τον τρόπο ένα φαύλο κύκλο (Alderman T., U.S.A., 1997).

**3.2.2.14.1 Παιδιά - Έφηβοι**: Το ποσοστό αυτοτραυματισμού είναι σχετικά χαμηλό στη πρώιμη παιδική ζωή, αλλά αυξάνεται ραγδαία καθώς το άτομο φτάνει στην εφηβεία. Οι περισσότερες ενέργειες αυτοτραυματισμού των νεαρών ατόμων, δεν γίνονται σχεδόν ποτέ αντιληπτές, τόσο από τις Υπηρεσίες Παροχής Υγείας, όσο και από τους ίδιους τους γονείς των παιδιών. Παρά την εκδήλωση άγχους, ο αυτοτραυματισμός στα νεαρά άτομα είναι συχνά ένα σημάδι ύπαρξης και άλλων προβλημάτων, τα οποία

μπορεί να εξωτερικευτούν με τη μορφή της κατάχρησης ουσιών, φτωχής σχολικής επίδοσης, χαμηλές βλέψεις ακαδημαϊκής εξέλιξης, σεξ χωρίς προφύλαξη κ.ά.

**3.2.2.14.2 Ενήλικοι – Ηλικιωμένοι:** Παρά το γεγονός ότι τα μεγαλύτερα άτομα, φαίνεται να μην υιοθετούν αυτοτραυματικές συμπεριφορές σε μεγάλα ποσοστά, οι συνέπειες συχνά είναι περισσότερο σοβαρές. Έχει εκτιμηθεί ότι για κάθε 5 άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που αυτοτραυματίζονται, το 1 αργότερα θα αυτοκτονήσει. Συγκεκριμένα, οι μεγαλύτεροι άνθρωποι που αυτοτραυματίζονται, έχουν υψηλότερα ποσοστά Ψυχικών Διαταραχών, κοινωνικής απομόνωσης και Κατάθλιψης.

**3.2.2.14.3 Άτομα με ιστορικό εγκληματικότητας:** Ο αυτοτραυματισμός είναι περισσότερο συνηθισμένος μεταξύ των κρατουμένων στις φυλακές, από ότι στο γενικό πληθυσμό (The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, Λονδίνο, 2004).

### **3.2.2.15 ΝΤΡΟΠΗ ΚΑΙ ΑΥΤΟΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ**

Ένα από τα πλέον χαρακτηριστικά συναισθήματα που συνοδεύουν την αυτοτραυματική πράξη είναι η ντροπή. Η ντροπή είναι ένα πολύ δυνατό συναίσθημα, ικανό να μεταβάλει σκέψεις, συναισθήματα ακόμα και συμπεριφορές. Οποιοδήποτε αίσθημα ντροπής ή αμηχανίας που προέρχεται από τις αυτοτραυματικές συμπεριφορές, μπορεί να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό όλους τους τομείς της ζωής του ατόμου που αυτοτραυματίζεται, όπως τις φιλίες, τη σχολική ή την επαγγελματική επίδοση.

Επιπρόσθετα, η ντροπή είναι ένα συναίσθημα που προηγείται της αυτοτραυματικής πράξης. Για πολλά άτομα, η αυτοτραυματική συμπεριφορά συνδέεται με τραυματικές εμπειρίες στη παιδική ζωή. Πολλά άτομα που στο παρελθόν κακοποιήθηκαν, με οποιονδήποτε τρόπο, πιστεύουν ότι εκείνα ήταν υπαίτια της κακοποίησης και ως ένα βαθμό την ενθάρρυναν ή ακόμα και την άξιζαν. Αυτά τα αισθήματα λοιπόν, συχνά συνδέονται με τις τραυματικές αναμνήσεις της πρώιμης κακοποίησης και μεταφέρονται στις συμπεριφορές αυτοτραυματισμού.

Η τιμωρία ή η ενέργεια της αυτοτραυματικής συμπεριφοράς, υποδηλώνει ότι το άτομο θεωρεί τον εαυτό του υπεύθυνο (επειδή στο παρελθόν, προφανώς, τιμωρούταν κάθε φορά που έκανε κάποιο λάθος), γεγονός που αναζωπυρώνει αισθήματα ντροπής και ενοχής.

Πολλά άτομα κρατούν τις αυτοτραυματικές συμπεριφορές τους κρυφές, εξαιτίας του αισθήματος ντροπής και του φόβου μήπως επικριθούν ή στιγματιστούν από τον κοινωνικό τους περίγυρο.

Τα συναισθήματα ντροπής και αμηχανίας, μπορεί να είναι αποτέλεσμα ποικίλων τμημάτων της αυτοτραυματικής συμπεριφοράς, όπως σημάδια, ουλές, μελανιές, κοψίματα, μετά-τραυματικά συναισθήματα, αδυναμίας κλπ.

- ο Πληγές, Μελανιές και Ουλές: Σε πολλά άτομα που αυτοτραυματίζονται, τα σημάδια ή οι ορατές πληγές και μελανιές αναπαράγουν συναισθήματα ντροπής. Το γεγονός ότι μερικά σημάδια ή ουλές παραμένουν σε μόνιμη βάση ή για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα στο σώμα του ατόμου, αφενός επιμένουν να θυμίζουν στο άτομο το συγκεκριμένο αυτοτραυματικό επεισόδιο, και αφετέρου μπορεί να γίνουν κάποια στιγμή αντιληπτά από κάποιο άλλο άτομο, με συνέπεια ο κύκλος της ντροπής του αυτοτραυματιζόμενου ατόμου να διαιωνίζεται.
- ο Πολλές φορές, οι αντιδράσεις των άλλων, επιδεινώνουν το συναισθηματικό της ντροπής του ατόμου, αφού οι ερωτήσεις τους σχετικά με το αίτιο που προκάλεσε το τραύμα, σχεδόν πάντα φέρνουν το άτομο σε δύσκολη θέση. Στις περισσότερες των περιπτώσεων η απάντηση που δίνεται από το άτομο είναι ψευδής π.χ. ότι δήθεν του επιτέθηκε ένας σκύλος ή μια γάτα. Ποτέ, ή σχεδόν σπάνια, αποκαλύπτεται η αληθινή αιτία.
- ο Αποξένωση / Απομόνωση: Τα άτομα που αυτοτραυματίζονται, συνήθως νιώθουν αποξενωμένα λόγω της συμπεριφοράς τους. Πρώτον, λόγω του ότι οι συμπεριφορές του αυτοτραυματισμού, σπάνια θίγονται από την κοινωνία ή από τα Μ.Μ.Ε., με αποτέλεσμα το άτομο να απομονώνεται και να θεωρεί τον εαυτό του διαφορετικό, τρελό ή και ψυχικά διαταραγμένο. Δεύτερον, τα περισσότερα άτομα που αυτοτραυματίζονται θεωρούν ότι είναι τα μόνα που επιδίδονται σε τέτοιες συμπεριφορές και συνεπώς νιώθουν ακόμα πιο πολύ μπερδεμένα. Τρίτον, η καθαυτή φύση του αυτοτραυματισμού

προϋποθέτει απομόνωση, αφού οι αυτοτραυματικές ενέργειές της εκτελούνται τις στιγμές που το άτομο είναι μόνο.

- ο Ο αυτοτραυματισμός διαφέρει από άλλες ψυχοπαθολογικές συμπεριφορές π.χ. Αλκοολισμός, Διαταραχές Σίτισης, Τριχοτιλλομανία κλπ., για τους εξής δύο λόγους: α) οι προαναφερόμενες συμπεριφορές έχουν επικεντρώσει πολλές φορές το ενδιαφέρον των Μ.Μ.Ε., με αποτέλεσμα να γίνουν περισσότερο κοινωνικά αποδεκτές και β) για τις προαναφερόμενες συμπεριφορές υπάρχουν αρκετές ομάδες αυτοβοήθειας σε πολλές χώρες. Από την άλλη όμως, αν και υπάρχουν πολλά άτομα με συμπεριφορές αυτοτραυματισμού είναι διαθέσιμος ένας πολύ μικρός αριθμός τόσο ομάδων αυτοβοήθειας όσο και γενικότερα θεραπευτικής προσοχής.
- ο Ευαλωτότητα και Απώλεια Ελέγχου: Μια άλλη πηγή συναισθημάτων ντροπής, μπορεί να είναι η απουσία ελέγχου της αυτοτραυματικής συμπεριφοράς. Το άτομο μπορεί να πιστεύει ότι είναι πολύ αδύναμο να αντισταθεί στην αυτοτραυματική του επιθυμία, ενώ επιπλέον, μια αποτυχημένη προσπάθεια διακοπής της αυτοτραυματικής συμπεριφοράς, μπορεί να συμβάλλει στην ανάπτυξη συναισθημάτων αποτυχίας και περαιτέρω θλίψης. Εντούτοις, για ένα περιορισμένο αριθμό ατόμων, το συναίσθημα της ντροπής δεν πηγάζει από τις ενέργειες του αυτοτραυματισμού, αλλά από την αδυναμία μνημονικής ανάκλησης του περιστατικού που προκάλεσε τον αυτοτραυματισμό (Alderman T., U.S.A., 1997). Η λεγόμενη *Διαταραχή της Μνημονικής Ανάκλησης*, χαρακτηρίζεται από αδυναμία θύμησης ενός περιστατικού μιας περιγεγραμμένης χρονικής περιόδου – συνήθως των πρώτων λίγων ωρών που ακολουθούν ένα έντονο γεγονός (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Κατά αυτήν την Διαταραχή, η συνείδηση του αυτοτραυματικού ατόμου μειώνεται, όπως εξίσου μειώνεται και η εμπειρία του σωματικού πόνου που προκαλείται ηθελημένα από το άτομο. Συνεπώς, αναδύονται στο άτομο συναισθήματα όχι μόνο ντροπής και αμηχανίας αλλά ακόμη και σύγχυση ή έκπληξη (Alderman T., U.S.A., 1997).

### 3.2.2.16 ΤΕΛΕΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ

Όταν η αυτοτραυματική συμπεριφορά γίνεται εθιστική, επαναλαμβάνεται με έναν συγκεκριμένο τυπικό και τελετουργικό τρόπο, κατά τον οποίο η επικείμενη αυτοκαταστροφή κρίνεται υψίστης σημασίας ή ακόμα και «αναγκαίο κακό», από το οποίο το άτομο είναι αδύνατο να ξεφύγει ή ακόμα και να αντισταθεί σε αυτή του τη παρόρμηση (Gardner F., New York, 2001 ).

Συχνά η αυτοτραυματική συμπεριφορά ακολουθεί μια συγκεκριμένη τελετουργική προετοιμασία. Ενδέχεται να παρουσιάζεται σαν τελετουργική, ως προς το περιβάλλον μέσα στο οποίο διενεργείται, ως προς το όργανο (ξυράφι, αναπηράς κλπ.) με το οποίο πραγματοποιείται και γενικώς ως προς την όλη γενική διαδικασία που προηγείται της αυτοτραυματικής ενέργειας.

**Περιβάλλον:** Τα περισσότερα άτομα που αυτοτραυματίζονται, το κάνουν σε συγκεκριμένους χώρους. Για την πλειοψηφία των ατόμων αυτών, ο χώρος μέσα στον οποίο διενεργείται η αυτοτραυματική πράξη είναι ο χώρος του σπιτιού τους, επειδή προσφέρει μυστικότητα και απομόνωση από οποιαδήποτε εξωτερική παρέμβαση ή ερέθισμα. Επιπρόσθετα το αίσθημα αυτό της αποξένωσης και της μοναξιάς που συνήθως προηγείται της πράξης, είναι αυτό που πυροδοτεί την επιθυμία του αυτοτραυματισμού.

Συνήθως, τα άτομα αυτά, έχουν ένα συγκεκριμένο χώρο στο σπίτι όπου και αυτοτραυματίζονται (το δωμάτιο τους, το μπάνιο κλπ), και δεν είναι λίγες οι φορές που πριν να προβούν σε μια τέτοια ενέργεια δημιουργούν και τη κατάλληλη ατμόσφαιρα ανάβοντας κεριά, τραβώντας της κουρτίνες, κλειδώνοντας τη πόρτα κλπ. Πολλά άτομα αυτοτραυματίζονται κατά τη διάρκεια των απογευματινών ωρών, είτε επειδή συμβαίνει να βρίσκονται μόνο τους στο σπίτι, είτε επειδή η μηχανισμοί αντιμετώπισής τους αποτυγχάνουν ή δεν είναι αρκετά αποτελεσματικοί.

Βέβαια, υπάρχουν ακόμα άτομα, τα οποία αναβιώνουν με τον αυτοτραυματισμό τους μια προηγούμενη εμπειρία κακοποίησης, και η οποία λάμβανε χώρα αρκετά συχνά στο παρελθόν, έτσι , μπορεί να πιάσουν τον εαυτό τους να υιοθετεί αυτοτραυματικές συμπεριφορές την ίδια ώρα της ημέρας, την ίδια μέρα της εβδομάδας όπου η τραυματική προηγούμενη εμπειρία κακοποίησης συνέβαινε.

**Όργανα:** Μπορεί επίσης τα άτομα που αυτοτραυματίζονται να χρησιμοποιούν συγκεκριμένα όργανα εκτέλεσής της κάθε φορά. Συνήθως ένα άτομο χρησιμοποιεί μόνο ένα τύπο αντικειμένου ή οργάνου αυτοτραυματισμού (π.χ. μαχαίρι) και σπάνια θα το αντικαταστήσει ακόμα και αν κάποιο άλλο αντικείμενο επιφέρει στο σώμα του παρόμοια ή ίδια αποτελέσματα αυτοτραυματισμού (π.χ. ξυράφι ή ψαλίδι).

**Συνολική Διαδικασία:** Αρκετά είναι τα άτομα που ακολουθούν συγκεκριμένες τελετουργικές πράξεις πριν από τον αυτοτραυματισμό τους: προετοιμάζουν το περιβάλλον διενέργειας της πράξης, αποκτούν πρόσβαση στα απαραίτητα όργανα / σύνεργα εκτέλεσής της και ανακτούν συναισθήματα που συνδέονται με την προ-τραυματική διαδικασία που πρόκειται να ακολουθήσει.

Τελετουργικές διαδικασίες μπορεί να παρατηρηθούν όμως και μετά την εκτέλεση της αυτοτραυματικής πράξης, όπου το άτομο φροντίζει και περιποιείται να τραύματά του, με ένα συγκεκριμένο τρόπο κάθε φορά (π.χ. περνώντας τη περιοχή του δέρματος που τραυματίστηκε, με ένα αντισηπτικό ή κάποια ειδική αλοιφή για τραύματα) (Alderman T., U.S.A., 1997).

Ο Freud (1907), χαρακτηρίζει αυτή τη τελετουργική διαδικασία σαν «*Νευρωτική Τελετουργία*» (*neurotic ceremonial*), και ταξινομεί τη συμπεριφορά αυτή ανάμεσα στις Ψυχαναγκαστικές Νευρώσεις. Υποστηρίζει ότι παρόλο που αυτές η τελετουργίες πρέπει να εκτελούνται (κατά την άποψη των ατόμων) με ακριβώς ή με παρόμοιο μεθοδολογικό τρόπο κάθε φορά, και παρόλη την εντύπωση της απλής διαδικασίας που εσωκλείουν – τόσο για το άτομο που τις εκτελεί, όσο και για κάποιον παρατηρητή - δύσκολα μπορούν να τροποποιηθούν. Η οποιαδήποτε απόκλιση από τη συνηθισμένη τελετουργική διαδικασία του αυτοτραυματισμού, οδηγεί σε υψηλά επίπεδα άγχους. Η Gardner (2001), προσθέτει ότι αυτές οι τελετουργίες, σε συνειδητό επίπεδο δεν παρουσιάζουν κάποιο επιχείρημα, αλλά στο ασυνείδητο ενυπάρχουν τόσο οι πραγματικές αιτίες όσο και τα πραγματικά επιχειρήματα της αυτοτραυματικής τελετουργικής διαδικασίας (Gardner F., New York, 2001 ).



### 3.2.2.17 ΕΘΙΣΜΟΣ

Από τη στιγμή που το άτομο υιοθετεί και επαναλαμβάνει τις συμπεριφορές αυτοτραυματισμού, σημαίνει ότι νιώθει ανίκανο να χρησιμοποιήσει οποιαδήποτε άλλη τεχνική αντιμετώπισης ώστε να ρυθμίσει την αφόρητη συναισθηματική ένταση την οποία βιώνει (Levenkron S., New York, 2006). Παρόλο που το αρχικό εγχείρημα της πράξης του αυτοτραυματισμού λειτουργεί σαν ένας τύπος αυτοβοήθειας για ανακούφιση από την εσωτερική ένταση ή σαν μηχανισμός αντιμετώπισης των ανυπόφορων συναισθημάτων, η επανάληψή του επηρεάζεται από αρκετούς παράγοντες όπως:

- (α) κατά πόσο ισχύουν οι αρχικές συνθήκες της αυτοτραυματικής πράξης,
- (β) κατά πόσο ισχύουν οι πεποιθήσεις του ατόμου για την αυτό-τραυματική πράξη που εκτελείται επάνω στο σώμα του ατόμου (κάψιμο, κόψιμο κλπ),
- (γ) κατά πόσο ισχύουν οι συναισθηματικές αντιδράσεις της αρχικής αυτοτραυματικής πράξης και
- (δ) κατά πόσο ισχύει η θετική μεταβολή του συναισθήματος έπειτα από την αυτοτραυματική πράξη.

Η Gardner (2001) ωστόσο, αναφέρει δύο ακόμα λόγους: Ο πρώτος είναι ότι η συμπεριφορά μπορεί να γίνει εθιστική ασυνείδητα, αφού η αυτοτραυματική συμπεριφορά επιφέρει στο άτομο το επιθυμητό αποτέλεσμα (συναισθηματική ανακούφιση), λόγω των χημικών αλλαγών που προκαλούνται με την απελευθέρωση χημικών ουσιών στον εγκέφαλο (ενδορφίνες). Δεύτερον, η πράξη μπορεί να αποβεί εξίσου εθιστική, λόγω της αποδοχής των επιθυμητών συμπεριφορών από τον κοινωνικό περίγυρο του ατόμου (ανάγκη ή επιζήτηση προσοχής).

Βάσει των όσων αναφέρθηκαν παραπάνω, αφενός ένα άτομο που επιχειρεί μια φορά να αυτοτραυματιστεί, είναι εξίσου πιθανό να το επαναλάβει και αφετέρου δεν παύει να αναζητείται ένα συγκεκριμένο και επιθυμητό αποτέλεσμα μιας προηγούμενης πράξης αυτοτραυματισμού, το οποίο είναι πιθανό να μην βιωθεί στον ίδιο βαθμό. Εξαιτίας αυτής τους επιθυμίας, πολλά άτομα κόβονται όλο και πιο βαθιά κάθε φορά ή καίγονται όλο και πιο πολύ (Gardner F., New York, 2001).

Ένα άτομο που εθίζεται στην αυτοτραυματική συμπεριφορά, συχνά ακολουθεί μια κοινή πορεία:

A) Το πρώτο περιστατικό αυτοτραυματισμού, μπορεί να έγινε από ατύχημα, έπειτα από μια μιμητική επανάληψη (έχοντας δει κάποιον να αυτοτραυματίζεται), ή από περιέργεια (έχοντας ακούσει από άλλους ότι αυτοτραυματίζονται).

B) Το άτομο πρώτα βιώνει δυνατά συναισθήματα (όπως θυμός, ανησυχία, φόβος) μετά από ένα τραυματικό γεγονός που του συμβαίνει.

Γ) Τα δυσάρεστα συναισθήματα παγιώνονται και το άτομο δεν μπορεί να βρει τρόπο να τα εκφράσει άμεσα.

Δ) Ο αυτοτραυματισμός παρέχει μια αίσθηση ανακούφισης από την δυσάρεστη συναισθηματική ένταση που το άτομο βιώνει.

Ε) Ένα αίσθημα ενοχής και ντροπής, συνήθως ακολουθεί την αυτό-τραυματική ενέργεια.

ΣΤ) Το άτομο κρύβει τα εργαλεία που χρησιμοποίησε για τον αυτοτραυματισμό του, και καλύπτει τα σημάδια στο σώμα του, συχνά φορώντας μπλούζες με μακριά μανίκια.

Z) Την επόμενη φορά που τα δυνατά συναισθήματα εμφανίζονται και πάλι, το άτομο αναζητά ανακούφιση με τον ίδιο ακριβώς τρόπο.

H) Τα συναισθήματα της ντροπής παραδόξως οδηγούν στην επανειλημμένη αυτοτραυματική συμπεριφορά.

Θ) Το άτομο νιώθει αναγκασμένο να επαναλαμβάνει τον αυτοτραυματισμό, πιθανόν αυξάνοντας τη συχνότητα και το βαθμό σοβαρότητας ([helpguide.org](http://helpguide.org)).

### **3.2.2.18 ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ**

#### **3.2.2.18.1 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΠΕΡΙΓΥΡΟΣ**

Σε αρχικό επίπεδο, όταν η οικογένεια ή το φιλικό περιβάλλον, ανακαλύψουν ότι το άτομο αυτοτραυματίζεται, αναστατώνονται, σχεδόν σοκάρονται από τη συμπεριφορά του αυτή (Gardner F., New York, 2001).

Μια παρορμητική ή επικριτική αντίδρασή τους, ενδεχομένως να χειροτερέψει ακόμα πιο πολύ τον ψυχισμό του ατόμου που

αυτοτραυματίζεται. Η επικριτική αυτή στάση τους ως προς το άτομο, συνήθως συμβαίνει γιατί, ως επί των πλειίστων, κανένας γονιός δεν θέλει να παραδεχθεί τα τυχόν υποφαινόμενα σημάδια μιας ψυχικής ασθένειας στο παιδί του (Levenkron S., New York, 2006), με αποτέλεσμα πολλές φορές, αυτό να οδηγεί σε μια «άρνηση». Η οικογένεια ή το φιλικό περιβάλλον, θέλουν να πιστεύουν ότι αυτή του η συμπεριφορά είναι απλώς μια περαστική συναισθηματική φάση και ότι θα εξαλειφθεί πολύ γρήγορα. Ακόμα, αρκετοί γονείς, μπορεί να αναστατωθούν υπερβολικά ή ακόμα και να θυμώσουν / λογομαχήσουν με το άτομο, επειδή ίσως οι ίδιοι να μην μπορέσουν να δουν πέρα από τα δικά τους συναισθήματα.

### 3.2.2.18.2 ΘΕΡΑΠΕΥΤΕΣ

Από την άλλη, ορισμένοι επαγγελματίες στην ψυχική υγεία (κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι ή λοιποί θεραπευτές), αντιμετωπίζουν τα άτομα που αυτοτραυματίζονται σαν πολύ δύσκολες περιπτώσεις, οι οποίες απαιτούν μέγιστη θεραπευτική επιμόρφωση και προσοχή.

Οι ψυχολόγοι, τις περισσότερες φορές, παραβλέπουν την αυτοτραυματική συμπεριφορά από έλλειψη πείρας, ενημέρωσης και συναισθημάτων αποστροφής, ενώ παράλληλα, σπανίως ρωτούν για ενδεχόμενη αυτοτραυματική συμπεριφορά (Gardner F., New York, 2001). Μάλιστα, δεν είναι λίγες οι φορές που τα άτομα παραπέμπονται σε κάποιον άλλον θεραπευτή, με συνέπεια το άτομο να αντιλαμβάνεται ότι του στερούν το δικαίωμα ψυχοθεραπείας, ή ότι η περίπτωσή του δεν χρήζει θεραπευτικής αντιμετώπισης, ενώ παράλληλα αισθάνεται πληγωμένο και προδομένο (Levenkron S., New York, 2006).

Επιπρόσθετα, οι αντιδράσεις και οι στρατηγικές αντιμετώπισης των συμπεριφορών αυτοτραυματισμού από τους ψυχολόγους, είναι συχνά αποτρεπτικές για τους αυτοτραυματιζόμενους. Οι Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας, ενδεχομένως να απαιτήσουν από τον αυτοτραυματιζόμενο να πάψει να κάνει - ή να αποπειράται να κάνει- κακό στον εαυτό του, ή στη χειρότερη περίπτωση να τον παραπέμψουν σε ψυχιατρική κλινική ή σε νοσοκομείο. Αυτό, ωστόσο, συμβαίνει μόνο σε περιπτώσεις που η κατάσταση του ασθενούς χαρακτηρίζεται ως υψηλής επικινδυνότητας, ή

για άλλους λόγους Ψυχικής Υγείας. Οι παραπάνω αρνητικές συμπεριφορές, συμβαίνουν για τους εξής λόγους :

1. Η συμπεριφορά του αυτοτραυματισμού, δεν περικλείει μέσα της λογικές πράξεις με λογικά επιχειρήματα ή αιτίες.
2. Η συμπεριφορά του αυτοτραυματισμού, βαδίζει σε αντίθετη κατεύθυνση από τις υπάρχουσες αντιλήψεις για την υγεία.
3. Οι ασθενείς δεν ανταποκρίνονται στην φαρμακοθεραπεία ή στις βραχείες ψυχοθεραπείες.
4. Απαιτείται χρονοβόρα σωματική φροντίδα των ασθενών για τη δεδομένη ψυχική ασθένεια.
5. Συχνά οι ασθενείς δεν γνωρίζουν τους λόγους που υιοθετούν τέτοιες συμπεριφορές, γιατί εθίζονται σε αυτές ή ακόμα δείχνουν να μην ενδιαφέρονται καθόλου (Gardner F., New York, 2001).

Από την σκοπιά του θεραπευτή όμως, όταν εκείνος αντιλαμβάνεται ότι δεν διαθέτει τις απαραίτητες ή κατάλληλες θεραπευτικές γνώσεις για την πλήρη θεραπευτική προσέγγιση μιας ψυχοπαθολογικής συμπεριφοράς, όπως αυτή του αυτοτραυματισμού, κρίνεται υψίστης δεοντολογικής σημασίας να το αναφέρει και να παραπέμψει τον ασθενή σε άλλον θεραπευτή - ειδικό, με περισσότερη επιμόρφωση πάνω στο θέμα του αυτοτραυματισμού (Levenkron S., New York, 2006).

### **3.2.2.19 ΜΥΘΟΙ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΥΤΟΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟ**

1. *«Όλα τα άτομα που αυτοτραυματίζονται, πάσχουν από Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας».*

Παρά το γεγονός ότι παρόμοιες συμπεριφορές εμφανίζονται και εντάσσονται στα διαγνωστικά κριτήρια της Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας και παρά το αυξημένο ποσοστό της διάγνωσης των αυτοτραυματιζόμενων ατόμων σαν πάσχοντα από Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας, δεν μπορεί να υποστηριχθεί ότι σε οποιοδήποτε άτομο που αυτοτραυματίζεται, υποβόσκει πάντα μια Διαταραχή Προσωπικότητας η οποία ευθύνεται για την εκδήλωση αυτών των συμπεριφορών. Υπάρχει μια πληθώρα άλλων λόγων που υποκινούν τα άτομα στην υιοθέτηση αυτών

των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών. Συμπερασματικά, η Οριακή Διαταραχή, δεν συμβάλλει μόνο στην «ετικετοποίηση» των αυτοτραυματιζόμενων ασθενών, αλλά είναι και ανακριβής στην περίπτωση των παιδιών ή των νεαρών εφήβων, γιατί σύμφωνα με το **DSM-IV**, ένας ασθενής πρέπει να είναι τουλάχιστον 18 ετών για να διαγνωσθεί με μια Διαταραχή όπως η Οριακή.

*2. «Τα περισσότερα άτομα που αυτοτραυματίζονται έχουν υποστεί στο παρελθόν σωματική, ψυχολογική ή σεξουαλική κακοποίηση».*

Οι περισσότεροι ειδικοί θεραπευτές ξεκινούν τη θεραπευτική διαδικασία με το αυτοτραυματιζόμενο άτομο, βασιζόμενοι στην υπόθεση ή και πεποίθηση της ύπαρξης ιστορικού κακοποίησης του ατόμου. Παρόλα αυτά, έρευνες με αυτοκαταστροφικά άτομα, έχουν υποδείξει ότι η πλειοψηφία των ατόμων αυτών δεν είχαν υποστεί στο παρελθόν κάποια σωματική, ψυχολογική ή και σεξουαλική κακοποίηση. Ωστόσο και σύμφωνα με τον **Selekman (2002)**, πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι ένα μέρος των ατόμων που συνηθίζουν να αυτοτραυματίζονται, όντως έχουν ιστορικό κακοποίησης ή δεν επιθυμούν ακόμα να κάνουν λόγο για αυτό ακόμα και στους θεραπευτές τους. Συνοπτικά, θεραπευτής και πελάτης θα πρέπει να οργανώσουν από κοινού τη θεραπευτική διαδικασία, ενώ ο δεύτερος, θα πρέπει να είναι ενήμερος για τους λόγους τους οποίους ο θεραπευτής, τυχόν, εμμένει σε ένα συγκεκριμένο κομμάτι της ζωής του ατόμου, διαφορετικά το αποτέλεσμα θα είναι αντιστρόφως προσδοκώμενο (αύξηση αυτό-τραυματικής συμπεριφοράς, ακόμα και απόπειρα αυτοκτονίας).

*3. «Τα άτομα που αυτοτραυματίζονται είναι αυτοκτονικά».*

Τα περισσότερα άτομα που αυτοτραυματίζονται το κάνουν ως μέσο άμεσης ανακούφισης από τα ανυπόφορα συναισθήματα που τους κατακλύζουν, λόγω των διάφορων στρεσογόνων καταστάσεων της ζωής. Ο θάνατος δεν επιδιώκεται, επέρχεται μόνο από λάθος εκτίμηση του βάθους της πληγής που προκαλείται, με συνέπεια την εγκοπή π.χ. κάποιας αρτηρίας.

4. «Τα άτομα που υιοθετούν συμπεριφορές με σκοπό την αλλαγή του σώματός τους (τατουάζ, πλαστικές επεμβάσεις, κλπ.), έχουν πρόβλημα αυτοτραυματισμού».

Τα τατουάζ, ή τα σκουλαρίκια (*body-piercing*), οι πλαστικές χειρουργικές επεμβάσεις κλπ., δεν θεωρούνται αυτοτραυματικές συμπεριφορές, ακόμα και στη περίπτωση που αυτές οι ενέργειες μπορεί να προκαλέσουν κάποια βλάβη στο σώμα (Alderman T., U.S.A., 1997). Αυτό συμβαίνει γιατί:

α) Οι συμπεριφορές αυτές χρησιμοποιούνται με σκοπό τη προσαρμογή του ατόμου στις επιταγές της «μόδας», ενώ το άτομο που αυτοτραυματίζεται σπάνια - αν ποτέ - στοχεύει τη καλαισθησία. Αντιθέτως μάλιστα, ο αυτοτραυματισμός χρησιμοποιείται από το άτομο για να ξεφύγει, έστω και λίγο, από την εσωτερική του δυσφορία (Selekman Matthew D., New York, 2002).

β) Επίσης, οι συμπεριφορές που χρησιμοποιούνται για την αλλαγή του σώματος προς το καλύτερο, γίνονται από κάποιο άλλο άτομο, το οποίο είναι ειδικευμένο ή εκπαιδευμένο για αυτό το σκοπό, ενώ ο αυτό-τραυματισμός γίνεται αποκλειστικά από το άτομο στον εαυτό του.

γ) Στις περιπτώσεις των ακρωτηριασμών (π.χ. στη περιοχή των γεννητικών οργάνων) που γίνονται λόγω διάφορων θρησκευτικών ιδεολογιών (*θρησκευτικές τελετουργίες*), το άτομο δεν καλείται να επιλέξει ανάμεσα στην εκτέλεση ή μη της πράξης, αντιθέτως είναι υποχρεωμένο να το κάνει, από τη στιγμή που η θρησκεία του το επιτάσσει, σε αντίθεση με το άτομο που αυτοτραυματίζεται κάτω από δική του εκλογή και επιθυμία.

δ) Στις περιπτώσεις των συμπεριφορών που στοχεύουν στην αλλαγή του σώματος, με κριτήριο την επίτευξη της καλαισθησίας (τατουάζ, πλαστικές επεμβάσεις κλπ.), το άτομο επιδεικνύει με θαυμασμό και υπερηφάνεια τις αλλαγές του σώματός του, στους άλλους γύρω του, ενώ αντίθετα το άτομο που αυτοτραυματίζεται, όχι μόνο δεν τις παρουσιάζει στο κοινωνικό του περιβάλλον, αλλά τις κρύβει επιμελώς κάτω από το ρουχισμό του.

ε) Τέλος, ο αυτοτραυματισμός γίνεται κάτω από συνθήκες έντονης μελαγχολίας και μοναξιάς, ενώ οι αλλαγές στο σώμα γίνονται από δυσaréσκεια για αυτό (Alderman T., U.S.A., 1997).

Επιπρόσθετα, όπως υποστηρίζει ο Levenkron (2006), στο βιβλίο του «Cutting», μέσα στον ψυχισμό του ατόμου που αποφασίζει π.χ. να κάνει

ένα τατουάζ ή ακόμα και να βάλει ένα σκουλαρίκι, ενυπάρχει μεν ο φόβος του ενδεχόμενου πόνου, παρόλα αυτά ο πόνος στη προκειμένη περίπτωση είναι ένα αναγκαίο κακό, ένα μέσο απόκτησης της επιθυμίας για τατουάζ ή μιας πλαστικής επέμβασης ο οποίος πρέπει να γίνει υποφερτός. Από την άλλη, δεν ισχύει κάτι τέτοιο με τα άτομα που αυτοτραυματίζονται. Αυτοτραυματίζονται, επειδή αναζητούν τον πόνο και την εικόνα της πληγής και είναι, σαν συνέπεια, πολύ πιο συνειδητοποιημένα για το αποτέλεσμα της πράξης τους και τις αλλαγές που μπορεί να επιφέρει αυτή στο δέρμα τους (π.χ. μόνιμες ουλές). Επιπλέον, δεν σχεδιάζουν τις αυτοκαταστροφικές ενέργειές τους, απεναντίας, κατακλύζονται από μια ακατανίκητη επιθυμία, που τους αναγκάζει να τις εκτελέσουν, επομένως δεν ενυπάρχει συνειδητός σκοπός (Levenkron S., New York, 2006).

### **3.2.3 ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ**

Η Κατάθλιψη είναι η Ψυχική Διαταραχή που συχνότερα απαντάται στο γενικό πληθυσμό, ενώ η Αυτοκτονία θεωρείται ως η σοβαρότερη επιπλοκή της Κατάθλιψης και η συχνότερη αιτία θανάτου των καταθλιπτικών αρρώστων (Χριστοδούλου, Αθήνα, 1998).

#### **3.2.3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ**

Η αυτοκτονία μπορεί να ορισθεί ως ο θάνατος, ο οποίος προκαλείται από μια εκούσια ενέργεια του ατόμου εναντίον του ίδιου του, του εαυτού (Lempriere T., Feline A. & συνεργ., Αθήνα, 1995).

Επίσης, σύμφωνα με τον Πιάνο (2003), αυτοκτονία μπορεί να ονομαστεί η πράξη κατά την οποία ένα άτομο βάζει με τη θέλησή του τέλος στη ζωή του. Θύτης και θύμα είναι το ίδιο άτομο ( Πιάνος Κ., Αθήνα 2003).

Στην αυτοκτονία, μπορεί να συμπεριληφθεί κάθε πράξη αυτοκαταστροφής, ανεξάρτητα από τον βαθμό συνειδησης που την πυροδοτεί. Επίσης, μπορεί να περιοριστεί στις ενέργειες, οι οποίες υποκινούνται από τη καθαρή πρόθεση του ατόμου να πεθάνει (Chabrol H., μτφρ. Τερζόγλου, Αθήνα, 1987).

Εκτός από τις επιτυχημένες απόπειρες αυτοκτονίας, δύο άλλες ενδείξεις της αυτοκτονικής συμπεριφοράς, είναι οι αποτυχημένες ή ανολοκλήρωτες απόπειρες αυτοκτονίας, όπου το άτομο επιζεί καθώς και ο αυτοκτονικός ιδεασμός, κατά τον οποίο το άτομο σκέπτεται την αυτοκτονία (Barlow D.H. & Durand V.M., μτφρ. Μπαρπάτση Μ., Τόμος Α', 2η έκδοση, 2002).

Η απόπειρα αυτοκτονίας δεν είναι απλώς η αποτυχία του αυτοκτονικού εγχειρήματος. Είναι ένας ιδιαίτερος τρόπος συμπεριφοράς, η επιδημιολογία και η ψυχολογική σημασία του οποίου δεν ταυτίζονται απόλυτα με εκείνες της αυτοκτονίας (Lempriere T., Feline A. & συνεργ., Αθήνα, 1995).

Οι αυτοκτονικές απόπειρες δεν μπορούν να προσεγγισθούν με απόλυτες αντιλήψεις: Το διφορούμενο βρίσκεται μέσα στην ίδια τους τη φύση. Η αυθεντική επιθυμία του ατόμου να πεθάνει, μπορεί να συνυπάρχει με το στόχο να επιδράσει στους οικείους του, ή μπορεί να μείνει κρυφή από τη συνείδησή του κατά τη διάρκεια της πράξης, ή δευτερευόντως μπορεί ακόμα να την αρνηθεί. Ένας ορισμός, ο οποίος βασίζεται, θεωρώντας την ως αναγκαία, στην ύπαρξη συνείδησης της πράξης, παραλείπει τη παρέμβαση ασυνείδητων παραγόντων, οι οποίοι συχνά υπερισχύουν (Chabrol H., μτφρ. Τερζόγλου, Αθήνα, 1987).

### 3.2.3.2 ΤΥΠΟΙ

1. **Αυτοκτονική συμπεριφορά:** Κάποιοι άνθρωποι υιοθετούν συμπεριφορές, οι οποίες έχουν σαν στόχο να επιφέρουν τον θάνατο, και οι οποίες περιλαμβάνουν έμμεση αυτοκαταστροφή ή αυτοκτονικούς ιδεασμούς (σκέψεις γύρω από την αυτοκτονία). Αυτές οι συμπεριφορές, μπορεί να περιλαμβάνουν υπερβολική δόση φαρμάκων, υπέρ-κατανάλωση αλκοολούχων ποτών, επικίνδυνη οδήγηση, σεξ χωρίς απαραίτητες προφυλάξεις κλπ. Όλα τα παραπάνω θεωρούνται αυτοκτονικές συμπεριφορές.

2. **Απόπειρα αυτοκτονίας:** Η απόπειρα αυτοκτονίας, αναφέρεται γενικά στην ενέργεια εκείνη που εκτελέστηκε για να επιφέρει τον θάνατο,



αλλά τελικά, αυτό δεν κατορθώθηκε. Είναι η αποτυχημένη προσπάθεια αυτοκτονίας.

3. **Παρά-αυτοκτονία:** Δεν είναι όλες οι φαινομενικά αυτό-καταστροφικές και αυτοκτονικές συμπεριφορές. Είναι ενέργειες οι οποίες ενδέχεται να μοιάζουν με αυτοκτονική συμπεριφορά, δεν έχουν όμως σαν σκοπό να οδηγήσουν στο θάνατο, όπως για παράδειγμα ο αυτό-τραυματισμός, που είναι γνωστός σαν παρά-αυτοκτονία. Μερικοί άνθρωποι, υιοθετούν αυτό το τύπο συμπεριφοράς για να καταπραΰνουν τους εαυτούς τους. Όπως και να έχει, τα άτομα αυτά, διατρέχουν σοβαρό κίνδυνο αυτοκτονίας. Σε μερικές περιπτώσεις, τα άτομα που υιοθετούν αυτοκτονική ή παρά-αυτοκτονική συμπεριφορά, αυτοκτονούν χωρίς την θέλησή τους. Δεν είχαν δηλαδή σκοπό με αυτή τους την ενέργεια να προκαλέσουν τον θάνατό τους και το έσχατο τέλος. Για παράδειγμα, μετά από μια υπερβολική δόση υπνωτικών, περιμένουν να ανακαλυφθούν από κάποιον έγκαιρα και να διασωθούν.

4. **Αυτοκτονία:** Είναι να σκοτώνει κάποιος τον εαυτό του, αποτελεί την ολοκλήρωση πλέον της αυτοκτονικής απόπειρας. Είναι φύσει αδύνατον να γίνει γνωστό γιατί κάποιος το έκανε αυτό, ή εάν πραγματικά το επιδίωκε, αφού έχει ολοκληρώσει πλέον την πράξη της αυτοκτονίας και είναι νεκρός. Σε αυτό ίσως βοηθήσουν οι συγγενείς ή τα αγαπημένα πρόσωπα ή ακόμα και κάποιο γράμμα ή σημείωμα που έγραψε το άτομο πριν ολοκληρώσει την πράξη της αυτοκτονίας ([mayoclinic.com](http://mayoclinic.com)).

Η αυτοκτονία μπορεί να διακριθεί επίσης σε:

α) **Συμβολική**, όπου το άτομο καταστρέφει ένα αντικείμενο, το οποίο αποτελεί τρόπον τινά προέκταση του εαυτού του και διοχετεύει έτσι τις εντάσεις του χωρίς να αυτοκαταστραφεί.

β) **Τυχαία**, όπου ένα άτομο γίνεται χωρίς τη θέληση του θύμα δυστυχήματος, για το οποίο όμως ευθύνεται και ο ίδιος. Στις περιπτώσεις δηλαδή αυτές των οποίων, να σημειωθεί, ο αριθμός είναι πολύ μεγάλος και συνήθως καταχωρούνται στα δυστυχήματα, γίνεται δεκτό, ότι το άτομο έπαιζε με τον κίνδυνο, γιατί υποσυνείδητα επεδίωκε τον θάνατο του (Πιάνος Κ., Αθήνα 2003).

γ) **Μανιακή**, η οποία λαμβάνει χώρα εξαιτίας διάφορων παραισθήσεων και ψευδαισθήσεων. Το άτομο αυτοκτονεί, είτε με σκοπό να ξεφύγει από έναν

φανταστικό επικείμενο κίνδυνο, είτε γιατί υπακούει σε μια απροσδιόριστη ακουστική ψευδαίσθηση, η οποία του επιτάσσει να σκοτώσει τον εαυτό του. Παρόλα αυτά, τα κίνητρα αυτού του τύπου αυτοκτονίας, καθώς και ο τρόπος που εκείνη εξελίσσεται, αντανakλώνται στα γενικά χαρακτηριστικά της Διαταραχής, όπου και τα υποκινεί, δηλαδή της Μανίας. Η μεγάλη ποικιλία και αντίθεση των συναισθημάτων και των ιδεών, επισυμβαίνει με ιδιαίτερη ένταση και συχνότητα, στην συνείδηση του μανιακού. Με άλλα λόγια, τόσο οι παραισθησιογόνες ή ψευδαισιογόνες ιδέες του, όσο και τα κίνητρά του, μπορεί να εμφανιστούν, να εξαφανιστούν ακόμα και να αντικατασταθούν από άλλες, με απίστευτα γοργό ρυθμό.

δ) **Μελαγχολική**, η αυτοκτονία αυτή συνδέεται με υψηλής σοβαρότητας Καταθλιπτική Διαταραχή και με υπερβολική μελαγχολία, γεγονός που επηρεάζει την αντιληπτική ικανότητα του ατόμου. Επηρεάζεται λοιπόν, η δυνατότητα συνειδητοποίησης των δεσμών που το συνδέουν τόσο με τον κοινωνικό του περίγυρο, όσο και με τον εαυτό του. Η αυτοκτονική επιθυμία, χαρακτηρίζεται ως επίμονη ιδέα, σταθερής διάρκειας, εν αντιθέσει με την μανιακή αυτοκτονία, όπου οι αυτοκτονικές ιδέες είναι εξίσου έντονες, αλλά παροδικές.

ε) **Ψυχαναγκαστική**, σε αυτήν την περίπτωση, η αυτοκτονία επισυμβαίνει χωρίς κανέναν πραγματικό ή φανταστικό, κίνητρο, αλλά λόγω κάποιας αμετάβλητης ιδέας θανάτου, η οποία μετατρέπεται σε ένα είδος εμμονής. Το άτομο, συνεπώς, κατακλύζεται από μια έμμονη επιθυμία να σκοτώσει τον εαυτό του, ακόμα και αν δεν έχει κάποιο προφανή λόγο για να το κάνει. Ο Durkheim (1951), υποστηρίζει ότι αυτό, αποτελεί έναν ενστικτώδη ψυχαναγκασμό του ατόμου, όπως ο ψυχαναγκασμός για κλοπή, για φόνο, για εμπρησμό κλπ.

στ) **Παρορμητική ή «Μηχανική»** αυτοκτονία, όπου υποκινείται εξίσου χωρίς κάποιο κίνητρο, όπως και στην παραπάνω περίπτωση. Αντίθετα όμως με την Ψυχαναγκαστική Αυτοκτονία, η αυτοκτονική πρόθεση δημιουργείται αιφνίδια και έχει τον χαρακτήρα μιας ακατανίκητης στιγμιαίας παρόρμησης. Για παράδειγμα, η θέα ενός μαχαριού μπορεί «μηχανικά» να υποκινήσει το άτομο, ώστε να το στρέψει στον εαυτό του (Durkheim E., New York, 1951).

### 3.2.3.3 ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Από τη στιγμή που διαπιστώθηκε η συχνότητα των καταθλιπτικών σημείων στην αυτοκτονία του ατόμου, φαίνεται απαραίτητη η προσπάθεια διερεύνησης αυτής της συσχέτισης. Πραγματικά, η Κατάθλιψη και η Αυτοκτονία εγκαθιδρύουν πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις. Στην ουσία τρεις βασικές αντιλήψεις διαπλέκονται και παρά την ύπαρξη μιας επιφανειακής αντινομίας, μάλλον αλληλοσυμπληρώνονται παρά αντιτίθενται.

- 1) Σύμφωνα με τη πιο κοινή αντίληψη, η Κατάθλιψη θεωρείται άμεσα υπεύθυνη για την αυτοκτονία. Η αποτελεσματικότητα που έχουν οι θεραπείες της Κατάθλιψης, οι οποίες χρησιμοποιούν φυσικά μέσα, στη πρόληψη της αυτοκτονίας, αποδεικνύει ότι είναι αληθινή αυτή η άποψη. Τα τρικυκλικά και τα ηλεκτροσόκ, ελαττώνουν τον κίνδυνο της αυτοκτονίας, σε περιπτώσεις Κατάθλιψης. Αυτή η αντίληψη, η οποία ευρέως επικυρώνεται από τη κλινική εμπειρία, αιτιολογεί το ενδιαφέρον που παρουσιάζει η ακριβής και ορθή διάγνωση της Κατάθλιψης, στις απόπειρες αυτοκτονίας του ατόμου. Η διάγνωση και η θεραπεία της, αποτελούν την καλύτερη προφύλαξη από μελλοντικές απόπειρες.
- 2) Μια δεύτερη θέση μας οδηγεί στο να αντιληφθούμε τη Κατάθλιψη και την αυτοκτονία ως ανεξάρτητες μεταξύ τους συνέπειες, του ίδιου αιτιολογικού παράγοντα. Αυτή η θέση, υπερασπίστηκε από προσεγγίσεις, που διαφέρουν τόσο πολύ μεταξύ τους, όσο οι ψυχαναλυτικές και οι γνωστικές θεωρίες. Η κλασική πια, αντίληψη του Freud, η οποία εκτίθεται στο *Πένθος και Μελαγχολία (1916)*, θεωρεί ότι η αυτοκτονία και η Κατάθλιψη απορρέουν από μια επιθετικότητα, η οποία στρέφεται εναντίον του ατόμου. Σύμφωνα με τη ψυχαναλυτική θεωρία, η προνοσηρή, προκαταθλιπτική και προαυτοκτονική προσωπικότητα χαρακτηρίζεται από μία καθήλωση σε στάδια της ανάπτυξης, αρχαιότερα από τη λύση του Οιδιπόδειου συμπλέγματος και τα οποία όλα, σύμφωνα με τον Menninger, σημασιοδοτούνται από την αμφιβουλησία. Μια κατάσταση, η οποία εξομοιώνεται με την απώλεια ερωτικού αντικειμένου βάζει σε κρίση τη προσωρινή ουδετεροποίηση της επιθετικότητας από την ερωτική ενέργεια και προκαλεί τον διαχωρισμό των ενορμήσεων. Η ερωτική επένδυση, αποσύρεται στο Εγώ, τροφοδοτώντας μια ταύτιση με το χαμένο αντικείμενο. Το μίσος

στρέφεται ενάντια του Εγώ και ενεργοποιείται μέσα από δύο τύπους συμπεριφοράς: Τη Κατάθλιψη ή την Αυτοκτονία, η οποία διαπράττει ένα φόνο του οποίου ο ένοχος έχει μεταβληθεί από το μηχανισμό της μετάθεσης.

- 3) Στον Beck κυρίως βασίζεται μια νοητική κοινή προσέγγιση της Κατάθλιψης και αυτοκτονίας. Σύμφωνα με τον Beck, οι νοητικές διεργασίες καθορίζουν τις συγκινήσεις, ενώ οι προαυτοκτονικές και οι προκαταθλιπτικές προσωπικότητες μοιράζονται την ίδια νοητική διάρθρωση. Η οργάνωση αυτή, συνιστάται σε ένα σύνολο εσφαλμένων σκέψεων και παράλογων πεποιθήσεων, οι οποίες συνεργούν ώστε να δώσουν στο άτομο μια αρνητική άποψη του εαυτού του, του κόσμου και του μέλλοντος. Αυτές οι κατά-θλιψιογενείς σκέψεις υποστηρίζονται από λάθη λογικής, τα οποία εντοπίζονται αρκετά εύκολα, απορρέουν από νοητικά σχήματα, τα οποία ονομάζονται «βασικά αξιώματα» ή «σιωπηλές υποθέσεις» για το υποκείμενο. Αυτές οι δυσλειτουργικές σκέψεις συνεπάγονται μια διαστροφή της πραγματικότητας: το υποκείμενο θεωρεί ότι το έχουν αποποιηθεί. Φαντάζεται ότι δεν έχει κανένα θέλητρο ή ενδιαφέρον, ενώ παράλληλα θεωρεί ότι είναι ο ίδιος υπεύθυνος για τις αποτυχίες του ή υποβιβάζει στο ελάχιστο τις επιτυχίες του ή τις αποδίδει σε εξωτερικούς παράγοντες. Αυτή η αρνητική παραμόρφωση της πραγματικότητας, οδηγεί στη Κατάθλιψη, η οποία, περιορίζοντας τις ικανότητες προσαρμογής του ατόμου, επιβεβαιώνει τη πεποίθηση ότι είναι ανεπαρκείς. Έτσι αρχίζει η εκτέλεση μιας ανοδικής πορείας αμοιβαίας ενισχύσεως των νοητικών διαστροφών και των καταθλιπτικών συγκινήσεων (Chabrol H., μτφρ. Τερζόγλου, Αθήνα, 1987).

Σύμφωνα με τον Χριστοδούλου (1998), η ύπαρξη απόπειρας αυτοκαταστροφής (ιδιαίτερα αν είναι βίαιη ή / και σοβαρή) θεωρείται ως σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για προσεχή αυτοκτονία του καταθλιπτικού αρρώστου, ενώ το 60% των καταθλιπτικών αναμένεται να πραγματοποιήσει τουλάχιστον μία απόπειρα αυτοκτονίας κατά τη διάρκεια της ζωής του (Χριστοδούλου, Αθήνα, 1998). Συμπερασματικά, είναι φανερό ότι μεταξύ τόσο των εφήβων όσο και των ενηλίκων, η Κατάθλιψη φαίνεται να είναι άμεσα συνδεδεμένη με την αυτοκτονική συμπεριφορά (Sue D., Sue D., & Sue S., New York, 1997).

Από την άλλη πλευρά, ο **Andrew Solomon** υποστηρίζει ότι οι προσπάθειες να προσδιοριστεί η αυτοκτονική Κατάθλιψη έχουν αποβεί άκαρπες. Καμία σημαντική συσχέτιση δεν υπάρχει ανάμεσα στη σοβαρότητα της Κατάθλιψης και την πιθανότητα αυτοκτονίας: μερικές αυτοκτονίες συμβαίνουν στη διάρκεια ήπιων διαταραχών, ενώ άνθρωποι που βρίσκονται σε απελπιστική κατάσταση αρπάζονται από τη ζωή.

Οι αυτοκτονίες μπορούν να καταταγούν σε τέσσερις ομάδες:

1) Οι αυτόχειρες της πρώτης ομάδας αυτοκτονούν χωρίς να σκεφτούν και πολύ αυτό που κάνουν. Οι άνθρωποι αυτοί είναι πιο παρορμητικοί και πιο επιρρεπείς να ωθηθούν στην αυτοκτονία από μια συγκεκριμένη εξωτερική αιτία. Η αυτοκτονία τους, είναι συχνά ξαφνική.

2) Οι αυτόχειρες της δεύτερης ομάδας, αυτοκτονούν για εκδίκηση, σαν η πράξη αυτή να μην σηματοδοτεί κάτι οριστικό. Οι άνθρωποι αυτοί δεν τρέχουν μακριά από τη ζωή, τρέχουν προς το θάνατο, επιθυμώντας όχι το τέλος της ύπαρξης αλλά την παρουσία της εξόντωσης.

3) Στη τρίτη ομάδα, η αυτοκτονία βασίζεται σε μια ξεστρατισμένη λογική σύμφωνα με την οποία ο θάνατος φαίνεται να είναι η μόνη διαφυγή από τα αφόρητα προβλήματα. Οι αυτόχειρες αυτοί σκέφτονται διάφορες δυνατότητες και σχεδιάζουν την αυτοκτονία τους, γράφουν σημειώματα και αντιμετωπίζουν τις πρακτικές λεπτομέρειες. Συνήθως πιστεύουν όχι μόνο ότι ο θάνατος θα είναι καλός για τους ίδιους αλλά ότι θα αφαιρέσει ένα βάρος από τους αγαπημένους τους (συνήθως ισχύει ακριβώς το αντίθετο).

4) Οι αυτόχειρες της τελευταίας ομάδας αφαιρούν τη ζωή τους στηριζόμενοι σε εύλογη δικαιολόγηση. Οι άνθρωποι αυτοί, επειδή είναι σωματικά άρρωστοι, ψυχικά ασθενείς ή αντιμετωπίζουν δυσάρεστες αλλαγές στις συνθήκες ζωής τους, δεν θέλουν να βιώσουν την οδύνη της ζωής και πιστεύουν ότι η ανταμοιβή σε ευχαρίστηση που μπορεί να λάβουν είναι ανεπαρκής για να αντισταθμίσει τον παρόντα πόνο (Solomon A., Αθήνα, 2004).

#### 3.2.3.4 ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Η αυτοκτονική συμπεριφορά χαρακτηρίζεται από επιτυχείς ή ανεπιτυχείς απόπειρες αυτοκτονίας, εσωκλείοντας τις απόπειρες, τις αυτοκτονικές χειρονομίες και την ολοκληρωμένη αυτοκτονία.

- ü Η *απόπειρα αυτοκτονίας*, είναι μια αυτοκτονική ενέργεια, η οποία όμως δεν είναι θανατηφόρα.
- ü Εάν μια απόπειρα αυτοκτονίας, εμπεριέχει μια αυτοκτονική ενέργεια, η οποία είναι απίθανο να αποβεί μοιραία, ονομάζεται *αυτοκτονική χειρονομία*. Ένα άτομο που εκτελεί μια τέτοια ενέργεια (π.χ. η υπερβολική λήψη χαπιών), ενδέχεται να το κάνει σαν επίκληση για βοήθεια ή για να εστιάσει τη προσοχή του κοινωνικού του περίγυρου.
- ü Η *ολοκληρωμένη αυτοκτονία*, είναι μια αυτοκτονική ενέργεια, η οποία επιφέρει τον θάνατο (Merck & Co., USA, 2003).

#### 3.2.3.5 ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΙΔΕΑΣΜΟΣ

Σύμφωνα με την Τερζόγλου (1987), τα άτομα με ιδέες αυτοκτονίας (αυτοκτονικό ιδεασμό), έχουν διαφοροποιηθεί από εκείνα που είχαν διαπράξει μια απόπειρα. Οι παράγοντες που συνδέονται με τις ιδέες αυτοκτονίας, είναι ταυτόσημοι με αυτούς που συναντάμε στις απόπειρες αυτοκτονίας. Ωστόσο, πρόσφατα έχει εντοπιστεί μια «συγκεκριμένη οριοθετική γραμμή» ανάμεσα στο άτομο που σκέπτεται να αυτοκτονήσει και αυτού που τη διαπράττει. Παράλληλα τονίζεται ότι η άρνηση αυτής της διαφοράς, οδηγεί στη διπλή υποτίμηση της σοβαρότητας της ψυχοπαθολογίας των ατόμων που επιχειρούν να αυτοκτονήσουν και της φυσιολογικής ψυχολογικής κατάστασης των ατόμων που έχουν ιδέες αυτοκτονίας.

Έτσι, ανάλογα αν χρησιμοποιείται μια συνηθισμένη κλινική προσέγγιση, ή μια ψυχαναλυτική προσέγγιση, οι ιδέες αυτοκτονίας και η αυτοκτονία θα εμφανίζονται, αντίστοιχα είτε ως εκδηλώσεις μια κοινής διεργασίας, είτε ως μερικώς επικαλυπτόμενα φαινόμενα, τα οποία δεν βρίσκονται σε αλληλουχία (Chabrol H., μτφρ. Τερζόγλου, Αθήνα, 1987).

Αναφορικά με τις τάσεις αυτοκτονίας, δύο ανταγωνιστικές αντιλήψεις, σχετικά με αυτές βρίσκονται σε αντιπαράθεση:

(Α) Σύμφωνα με τη πρώτη, οι τάσεις αυτοκτονίας ταξινομούνται σε διάφορες κατηγορίες, οι οποίες διαφοροποιούνται ποιοτικά μεταξύ τους.

(Β) Η δεύτερη προϋποθέτει την ομοιογένειά τους. Αρχικά, οι τάσεις αυτοκτονίας και η αυτοκτονία θεωρήθηκαν ως δύο διαφορετικές οντότητες, οι οποίες ενδέχεται να επικαλύπτονται. Η αξία αυτής της διάκρισης μετριάζεται από δύο διαπιστώσεις: αφενός η θνησιμότητα συσχετίζεται ασθενώς με το βαθμό αυτοκτονικής πρόθεσης και αφετέρου ο τρόπος σκέψης των ατόμων που έχουν πεθάνει κατά την αυτοκτονία και αυτών που έχουν διασωθεί, μπορεί να συγκριθεί μεταξύ τους (Chabrol H., μτφρ. Τερζόγλου, Αθήνα, 1987).

Μεταξύ των αποπειρών αυτοκτονίας, διακρίνονται οι αυθεντικές πράξεις *παρά-αυτοκτονίας* ή *ψευδό-αυτοκτονίας*, οι οποίες αποτελούν απομίμηση ή προσποίηση μιας πραγματικής απόπειρας αυτοκτονίας. Η αντίθεση αυτή μπορεί να βασισθεί στην επιθυμία του ατόμου να πεθάνει. Η πραγματική απόπειρα αυτοκτονίας θα αντιστοιχούσε σε μεγάλο βαθμό επιθυμίας και η παρά-αυτοκτονία, ως μέσο πίεσεως στο περιβάλλον, σε χαμηλότερο βαθμό. Η ταξινόμηση αυτή προσκρούει στις δυσκολίες εκτίμησης της επιθυμίας θανάτου (Chabrol H., μτφρ. Τερζόγλου, Αθήνα, 1987).

### 3.2.3.6 ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΕΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΕΣ ΚΑΙ ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ

Μελέτες παρακολούθησης (*follow-up*), αρρώστων με μείζονα ή ενδογενή Κατάθλιψη, έδειξαν ότι ένας στους 5 ή 6 καταθλιπτικούς (15-19%) θα καταλήξει αυτοκτονώντας.

Η καταθλιπτική συμπτωματολογία που σχετίζεται με την αυτοκτονικότητα περιλαμβάνει, κυρίως, τις παρακάτω παραμέτρους: αισθήματα απελπισίας και αδιεξόδου, ιδέες υποτίμησης, αναξιότητας και πεσσιμισμού, Διαταραχή Συγκέντρωσης της Προσοχής, Διαταραχές του Ύπνου, μείωση των ενδιαφερόντων, παραμέληση του εαυτού, κοινωνική μόνωση, απώλεια βάρους, άγχος, ανησυχία, αισθήματα εχθρότητας. Αρκετοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι ειδικότερα τα αισθήματα απελπισίας και αδιεξόδου,

διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη πραγματοποίηση των αυτοκαταστροφικών πράξεων.

Στη κατηγορία της «επιτυχημένης» αυτοκτονίας, περιλαμβάνονται όλες οι περιπτώσεις ατόμων που κατέληξαν στην αυτοκτονία είτε μετά από σκέψη, είτε τυχαία από τυφλό θυμό ή άλλη συναισθηματική αναταραχή. Περιλαμβάνει επίσης και τα άτομα, που με την απόπειρα αυτοκτονίας ήθελαν να εκφράσουν μια διαμαρτυρία και όχι πραγματικά να πεθάνουν και όμως από κάποιο λάθος δεν μπόρεσαν να σωθούν.

Στη κατηγορία της απόπειρας αυτοκτονίας περιλαμβάνονται όλες οι περιπτώσεις, που για κάποιο λόγο η προσπάθεια για αυτοκτονία, είτε έγινε μετά από σκέψη είτε όχι, απέτυχε (Πιάνος Κ., Αθήνα 2003).

### 3.2.3.7 ΜΕΘΟΔΟΙ

Η επιλογή του μέσου, συνήθως επηρεάζεται από πολιτισμικούς παράγοντες καθώς και από τη διαθεσιμότητα του μέσου, τα οποία με τη σειρά τους αντανakλούν τη σοβαρότητα ή μη σοβαρότητα τη πρόθεσης. Μερικοί μέθοδοι, όπως π.χ. το πέσιμο από μεγάλα ύψη, κάνουν την επιβίωση μάλλον αδύνατη, ενώ κάποιες άλλες μέθοδοι, όπως π.χ. η υπερβολική λήψη φαρμάκων, σηματοδοτούν μια πιθανή διάσωση. Παρόλα αυτά, εάν κάποιο άτομο χρησιμοποιεί μια μέθοδο, η οποία εκ πρώτης όψεως δεν φαίνεται θανατηφόρα, η πρόθεση μπορεί να είναι τόσο σοβαρή όσο εκείνου που επιχειρεί μια περισσότερο θανάσιμη μέθοδο.

Πίνακας 9 - Μέθοδοι Αυτοκτονίας

Μέθοδοι	Αριθμός	Ποσοστό	Ποσοστό %
Πυροβόλα όπλα	16,907	5,8	53,7%
Απαγχονισμοί	6,635	2,3	21,1%
Δηλητηριάσεις	5,462	1,9	17,3%
Αιχμηρά Αντικείμενα	571	0,2	1,8%
Πνιγμοί	339	0,1	1,2%

Πηγή: *suicidology.org*



Η υπερβολική λήψη φαρμάκων και η αυτοδηλητηρίαση, είναι δύο από τις πιο κοινές μεθόδους που χρησιμοποιούνται στις αυτοκτονικές απόπειρες. Οι βίαιες μέθοδοι, όπως τα πυροβόλα όπλα ή ο απαγχονισμός, είναι ασυνήθιστο να χρησιμοποιούνται σε μια απόπειρα, μιας και συνήθως έχουν αποτέλεσμα τον θάνατο, οπότε γίνεται λόγος για μια ολοκληρωμένη αυτοκτονία. Μεταξύ των ολοκληρωμένων αυτοκτονιών στις Η.Π.Α., η πιο κοινή μέθοδος, είναι τα πυροβόλα όπλα και χρησιμοποιείται ως επί τω πλείστων, από τους άντρες. Οι γυναίκες χρησιμοποιούν λιγότερο βίαιες μεθόδους, όπως αυτοδηλητηρίαση, υπερκατανάλωση φαρμάκων και πνιγμό (Merck & Co., USA, 2003).

### 3.2.3.8 ΠΡΟΦΙΛ ΑΤΟΜΩΝ

Τα ψυχο-κοινωνιολογικά χαρακτηριστικά του αυτοκτονικού ατόμου, είναι τα εξής:

- ü **Η ηλικία:** Είναι γνωστή η βαρύτητα του αυτοκτονικού εγχειρήματος των ηλικιωμένων ατόμων και το πολύ υψηλό ποσοστό επιτυχίας τους. Κάθε φορά που ένας ηλικιωμένος εκφράζει πρόθεση αυτοκτονίας, θα πρέπει να λαμβάνονται ιδιαίτερα μέτρα υποστήριξης και προστασίας.
- ü **Το φύλο:** Η επιτυχία της αυτοκτονίας είναι σαφώς πιο υψηλή στους άνδρες.
- ü **Τα βιογραφικά στοιχεία:** Αφορούν την ψυχική ευπάθεια του ατόμου, την κοινωνική, επαγγελματική και οικογενειακή του προσαρμογή. Στοιχεία που πιστοποιούν την ύπαρξη ψυχικής ευπάθειας είναι το ιστορικό καταθλιπτικών επεισοδίων, ψυχιατρικών νοσηλειών και κυρίως το ιστορικό αποπειρών αυτοκτονίας. Οι απόπειρες επιβεβαιώνουν τον κίνδυνο πραγματοποίησης της απειλής, δεδομένου ότι η πιθανότητα επανάληψης του εγχειρήματος αυξάνεται σαφώς με τον αριθμό των αποπειρών, οι οποίες έχουν ήδη πραγματοποιηθεί.
- ü **Τα κυριότερα γνωρίσματα της Προσωπικότητας:** Θα εκτιμηθεί ο βαθμός της συναισθηματικής ωρίμανσης, οι ικανότητες επικοινωνίας, τα ενδιαφέροντα στη ζωή, οι θρησκευτικές ή φιλοσοφικές αντιλήψεις, δηλαδή όλα τα στοιχεία που επιτρέπουν να αξιολογηθούν τα μέσα που διαθέτει το άτομο για την επίλυση των ψυχοσυγκρούσεών του. Η

ύπαρξη στοιχείων ψυχοπαθητικότητας αυξάνει κατά πολύ την πιθανότητα αυτοκτονικής εκδραμάτισης. Οι ψυχασθενικοί και οι ψυχαναγκαστικές προσωπικότητες, έχουν την τάση περισσότερο να αναμασούν νοερά τις ιδέες αυτοκτονίας, παρά να τις πραγματοποιούν (Lempriere T., Feline A.& συνεργ., Αθήνα, 1995).

Σύμφωνα με δεδομένα επιδημιολογικά στοιχεία ερευνών, τα χαρακτηριστικά των ατόμων που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν, διαφέρουν σε σημαντικές παραμέτρους από τα χαρακτηριστικά των ατόμων που αυτοκτονούν:

- Ø Τα χαρακτηριστικά του καταθλιπτικού αρρώστου που αυτοκτονεί είναι τα παρακάτω: Άνδρας ώριμης ηλικίας, χωρισμένος, χήρος, διαζευγμένος ή άγαμος, ζει μόνος, έχει πραγματοποιήσει απόπειρα αυτοκτονίας στο παρελθόν, έχει πρώιμη εμπειρία γονεϊκής στέρησης, δεν έχει καλή συνεργασιμότητα (compliance) σε θεραπευτικού τύπου παρεμβάσεις, λαμβάνει ανεπαρκείς δόσεις αντικαταθλιπτικών φαρμάκων και επιλέγει βίαιους τρόπους αυτοκτονίας, καθώς και σοβαρούς τρόπους αυτοκαταστροφής.
- Ø Ενώ, τα χαρακτηριστικά του καταθλιπτικού αρρώστου που αποπειράται να αυτοκτονήσει είναι: Γυναίκα, νεαρής ηλικίας, με ελάσσονα ψυχοπαθολογία (Αντιδραστική Κατάθλιψη, Διαταραχή Προσωπικότητας κλπ.), χρησιμοποιεί μη βίαιους τρόπους και λιγότερο σοβαρούς τρόπους αυτοκαταστροφής.

Συγκριτικές μελέτες καταθλιπτικών αρρώστων που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν σε σχέση με καταθλιπτικούς, χωρίς ιστορικό αποπειρών αυτοκτονίας, έδειξαν ότι οι αποπειραθέντες είχαν τα παρακάτω χαρακτηριστικά: Εμφάνιζαν μεγαλύτερο βαθμό αυτοκτονικού ιδεασμού, μόνωση, συμπτώματα από το νευροφυτικό σύστημα, αισθήματα αποτυχίας, απώλεια βάρους, αϋπνία, ευερεθιστότητα, συνύπαρξη κατάχρησης οινόπνευματων ή άλλων ουσιών, σωματικής νόσου ή Διαταραχή Προσωπικότητας, ενώ συχνότερα έπασχαν από Διπολική Συναισθηματικά Διαταραχή τύπου II (οι φάσεις Κατάθλιψης εναλλάσσονται με φάσεις Υπομανίας και είχαν οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας (κυρίως οι αποπειραθέντες με βίαιο τρόπο) (Χριστοδούλου, Αθήνα, 1998).

### 3.2.3.9 ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ

Επιθυμία θανάτου, Κατάθλιψη και επιθετικότητα: Σύμφωνα με τη παραδοσιακή αντίληψη του Freud (1916), η αυτοκτονία και η Κατάθλιψη υπάγονται στην επιθετικότητα, η οποία στρέφεται ενάντια στο υποκείμενο. Αυτή η θέση, η οποία θεσμοθετεί την υπαγωγή του φαινομένου της Κατάθλιψης, αναφορικά με τη δράση των επιθετικών ενορμήσεων αμφισβητήθηκε από κριτικές που προέρχονται, τόσο από την ίδια την ψυχαναλυτική θεωρία όσο και από ξένες, ως προς αυτήν, πηγές.

Ο Bibring (1953) ήταν ο πρώτος ο οποίος διεκδίκησε την αυτονομία της Κατάθλιψης και της έδωσε τη διάσταση ενός πρωταρχικού συναισθηματικού φαινομένου, ανεξάρτητου από τη παρέμβαση των επιθετικών ενορμήσεων. Με την ίδια προοπτική, η νοητική και συμπεριφορική προσέγγιση, ενδιαφέρθηκαν για αυτό που προκαθορίζει η επιθυμία θανάτου και το οποίο είναι σχετικά ανεξάρτητο από τη Κατάθλιψη και την επιθετικότητα.

Η αντίληψη του θανάτου στο άτομο με τάσεις αυτοκτονίας: Ορισμένοι επιδίωξαν να συνδέσουν την έννοια της αυτοκτονίας με το βαθμό ωριμότητας με τον οποίο γίνεται αντιληπτή η έννοια του θανάτου: μια αυτοχειρική πράξη έχει την έννοια μια πραγματικής απόπειρας αυτοκτονίας, μόνο σε μια προσωπικότητα που έχει αναγνωρίσει τον οριστικό και μη αναστρέψιμο χαρακτήρα του θανάτου, ο οποίος συλλαμβάνεται ως παύση κάθε φυσικής και πνευματικής δραστηριότητας.

Πρέπει όμως να διαχωριστεί η συνειδητή γνώση της ιδέας του θανάτου, από τις συνειδητές και ασυνείδητες φαντασιώσεις που συνδέονται με αυτήν. Πραγματικά, η ιδέα του θανάτου, παραπέμπει σε διάφορα επίπεδα νοημάτων και συνειδήσεως, τα οποία συνυπάρχουν στο ίδιο το άτομο και, τελικά δεν θα έπρεπε να δοθεί προεξέχοντας ρόλος στην πιο ολοκληρωμένη του έκφραση. Η επιβίωση μια αρχαϊκής αντίληψης για τον θάνατο, δεν είναι χωρίς συνέπεια για τον καθορισμό της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Έτσι η επιθυμία του θανάτου καλύπτει ένα σύνολο ετερογενών και αντιφατικών τάσεων. Αντί λοιπόν να θεωρηθεί ότι η απόπειρα αυτοκτονίας απορρέει από μια ώριμη αντίληψη του θανάτου,

μπορεί να αναρωτηθεί κανείς αν, αντίθετα, δεν την επιτρέπει μια ανώριμη στάση απέναντι στο θάνατο, η οποία παραμένει.

Κάθε φαντασιωσική δραστηριότητα, η οποία προικίζει τον θάνατο με θετικές ιδιότητες που επιτρέπουν να επιβιώσει ένα μέρος του υποκειμένου το οποίο θα επωφεληθεί από αυτό, συμβάλλει στο να φαίνεται ο θάνατος απαλλαγμένος από τη πραγματικότητά του: Τη στιγμή της αυτοκτονίας το άτομο νιώθει ότι το σώμα του είναι χωρισμένο από το ίδιο και ότι δεν του ανήκει. «Πεθαίνω σημαίνει σκοτώνω το σώμα, όχι απαραίτητα και το πνεύμα». Ο θάνατος προσφέρει ικανοποιήσεις, τις οποίες αρνείται ο πραγματικός κόσμος και σημαίνει απαλλαγή, ανακούφιση και ειρήνη. Η επιθυμία του θανάτου παραπέμπει στην επιθυμία του ατόμου να ζήσει μια άλλη ζωή, απαλλαγμένη από εντάσεις και καταναγκασμούς, στην οποία, η βαθύτερη έννοια αυτής της στάσης, είναι η προσέγγιση της αθανασίας, μέσα στο θάνατο.

Συχνά, εξάλλου, ο σκοπός της αυτοκτονίας, είναι περισσότερο η αλλαγή της ζωής, παρά η διακοπή της. «Η πάντα παρούσα τάση για ζωή», η οποία υπάρχει μέσα στην αυτοκτονία του ατόμου, εκφράζεται με τις απόπειρες επικοινωνίας και τις συμβολικές διαστάσεις που η αυτοκτονική απόπειρα εμπεριέχει.

Η πράξη της αυτοκτονίας, γίνεται ένα μέσο για να θριαμβεύσει το υποκείμενο πάνω στο θάνατο και να επικυρώσει την αθανασία του. Αυτές οι θετικές διαστρεβλώσεις του θανάτου, μαρτυρούν περισσότερο από την ανωριμότητα, μία πραγματική παραληρηματική παράφορη αντίληψη. Αυτή η εξωπραγματική θεώρηση του θανάτου, καθιστά μάταιη κάθε απόπειρα ορισμού της αυτοκτονίας ως πράξης που απορρέει από τη προσέγγιση σε μια ώριμη αντίληψη του θανάτου. Μια τέτοια θέση, παραγνωρίζει την ανάδυση αρχικών και επαναστρεφόμενων οραματισμών στο άτομο που έχει τάσεις αυτοκτονίας και αρνείται τον οριστικό και αναπόφευκτο χαρακτήρα του θανάτου.

Η προσέγγιση με βάση τις νοητικές διεργασίες και τη θεωρία της συμπεριφοράς: Η προσέγγιση αυτή, εξομοιώνει την αυτοκτονία, με μια συμπεριφορά που τείνει να επιλύσει υπάρχοντα προβλήματα (**problem solving behavior**). Η αδυναμία του ατόμου να ελέγξει μια ανυπόφορη κατάσταση, η πεποίθησή του, ότι του είναι αδύνατο να ξεφύγει από αυτή,

γεννούν μια κατάσταση δυστυχίας, η οποία ενεργοποιεί το αίσθημα της απώλειας του ελέγχου πάνω στο περιβάλλον. Η αυτοκτονία λοιπόν, έχει την έννοια μια ύστατης απόπειρας διαφυγής από μία ανυπόφορη σύγκρουση. Η επιθυμία θανάτου, μπορεί μερικώς, να γίνει αντιληπτή, ως συνέπεια της αποτυχίας, όλων των μηχανισμών επίδρασης στο περιβάλλον. Μέσα από αυτή τη προοπτική, η αυτοκτονία εμφανίζεται ως δευτερογενής, ως προς την έλλειψη των διεργασιών προσαρμογής της οποίας αναζητήθηκε η καταγωγή στις νοητικές ιδιομορφίες του ατόμου.

Τονίζοντας τους πρότυπους καθορισμούς της αυτοχειρικής πρόθεσης, η προσέγγιση με βάση νοητικούς μηχανισμούς, η οποία τονίζει πρωταρχικές προδιαγραφές της σκέψης, όσον αφορά την αυτοκτονική συμπεριφορά, αποτελεί μια άλλη πρόταση από ότι οι ψυχοδυναμικές αντιλήψεις. Προτείνει επίσης μια λογική της αυτοκτονίας, έξω από το πλαίσιο της ψυχαναλυτικής θεωρίας. Αυτές οι δύο προοπτικές, μάλλον αλληλοσυμπληρώνονται, παρά αποκλείουν η μία την άλλη και η γόνιμη αντιπαράθεσή τους, συμβάλλει στον εμπλουτισμό της γνώσης για την αυτοκτονία του ατόμου (Chabrol H., μτφρ. Τερζόγλου, Αθήνα, 1987).

### 3.2.3.10 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Από στατιστικής πλευράς, η αυτοκτονία είναι ένα κοινωνικό φαινόμενο, το οποίο παρουσιάζεται με μεγάλη συχνότητα. Σύμφωνα με το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Ιατρικής Έρευνας, από το 1968 έως το 1972, καταγράφηκαν στη Γαλλία 39.625 θάνατοι από αυτοκτονία, δηλαδή κατά μέσο όρο 8.000 θάνατοι περίπου το χρόνο (επίσημος αριθμός, πιθανόν πολύ κατώτερος του πραγματικού). Η συμβολή της αυτοκτονίας στο δείκτη της γενικής θνησιμότητας δεν είναι καθόλου αμελητέα. Το 1972 καταγράφηκαν περίπου 15 αυτοκτονίες ανά 1.000 θανάτους. Πρόκειται για ένα αρκετά σταθερό φαινόμενο, αφού από τις αρχές του αιώνα μέχρι σήμερα, οι αριθμοί αυτοί άλλαξαν ελάχιστα.

Στατιστικές έρευνες κατά τη περίοδο 1968-1972 επιβεβαιώνουν τα περισσότερα από τα κλασικά επιδημιολογικά δεδομένα. Παρατηρούνται:

§ *Σαφής επικράτηση του ανδρικού φύλου.* Ανά 100 αυτόχειρες κατά μέσο όρο, οι 72 είναι άντρες και οι 28 γυναίκες. Το ποσοστό θανάτων από

αυτοκτονία είναι 15,6 ανά 100.000 κατοίκους. Το αντίστοιχο ποσοστό στους άντρες είναι 22,9/100.000, στις γυναίκες 8,7/100.000.

- § *Σημαντική αύξηση του ποσοστού θνησιμότητας εξαιτίας αυτοκτονίας* και για τα δυο φύλα με τη πάροδο της ηλικίας. Το ποσοστό αυξάνεται κατά 100% μεταξύ 25 και 45 ετών και διπλασιάζεται ξανά μεταξύ 45 και 75 ετών.
- § *Επίδραση της οικογενειακής κατάστασης*. Τα περισσότερα υψηλά ποσοστά παρατηρούνται στους χήρους και αμέσως μετά στους ανύπαντρους. Τα χαμηλότερα ποσοστά παρατηρούνται στους παντρεμένους. Η κατανομή αυτή είναι περισσότερο εμφανής στους άντρες παρά στις γυναίκες, για τις οποίες, η οικογενειακή κατάσταση φαίνεται να είναι λιγότερο καθοριστική. Η συσχέτιση της αυτοκτονίας με τη συναισθηματική ή την κοινωνική απομόνωση είχε προ πολλού επισημανθεί από τον Durkheim (κοινωνιολογικές θεωρίες της αυτοκτονίας).
- § *Διαφορές ανάλογα με την κοινωνικό-επαγγελματική κατάσταση*. Οι εργάτες γης αποτελούν την πιο ευπαθή κατηγορία και ακολουθούν οι αγρότες-καλλιεργητές. Η έκταση του φαινομένου της αυτοκτονίας στην ύπαιθρο καθορίζεται, κατά πάσα πιθανότητα, από πολλούς παράγοντες όπως το μη ικανοποιητικό επίπεδο κοινωνικής διαβίωσης, η εργασιακή ανασφάλεια, η απομόνωση, ο αλκοολισμός, οι ελλείψεις στην ιατρική περίθαλψη.
- § *Σημαντικές διακυμάνσεις ανάλογα με τις περιοχές* (τα ποσοστά μπορεί να είναι διπλάσια σε μια περιοχή σε σύγκριση με μια άλλη). Στη Γαλλία, οι λιγότερο ευπαθείς περιοχές είναι η περιφέρεια του Παρισιού και η Νότια Γαλλία. Οι περισσότεροι ευπαθείς είναι η Βρετανία, η Νορμανδία και η Πικαρδία.
- § *Ως προς τον τρόπο αυτοκτονίας*. Ο απαγχονισμός αποτελεί την πιο συχνή μέθοδο. Ακολουθεί, η αυτοκτονία με πυροβόλο όπλο στους άντρες και ο πνιγμός στις γυναίκες. Οι βίαιες μέθοδοι προηγούνται σαφώς: 82% των αντρών και 65% των γυναικών πεθαίνουν από αυτό-τραυματισμό ή από πνιγμό.

Η ακριβής ερμηνεία των δεδομένων αυτών, τα οποία διαμορφώνονται από ετερογενείς παράγοντες, δεν είναι πάντοτε δυνατή.

Από την καταγραφή τους, ωστόσο, συνάγονται ορισμένα κοινωνιολογικά χαρακτηριστικά της αυτοκτονίας. Πρόκειται για μια αυτό-επιθετική συμπεριφορά, η οποία παρατηρείται συχνότερα στους άνδρες, ευνοείται από τη συναισθηματική και κοινωνική απομόνωση και γίνεται όλο και πιο συχνή με τη πάροδο της ηλικίας. Στους ηλικιωμένους, η κατάσταση της σωματικής τους υγείας, η μοναξιά, η επιθυμία θανάτου και η χρησιμοποιούμενη μέθοδος, δυσκολεύουν τη διάσωση. Οι επώδυνες αρρώστιες, οι αρρώστιες που επιφέρουν λειτουργική ανικανότητα και οι αναπηρίες, ενισχύουν την αποφασιστικότητα του αυτόχειρα.

Παρατηρείται κατά τα έτη 1968-1972 μια τάση αύξησης των αυτοκτονιών στους νέους ηλικίας 15-24 ετών. Σε αυτή τη περίπτωση, η αυτοκτονία, σύμφωνα με τις στατιστικές έρευνες, φαίνεται να αποτελεί ιδιαίτερο τρόπο συμπεριφοράς που δεν εξαρτάται από τους συνηθισμένους παράγοντες (π.χ. η αναλογία αρρένων-θηλέων είναι περίπου ίδια) (Lempriere T.& Feline A. & συνεργ., Αθήνα, 1995).

Σύμφωνα με πιο σύγχρονα στατιστικά στοιχεία, που εκμαιεύτηκαν από την τελευταία επίσημη έρευνα, τη χρονιά του 2003 στις Η.Π.Α., διαπιστώνονται τα εξής:

- § Η αυτοκτονία αποτελεί την ενδέκατη κατά σειρά κύρια αιτία θανάτου.
- § Το 2003, καταγράφηκαν 31,484 αυτοκτονίες στις Η.Π.Α. (86 αυτοκτονίες ημερησίως – 1 αυτοκτονία κάθε 17 λεπτά). Δηλαδή, η αναλογία του ετήσιου ποσοστού αυτοκτονίας, τη χρονιά αυτή, έφτανε το 10.8 προς 100,000.
- § Τα ποσοστά αυτοκτονίας στις Η.Π.Α., μπορούν να χαρακτηριστούν σχεδόν σταθερά στη πορεία του χρόνου, καθώς το 1990, τα ποσοστά κυμαίνονταν μεταξύ 12.4 και 10.7 προς 100,000.
- § Οι αντρικές ολοκληρωμένες αυτοκτονίες είναι 4 φορές συχνότερες από τις γυναικείες. Ωστόσο, οι γυναικείες αυτοκτονικές απόπειρες είναι 3 φορές συχνότερες από τις αντρικές.
- § Υψηλότερα αυτοκτονικά ποσοστά εντοπίζονται μεταξύ των ηλικιωμένων (ηλικίας 80 και άνω).
- § Η αυτοκτονία είναι η τρίτη κατά σειρά αιτία θανάτου στους νέους αμερικανούς, ηλικίας 15-24 ετών. Μόνο τα δυστυχήματα και οι

ανθρωποκτονίες συμβαίνουν περισσότερο συχνά.

- § Τα πυροβόλα όπλα παραμένουν η πιο κοινή μέθοδος, που χρησιμοποιείται στις ολοκληρωμένες αυτοκτονίες όλων των ηλικιακών ομάδων. Περισσότερα από τα μισά άτομα (54%) που αυτοκτόνησαν το 2003, χρησιμοποίησαν αυτή την μέθοδο. Οι άντρες (58% πυροβόλα όπλα, 42% άλλη μέθοδο), χρησιμοποιούν πυροβόλα όπλα συχνότερα από τις γυναίκες (33% πυροβόλα όπλα, 67% άλλη μέθοδο).
- § Η πιο κοινή μέθοδος αυτοκτονίας για τις γυναίκες είναι η δηλητηρίαση. Στη πραγματικότητα, η δηλητηρίαση, υπερέχει των πυροβόλων όπλων, για τις γυναικείες αυτοκτονίες από το 2001.
- § Τα ποσοστά αυτοκτονίας έχουν μειωθεί σε περιόδους πολέμων και έχουν αυξηθεί σε περιόδους οικονομικών κρίσεως.
- § Τα ποσοστά αυτοκτονίας είναι υψηλότερα μεταξύ των διαζευγμένων και των χήρων και χαμηλότερα μεταξύ των παντρεμένων (suicidology.org).
- § Ένας στους δέκα ανθρώπους του γενικού πληθυσμού κάποτε είχε αυτοκαταστροφικές τάσεις που θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν «σοβαρές» (afsp.org).
- § Για κάθε αυτοκτονία υπάρχουν ανάμεσα σε 10 ως 40 απόπειρες (πολλές απόπειρες δεν αναφέρθηκαν ποτέ) (Μάνος Ν. Θεσσαλονίκη, 1997).

Πίνακας 10: Οι απόλυτοι αριθμοί και τα ποσοστά αυτοκτονιών στην Ελλάδα από το 1958 μέχρι το 1981

Έτος	Πληθυσμός	Θάνατοι	Αυτοκτονίες	% (α) *	% (β) **
1958	7.121.753	90,766	384	0,42	5,4
1960	8.327.405	60,563	318	0,52	3,8
1962	8.448.233	66,554	286	0,43	3,4
1965	8.550.333.	67,269	276	0,41	3,2
1970	8.792.806	74,009	278	0,37	3,1
1971	8.876.641	73,819	288	0,39	3,2
1972	8.888.628	76,859	240	0,31	2,7
1973	8.929.086	77,648	264	0,33	3,0
1974	8.962.023	76,303	308	0,40	3,4



(Συνέχεια του Πίνακα 10 της προηγούμενης σελίδας)

Έτος	Πληθυσμός	Θάνατοι	Αυτοκτονίες	% (α) *	% (β) **
1975	9.046.542	80,077	249	0,31	2,7
1976	9.167.190	81,818	255	0,31	2,7
1977	9.308.479	83,750	300	0,35	3,2
1978	9.429.959	81,615	270	0,33	2,8
1979	9.548.262	82,338	277	0,33	3,0
1980	9.642.505	87,282	315	0,36	3,2
1981	9.740.417	86,261	322	0,37	3,3

\* % (α): Εκατοστιαίο ποσοστό αυτοκτονιών σε σχέση με το σύνολο των θανάτων

\*\* % (β): Εκατοστιαίο ποσοστό ανά 100,000 κατοίκους

Πηγή: Νιτσόπουλος Μ., Αθήνα, 1988

### 3.2.3.11 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ-ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Συμφώνα με την κλινική εμπειρία, η αυτοκτονία και πολύ περισσότερο η απόπειρα αυτοκτονίας, σε σπάνιες περιπτώσεις είναι προϊόν ώριμης σκέψης και απόφασης ισολογιστικής. Στις περισσότερες περιπτώσεις επιθυμία και σκοπός του αυτόχειρα, δεν είναι ο θάνατος του, αλλά η αλλαγή της οδυνηρής και ανυπόφορης κατάστασης στην οποία βρίσκεται ή νομίζει ότι βρίσκεται. Έχει δηλαδή χαρακτήρα επίκλησης και διαμαρτυρίας (Πιάνος Κ., Αθήνα 2003).

Η πράξη της αυτοκτονίας είναι μια πράξη πολύ περίπλοκη, τόσο στο μηχανισμό της όσο και της λειτουργίες της. Είναι η τελική κοινή οδός, η οποία εσωκλείει ποικίλους κοινωνικούς, μορφωτικούς, οικογενειακούς, ψυχολογικούς και βιολογικούς παράγοντες. Η πολλαπλότητά της αυτή, καθιστά μάταια μια προσέγγιση, η οποία εμπνέεται από το γραμμικό πρότυπο της σχέσης αίτιο-αποτέλεσμα. Απαραίτητα υπονοεί την αναζήτηση μιας πιο περίπλοκης προσέγγισης υποκειμένης στη θεωρία των δυναμικών συστημάτων. Επομένως, η αυτοκτονία είναι η συνισταμένη διάφορων αλληλεπιδράσεων, φαινομένων, που επηρεάζονται αμοιβαία με τρόπο κυκλικό (Chabrol Η., μτφρ. Τερζόγλου, Αθήνα, 1987).

Στα αίτια της αυτοκτονίας αναφέρθηκαν και διάφορες Ψυχικές Διαταραχές, όπως Νευρώσεις, Κατάθλιψη (μεγαλύτερος βαθμός μελαγχολίας), διάφορες Ψυχώσεις (Σχιζοφρένια, Μανιοκαταθλιπτική Ψύχωση), Αλκοολισμός, Τοξικομανία, Ομοφυλοφιλία κλπ. (Πιάνος Κ., Αθήνα 2003).

Πίνακας 11 – Παράγοντες κινδύνου αυτοκτονίας

Παράγοντες κινδύνου αυτοκτονίας
<b>Ηλικία:</b> > 75 ετών άνδρες, 45-55 γυναίκες
<b>Φύλο:</b> Άνδρες αυτοκτονούν 3:1 ως προς τις γυναίκες. Οι γυναίκες κάνουν πιο συχνά απόπειρες από τους άνδρες
<b>Οικογενειακή κατάσταση:</b> Χωρισμένοι, χήρες-οι
<b>Τόπος κατοικίας:</b> Αστικές και αγροτικές περιοχές
<b>Φυλή:</b> Ο κίνδυνος στις Η.Π.Α. είναι πιο μεγάλος στους Άγγλο-Αμερικάνους και στους αυτόχθονες (Ινδιάνους).
<b>Εποχιακότητα:</b> Αύξηση της επικράτησης την άνοιξη και το φθινόπωρο
<b>Τρόπος ζωής:</b> Ζει μόνος, σε ίδρυμα, (ψυχιατρείο, φυλακή)
<b>Κοινωνική τάξη / απασχόληση:</b> Ανεργία, επιστήμονες, χαμηλή κοινωνικό-οικονομική κατάσταση
<b>Υγεία:</b> Ύπαρξη καταληκτικής νόσου (καρκίνος, AIDS) και σοβαρής ψυχικής αρρώστιας (Κατάθλιψη, διπολική Διαταραχή, σχιζοφρένεια, εξάρτηση από ουσίες και αλκοόλ)
<b>Γεγονός ζωής:</b> Ύπαρξη ψυχοπαιστικού γεγονότος (< 6 μήνες) Προηγούμενες απόπειρες: Αυξάνουν τον κίνδυνο
<b>Οικογενειακό ιστορικό:</b> Πρώιμη απώλεια γονέων, χαοτική ατμόσφαιρα, απόπειρες αυτοκαταστροφής μελών. Κακοποίηση / παραμέληση κατά τη παιδική ηλικία.

Πηγή: Μαδιανός Μ.Γ., Αθήνα, 2006

**3.2.3.11.1 Κοινωνικό-Πολιτισμικές Αιτίες:** Ο Durkheim (1951), προσδιόρισε ορισμένες μορφές αυτοκτονίας, ανάλογα με τις κοινωνικές ή πολιτισμικές συνθήκες στο πλαίσιο το οποίο αυτές συνέβησαν. Η μια μορφή είναι οι *εθιμοτυπικές (formalized)* αυτοκτονίες, που γίνονται αποδεκτές από τη κοινωνία, όπως το πανάρχαιο έθιμο του *hara-kiri* στην Ιαπωνία, στο οποίο ένα άτομο που είχε ατιμάσει τον εαυτό του ή την οικογένειά του, αναμένεται να τερματίσει το ίδιο τη ζωή του με ένα ξίφος. Ο Durkheim, ονομάζει *αλτρουϊστική* αυτοκτονία (*altruistic suicide*), την αυτοκτονία που διαπράττει κάποιο άτομο υποκινούμενο από την επιθυμία να κατακτήσει ένα ανώτερο αγαθό – στην κατηγορία αυτή υπάγονται η θυσίες που εμπεριέχουν θρησκευτικό χαρακτήρα και οι διάφορες αυτοκτονίες που

γίνονται σαν πολιτική διαμαρτυρία (Sue D., Sue D., & Sue S., New York, 1997). Η αλτρουιστική αυτοκτονία έχει να κάνει με τη μεγάλη ενσωμάτωση στη κοινωνία, η κατηγορία αυτή του Durkheim θα μπορούσε να περιλαμβάνει, π.χ., εκείνους που αφοσιώνονται στην ιδέα «Ελευθερία ή Θάνατος». Εκείνοι που διαπράττουν αλτρουιστική αυτοκτονία είναι ενεργητικοί, παθιασμένοι και αποφασιστικοί (Solomon A., Αθήνα 2004). Ο Durkheim επίσης αναγνώρισε την απώλεια της κοινωνικής στήριξης ως μια σημαντική αφορμή για την αυτοκτονία. Ονόμασε αυτή τη μορφή αυτοκτονίας, *εγωιστική* αυτοκτονία (egoistic suicide) (Barlow D.H. & Durand V.M., Τόμος Α', 2<sup>η</sup> έκδοση, 2002), την οποία διαπράττουν άνθρωποι που δεν είναι ενσωματωμένοι στην κοινωνία όπου ζουν. Η απάθεια και η αδιαφορία τους παρακινούν να αποκόψουν μόνιμα τη σχέση τους με τον κόσμο (Solomon A., Αθήνα, 2004). Οι ηλικιωμένοι που αυτοκτονούν αφού έχουν χάσει την επαφή με τους φίλους ή την οικογένειά τους, περιλαμβάνονται σε αυτή τη κατηγορία. Οι *ανομικές* αυτοκτονίες (anomic suicides), είναι το αποτέλεσμα έντονων αναταράξεων στη ζωή ενός ατόμου, όπως: Η ξαφνική απώλεια μιας υψηλόβαθμης επαγγελματικής θέσης (η ανομία είναι ένα αίσθημα απώλειας και σύγχυσης) (Sue D., Sue D., & Sue S., New York, 1997), είναι συνέπεια οργής και αποτροπισμού. Συγκεκριμένα ο Durkheim, γράφει:

*«Στις σύγχρονες κοινωνίες, η κοινωνική υπόσταση δεν κυβερνάται πλέον από το έθιμο και την παράδοση, και τα άτομα τοποθετούνται όλο και περισσότερο σε συνθήκες ανταγωνισμού. Καθώς ζητούν όλο και περισσότερα από τη ζωή, όχι από κάτι συγκεκριμένο αλλά απλώς περισσότερα από όσα έχουν οποιαδήποτε δεδομένη στιγμή, τείνουν να υποφέρουν από τη δυσαναλογία ανάμεσα στις προσδοκίες τους και τα επιτεύγματά τους, και η συνεπαγόμενη έλλειψη ικανοποίησης οδηγεί στην ένταση της αυτοκτονικής παρόρμησης» (Solomon A., Αθήνα 2004).*

Τέλος οι *μοιρολατρικές* αυτοκτονίες (fatalistic suicides) (Sue D., Sue D., & Sue S., New York, 1997), αφορούν ανθρώπους που η ζωή τους είναι πραγματικά δυστυχισμένη με τρόπο που δεν μπορεί να αλλάξει - η αυτοκτονία ενός σκλάβου, λόγου χάρη, θα ήταν μοιρολατρική κατά την Durkheim κατάταξη (Solomon A., Αθήνα 2004). Απορρέουν από την απώλεια ελέγχου του ατόμου πάνω στη μοίρα του. Το έργο του Durkheim,

ήταν σημαντικό, καθώς έδωσε έμφαση στους κοινωνικούς παράγοντες της αυτοκτονίας.

**3.2.3.11.2 Ψυχολογικές Αιτίες:** Ο Freud, τον ίδιο περίπου καιρό με τον Durkheim, υποστήριξε ότι η αυτοκτονία είναι συχνά μια δολοφονική παρόρμηση εναντίον κάποιου άλλου, η οποία στρέφεται εναντίον του εαυτού του. Ο Freud υποστήριξε ότι το *ένστικτο θανάτου* βρίσκεται πάντα σε αβέβαιη ισορροπία με το *ένστικτο της ζωής*. Η γοητεία του θανάτου σαφώς υπάρχει και έχει ευθύνη για τις αυτοκτονίες. Κατά τον Freud, Τα δυο βασικά ένστικτα λειτουργούν το ένα εναντίον του άλλου ή συνδυάζονται το ένα με το άλλο. Η ταυτόχρονη και αμοιβαία αντιθετική δράση των δυο βασικών ενστίκτων παράγει την τεράστια ποικιλία των φαινομένων της ζωής (Solomon A., Αθήνα 2004).

Επιπροσθέτως, ο Freud (1917-1957), πίστευε ότι η αυτοκτονία (και η Κατάθλιψη ως ένα βαθμό) έδειχνε μια ασυνείδητη εχθρότητα που στρέφεται εσωτερικά στον εαυτό και όχι εξωτερικά στο άτομο ή στη κατάσταση που δημιουργεί το θυμό. Πράγματι, τα άτομα που αυτοκτονούν, συχνά φαίνεται να τιμωρούν ψυχολογικά τους άλλους, που μπορεί να τους είχαν απορρίψει ή να τους είχαν προκαλέσει προσωπικό πόνο (Barlow D.H. & Durand V.M., μτφρ. Μπαρπάτση Μ., Τόμος Α', 2η έκδοση, 2002). Παρόλα αυτά, φαίνεται πως υπάρχουν στοιχεία, τα οποία έρχονται να διαψεύσουν εν μέρει τα παραπάνω, αφού πολλοί άνθρωποι αυτοκτονούν όχι μόνο από μίσος ή εκδίκηση αλλά και για άλλους ποικίλους, ψυχολογικούς κυρίως, λόγους, όπως ντροπή, ενοχή, απελπισία και ψυχικό πόνο (Sue D., Sue D., & Sue S., New York, 1997).

**3.2.3.11.3 Νευροβιολογικές Αιτίες:** Η αυτοκτονική Κατάθλιψη φαίνεται να έχει μερικά ιδιαίτερα νευροβιολογικά χαρακτηριστικά, τα οποία μπορεί να προκαλέσουν αυτοκτονική συμπεριφορά ή μπορεί απλώς να αντανakλούν αυτοκτονικές τάσεις (Solomon A., Αθήνα 2004). Διάφορα στοιχεία υποδεικνύουν ότι χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης, μπορεί να σχετίζονται με την αυτοκτονία και τις βίαιες απόπειρες αυτοκτονίας (Barlow D.H. & Durand V.M., μτφρ. Μπαρπάτση Μ., Τόμος Α', 2η έκδοση, 2002). Οι περισσότερες πληροφορίες για τον αυτοκτονικό εγκέφαλο προέρχονται από έρευνες νεκροψίας. Οι αυτόχειρες έχουν χαμηλό επίπεδο σεροτονίνης σε

ορισμένες τοποθεσίες-κλειδιά του εγκεφάλου. Το επίπεδο σεροτονίνης φαίνεται να είναι ιδιαίτερα χαμηλό στις περιοχές που σχετίζονται με τις αναστολές (Solomon A., Αθήνα 2004).

Έχει παρατηρηθεί επίσης, ότι χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης σχετίζονται και με τη παρορμητικότητα, την αστάθεια και τη τάση της υπερβολικής αντίδρασης σε καταστάσεις. Είναι λοιπόν πολύ πιθανό, να συμβάλλουν στη δημιουργία μιας ευαλωτότητας στις παρορμητικές ενέργειες. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την αυτοκτονία, η οποία αρκετές φορές είναι μια πολύ παρορμητική πράξη (Barlow D.H. & Durand V.M., μτφρ. Μπαρπάτση Μ., Τόμος Α', 2η έκδοση, 2002).

Όλα αυτά από πρακτική άποψη σημαίνουν ότι οι άνθρωποι με χαμηλά επίπεδα των βασικών νευροδιαβιβαστών σε θέσεις-κλειδιά του εγκεφάλου έχουν υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας. Δεδομένου ότι το στρες αποδυναμώνει τη σεροτονίνη και η χαμηλή σεροτονίνη αυξάνει την επιθετικότητα και η υψηλή επιθετικότητα ευνοεί την αυτοκτονία, δεν είναι περίεργο που η Κατάθλιψη η οποία συνδυάζεται με στρες είναι το είδος που έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να οδηγήσει στην αυτοκτονία. Το στρες οδηγεί σε επιθετικότητα γιατί η επίθεση είναι συχνά ο καλύτερος τρόπος να αντιμετωπίσει κανείς βραχυπρόθεσμες απειλές που προκαλούν στρες.

Το γενετικό υλικό μπορεί να καθορίζει το χαμηλό επίπεδο σεροτονίνης, και το γονίδιο που ορίζει το επίπεδο του ένζυμου της τρυπτοφάνης υδροξυλάσης έχει πλέον σαφώς συσχετιστεί με τον υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας. Γονίδια που δεν αφορούν μόνο την ψυχική Διαταραχή αλλά και την παρορμητικότητα, επιθετικότητα και τη βία μπορεί να συμβάλουν στον αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας. Φαίνεται πιθανό ότι η πρώιμη κακοποίηση μπορεί να μειώσει μόνιμα το επίπεδο σεροτονίνης και να αυξήσει έτσι την πιθανότητα αυτοκτονίας (τελείως ανεξάρτητα από το πρόβλημα της γνωστικής Κατάθλιψης που προκύπτει από αυτή την κακοποίηση). Η κατάχρηση ουσιών μπορεί να μειώσει κι άλλο τη σεροτονίνη – και το ίδιο μπορεί να κάνει, περιέργως, η χαμηλή χοληστερόλη. Η νευρολογική βλάβη στο έμβρυο που προκαλεί η χρήση οινόπνευματος ή κοκαΐνης, μπορεί να προδιαθέσει τα παιδιά σε Διαταραχές της Διάθεσης που ευνοούν την αυτοκτονία. Η έλλειψη μητρικής προσοχής μπορεί να στερήσει από τα παιδιά την πρώιμη αναπτυξιακή σταθερότητα. Η

κακή διατροφή μπορεί επίσης να έχει αρνητικές συνέπειες στον εγκέφαλό τους.

Οι άντρες έχουν χαμηλότερα επίπεδα σεροτονίνης από τις γυναίκες. Έτσι, ένας στρεσαρισμένος άντρας με γενετική προδιάθεση σε χαμηλή σεροτονίνη, που είχε στερημένη ανατροφή, κάνει κατάχρηση ουσιών και έχει χαμηλή χοληστερόλη αποτελεί ίσως τον ιδεώδη υποψήφιο για αυτοκτονία (Solomon A., Αθήνα 2004).

Η αυτοκτονία μπορεί να διαμεσολαβείται σε κάποιο βαθμό βιολογικά. Σε άτομα που αυτοκτόνησαν έχουν ανεβρεθεί κατά τη νεκροψία υψηλά επίπεδα 5-υδροξυινδολεονικού οξέος (5-HIAA), στο εγκαφαλονωτιαίο υγρό, καθώς και ελάττωση της δέσμευσης της ιμιπραμίνης στον μετωπιαίο φλοιό, υψηλά επίπεδα μεταβολιτών της κορτιζόλης στα ούρα και διογκωμένα επινεφρίδια. Καθώς όμως όλα αυτά τα ευρήματα, αφορούν και τη βαριά Κατάθλιψη, μπορεί να συσχετίζονται με τη Κατάθλιψη περισσότερο παρά με τη τάση ή τον κίνδυνο για αυτοκτονία. Οπωσδήποτε όμως, κάθε βιολογική έρευνα προς την κατεύθυνση της ανίχνευσης βιολογικών δεικτών της επικίνδυνης για αυτοκτονία συμπεριφοράς, είναι σημαντική (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

#### **3.2.3.11.4 Συνυπάρχουσες Ψυχολογικές Διαταραχές:**

Ø **Κατάθλιψη:** Περισσότεροι από 90% των ατόμων που αυτοκτονούν, υποφέρουν από μια Ψυχολογική Διαταραχή. Άρα, η αυτοκτονία συχνά συνδέεται με τις Διαταραχές Διάθεσης (Barlow D.H. & Durand V.M., μτφρ. Μπαρπάτση Μ., Τόμος Α', 2η έκδοση, 2002). Περίπου το 50% των αποπειρών αυτοκτονίας, έχει γίνει από άτομα που έπασχαν από Κατάθλιψη (Merck & Co., USA, 2003). Έχει εκτιμηθεί ότι στους έφηβους αυτή η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, κατά ένα μεγάλο ποσοστό, αποτελεί μια έκφραση της Κατάθλιψης σοβαρής μορφής. Αλλά πολλά άτομα που υποφέρουν από Διαταραχές Διάθεσης δεν αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν και αντίστροφα. Συνεπώς, για μερικούς, η Κατάθλιψη και η αυτοκτονία, αν και συσχετίζονται σημαντικά, παραμένουν ανεξάρτητες (Barlow D.H. & Durand V.M., μτφρ. Μπαρπάτση Μ., Τόμος Α', 2η έκδοση, 2002). Η Κατάθλιψη, η οποία σχετίζεται και με μια ιατρική ασθένεια, μπορεί να οδηγήσει επίσης σε απόπειρες αυτοκτονίας. Οι περισσότερες ιατρικές διαταραχές είτε

επηρεάζουν άμεσα το νευρικό σύστημα και τον εγκέφαλο (όπως π.χ. το AIDS), είτε περιλαμβάνουν θεραπείες, οι οποίες μπορούν να προκαλέσουν Κατάθλιψη (όπως για π.χ. συγκεκριμένα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της υψηλής πίεσης. Οι άνθρωποι, των οποίων η Κατάθλιψη περιλαμβάνει Αγχώδεις Διαταραχές ή ψυχωτικά στοιχεία, όπως εσφαλμένες πεποιθήσεις (ψευδαισθήσεις), μπορεί να βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονίας από εκείνους των οποίων η Κατάθλιψη δεν περιλαμβάνει αυτά τα στοιχεία (Merck & Co., USA, 2003).

- Ø **Κατάχρηση Ουσιών και Οινοπνευματωδών:** Η Κατάθλιψη, μπορεί να εντείνεται από τη κατάχρηση αλκοόλ, η οποία με τη σειρά της ελαχιστοποιεί τη δυνατότητα αυτοελέγχου. Περίπου 30% των ατόμων που επιχειρούν να αυτοκτονήσουν, καταναλώνουν αλκοόλ πριν την απόπειρα (Merck & Co., USA, 2003). Έτσι λοιπόν, η κατάχρηση αλκοολούχων ποτών σχετίζεται με περίπου 25% - 50% των αυτοκτονιών και αυτή η σχέση είναι ιδιαίτερα έκδηλη στις αυτοκτονίες των εφήβων. Έχει διαπιστωθεί ότι περίπου το ένα τρίτο των εφήβων αυτοχειρών βρισκόντουσαν υπό την επήρεια αλκοόλ όταν πέθαιναν και ίσως πολλοί περισσότεροι να βρίσκονταν υπό την επήρεια ναρκωτικών ουσιών (Barlow D.H. & Durand V.M., μτφρ. Μπαρπάτση Μ., Τόμος Α', 2<sup>η</sup> έκδοση, 2002).
- Ø **Άλλες ψυχικές διαταραχές:** Επιπρόσθετα, η Σχιζοφρένεια και άλλες Ψυχικές Διαταραχές μπορεί να σχετίζονται άμεσα με την αυτοκτονία. Τα άτομα μπορεί να ακούνε φωνές (ακουστικές παραισθήσεις), οι οποίες να τους διατάζουν να αυτοκτονήσουν (Merck & Co., USA, 2003).
- Ø **Διαταραχές Προσωπικότητας:** Μια Διαταραχή Προσωπικότητας που χαρακτηρίζεται περισσότερο παρορμητική από ότι η Κατάθλιψη, είναι η Μεταιχμιακή (ή αλλιώς Οριακή) Διαταραχή Προσωπικότητας. Τα άτομα με τη Διαταραχή αυτή, είναι γνωστά για τη παρορμητική και απρόβλεπτη συμπεριφορά τους, με συχνές τάσεις αυτοκτονίας, χωρίς απαραίτητα να θέλουν να καταστρέφουν τον εαυτό τους, μερικές φορές αυτοκτονούν κατά λάθος, φαινόμενο που αποτελεί περίπου το 10% των περιπτώσεων αυτοκτονίας (Barlow D.H. & Durand V.M., μτφρ. Μπαρπάτση Μ., Τόμος Α', 2<sup>η</sup> έκδοση, 2002). Επίσης και η Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας, ειδικά στα άτομα τα οποία

έχουν ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς, μπορεί να οδηγήσει στην εκτέλεση αυτοκτονικών ενεργειών ή αποπειρών αυτοκτονίας, σαν μέσα άσκησης επιρροής του κοινωνικού τους περίγυρου (Merck & Co., USA, 2003).

∅ **Οικογενειακό ιστορικό:** Όταν ένα μέλος μιας οικογένειας αυτοκτονήσει, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος να αυτοκτονήσει αργότερα στο μέλλον και ένα άλλο μέλος της. Σύμφωνα με τον Barlow και Durand (2002), μια μελέτη βρήκε αυξημένο ποσοστό αυτοκτονιών στους βιολογικούς συγγενείς των υιοθετημένων ατόμων, που είχαν αυτοκτονήσει, σε σύγκριση με μία ομάδα ελέγχου υιοθετημένων ατόμων που δεν είχαν αυτοκτονήσει. Επιπρόσθετα σε μία πρόσφατη, μικρής εμβέλειας μελέτη ατόμων, των οποίων οι δίδυμοι αδερφοί είχαν αυτοκτονήσει, οι 10 από τους 26 μονοζυγώτες διδύμους που είχαν απομείνει, είχαν προσπαθήσει και εκείνοι να αυτοκτονήσουν, ενώ κανένας από τους διζυγώτες διδύμους δεν είχαν αποπειραθεί να θέσουν οι ίδιοι τέρμα στη ζωή τους. Τα στοιχεία αυτά υποδεικνύουν ότι υπάρχει κάποια βιολογική (γενετική) συμβολή στην αυτοκτονία, ακόμα και αν είναι σχετικά μικρή (Barlow D.H. & Durand V.M., μτφρ. Μπαρπάτση Μ., Τόμος Α', 2η έκδοση, 2002).

∅ **Στρεσογόνα γεγονότα ζωής:** Ίσως ο πιο σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την αυτοκτονία, είναι ένα σοβαρό στρεσογόνο γεγονός, που το άτομο βιώνει ως επαίσχυντο ή ταπεινωτικό, όπως μια αποτυχία (πραγματική ή φανταστική) στο σχολείο ή στη δουλειά, μια απροσδόκητη σύλληψη, ή απόρριψη από ένα αγαπημένο πρόσωπο, μια ασθένεια ή αναπηρία κλπ. Επίσης, σημαντικές στρεσογόνες πηγές είναι η σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση. Δεδομένων των προϋπαρχουσών ευαλωτοτήτων - στις οποίες συμπεριλαμβάνονται οι ψυχολογικές διαταραχές, η παρορμητικότητα και η έλλειψη κοινωνικής στήριξης – ένα στρεσογόνο γεγονός μπορεί συχνά να ωθήσει το άτομο στα άκρα (Barlow D.H. & Durand V.M., μτφρ. Μπαρπάτση Μ., Τόμος Α', 2η έκδοση, 2002). Επιπροσθέτως, η πρώιμη εμπειρία γονεϊκής στέρησης (κυρίως λόγω θανάτου του γονέα) θεωρείται, κατά τον Χριστοδούλου (1998), σημαντικός στρεσογόνος παράγοντας, που σχετίζεται τόσο με την εμφάνιση της Κατάθλιψης, όσο και των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών, στη μετέπειτα ζωή του ατόμου (Χριστοδούλου, Αθήνα, 1998).



- Ø **Προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας:** Όταν υπάρχει προηγούμενο ιστορικό αποπειρών αυτοκτονίας, αυξάνεται ο κίνδυνος αυτοκτονίας. Έχει μάλιστα υπολογιστεί ότι αυξάνει 64 φορές περισσότερο από τον γενικό πληθυσμό.
- Ø **Έλλειψη ελπίδας:** Πολλές μελέτες, όπως αναφέρει ο Μάνος (1997), έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι το σύμπτωμα της έλλειψης ελπίδας στη ζωή ενός ατόμου, συσχετίζεται περισσότερο με την αυτοκτονία από ότι συσχετίζεται η γενικότερη κατάσταση-Διαταραχή που λέγεται Κατάθλιψη.
- Ø **Διαπροσωπική απώλεια:** Υψηλή συσχέτιση παρουσιάζεται μεταξύ διαπροσωπικής απώλειας και αυτοκτονίας. Διαπροσωπική απώλεια είναι ο χωρισμός, το διαζύγιο, ο θάνατος κλπ. και μπορεί να αφορά συγγενείς, φίλους, ερωτικούς συντρόφους, θεραπευτές. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας σε διαπροσωπική απώλεια είναι μεγαλύτερος στους αλκοολικούς.
- Ø **Διαπροσωπικές συγκρούσεις:** Μακροχρόνιες διαπροσωπικές συγκρούσεις με μέλη της οικογένειας ή με άλλα άτομα συνδέονται με υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).
- Ø **Λοιποί Εξωτερικοί παράγοντες:** Υπάρχουν ενδείξεις ότι το ποσοστό αυτοκτονιών μπορεί να συγκροτηθεί από εξωτερικούς παράγοντες, εκεί όπου η πρόσβαση στα πυροβόλα όπλα και τα βαρβιτουρικά είναι εύκολη, οι αυτοκτονίες είναι περισσότερες από αλλού. Η σύγχρονη τεχνολογία έχει κάνει την αυτοκτονία ευκολότερη και λιγότερο οδυνηρή από ποτέ άλλοτε, και αυτό είναι εξαιρετικά επικίνδυνο (Solomon Α., Αθήνα 2004).

### 3.2.3.12 ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑΣ

Συχνά πολλά προειδοποιητικά σημάδια δείχνουν ότι κάποιο άτομο έχει πάρει λάθος δρόμο και κινδυνεύει να φτάσει στην αυτοκτονία. Πολλά από αυτά τα σημάδια είναι επίσης και σημάδια Κατάθλιψης, επομένως είναι δύσκολο να καταλάβει κάποιος αν η συμπεριφορά είναι σημάδι πρόθεσης αυτοκτονίας ή απλό σημάδι Κατάθλιψης. Για αυτό είναι σημαντικό να

εντοπιστεί και να θεραπευτεί εγκαίρως κάποια πιθανή Κατάθλιψη (Kramlinger K., M.D., μτφρ. Χ.Ελιασά, 2001).

Πίνακας 12 - Σημάδια Αυτοκτονικής Επικινδυνότητας

Σημάδια Αυτοκτονικής Επικινδυνότητας	
§	Αισθήματα απελπισίας και ανικανότητας
§	Απομόνωση από τον κοινωνικό περίγυρο, την οικογένεια και τις συνηθισμένες δραστηριότητες
§	Απειλές ή συζήτηση γύρω από την αυτοκτονία
§	Αυτοκαταστροφική ή ρισοκίνδυνη συμπεριφορά
§	Ξαφνικές εναλλαγές διάθεσης ή συμπεριφοράς
§	Υπερβολική κατανάλωση οινόπνευματων ή άλλων ουσιών
§	Ταύτιση με κάποιο άτομο που έχει διαπράξει αυτοκτονία
§	Υπερβολική ενασχόληση με σκέψεις θανάτου
§	Χάρισμα αγαπημένων αντικειμένων
§	Ιστορικό προηγούμενων αποπειρών

Πηγή: Narsad Research (narsad.org)

Λεκτικές ενδείξεις: Άμεσες δηλώσεις για αυτοκτονία αναγνωρίζονται φυσικά εύκολα, αλλά πολλές φορές τα άτομα τις κάνουν με τύπο αστείου. Δηλώσεις αυτοκτονίας, με οποιοδήποτε τρόπο και αν ειπωθούν, θα πρέπει να παίρνονται στα σοβαρά, ώσπου να αποδειχθεί το αντίθετο. Τα άτομα με τάσεις αυτοκτονίας, συχνά μιλούν έμμεσα για την επιθυμία τους να πεθάνουν. Εκφράσεις όπως: «Δεν αντέχω άλλο», «Τίποτα δεν πάει σωστά», εκφράζουν απογοήτευση ή δυστυχία. Η έλλειψη ελπίδας είναι ιδιαίτερα ενδεικτική για τα άτομα αυτά. Εκφράσεις όπως «ίσως θα πρέπει να τα παρατήσω, γιατί δεν μπορώ να κάνω τίποτα καλύτερο για μένα», ή «δεν περιμένω να αποκτήσω αυτά που θέλω», ίσως υπαινίσσονται ότι το άτομο βλέπει το μέλλον του αφόρητο. Τέτοιες δηλώσεις, συχνά ακούγονται σαν καθημερινά παράπονα, αλλά εδώ είναι που μια προσεχτική διερεύνηση μπορεί να φέρει στην επιφάνεια αυτοκαταστροφικές ιδέες και σχέδια.

Συμπεριφορικές ενδείξεις: Άτομα που δεν μπορούν να εκφράσουν λεκτικά την επιθυμία του να πεθάνουν, μπορεί να την εκδραματίζουν με διάφορους τρόπους. Ο ασθενής που ξαφνικά αποφασίζει να κάνει τη διαθήκη του ή που μοιράζει πολύτιμα προσωπικά αντικείμενα, ίσως τακτοποιεί τις

υποθέσεις του, πριν αυτοκτονήσει. Μη θανατηφόροι πειραματισμοί με δυνητικά θανατηφόρα μέσα, όπως φάρμακα και όπλα, ίσως να προλέγουν μια σοβαρή απόπειρα. Καινούργιο ενδιαφέρον για ασφάλεια ζωής ή την εξασφάλιση τόπου ταφής κλπ. μπορεί να φαίνεται σαν απλή προνοητικότητα και μόνο αργότερα να αποδεικνύεται ότι εμπειρίχε πρόθεση αυτοκτονίας. Ατυχήματα και τάση για ατυχήματα, είναι συχνά στα άτομα που έχουν τάσεις αυτοκτονίας (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

### 3.2.3.13 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Παρά το γεγονός ότι η αυτοκτονία δεν ταξινομείται σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV σαν ψυχική ασθένεια, το αυτοκτονικό άτομο, συνήθως, παρουσιάζει συμπτώματα, συναφή με εκείνα των διαφόρων ψυχιατρικών ασθενειών. Έτσι, πολλοί άνθρωποι που υποφέρουν από Κατάθλιψη, Εξάρτηση από το Αλκοόλ και Σχιζοφρένεια, παρουσιάζουν αυτοκτονικούς ιδεασμούς (σκέψεις αυτοκτονίας) και αυτοκτονικές συμπεριφορές.

Η συστηματική διερεύνηση των υπάρχουσών πληροφοριών, με σκοπό τη κατανόηση και την επεξήγηση της συμπεριφοράς κάποιου ατόμου πριν το θάνατό του, ονομάζεται *ψυχολογική αυτοψία (psychological autopsy)* (Sue D., Sue D., & Sue S., New York, 1997). Το ψυχολογικό προφίλ του ατόμου που αυτοκτόνησε αναδημιουργείται, μέσω εκτενών συνεντεύξεων με τους φίλους και τα μέλη της οικογένειάς του, οι οποίοι είναι πιθανό να γνωρίζουν τι σκεπτόταν και τι έκανε το άτομο κατά τη διάρκεια της περιόδου πριν το θάνατό του (Barlow D.H. & Durand V.M., μτφρ. Μπαρπάτση Μ., Τόμος Α', 2η έκδοση, 2002).

Η μέθοδος της ψυχολογικής αυτοψίας, είναι παραπλήσια της *ιατροδικαστικής αυτοψίας*, κατά την οποία το νεκρό σώμα εξετάζεται, με σκοπό να διερευνηθούν τα αίτια ή η φύση του βιολογικού θανάτου. Αντίθετα, η *ψυχολογική αυτοψία* επιχειρεί να κατανοήσει, από ψυχολογικής πλευράς, την αυτοκτονία ή την ανθρωποκτονία, συλλέγοντας και αναλύοντας ιστορικά περιπτώσεων, συνεντεύξεις συγγενών και φίλων, πληροφορίες που συλλέχθηκαν από τηλεφωνήματα που

πραγματοποιήθηκαν σε κέντρα επέμβασης στη κρίση και σημειώματα που δημιουργήθηκαν από τον αυτόχειρα λίγο πριν την πράξη.

Τα σημειώματα των αυτοχείρων παρουσιάζονται σαν μια πηγή πληροφοριών, που χρησιμοποιούνται στην ψυχολογική αυτοψία (Sue D., Sue D., & Sue S., New York, 1997). Η συχνότητα των αυτοκτονικών σημειωμάτων είναι 1 προς 4, για τις ολοκληρωμένες αυτοκτονίες. Μέσα στα αυτοκτονικά σημειώματα συχνά αναφέρονται οι προσωπικές σχέσεις και τα γεγονότα που θα επακολουθήσουν μετά το θάνατο του ατόμου. Τα σημειώματα που αφήνονται από τα πιο ηλικιωμένα άτομα, λίγο πριν από την αυτοκτονική πράξη, εκφράζουν συχνά ανησυχία για αυτούς που μένουν πίσω, ενώ αντιθέτως των νεαρότερων ατόμων, εκφράζουν θυμό και εκδίκηση (Merck & Co., USA, 2003).

Οι έρευνες φανερώνουν ότι: α) οι γυναίκες είναι περισσότερο πιθανό να αφήσουν κάποιο σημείωμα από ότι οι άντρες, β) οι γυναίκες που είναι σε διάσταση ή χωρισμένες, είναι περισσότερο πιθανό να αφήσουν κάποιο σημείωμα από ότι η γυναίκες που είναι μόνες στη προσωπική τους ζωή, γ) οι λευκές φυλές γυναικών, είναι περισσότερο πιθανό να αφήσουν κάποιο σημείωμα από ότι οι γυναίκες άλλου χρωματικού φύλου, και δ) πολλά αυτοκτονικά σημειώματα φανερώνουν έντονα συναισθήματα μίσους, εκδίκησης και αυτοτιμωρίας.

Συμπερασματικά, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι αυτή η συμπεριφορά των αυτοκτονικών σημειωμάτων, συσχετίζεται με συγκεκριμένους δημογραφικούς παράγοντες, και ότι αυτή η ενέργεια είναι προφανώς μια προσπάθεια του αυτόχειρα ώστε να επηρεάσει ή να μεταποιήσει τις αντιδράσεις αυτών που έμειναν πίσω.

Η ψυχολογική αυτοψία, συνεχίζει να χρησιμοποιείται από τους ερευνητές, όχι μόνο επειδή αποτελεί μια από τις λιγοστές ανοιχτές οδούς διερεύνησης αιτιών, αλλά και για ευρύτερους σκοπούς: Εάν οι ψυχολόγοι μπορούν να απομονώσουν τα γεγονότα και τις καταστάσεις που οδηγούν στην αυτοκτονία, και είναι ικανοί να αναγνωρίσουν τα χαρακτηριστικά των πιθανών μελλοντικών θυμάτων αυτοκτονίας, τότε μπορούν επίσης να αποτρέψουν άλλους ανθρώπους από το προβούν σε τέτοιες θανάσιμες ενέργειες (Sue D., Sue D., & Sue S., New York, 1997).

Όσο είναι δυνατό, θα πρέπει να γίνεται προσπάθεια ο ασθενής με αυτοκαταστροφικές τάσεις, να εξετάζεται σε ένα ήσυχο μέρος. Όταν ο

ασθενής έχει κάνει απόπειρα αυτοκτονίας,, είναι βασικό η συνέντευξη να γίνει όταν η φυσική του κατάσταση είναι εντάξει και ο ασθενής είναι έκτος κινδύνου. Αρχικά, συνήθως ο κλινικός θα μιλήσει μόνος του με τον ασθενή και αργότερα θα επικοινωνήσει με τους φίλους του, είτε προσωπικά είτε με το τηλέφωνο. Θα πρέπει να διευκρινίσει στον καθένα για το πώς θα προχωρήσει η εκτίμηση. Μια ήρεμη και οργανωμένη προσέγγιση θα ελαττώσει την υπερβολική ένταση που, όπως είναι αναμενόμενο, επικρατεί μεταξύ των φίλων και της οικογένειας. Γενικά πρέπει να αποφεύγεται η πρόωρη καθυσύχασση, γιατί μπορεί να ερμηνευτεί από τον ασθενή ότι ο κλινικός δεν είναι σε θέση να καταλάβει τη σοβαρότητα της κατάστασης.

Είναι φανερό ότι το είδος αυτό της εκτίμησης χρειάζεται χρόνο και σχολαστική προσοχή στις συναισθηματικές αποχρώσεις. Και οι δύο αυτοί παράγοντες όμως, είναι γνωστό ότι είναι δύσκολο να λειτουργήσουν σε πολυάσχολα εξωτερικά ιατρεία. Παρόλα αυτά, πρέπει να καταβληθεί κάθε προσπάθεια για τη συγκέντρωση των στοιχείων, που είναι απαραίτητα για την εκτίμηση.

Η εκτίμηση του κινδύνου αυτοκτονίας, θα πρέπει να εστιάζεται στις προθέσεις για αυτοκτονία (αυτοκτονικός ιδεασμός), στις απόπειρες αυτοκτονίας (εάν υπάρχουν), στη γενική ψυχιατρική κατάσταση και στην ύπαρξη ή όχι δυνατότητας υποστήριξης από το περιβάλλον (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

### **3.2.3.14 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ-ΟΜΑΔΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

Περίπου τα 9 στα 10 άτομα που αυτοκτονούν έχουν μια ή περισσότερες ψυχικές ασθένειες, συνήθως Κατάθλιψη. Μια στατιστική δείχνει ότι το 15% των ατόμων με Κατάθλιψη αυτοκτονούν. Ωστόσο, μια πρόσφατη μελέτη της Κλινικής Mayo (2004), έδειξε ότι το πραγματικό ποσοστό ίσως είναι μικρότερο. Οι ερευνητές ανακάλυψαν ότι το ποσοστό αυτοκτονιών των ατόμων που ακολουθούν θεραπεία για τη Κατάθλιψη κυμαίνεται από 2-9%. Τα άτομα της υψηλής ομάδας κινδύνου, ήταν αυτά που είχαν πρόσφατα νοσηλευτεί για απόπειρα αυτοκτονίας. Τα άτομα στη χαμηλότερη ομάδα κινδύνου ήταν εξωτερικοί ασθενείς.

Άλλες μελέτες δείχνουν ότι τα άτομα που δεν ακολουθούν θεραπεία για τη Κατάθλιψη, παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό αυτοκτονιών από τα άτομα που ακολουθούν θεραπεία. Με λίγα λόγια, όσο πιο σοβαρή είναι η Κατάθλιψη – ειδικά αν δεν θεραπεύεται ή αντιμετωπίζεται με ακατάλληλο τρόπο – τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος αυτοκτονίας (Kramlinger K., M.D., μτφρ. Χ.Ελιασά, 2001).

- ✓ Συχνότητα: Κάθε 20 με 30 λεπτά, κάποιο άτομο στις Η.Π.Α. αυτοκτονεί. Ενώ, περισσότεροι από 30.000 άνθρωποι, αυτοκτονούν κάθε χρόνο. Η αυτοκτονία αποτελεί μια από τις δέκα κύριες αιτίες θανάτων στις βιομηχανικές περιοχές του κόσμου, ενώ παράλληλα αποτελεί τη δεύτερη ή τρίτη αιτία θανάτου νέων ανθρώπων (Sue D., Sue D., & Sue S., New York, 1997). Οι περισσότεροι επιδημιολόγοι συμφωνούν ότι ο πραγματικός αριθμός των αυτοκτονιών μπορεί να είναι δύο ή τρεις φορές μεγαλύτερος, από τις περιπτώσεις των αυτοκτονιών που είναι καταγεγραμμένες στις αρχές (Barlow D.H. & Durand V.M., μτφρ. Μπαρπάτση Μ., Τόμος Α', 2η έκδοση, 2002) και αυτό γιατί πολλοί θάνατοι είναι επισήμως καταγεγραμμένοι σαν ατυχήματα, όπως για παράδειγμα πνιγμοί, πέσιμο από μεγάλα ύψη, αυτοκινητιστικά ατυχήματα κλπ. παρά σαν ολοκληρωμένες αυτοκτονίες (Sue D., Sue D., & Sue S., New York, 1997). Παρόλα αυτά, τα τελευταία 25 χρόνια έχει υπέρ-τριπλασιαστεί η συχνότητα των αυτοκτονιών ανάμεσα στους εφήβους και τους νεαρούς ενήλικους (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).
- ✓ Φύλο: Η αυτοκτονική συμπεριφορά, μπορεί να υιοθετηθεί από όλους τους ανθρώπους, όλων των ηλικιών (Merck & Co., USA, 2003). Συγκεκριμένα όμως, η ολοκληρωμένη αυτοκτονία για τους άντρες, είναι περίπου τέσσερις έως πέντε φορές πιο πιθανή από ότι για τις γυναίκες. Αυτό το σημαντικό εύρημα φαίνεται να σχετίζεται με τις διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα και τους τρόπους που χρησιμοποιούνται στις απόπειρες αυτοκτονίας. Οι άνδρες γενικά, επιλέγουν πιο βίαιες μεθόδους, όπως είναι η χρήση όπλου ή ο απαγχονισμός. Οι γυναίκες συνήθως χρησιμοποιούν λιγότερο βίαιους τρόπους, όπως την υπερβολική δόση χαπιών. Αξιοσημείωτο είναι, ότι μόνο στην Κίνα οι γυναικείες αυτοκτονίες είναι περισσότερες από τις αντρικές, ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές. Οι Κινέζοι επιστήμονες συμφωνούν ότι τα ποσοστά αυτοκτονίας στην Κίνα, που πιθανόν είναι τα υψηλότερα στον

κόσμο, οφείλονται στην απουσία του κοινωνικού στίγματος. Πράγματι η αυτοκτονία, ιδιαίτερα μεταξύ των γυναικών, συχνά περιγράφεται στην κλασική Κινέζικη λογοτεχνία, ως μια λογική λύση, για τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ένα άτομο. Για μια Κινέζα όπου ζει σε μια αγροτική περιοχή, η οικογένειά της είναι ολόκληρος ο κόσμος της και η αυτοκτονία θεωρείται ως λύση τιμής, εάν η οικογένεια καταρρεύσει. Επιπλέον, τα τοξικά φυτοφάρμακα είναι ευρέως διαθέσιμα και είναι πιθανό ότι πολλές γυναίκες, που δεν σκόπευαν να αυτοκτονήσουν, να πέθαναν από μια απρόσεκτη κατάποση δηλητηρίου (Barlow D.H. & Durand V.M., μτφρ. Μπαρπάτση Μ., Τόμος Α', 2η έκδοση, 2002)

Πίνακας 13 – Συγκριτικός Πίνακας ποσοστών Αυτοκτονιών στις Η.Π.Α. ανά φύλο, 1994-2003 [Ποσοστά ανά 100,000 κατοίκους]

Φύλο	'94	'95	'96	'97	'98	'99	'00	'01	'02	'03
Άνδρες	19,8	19,8	19,3	18,7	18,6	17,6	17,5	17,6	17,9	17,6
Γυναίκες	4,5	4,4	4,4	4,4	4,4	4,1	4,1	4,1	4,3	4,3

Πηγή: *suicidology.org*

- ✓ Ηλικία: Οι περισσότεροι άνδρες αυτοκτονούν κατά τη διάρκεια της ώριμης ηλικίας τους και οι περισσότερες γυναίκες που αυτοκτονούν είναι μεσήλικες, κυρίως γιατί οι περισσότερες απόπειρες των ηλικιωμένων γυναικών είναι ανεπιτυχείς (Barlow D.H. & Durand V.M., μτφρ. Μπαρπάτση Μ., Τόμος Α', 2η έκδοση, 2002). Μεταξύ των ανθρώπων που είναι μεγαλύτεροι των 65 χρονών, το ποσοστό αυτοκτονιών για τους άνδρες είναι δέκα φορές μεγαλύτερο από εκείνο των γυναικών (Sue D., Sue D., & Sue S., New York, 1997).

Πίνακας 14 – Συγκριτικός Πίνακας ποσοστών Αυτοκτονιών στις Η.Π.Α. ανά ηλικιακές ομάδες, 1994-2003 [Ποσοστά ανά 100,000 κατοίκους]

Ηλικίες	'94	'95	'96	'97	'98	'99	'00	'01	'02	'03
5-14	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8	0,6	0,8	0,7	0,6	0,6
15-24	13,8	13,3	12,0	11,4	11,1	10,3	10,4	9,9	9,9	9,7
25-34	15,4	15,4	14,5	14,3	13,8	13,5	12,8	12,8	12,6	12,7
35-44	15,3	15,2	15,5	15,3	15,4	14,4	14,6	14,7	15,3	14,9
45-54	14,4	14,6	14,9	14,7	14,8	14,2	14,6	15,2	15,7	15,9
55-64	13,4	13,3	13,7	13,5	13,1	12,4	12,3	13,1	13,6	13,8

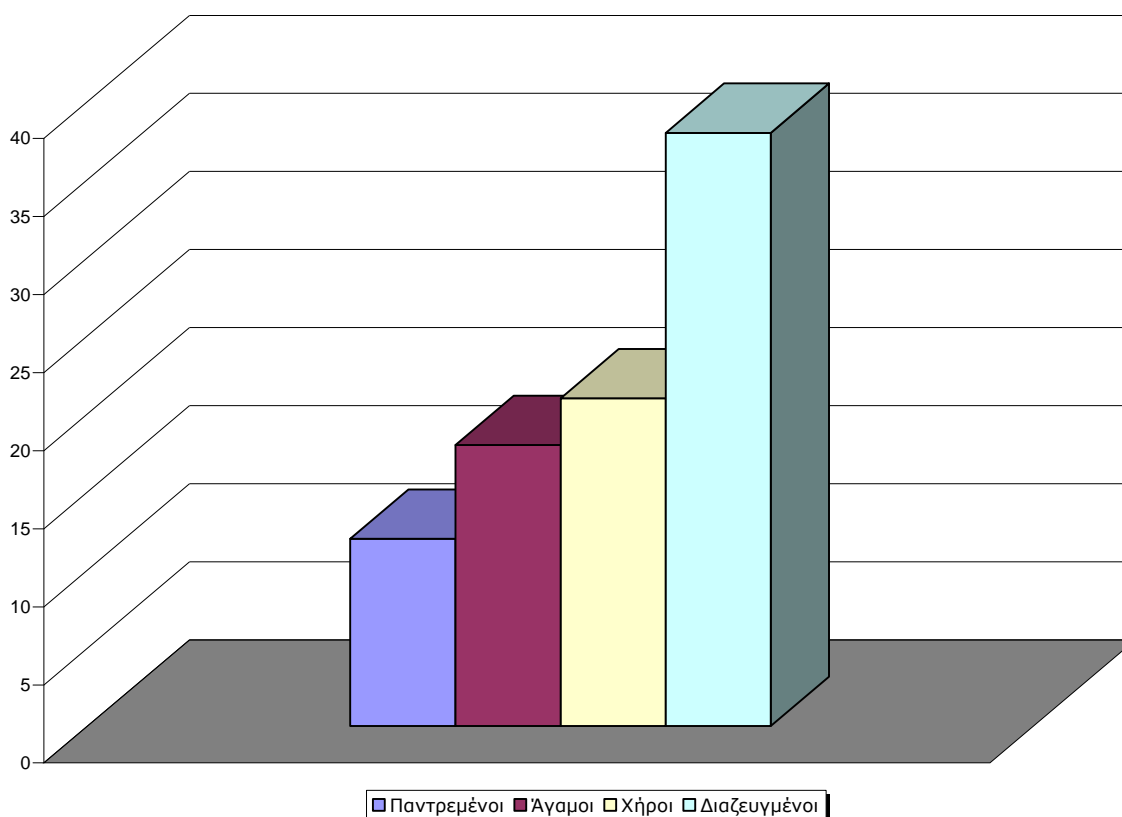
( Συνέχεια του Πίνακα 14 της προηγούμενης σελίδας)

Ηλικίες	'94	'95	'96	'97	'98	'99	'00	'01	'02	'03
65-74	15,3	15,8	15,0	14,4	14,1	13,6	12,6	13,3	13,5	12,7
75-84	21,3	20,7	20,0	19,3	19,7	18,3	17,7	17,4	17,7	16,4
85+	23,0	21,6	20,2	20,8	21,0	19,2	19,4	17,5	18,0	16,9
65+	18,1	18,1	17,3	16,8	16,9	15,9	15,3	15,3	15,6	14,6
<b>Σύνολο</b>	<b>12,0</b>	<b>11,9</b>	<b>11,6</b>	<b>11,4</b>	<b>11,3</b>	<b>10,7</b>	<b>10,7</b>	<b>10,8</b>	<b>11,0</b>	<b>10,8</b>

Πηγή: *suicidology.org*

▼ Οικογενειακή Κατάσταση: Το χαμηλότερο ποσοστό αυτοκτονιών, εντοπίζεται μεταξύ των ανθρώπων που είναι παντρεμένοι και το υψηλότερο μεταξύ αυτών που είναι διαζευγμένοι. Το ποσοστό αυτοκτονιών για τους μοναχικούς ή χήρους ή διαζευγμένους άντρες είναι περίπου διπλάσιο από εκείνο των γυναικών της ίδιας οικογενειακής κατάστασης (Sue D., Sue D., & Sue S., New York, 1997).

Πίνακας 15 – Οικογενειακή κατάσταση και αυτοκτονία ανά 100.000



Τα διαζευγμένα άτομα είναι σχεδόν 3 φορές πιο πιθανά να διαπράξουν αυτοκτονία.

(Προσαρμογή από Πηγή: Sue D., Sue D., & Sue S., New York, 1997)



- ✓ Επαγγελματική Κατάσταση: Οι γιατροί, οι δικηγόροι και οι οδοντίατροι έχουν το μεγαλύτερο από το μέσο όρο ποσοστό αυτοκτονιών. Μεταξύ των επαγγελματιών ιατρικής, οι Ψυχίατροι κατέχουν το υψηλότερο ποσοστό, ενώ οι Παιδίατροι το χαμηλότερο. Τέτοιες αξιοσημείωτες διαφορές ανάγουν το ερώτημα του πότε και με ποιο τρόπο, η ειδικότητα επηρεάζει την ευαισθησία του ανθρώπου, ή με ποιόν τρόπο ένα άτομο επιρρεπές στην αυτοκτονία ελκύεται από συγκεκριμένες επαγγελματικές ειδικότητες (Sue D., Sue D., & Sue S., New York, 1997). Επιπρόσθετα, οι άνεργοι παρουσιάζουν μεγαλύτερους κινδύνους αυτοκτονίας από ότι αυτοί που δουλεύουν μέσα ή έξω από το σπίτι (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).
- ✓ Κοινωνικό-Οικονομικό επίπεδο: Η αυτοκτονία παρουσιάζεται αναλογικά μεταξύ όλων των κοινωνικό-οικονομικών στρωμάτων. Το υψηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο δεν φαίνεται να επηρεάζει τόσο το ποσοστό αυτοκτονίας, όσο επηρεάζουν οι διάφορες αλλαγές που πραγματοποιούνται μέσα σε αυτό (Sue D., Sue D., & Sue S., New York, 1997).
- ✓ Σωματική Υγεία: Οι σωματικές αρρώστιες ή η αντίληψη ότι κάποιος είναι άρρωστος, είναι συχνότερες ανάμεσα σε αυτούς που αυτοκτονούν. Χαρακτηριστικά παρατηρείται υψηλή συσχέτιση ανάμεσα σε αυτοκτονίες και σε επισκέψεις σε γιατρούς για σωματικές ενοχλήσεις κατά τη περίοδο των τελευταίων έξι μηνών (πριν την αυτοκτονία).
- ✓ Ψυχική Υγεία: Ψυχικές διαταραχές που παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας, είναι η Κατάθλιψη, η Μανιοκαταθλιπτική Νόσος (Διπολική Διαταραχή), ο Αλκοολισμός και η Σχιζοφρένεια. Απόπειρες αυτοκτονίας είναι πιο συχνές σε άτομα με Διαταραχές της Προσωπικότητας, ειδικά με Οριακών Διαταραχών (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).
- ✓ Επιλογή όπλου: Οι άντρες επιλέγουν συχνότερα τα πυροβόλα όπλα σαν μέσα αυτοκτονίας, ενώ η δηλητηρίαση και η ασφυξία μέσω βαρβιτουρικών, είναι τα προτιμότερα μέσα αυτοκτονίας για τις γυναίκες. Τα βίαια μέσα (όπου οι άντρες τείνουν να χρησιμοποιούν), είναι πιο βέβαια για μια ολοκληρωμένη αυτοκτονία. Αυτό εν μέρει εξηγεί την δυσαναλογία του ποσοστού των αυτοκτονιών μεταξύ των δύο φύλων. Πρόσφατες μελέτες, παρόλα αυτά, υποδεικνύουν ότι και οι γυναίκες, όλο και περισσότερο, επιλέγουν τα πυροβόλα όπλα και τα εκρηκτικά

σαν μεθόδους αυτοκτονίας. Μερικοί θεωρούν ότι αυτή η ανατροπή, σχετίζεται με την αλλαγή τους έννοιας του γυναικείου ρόλου στη κοινωνία. Μεταξύ των παιδιών κάτω των 15 ετών, η πιο συνηθισμένη μέθοδος αυτοκτονίας είναι το πέσιμο από μεγάλα ύψη και η απότομη έκθεση μπροστά από κινούμενο όχημα. Τα παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας επιλέγουν τον απαγχονισμό και την υπερβολική δόση ναρκωτικών ουσιών.

- ✓ Θρησκευτική πεποίθηση: Η θρησκευτική πεποίθηση, είναι άμεσα συνδεδεμένη με τα ποσοστά αυτοκτονίας. Μολονότι στις Η.Π.Α. το ποσοστό είναι 12,2 προς 100,000, σε χώρες όπου οι επιδράσεις της Καθολικής Εκκλησίας είναι δυνατές (Λατινική Αμερική, Ιρλανδία, Ισπανία, Ιταλία) τα ποσοστά αυτοκτονίας είναι σχετικά χαμηλά – λιγότερο από 10 προς 10,000. Το Ισλάμ καταδικάζει την αυτοκτονία, και τα ποσοστά αυτοκτονίας στις Αραβικές χώρες είναι αντιστοίχως χαμηλά (Sue D., Sue D., & Sue S., New York, 1997). Αυτό συμβαίνει γιατί οι άνθρωποι αυτών των χωρών, στηρίζονται σε μεγάλο βαθμό στα «πιστεύω» τους, ενώ παράλληλα, οι δυνατοί κοινωνικοί δεσμοί τους, τους προστατεύουν από συμπεριφορές αυτοκαταστροφής. Παρόλα αυτά, τα δυνατά θρησκευτικά τους «πιστεύω», δεν προστατεύουν πάντα και απαραίτητως από τις ανθρῶπινες παρορμήσεις τους, δηλαδή τις απρόβλεπτες αυτοκτονικές ενέργειες κατά τη διάρκεια αγανάκτησης, θυμού και απελπισίας τους, πόσο μάλλον εάν συνοδεύονται από αισθήματα ενοχής και αναξιοσύνης (Merck & Co., USA, 2003). Αντιθέτως, στις χώρες όπου οι θρησκευτικές κυρώσεις δεν είναι τόσο αισθητές και η εκκλησιαστική εξουσία είναι λιγότερο δυνατή, όπως συμβαίνει στις Σκανδιναβικές χώρες, στην πρώην Τσεχοσλοβακία και στην Ουγγαρία, παρατηρούνται υψηλότερα ποσοστά. Έτσι, η Ουγγαρία έχει το υψηλότερο καταγεγραμμένο ποσοστό αυτοκτονίας – 40,7 προς 100,000 – και η Τσεχοσλοβακία έχει ένα ποσοστό τους τάξεως του 22,4 προς 100,000.
- ✓ Εθνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες: Τα ποσοστά αυτοκτονίας ποικίλουν μεταξύ των διαφόρων εθνικών μειονοτήτων των Η.Π.Α. Οι Ινδο-αμερικάνοι κατέχουν το υψηλότερο ποσοστό, έπειτα ακολουθούν οι λευκοί Αμερικάνοι, οι Μεξικανοί Αμερικάνοι, οι Αφρικό-Αμερικάνοι, οι Ιάπωνες Αμερικάνοι και οι Κινέζοι-Αμερικάνοι. Οι νεολαία των Ινδο-

Αμερικάνων παρουσιάζει τρομακτικά υψηλά ποσοστά (26 προς 100,000) συγκρινόμενη με την νεολαία των λευκών Αμερικάνων (14 προς 100,000). Τα υψηλά ποσοστά αλκοολισμού, το χαμηλό επίπεδο διαβίωσης, και η ακύρωση της καθημερινής κουλτούρας τους, ίσως συμβάλλουν σε αυτή τη τραγική κατάληξη (Sue D., Sue D., & Sue S., New York, 1997).

Πίνακας 16 – Ποσοστά αυτοκτονιών ανά 100.000 κατοίκους σε παγκόσμια σύγκριση από το 1960 μέχρι το 1981, σύμφωνα με επίσημες στατιστικές του ΟΗΕ:

A/A	ΧΩΡΑ	%	A/A	ΧΩΡΑ	%
1.	Ιαπωνία	25,2	12.	Αυστραλία	10,9
2.	Αυστρία	23,4	13.	Μ. Βρετανία	10,8
3.	Δανία	23,3	14.	Λουξεμβούργο	10,4
4.	Ελβετία	22,6	15.	Η.Π.Α.	10,1
5.	Ουγγαρία	20,6	16.	Ν. Ζηλανδία	9,9
6.	Φιλανδία	19,9	17.	Ισλανδία	8,0
7.	Δ. Γερμανία	19,3	18.	Καναδάς	7,3
8.	Σουηδία	18,6	19.	Ιταλία	6,6
9.	Γαλλία	16,0	20.	Ολλανδία	6,5
10.	Βέλγιο	13,8	21.	Ελλάδα	3,1
11.	Νοτιοαφρ. Ένωση	11,9			

Πηγή: Ντισόπουλος Μ., Αθήνα, 1988

### 3.2.3.15 ΕΠΙΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Η επιβοηθούμενη αυτοκτονία αναφέρεται στη βοήθεια που δίνεται σε ένα άτομο, που εύχεται να βάλει τέρμα στη ζωή του, υποβοηθούμενο από κάποιο γιατρό ή άλλο επαγγελματία ιατρικής φροντίδας, ή ακόμα από κάποιο προσφιλή ή οικογενειακό του πρόσωπο. Η επιβοηθούμενη αυτοκτονία είναι πάρα πολύ αμφισβητήσιμη, γιατί ανατρέπει το συνηθισμένο σκοπό του γιατρού, που είναι να διαφυλάσσει τη ζωή.

### 3.2.3.16 ΕΠΟΧΙΚΟΤΗΤΑ

Η επίπτωση των αυτοκτονιών έχει κατεξοχήν συσχετιστεί με εποχιακή κατανομή, δηλαδή με μεγαλύτερη έξαρση κατά του μήνες Απρίλιο και Μάιο και μικρότερη κατά τον Δεκέμβριο, στις Η.Π.Α. και σε άλλες χώρες.

Στη χώρα μας, η μεγαλύτερη επίπτωση αυτοκτονιών, έχει παρατηρηθεί κατά τον μήνα Ιούνιο, που παρουσιάζει τη μεγαλύτερη ηλιοφάνεια.

Φαίνεται ότι και στις περιπτώσεις των αυτοκτονιών και των καταθλιπτικών ψυχώσεων, η λαμπρή άνοιξη με το αισιόδοξο περιβάλλον, αποτελεί μια οδυνηρή αντίθεση στην απελπισία και την καταθλιπτική συναισθηματική κατάσταση του ατόμου, με αποτέλεσμα την επίταση ή την «έκρηξη» των συμπτωμάτων της νόσου ή τη λήψη της απόφασης για αυτοκαταστροφή (Μαδιανός Μ. Γ., Αθήνα 2006).

### 3.2.3.17 ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΟΙ ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

#### 3.2.3.17.1 Παράγοντας Κατάχρησης Αλκοόλ:

Μία από τις συχνότερες συσχετίσεις της αυτοκτονικής συμπεριφοράς, είναι η κατανάλωση αλκοόλ. Συνεπώς, αρκετοί έχουν επισημάνει ότι η ολοκληρωμένη πράξη της αυτοκτονίας, η οποία δεν συνδέεται με τη κατάχρηση αλκοόλ, είναι ένα σπάνιο φαινόμενο.

Πολλοί θεωρητικοί έχουν διαφωνήσει κατά καιρούς ότι το αλκοόλ μπορεί να μειώσει τις αναστολές στο φόβο του θανάτου, καθιστώντας έτσι ευκολότερη την ολοκλήρωση της αυτοκτονίας. Πρόσφατες διαπιστώσεις όμως, υποστηρίζουν πως υπάρχει ένας συνδετικός κρίκος μεταξύ κατάχρησης αλκοόλ και αυτοκτονίας.

Κατά τους D.Sue, D.Sue και S.Sue (1997), ο Rogers διαφώνησε με την άποψη ότι η δύναμη της αλληλεπίδρασης, μεταξύ αλκοόλ και αυτοκτονίας, μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της σύνθλιψης διαγνωστικών και αντιληπτικών διαδικασιών (*alcohol induced myopia*). Αυτός ο

συλλογισμός βασίζεται στα γνωστικά χαρακτηριστικά των ανθρώπων που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν.

Είναι περισσότερο άκαμπτοι στο τρόπο σκέψης τους, λιγότερο εύκαμπτοι στην επίλυση προβλημάτων και περισσότερο επιρρεπείς στη διχοτομική σκέψη. Γενικώς αντιλαμβάνονται την επίλυση προβλημάτων σαν «όλα ή τίποτα» (ζωή ή θάνατος) και δεν είναι σε θέση να διερευνήσουν εναλλακτικές ή ενδιάμεσες λύσεις.

Η κατάχρηση αλκοόλ από ένα καταθλιπτικό άτομο, το οποίο βρίσκεται σε ψυχολογική κρίση, αυξάνει παρά μειώνει τα καταθλιπτικά συναισθήματα. Διαπιστώθηκε, ότι το αλκοόλ επιδρά μεταξύ των γνωστικών και αντιληπτικών διαδικασιών. Σε περίπτωση που αυτό αληθεύει, το αλκοόλ ενδεχομένως να αυξήσει τη πιθανότητα αυτοκτονίας σε ένα ήδη αυτοκτονικό-καταθλιπτικό άτομο. Ο Rogers, σύμφωνα με τους D.Sue, D.Sue και S.Sue (1997), επισημαίνει:

*«Η πιο αποτελεσματική και ηθική παρέμβαση σε αυτόν τον τομέα, θα ήταν η προώθηση της αποχής από το αλκοόλ, παρέχοντας πληροφορίες στους ασθενείς, σχετικά με τους επικείμενους κινδύνους της κατάχρησης αλκοόλ».*

### **3.2.3.17.2 Παράγοντας Χρήσης Καπνού**

Η κατανόηση των ψυχικών και βιολογικών μηχανισμών που οδηγούν σε συμπεριφορά αυτοκαταστροφής, είναι βασική προϋπόθεση για την πρόληψη της αυτοκτονίας. Οι παράγοντες που οδηγούν σε σκέψεις και απόπειρα αυτοκτονίας είναι πολλοί και σύνθετοι. Η Κατάθλιψη, η κατάχρηση αλκοόλ, το κάπνισμα και η χρήση ναρκωτικών μεταξύ άλλων, έχουν συσχετισθεί με την αυτοκτονία. Από το 1970, επιδημιολογικές και κλινικές έρευνες είχαν φέρει στην επιφάνεια το γεγονός ότι υπάρχει σχέση μεταξύ σκέψεων αυτοκτονίας και καπνίσματος.

Παρά το γεγονός ότι η εν λόγω σχέση επιβεβαιώθηκε από διάφορες ερευνητικές ομάδες, εντούτοις ο βιολογικός μηχανισμός δια μέσου του οποίου αυτό γίνεται δεν έχει ακόμη ανακαλυφθεί. Πρόσφατα βρέθηκε ότι στον εγκέφαλο καπνιστών, είναι μειωμένη η συγκέντρωση ενός ενζύμου, της μονοαμινοξειδάσης, που έχει καθοριστικό ρόλο στο μεταβολισμό της σεροτονίνης. Οι αλλοιώσεις του μεταβολισμού της σεροτονίνης εμπλέκονται στην Κατάθλιψη που μπορεί να οδηγήσει σε αυτοκτονία. Η

δράση της μονοαμινοξειδάσης είναι μειωμένη σε καπνιστές αλλά επανέρχεται στα φυσιολογικά όρια στους πρώην καπνιστές. Η διακοπή του καπνίσματος συνοδεύεται από αποκατάσταση του μεταβολισμού της σεροτονίνης με απομάκρυνση των σκέψεων αυτοκαταστροφής.

Γιατροί από το πανεπιστήμιο του Μίσιγκαν σε μια πληθυσμιακή έρευνα που άρχισε από το 1989, εξέτασαν τη συχνότητα των ψυχιατρικών διαταραχών σε σχέση με το κάπνισμα για χρονική διάρκεια 10 ετών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι αυτοί που κάπνιζαν και όχι εκείνοι που είχαν διακόψει το κάπνισμα, είχαν περισσότερες πιθανότητες να έχουν σκέψεις αυτοκαταστροφής και να κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας. Το γεγονός αυτό ήταν ανεξάρτητο από το εάν υπήρχε στην αρχή της έρευνας Κατάθλιψη ή όχι στους συμμετέχοντες. Αυτό δείχνει ότι το κάπνισμα λειτουργεί ως ανεξάρτητος παράγοντας που προκαλεί διαταραχές στο μεταβολισμό του εγκεφάλου που προδιαθέτουν στην αυτοκτονία. Σε ασθενείς που στην αρχή της περιόδου έρευνας είχαν Κατάθλιψη και παράλληλα κάπνιζαν, ο κίνδυνος για συμπεριφορά αυτοκαταστροφής και αυτοκτονία ήταν μεγαλύτερος.

Δεν αποκλείεται ότι στους ασθενείς με Κατάθλιψη, το κάπνισμα να λειτουργεί ως επιπρόσθετος επιβαρυντικός παράγοντας που αυξάνει τις τάσεις αυτοκτονίας. Η Κατάθλιψη στη σημερινή εποχή προσβάλλει ένα συνεχώς αυξανόμενο αριθμό ανθρώπων. Η αυτοκτονία δυστυχώς απειλεί ασθενείς όλων των ηλικιών. Είναι σημαντικό να αναγνωρίζονται οι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο σκέψεων αυτοκαταστροφής και απόπειρας αυτοκτονίας. Το κάπνισμα είναι μάστιγα με πολλές αρνητικές συνέπειες που συχνά απειλούν τη ζωή σε μεγάλο ποσοστό ανθρώπων. Είναι σημαντικό να είναι σε γνώση όλων ότι το κάπνισμα σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας και ότι ασθενείς με Κατάθλιψη που καπνίζουν, επιδεινώνουν ακόμη περισσότερο την κατάσταση τους (medlook.net).

### **3.2.3.17.3 Παράγοντας Μ.Μ.Ε.**

Τα μέσα μαζικής επικοινωνίας μπορεί να επηρεάζουν σε πολύ μεγάλο βαθμό την συμπεριφορά των ανθρώπων σε θέματα που αφορούν την υγεία τους. Η επίδραση είναι πολύ ισχυρή και στην ουσία μπορεί να είναι ένα δόικοπο μαχαίρι. Από τη μια πλευρά ορισμένες δημοσιογραφικές αναφορές ή

και τηλεοπτικές σειρές έχουν τη δυνατότητα να ευνοήσουν συμπεριφορές που οδηγούν σε αυξημένους θανάτους. Από την άλλη, η προσεγμένη ενημέρωση του κοινού από τα μέσα, έχει τη δυνατότητα να περάσει μηνύματα που επηρεάζουν ευεργετικά τη Δημόσια Υγεία. Στην περίπτωση αυτή η συνεργασία μεταξύ των ανθρώπων που ετοιμάζουν προγράμματα στην τηλεόραση ή άλλα μέσα και των αρμοδίων για τα θέματα πρόληψης και διαφώτισης για ζητήματα υγείας, μπορεί να αποδώσει εξαιρετικά αποτελέσματα.

Πρόσφατα διάφοροι ερευνητές πρόσεξαν και κατέγραψαν παραδείγματα όπου ακριβώς η επίδραση των μέσων μαζικής ενημέρωσης στην ανθρώπινη συμπεριφορά σε σχέση με την υγεία, τεκμηριώθηκε αντικειμενικά. Το πρώτο παράδειγμα αφορά τις αυτοκτονίες ανθρώπων, μετά από την αναφορά στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, μεθόδων που προκαλούν ανώδυνα το θάνατο. Το 1998 μια γυναίκα στο Χονγκ Κονγκ αυτοκτόνησε ανάβοντας κάρβουνα μέσα στο μικρό και ασφυκτικά κλειστό και σφραγισμένο διαμέρισμά της. Το μονοξείδιο του άνθρακα που απελευθερωνόταν σιγά-σιγά από τα κάρβουνα, αντικατέστησε το οξυγόνο του αέρα, ο οποίος δεν ανανεωνόταν. Τα μέσα έδωσαν ευρέα κάλυψη στο γεγονός αυτό δίνοντας του μάλιστα μια ρομαντική νότα. Τονίστηκε ότι ο τρόπος αυτός της αυτοκτονίας προκαλεί ήσυχα, γρήγορα και ανώδυνα το θάνατο. Μέσα σε δύο μήνες από το επεισόδιο, η αυτοκτονία με τη χρήση αναμμένων κάρβουνων σε κλειστό και σφραγισμένο χώρο, κατέλαβε την τρίτη πιο δημοφιλή θέση στους τρόπους αυτοκτονίας, μετά από τις πτώσεις από μεγάλο ύψος και τον απαγχονισμό.

Κατά τη διάρκεια του έτους 2001 ο τρόπος αυτός, χάρη στα σχετικά δημοσιεύματα, κατέλαβε τη δεύτερη θέση και ξεπέρασε σε συχνότητα τους απαγχονισμούς. Βασικά έγινε η αιτία για το 25% των θανάτων από αυτοκτονία. Τα άτομα που αυτοκτονούν στο Χονγκ Κονγκ με αναμμένα κάρβουνα, είναι μεσήλικες οι οποίοι υποφέρουν από υπέρογκα χρέη. Καταλήγουν στη μέθοδο αυτή για να ξεφύγουν από τις εξαιρετικά δυσάρεστες οικονομικές καταστάσεις τους.

Ένα άλλο παράδειγμα που δείχνει την ισχυρή επίδραση της τηλεόρασης στην ανθρώπινη συμπεριφορά σε θέματα υγείας είναι μια σαπουνόπερα στην Αγγλία. Στην τηλεοπτική αυτή σειρά, μια γυναίκα που ήταν βασικός χαρακτήρας της σαπουνόπερας, πεθαίνει λόγω καρκίνου του

τραχήλου της μήτρας μέσα σε 6 εβδομάδες. Σαν αποτέλεσμα παρατηρήθηκε μια πολύ μεγάλη αύξηση, 21% των γυναικών που έκαναν το ανιχνευτικό τεστ Παπανικολάου. Μερικές από τις γυναίκες δεν είχαν κάνει ποτέ ένα τέτοιο τεστ. Σίγουρα στις περιπτώσεις αυτές, οι επιδράσεις ήσαν θετικές. Όμως πολλές γυναίκες έτρεξαν να κάνουν το τεστ τους νωρίτερα ενώ στην ουσία το είχαν προγραμματισμένο για αργότερα. Αυτό δείχνει ότι επεκράτησε ένα αίσθημα φόβου μετά από το γεγονός της τηλεοπτικής σειράς. Το γεγονός ότι, στην τηλεοπτική σειρά η γυναίκα πέθανε μέσα σε 6 εβδομάδες από τη διάγνωση, γεγονός που είναι σπανιότατο στην πραγματικότητα, προκάλεσε επιπλέον φόβο στις πλατειές μάζες των γυναικών. Συνολικά καταγράφηκαν 4.5 εκατομμύρια επιπλέον τεστ Παπανικολάου σε όλο το Ηνωμένο Βασίλειο. Λαμβάνοντας υπόψη ότι τα περισσότερα από αυτά ήταν αχρείαστα, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι επρόκειτο για μια πολύ δαπανηρή συνέπεια.

Γίνεται φανερό λοιπόν, ότι τα μέσα μαζικής ενημέρωσης έχουν μια πολύ ισχυρή επίδραση πάνω στο κοινό όσον αφορά διάφορα ζητήματα που αφορούν την υγεία. Η επίδραση αυτή μπορεί να έχει θετικές αλλά και πολύ αρνητικές συνέπειες. Είναι λοιπόν απαραίτητο όλοι όσοι είναι υπεύθυνοι για την παρουσίαση και συγγραφή προγραμμάτων να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί πάνω σε συνεχή βάση για τις πιθανές επιπτώσεις που είναι δυνατόν να προκαλέσουν στην Δημόσια Υγεία. Επίσης μια συνεργασία των ανθρώπων των Μ.Μ.Ε. μαζί με τους αρμόδιους της Υγείας, θα μπορούσε να έχει εξαιρετικές επιτυχίες στον τομέα της διαφώτισης και της πρόληψης.

### **3.2.3.18 ΤΑ ΘΥΜΑΤΑ**

Η αυτοκτονία είναι ασφαλώς μια πράξη απελπισίας σε όλες τις ηλικίες και περιλαμβάνει όλους τους τρόπους αυτοχειρισμού. Πιστεύεται διεθνώς ότι η δυνατότητα πραγμάτωσής της αυξάνεται με την ηλικία. Αναφέρεται ακόμα ότι η αυτοκτονία μπορεί να σημαίνει ακόμα και μια απελπισμένη προσπάθεια εξεύρεσης νέου, πιο αποδοτικού τρόπου προσαρμογής. Σύμφωνα με ψυχοδυναμικές μελέτες, άτομα που σκέπτονται αυτοχειρισμό, υποφέρουν από το άγχος ότι κανείς δεν τους σκέφτεται, δεν ενδιαφέρεται ή δεν τους αγαπά (Παπαϊωάννου Κ., Αθήνα, 2000).



Πίνακας 17 - Διακύμανση Αυτουργιών  
στην Ελλάδα κατά ηλικίες, από το 1970-1981

Έτος	Αυτ/γίες	10-14	15-19	20-34	35-64	65-84	85+
1970	278	1-0,30	9-3,20	42-15,10	162-58,27	57-20,50	7-2,5
1971	288	3-1,00	8-2,70	59-20,48	135-46,87	73-25,34	20-3,5
1972	240	-	4-1,60	44-18,33	113-47,08	74-30,83	5-2,0
1973	264	-	6-2,20	51-19,31	125-47,34	74-28,03	8-3,0
1974	308	1-0,30	13-4,20	64-20,77	127-41,23	95-30,84	8-2,5
1975	249	1-0,40	14-5,60	58-23,30	113-45,38	56-22,48	7-2,8
1976	255	5-2,00	10-4,00	51-20,00	114-44,70	67-26,27	8-3,1
1977	396	2-0,65	10-3,26	61-20,00	133-43,46	93-30,40	7-2,2
1978	270	5-1,80	12-4,40	62-23,00	118-43,70	66-24,40	7-2,6
1979	277	3-1,00	8-2,80	48-17,32	132-47,65	81-29,24	5-1,8
1980	315	6-2,00	8-2,50	60-19,04	135-42,85	95-30,15	11-3,5
1981	322	4-1,20	11-3,40	78-24,22	143-44,40	79-24,53	7-2,1

Πηγή: Νιτσόπουλος Μ., Αθήνα, 1988

### 3.2.3.18.1 ΕΦΗΒΟΙ

Όπως συμβαίνει και με τους αυτοκτονικούς ενήλικες, έτσι και οι αυτοκτονικοί έφηβοί παρουσιάζουν σοβαρές μορφές Κατάθλιψης. Λόγω του ότι οι έφηβοι δεν έχουν την εμπειρία ζωής που έχουν οι ενήλικοι, και έτσι μπορεί να ενεργήσουν έντονα σε φαινομενικά, ασήμαντα γεγονότα (π.χ. μια κακή απόδοση σε ένα μάθημα ([narsad.org](http://narsad.org))).

Τα αίτια της μεγάλης αύξησης της εφηβικής αυτοκτονίας, σε ανθρώπους που θεωρητικά αρχίζουν τη ζωή τους με ελπίδες και προσδοκίες, εντοπίζονται στα εξής:

Ø Η δομή της οικογένειας: Οι οικογενειακοί παράγοντες διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην απόφαση του νέου να αυτοκτονήσει. Στη συνέχεια αναφέρονται οι κυριότεροι παράγοντες που στοιχειοθετούν τη βάση της αρνητικής οικογενειακής επιρροής:

- α) Διαλυμένες οικογένειες,
- β) Απώλεια του ενός ή και των δύο γονέων,
- γ) Απομάκρυνση του νέου για διάφορους λόγους από το οικογενειακό του περιβάλλον,
- δ) Απομάκρυνση ενός από τα αδέρφια (θάνατος κλπ.),

- ε) Φυσική απουσία, ιδιαίτερα του πατέρα,
  - στ) Οικογενειακή αστάθεια και γενικά οι χαοτικές συνθήκες διαβίωσης, όπου λείπουν τα σαφή όρια της επιτρεπόμενης και μη συμπεριφοράς,
  - ζ) Έλλειψη ουσιαστικής επικοινωνίας με τα άλλα μέλη της οικογένειας,
  - η) Υπερπροστατευτικές τάσεις των γονιών, η θέληση τους για απόλυτο έλεγχο στη ζωή των νέων και ο αυταρχισμός τους,
  - θ) Πολύ υψηλές ή πολύ χαμηλές προσδοκίες προς τον έφηβο που καταστρέφουν την αυτοπεποίθησή του και την αυτοεκτίμησή του,
  - ι) Πολύ καταπιεστική συμπεριφορά εκ μέρους των γονέων που οδηγεί των νέο σε συναισθηματικό αδιέξοδο και στην εμφάνιση καταθλιπτικών φαινομένων,
  - κ) Έλλειψη κάθε ελέγχου και προσδοκιών προς τον έφηβο (Charbol H., 1987 & Νιτσόπουλος Μ., Αθήνα, 1988).
- Ø Κρίση της εφηβείας: Η είσοδος στην εφηβεία σηματοδοτεί μια νέα φάση στη ζωή του νέου που χαρακτηρίζεται από γενική αμφισβήτηση. Η κρίση όμως της εφηβείας, δεν παίρνει πάντοτε δραματικές εξελίξεις. Η πλειοψηφία των εφήβων μετά από ένα ορισμένο χρονικό διάστημα, προσαρμόζεται και αποδέχεται τις αρχές του κοινωνικού συνόλου, πειθαρχεί και τελικά ενσωματώνεται. Πιο έντονη και αποφασιστικής σημασίας εμφανίζεται η κρίση ταυτότητας του εφήβου (θέληση για ανεξαρτησία, αυτονομία κλπ.).
- Ø Η ομάδα των συνομηλίκων: Η ομάδα των συνομηλίκων εφήβων δεν μπορεί να αντικαταστήσει στην σημασία της, την οικογένεια. Εξασφαλίζει ωστόσο, στον έφηβο ασφάλεια, αυτό-επιβεβαίωση και εμπιστοσύνη στο μεταβατικό στάδιο προσαρμογής στη κοινωνία, καθώς τους παρέχει το αίσθημα της συλλογικής ταυτότητας. Ο έφηβος με τάσεις αυτοκτονίας παρουσιάζει δυσκολίες ένταξης και προσαρμογής τόσο στην εφηβική ομάδα, όσο και στην οικογένεια. Στην ομάδα, συμπεριφέρεται ασυντόνιστα, χωρίς αποδοχή και σταθερότητα, εύκολα δέχεται αρνητικές επιρροές και τελικά οδηγείται σε αδιέξοδο.
- Ø Ψυχασθένεια και εφηβεία Συχνά αναφέρονται έντονα προβλήματα Κατάθλιψης στους εφήβους πριν την αυτοκτονία που τους οδηγούν στη τελική κίνηση. Η Κατάθλιψη αποτελεί κατάληξη μακρόχρονης διαδικασίας αποσταθεροποίησης και αποσύνθεσης της παιδικής και εφηβικής Προσωπικότητας. Στις ίδιες ηλικίες παρατηρείται τα τελευταία

χρόνια, αύξηση των ψυχώσεων και νευρώσεων, που ορισμένες από αυτές – στα πιο ευαίσθητοποιημένα άτομα – έχουν κατάληξη στην αυτοκτονία (Νιτσόπουλος Μ., Αθήνα, 1988).

- Ø Κληρονομική προδιάθεση Αν και η ύπαρξη κληρονομικής προδιάθεσης για απόπειρα αυτοκτονίας δεν διαπιστώθηκε σε έρευνες διδύμων, εντούτοις είναι δύσκολο και να αποκλεισθεί κατηγορηματικά (Πιάνος Κ., Αθήνα 2003). Οι μονοζυγώτες δίδυμοι παρουσιάζουν τάση να μοιράζονται τη ροπή προς αυτοκτονία ακόμα κι όταν έχουν χωριστεί μετά τη γέννηση και δεν γνωρίζουν καθόλου ο ένας τον άλλον. Στους μη μονοζυγώτες διδύμους δεν παρουσιάζεται αυτό το φαινόμενο. Δεν είναι λογικό, από τη σκοπιά της εξέλιξης, να υπάρχουν συγκεκριμένα «γονίδια αυτοκτονίας», αλλά ο συνδυασμός γονιδίων που προκαλούν την Κατάθλιψη, την επιθετική συμπεριφορά και την παρορμητικότητα μπορεί να δίνουν έναν γενετικό χάρτη ο οποίος είναι ταυτόχρονα ευνοϊκός προς την αυτοκτονική συμπεριφορά αλλά και πλεονεκτικός σε ορισμένες περιστάσεις (Solomon A., Αθήνα 2004).

Σύμφωνα με την Παπαϊωάννου (2000) πολλές μελέτες έχουν αποδείξει διεθνώς ότι:

- α) Τα κορίτσια κάνουν περισσότερες απόπειρες από τα αγόρια, αλλά τα αγόρια αυτοκτονούν περισσότερες φορές,
- β) Οι απόπειρες αποτελούν αντίδραση στην ένταση και την αγωνία που προέρχεται μέσα από το στενό περιβάλλον του εφήβου, όπως είναι η οικογένεια το σχολείο, ένας αποτυχημένος ερωτικός δεσμός,
- γ) Η αναφορά στην επιθυμία του νέου να αυτοκτονήσει, έχει επαναληφθεί στο παρελθόν,
- δ) Υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ατομικής και οικογενειακής ψυχοπαθολογίας, όπως είναι η συνεχής πίεση για μεγαλύτερες ακαδημαϊκές επιδόσεις, η ασφυκτική παρέμβαση σε προσωπικά θέματα και επιλογές των εφήβων,
- ε) Η εν γένει απορριπτική συμπεριφορά εκ μέρους των γονέων,
- στ) Η κοινωνική τάξη ή η οικονομική κατάσταση δεν φαίνεται να παίζει ιδιαίτερο ρόλο στις απόπειρες αυτοκτονίας των εφήβων.

Διαχωρίζεται επίσης η αυτοκτονική συμπεριφορά του εφήβου που αυτοκτονεί και στον έφηβο που κάνει ουσιαστική απόπειρα, αλλά προλαμβάνεται από το οικογενειακό του περίγυρο. Τέλος ξεχωριστή θέση

δίνεται στον έφηβο, που με λόγια, γράμματα ή σημειώματα συχνά επαναλαμβάνει τη πρόθεσή του να αυτοκτονήσει (Κ. Παπαϊωάννου, Αθήνα, 2000)

Κίνητρα και αφορμές: Για την αυτοκτονία παιδιών και εφήβων στα κίνητρα συχνά αναφέρονται:

1. Το συναίσθημα του ατόμου ότι βρίσκεται σε αδιέξοδο
2. Ο θάνατος αγαπημένου προσώπου και επιθυμία συνάντησής τους στον άλλο κόσμο. Μια ένδειξη για αυτό αποτελεί το γεγονός, ότι πολλές αυτοκτονίες επιχειρούνται την ημέρα του θανάτου ή της ονομαστικής γιορτής ή των γενεθλίων του αγαπημένου προσώπου
3. Η ερωτική απογοήτευση
4. Συζυγικές φιλονικίες
5. Συναίσθημα μοναξιάς και απομόνωσης
6. Βίαιος χωρισμός από τη μητέρα ή αγαπημένα πρόσωπα
7. Αισθήματα εχθρότητας και επιθετικότητας που στρέφονται κατά του εαυτού του (self defence) με πρόθεση να πληγωθεί το πρόσωπο με το οποίο έχουν ταυτιστεί και το οποίο μισούν
8. Σήμα επίκλησης για προσοχή και βοήθεια από το περιβάλλον
9. Σαν εκβιασμός στην απειλή απώλειας αγαπημένου προσώπου. Η απόπειρα γίνεται π.χ. για να μη χωρίσουν οι γονείς ή για να μη φύγει το αγαπημένο πρόσωπο
10. Ανίατη σωματική ασθένεια (λευχαιμία, καρκίνος κλπ.)
11. Αποτυχία ή φόβος αποτυχίας στο σχολείο, το επάγγελμα (ανεργία), στον έρωτα, το γάμο
12. Δεν είναι λίγες επίσης οι περιπτώσεις, που οι νέοι οδηγούνται στην απόπειρα αυτοκτονίας ή την αυτοκτονία κάτω από επήρεια του αλκοόλ ή των ναρκωτικών.

Η έλλειψη, τέλος, ευχάριστων συναισθημάτων από τη ζωή, επαρκών διαπροσωπικών σχέσεων και σκοπού ζωής αποτελούν ένα ακόμη κίνητρο (Πιάνος Κ., Αθήνα 2003).

### 3.2.3.18.1.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Η έλλειψη διερευνήσεων σχετικών με την παιδική και εφηβική αυτοκτονία, παρεμπόδισε τη προσπάθεια κατανόησης των λόγων που αυτή συμβαίνει. Δύο μελέτες όμως, σύμφωνα με τον D.Sue, D.Sue και S.Sue (1997), βοήθησαν ώστε να συγκεκριμενοποιηθούν τα χαρακτηριστικά των αυτοκτονικών παιδιών.

Σε μια ανασκοπική μελέτη των συμβάντων στα έκτακτα περιστατικά παιδιατρικού νοσοκομείου, ενός μεσοδιαστήματος 7 χρόνων, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι 505 παιδιά και έφηβοι είχαν επιχειρήσει να αυτοκτονήσουν. Οι ερευνητές δεν συγκρίνανε την ομάδα αυτή των παιδιών που είχαν επιχειρήσει να αυτοκτονήσουν, με τα παιδιά εκείνα που τελικώς αυτοκτόνησαν.

Συμπερασματικά, τα παιδιά της ομάδας αυτής, που επιχειρήσαν να αυτοκτονήσουν, εμφανίζουν τα εξής χαρακτηριστικά:

- 1) Τα αγόρια που έκαναν απόπειρα αυτοκτονίας, ήταν, σε αξιοσημείωτο βαθμό, νεότερα από ότι τα κορίτσια.
- 2) Τα κλινικά συμπτώματα που παρουσιάζονται τόσο στα παιδιά όσο και στους εφήβους, ήταν μεταβολές στη διάθεση και επιθετικότητα, εχθρότητα ή και τα δύο.
- 3) Οι περισσότερες απόπειρες (73%) συνέβησαν στο σπίτι, 12% σε δημόσιους χώρους, 7% στο σχολείο και ένα 5% σε φιλικό σπίτι. Σε ένα ποσοστό 87% των αποπειρών αυτοκτονίας, κάποιος άλλος βρισκόταν κάπου κοντά – κυρίως οι γονείς. Το γεγονός ότι οι περισσότερες αυτοκτονικές απόπειρες πραγματοποιήθηκαν στο χώρο του σπιτιού, σημαίνει ότι οι γονείς είναι στη καλύτερη θέση να αναγνωρίσουν και να προλάβουν την αυτοκτονική συμπεριφορά του παιδιού τους.
- 4) Οι περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας πραγματοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια των χειμωνιάτικων μηνών, κυρίως μεσημεριανές και απογευματινές ώρες.
- 5) Η υπερβολική δόση ναρκωτικών ή φαρμάκων, ήταν το πρωταρχικό μέσο για την απόπειρα αυτοκτονίας (περίπου το 88% των αποπειρών). Οι επόμενοι κατά σειρά τρόποι απόπειρας είναι: ο απαγχονισμός, το πέσιμο από ύψη και μπροστά από αυτοκίνητα που βρίσκονται σε κίνηση και το κόψιμο των καρπών με αιχμηρά αντικείμενα.

6) Το 77% του ποσοστού των αποπειρών κρίθηκαν μικρής πιθανότητας τελειοποίησης και περάτωσης της αυτοκτονικής πρόθεσης: 23% ήταν μέτριας πιθανότητας και σχεδόν 1%, υψηλής πιθανότητας. Οι περισσότερες απόπειρες, κρίθηκαν ότι είχαν γίνει σαν μια πιθανή διέξοδο των προβλημάτων όπου αντιμετώπιζαν. Αυτά τα ποσοστά μας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι τα περισσότερα παιδιά που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν, δεν ήθελαν πραγματικά να βάλουν τέλος στις ζωές τους.

Οι ερευνητές επιπλέον διαπίστωσαν, ότι οι οικογένειες των αυτοκτονικών παιδιών, βρίσκονταν κάτω από οικονομική κρίση και άγχος. Ίσως οι γονείς, οι οποίοι είναι πολύ απασχολημένοι με οικονομικά ζητήματα, είναι λιγότερο ικανοί να στηρίξουν τα παιδιά τους σε μια κατάσταση ανάγκης. Επιπρόσθετα, οι οικογένειες των παιδιών που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν, σε ένα μεγάλο αριθμό αντιμετώπιζαν ιατρικά προβλήματα, ψυχιατρικές ασθένειες και ιστορικό αυτοκτονίας.

Η δεύτερη μελέτη που βοήθησε να ρίξει φως στα χαρακτηριστικά των αυτοκτονικών παιδιών, επίσης βρήκε ότι η οικογενειακή αστάθεια, το άγχος, και η χαοτική οικογενειακή ατμόσφαιρα σχετίζονταν με τις απόπειρες αυτοκτονίας. Τα αυτοκτονικά παιδιά, φαίνεται να είχαν υποστεί μη αναμενόμενα τραυματικά γεγονότα και επίσης είχαν υποφέρει από την απώλεια μιας γονικής φιγούρας πριν την ηλικία των δώδεκα. Οι γονείς τους, ως επί το πλείστον, βρέθηκαν να κάνουν κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ, μεταδίδοντας έτσι φτωχά πρότυπα αντιμετώπισης του άγχους στα παιδιά τους (Sue D., Sue D., & Sue S., New York, 1997).

Συνοπτικά, οι έφηβοι που κάποτε είχαν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν είχαν εγκαταλείψει το σχολείο, είχαν αναφέρει προηγούμενη χρήση νόμιμων και παράνομων ουσιών και είχαν πολλά προβλήματα από την υπερβολική κατανάλωση οινόπνευματων. Στην οικογένειά τους υπήρξαν άτομα που έπασχαν από μια ψυχική νόσο, χρησιμοποιούσαν ηρεμιστικά, ενώ τα ποσοστά διαζυγίων των γονέων ήταν περισσότερα (Μαδιανός, Αθήνα, 2006).

### **Ø Χαρακτηριστικά συμπτώματα (προσύνδρομο αυτοκτονίας)**

Το στάδιο που αποκαλείται προσύνδρομο αυτοκτονίας, περιλαμβάνει τα εξής συμπτώματα:

ü Το άτομο παρουσιάζει στένωση συνείδησης, περιορισμό σχέσεων ή και

αποκοπή από το γύρω κόσμο και διακατέχεται από συναισθήματα της απομόνωσης, μοναξιάς, απαισιοδοξίας και αδιεξόδου.

- ü Παρατηρούνται επίσης φανερές ή λανθάνουσες εκφράσεις για επιθυμία θανάτου, μια μελαγχολία, καθώς και μια επιθετικότητα και αυτό-κατάκριση.
- ü Παρατηρείται επίσης φυγή από την πραγματικότητα στον κόσμο της φαντασίας και ονειροπολήσεων, που όμως συνήθως έχει παθητικό μαζοχιστικό χαρακτήρα. Φαντάζεται π.χ. τον εαυτό του νεκρό και τους άλλους να αυτό-κατηγορούνται για τον θάνατο του.

Πολλές φορές όμως το στάδιο αυτό ή δεν γίνεται αντιληπτό ή δεν δίνεται σε αυτό η ανάλογη σημασία, με αποτέλεσμα να μη προλαμβάνεται η απόπειρα. Θα πρέπει επομένως οι γονείς, που τα παιδιά τους μιλούν για το θάνατο ή κυρίως εκφράζουν επιθυμία θανάτου, να θεωρούν αυτό το σήμα κινδύνου και να αντιμετωπίζουν σοβαρά την περίπτωση. Θα πρέπει δηλαδή να αναζητήσουν την αιτία που οδήγησε το παιδί τους στο αδιέξοδο και να το βοηθήσουν να το ξεπεράσει (Πιάνος Κ., Αθήνα 2003).

### **3.2.3.18.1.2 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ**

Σε μια χαρακτηριστικά καπιταλιστική δυτική κοινωνία, όπως η Δυτική Γερμανία, τα στοιχεία δίνουν μια εικόνα ζοφερή:

- ✓ Οι αυτοκτονίες των παιδιών 6-15 χρονών διπλασιάστηκαν μεταξύ του 1959 και 1970.
- ✓ Ομοίως έχουν αυξηθεί και οι τάσεις αυτοκτονίας στις ηλικίες 10-15, 16-20 και 21-25 χρονών.
- ✓ Ενώ στα παιδιά μέχρι 15 ετών ο θάνατος με αυτοχειρία βρίσκεται στη δέκατη θέση, στις ηλικίες των 19-20 χρονών και 21-25 χρονών, ο θάνατος με αυτοκτονία βρίσκεται στη δεύτερη θέση. Μόνο οι νεκροί από τα αυτοκινητιστικά ατυχήματα ξεπερνούν τον αριθμό των αυτοχειρών νέων.
- ✓ Στη Δ. Γερμανία, κάθε χρόνο αυτοκτονούν 13.000-16.000 άτομα. Από αυτά βρέθηκε ότι 12,5%, δηλαδή 1.625-2.000 άτομα βρίσκονται στη κρίσιμη εφηβική ηλικία. Το ποσοστό αυτό των 12,5%, ξεπερνά και το ποσοστό από τα αυτοκινητιστικά ατυχήματα.

- ✓ Στην ίδια δυτικογερμανική κοινωνία ο αριθμός στρατιωτών (18-26 χρονών), που αυτοκτονούν είναι τριπλάσιος από τον μέσο όρο. Εννοείται ότι η Δ. Γερμανία δεν κατέχει καμία αποκλειστικότητα στο θέμα της αύξησης των αυτοκτονιών. Από έρευνες που έχουν γίνει στις Η.Π.Α., προέκυψε ότι μεταξύ 1955-1970, ο αριθμός των αυτοκτονιών μεταξύ των νέων εντεκαπλασιάστηκε (Νιτσόπουλος Μ., Αθήνα, 1988).

Αντίθετα, στην Ελλάδα μια μελέτη των αυτοκτονιών σε εφήβους, που έγινε στη δεκαετία 1990 (1980-1987), βρήκε ότι τα μέσα ποσοστά στα αγόρια είναι 1,07/100,000 και στα κορίτσια 0,90/100,000. Τα μεγαλύτερα ποσοστά βρέθηκαν στις ηλικίες των 16-19 ετών και στις αγροτικές περισσότερο παρά στις αστικές περιοχές. Ενώ από μια παλαιότερη μελέτη (1984) στον γενικό πληθυσμό παιδιών ηλικίας 12-17 ετών, προέκυψε ότι το 13,2% του δείγματος ανέφερε ένα αυτοκτονικό ιδεασμό, ενώ το 2% είχε κάνει απόπειρα αυτοκτονίας (Μαδιανός Μ.Γ., Αθήνα, 2006).

### 3.2.3.18.1.3 ΜΙΜΗΤΙΚΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Αξιοσημείωτη προσοχή έχει δοθεί στη λεγόμενη μιμητική αυτοκτονία, στην οποία τα παιδιά ενός συγκεκριμένου σχολείου ή κοινότητας φαίνεται να μιμούνται μια προηγούμενη αυτοκτονία.

Παρά τα διάφορα γεγονότα, συναισθήματα και πεποιθήσεις που παίζουν καθοριστικό ρόλο στους θανάτους από αυτοκτονία, η μίμηση φαίνεται να παίζει καθοριστικό ρόλο. Τα παιδιά μπορεί να είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα, αλλά οι μελέτες τονίζουν ότι οι αυτοκτονίες οι οποίες δημοσιεύονται και συζητούνται σε μεγάλο βαθμό, όπως για παράδειγμα η αυτοκτονία κάποιου διάσημου, ενός φίλου, συγγενή, συνεργάτη ή κάποιου άλλου προσφιλή προσώπου, μπορεί να αυξήσει τις πιθανότητες απόπειρας αυτοκτονίας στο παιδί. Για παράδειγμα τους 3 επόμενους μήνες μετά από την αυτοκτονία της Μέριλιν Μονρόε, τα ποσοστά αυτοκτονίας αυξήθηκαν περίπου 12%.

Φυσικά αυτό το πρότυπο της μίμησης ισχύει στις περιπτώσεις στις οποίες το παιδί ή ο έφηβος, έχει προηγουμένως σκεφτεί το ενδεχόμενο της



αυτοκτονίας, ενώ δεν ισχύει σε αντίθετες περιπτώσεις όπου το άτομο είναι καλά προσαρμοσμένο και με υγιείς μηχανισμούς άμυνας .

Η εφηβεία είναι συχνά μια περίοδο συναισθηματικής σύγχυσης και αναζήτησης της προσωπικής ταυτότητας. Είναι μια ιδιαίτερα δύσκολη περίοδος για τους περισσότερους έφηβους, και η αυτοκτονία φαίνεται σαν μια λογική αντίδραση στο πόνο και στο άγχος της σωματικής και πνευματικής ανάπτυξης (Sue D., Sue D., & Sue S., New York, 1997).

Συμπερασματικά, φαίνεται ότι η εφηβεία είναι επιβαρημένη με δύο επιδημιολογικά «φορτία» ψυχοπαθολογίας, εκείνο της παιδικής ηλικίας, του οποίου η τυχόν ψυχοπαθολογία συνεχίζεται, και εκείνο των Ψυχικών Διαταραχών της εφηβείας, οι οποίες μπορεί να εξελιχθούν στην ενήλικη ζωή. Από την άλλη μεριά, οι βιοψυχοκοινωνικές αλλαγές που επισυμβαίνουν αυξάνουν την ευαλωσιμότητα των εφήβων.

Όλα τα παραπάνω δεδομένα τείνουν να χαρακτηρίσουν τα άτομα στην περίοδο της εφηβείας ως εκτεθειμένα σε μεγαλύτερο κίνδυνο νόσησης από Ψυχικές Διαταραχές, κάτι που πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη για την οργάνωση προληπτικών και υποστηρικτών προγραμμάτων, ιδίως για τους εφήβους που εγκατέλειψαν το σχολείο ή ζουν σε δυσλειτουργικές ή διαλυμένες οικογένειες ή κάτω από συνθήκες χαμηλής ποιότητας (Μαδιανός Μ.Γ., Αθήνα, 2006).

### **3.2.3.18.2 ΦΟΙΤΗΤΕΣ**

Ένα 20% του ποσοστού των φοιτητών επίσης έχει βιώσει αυτοκτονικούς ιδεασμούς κατά τη διάρκεια της φοιτητικής τους ζωής. Ο αριθμός αυτοκτονιών ανάμεσα στους φοιτητές, όπως έχουν δείξει έρευνες σε μεγάλα ευρωπαϊκά πανεπιστήμια, είναι ιδιαίτερα υψηλός. Τα γνωστά βρετανικά πανεπιστήμια της Οξφόρδης και Κέιμπριτζ, παρουσιάζουν το μεγαλύτερο αριθμό αυτοκτονιών ανάμεσα στις άλλες σχολές (Sue D., Sue D., & Sue S., New York, 1997). Έτσι, η αυτοκτονία φαίνεται να είναι συχνότερη σε μεγαλύτερα πανεπιστήμια από ότι σε άλλα μικρότερα ή λοιπά τεχνολογικά εκπαιδευτικά ιδρύματα. Τα αίτια αυτού του «προνομίου» εντοπίζονται στα ακόλουθα στοιχεία:

- ü Μεγάλος αριθμός φοιτητών σε αναλογία με τις φοιτήτριες και γενικά δυσκολίες σύναψης φιλιών και σχέσεων με το άλλο φύλο.
- ü Απρόσωπες αποξενωτικές σπουδές
- ü Επιλογή αυτών των διάσημων πανεπιστημίων από εκκεντρικά και ευαίσθητα άτομα.

Την ίδια ανησυχητική τάση, εμφανίζουν και δυτικογερμανικά πανεπιστήμια, στα οποία ο αριθμός των αυτοχείρων φοιτητών είναι διπλάσιος (24 στις 100.000) από τον αριθμό των συνομηλίκων τους (13 στις 100.000) (Νιτσόπουλος Μ., Αθήνα, 1988).

### 3.2.3.18.2.1 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ - ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Συγκρίνοντας του μη αυτοκτονικούς φοιτητές με εκείνους που επιχειρούν να αυτοκτονήσουν ή έχουν αυτοκτονικούς ιδεασμούς, καταλήγουμε ότι οι αυτοκτονικοί φοιτητές:

- ü Τείνουν να είναι μεγαλύτεροι από το μέσο φοιτητή, σχεδόν 4 χρόνια.
- ü Είναι περισσότερο πιθανό να είναι άντρες, παρά το γεγονός ότι οι γυναικείες αυτοκτονίες είναι συχνότερες στο γενικό πληθυσμό.
- ü Είναι περισσότερο πιθανό να είναι ξένοι σπουδαστές, ή σπουδαστές που φοιτούν σε διαφορετική πόλη από αυτή της μόνιμης κατοικίας τους.
- ü Τείνουν να έχουν καλύτερες από τις μέσες ακαδημαϊκές βαθμολογίες ως προπτυχιακοί φοιτητές, αλλά ως λαμβάνοντες μεταπτυχιακή εκπαίδευση, τείνουν να έχουν κάτω του διαβαθμισμένου μετρίου βαθμού.

Επιπροσθέτως, οι περισσότερες αυτοκτονίες συνέβησαν κατά τις εξεταστικές περιόδους, αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η απόπειρα αυτοκτονίας είναι μια αντίδραση του άγχους των φοιτητών για την απόδοσή τους στα διάφορα εξεταζόμενα μαθήματα και φυσικά η επιτυχία ενός καλού βαθμού. Συγκεκριμένα, η επικίνδυνη περίοδος αυτοκτονίας είναι στις αρχές της εξεταστικής περιόδου και όχι τόσο στα τέλη της. Οι περισσότεροι φοιτητές διαπράττουν απόπειρα αυτοκτονίας εντός της φοιτητικής εστίας.

Τα πυροβόλα όπλα είναι τα συχνότερα μέσα απόπειρας αυτοκτονίας, ενώ η κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών ή φαρμάκων ακολουθεί. Σε αργότερες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν βρέθηκε ότι η υπερβολική δόση ναρκωτικών είναι πλέον συχνότερη από ότι τα πυροβόλα όπλα (Sue D., Sue D., & Sue S., New York, 1997).

Γενικά ο αριθμός των φοιτητών που τελειώνουν με τέτοιο τρόπο τη ζωή τους είναι αυξημένος και πάνω από το μέσο όρο των συνομηλίκων του και του γενικού πληθυσμού. Η εξήγηση βρίσκεται στο σύγχρονο μαζικοποιημένο αποξενωτικό χαρακτήρα των ανωτέρων ιδρυμάτων, από όπου ο φοιτητής απομονωμένος από τα κοινωνικά δρώμενα καλείται να αφομοιώσει άχρηστες γνώσεις με ελάχιστες προοπτικές ικανοποίησης και επαγγελματικής αποκατάστασης (Νιτσόπουλος Μ., Αθήνα, 1988).

### **3.2.3.18.2.2 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ - ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ**

Τα ακόλουθα ευρήματα προσφέρουν επεξηγήσεις της αυτοκτονίας στους φοιτητές: *Πρώτον*, η αναλογία της ανδρικής με την γυναικεία αυτοκτονία είναι 3 προς 1 στον γενικό πληθυσμό και 1,5 προς 1 είναι η αναλογία στους φοιτητές. *Δεύτερον*, οι προπτυχιακοί φοιτητές που επιχειρούν να αυτοκτονήσουν, έχουν καλύτερες επιδόσεις από ότι ο γενικός φοιτητικός πληθυσμός. Αυτό συμβαίνει γιατί συχνά οι φοιτητές αυτοί, έχουν υψηλότερες προσδοκίες για τις επιδόσεις τους, με αποτέλεσμα να ματαιώνονται εάν δεν επιτύχουν το επιθυμητό αποτέλεσμα. Γεμίζουν έτσι με αμφιβολίες για το αν τελικά είναι ικανοί να επιτύχουν. *Τρίτον*, η επεξήγηση των φοιτητικών αυτοκτονιών, που σχετίζεται με τη προηγούμενη επεξήγηση, οδηγεί στο συμπέρασμα ότι πολλοί αυτοκτονικοί φοιτητές καταβάλλονται από ντροπή όταν απογοητεύουν τους άλλους. Για παράδειγμα οι φοιτητές που φοιτούν σε μια άλλη πόλη ή ακόμα και στο εξωτερικό, είναι συνεχώς κάτω από συνεχή πίεση και φόβο για τις επιδόσεις τους, διότι δεν θέλουν να απογοητεύσουν ή να ματαιώσουν τις προσδοκίες των οικογενειών τους, που μπορεί να έχουν θυσιάσει αρκετά, για να αντεπεξέλθουν οικονομικά στις σπουδές των παιδιών τους (Sue D., Sue D., & Sue S., New York, 1997).

### **3.2.3.18.3 ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ**

Το γήρας αναπόφευκτα οδηγεί σε ανεπιθύμητες φυσικές μεταβολές, όπως οι ρυτίδες, το άσπρισμα των μαλλιών, η χαλάρωση του δέρματος και η ολοένα ελάττωση της φυσικής δύναμης. Οι φίλοι και οι συγγενείς πεθαίνουν, η κοινωνική απομόνωση αυξάνεται και η ιδέα του θανάτου γίνεται ολοένα και πιο έντονη. Η συνταξιοδότηση καθιστά απαραίτητη συχνά την επιπρόσθετη οικονομική βοήθεια και υποστήριξη από κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας. Τέτοιες συνθήκες καθιστούν τη Κατάθλιψη, ένα από τα συχνότερα παράπονα των ηλικιωμένων ανθρώπων και αυτή τους η Κατάθλιψη εκφράζεται περισσότερο με το έντονο συνεχές συναίσθημα ότι γερνούν παρά με τη πραγματική ηλικία ή τη κατάσταση της υγείας τους. (Sue D., Sue D., & Sue S., New York, 1997).

Η μεγάλη συχνότητα της αυτοκτονίας των γερόντων είναι γνωστή. Ανεξάρτητα με το αν πρόκειται για παρορμητική αντίδραση, για τραγική παραίτηση ή για προσεκτικά μελετημένο εγχείρημα, ο ριζικός χαρακτήρας των χρησιμοποιούμενων μεθόδων (πνιγμός, απαγχονισμός, πυροβόλα όπλα) πιστοποιεί την ύπαρξη πραγματικής επιθυμίας θανάτου και συνεπάγεται σαφή υπεροχή του ποσοστού επιτυχημένων αυτοκτονιών σε σχέση με τις ανεπιτυχείς απόπειρες (Lempriere T., Feline A. & συνεργ., Αθήνα, 1995).

#### **3.2.3.18.3.1 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ**

Τα περιστατικά αυτοκτονίας σε ηλικιωμένα άτομα αυξάνονται. Από το 1980 μέχρι σήμερα η συχνότητα της αυτοκτονίας σε άτομα 65 ετών και μεγαλύτερα αυξάνεται με σταθερό ρυθμό και δυστυχώς οι ειδικοί προβλέπουν ότι εάν δεν ληφθούν μέτρα το φαινόμενο αυτό θα συνεχισθεί.

Παρά το γεγονός ότι συνολικά το ποσοστό των αυτοκτονιών σε άτομα τρίτης ηλικίας είναι μικρότερο σε σχέση με αυτό που παρατηρείται σε πιο νέους ανθρώπους, εντούτοις η συχνότητα των επιτυχιών στις απόπειρες αυτοκτονίας των ηλικιωμένων είναι μεγαλύτερη.

Σε μια προσπάθεια να κατανοήσουν το θλιβερό αυτό φαινόμενο, γιατροί από πανεπιστήμιο της Νοτίου Καρολίνας, μελέτησαν τα περιστατικά

αυτοκτονίας από το 1988 μέχρι το 1997 που καταγράφηκαν στο κέντρο τους. Τα ευρήματά τους έδειξαν:

- Οι άνδρες αποτελούσαν το 85% των περιπτώσεων. Για κάθε 6 άνδρες αντιστοιχούσε 1 γυναίκα.
- Η αυτοκτονία ήταν πολύ συχνότερη στους λευκούς παρά στους μαύρους. Για κάθε 15 λευκούς αντιστοιχούσε μόνο ένας μαύρος.
- Ο συχνότερος τρόπος αυτοκτονίας, 80,7%, που χρησιμοποιήθηκε ήταν τα πυροβόλα όπλα. Οι πυροβολισμοί ήταν στο κεφάλι, στο στήθος και στην κοιλιά. Επίσης χρησιμοποιήθηκαν και οι υπερβολικές δόσεις φαρμάκων σε 6,4% των περιπτώσεων, απαγχονισμός (3,8%), πτώση από ψηλά (2,6%), πρόκληση πληγών με αιχμηρά αντικείμενα (2,6%), πνιγμός (2,6%) και δηλητηρίαση με το μονοξείδιο του άνθρακα (1,3%).
- Ο χώρος στον οποίο γινόταν η αυτοκτονία ήταν το σπίτι του θύματος στις περισσότερες περιπτώσεις.
- Οι αυτοκτονίες δεν ήταν συχνότερες κατά την διάρκεια των διακοπών ή των γιορτών όπως συνήθως πιστεύεται αλλά ήταν κατανεμημένες καθόλη τη διάρκεια του χρόνου.
- Το ιστορικό των θυμάτων έδειξε ότι αρκετοί έπασχαν από Κατάθλιψη ή άλλη ψυχιατρική πάθηση. Επίσης υπήρχαν άτομα που είχαν ιστορικό καρκίνου ή άλλης χρόνιας εκφυλιστικής νόσου.
- Σε 35% των περιπτώσεων υπήρξε ένα πρόσφατο γεγονός στην οικογένεια το οποίο μπορεί να επιτάχυνε ή προκάλεσε την αυτοκτονία. Τέτοια γεγονότα ήταν ένας πρόσφατος θάνατος στην οικογένεια, η τοποθέτηση του ηλικιωμένου σε γηροκομείο, ένα διαζύγιο ή ακόμη κάποιο άλλο γεγονός που προκάλεσε στρες.
- Ο μέσος όρος ηλικίας των θυμάτων ήταν 73 ετών. Οι αυτοκτονίες των ατόμων τρίτης ηλικίας αποτελούσαν το 11,5% του συνόλου των περιστατικών που καταγράφηκαν. Ο πληθυσμός των ατόμων τρίτης ηλικίας θα συνεχίσει να αυξάνεται. Η αύξηση των περιστατικών αυτοκτονίας στις ηλικίες αυτές δικαιολογημένα προκαλεί ανησυχίες ([medlook.net](http://medlook.net)).

Το 1999 οι ηλικιωμένοι άντρες, αποτέλεσαν το 84% των αυτοκτονιών, μεταξύ ατόμων ηλικίας 65 και άνω. Τα πυροβόλα όπλα, αποτέλεσαν την πιο κοινή μέθοδο αυτοκτονίας, τόσο για τους άντρες όσο και για τις γυναίκες, ηλικίας 65 και άνω. Το 1998, καταμέτρησε ένα

ποσοστό της τάξης του 78.5% για τις αντρικές αυτοκτονίας, ενώ ένα 35,0% για τις γυναικείες, στην ίδια ηλικιακή ομάδα.

Τα ποσοστά αυτοκτονίας μεταξύ των ηλικιωμένων, είναι υψηλότερα ανάμεσα στους διαζευγμένους και στους χήρους. Το 1992, το ποσοστό αυτοκτονίας για τους διαζευγμένους ή τους χήρους άντρες, της ίδιας πάντα ηλικιακής ομάδας, ήταν 2.4 φορές περισσότερο από ότι στους παντρεμένους, 1.4 φορές περισσότερο από τους άγαμους άντρες, πάνω από 1.8 φορές από ότι στις παντρεμένες γυναίκες και 1.4 φορές από τις άγαμες γυναίκες.

Οι παράγοντες κινδύνου για την αυτοκτονία μεταξύ των ηλικιωμένων, διαφέρουν από των νεαρών ατόμων. Οι ηλικιωμένοι άνθρωποι έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης Κατάθλιψης και κοινωνικής απομόνωσης. Επιχειρούν, επίσης, λιγότερες απόπειρες αυτοκτονίες αναλογικά με τις ολοκληρωμένες αυτοκτονίες, έχουν υψηλότερο ποσοστό αναλογίας μεταξύ γυναικείας και αντρικής αυτοκτονίας από τις υπόλοιπες κοινωνικές ομάδες, επισκέπτονται κάποιο φορέα παροχής φροντίδας πριν την αυτοκτονία και νοσοούν από περισσότερες σωματικές ασθένειες.

Παρατηρείται μια αύξηση λοιπόν, του ποσοστού των αυτοκτονιών στους ηλικιωμένους, και ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους κατοίκους Αμερικής, άνω των 65 ετών. Η περίοδος της δεκαετίας 1980-1990, αποτέλεσε τη πρώτη δεκαετία, από το 1940, όπου το ποσοστό αυτοκτονίας των ηλικιωμένων κατοίκων αυξήθηκε αντί να μειωθεί (save.org).

- ü Συνολικά, 15-20% των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω, στις Η.Π.Α., υποφέρουν από Κατάθλιψη, αλλά οι λιγότεροι από τους μισούς του ποσοστού αυτού λαμβάνουν θεραπεία.
- ü Κάθε χρόνο, περισσότεροι από 6.300 ηλικιωμένοι αυτοκτονούν – σχεδόν 17 ημερησίως.
- ü Το 75% των ηλικιωμένων που αυτοκτόνησαν, είχαν επισκεφτεί τον προσωπικό ιατρό τους, κατά τη διάρκεια του μήνα που μεσολάβησε πριν τον θάνατό τους (narsad.org)

### **3.2.3.18.3.2 ΠΑΡΑ-ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ**

Εκτός από τη σαφή αυτοκτονία, πολλοί ηλικιωμένοι επιδίδονται σε χρόνια παρά-αυτοκτονική συμπεριφορά: επιλέγουν να υποσιτίζονται, να μην φροντίζουν τον εαυτό τους, να εγκαταλειφθούν προτού το σώμα τους τους εγκαταλείψει. Μετά τη συνταξιοδότηση, επιτρέπουν στον εαυτό τους να μείνει αδρανής και σε πολλές περιπτώσεις εγκαταλείπουν τις δραστηριότητες αναψυχής εξαιτίας της φτώχειας και της κοινωνικής υποβάθμισης. Απομονώνονται και καθώς αναπτύσσουν ιδιαίτερα ακραίες μορφές Κατάθλιψης - κινητικά προβλήματα, υποχονδρία, παράνοια - επιταχύνουν τη φυσική φθορά. Οι μισοί τουλάχιστον ηλικιωμένοι παρουσιάζουν ψευδαισθήσεις σωματικών ενοχλήσεων και συχνά πιστεύουν ότι είναι ανήμποροι και πιο δυσθεράπευτοι από όσο πραγματικά είναι (Solomon A., Αθήνα 2004).

Για τον λόγο αυτό είναι σημαντικό να παίρνονται στα σοβαρά οι προθέσεις του ηλικιωμένου. Καταθλιπτική συμπτωματολογία που συνδέεται με απόσυρση και κοινωνική απομόνωση, σταδιακή μείωση δυνάμεων και υγείας, απώλεια συντρόφου και δυσκολίες ένταξης στο νέο «κοινωνικό γίνεσθαι» που φαίνεται να έχει άλλες κοινωνικές αξίες, οικονομική στενότητα κλπ., αποτελούν σήματα κινδύνου αυτοκτονικής συμπεριφοράς του ηλικιωμένου. Ακόμα επίμονοι πόνοι, ο φόβος επερχόμενης εγχείρισης ή αναπηρίας που προμηνύουν εξάρτηση, απώλεια αυτοσεβασμού, αφαιρούν συχνά από τον ηλικιωμένο την επιθυμία να ζει.

### **3.2.3.18.3.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ**

Συνοψίζοντας το κυριότερα αίτια που οδηγούν τους ηλικιωμένους στην αυτοκτονία, επισημαίνονται:

- ü Η κοινωνική απομόνωση,
- ü Η σοβαρή σωματική ασθένεια,
- ü Η χηρεία,
- ü Η αδυναμία αφομοίωσης, του τι συμβαίνει στον κοινωνικό περίγυρο,
- ü Η ανησυχία για την ικανότητά του να αντιμετωπίσει ικανοποιητικά τις ανάγκες του.

Αξιοσημείωτο όμως είναι να γίνει αναφορά και για τις καλυμμένες αυτοκτονίες ή απόπειρες των γερόντων σημειώνοντας περιπτώσεις όπου ηλικιωμένοι παίρνουν περισσότερα ή καθόλου φάρμακα «κατά λάθος», κινδυνεύουν από ατυχήματα ή και απροσεξίες, υποβάλλουν τον εαυτό τους σε συνειδητό υποσιτισμό, υπερβολές σε αλκοόλ και τσιγάρα που αποδίδονται από την οικογένεια αποκλειστικά σε κατάπτωση των ψυχοσωματικών τους δυνάμεων και καλύπτονται για να αποφύγουν τον κοινωνικό στιγματισμό (Παπαϊωάννου Κ, Αθήνα, 2000).

#### **3.2.3.18.4 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΠΕΡΙΓΥΡΟΣ**

Όταν πραγματοποιείται μια αυτοκτονία, οι σκέψεις όλων στρέφονται προς το πρόσωπο που αυτοκτόνησε. Στη πραγματικότητα τα αληθινά θύματα αυτής της τραγωδίας είναι συχνά οι συγγενείς και οι φίλοι, που "μένουν πίσω" αναλογίζοντας τις αιτίες που οδήγησαν σε αυτό το τραγικό αποτέλεσμα (Sue D., Sue D., & Sue S., New York, 1997).

Υπολογίζεται ότι κατά μέσο όρο ο θάνατος από μια αυτοκτονία, επηρεάζει βαθιά τουλάχιστον έξι άτομα. Αυτό σημαίνει ότι κάθε χρόνο υποφέρουν σχεδόν 20.000 άνθρωποι από την πιο επώδυνη μορφή θλίψης που υπάρχει. Τέλος, οι φίλοι, οι συνεργάτες που έμειναν πίσω ονομάζονται συχνά «επιζήσαντες μιας αυτοκτονίας».

Όταν ένα άτομο αυτοκτονεί ή αποπειράται να αυτοκτονήσει, η οικογένεια αυτού του ατόμου, καθώς και οι φίλοι του καταρρακώνονται και υποφέρουν τρομερά (Kramlinger K., M.D., μτφρ. Χ.Ελιασά, 2001). Η οικογένεια του ατόμου, ίσως νιώθει θυμό απέναντι στο άτομο που αυτοκτόνησε, ή επίσης μπορεί να συνειδητοποιήσει ότι η αυτοκτονία θα μπορούσε να προληφθεί (Merck & Co., New York, 2003). Ο θάνατος ενός αγαπημένου ανθρώπου είναι πάντοτε επώδυνος και τραυματικός. Η οικογένεια και οι φίλοι πρέπει να συμβιβαστούν όχι μόνο με το γεγονός της αυτοκτονίας, αλλά και με τα χιλιάδες αναπάντητα ερωτήματα που οδήγησαν σε αυτή τη τραγική κατάληξη. Αυτό το άγχος γίνεται ακόμα πιο σύνθετο σε μια κοινωνία που δεν εγκρίνει την αυτοχειρική πράξη, αρνούμενη ακόμα και τη τελετή της κηδείας των ανθρώπων αυτών (Sue D., Sue D., & Sue S., New York, 1997).



Οι επιζήσαντες μιας αυτοκτονίας υποφέρουν από συνεχείς εφιάλτες και συνήθως αποφεύγουν άτομα και μέρη που τους θυμίζουν το συμβάν. Ορισμένοι επιζήσαντες χάνουν το ενδιαφέρον τους για τις δραστηριότητες που κάποτε απολάμβαναν και μουδιάζουν συναισθηματικά, νιώθοντας ανίκανοι να αγαπήσουν. Πέρα από όλα αυτά, οι επιζήσαντες μιας αυτοκτονίας μπορεί να πέσουν σε Κατάθλιψη ή να παρουσιάσουν κάποια άλλη ασθένεια λόγω του έντονου στρες (Kramlinger K., M.D., μτφρ. Χ. Ελιασά, 2001).

Βέβαια τα ίδια αρνητικά συναισθήματα κατακλύζουν τους οικείους ανθρώπους και σε μια απόπειρα αυτοκτονίας, με τη διαφορά ότι υπάρχει δυνατότητα έκφρασης των συναισθημάτων τους, αφού μπορούν να ανταποκριθούν καταλλήλως στη κραυγή του αποπειραθέντος ατόμου για βοήθεια (Merck & Co., New York, 2003).

### **3.2.3.18.5 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Έχουν καταγραφεί οι τραγικές συνέπειες της αυτοκτονίας, από την οπτική γωνία τόσο των αυτοχειρών, όσο και των συγγενών ή των προσφιλών προσώπων τους. Συχνά όμως και οι θεραπευτές, αισθάνονται ότι ευθύνονται κατά κάποιο τρόπο και οι ίδιοι, διότι ενδεχομένως να μην έκαναν σωστά τη δουλειά τους ή να μην έδωσαν τον καλύτερο εαυτό τους.

Σε προσωπικό επίπεδο, η αυτοκτονία, φαίνεται να έχει ένα σημαντικό συναισθηματικό αντίκτυπο στη ζωή των θεραπευτών. Οι θεραπευτές αναφέρουν ότι παρουσιάζουν ένα υψηλό ενδιαφέρον για τα θέματα επικείμενου θανάτου, αυτοκτονικούς ιδεασμούς, συναισθήματα θυμού και ενοχής προς τον αυτόχειρα.

Βάσει μια έρευνας που πραγματοποιήθηκε ανάμεσα σε 365 ψυχολόγους (National Register of Health Service Providers), αποδεικνύεται ότι 1 στους 5, πιστεύουν ότι ο ασθενής τους θα μπορούσε να προβεί σε πράξη αυτοχειρίας, ενώ 39% των ψυχολόγων που είχαν ήδη στο παρελθόν κάποιον αυτόχειρα ασθενή, είναι περισσότερο προετοιμασμένοι να χάσουν και κάποιον άλλο. Αξιοσημείωτο είναι ότι ένα σημαντικό ποσοστό θεραπευτών, αναφέρουν συμπτώματα τυπικής ή μετά-τραυματικής

Διαταραχής άγχους, η οποία μπορεί να διαρκέσει περισσότερο από 6 μήνες (Sue D., Sue D., & Sue S., New York, 1997).

### 3.2.3.19 ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

1. Μύθος: Τα άτομα με τάσεις αυτοκτονίας είναι αποφασισμένα να πεθάνουν, και έχουν το δικαίωμα να πεθάνουν.  
Πραγματικότητα: Σχεδόν όλα τα άτομα αυτά είναι αμφιθυμικά για τον θάνατο – θέλουν να πεθάνουν και την ίδια στιγμή εύχονται να σωθούν από τον θάνατο. Για πολλούς, το γεγονός ότι αναζήτησαν βοήθεια είναι απόδειξη αυτής της αμφιθυμίας (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).
2. Μύθος: Τα άτομα που μιλούν για αυτοκτονία δεν είναι αυτά που πραγματικά θα το κάνουν.  
Πραγματικότητα: Το 80% περίπου των περιπτώσεων ατόμων που επιχείρησαν αυτοκτονία ([suicidology.org](http://suicidology.org)) ή που τελικώς αυτοκτόνησαν υπήρξαν σαφείς προειδοποιήσεις της πρόθεσής τους να το κάνουν.
3. Μύθος: Η συζήτηση των αυτοκτονικών σκέψεων και σχεδίων με τον ασθενή θα ενισχύσει περισσότερο τις ιδέες αυτές.  
Πραγματικότητα: Στη πραγματικότητα, η ανοιχτή, αλλά με προσοχή και ευαισθησία, συζήτηση, θα ανακουφίσει τη κρίση και σπάνια, αν ποτέ, θα την επιδεινώσει (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997) λόγω του ότι το άτομο θα συνειδητοποιήσει ότι ο συναισθηματικός του πόνος καταλαβαίνεται και αναγνωρίζεται.
4. Μύθος: Τίποτα και κανείς δεν μπορεί να αποτρέψει τα άτομα που έχουν αποφασίσει να αυτοκτονήσουν.  
Πραγματικότητα: Τα πιο πολλά άτομα που σκέφτονται την αυτοκτονία, είναι συχνά αναποφάσιστα για το αν θέλουν να ζήσουν ή να πεθάνουν ([suicidology.org](http://suicidology.org)). Η ισχυρή αυτοκαταστροφική πρόθεση συνήθως αντιπροσωπεύει μια οξεία κατάσταση, που υποχωρεί όταν το άτομο επιζήσει των άμεσων συνθηκών που τη δημιούργησαν (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

5. Μύθος: Ένα άτομο που παρουσιάζει συμπτώματα αυτοκτονικότητας, θα παραμείνει για πάντα αυτοκτονικό.

Πραγματικότητα: Τα περισσότερα άτομα παρουσιάζουν αυτοκτονική συμπεριφορά μόνο για μια σύντομη περίοδο της ζωής τους. Εάν ο αποπειρών δεχτεί τη κατάλληλη βοήθεια και υποστήριξη, πιθανώς να μην εμφανίσει ποτέ ξανά αυτοκτονικές προθέσεις. Μόνο το 10% περίπου των περιπτώσεων των ατόμων αυτών, επιχειρούν στο μέλλον να ολοκληρώσουν την αυτοκτονική απόπειρα ([suicidology.org](http://suicidology.org))

6. Μύθος: Ένα άτομο που αποπειράται να αυτοκτονήσει μια φορά, δεν θα δοκιμάσει ξανά στο μέλλον.

Πραγματικότητα: Οι περισσότεροι άνθρωποι που διαπράττουν αυτοκτονία, έχουν ιστορικό προηγούμενων αποπειρών.

7. Μύθος: Βελτίωση που ακολουθεί την κρίση αυτοκτονίας, σημαίνει ότι η περίοδος κινδύνου τελείωσε.

Πραγματικότητα: Οι περισσότερες αυτοκτονίες λαμβάνουν χώρα, σε μεσοδιάστημα περίπου τριών μηνών ύστερα από μια οξεία κρίση του αυτοκτονικού ατόμου, όταν η «βελτίωση» δίνει στο αυτοκαταστροφικό άτομο περισσότερη ενέργεια με την οποία μπορεί να φέρει σε πέρας τις προθέσεις του (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Η επιθυμία της διαφυγής, μπορεί να είναι τόσο έντονη, που η ιδέα της αυτοκτονίας να παρουσιάζεται σαν μια ευκαιρία ανακούφισης από μια ανυπόφορα δυσάρεστη κατάσταση.

8. Μύθος: Τα αυτοκτονικά άτομα είναι ψυχικά ασθενή.

Πραγματικότητα: Οι μελέτες εκατοντάδων σημειωμάτων, που άφησαν πίσω τους οι αυτόχειρες, επισημαίνουν πως παρά το γεγονός ότι το αυτοκτονικό άτομο είναι υπερβολικά δυσαρεστημένο από τη ζωή του, δεν είναι ανάγκη να είναι ψυχικά άρρωστο ([suicidology.org](http://suicidology.org)).

## 4.0 ΠΡΟΛΗΨΗ – ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

### 4.1. ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Έχει αναπτυχθεί τα τελευταία τριάντα χρόνια ένα ξεχωριστός Κλάδος της *Κλινικής Ψυχιατρικής*, λόγω της ενσωμάτωσης της παροχής των ψυχιατρικών υπηρεσιών στο γενικό νοσοκομείο. Συγκεκριμένα, ονομάζεται «Επείγουσα Ψυχιατρική» και έχει ως αντικείμενό την άμεση θεραπευτική αντιμετώπιση καταστάσεων που υποδύονται ψυχιατρικές νοσολογικές οντότητες. Μερικά από τα πιο συνήθη και συναφή επείγοντα ψυχιατρικά περιστατικά της είναι: Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (π.χ. σοβαρός αυτοτραυματισμός ή απόπειρα αυτοκτονίας), οριακή προσωπικότητα σε κρίση, Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες, επεισόδιο μείζονος Κατάθλιψης με έντονη ανησυχία κ..

#### 4.1.1 Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΗΜΕΡΙΑ

Κατά την εξέταση του επείγοντος περιστατικού, εκτιμούνται τα παρακάτω στοιχεία:

- § Εμφάνιση (πρόσωπο, στάση του σώματος, χειρονομίες, ένδυση)
- § Ψυχοκινητική κατάσταση και συμπεριφορά
- § Στάση του αρρώστου απέναντι στον εξετάζοντα (συνεργασιμότητα ή αρνητισμός)
- § Συναισθηματική κατάσταση
- § Αντίληψη (ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις)
- § Σκέψη: περιεχόμενο, δομή, ομιλία
- § Συνειδησιακή κατάσταση και γνωστικές λειτουργίες:
  - Α) Προσανατολισμός
  - Β) Προσοχή
  - Γ) Ετοιμότητα

- ο Δ) Επεξεργασία πληροφοριών
- § Έλεγχος των παρορμήσεων
- § Εναισθησία και κριτική εκτίμηση της κατάστασής του

Έπειτα, βάσει των γενικών στρατηγικών της αξιολόγησης του αρρώστου (βλ. Πίνακα 18), κρίνεται εάν η κατάσταση του καταθλιπτικού ατόμου αποτελεί επείγον περιστατικό.

Πίνακας 18 - Γενικές Στρατηγικές Αξιολόγησης του αρρώστου ως επείγοντος περιστατικού
1. Προστασία της ακεραιότητας του αρρώστου
A) Μέτρα αποφυγής τραυματισμού
B) Εξέταση αρρώστου παρουσία τρίτων
Γ) Χρήση περιοριστικών μέτρων
Δ) Απουσία αιχμηρών αντικειμένων
Ε) Διασφάλιση προστατευτικού φυσικού περιβάλλοντος
2. Πρόληψη αυτοκαταστροφής και έτερο-τραυματισμού και βίας προς τρίτους.
A.) Όχι επιθετική ανταποδοτική συμπεριφορά στον άρρωστο
B) Ενημέρωση του αρρώστου για τυχόν χρήση περιοριστικών μέτρων
Γ) Συνεχής παρακολούθηση του αρρώστου
3. Αποκλεισμός περίπτωσης οργανικότητας
4. Αποκλεισμός τυχόν ψυχωσικής διεργασίας
5. Θεραπευτική παρέμβαση. Χρήση νευροληπτικών για τη καταστολή της διέγερσης ή ανησυχίας (ενδομυϊκώς ή ενδοφλεβίως).
6 Άμεση νοσηλεία αν κριθεί αναγκαία

Πηγή: Μαδιανός Μ.Γ., Αθήνα, 2006

Πρέπει επίσης, να λαμβάνονται επίσης υπόψη, μια σειρά οργανικών καταστάσεων και νόσων που ενοχοποιούνται για την πρόκληση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, όπως:

- § Νόσοι τελικού σταδίου (μεταστατικός όγκος, νεοπλασίες, AIDS).
- § Νευρολογικές νόσοι συνδεδεμένες με αναπηρία (Σκλήρυνση κατά πλάκας, νόσος του Huntington, επιληψία, οργανικά ψυχοσύνδρομα π.χ. αγγειακή ανοσία).
- § Νόσοι συνδεδεμένες με καταθλιπτικό υπόβαθρο (νόσος Cushing,

πορφυρία, υπερθυρεοειδισμός, συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, διαταραχές στη λήψη τροφής.

§ Νόσοι συνδεδεμένες με χρόνια θεραπευτική αντιμετώπιση (νεφρική ανεπάρκεια, καρδιακή ανεπάρκεια).

Οι παράγοντες κινδύνου, δεν πρέπει να παραγνωρίζονται, διότι θεωρούνται προγνωστικοί παράγοντες για μελλοντική επανάληψη μιας αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Στην Επείγουσα Ψυχιατρική, εξίσου βασικό είναι να αποκλειστεί η υποψία για οργανικότητα (Βλ. Πίνακα 19).

Πίνακας 19 - Χαρακτηριστικά υποψίας για οργανικότητα

<b>Χαρακτηριστικά υποψίας για οργανικότητα</b>
Οξεία έναρξη του επείγοντος περιστατικού
Πρώτο επεισόδιο
Μεγαλύτερη Ηλικία
Πρόσφατη Σωματική Νόσος ή Τραυματισμός
Σημαντική Κατάχρηση Ουσιών
Οπτικές Ψευδαισθήσεις (μικροψίες)
Απώλεια Συνείδησης (Διαταραχή προσανατολισμού, προσοχής, έκπτωσης μνήμης,
Ύπαρξη επιληπτικών κρίσεων
Κατασκευαστική Απραξία
Κατατονικά Συμπτώματα (αρνητισμός, κηρώδεις ευπλασία, ηχολαλία, ηχοπραξία, αφωνία)

Πηγή: Μαδιανός Μ.Γ., Αθήνα, 2006

Στον πίνακα 20, της επόμενης σελίδας, παρουσιάζονται οι διαφορές μεταξύ σωματικού και ψυχιατρικού επείγοντος περιστατικού: (Μαδιανός Μ.Γ., Αθήνα, 2006)

Πίνακας 20 - Κριτήρια για νοσηλεία ενός ψυχικά αρρώστου ως επείγοντος περιστατικού

	<b>ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΕΠΕΙΓΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ</b>	<b>ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΕΠΕΙΓΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ</b>
<b>Επίγνωση</b>	Υφίσταται	Όχι πάντα
<b>Αφορά</b>	Στον ίδιο τον άρρωστο	Στον ίδιο τον άρρωστο και το άμεσο οικογενειακό του περιβάλλον
<b>Τύπος Συμπτωμάτων</b>	Οξεία συμπτώματα	Οξεία συμπτώματα
<b>Προέλευση Συμπτωμάτων</b>	Οργανικότητα, λοίμωξη από λοιμογόνο παράγοντα, δηλητηρίαση από εξωτερικό παράγοντα	Οργανικότητα, διαπροσωπικές σχέσεις, κοινωνικό πρόβλημα / γεγονός ψυχοπιεστικό
<b>Διαγνωστική</b>	Διάγνωση με βάση τη κλινική σημειολογία και τον εργαστηριακό έλεγχο	Διάγνωση με βάση κυρίως την κλινική σημειολογία
<b>Παρέμβαση</b>	Διάγνωση, αξιολόγηση του επείγοντος. Λήψη αποφάσεων. Θεραπευτική Παρέμβαση	Διάγνωση, αξιολόγηση του επείγοντος. Λήψη αποφάσεων. Θεραπευτική Παρέμβαση

Πηγή: Μαδιανός Μ.Γ., Αθήνα, 2006

#### 4.2 ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ

Η πρόληψη περιλαμβάνει εκείνα τα μέτρα που είναι απαραίτητα για την αποφυγή της αυτοκτονίας και γενικά των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών. Η παρέμβαση αποτελείται από τις ενέργειες που γίνονται κατά τη διάρκεια της εμφάνισης των σημάτων κινδύνου, και την «επανεένταξη», δηλαδή τα μέτρα που παίρνονται μετά την απόπειρα (Παπαϊωάννου Κ., Αθήνα, 2000).

Α) Εξαιτίας των συνεπειών της αυτοκτονίας στη δημόσια υγεία, έχουν δημιουργηθεί αρκετά προγράμματα που στοχεύουν στη μείωση του ποσοστού της αυτοκτονίας. Σε αυτά τα προγράμματα περιλαμβάνονται ενημερωτικές διαλέξεις στο πλαίσιο των οποίων, επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας επισκέπτονται τα σχολεία ή άλλους οργανισμούς, προκειμένου να πληροφορήσουν τα άτομα και ειδικά τα μέλη οικογενειών καταθλιπτικών αρρώστων (Χριστοδούλου Γ.Ν., Αθήνα, 1998), για το φαινόμενο της

αυτοκτονίας (Barlow D.H. & Durand V.M., Τόμος Α', 2<sup>η</sup> έκδοση, 2002). Τα άτομα ενημερώνονται για την σχέση της αυτοκτονίας με την καταθλιπτική συμπτωματολογία, όπως και για την σημασία των κοινών παραμέτρων (πένθος, χωρισμός, απώλεια εργασία κλπ.) στην εκδήλωση της Κατάθλιψης και των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών (Χριστοδούλου Γ.Ν., Αθήνα, 1998), καθώς επίσης και για τους τρόπους με τους οποίους μπορεί να αντιμετωπίσουν τους στρεσογόνους παράγοντες της ζωής (Barlow D.H. & Durand V.M., Τόμος Α', 2<sup>η</sup> έκδοση, 2002).

Β) Για τη διερεύνηση των ομάδων υψηλού κινδύνου, είναι απαραίτητη η πολυδιάστατη μελέτη, η έρευνα και ο σχεδιασμός γενικής πολιτικής από τους ειδικούς επιστήμονες και τις εξειδικευμένες υπηρεσίες που μπορούν να εντοπίσουν τις αυτοκτονογενείς περιοχές (Παπαϊωάννου Κ., Αθήνα, 2000). Βέβαια, η προγνωστική σημασία των παραγόντων κινδύνου είναι σχετικά περιορισμένη. Είναι γνωστό ότι η μακροπρόθεσμη πρόβλεψη των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών, στη βάση των παραγόντων κινδύνου, είναι εξαιρετικά δύσκολη, αφού πολλοί από τους παράγοντες αυτούς είναι δυνατόν να τροποποιηθούν στη προοπτική του χρόνου.

Γ) Επίσης η εκπαίδευση των επαγγελματιών Υγείας αλλά και των μη Ψυχιάτρων γιατρών (ιδιαίτερα των οικογενειακών γιατρών), πρέπει να περιλαμβάνει την εκτίμηση της βαρύτητας της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, του αυτοκτονικού ιδεασμού και των παραγόντων κινδύνου για αυτοκτονία. Οι Ψυχίατροι (ειδικότερα οι οικογενειακοί γιατροί) θα πρέπει να είναι εξίσου πλήρως ενημερωμένοι, όσον αφορά τη δυνατότητα αναγνώρισης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της σχέσης της με αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές. Πρόσφατες έρευνες, όπως αναφέρει ο Χριστοδούλου (1998), έχουν δείξει ότι η συστηματική εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων προς τους οικογενειακούς γιατρούς σε θέματα διάγνωσης και θεραπείας της Κατάθλιψης, έχουν βελτιώσει τις γνώσεις τους αναφορικά με τη Κατάθλιψη και τη σχέση της με την αυτοκτονία, με άμεσο αποτέλεσμα τη μείωση της συχνότητας των αυτοκτονιών στις συγκεκριμένες περιοχές.

Δ) Η εκπαίδευση των εθελοντών και των ειδικών θεραπευτών, που στελεχώνουν μονάδες επείγουσας τηλεφωνικής βοήθειας πρέπει, μεταξύ άλλων, να περιλαμβάνει τη δυνατότητα αποκάλυψης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε άτομα με τάσεις ή απόπειρες αυτοκαταστροφής και



τη διαδικασία παραπομπής του αυτοκτονικού ατόμου σε ειδικές υπηρεσίες και επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας σε κοινοτικό πλαίσιο.

Ε) Η ανάπτυξη ειδικών υπηρεσιών για καταθλιπτικούς αρρώστους με υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας και η συνεργασία με φορείς της κοινότητας, θα βοηθήσει στην εκπαίδευση της οικογένειας του καταθλιπτικού αρρώστου, στην έγκαιρη αναγνώριση της συμπτωματολογίας της καταθλιπτικής φάσης (υποτροπής), στη ψυχοκοινωνική υποστήριξη του αρρώστου και στην συστηματικότερη επίβλεψη στη τήρηση της ψυχοπροφυλακτικής φαρμακοθεραπείας, συμβάλλοντας σημαντικά στη πρόληψη των αυτοκτονιών (Χριστοδούλου Γ.Ν., Αθήνα, 1998).

Η αυτοκτονική πράξη, επιτυχημένη ή όχι, στοιχειοθετεί μια αντίδραση η οποία προέρχεται από το ίδιο το άτομο (ανασφάλεια, έλλειψη αυτοεκτίμησης, επιθετικότητα, πανικό, φόβο κλπ.), αλλά ταυτόχρονα είναι μια αντίδραση στις οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις. Συνεπώς, κάθε ιατρικοποίηση ή και ψυχιατρικοποίηση του φαινομένου της αυτοκτονίας, ότι δηλαδή ο αυτόχειρας είναι ψυχοπαθής και έχει ανάγκη της αντίστοιχης θεραπείας, χαρακτηρίζεται ως παραπλανητική και αντιεπιστημονική τοποθέτηση. Η αυτοκτονία, δεν στοιχειοθετεί μια πράξη της στιγμής, ούτε είναι μια πράξη απελπισίας και απόγνωσης για κάτι πρόσκαιρο και επιφανειακό. Περισσότερο αντανακλά την αγωνία του ατόμου για τη συνολική εξέλιξη της ζωής του.

Για μια ολοκληρωμένη αντιμετώπιση - κυρίως πρόληψη - της αυτοκτονικής τάσης, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη οι παρακάτω παράγοντες:

- 1) Η προσωπικότητα του ατόμου, οι σύγχρονες καταστάσεις έντασης, αγωνίας, και φόβου που αντιμετωπίζει.
- 2) Οι οικογενειακές και κοινωνικές του σχέσεις, στη δουλειά, στο σχολείο, στη γειτονιά κλπ.
- 3) Η συνολική βιογραφία του, δηλαδή απώλεια αγαπημένων προσώπων, διαζύγιο γονέων, απώλεια εργασίας κλπ.
- 4) Τα επίκαιρα προβλήματα που αντιμετωπίζει, η συχνότητα και η σημασία τους για το άτομο, όπως: συναισθηματικές δυσκολίες, εξετάσεις, διάλυση οικογένεια ή φιλιών κλπ.
- 5) Ορισμένα προ-αυτοκτονικά φαινόμενα, όπως: απομόνωση, ανικανότητα έκφρασης συναισθημάτων, μελαγχολία.

6) Η ανικανότητά του να δεχτεί ψυχοθεραπευτική βοήθεια (Νιτσόπουλος Μ., Αθήνα, 1988).

Οι θεραπευτικοί σκοποί, στην αντιμετώπιση της πράξης της αυτοκτονίας, πρέπει να κυριαρχούνται από τη φροντίδα της πρόληψης. Στη πραγματικότητα, πρόκειται για τη πρόληψη της πρώτης απόπειρας και της αναπαραγωγής της, καθώς και για τη διασφάλιση της κοινωνικής προσαρμογής. Συγγραφείς όπως ο Moron (1975), διακρίνουν τρία στάδια στη θεραπεία των πράξεων αυτοκτονίας:

- 1) Την *πρωτογενή πρόληψη*, η οποία αποσκοπεί στη παρεμπόδιση της πρώτης απόπειρας,
- 2) Την *δευτερογενή πρόληψη-παρέμβαση*, η οποία περιλαμβάνει τα θεραπευτικά μέτρα που λαμβάνονται κατά τη διάρκεια της πράξης,
- 3) Την *τριτογενή πρόληψη*, η οποία έχει σαν σκοπό την αποφυγή υποτροπών (Chabrol, H., μτφρ. Τερζόγλου, Αθήνα, 1987).

Συγκεκριμένα, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας (Π.Φ.Υ.), εμπλέκεται και στα τρία επίπεδα πρόληψης της Κατάθλιψης και των τάσεων αυτοκαταστροφής, εφόσον είναι το τμήμα εκείνο του συστήματος υγείας, με το οποίο ο άρρωστος βρίσκεται συνεχώς σε επαφή.

#### 4.2.1 ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Όσον αφορά την πρωτογενή πρόληψη, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, αποτελεί τον ιδανικό φορέα, μέσω του οποίου προληπτικές παρεμβάσεις σε ευαίσθητες ομάδες του πληθυσμού είναι δυνατό να λάβουν χώρα. Η συνεχής και διαρκή επαφή του γιατρού της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, με τον πληθυσμό του οποίου έχει την ευθύνη της υγειονομικής κάλυψης, του δίνει τη δυνατότητα να παρεμβαίνει προληπτικά και να συμβάλλει στην αγωγή Ψυχικής Υγείας (Χριστοδούλου Γ.Ν., 1998)

Σε γενικότερα πλαίσια ωστόσο, η πρωτογενής πρόληψη πραγματοποιείται σε δύο επίπεδα: Στο ομαδικό και στο ατομικό:

A) Ομαδική πρόληψη: Σχετικά με την ομαδική πρόληψη, δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη σημασία της πληροφόρησης. Το παιδαγωγικό και ιατρό-κοινωνικό περιβάλλον της εκπαίδευσης, παίζουν βασικό ρόλο στη

πρόληψη της απόπειρας αυτοκτονίας πριν την ενηλικίωση και στο σχετικά μη ειδικό, χαρακτήρα των προβλεπόμενων μέσων τα οποία αποσκοπούν σε μια καλύτερη κοινωνική ολοκλήρωση του ατόμου.

Β) Ατομική Πρόληψη: Ένα μακρύ παρελθόν δυσκολιών στις προσωπικές και οικογενειακές σχέσεις προηγείται της αυτοκτονίας των ατόμων. Το πρώτο στάδιο της ατομικής πρόληψης συνιστάται στην αναγνώριση της προ-αυτοκτονικής φάσης, η οποία σημαδεύεται από αλλαγές στη συμπεριφορά του ατόμου και στις σχέσεις του με το περιβάλλον (Chabrol H., μτφρ. Τερζόγλου, Αθήνα, 1987).

Από το 1968 οι Litman και Tabachnik, στο άρθρο τους «*Psychoanalytic Theories Of Suicide*» (Παπαϊωάννου Κ., 2000), επεσήμαναν συμπτώματα προ-αυτοκτονικά, που θα μπορούσαν να προλάβουν την υλοποίηση της αυτοκτονίας όπως:

- α) η δομή του «Εγώ» είναι υποτονική, οπότε έχει μειωμένη ικανότητα να αντέχει,
- β) το «Υπερεγώ» του συχνά έχει καταστροφικά χαρακτηριστικά,
- γ) για μερικά άτομα η έννοια του θανάτου ισοδυναμεί με τη libido,
- δ) τα συμβιωτικά χαρακτηριστικά και οι ανάγκες εξάρτησης συντελούν στη δημιουργία μιας αδύναμης προσωπικότητας,
- ε) υιοθετεί στάσεις έμμεσης καταστροφής, όπως υπερβολικό κάπνισμα το αλκοόλ ή η εξάρτηση από τα ναρκωτικά (Παπαϊωάννου Κ., 2000).

Η αξιολόγηση της κατάστασης από τον ειδικό, αναζητά τις ιδέες θανάτου, τους παράγοντες που μπορούν να αυξήσουν ή να ελαττώσουν του κινδύνους της διαδραμάτισης της φαντασίωσης στην πράξη. Αφού το υποκείμενο αναγνωρίσει ότι φέρει ιδέες θανάτου (Chabrol H., μτφρ. Τερζόγλου, Αθήνα, 1987), πρέπει να αξιολογηθούν οι παράγοντες, οι οποίοι είναι άμεσα συνδεδεμένοι και αλληλεπιδρούν με την επιθυμία της αυτοκτονίας και οι οποίοι με τη σειρά τους μπορούν να διευκολύνουν την υλοποίησή της. Με αυτόν τον τρόπο εντοπίζεται εάν είναι υψηλής ή χαμηλής επικινδυνότητας ο αυτοκτονικός σκοπός (Sue D., Sue D., & Sue S., New York, 1997), και αμέσως μετά αξιολογείται η δυνατότητα οικογενειακών και κοινωνικών στηριγμάτων που προσφέρονται στο άτομο.

Είναι επίσης σημαντικό, να ληφθούν ακριβείς πληροφορίες σχετικά με το δίκτυο των σχέσεων, μέσα στο οποίο βρίσκεται το άτομο. Η θεραπευτική απόφαση εξαρτάται από την οξύτητα της προ-αυτοκτονικής

κατάστασης. Συχνά η προ-αυτοκτονική κατάσταση, επισημαίνεται μόνο σε αυτό το στάδιο, όπου οι διαδοχικές ρήξεις και το αίσθημα της απόρριψης, συνεπάγονται μια καταστροφική αύξηση της ανησυχίας, της Κατάθλιψης, ή του θυμού. Αυτή η περίοδος συναισθηματικής κρίσης, η οποία είναι δυναμικά προ-αυτοκτονική, απαιτεί την εισαγωγή σε νοσοκομείο, την οποία άλλωστε επιζητούν και πολλά άτομα (Chabrol H., μτφρ. Τερζόγλου, Αθήνα, 1987).

#### **4.2.1.1 ΚΕΝΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ**

Το πρώτο κέντρο πρόληψης αυτοκτονιών ιδρύθηκε στο Λος Άντζελες, το 1958 από τους ψυχολόγους Norman L. Farberow και τον Edwin S. Shneidman. Το κέντρο αρχικά ανέλαβε ασθενείς από τμήματα νοσοκομείων, σύντομα ωστόσο, η φήμη του εξαπλώθηκε και σε λιγότερο από μια δεκαετία, 99% των περιπτώσεων αποτελούσαν τηλεφωνικά περιστατικά. Τα τελευταία σαράντα χρόνια, εκατοντάδες κέντρα πρόληψης αυτοκτονιών δημιουργήθηκαν και καθιερώθηκαν μετά από την διάδοση του πρώτου κέντρου σε ολόκληρες τις Η.Π.Α. Αυτά τα κέντρα είναι συνήθως προσαρμοσμένα στις συγκεκριμένες απαιτήσεις των κοινωνιών που εξυπηρετούν, αλλά όλα μαζί μοιράζονται συγκεκριμένες μεθόδους διαδικασίας και σκοπούς (Sue D., Sue D., & Sue S., New York, 1997).

##### **4.2.1.1.1 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΗ ΚΡΙΣΗ**

Σύμφωνα με το Μαδιανό (2006), μια ψυχολογική κρίση μπορεί να έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- A) Να είναι *οξεία*, με περιορισμένη διάρκεια και η λύση της να οδηγεί το άτομο στη προηγούμενή του κατάσταση.
- B) Να αφορά σε *μεταβατικές καταστάσεις* που διαταράσσουν προηγούμενες καταστάσεις και σχέσεις.
- Γ) Να αφορά σε *χρόνιες δυσλειτουργικές καταστάσεις* που διαταράσσονται από εκρήξεις κρίσεων (Μαδιανός Μ.Γ., Αθήνα, 2006).

Συνοπτικά, ως *κατάσταση κρίσης*, ορίζεται η αιφνίδια και ολοκληρωτική αναστάτωση μιας κατά κανόνα σταθερής κατάστασης ή η σαφής απειλή εμφάνισης ενός η περισσότερων επικίνδυνων γεγονότων (Καλλινικάκη Θ., Αθήνα, 1998).

Οι κρίσεις συμβαίνει να είναι *αναμενόμενες* ή *απροσδόκητες*. Οι αναμενόμενες κρίσεις συμπεριλαμβάνουν διάφορες καταστάσεις σχετικά με τα στάδια της ανάπτυξης π.χ. εφηβεία, ενηλικίωση, γηρατειά και με μεταβατικά στάδια της ζωής και της οικογένειας π.χ. συνταξιοδότηση, αλλαγή κατοικίας κλπ. Οι απροσδόκητες κρίσεις από την άλλη, συμπεριλαμβάνουν διάφορα είδη απώλειας, θάνατος οικογενειακού μέλους, διαζύγιο, εγκατάλειψη, απόλυση από την εργασία, αποβολή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης κλπ. Επίσης πολλές αλλαγές στη ζωή ενός ατόμου, μπορεί να θεωρηθούν ως απώλεια, όπως: προβλήματα συμπεριφοράς ενός παιδιού, που προηγουμένως αποτελούσε «υπόδειγμα», συζυγική απιστία, αλκοολισμός, αποξένωση κάποιου μέλους της οικογένειας κλπ. Απροσδόκητη κρίση, επίσης, μπορεί να προκαλέσει ο ερχομός ενός καινούργιου παιδιού στην οικογένεια, η ένωση δύο νοικοκυριών, σοβαρή ασθένεια ενός γονέα κλπ.

Όποιος και αν είναι ο εκλυτικός παράγοντας, η κρίση φέρνει μια αποδιοργάνωση στην ομοιοστατική ισορροπία του ατόμου και ολόκληρου του οικογενειακού συστήματος. Το άτομο αντιλαμβάνεται τη κρίση σαν απειλή της ισορροπίας και της ευημερίας του και αντιδρά με άγχος, σαν μια απώλεια και για αυτό αντιδρά με Κατάθλιψη, ή αντιλαμβάνεται την κρίση σαν μια «πρόκληση» και κινητοποιεί την ενέργειά του προς μια θετική κατεύθυνση για δράση και ανάπτυξη.

Η ένταση που προέρχεται από την κρίση ζητά ανακούφιση. Όταν τα άτομα και οι οικογένειες, βρίσκονται σε αστάθεια, το «Εγώ» είναι ρευστό, οι «άμυνες» έχουν μετακινηθεί, τα «συναισθήματα» βρίσκονται στην κορφή και αναζητείται κάποια ανακούφιση και κάποιες απαντήσεις σε ερωτήματα. Όταν όμως, οι θετικές λύσεις δεν συμβαίνουν, μπορεί να ακολουθήσει κάποια αποδιοργάνωση. Όταν οι μηχανισμοί αντιμετώπισης, που από συνήθεια ενεργοποιούνται στα άτομα και στις οικογένειες, δεν καταφέρουν να λύσουν την παρούσα κρίση με επιτυχία, τότε αναπτύσσονται δυσπροσαρμοστικοί μηχανισμοί όπως χρόνια θλίψη, θυμός, Κατάθλιψη κλπ. Άλλα άτομα ρίχνουν τις ευθύνες στην οικογένειά τους ή

άλλοι κατηγορούν τον εαυτό τους μέχρι του σημείου να παραλύσουν τους μηχανισμούς επίλυσης προβλημάτων (Κοινωνική Εργασία με Άτομα III, σημειώσεις μαθήματος, Ε' εξαμήνου, Τ.Ε.Ι. Πάτρας).

Είναι γνωστό ότι υπάρχει μια μεταβλητότητα στην αντίσταση ή ανοχή των ερεθισμάτων που προέρχονται από την κρίση, η οποία μπορεί να οφείλεται: 1) στα βιολογικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά του ατόμου, 2) στις στρατηγικές αντιμετώπισης της κρίσης, και 3) στο κοινωνικό και περιβαλλοντικό περιεχόμενο του γεγονότος ή της κρίσης (Μαδιανός Μ. Γ., Αθήνα, 2006).

Η παρέμβαση στη κρίση, έχει δύο βασικούς στόχους:

- § Τη μείωση των συνεπειών του καταστρεπτικού γεγονότος στο άτομο
- § Αν χρησιμοποιηθεί σωστά η κρίση, το άτομο ενισχύει τους μηχανισμούς αντιμετώπισης, η οποίοι θα βοηθήσουν στην κυριαρχία των μελλοντικών κρίσεων που πιθανόν να παρουσιαστούν. Αυτό θα επιτευχθεί σε έξι επισκέψεις το πολύ, σε ένα διάστημα 6-8 εβδομάδες. (Κοινωνική Εργασία με Άτομα III, σημειώσεις μαθήματος, Ε' εξαμήνου, Πάτρα).

Ενώ συνήθως εστιάζεται σε πέντε τομείς:

1. Οι κρίσεις της παιδικής ηλικίας και της εφηβείας
2. Τα προβλήματα Ψυχικής Υγείας
3. Οικογενειακά προβλήματα / προβλήματα γάμου / συγκρούσεις
4. Επείγουσα εισαγωγή στο νοσοκομείο
5. Πρόληψη αυτοκτονιών

Κατά τη διάρκεια της πρώτης φάσης της θεραπείας, που γίνεται η διαγνωστική εκτίμηση, ο θεραπευτής, συνήθως Κοινωνικός Λειτουργός, προσπαθεί να επικεντρωθεί στο τι ακριβώς συνέβη και προκάλεσε αυτή την έκκληση για βοήθεια. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην επισήμανση των παραγόντων (περιβαλλοντολογικών και συναισθηματικών) που αναστατώνουν τους μηχανισμούς του ατόμου και δεν μπορεί να αντιμετωπίσει τη κατάσταση (Κοινωνική Εργασία με Άτομα III, σημειώσεις μαθήματος, Ε' εξαμήνου, Τ.Ε.Ι. Πάτρας).

Το μοντέλο της παρέμβασης στην κρίση, δίνει έμφαση στην πραγματικότητα του εξυπηρετούμενου, στο «εδώ και τώρα» και όχι στις

αιτίες του προβλήματος, που συνήθως βρίσκονται στο παρελθόν του. Η βοήθεια επικεντρώνεται στην άμεση αντιμετώπιση και επούλωση των σοβαρότερων και πιο απειλητικών τραυμάτων, στην συναισθηματική υποστήριξη, στην βοήθεια για την εξεύρεση προσωρινών λύσεων και στη διευθέτηση πρακτικών ζητημάτων (Καλλινικάκη Θ., Αθήνα, 1998).

Ο Κοινωνικός Λειτουργός, βλέπει το άτομο σε συνεδρίες μόνο του αλλά και μαζί με την οικογένειά του. Καθώς το άτομο και οι γονείς συζητούν ξεχωριστά αλλά και μαζί τα συναισθήματά τους σχετικά με την κρίση, ο θεραπευτής πρέπει να τους επιβεβαιώνει ότι αυτού του είδους οι κρίσεις είναι πολύ δύσκολες για τους περισσότερους, αλλά πάντα υπάρχουν διαθέσιμες λύσεις (Κοινωνική Εργασία με Άτομα III, σημειώσεις μαθήματος, Ε' εξαμήνου, Τ.Ε.Ι. Πάτρας).

Σε θεραπευτικό επίπεδο, λοιπόν, οι προσπάθειες εκπαίδευσης προσωπικού των ψυχιατρικών κλινικών, γίνονται με τέτοιο τρόπο ώστε οι ειδικοί να μπορέσουν να καταστούν ικανοί να αναγνωρίζουν τις καταστάσεις και τα συμπτώματα που περιλαμβάνουν πιθανές αυτοκτονίες. Για παράδειγμα, ένας άγαμος άντρας, μεγαλύτερος των 50 ετών, που υποφέρει από μια ξαφνική κρίση Κατάθλιψης και εκφράζει συναισθήματα απελπισίας, πρέπει να αναγνωρίζεται από τους επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας, σαν ένα άτομο υψηλής αυτοκτονικής επικινδυνότητας.

Όταν λοιπόν, ένας επαγγελματίας Ψυχικής Υγείας αντιμετωπίζει κάποιον, ο οποίος χαρακτηρίζεται σαν άτομο υψηλής αυτοκτονικής επικινδυνότητας, οι παρεμβάσεις στη κρίση θα στοχεύσουν με τέτοιο τρόπο ώστε να ακυρώσουν ή να βελτιώσουν τις νοητικές εκείνες διαδικασίες, που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε μια αυτοκτονική απόπειρα. Η παρέμβαση στη κρίση, στοχεύει στη παροχή βραχυπρόθεσμης βοήθειας σε κάποιον ασθενή, με σκοπό το άτομο να επιλύσει μια άμεση κρίση στη ζωή του. Σε αντίθεση με τη παραδοσιακή ψυχοθεραπεία, της οποίας οι συνεδρίες είναι διασπασμένες και η θεραπεία παρέχεται σε μακροπρόθεσμο επίπεδο, η παρέμβαση στη κρίση αναγνωρίζει την αμεσότητα της ψυχικής κατάστασης του ασθενούς. Ο ασθενής μπορεί να νοσηλευτεί άμεσα, να του δοθεί φαρμακευτική αγωγή και να συζητά ακόμα με μία ομάδα επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας για δύο έως τέσσερις ώρες καθημερινά, ωστόσο η ψυχική κατάσταση του ατόμου να σταθεροποιηθεί, και η άμεση κρίση να υποχωρήσει. Σε αυτές τις συνεδρίες, η ομάδα των ειδικών είναι πολύ

ενεργή, όχι μόνο δουλεύοντας με τον ασθενή, αλλά λαμβάνοντας υπόψη και τη προσωπική, κοινωνική και επαγγελματική ζωή του ατόμου έξω από τη ψυχιατρική κοινότητα. Οι περισσότερες από τις στρατηγικές παρέμβασης στην αυτοκτονία, εξελίχθηκαν μέσα από κλινική εργασία παρά μέσα από έρευνα, εξαιτίας της φύσης της αυτοκτονίας που επιβάλλει άμεση δράση.

Αμέσως μόλις η ψυχική κατάσταση του ασθενή σταθεροποιηθεί και η άμεση κρίση που αντιμετώπιζε υποχωρήσει, του παρέχονται περισσότερο κλασικές μέθοδοι θεραπείας, είτε σε ενδονοσοκομειακό είτε σε εξωνοσοκομειακό επίπεδο. Εκτός από την εντατική θεραπεία που λαμβάνουν από την ομάδα των επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας, οι συγγενείς και οι φίλοι μπορεί να καθιστούν υπεύθυνοι έτσι ώστε να παρακολουθούν τη πορεία της Ψυχικής Υγείας του ατόμου, έξω από το νοσοκομείο. Σε αυτές τις περιπτώσεις, τα υπεύθυνα προσφιλή πρόσωπα, παρέχονται με συγκεκριμένες οδηγίες χειρισμού και αντιμετώπισης του ατόμου σε ενδεχόμενα προβλήματα που θα προκύψουν έξω από το νοσοκομείο (Sue D., Sue D., & Sue S., New York, 1997).

#### **4.2.1.1.2 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΗ ΚΡΙΣΗ**

Τα κέντρα πρόληψης τυπικά λειτουργούν 24 ώρες την ημέρα, 7 μέρες της εβδομάδας. Επειδή οι περισσότερες περιπτώσεις ενημέρωσης αυτοκτονικής πρόθεσης γίνονται από το τηλέφωνο, ένα τηλεφωνικό νούμερο, το οποίο αφενός είναι καλά διαδεδομένο ανάμεσα στη κοινότητα, και αφετέρου είναι διαθέσιμο μέρα-νύχτα. Επιπλέον, πολλά κέντρα πρόληψης αυτοκτονιών παρέχουν εξωνοσοκομειακή ή ενδονοσοκομειακή φροντίδα. Εάν υπάρχει έλλειψη τέτοιων πηγών φροντίδας, τα κέντρα αναπτύσσουν συνεργατικά προγράμματα με άλλες κοινοτικές ψυχιατρικές εγκαταστάσεις.

Οι περισσότερες γραμμές παρέμβασης στη κρίση, απασχολούνται από ειδικούς θεραπευτές με γνώση και εμπειρία στα θέματα επίλυσης άμεσης κρίσης (ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί) και σε ελάχιστες περιπτώσεις, από παρά-ειδικούς επαγγελματίες. Όλοι οι εργαζόμενοι είναι εκπαιδευμένοι στις τεχνικές παρέμβασης στη κρίση και έχουν εκτεθεί σε



κρίσιμες καταστάσεις κάτω από επίβλεψη-εποπτεία. Στις τεχνικές παρέμβασης περιλαμβάνονται:

1. Διατήρηση επαφής και δημιουργία σχέσεως εμπιστοσύνης: Ο πεπειραμένος θεραπευτής δημιουργεί μια καλή σχέση με το αυτοκτονικό άτομο που τηλεφωνεί, έτσι δεν αυξάνει μόνο τις πιθανότητες εξεύρεσης εναλλακτικών λύσεων με το άτομο, αλλά επιπλέον μπορεί να ασκήσει περισσότερη επιρροή σε αυτό. Επιπρόσθετα, σημαντικής σπουδαιότητας κρίνεται και η έκφραση συναισθημάτων ενδιαφέροντος, ανησυχίας και αυτοεπιβεβαίωσης, εκ μέρους του θεραπευτή (Sue D., Sue D., & Sue S., New York, 1997). Ενώ, θα πρέπει να αποφεύγεται εντελώς οποιαδήποτε κριτική στάση απέναντι στον αυτοκτονικό πελάτη (Κοινωνική Εργασία με Άτομα III, σημειώσεις μαθήματος, Ε' εξαμήνου, Πάτρα).
2. Παροχή απαραίτητων πληροφοριών: Ο θεραπευτής, αποσπά δημογραφικές πληροφορίες, το όνομα του αυτοκτονικού ατόμου που τηλεφωνεί καθώς και τη διεύθυνσή του. Αυτές οι πληροφορίες είναι υψηλής σημασίας σε περιπτώσεις που, μια άμεση ανάγκη καθιστά επείγον τον εντοπισμό του ατόμου.
3. Εκτίμηση αυτοκτονικής πιθανότητας: Ο θεραπευτής που λαμβάνει μια κλήση, πρέπει γρήγορα να εκτιμήσει τη σοβαρότητα της αυτοκαταστροφικής πρόθεσης του ατόμου που τηλεφωνεί. Τα περισσότερα κέντρα χρησιμοποιούν διαγράμματα ποσοστών θνησιμότητας, ώστε να βοηθήσουν τους εργαζόμενους να διακρίνουν την αυτοκτονική πιθανότητα. Αυτά συνήθως περιλαμβάνουν ερωτήσεις για την ηλικία, το φύλο, την γκάμα συμπτωμάτων, τις καταστάσεις που δημιούργησαν τον αυτοκτονικό ιδεασμό, προηγούμενο ιστορικό αυτοκτονικών συμπεριφορών και τις επικοινωνιακές δεξιότητες του αυτοκτονικού ατόμου που τηλεφωνεί (Sue D., Sue D., & Sue S., New York, 1997). Αφού λοιπόν ο «τηλεφωνικός» θεραπευτής, εκτιμήσει τη αυτοκτονική επικινδυνότητα του ατόμου που τηλεφωνεί, προχωρά σε μία από τις δύο κατευθύνσεις: (α) Αν το άτομο που τηλεφωνεί, δεν παρουσιάζει σοβαρό πρόβλημα αυτοκτονίας, τότε ο θεραπευτής, συνεχίζει να ακούει, δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στην αφήγηση της ιστορίας του, (β) εάν ο πελάτης παρουσιάζει σοβαρές πιθανότητες για απόπειρα αυτοκτονίας, τότε ο θεραπευτής, μπορεί να τον δει στην

υπηρεσία, την ίδια μέρα που τηλεφώνησε. Εκεί, κατά τη διάρκεια της συνέντευξης, ο θεραπευτής σκοπεύει να κατευθύνει τη προσοχή του πελάτη, στο στρεσογόνο γεγονός που δημιούργησε τη κρίση. Συνήθως τα προβλήματα του πελάτη συντρέχουν όλα μαζί, με έναν τρόπο που είναι ανίκανος να τα επιλύσει. Ο θεραπευτής πρέπει να τον βοηθήσει να ξεχωρίσει τα πιο άμεσα και επείγοντα και να αρχίσει να εργάζεται για την λύση τους (Κοινωνική Εργασία με Άτομα III, σημειώσεις μαθήματος, Ε' εξαμήνου, Πάτρα).

4. Διευκρίνιση της φύσης του άγχους και του επικείμενου προβλήματος: Ο ειδικός θα πρέπει να είναι σε θέση να βοηθήσει το αυτοκτονικό άτομο που τηλεφωνεί στη διευκρίνιση της ακριβούς φύσης του άγχους του και να τον καταστήσει ικανό να συνειδητοποιήσει ότι η αντίδρασή του είναι αποτέλεσμα του υπερβολικού άγχους που νιώθει. Θα πρέπει επιπλέον ο ειδικός, να βοηθήσει το απεγνωσμένο άτομο που τηλεφωνεί, να καταλάβει ότι υπάρχουν και άλλοι τρόποι επίλυσης προβλημάτων εκτός της αυτοκτονίας.
5. Εκτίμηση των δυνατοτήτων και των υποστηρικτικών πηγών: Συνήθως, τα αυτοκτονικά άτομα που τηλεφωνούν αγνοούν ή ξεχνούν τις ψυχικές δυνάμεις τους ή το διαθέσιμο υποστηρικτικό περιβάλλον, λόγω των υπερβολικών συναισθημάτων απελπισίας που τα κατακλύζουν (Sue D., Sue D., & Sue S., New York, 1997). Ο θεραπευτής, εξετάζοντας τα σημαντικά άτομα στη ζωή του πελάτη, μπορεί να ανακαλύψει πηγές που το άτομο τις είχε ξεχάσει και η ανακάλυψη αυτή να αποβεί πολύ σημαντική για τον ασθενή (Κοινωνική Εργασία με Άτομα III, σημειώσεις μαθήματος, Ε' εξαμήνου, Πάτρα).
6. Εισήγηση και πραγματοποίηση σχεδίου δράσης: Εκτός της υποστηρικτικής βοήθειας, ο ειδικός θα πρέπει να είναι ικανός να προτείνει ένα σχέδιο δράσης. Ακόμα και αν το σχέδιο δράσης συνεπάγεται άμεσης συνάντησης με το πρόσωπο που τηλεφωνεί, ή επικοινωνίας με τον οικογενειακό περίγυρο ή παραπομπής του ατόμου σε κάποια κοινωνική υπηρεσία την επόμενη κιόλας μέρα, ο ειδικός παρουσιάζει ένα πλάνο δράσης και το σκιαγραφεί λεπτομερώς (Sue D., Sue D., & Sue S., New York, 1997).

#### 4.2.2 ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ - ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Όσον αφορά την δευτερογενή πρόληψη-παρέμβαση της Κατάθλιψης και των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών της, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, εστιάζει τη προσπάθειά της στην σωστή και έγκαιρη διάγνωση. Η βελτίωση των ικανοτήτων αναγνώρισης και αντιμετώπισης της Κατάθλιψης, και των ψυχικών διαταραχών γενικότερα, από τους γιατρούς της Π.Φ.Υ. αποτελούν πρωταρχικούς στόχους. Φυσικά η Π.Φ.Υ, όσον αφορά στη θεραπεία της Κατάθλιψης, δεν μπορεί να αποσυνδεθεί από τις ειδικές ψυχιατρικές υπηρεσίες, τόσο για λόγους παραπομπής αρρώστων, όσο και υποστήριξης από αυτές στην αντιμετώπισή τους. Σήμερα, έχουν αναπτυχθεί διάφορα μοντέλα συνεργασίας της Π.Φ.Υ. με τις ψυχιατρικές υπηρεσίες, με γνώμονα την επαρκή φροντίδα στους αρρώστους και τη «συνεχιζόμενη φροντίδα» (continuity of care) (Χριστοδούλου Γ.Ν., Αθήνα, 1998).

Η εκτίμηση του κινδύνου αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς (αυτοκτονία, αυτοτραυματισμός κλπ), αποτελεί πρόβλημα της καθημερινής ιατρικής πρακτικής, τίθεται δε υπό διαφορετικούς όρους και με διαφορετική οξύτητα σε κάθε περίπτωση.

- ü Άλλοτε, πρόκειται για έναν ασθενή που εκφράζει στον ιατρό ή που εκμυστηρεύτηκε σε κάποιο άτομο του περιβάλλοντός του ιδέες ή προθέσεις αυτοκαταστροφής.
- ü Άλλοτε, πρόκειται για ένα άτομο που διέπραξε ήδη απόπειρα αυτοκτονίας, οπότε, πρέπει να αξιολογηθεί ο βραχυπρόθεσμος κίνδυνος υποτροπής.

##### 4.2.2.1 Η εκτίμηση του κινδύνου:

Δεν μπορεί να χρησιμοποιηθούν αυστηρά επιστημονικά κριτήρια. Οι περιστάσεις, η τύχη, η όξυνση των διαπροσωπικών συγκρούσεων, η τυχαία και απρόβλεπτη καθυστέρηση στη παροχή βοήθειας, μπορεί να οδηγήσουν σε μοιραία έκβαση μια απόπειρα αυτοκτονίας – ή γενικότερα αυτοκαταστροφής - χωρίς ιδιαίτερη αυτοεπιθετική φόρτιση. Τονίζεται λοιπόν, ότι θα πρέπει να εκλαμβάνεται πάντα στα σοβαρά κάθε εκφραζόμενη πρόθεση αυτοκαταστροφικής ενέργειας και να επιχειρείται η

αποσαφήνιση της σημασίας της, σε συνάρτηση με το ψυχολογικό και το κοινωνικό-οικογενειακό πλαίσιο του αρρώστου. Έτσι, στην περίπτωση ενός αυτοκτονικού ατόμου, λαμβάνεται υπόψη κυρίως:

∅ Η βαρύτητα και τη φύση της σύγκρουσης. Ο κίνδυνος είναι πιο μεγάλος όταν πρόκειται για ενδοψυχική σύγκρουση με παθολογική προέλευση (μελαγχολία, σχιζοφρένεια). Η επιθυμία θανάτου, σε αυτή την περίπτωση, είναι περισσότερο συγκεκριμενοποιημένη και έντονη. Σε περίπτωση διαπροσωπικής σύγκρουσης, το αυτοκτονικό εγχείρημα εμπεριέχει αφενός ένα αίσθημα απόγνωσης του αυτόχειρα και αφετέρου την πρόθεσή του να κάνει κακό στον άλλον, απειλώντας τον με το δικό του θάνατο. Η μετατροπή των εξωτερικών συνθηκών και η αλλαγή της στάσης του περιβάλλοντος μετριάζουν την αποφασιστικότητά του. Τις πιο πολλές φορές, η σύγκρουση είναι περίπλοκη, όπως και τα κίνητρα της αυτοκτονίας. Συνυπάρχουν καθαρά ενδοπροσωπικές συγκρούσεις και δυσμενείς περιβαλλοντικές συνθήκες. Το αυτοκτονικό εγχείρημα πραγματοποιείται σε μια στιγμή συχνά απρόβλεπτης όξυνσης και των δυο αυτών παραγόντων κινδύνου.

∅ Τα ψυχο-κοινωνιολογικά χαρακτηριστικά του ατόμου. Ο ειδικός θεραπευτής (ψυχίατρος, ψυχολόγος, Κοινωνικός Λειτουργός κλπ.) θα πρέπει να χρησιμοποιήσει τη κρίση του για να εκτιμήσει τον συνεχιζόμενο κίνδυνο αυτοκτονίας και τις διαθέσιμες πηγές βοήθειας που υπάρχουν, ώστε να αποφασίσει τον τρόπο παρέμβασής του (Barlow D.H. & Durand V.M., Τόμος Α', 2<sup>η</sup> έκδοση, 2002).

∅ Με άλλα λόγια, πρέπει η εξέταση του αυτοκτονικού αρρώστου, να λαμβάνει υπόψη τη βαρύτητα της απόπειρας, ή του βαθμού σοβαρότητας, τον τρόπο που έγινε και βεβαίως τα κίνητρα. Είναι γεγονός ότι το 25% των ατόμων που αυτοκτονούν, είχαν ιστορικό απόπειρας. Υπάρχουν διακριτά στοιχεία των ατόμων που έχουν πραγματοποιήσει επιτυχή απόπειρα αυτοκτονίας, ως προς το φύλο: άνδρας, ηλικίας μεγαλύτερης των 45 ετών. Ως προς την οικογενειακή κατάσταση: χήρος, διαζευγμένος. Ως προς το ιστορικό αποπειρών: σοβαρής βαρύτητας ψυχοπαθολογία, ύπαρξη νόσου τελικού σταδίου, ύπαρξη σοβαρού ψυχοπαιστικού γεγονότος, π.χ. πένθος, που ίσως διευκολύνουν στην λήψη μέτρων.

Αντίθετα, τα διακριτά στοιχεία των ατόμων που έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν, είναι ως προς το φύλο: γυναίκες, ως προς την ηλικία μικρότερης των 45 ετών, την ψυχοπαθολογία: δυσθυμική Διαταραχή ή άλλες ελαφρότερης βαρύτητας ψυχοπαθολογίας (Μαδιανός Μ. Γ., Αθήνα, 2006). Γι' αυτό, ο θεραπευτής θα χρειαστεί τα στοιχεία που θα συγκεντρώσει μιλώντας τόσο με το άτομο, όσο και με την οικογένεια, του φίλους και οποιαδήποτε άλλα άτομα μπορούν να συμβάλουν (γιατρούς, θεραπευτές, ιερείς κλπ.) (Barlow D.H. & Durand V.M., Τόμος Α', 2<sup>η</sup> έκδοση, 2002).

- Ø Η δυνατότητα βοήθειας από το περιβάλλον. Οι περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας, λειτουργούν ως έκκληση για βοήθεια. Περισσότεροι από 70% των αυτοχείρων είχαν ειδοποιήσει, άμεσα ή έμμεσα, τους οικείους ή τους γνωστούς τους για τις προθέσεις τους. Κατά συνέπεια, ο κίνδυνος αυτοκτονίας φαίνεται μεγαλύτερος, όταν το άτομο είναι συναισθηματικά απομονωμένο και βρίσκεται σε κατάσταση υλικής ανέχειας.

#### **4.2.2.2 Όταν ο κίνδυνος παρουσιάζεται αυξημένος:**

Ο ειδικός θεραπευτής (ψυχίατρος, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός), αφού συζητήσει με τον ασθενή και την οικογένειά του, πρέπει να προτείνει την εισαγωγή του στο νοσοκομείο, η οποία, έχει σκοπό:

- Ø Να αποτρέψει την *πραγματοποίηση της αυτοκτονίας*.
- Ø Να επιτρέψει την επίλυση της *αυτοκτονικής κρίσης* μέσα σε ένα προστατευμένο περιβάλλον.
- Ø Να εγκαθιδρύσει μια σχέση βοήθειας και εμπιστοσύνης, η οποία θα βοηθήσει στη φαρμακευτική ή και την ψυχοθεραπευτική αγωγή.

Η εισαγωγή μπορεί να γίνει στο ψυχιατρείο του τομέα, στην ειδική υπηρεσία ενός γενικού νοσοκομείου ή σε ιδιωτική κλινική, ανάλογα με τις δυνατότητες της στιγμής, τις επιθυμίες του αρρώστου και ενδεχομένως τη φύση της σύγκρουσης. Σε άλλες περιπτώσεις, η εισαγωγή μπορεί να αποφευχθεί ή να αναβληθεί. Η συναισθηματική ποιότητα του περιβάλλοντος, η πραγματική του παρουσία στο πλευρό του ασθενούς, καθώς και η πολύ προσεκτική έναρξη μιας φαρμακευτικής και ψυχοθεραπευτικής αγωγής μέσα σε μια λιγότερο δραματοποιημένη ατμόσφαιρα, μπορεί να επιτρέψουν το ξεπέρασμα της κρίσης και την

επίλυση των συγκρούσεων. Πολύ πιο σπάνια, η επίμονη άρνηση θεραπείας από μελαγχολικούς ή παραληρητικούς ασθενείς, οδηγεί στη λήψη μέτρων αναγκαστικής νοσηλείας, για λόγους προστασίας της ζωής τους (Lempriere T., Feline A. & συνεργ., Αθήνα, 1995).

Ωστόσο, η ανάγκη νοσηλείας σε ψυχιατρικό περιβάλλον, μετά από τη πραγματοποίηση της πράξης της αυτοκτονίας, δεν συναντά ομόφωνη αποδοχή. Επιτρέπει την απομάκρυνση του ατόμου από το περιβάλλον το οποίο γέννησε τη συμπεριφορά αυτοκτονίας. Σταθεροποιεί και διευκολύνει την αξιολόγηση και τη προετοιμασία ενός θεραπευτικού σχεδίου (Chabrol H., μτφρ. Τερζόγλου, Αθήνα, 1987).

#### **4.2.2.3 Μετά την απόπειρα αυτοκτονίας:**

Η πρώτη φροντίδα είναι η πρόληψη μιας επανάληψης της απόπειρας και η εκτίμηση της σημασίας του αυτοκτονικού διαβήματος ως συμπτώματος. Αυτή η διαδικασία μπορεί να προσφέρει την ευκαιρία για την έναρξη της αναγκαίας θεραπευτικής αγωγής. Μερικές φορές, η πραγματοποίηση μιας απόπειρας αυτοκτονίας, η οποία απασχολούσε ψυχαναγκαστικά επί αρκετό καιρό τη σκέψη του αρρώστου, προκαλεί μια πρόσκαιρη ανακούφιση και μειώνει την ψυχική ένταση. Η ανακούφιση αυτή, που συνδυάζεται με ένα αίσθημα «αναγέννησης» εφόσον παράλληλα υπάρχει και συναισθηματική δοτικότητα του περιβάλλοντος, είναι δυνατό να οδηγήσει σε σαφή ελάττωση του άγχους ή ακόμη και σε παροδικές αντιδράσεις ευεξίας. Πολλές θεραπευτικές αποφάσεις είναι τότε δυνατές:

- ∅ *Ταχεία έξοδος από το νοσοκομείο* και, παράλληλα, δρομολόγηση της θεραπευτικής βοήθειας σε κοινωνικό, φάρμακο-θεραπευτικό και ψυχοθεραπευτικό επίπεδο.
- ∅ *Νοσηλεία σε ψυχιατρικό περιβάλλον*, όταν πρόκειται για υποτροπή ψυχιατρικής νόσου.
- ∅ *Παρέμβαση* προς το οικογενειακό ή κοινωνικό-επαγγελματικό περιβάλλον, όταν η αυτοκτονία φαίνεται να έχει άμεση σχέση με αυτό.

Η ψυχιατρική συνέντευξη είναι απαραίτητη μετά από κάθε απόπειρα αυτοκτονίας. Η συχνή επίκληση της ανάγκης για μη «ψυχιατρικοποίηση» της απόπειρας αυτοκτονίας, συχνά συγκαλύπτει την άρνηση να αναγνωρισθεί η αυθεντικότητα ή και η εγκυρότητα του εγχειρήματος, το οποίο ακόμα και όταν είναι αμφιθυμικό ως προς τα κίνητρα, δεν είναι ποτέ

αναίτιο και χωρίς σημασία. Η οποιαδήποτε θεραπευτική απόφαση θα ληφθεί με τη σύμφωνη γνώμη του αρρώστου μετά την ψυχιατρική συνέντευξη, η οποία οπωσδήποτε θα πρέπει να συμπληρωθεί και από μια συνάντηση με την οικογένεια (Lempriere T., Feline A. & συνεργ., Αθήνα, 1995).

Γενικά, ο ειδικός θεραπευτής θα πρέπει να διαλέξει τρεις τρόπους παρέμβασης:

1. Το άτομο να πάει σπίτι του: Το άτομο που δεν έχει κάνει απόπειρα αυτοκτονίας και εκφράζει μόνο αόριστες ιδέες, αλλά αρνείται οποιαδήποτε αυτοκαταστροφικό σχέδιο ή πρόθεση, είναι πιθανότητα υποψήφιο για εξωνοσοκομειακή θεραπεία, που θα γίνει ανάλογα με τη προτίμηση του ασθενή, από ειδικό ή τον οικογενειακό του γιατρό και σε συνεργασία με αυτούς που το παρέπεμψαν. Για το άτομο που έχει κάνει απόπειρα αυτοκτονίας όμως, η εισαγωγή του στο νοσοκομείο είναι συνήθως η θεραπεία εκλογής. Αν, όμως το άτομο αρνείται ότι συνεχίζει να έχει πρόθεση αυτοκτονίας, η απόπειρα από μόνη της δείχνει μικρό κίνδυνο, το άτομο δεν βρίσκεται σε έντονη Κατάθλιψη ή ψύχωση και οι συγγενείς ή φίλοι μπορούν να μείνουν μαζί του, τότε ο ειδικός θεραπευτής θα πρέπει να σκεφτεί τη πιθανότητα να πάει το άτομο σπίτι του. Θα πρέπει όμως να δοθεί ραντεβού στο άτομο αυτό, για την επόμενη κιόλας μέρα με κάποιον ειδικό Ψυχικής Υγείας και να διασφαλισθεί ότι το άτομο θα πάει στο ραντεβού και επίσης ότι η υπηρεσία ή το άτομο που θα το δει, έχουν ενημερωθεί λεπτομερώς, πριν το άτομο φύγει να πάει στο σπίτι του (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

Συχνά, η περίοδος η οποία διαδέχεται την απόπειρα αυτοκτονίας, είναι μια γόνιμη στιγμή για ψυχοθεραπεία. Η πρωιμότητα και η ποιότητα της πρώτης συνέντευξης, αποτελούν τα θεμελιώδη στοιχεία για την επιτυχή έκβαση της θεραπείας. Η αρχική μέριμνα είναι να δημιουργηθεί μια θετική σχέση, η οποία προέρχεται από τη θερμή και καλοπροαίρετη στάση του θεραπευτή, η οποία σέβεται και δεν παραβιάζει τον ψυχικό κόσμο του ατόμου.

Η απόφαση της ενδονοσοκομειακής ή εξωνοσοκομειακής φροντίδας εκτιμάται σύμφωνα με την ικανότητα του ατόμου να δέχεται και να επωφελείται από την προσφερόμενη υποστήριξη, το βαθμό της πρόθεσής του να πεθάνει, τον τρόπο εκτέλεσης, τις ιατρικές συνέπειες της

αυτοκτονικής πράξης και τέλος τις αντιδράσεις της οικογένειας. Η ύπαρξη μιας σχέσης εμπιστοσύνης συνεπάγεται την αποτελεσματικότητα, ανεξάρτητα από το ποιό είναι η τελική απόφαση (Chabrol H., μτφρ. Τερζόγλου, Αθήνα, 1987).

Εντούτοις, οι ενεργητικά αυτοκτονικοί ασθενείς θα πρέπει να νοσηλεύονται, όπως εξάλλου και τα άτομα που αυτοτραυματίζονται επανειλημμένως, ακόμα και αν η αυτοκαταστροφική ενέργειά τους, δεν περιέχει αυτοκτονική πρόθεση, αφού κάλλιστα μπορεί να προκληθεί ένας μη προβλέψιμος θανάσιμος αυτοτραυματισμός. Αντίθετα, οι συχνές και παρατεταμένες νοσοκομειακές εισαγωγές, μπορεί να κριθούν αντί-θεραπευτικές, αφού αφενός διαιωνίζουν το πρόβλημα και αφετέρου αναβάλλουν την άμεση θεραπευτική πρωτοβουλία του ασθενή (Kreisman J. J., & Straus H., New Jersey, 2004).

Μια λειτουργική λύση είναι το «Νοσοκομείο Ημέρας», το οποίο αποτελεί, μία δομή ημερήσιας φροντίδας και προσφέρει ένα κατάλληλο πρόγραμμα για την κοινωνικοποίηση και δραστηριοποίηση των μελών του ([psycrete.gr](http://psycrete.gr)).

Το Νοσοκομείο Ημέρας, εξασφαλίζει την παραμονή του ασθενούς στο οικογενειακό του περιβάλλον ή γενικότερα στο οικείο του υποστηρικτικό σύστημα (συγγενείς, ανάδοχες οικογένειες, προστατευμένες στεγαστικές δομές, κ.ά.), παρέχει τη δυνατότητα αποφυγής και αποφόρτισης πιθανών συγκρούσεων με την οικογένεια, λόγω της νόσου αλλά και λόγω της απουσίας δραστηριοτήτων του ασθενούς ([msu.gr](http://msu.gr)). Δημιουργήθηκε με στόχο να αντιμετωπίσει τον ασθενή σαν μία συνολική βιοψυχοκοινωνική οντότητα, να τον βοηθήσει σε μία διαδικασία αντιμετώπισης, τόσο των οξέων προβλημάτων του όσο και της παλινδρόμησης και της κοινωνικής του απομόνωσης ([psycrete.gr](http://psycrete.gr)).

Παρεμβαίνει ψυχοθεραπευτικά, ψυχο-εκπαιδευτικά, αλλά και στη βάση του αποστιγματισμού, στον ασθενή, στην οικογένεια και στην ευρύτερη κοινότητα με την έννοια της μεγαλύτερης αποδοχής που έχει η μερική και μάλιστα ημερήσια νοσηλεία παρά το «βάρος» που επισύρει ο «εγκλεισμός» σε ψυχιατρικό τμήμα ή ακόμη περισσότερο σε «παραδοσιακό» ψυχιατρικό ίδρυμα. Συμβάλλει αποφασιστικά στη διατήρηση των ισορροπιών ανάμεσα στις ενδονοσοκομειακές και εξω-νοσοκομειακές δομές αποτελώντας τον κύριο συνδετικό τους κρίκο



μεγιστοποιώντας κατά αυτόν τον τρόπο τα αποτελέσματα όλου του φάσματος των δομών παροχής υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (msu.gr). Άλλοι στόχοι είναι η ενθάρρυνση της αυτοπεποίθησης και της αυτοεκτίμησης, η τόνωση των ικανοτήτων και των δυνάμεών του, η αλλαγή των συνηθειών για μεγαλύτερη εμπλοκή και περισσότερες διαπροσωπικές σχέσεις. Βασικός στόχος είναι να μην αποκόπονται οι ασθενείς από τον κοινωνικό ιστό (psycrate.gr).

Η υποχρεωτική νοσηλεία δεν είναι κάτι συνηθισμένο, αλλά μπορεί να συμβεί. Είναι μια νόμιμη διαδικασία, η οποία εφαρμόζεται όταν ένα άτομο κινδυνεύει να βλάψει τον εαυτό του ή τους άλλους και αρνείται τη θεραπεία. Ένα άτομο σε σοβαρή Κατάθλιψη, μπορεί να νοσηλευτεί χωρίς να το θέλει για αξιολόγηση ή θεραπεία αν:

- § Έχει κάνει απόπειρα αυτοκτονίας
- § Κάνει επίμονες σκέψεις αυτοκτονίας και σκοπεύει να τις πραγματοποιήσει
- § Δεν μπορεί να φροντίζει στοιχειωδώς τον εαυτό του, δεν τρώει καλά και γενικώς δεν λαμβάνει τα απαραίτητα μέτρα για την υγεία του.

Το άτομο μπορεί να νοσηλευτεί υποχρεωτικά για ψυχιατρική αξιολόγηση με δικαστική εντολή ή εντολή γιατρού, για περιορισμένο χρονικό διάστημα. Αν η αξιολόγηση δείξει λόγο ανησυχίας, το δικαστήριο πρέπει να αποφασίσει για το αν το άτομο είναι ψυχικά άρρωστο και χρειάζεται θεραπεία. Αν το δικαστήριο αποφασίσει κάτι τέτοιο, θα εκδώσει εντολή υποχρεωτικής νοσηλείας. Χωρίς δικαστική εντολή, το άτομο δεν μπορεί να νοσηλευτεί ενάντια στη θέλησή του, παρά μόνο σε επείγουσα περίπτωση και για ένα μικρό χρονικό διάστημα (Kramlinger K., μτφρ. Χριστίνα Ελιασά, 2004).

Άσχετα με το αν η εισαγωγή του ατόμου είναι ακούσια ή εκούσια, εφόσον υπάρχει κίνδυνος αυτοκτονίας, αυτός θα πρέπει να αναγράφεται με έντονα κόκκινα γράμματα στο φύλλο νοσηλείας.

Εφόσον εξασφαλιστεί η προστασία του ασθενή από την τάση του για αυτοκτονία, η προσοχή θα στραφεί στη θεραπεία της υποκειμενικής νόσου, που μπορεί να υπάρχει. Έτσι θα δοθεί ηλεκτροσπασμοθεραπεία στο άτομο με σοβαρή Κατάθλιψη, λίθιο και αντιψυχωτική αγωγή θα προστεθεί στο

άτομο με Διπολική Διαταραχή και στο άτομο με ψυχωτική Κατάθλιψη. Ενώ, αντικαταθλιπτική αγωγή μπορεί να προστεθεί στην αντιψυχωτική αγωγή σε άτομο με καταθλιπτική συναισθηματική Διαταραχή (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

#### **4.2.3 ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ**

Η Παγκόσμια Φροντίδα Υγείας έχει σημαντικό ρόλο να παίξει και στην τριτογενή πρόληψη της Κατάθλιψης, σε συνεργασία με τις ψυχιατρικές υπηρεσίες, δηλαδή στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση των υποτροπών, στη λήψη θεραπείας συντήρησης και των σταθεροποιητών του συναισθήματος και στη συμμόρφωση του αρρώστου, με τη συνεχιζόμενη αγωγή του (Χριστοδούλου Γ.Ν., Αθήνα, 1998).

Κλασσικά, και σε γενικότερο πλαίσιο, η τριτογενής πρόληψη αντιπροσωπεύει το σύνολο των μέτρων, τα οποία προορίζονται για την αποφυγή των υποτροπών. Ωστόσο, όπως υποστηρίζει ο Chabrol (1987), μακροχρόνιες μελέτες, αποκάλυψαν ότι η επανάληψη των πράξεων αυτοκτονίας, δεν είναι ο μόνος κίνδυνος που απειλεί το άτομο. Αυτή η διαπίστωση οδήγησε στη διεύρυνση της έννοιας της τριτογενούς πρόληψης στο σύνολο των παθολογικών γεγονότων, τα οποία μπορούν να ακολουθήσουν μια απόπειρα αυτοκτονίας. Έτσι λοιπόν, ο τρόπος περαιτέρω θεραπείας υιοθετείται σε σχέση με την ύπαρξη επικίνδυνων παραγόντων (Chabrol Η., μτφρ. Τερζόγλου, Αθήνα, 1987).

#### **4.3 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ**

Οι θεραπείες στην Ψυχιατρική, διακρίνονται σε Ψυχολογικές Θεραπείες (ψυχοθεραπείες) (Μαδιανός Μ.Γ., 2006), σε Βιολογικές Θεραπείες (σωματικές θεραπείες, φαρμακοθεραπεία, ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) καθώς και άλλες εναλλακτικές θεραπείες).

##### **4.3.1 ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ**

#### 4.3.1.1 ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η φαρμακοθεραπεία της Κατάθλιψης βασίζεται στα ψυχοτρόπα φάρμακα. Τα ψυχοτρόπα φάρμακα, είναι χημικοί παράγοντες που επιδρούν στον εγκέφαλο και επηρεάζουν ψυχικές λειτουργίες ή τη συμπεριφορά του ατόμου (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

Εκτός από τη θεραπεία του άγχους με τα αγχολυτικά, η ουσία της συζητήσεως αφορά τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών. Η σταθερή παρουσία της Κατάθλιψης στην αυτοκτονία, θα μπορούσε να δικαιολογήσει την ευρεία χορήγησή τους, που ωστόσο περιορίζεται από το κίνδυνο μιας ηθελημένης σοβαρής δηλητηριάσεως, γεγονός που συνιστά τη χορήγησή τους μόνο σε περιπτώσεις βαρειών καταθλιπτικών ατόμων που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο μέχρι τη βελτίωσή τους. Παρόλα αυτά, υπάρχουν αρκετές ενστάσεις στο θέμα της χορήγησης φαρμάκων, που υποστηρίζουν ότι η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να έχει αντίθετη δράση, μεταθέτοντας το κέντρο της προσοχής από τον ουσιαστικό τρόπο, που είναι η τροποποίηση των οικογενειακών σχέσεων και των συγκρουσιακών καταστάσεων της ζωής. Ωστόσο, είναι αναμφισβήτητη η αναγκαιότητα της φαρμακευτικής αγωγής στη βαριά Κατάθλιψη. Συνεπώς, είναι φανερό ότι η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να ενσωματώνεται μέσα από ένα ευρύτερο θεραπευτικό πρόγραμμα (Chabrol Η., μτφρ. Τερζόγλου, Αθήνα, 1987).

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι συνήθως, η πρώτη επιλογή των ειδικών για τη θεραπεία της Κατάθλιψης, γιατί είναι αποτελεσματικά και γιατί τα νεότερα αντικαταθλιπτικά προκαλούν λιγότερες παρενέργειες από ότι παλαιότερα (Kramlinger Κ., μτφρ. Χριστίνα Ελιασά, 2004). Αυτοκτονικός ιδεασμός, συναντάται σε μια σημαντική αναλογία καταθλιπτικών αρρώστων. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα και κυρίως τα τρικυκλικά, είναι τοξικά σε υπερδοσολογία και δόση δεκαπλάσια της θεραπευτικής, μπορεί να είναι θανατηφόρα για τον άρρωστο. Είναι σκόπιμο να διερευνάται η ύπαρξη ιδεών ή σχεδίων αυτοκτονίας, πριν από την έναρξη της θεραπείας και να μην χορηγείται στον άρρωστο ποσότητα φαρμάκου μεγαλύτερη της απαιτούμενης για θεραπεία μίας εβδομάδας (Χριστοδούλου Γ.Ν., Αθήνα 1998).

Τα αντικαταθλιπτικά επιδρούν στα νευρικά κύτταρα του εγκεφάλου, πιο συγκεκριμένα αλλάζουν τη δράση των χημικών ουσιών (νευροδιαβιβαστές) (psyche.gr).

#### 4.3.1.1.1 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΝΕΥΡΟΔΙΑΒΙΒΑΣΤΩΝ

Οι νευροδιαβιβαστές είναι χημικές ουσίες που χρησιμοποιούν τα νευρικά κύτταρα (νευρώνες) για να επικοινωνήσουν μεταξύ τους. Οι νευρώνες στη πραγματικότητα δεν εφάπτονται μεταξύ τους. Επομένως για να επικοινωνήσει ένας νευρώνας του εγκεφάλου με έναν άλλον, λαμβάνουν χώρα οι ακόλουθες διαδικασίες:

- 1) Ο νευρώνας που στέλνει ένα μήνυμα σε έναν άλλο νευρώνα, απελευθερώνει πολλά αντίτυπα του ίδιου νευροδιαβιβαστή σε ένα μικρό κενό (σύναψη) ανάμεσα στα δύο κύτταρα.
- 2) Στη σύναψη οι νευροδιαβιβαστές ενώνονται με τους υποδοχείς στο νευρώνα-αποδέκτη, όπως περίπου ένα κλειδί (νευροδιαβιβαστής) στη κλειδαριά (υποδοχέας). Αυτοί οι υποδοχείς βρίσκονται στο εξωτερικό κάλυμμα του νευρώνα-αποδέκτη.
- 3) Όταν οι νευροδιαβιβαστές, ενώνονται με τους υποδοχείς, ο νευρώνας-αποδέκτης, απελευθερώνει νευροδιαβιβαστές ξανά στη σύναψη, όπου και παραμένουν μέχρι να επιστρέψουν στον νευρώνα-αποστολέα, μια διαδικασία που ονομάζεται *επαναπρόσληψη*.
- 4) Μέσα στον νευρώνα-αποστολέα, οι νευροδιαβιβαστές, συσσωρεύονται για μελλοντική χρήση ή διασπώνται από ένα ένζυμο που ονομάζεται μονοαμινοοξειδάση.

Η νευροδιαβιβαστές, που σχετίζονται με τη Κατάθλιψη είναι η *σεροτονίνη* και η *νορεπινεφρίνη*. Ένας τρίτος νευροδιαβιβαστής είναι η *ντοπαμίνη*, που παίζει εξίσου σημαντικό ρόλο στην ασθένεια. Οι έρευνες δείχνουν ότι τα άτομα με Κατάθλιψη, έχουν μικρότερες ποσότητες τέτοιων νευροδιαβιβαστών στις συνάψεις ανάμεσα στους νευρώνες από τα άτομα που δεν πάσχουν από Κατάθλιψη (Kramlinger K., μτφρ. Χριστίνα Ελιασά, 2004).

#### 4.3.1.1.2 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται σήμερα για τη θεραπευτική αντιμετώπιση ενός συνήθους καταθλιπτικού επεισοδίου, χωρίς ειδικά χαρακτηριστικά (Παραληρητική, Άτυπη, Διπολική Κατάθλιψη) κατατάσσονται στις ακόλουθες κατηγορίες (Χριστοδούλου Γ.Ν., Αθήνα 1998):

##### **A) Αναστολείς επαναπρόσληψης και αναστολείς υποδοχέα**

Λειτουργία: Αυτά τα αντικαταθλιπτικά, δρουν στα εγκεφαλικά κύτταρα με δύο τρόπους: Εμποδίζοντας της επαναπρόσληψη ενός η περισσοτέρου νευροδιαβιβαστών και εμποδίζοντας έναν ή περισσότερους υποδοχείς νευρώνων.

Περιλαμβάνονται:

- § Τραζοδόνη (Desyrel): Εμποδίζει την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης και φράζει ένα συγκεκριμένο τύπο υποδοχέα σεροτονίνης. Σε μικρότερη έκταση, φράζει αρκετά είδη υποδοχέων που λαμβάνουν μηνύματα από τους νευροδιαβιβαστές νορεπινεφρίνη και ισταμίνη. Επειδή εμποδίζει του υποδοχείς ισταμίνης, η τραζοδόνη, περισσότερο από άλλα αντικαταθλιπτικά, προκαλεί υπνηλία (νάρκωση). Συνήθως χορηγείται σε μικρές δόσεις, ως βοηθητικό για τον ύπνο. Μερικές φορές οι γιατροί συνδυάζουν την τραζοδόνη με άλλα αντικαταθλιπτικά.
- § Νεφαζοδόνη (Serzone): Εμποδίζει την επαναπρόσληψη σεροτονίνης και σε μικρότερη έκταση, της νορεπινεφρίνης. Φράζει επίσης ένα ορισμένο είδος υποδοχέα σεροτονίνης και σε μικρότερη έκταση, ένα είδος υποδοχέα νορεπινεφρίνης.
- § Μαπροτιλίνη (Ludiomil): Εμποδίζει την επαναπρόσληψη της νορεπινεφρίνης και φράζει ορισμένους τύπους υποδοχέων νορεπινεφρίνης.
- § Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά: Εμποδίζουν την επανα-πρόσληψη της σεροτονίνης και της νορεπινεφρίνης και φράζουν ορισμένους υποδοχείς. Κάθε τύπος τρικυκλικού αντικαταθλιπτικού δρα με ελαφρώς διαφορετική μέθοδο, καθιερώνοντας το δικό του αποτελεσματικό τρόπο. Τα τρικυκλικά περιλαμβάνουν:
  - Αμιτριπτυλίνη (Elavil, Endep)

- ο Δεσιπραμίνη (Norpramin)
- ο Ιμιπραμίνη (Tofranil)
- ο Νορτριπτιλίνη (Aventyl, Pamerol)
- ο Προτριπτιλίνη (Vivactil)
- ο Τριμιπραμίνη (Surmontil)

Παρενέργειες: Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά χρησιμοποιούνται από τη δεκαετία του 1950, ωστόσο δεν αποτελούν συνήθως, φάρμακα πρώτης επιλογής, γιατί έχουν πιο ενοχλητικές παρενέργειες από τα άλλα αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Οι συνηθισμένες παρενέργειες των τρικυκλικών είναι ξηροστομία, θολή όραση, ζαλάδα, υπνηλία, αύξηση βάρους, δυσκοιλιότητα και δύσκολη διούρηση. Επίσης, τα τρικυκλικά μπορεί να προκαλέσουν ή να επιδεινώσουν ορισμένες ιατρικές παθήσεις, όπως ο μεγεθυμένος προστάτης, ορισμένες μορφές γλαυκώματος, και ορισμένες μορφές καρδιοπαθειών (Kramlinger K., μτφρ. Χριστίνα Ελιασά, 2004). Τέλος, θα πρέπει να αποφεύγεται η χορήγηση τρικυκλικών ή να δίνονται μικρές ποσότητες στον άρρωστο, γιατί το ενδεχόμενο απόπειρας αυτοκτονίας με τα φάρμακα που χρησιμοποιεί (Χριστοδούλου Γ.Ν., Αθήνα 1998).

## **B) Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟΙ)**

Λειτουργία: Οι αναστολείς μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ ή ΜΑΟΙ), εμποδίζουν τη δράση των ενζύμων μονοαμινοξειδάσης, μέσα στους νευρώνες που διασπούν τους νευροδιαβιβαστές σεροτονίνη και νορεπινεφρίνη. Έτσι οι νευροδιαβιβαστές, παραμένουν ενεργοί για περισσότερο χρόνο μετά τη σύναψη.

Περιλαμβάνονται:

§ Φενελζίνη (Nardil)

§ Τρανυλσουπρομίνη (Parnate)

Παρενέργειες: Επειδή αυτά τα φάρμακα προκαλούν σοβαρές παρενέργειες, και επειδή υπάρχουν ένα σωρό άλλα φάρμακα, τα ΜΑΟΙ χρησιμοποιούνται πολύ σπάνια σήμερα. Οι αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στις τροφές και τα φάρμακα, είναι ένα σοβαρό ζήτημα σχετικά με τα ΜΑΟΙ. Οι τροφές και τα φάρμακα, που περιέχουν υψηλά επίπεδα αμινοξέος τυραμίνη, αλληλεπιδρούν με τα φάρμακα, προκαλώντας αύξηση της πίεσης, κάτι που με τη σειρά του οδηγεί σε πονοκεφάλους, ταχυκαρδίες και πιθανώς

εγκεφαλικό. Τα άτομα που τους έχουν χορηγηθεί MAOI, πρέπει να ακολουθούν αυστηρή διαίτα και να προσέχουν πολύ στη χρήση άλλων φαρμάκων. Οι τροφές που περιέχουν το αμινοξύ τυραμίνη είναι το τυρί, η σοκολάτα, τα προϊόντα σόγιας, ορισμένα φασόλια, το αβοκάντο, ο καφές, η μπίρα, το κόκκινο κρασί και οι πίκλες. Πιο σύγχρονα και επιλεκτικά MAOI, που δεν αλληλεπιδρούν με τροφές ή άλλα φάρμακα, βρίσκονται ήδη υπό μελέτη και ίσως αρχίσουν να χρησιμοποιούνται στο μέλλον (Kramlinger K., μτφρ. Χριστίνα Ελιασά, 2004).

### **Γ) Ειδικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης**

(specific serotonin reuptake inhibitors, SSRIs) (Χριστοδούλου Γ.Ν., Αθήνα 1998).

Λειτουργία: Αυτή η ομάδα αντικαταθλιπτικών, επηρεάζει τη δραστηριότητα του νευροδιαβιβαστή σεροτονίνη, εμποδίζοντας την επιστροφή (επαναπρόσληψη) της σεροτονίνης στο αρχικό της κύτταρο. Η λέξη «επιλεκτική» σχετίζεται με την ικανότητα του φαρμάκου να λειτουργεί σχεδόν αποκλειστικά στην σεροτονίνη και να μην επηρεάζει ιδιαίτερα τους άλλους νευροδιαβιβαστές.

Περιλαμβάνονται:

- § Κιταλοπράμη (Celexa)
- § Φλουβοξαμίνη (Luvox)
- § Φλουοξετίνη (Prozac)
- § Παροξετίνη (Paxil)
- § Σερτραλίνη (Zoloft)

Παρενέργειες: Ορισμένα άτομα παρουσιάζουν ήπια γαστρεντερικά προβλήματα, τα οποία όμως υποχωρούν με τον καιρό. Τα SSRI, προκαλούν επίσης σεξουαλικά προβλήματα (μειώνουν της ερωτική επιθυμία, ή εμποδίζουν τον οργασμό). Μια πολύ σπάνια, αλλά θανατηφόρα παρενέργεια των φαρμάκων, είναι το σύνδρομο σεροτονίνης. Παρουσιάζεται όταν ένα SSRI, αλληλεπιδράσει με άλλα αντικαταθλιπτικά, συνήθως κάποιον αναστολέα μονοαμινοξειδάσης. Ωστόσο, παρουσιάζεται επίσης όταν λαμβάνεται ένα SSRI, με το βότανο St. John's, ένα συμπλήρωμα βοτάνων που χορηγείται χωρίς ιατρική συνταγή. Το βότανο αυτό προκαλεί χημικές αντιδράσεις, μια από τις οποίες επηρεάζει τη δραστηριότητα της σεροτονίνης. Τα σημάδια και τα συμπτώματα του

συνδρόμου σεροτονίνης, περιλαμβάνουν σύγχυση, παραισθήσεις, διακυμάνσεις της πίεσης και του καρδιακού σφυγμού, πυρετό, σπασμούς, ακόμα και κώμα.

#### **Δ) Αναστολείς υποδοχέα**

Λειτουργία: Αντί να εμποδίζει την επαναπρόσληψη των νευροδιαβιβαστών, το αντικαταθλιπτικό μιρταζαπίνη (**Rameron**), εμποδίζει τους νευροδιαβιβαστές να ενωθούν με τους υποδοχείς νευρώνων – κυρίως αυτών που λαμβάνουν μηνύματα από τον νευροδιαβιβαστή νορεπινεφρίνη. Αυτή η απόφραξη επιλεγμένων υποδοχέων πιστεύεται πως αυξάνει έμμεσα τη δραστηριότητα της νορεπινεφρίνης και της σεροτονίνης στον εγκέφαλο.

#### **Ε) Αναστολείς επαναπρόσληψης διάφορων νευροδιαβιβαστών**

Λειτουργία: Αντίθετα με τους αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης, που επηρεάζουν την επαναπρόσληψη μόνο της σεροτονίνης, οι αναστολείς επαναπρόσληψης διάφορων νευρο-διαβιβαστών εμποδίζουν την επαναπρόσληψη διάφορων νευρο-διαβιβαστών.

Περιλαμβάνονται:

§ Αναστολέας επαναπρόσληψης σεροτονίνης-νορεπινεφρίνης: Το αντικαταθλιπτικό βενλαφαξίνη (**Effexor**), εμποδίζει την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης και της νορεπινεφρίνης.  
Παρενέργειες: Μερικά από τα άτομα που παίρνουν βενλαφαξίνη, παρουσιάζουν αύξηση της πίεσης στη διάρκεια λήψης του φαρμάκου ειδικά αν ακολουθείται θεραπεία κατά της υπέρτασης.

§ Αναστολέας επαναπρόσληψης νορεπινεφρίνης-ντοπαμίνης: Το φάρμακο βουπροπιόνη (**Wellbutrin**), εμποδίζει την επαναπρόσληψη της νορεπινεφρίνης και της ντοπαμίνης.

Παρενέργειες: Το φάρμακο αυξάνει τη πιθανότητα σπασμών. Επομένως, δεν συστήνεται σε άτομα με ιστορικό σπασμών ή σε άτομα με νευρική βουλιμία, μιας και που η νευρική βουλιμία αυξάνει τον κίνδυνο σπασμών (**Kramlinger K.**, μτφρ. Χριστίνα Ελιασά, 2004).



#### 4.3.1.1.3 ΑΛΛΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Αναλογικά με τη μορφή της Κατάθλιψης αλλά και τις περιπτώσεις ενδεχόμενης συννοσηρότητας, μπορεί να χορηγηθεί και δεύτερο φάρμακο σε συνδυασμό με ένα αντικαταθλιπτικό για να θεραπεύσει την ασθένεια.

∅ **Σταθεροποιητές Διάθεσης:** Οι σταθεροποιητές διάθεσης χορηγούνται σε περίπτωση Διπολικής Διαταραχής, η οποία προκαλεί μεταπτώσεις ανάμεσα σε Κατάθλιψη και Μανία. Τα δύο είδη σταθεροποιητών είναι το λίθιο και τα αντισπασμωδικά.

§ **Λίθιο (Eskalith, Lithobid):** Είναι μια φυσική ουσία που υπάρχει σε μικρές ποσότητες χρωμάτων και μεταλλικών πηγών. Ελέγχει τη μανία ανακουφίζει τη θλίψη και εμποδίζει τις μεταπτώσεις της διάθεσης από το ένα άκρο στο άλλο.

§ **Αντισπασμωδικά:** Το βαλπροϊκό οξύ (Depakote) και η καρβαμαζεπίνη (Carbatrol, Tegretol), είναι αντισπασμωδικά φάρμακα που χορηγούνται κυρίως σε περιπτώσεις σπασμωδικών διαταραχών (επιληψίας). Ενώ θεραπεύουν επίσης και τη διπολική Διαταραχή (Kramlinger K., μτφρ. Χριστίνα Ελιασά, 2004).

∅ **Αγχολυτικά φάρμακα:** Τα αγχολυτικά (ή ελάσσονα ηρεμιστικά ή *αντιαγχώδη*), είναι τα πιο συχνά αναγραφόμενα φάρμακα στην ιατρική, που συνήθως ελέγχουν το άγχος, αλλά όμως δεν το θεραπεύουν. Έτσι, αυτά τα φάρμακα δεν είναι πρωταρχική θεραπεία εκλογής για καμία ψυχιατρική Διαταραχή, αφού έχουν ένδειξη μόνο για βραχείας διάρκειας θεραπεία παροδικών τύπων άγχους. Αφού οι περισσότεροι άνθρωποι ανέχονται το άγχος, χωρίς να γίνονται δυσλειτουργικοί, οι αντιαγχώδεις παράγοντες πρέπει να ενδείκνυνται μονάχα όταν ο ασθενής γίνεται, κατά κάποιο τρόπο, ανίκανος και δυσλειτουργικός. Τα ηρεμιστικά που ονομάζονται βενζοδιαζεπίνες, μπορεί να χρησιμοποιηθούν ως αντιαγχώδη, ως κατασταλτικά / καταπραϋντικά, ως μυοχαλαρωτικά και ως αντιεπιληπτικά φάρμακα (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Δρουν γρήγορα, -συνήθως μέσα σε 30 με 90 λεπτά – μειώνοντας το άγχος. Ωστόσο αυτού του είδους τα φάρμακα έχουν δύο βασικά μειονεκτήματα: εθίζουν τον οργανισμό εάν λαμβάνονται περισσότερο από μερικές εβδομάδες και δεν είναι αποτελεσματικά στον έλεγχο της

Κατάθλιψης . Για αυτούς τους λόγους οι γιατροί τα χορηγούν για πολύ περιορισμένο διάστημα.

Τα πιο συνηθισμένα ηρεμιστικά που ελέγχουν το άγχος είναι:

- § Αλπραζολάμη (Xanax)
- § Χλωρδιαζεπροξίδη (Librium)
- § Κλοναζεπάμη (Klonopin)
- § Διαζεπάμη (Valium)
- § Λοραζεπάμη (Ativan)

Παρενέργειες: Τα ηρεμιστικά προκαλούν ζαλάδα, έλλειψη ισορροπίας και μειωμένο μυϊκό συγχρονισμό. Οι μεγάλες δόσεις και η μακροχρόνια χρήση τους επηρεάζουν την μνήμη.

Ø **Αντιψυχωσικά φάρμακα:** Χορηγούνται σε σοβαρές περιπτώσεις Κατάθλιψης που συνοδεύεται από ψύχωση, μια πάθηση κατά την οποία το άτομο έχει παραισθήσεις ή αυταπάτες. Μερικά από τα συνηθισμένα αντιψυχωσικά φάρμακα είναι τα εξής:

- § Αλοπεριδόλη (Haldol)
- § Ολανζαπίνη (Zyprexa)
- § Κετιαπίνη (Seroquel)
- § Ρισπεριδόνη (Risperdal)
- § Θειοριζαδίνη (Mellaril)
- § Τριφθοριοπερατίνη (Stelazine)
- § Ζιπρασιδόνη (Geodon)

Παρενέργειες: Τα φάρμακα αυτά, μπορεί να προκαλέσουν αύξηση σωματικού βάρους, ξηροστομία, θολή όραση, δυσκοιλιότητα, υπνηλία και τάση για εγκαύματα στον ήλιο. Περιστασιακά, τα αντιψυχωσικά φάρμακα προκαλούν ακούσιες συσπάσεις των μικρών μυών του προσώπου, δηλαδή των χειλών, της γλώσσας και, μερικές φορές, και άλλων τμημάτων του σώματος (Kramlinger K., μτφρ. Χριστίνα Ελιασά, 2004).

#### **4.3.1.1.4 ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (CONTINUATION TREATMENT)**

Η συνεχιζόμενη θεραπεία, βασίζεται στην υπόθεση ότι τα επεισόδια της Κατάθλιψης, δεν τερματίζονται με την υποχώρηση των συμπτωμάτων και ότι για μια περίοδο μηνών, μετά τη διακοπή της θεραπείας, η υποτροπή της νόσου είναι δυνατή.

Στη μείζονα Κατάθλιψη, η συνήθης πρακτική είναι να συνεχίζεται η φαρμακοθεραπεία για μια περίοδο 4-12 μηνών, μετά την υποχώρηση των συμπτωμάτων και στη συνέχεια η δόση να μειώνεται προοδευτικά με προσεκτική παρακολούθηση για ενδεχόμενη υποτροπή. Ο κίνδυνος υποτροπής, μειώνεται σημαντικά μετά από μια περίοδο τουλάχιστον 16-20 εβδομάδων, κατά την οποία ο άρρωστος παραμένει ελεύθερος συμπτωμάτων, ενώ η αρχική περίοδος των 8 εβδομάδων, είναι περισσότερο επικίνδυνη για υποτροπή.

Η χρονιότητα της νόσου με πολλά επεισόδια στο παρελθόν, η μη συμμόρφωση του αρρώστου στη θεραπεία, η συνυπάρχουσα σωματική νόσος, διαταραχές Προσωπικότητας, αυτοκτονικοί ή αυτοτραυματικοί ιδεασμοί και συνεχιζόμενο ψυχοκοινωνικό στρες, αποτελούν παράγοντες κινδύνου που ευνοούν την επανεμφάνιση των συμπτωμάτων (Χριστοδούλου Γ.Ν., Αθήνα, 1998).

#### **4.3.1.1.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ (MAINTENANCE TREATMENT)**

Σύμφωνα με τον Μαδιανό (2006) *θεραπεία συντήρησης* θεωρείται, η φαρμακευτική αγωγή η οποία χορηγείται όταν τα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, είναι σε ύφεση ή μπορεί να έχουν εξαλειφθεί (Μαδιανός Μ.Γ., Αθήνα, 2006).

Η πρακτική της θεραπείας συντήρησης, είναι να χορηγείται η πλήρης θεραπευτική δόση, η οποία επέφερε το αρχικό αποτέλεσμα και η θεραπεία να συνεχίζεται για διάστημα ετών, ανάλογα με την ύπαρξη παραγόντων κινδύνου. Η δοσολογία όμως, σε αρκετές περιπτώσεις, μειώνεται κατά 40-50% της δοσολογίας εφόδου. Γενικά πρέπει να ακολουθείται η χαμηλότερη

δοσολογία, με την οποία ελέγχονται τα ψυχωσικά συμπτώματα (Μαδιανός Μ.Γ., Αθήνα, 2006). Για μερικούς αρρώστους, η θεραπεία συντήρησης θα πρέπει να συνεχίζεται έπ' αόριστον (Χριστοδούλου Γ.Ν., 1998).

Η θεραπεία συντήρησης γίνεται για την πρόληψη των υποτροπών, υπό μίας χρόνιας διαδρομής μιας ψυχικής νόσου (διπολική Διαταραχή κλπ.). Περίπου το 40-60% των χρόνιων ψυχωσικών αρρώστων, όπως υποστηρίζει ο Μαδιανός (2006), υποτροπιάζει μέσα σε έξι μήνες, ενώ το 60-80%, σε ένα χρόνο εάν διακοπεί η φαρμακευτική αγωγή (Μαδιανός Μ.Γ., Αθήνα, 2006).

Η διακοπή θα πρέπει να γίνεται βαθμιαία, για αποφυγή εμφάνισης παλίνδρομων χολινεργικών συμπτωμάτων και νέων επεισοδίων της νόσου. Υπάρχουν επίσης ενδείξεις, ότι η απότομη διακοπή της θεραπείας συντήρησης με λίθιο, οδήγησε πολλούς μανιοκαταθλιπτικούς αρρώστους σε φαινόμενο «αναπήδησης» (rebound) (Χριστοδούλου Γ.Ν., 1998).

#### 4.3.1.1.6 ΑΝΘΕΚΤΙΚΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Ενώ το 70-80% των περιπτώσεων η Κατάθλιψη ανταποκρίνεται ικανοποιητικά στη θεραπεία πρώτης εκλογής, ένα ποσοστό της τάξεως του 5-10% των αρρώστων, παραμένουν συμπτωματικοί παρά τις πολλαπλές θεραπευτικές παρεμβάσεις. Σύμφωνα με τον Γ.Ν. Χριστοδούλου (1998):

*«Ανθεκτική χαρακτηρίζεται η Κατάθλιψη, που δεν απαντά ικανοποιητικά σε 2 τύπους θεραπείας με φάρμακα διαφορετικής κατηγορίας που δόθηκαν σε επαρκή δοσολογία και για επαρκές χρονικό διάστημα».*

Κατά άλλους, Ανθεκτική χαρακτηρίζεται η Κατάθλιψη, που δεν ανταποκρίθηκε σε μια μεμονωμένη θεραπεία για επαρκή χρόνο. Ως κριτήριο ανταπόκρισης θεωρείται η κατά 50% μείωση της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας Hamilton (17 συμπτωμάτων) και βαθμολογίας όχι μεγαλύτερη από το 7 της κλίμακας. (αναλυτικότερα για την κλίμακα Hamilton, βλ. ενότητα Κ.1 - Παράρτημα).

#### **4.3.1.1.6.1 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΝΘΕΚΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

1. Παράταση του χρόνου θεραπείας, πέραν των 6 εβδομάδων για 2-4 εβδομάδες, επειδή έχει διαπιστωθεί ότι ένα ποσοστό αρρώστων παρουσιάζουν καθυστερημένη ανταπόκριση.
2. Προσαρμογή της δόσης. Η θεραπεία με υποθεραπευτικές δόσεις, είναι συχνή αιτία ανεπαρκούς ανταπόκρισης στη θεραπεία. Η χορήγηση υψηλών δόσεων, οδηγεί σε θεραπευτική ανταπόκριση, αρρώστους που δεν ανταποκρίθηκαν στις υψηλότερες συμβατικές δόσεις.
3. Εάν και πάλι ο άρρωστος δεν παρουσιάσει βελτίωση οι περαιτέρω στρατηγικές είναι η *στρατηγική μετάπτωσης σε άλλο αντικαταθλιπτικό* και η *στρατηγική ενίσχυσης της θεραπείας*, συνήθως με προσθήκη αλάτων λιθίου κ.ά. (Χριστοδούλου Γ.Ν., Αθήνα, 1998).

#### **4.3.2 ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ**

##### **4.3.2.1 ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ (ECT)**

Η *Ηλεκτροσπασμοθεραπεία*, ή *Ηλεκτροθεραπεία* (ΗΣΘ), επίσης γνωστή και ως *Ηλεκτροσόκ* (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997), αντιπροσωπεύει μια αποτελεσματική και εξαιρετικά ασφαλή θεραπεία, με ταχεία εμφάνιση θεραπευτικού αποτελέσματος. Έχει αποδειχθεί αποτελεσματική σε όλες τις υποκατηγορίες της μονοπολικής και διπολικής Κατάθλιψης και ενδείκνυται ιδιαίτερα σε αρρώστους που δεν ανταποκρίθηκαν ή δεν ανέχονται τη φαρμακευτική αγωγή, σε αρρώστους με ψυχωσικά συμπτώματα, με αυτοκτονικό ιδεασμό, με διέγερση και εμβροντησία, σε αρρώστους που αρνούνται τη λήψη τροφής και σε εκείνους που απάντησαν ευνοϊκά σε προηγούμενη ηλεκτροθεραπεία (Χριστοδούλου Γ.Ν., Αθήνα, 1998).

Θα μπορούσε να ειπωθεί με σιγουριά, ότι η Ηλεκτροσπασμοθεραπεία, είναι η πιο αρνητικά διαφημισμένη θεραπεία στην ιατρική. Η λαϊκή βιβλιογραφία, την έχει παρουσιάσει σαν έναν απωθητικό και βάρβαρο χειρισμό. Εντούτοις, η ηλεκτροθεραπεία δεν είναι απάνθρωπη και οπωσδήποτε έχει συγκεκριμένες ενδείξεις με σημαντικά αποτελέσματα. Η «κακή εντύπωση», οφείλεται κυρίως στην έλλειψη σύγχρονης ενημέρωσης για το πως εφαρμόζεται σωστά, και στη δημόσια αντίδραση για τις εξουσιαστικές πλευρές του συστήματος Ψυχικής Υγείας (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

Η Ηλεκτροσπασμοθεραπεία είναι μια επιστημονικά εκλεπτυσμένη θεραπεία που εφαρμόζεται όλο και πιο συχνά σε εξωτερικούς ασθενείς. Ο χρόνος νάρκωσης του ασθενή είναι μόνο 10 λεπτά και άλλα 30-45 λεπτά στην αίθουσα ανάρρωσης. Η ιατρική ομάδα, συνήθως, περιλαμβάνει έναν Ψυχίατρο, έναν Νοσοκόμο και έναν Αναισθησιολόγο.

Όπως και σε πολλά ιατρικά κέντρα, έτσι και στην Κλινική Mayo (Kramlinger K., μτφρ. Χριστίνα Ελιασά, 2004), η θεραπευτική διαδικασία, έχει ως εξής:

1. Πριν την διαδικασία, ο ασθενής εξετάζεται και του απευθύνονται ορισμένες ερωτήσεις, με σκοπό να βεβαιωθούν οι ειδικοί ότι είναι έτοιμος για τη θεραπεία.
2. Έπειτα μεταφέρεται στο χώρο, όπου θα πραγματοποιηθεί η θεραπεία. Ξαπλώνει και ο γιατρός τοποθετεί στο κεφάλι του μικρά ηλεκτρόδια, στο μέγεθος ενός νομίσματος.
3. Την ώρα που τοποθετούνται τα ηλεκτρόδια, ο αναισθησιολόγος, χορηγεί στον ασθενή ενδοφλεβίως ένα αναισθητικό φάρμακο, μικρής διάρκειας, με σκοπό να προκαλέσει υπνηλία στον ασθενή και ένα μυοχαλαρωτικό φάρμακο, για να εμποδίσει τον τραυματισμό των μυών, κατά τη διάρκεια των σπασμών. Ανάλογα με την κατάσταση της υγείας του ασθενούς, ο γιατρός μπορεί να κρίνει ορθό να χορηγήσει στον ασθενή και άλλα φάρμακα.
4. Όταν αρχίζει να δρα το αναισθητικό, ο γιατρός τοποθετεί στο στόμα του ασθενούς μια μάσκα οξυγόνου, η οποία των βοηθά να αναπνέει.
5. Έπειτα τα χέρια του ασθενούς τοποθετούνται σε ένα πιεσόμετρο.
6. Αφού ο ασθενής αποκοιμηθεί, λόγω της επίδρασης του αναισθητικού, ο γιατρός πατά ένα διακόπτη στη συσκευή Ηλεκτρο-

σπασμοθεραπείας. Ένα πολύ ασθενές ηλεκτρικό ρεύμα, αρχίζει να περνά από τα ηλεκτρόδια που έχουν τοποθετηθεί στον εγκέφαλο του ασθενούς, προκαλώντας σπασμούς που συνήθως διαρκούν 30-60 δευτερόλεπτα. Οι σπασμοί αυτοί, δεν γίνονται αντιληπτοί από τον ασθενή, λόγω του αναισθητικού και του μυοχαλαρωτικού. Η μόνη ένδειξη ότι ο ασθενής έχει σπασμούς είναι μια μικρή κίνηση του ποδιού ή του χεριού.

7. Όταν ο γιατρός τυλίζει το πιεσόμετρο, γύρω από τον καρπό ή τον αστράγαλο του ασθενή, το μυοχαλαρωτικό σταματά προσωρινά να παραλύει τους μυς στο αντίστοιχο πόδι ή χέρι. Το πόδι ή το χέρι τραντάζεται στη διάρκεια των σπασμών και βοηθά τους γιατρούς να βεβαιώνονται ότι όντως προκαλείται σπασμός.
8. Κατά τη διάρκεια των σπασμών, ο καρδιακός ρυθμός, η πίεση και η λήψη οξυγόνου, παρακολουθούνται προσεκτικά. Ένα ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, καταγράφει τη δραστηριότητα του εγκεφάλου και ένα ηλεκτροκαρδιογράφημα δείχνει τη λειτουργία της καρδιάς. Η ξαφνική αυξημένη δραστηριότητα, σηματοδοτεί την αρχή ενός σπασμού και η ευθεία γραμμή του ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος, δείχνει πότε σταματά ο σπασμός.
9. Λίγα λεπτά αργότερα αρχίζει να εξασθενεί η επίδραση του αναισθητικού και του μυοχαλαρωτικού και οι γιατροί μεταφέρουν τον ασθενή στην αίθουσα ανάρρωσης όπου και παρακολουθείται από νοσοκόμα.
10. Τη στιγμή που ο ασθενής συνέρχεται, μπορεί να νιώσει μια σύγχυση, η οποία συνήθως διαρκεί από μερικά λεπτά ως μερικές ώρες.

Κανένας δεν γνωρίζει με βεβαιότητα τον τρόπο με τον οποίον η Ηλεκτροσπασμοθεραπεία θεραπεύει την Κατάθλιψη. Είναι γνωστό, ωστόσο, ότι κατά τη διάρκεια των σπασμών και ύστερα από αυτούς, αλλάζουν πολλά χημικά στοιχεία στην εγκεφαλική λειτουργία. Οι ερευνητές θεωρούν ότι όταν γίνεται τακτικά η Ηλεκτροσπασμοθεραπεία, αυτές οι χημικές αλλαγές διαδέχονται η μία την άλλη και με κάποιο τρόπο μειώνουν την Κατάθλιψη.

Απατούνται 6-12 θεραπείες Ηλεκτροσπασμοθεραπείας, στη διάρκεια μερικών εβδομάδων. Συνήθως πραγματοποιούνται 3 φορές την εβδομάδα. Ακόμα και όταν αρχίσουν να υποχωρούν τα συμπτώματα του ασθενή, η θεραπεία πρέπει να συνεχιστεί για την αποφυγή υποτροπών. Μετά την Ηλεκτροσπασμοθεραπεία, χορηγούνται αντικαταθλιπτικά ή συνεχίζονται οι θεραπείες σε πιο αραιά χρονικά διαστήματα, κάτι που ονομάζεται *Ηλεκτροσπασμοθεραπεία διατήρησης*.

Η Ηλεκτροσπασμοθεραπεία διατήρησης, γίνεται μια φορά την εβδομάδα, και σταδιακά θα μειωθεί σε μια φορά το μήνα ή μια φορά κάθε μερικούς μήνες. Ορισμένα άτομα κάνουν θεραπείες για ένα χρόνο ή και παραπάνω (Kramlinger K., μτφρ. Χριστίνα Ελιασά, 2004).

Γενικά η Ηλεκτροσπασμοθεραπεία, δεν εφαρμόζεται ως θεραπεία πρώτης εκλογής, λόγω κυρίως προκατάληψης και αρνητικής κριτικής, ιδίως από μη ιατρικούς κύκλους, ότι αποτελεί επικίνδυνη θεραπεία και ότι προκαλεί εγκεφαλική βλάβη.

Η συγκριτική αξιολόγηση της Ηλεκτροσπασμοθεραπείας και της φαρμακοθεραπείας, σε μέση ανάλυση, έδειξε ότι η μέση απαντητικότητα της Ηλεκτροσπασμοθεραπείας είναι κατά 20% ανώτερη της θεραπείας με τρικυκλικά και κατά 45% ανώτερη της θεραπείας με αναστολής της ΜΑΟΙ. Καμία άλλη θεραπευτική προσέγγιση, δεν αποδείχθηκε περισσότερο αποτελεσματική από την Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (Χριστοδούλου Γ.Ν., Αθήνα, 1998). Η Ηλεκτροσπασμοθεραπεία, είναι αποτελεσματική στο 80% περίπου των ατόμων που ολοκληρώνουν τις συνεδρίες. Τα αποτελέσματα πολλές φορές δεν είναι άμεσα αλλά η Ηλεκτροσπασμοθεραπεία γενικά δρα πολύ πιο γρήγορα από τα φάρμακα. Πολλοί ασθενείς αρχίζουν να παρατηρούν βελτίωση έπειτα από δύο ή τρεις θεραπείες και γενικά μένουν ευχαριστημένοι από τα αποτελέσματα (Kramlinger K., μτφρ. Χριστίνα Ελιασά, 2004).

Οι παρενέργειες συνήθως περιλαμβάνουν μερική απώλεια μνήμης αμέσως μετά την Ηλεκτροσπασμοθεραπεία, που μπορεί να κρατήσει από μερικές ώρες έως μερικούς μήνες. Η απώλεια μνήμης περιλαμβάνει αμνησία για πρόσφατα γεγονότα πριν την Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (παλίνδρομη αμνησία) και δυσκολία στη συγκράτηση νέων πληροφοριών μετά (πρόδρομη αμνησία) το πέρας της. Η αμνησία μειώνεται προοδευτικά στις επόμενες εβδομάδες και αποκαθίσταται πλήρως σε 6-9 μήνες. Άλλες



αντιμετωπίσιμες ή παροδικές παρενέργειες είναι: η δημιουργία πονοκεφάλων, μυϊκοί πόνοι, αύξηση σωματικού βάρους, αμηνόρροια ή άλλες διαταραχές της εμμηνορρυσίας, παροδική αύξηση της διαπερατότητας του αιματεγκεφαλικού φραγμού, υπέρταση, άπνοια και καρδιακές αρρυθμίες.

Δεν υπάρχουν απόλυτες αντενδείξεις για την εφαρμογή της Ηλεκτροσπασμοθεραπείας. Αν και ο θάνατος από καρδιακή ανακοπή συμβαίνει σε λιγότερο από 1 στις 10,000 θεραπείες, εν τούτοις παραμένει ένας σημαντικός κίνδυνος. Επίσης, η Διαταραχή της Μνήμης, μπορεί να ενοχλήσει έντονα ή και να τρομάξει τους ασθενείς (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Προσοχή απαιτείται στους αρρώστους με πρόσφατο έμφραγμα του μυοκαρδίου, σε ορισμένες καρδιακές αρρυθμίες και σε ενδοκρανιακές βλάβες, καθότι είναι δυνατό να παρατηρηθεί παροδική αύξηση του καρδιακού ρυθμού, της αρτηριακής πίεσης, καθώς και αυξημένη διαπερατότητα των κυτταρικών μεμβρανών (Χριστοδούλου Γ.Ν., Αθήνα, 1998).

#### **4.3.2.2 ΦΩΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Πρόκειται για την έκθεση του σώματος του αρρώστου σε φως έντασης 2,500 LUX επί μία έως τρεις ώρες (Μαδιανός Μ.Γ., Αθήνα, 2006) και σε συγκεκριμένες συνθήκες. Η συσκευή του φωτός που συνήθως χρησιμοποιείται στη φωτοθεραπεία, είναι ένα κουτί που τοποθετείται πάνω σε ένα τραπέζι. Το κουτί περιέχει δύο λάμπες φθορίου και ένα κάλυμμα που διαχέει το φως. Το κάλυμμα, εμποδίζει τις υπεριώδεις ακτίνες που προκαλούν καταρράκτη και δερματικά προβλήματα.

Κατά τη θεραπεία ο ασθενής πρέπει να κάθεται κοντά στις αναμμένες λάμπες με τα μάτια ανοιχτά. Δεν πρέπει να κοιτάζει κατευθείαν το φως, αλλά να έχει με τέτοιο τρόπο στραμμένο το κεφάλι, ώστε το φως να μπαίνει στα μάτια. Ο ασθενής κάθεται δίπλα στις λάμπες για περίπου 15 λεπτά έως και 2 ώρες, μία φορά την μέρα και συνήθως το πρωί, καθώς η πρωινή έκθεση στο φως είναι πιο ευεργετική. Πολλά άτομα συνήθως διαβάζουν, γράφουν και τρώνε ενώ συγχρόνως κάνουν φωτοθεραπεία.

Οι ερευνητές πιστεύουν ότι όταν το έντονο φως μπαίνει στα μάτια, δεν διεγείρει μόνο τη περιοχή του εγκεφάλου που ρυθμίζει το βιολογικό ρολόι, αλλά επιφέρει και άλλα θετικά ψυχολογικά αποτελέσματα. Μελέτες, σύμφωνα με την κλινική Mayo (2004), δείχνουν ότι τα επίπεδα της ορμόνης μελατονίνης στο αίμα μειώνονται όταν τα μάτια εκτίθενται σε έντονο φως. Η μελατονίνη παράγεται στο σκοτάδι και βοηθά τον έλεγχο των εσωτερικών κινημάτων ρυθμών της θερμοκρασίας του σώματος, στην έκκριση ορμονών και στον ύπνο. Ανάλογα με την ώρα της ημέρας που η φωτοθεραπεία λαμβάνει χώρα, το εσωτερικό ρολόι του σώματος, είτε πάει μπροστά είτε καθυστερεί.

Οι ερευνητές πιστεύουν επίσης, ότι η φωτοθεραπεία έχει αντικαταθλιπτικές ιδιότητες στα άτομα με Σύνδρομο Εποχιακών Διαταραχών, προκαλώντας αλλαγές στη δραστηριότητα των νευροδιαβιβαστών ορισμένων εγκεφαλικών περιοχών.

Τρία στα τέσσερα άτομα με Σύνδρομο Εποχιακών Διαταραχών, παρατηρούν βελτίωση των συμπτωμάτων με τη φωτοθεραπεία. Πολλές φορές αρχίζουν να αισθάνονται καλύτερα μετά από 4-5 μέρες. Οι περισσότεροι ασθενείς, ακολουθούν ένα καθημερινό πρόγραμμα φωτοθεραπείας που ξεκινά το φθινόπωρο ή τον χειμώνα και συνεχίζεται μέχρι την άνοιξη, όταν το εξωτερικό φως είναι αρκετό για να διατηρεί τη καλή διάθεση και την ενεργητικότητα του ατόμου. Αν η φωτοθεραπεία διακοπεί τους χειμερινούς μήνες ή σταματήσει νωρίτερα, τα άτομα με Σύνδρομο Εποχιακών Διαταραχών, παρουσιάζουν υποτροπή των συμπτωμάτων της Κατάθλιψης σε λιγότερο από μια εβδομάδα.

Οι παρενέργειες είναι σπάνιες και συνήθως παρουσιάζονται εάν η φωτοθεραπεία γίνεται τις απογευματινές ώρες. Μερικά άτομα νιώθουν ευερεθιστότητα, πόνο στα μάτια, πονοκέφαλο και αϋπνία, τα οποία όμως υποχωρούν αν ο ασθενής αλλάξει την ώρα της φωτοθεραπείας (Kramlinger K., μτφρ. Χριστίνα Ελιασά, 2004).

#### **4.3.2.3 ΨΥΧΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ**

Πρόκειται για μια νευροχειρουργική επέμβαση που έχει ως σκοπό την αντιμετώπιση Ψυχικών Διαταραχών (της συμπεριφοράς, της σκέψης, ή

της συναισθηματικής διάθεσης) για τις οποίες δεν ανευρίσκεται «οργανικό» αίτιο (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Συγκεκριμένα, η νευροχειρουργική επέμβαση, έχει ως στόχο την τροποποίηση των ψυχικών συμπτωμάτων.

Η ψυχοχειρουργική, είχε ευρεία εφαρμογή μετά το 1936 μέχρι τη δεκαετία του 1960, όπου και καθιερώθηκαν τα *νευροληπτικά* ή αλλιώς *ψυχοφάρμακα*. Η σύγχρονη νευροχειρουργική επέμβαση περιλαμβάνει μικρές τομές με μεθόδους στερεοταξικές, οι οποίες διακόπτουν τις οδούς μεταξύ μετωπιαίου λοβού και δικτυωτού σχηματισμού. Πιθανές παρενέργειες, είναι η απάθεια, η απόκτηση βάρους και η επιληψία (Μαδιανός Μ.Γ., Αθήνα, 2006).

Οποσδήποτε, οι προτεινόμενες σημερινές ενδείξεις της ψυχοχειρουργικής – κυρίως βαριά Κατάθλιψη και βαριά Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, Αγχώδη ή Φοβική Διαταραχή – μπορούν να συζητηθούν μόνο όταν σίγουρα έχουν αποτύχει οι άλλες θεραπείες (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

#### 4.3.2.4 ΥΠΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ύπνωση είναι ένα εργαλείο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί στο πλαίσιο μιας θεραπείας, παρά ως θεραπεία η ίδια. Είναι δυνατόν μέσω της ύπνωσης να οδηγηθεί ένας ασθενής πίσω στις πρώιμες εμπειρίες του και να τις ξαναζήσει με τρόπο που να βρει μια διέξοδο από αυτές. Λέγεται, ότι η ύπνωση λειτουργεί καλύτερα όταν η προσωπική αντίληψη μιας εμπειρίας, αποτελεί την πηγή της Κατάθλιψης και μπορεί να μεταβληθεί σε μια διαφορετική αντίληψη που κάνει το άτομο να νοιώθει καλύτερα.

Η ύπνωση χρησιμοποιείται επίσης για να δημιουργηθεί στο μυαλό του ασθενούς μια εικόνα ενός δυνητικά φωτεινού μέλλοντος, που η προσμονή του, να τον βγάλει από την τωρινή μιζέρια του, καθιστώντας έτσι πιο πιθανό το φωτεινό μέλλον. Μια επιτυχημένη ύπνωση μπορεί, σε κάθε περίπτωση, να φανεί χρήσιμη στην εξουδετέρωση των αρνητικών προτύπων σκέψης και συμπεριφοράς (Solomon A., Αθήνα, 2004).

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούν την ύπνωση, κατέχουν σημαντική θέση στην ιστορία των ψυχοθεραπειών. Ευρύτατα διαδεδομένη στα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα, η ύπνωση αποτέλεσε τη βάση των πρώτων

ψυχοθεραπευτικών πειραματισμών του Freud (μελέτη των φαινομένων της κάθαρσης, και της αποφόρτισης των τραυματικών αναμνήσεων, υπό ύπνωση). Η ύπνωση, θεωρείται επίσης ως μέσο κλινικής διεύρυνσης και θεραπείας των υστερικών καταστάσεων.

Η θεραπεία με ύπνωση (υπνοθεραπεία), συνίσταται στην πρόκληση με τη βοήθεια διαφόρων μεθόδων επαγωγής μιας ειδικής κατάστασης που ονομάζεται «υπνωτικός υπερβατισμός». Η κατάσταση αυτή, διαφέρει από τον ύπνο και περιλαμβάνει διαταραχές της επαφής με την πραγματικότητα, έντονη υποβολιμότητα και άρση των αναστολών. Έτσι υποβοηθείται η ανάκληση των αναμνήσεων και αυξάνεται η ικανότητα του ασθενούς να παράγει φαντασιστικό υλικό. Η πρόκληση μιας τέτοιας κατάστασης, διευκολύνεται από ειδικές συνθήκες (κατάκλιση, κλείσιμο των βλεφάρων, κυριαρχική παρουσία της φωνής του θεραπευτή), καθώς και από την ατομική προδιάθεση ορισμένων ατόμων. Η ύπνωση μπορεί να χρησιμοποιηθεί με δυο βασικούς τρόπους:

- § **Την υποβολή** υπό ύπνωση, που έχει ως στόχο την ανάταξη, κατά τη διάρκεια του υπνωτικού υπερβατισμού, μερικών νευρωσικών συμπτωμάτων, όπως, π.χ., των εκδηλώσεων της σωματοτροπικής υστερίας, και
- § **Την υποανάλυση**, η οποία συνδυάζει την ύπνωση με ψυχοθεραπευτικές τεχνικές που εμπνέονται από την ψυχανάλυση. Η καθαρτική επενέργεια της ύπνωσης, που επιτρέπει την έκφραση των τραυματικών αναμνήσεων, προσφέρει μια σημαντική ευκαιρία για κατανόηση της ψυχολογικής δυναμικής του θεραπευόμενου.

Στα σύνορα της ύπνωσης βρίσκονται μερικές άλλες τεχνικές, που διαφέρουν από αυτή, ως προς τις συνθήκες υπό τις οποίες ασκούνται:

- § **Οι ναρκοαναλύσεις:** Συνίστανται στη βραδεία ενδοφλέβια χρήση μερικών cc βαρβιτουρικού, μόνου ή σε συνδυασμό με αμφεταμίνες. Στόχος είναι να επιτευχθεί πριν την επέλευση του ύπνου, ελάττωση της εγρήγορσης, διευκόλυνση της ψυχικής χαλάρωσης, ενεργοποίηση των συνειρμικών ικανοτήτων του ασθενούς, καθώς και της ικανότητας του να ξαναζεί τις αναμνήσεις του. Η τεχνική αυτή χρησιμοποιείται για: Διαγνωστικούς και Θεραπευτικούς σκοπούς, καθώς και για το (σε εξέλιξη) καθοδηγούμενο όνειρο. Η

ψυχοθεραπευτική αυτή τεχνική, συνδυάζει την υπνωτικού τύπου υποβολή, την ψυχική χαλάρωση και την συμβολική ερμηνεία των ονείρων, σύμφωνα με τις θεωρίες του Freud και Jung. Ο θεραπευτής προκαλεί στον ασθενή ένα όνειρο, το οποίο περιστρέφεται γύρω από ένα αρχικό θέμα ή εικόνα. Στη συνέχεια, ερμηνεύει τις αντιδράσεις του ασθενούς και παρεμβαίνει για να τον βοηθήσει να αντιμετωπίσει και να υπερνικήσει διάφορες αγχογόνες καταστάσεις που δημιουργούνται στη φαντασία του (Lempriere T. & Feline A. & συνεργ, Αθήνα, 1995).

#### **4.3.2.5 ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗ**

Η ομοιοπαθητική χρησιμοποιείται περιστασιακά στην αντιμετώπιση της Κατάθλιψης. Οι ομοιοπαθητικοί χορηγούν μικροσκοπικές δόσεις διαφόρων ουσιών που ενδέχεται σε μεγαλύτερες δόσεις να προξενήσουν σε υγιείς ανθρώπους συμπτώματα Κατάθλιψης.

Πολλές μορφές μη δυτικής ιατρικής μπορούν να φανούν χρήσιμες στην αντιμετώπιση της Κατάθλιψης.

Ο βελονισμός, ο οποίος κερδίζει όλο και περισσότερους θιασώτες στη Δύση – οι Αμερικανοί ξοδεύουν σήμερα περί τα 500 εκατομμύρια δολάρια το χρόνο σε αυτόν - έχει επίσης εκπληκτικά αποτελέσματα σε ορισμένους ανθρώπους. Το Εθνικό Ίδρυμα Ψυχικής Υγείας των Η.Π.Α. αναγνωρίζει ότι ο βελονισμός μπορεί να αλλάξει τη χημεία του εγκεφάλου. Η κινεζική ιατρική που βασίζεται στα βότανα φαίνεται λιγότερο αξιόπιστη αλλά μερικοί άνθρωποι έχουν πετύχει σημαντικές αλλαγές στην ψυχική τους διάθεση χρησιμοποιώντας φυτικά φάρμακα (Solomon A., Αθήνα, 2004).

#### **4.3.3 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ**

Η ψυχοθεραπεία, είναι κατά γενική ομολογία, μια εσωτερική προσέγγιση της θεραπείας της ψυχοπαθολογίας, η οποία εμπεριέχει

αλληλεπίδραση μεταξύ ενός ή περισσότερων θεραπευμένων με τον θεραπευτή (Sue D., Sue D., & Sue S., New York, 1997).

Η Ψυχοθεραπεία, μπορεί να οριστεί σαν μια θεραπεία μιας ψυχικής ασθένειας, που περιλαμβάνει συζήτηση, αντιμετώπιση των σκέψεων και των συναισθημάτων και αλλαγή συμπεριφορών (Kramlinger K., μτφρ. Χριστίνα Ελιασά, 2004). Οι θεραπευτές, αναλόγως τις ιδιαίτερες ανάγκες μιας περίπτωσης και του θεωρητικού υπόβαθρου τους, καλούνται:

- A) Να μετατρέψουν στάσεις, σκέψεις, συναισθήματα ή συμπεριφορές.
- B) Να βοηθήσουν στην ανάπτυξη της αυτογνωσίας του ατόμου καθώς και της αίσθησης του ελέγχου στη ζωή τους.
- Γ) Να θεραπεύσουν ψυχικές ασθένειες.
- Δ) Να βελτιώνουν την ψυχική υγεία και την αυτοπραγμάτωση.
- E) Να μετατρέπουν με θετικό τρόπο το συναισθηματικό επίπεδο των ασθενών τους.
- ΣΤ) Να απαλείφουν αιτιολογικούς παράγοντες.
- Z) Να μετατρέπουν την αυτοαντίληψη.
- H) Να ενθαρρύνουν την προσαρμοστικότητα σε καταστάσεις (Sue D., Sue D., & Sue S., New York, 1997).

Συχνά το άτομο πριν από την απόφαση της ψυχοθεραπείας, διχάζεται ανάμεσα σε δύο αντιφατικές ανάγκες του, της εξάρτησης και ανεξαρτησίας, δηλαδή, ο φόβος μήπως εγκαταλειφθεί τη στιγμή που έχει δεθεί και η απειλή που ο θεραπευτής αντιπροσωπεύει για την ανεξαρτησία του, εξηγούν τους δισταγμούς του να εμπλακεί στη θεραπευτική σχέση. Η από κοινού, λοιπόν, απόφαση του θεραπευτικού σχεδίου, βοηθά στην ελάττωση αυτής της διπλής του αντίστασης. Μια θεραπευτική συνθήκη, που έγινε αμοιβαία αποδεκτή και που καθορίζει, κατά προσέγγιση, τη συχνότητα, τη διάρκεια και τον αριθμό συναντήσεων, μπορεί να δώσει στο άτομο τη διαβεβαίωση ότι ο θεραπευτής υποστηρίζει και σέβεται την αυτονομία του (Chabrol H., μτφρ. Τερζόγλου, Αθήνα, 1987).

#### 4.3.3.1 ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Οπωσδήποτε η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία και η ψυχοδυναμική θεωρία στην οποία βασίζεται και που ξεκίνησε από το Freud εξακολουθεί να έχει ιδιαίτερη θέση σε σχέση με τις άλλες ψυχοθεραπείες. Αυτό οφείλεται:

- α) Στο ότι η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία αποτέλεσε τη βάση για πολλές άλλες ψυχοθεραπείες,
- β) στο ότι εξακολουθεί να είναι η πιο κοινά χρησιμοποιούμενη ψυχοθεραπεία και
- γ) στο ότι η γνώση των ψυχοδυναμικών είναι απαραίτητη προϋπόθεση για κάθε θεραπευτή που έρχεται σε σχέση με ασθενείς, είτε είναι γιατρός είτε είναι ψυχολόγος. Κι αυτό γιατί η ψυχοδυναμική θεωρία έδωσε μία αντίληψη και κατανόηση του ανθρώπου και των σχέσεων, που εξακολουθεί να είναι πρωταρχική, αν όχι αξεπέραστη.

Αν και όπως αναφέρθηκε η ψυχοδυναμική θεραπεία είναι στην ουσία ένα φάσμα θεραπειών, εντούτοις, όλες οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που την αποτελούν βασίζονται στην υπόθεση ότι *το παρόν διαμορφώνεται και κυβερνάται από το παρελθόν*. Έτσι οι παιδικές εμπειρίες έχουν πρωταρχική σημασία για την ψυχοδυναμική θεραπεία, όχι όμως βέβαια με τη μορφή ενός συγκεκριμένου ψυχικού τραύματος - όπως λαθεμένα πιστεύεται ακόμη από μερικούς, ότι δηλαδή κάποιο συγκεκριμένο τραύμα της παιδικής ηλικίας αποτελεί την *αίτία* της συγκεκριμένης Ψυχικής Διαταραχής.

Μάλλον, εννοούνται οι απειράριθμες διαντιδράσεις ανάμεσα στο παιδί και τις βασικές μορφές της ζωής του - κυρίως τους γονείς - που μέσα από διαστάσεις όπως εμπιστοσύνη ή δυσπιστία, σταθερότητα ή αστάθεια, ευχαρίστηση ή πόνος, τιμωρία ή ανταμοιβή διαμορφώνουν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, την αίσθηση του εαυτού, τα είδη των αμυντικών μηχανισμών, την ένταση του άγχους, τις συγκρούσεις κλπ. Πολλές από αυτές τις ψυχολογικές διεργασίες γίνονται ή ωθούνται στο *ασυνείδητο*, πρόκειται δηλαδή για ασυνείδητες φαντασίες, συναισθήματα, προσδοκίες, μνήμες, τάσεις κλπ. Η έννοια της *σύγκρουσης*, είναι βασική για την ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία και αφορά πάντα αντιθετικές και ασυμφιλίωτες δυνάμεις. Τόσο η σύγκρουση, όσο και οι προσπάθειες ελέγχου π.χ. της απώθησης, καταναλίσκουν ή δεσμεύουν ένα σημαντικό ποσό ενέργειας από το άτομο, οπότε το άτομο δεν μπορεί να ικανοποιηθεί

στην εργασία του ή στη διασκέδασή του. Νιώθει άγχος ή Κατάθλιψη ή αναπτύσσει συγκεκριμένα συμπτώματα όπως φοβίες, καταναγκασμούς κλπ.

Η ψυχαναλυτική θεωρία υποστηρίζει ότι η σύγκρουση οδηγεί στην ανάπτυξη *συμπτωμάτων* σε τρία στάδια: Πρώτον δημιουργείται η σύγκρουση που δεν έχει λύση, δεύτερον γίνεται προσπάθεια να απωθηθεί η σύγκρουση, τρίτον η απωθημένη σύγκρουση επιστρέφει στο συνειδητό με μεταμφιεσμένη μορφή - ως σύμπτωμα π.χ. άγχος, φοβία, ψυχαναγκασμός ή καταναγκασμός, Κατάθλιψη κλπ. ή ως παθολογικά στοιχεία προσωπικότητας, π.χ. παθητικά - επιθετικά στοιχεία. Η μορφή του συμπτώματος χαρακτηρίζεται από τους αμυντικούς μηχανισμούς που χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της σύγκρουσης .

Το άτομο, φυσικά, μπορεί να λύσει μέσα από ευεργετικές εμπειρίες της ζωής του τις συγκρούσεις καθώς μεγαλώνει. Μπορεί, όμως, και να μείνει καθηλωμένο σε αυτές και να χρειασθεί ψυχοδυναμική ψυχοθεραπευτική παρέμβαση, που θα έχει σαν σκοπό να το βοηθήσει να λύσει τις ασυνείδητες αυτές συγκρούσεις που κυβερνούν δυσπροσαρμοστικά τη ζωή του.

Πολλά άτομα με Κατάθλιψη, επωφελούνται πολύ από τις ατομικές συνεδρίες με τον θεραπευτή τους. Ωστόσο, άλλοι προτιμούν την ομαδική θεραπεία. Επίσης κάποιοι προτιμούν να πηγαίνουν στις συνεδρίες με το σύντροφο ή την οικογένειά τους. Η ομαδική θεραπεία, η οικογενειακή θεραπεία και η θεραπεία με το ζεύγος βασίζεται στις αρχές της θεραπείας γνωστικής συμπεριφοράς, τις διαπροσωπικές τεχνικές ή σε ένα συνδυασμό αυτών ή άλλων θεραπειών (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

#### **4.3.3.1.1 ΨΥΧΑΝΑΛΥΣΗ**

Η Ψυχανάλυση είναι πολύ καλή για να εξηγεί τα πράγματα αλλά δεν αποτελεί αποτελεσματικό τρόπο για τη μεταβολή τους. Ωστόσο, οι ψυχαναλυτικές θεραπείες που έχουν αναπτυχθεί μέσα από την ψυχανάλυση έχουν να παίξουν κρίσιμο ρόλο. Ο «ανεξέταστος βίος» σπάνια μπορεί να επιδιορθωθεί χωρίς κάποια έρευνα, και το δίδαγμα της ψυχανάλυσης είναι πως η έρευνα αυτή είναι σχεδόν πάντα αποκαλυπτική (Solomon A., Αθήνα, 2004).



Η Ψυχανάλυση, ακολουθεί το θεωρητικό πλαίσιο του Freud, ενώ βασικές τις διεργασίες είναι: η ικανότητα του θεραπευόμενου για τη λεγόμενη ψυχολογική σκέψη απαραίτητη για ενδοσκόπηση, η συναισθηματική συμμετοχή του θεραπευτή (ενσυναίσθηση / empathy), η μεταβίβαση που αποτελεί τη μεταφορά από το θεραπευόμενο ασυνείδητων επιθυμιών, θετικών ή αρνητικών συναισθημάτων, η αντιμεταβίβαση, δηλαδή η μεταφορά από τον θεραπευτή στον θεραπευόμενο ασυνείδητων ή συνείδητων φαντασιώσεων, επιθυμιών και θετικών ή αρνητικών συναισθημάτων.

Στη Ψυχανάλυση, οι συνεδρίες είναι τρεις έως τέσσερις την εβδομάδα με συνολική διάρκεια της θεραπείας τα δύο έως πέντε χρόνια (Μαδιανός Μ.Γ., Αθήνα, 2006). Προϋποθέσεις για την επιλογή των ασθενών είναι:

- 1) Η σχετικά νεαρή ηλικία, συνήθως κάτω από 40 ετών, ώστε να υπάρχει δυνατότητα αλλαγής της Προσωπικότητας,
- 2) η ικανότητα του ατόμου για αντοχή στη στέρηση της ικανοποίησης των επιθυμιών, που χαρακτηρίζει την ανάλυση
- 3) η ύπαρξη ισχυρού Εγώ που να μπορεί να *παλινδρομήσει* (να επιστρέψει δηλαδή σε προηγούμενες φάσεις της ζωής) και να συνειδητοποιήσει απωθημένα βιώματα της παιδικής ηλικίας χωρίς να διασπασθεί,
- 4) η ύπαρξη ενός πλαισίου ζωής που να μπορεί ρεαλιστικά να αλλάξει. "Νευρωτικοί" και κυρίως οι ασθενείς με Διαταραχές Προσωπικότητας εφόσον συντρέχουν και οι παραπάνω προϋποθέσεις και είναι επίσης έντονα κινητοποιημένοι για θεραπεία, μπορούν να κάνουν ψυχανάλυση.

Η ψυχανάλυση χρησιμοποιεί τον ονομαζόμενο *βασικό κανόνα* σύμφωνα με τον οποίο ο ασθενής δέχεται να αναφέρει ελεύθερα στον αναλυτή οτιδήποτε αυθόρμητα σκέπτεται και νιώθει χωρίς τίποτε να υποκρύπτει ή να επιλέγει. Η σωστή παρακολούθηση του βασικού κανόνα οδηγεί στον ελεύθερο συνειρμό, που προσφέρει πλούσιο ασυνείδητο υλικό.

Η ψυχανάλυση βασίζεται στη δημιουργία κατάστασης τεχνητής *στέρησης* του ασθενή που προάγει την παλινδρόμησή του και την καλύτερη ανίχνευση των συγκρούσεων της παιδικής ηλικίας. Η χρησιμοποίηση του ανακλίντρου με τη σχετική ακινησία που συνεπάγεται, η έλλειψη οπτικής επαφής και επικοινωνίας με τον αναλυτή που κάθεται κοντά αλλά έξω από το οπτικό πεδίο του ασθενή, η έμφαση στον λόγο και όχι στην πράξη,

στερούν τον ασθενή από την άμεση ικανοποίηση ή εκτόνωση των επιθυμιών και αναγκών του. Η στέρηση αυτή επιτείνει τις ασυνείδητες επιθυμίες, οι αμυντικοί μηχανισμοί γίνονται πιο εμφανείς και η ανάλυση διευκολύνεται.

Σκοπός της ψυχανάλυσης είναι η άρση της απώθησης, η επάνοδος στο συνειδητό ξεχασμένων, δηλαδή απωθημένων, βιωμάτων και κυρίως η προοδευτική σύνθεση του προηγούμενα απωθημένου υλικού με τα δομικά στοιχεία της προσωπικότητας, η οποία αρχίζει έτσι να μεταβάλλεται (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Πρέπει να αναγνωρισθεί, ότι από τις αρχές του εικοστού αιώνα, η εισαγωγή της ψυχανάλυσης στην Ψυχιατρική, προσέφερε την άποψη ότι πολλές ψυχοπαθολογικές καταστάσεις αναπαριστούν μια προσαρμογή του ατόμου σε ψυχοπιεστικά ερεθίσματα, πάνω στη προσωπικότητά του, η ανάπτυξη της οποίας συνδέεται με τα προβλήματα κατά τη παιδική ηλικία (Μαδιανός Μ.Γ., Αθήνα, 2006).

Η επέμβαση του αναλυτή στις συγκρούσεις του ασθενή γίνεται με τη χρησιμοποίηση της ερμηνείας. *Η ερμηνεία* αποσκοπεί στο να αποδώσει εναισθησία στον ασθενή, τόσο νοητική όσο και κυρίως συναισθηματική, των ασυνείδητων αντιστάσεων, αμυντικών μηχανισμών επιθυμιών και φαντασιών του, που αποτελούν τα στοιχεία των συγκρούσεων. Ερμηνεύονται η μεταβίβαση, τα όνειρα, τρέχουσες συγκρούσεις και οι ιστορικές συνδέσεις τους με το παρελθόν, δηλαδή οι παιδικές συγκρούσεις. Ιδιαίτερα *η ερμηνεία των ονείρων* αποτελεί βασικό στοιχείο της ψυχανάλυσης. Το όνειρο, όπως τόνισε ο Freud, αποτελεί "το βασιλικό δρόμο για το ασυνείδητο" και ο ελεύθερος συνειρμός του ασθενή πάνω στους συμβολισμούς του ονείρου αποκαλύπτει πολλές φορές βαθιά κρυμμένες επιθυμίες και φαντασιώσεις τις παιδικής ηλικίας (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

Στη ψυχιατρική του δημόσιου τομέα, στο πλαίσιο των ψυχοθεραπειών, η κλασική ψυχανάλυση έχει υποκατασταθεί από τις ατομικές ψυχαναλυτικές θεραπείες με βάση τις ψυχαναλυτικές αρχές. Τέτοιες ψυχοθεραπείες, είναι η Εναισθητική, η Υποστηρικτική, η Ψυχοθεραπεία Σχέσης και η Βραχεία Θεραπεία (Μαδιανός Μ.Γ., Αθήνα, 2006).

#### **4.3.3.1.2 ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Οι βασικές διαφορές της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας από την ψυχανάλυση είναι οι εξής :

1) Ενώ η ψυχανάλυση έχει ως βασικό σκοπό την αποκάλυψη και θεραπευτική επεξεργασία συγκρούσεων της πρώτης παιδικής ηλικίας, καθώς αυτές παρουσιάζονται στη μεταβιβαστική νεύρωση, η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία εστιάζεται κυρίως σε τρέχουσες συγκρούσεις.

2) Ενώ η ψυχανάλυση χρησιμοποιεί τον ελεύθερο συνειρμό και την ανάλυση της μεταβιβαστικής νεύρωσης, η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία χρησιμοποιεί τεχνικές συνέντευξης και συζήτησης, που κάνουν λιγότερο συχνή χρήση του ελεύθερου συνειρμού.

3) Ενώ η ερμηνεία της μεταβίβασης είναι η κύρια επικέντρωση της ψυχανάλυσης, η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία περιορίζεται στην ερμηνεία γενικά πιο επιπόλαιων μεταβιβαστικών αντιδράσεων προς τον ψυχοθεραπευτή. Η ερμηνεία είναι τόσο πιο συχνή (συμπεριλαμβανόμενης της ερμηνείας και των ονείρων), όσο πιο αποκαλυπτική είναι η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία.

Η συχνότητα των συνεντεύξεων στην ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία είναι μία ως τρεις φορές τη βδομάδα και η διάρκεια της θεραπείας από λίγες βδομάδες ως πολλά χρόνια, συνήθως όμως μήνες ως δύο χρόνια.

Η Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία μπορεί να διακριθεί στην Εναισθητική Ψυχοθεραπεία, στη Ψυχοθεραπεία Σχέσης και στην Υποστηρικτική Ψυχοθεραπεία, αν και η ψυχοθεραπεία συγκεκριμένου ασθενή περιέχει στοιχεία από όλες αυτές (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

#### **4.3.3.1.2.1 ΕΝΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Οι στόχοι αυτής της θεραπείας είναι η λύση των συγκρούσεων και ο περιορισμός των παθολογικών μηχανισμών άμυνας. Ο χρόνος συνεδρίων ποικίλλει από μια έως τρεις φορές την εβδομάδα, για ένα διάστημα που κυμαίνεται από ένα μήνα έως μερικά χρόνια (Μαδιανός Μ.Γ., Αθήνα, 2006).

Προϋποθέτει ασθενείς με αρκετά ισχυρό Εγώ, καθώς χαρακτηρίζεται από την αποκάλυψη ασυνείδητων συγκρούσεων με τη χρησιμοποίηση σε

μεγάλο βαθμό της ερμηνείας. Ερμηνεύονται κυρίως τα διαπροσωπικά γεγονότα, αρκετά όμως και τα μεταβιβαστικά προς τον ψυχοθεραπευτή. Πρακτικά η Εναισθητική Ψυχοθεραπεία έχει σχεδόν υποκαταστήσει την ψυχανάλυση. Οι ενδείξεις της είναι ελαστικότερες από τις ενδείξεις της ψυχανάλυσης και περιλαμβάνουν και ψυχωτικούς ασθενείς και σοβαρές Διαταραχές της Προσωπικότητας.

#### **4.3.3.1.2.2 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΧΕΣΗΣ**

Προϋποθέτει λιγότερο ισχυρό Εγώ από την Εναισθητική Ψυχοθεραπεία. Συζητούνται και διευκρινίζονται (και λιγότερο ερμηνεύονται) κυρίως τα διαπροσωπικά γεγονότα και πολύ λιγότερο οι μεταβιβαστικές αντιδράσεις. Βασίζεται στη δημιουργία κλίματος αποδοχής της αξίας του ασθενούς ως ανθρώπου, στην επικοινωνία με τον ασθενή, στις διορθωτικές συναισθηματικές εμπειρίες του ασθενή με ένα θεραπευτή που δεν απαντά με τρόπο που συνήθισε να περιμένει ο ασθενής (π.χ. δεν τον απορρίπτει, ενώ ο ασθενής περιμένει ή και δημιουργεί τις προϋποθέσεις να απορριφθεί), στην ταυτοποίηση του ασθενή με τον θεραπευτή και βασικά στη δημιουργία μιας θεραπευτικής σχέσης, όπου ο θεραπευτής σαν καλοήθης αλλά και ικανός για τοποθέτηση ορίων γονιός βοηθά τον ασθενή να μεγαλώσει.

#### **4.3.3.1.2.3 ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Προσφέρει υποστήριξη στον ασθενή που βρίσκεται σε μια κατάσταση φυσικής αρρώστιας, εσωτερικής αναταραχής ή εσωτερικής αποδιοργάνωσης. Έχει ως σκοπό την ανακούφιση του άγχους (ενώ στο υπόλοιπο φάσμα της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας η πρόκληση άγχους με την αποκάλυψη απωθημένων βιωμάτων είναι αναπόφευκτη και δεν αποφεύγεται) και την αποκατάσταση ή ενίσχυση των αμυντικών μηχανισμών και των συνθετικών λειτουργιών του Εγώ, που έχουν διαταραχθεί (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Ο χρόνος που απαιτείται,

κυμαίνεται από μια συνεδρία την εβδομάδα, το δεκαπενθήμερο ή τον μήνα, από λίγα λεπτά ως μια ώρα (Μαδιανός Μ.Γ., Αθήνα, 2006).

Μπορεί να χρησιμοποιήσει συμβουλές, νοσηλεία, φαρμακευτική αγωγή και να δεχθεί την εξάρτηση του ασθενή για μεγάλο χρονικό διάστημα, όπως στην περίπτωση των ψυχωτικών ασθενών.

Σημειώνεται ότι είναι μύθος πως στη ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία ο ασθενής γίνεται τελικά εξαρτημένος από τον θεραπευτή. Η παλινδρόμηση στην ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία δημιουργεί βέβαια μεταβιβαστική κατάσταση εξάρτησης του ασθενή - "παιδιού" από τον θεραπευτή - "γονιό", πρόκειται όμως για *παροδική φάση*, έως ότου ο ασθενής αντιληφθεί τη μεταβιβαστική παραμόρφωση της πραγματικότητας, οπότε και τελικά γίνεται ουσιαστικά πιο αυτόνομος από πριν. Μόνο στην Υποστηρικτική Ψυχοθεραπεία ο θεραπευτής - και πάλι όμως πολύ προσεκτικά - μπορεί να επιτρέψει ανάπτυξη κάποιου βαθμού εξάρτησης (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

#### 4.3.3.1.3 ΒΡΑΧΕΙΑ ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τις τελευταίες δεκαετίες η ανάγκη για την ανεύρεση βραχύτερων χρονικά και επομένως και λιγότερο δαπανηρών μορφών ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας, οδήγησε στην εμφάνιση διαφόρων τύπων ψυχοδυναμικής παρέμβασης με διαφορετικά ονόματα που τους έδωσαν οι ιδρυτές τους (Sifneos , Malan , Mann , Dnavloo κ.ά.) που μπορούν όμως να καλυφθούν κάτω από το γενικό όνομα *Βραχεία Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία*. (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

Το κατάλληλο για Βραχεία Ψυχοθεραπεία άτομο πρέπει να αναφέρει ένα πρωταρχικό ενόχλημα, να μπορεί να εκφράζει τα συναισθήματά του, να συναλλάσσεται με τον θεραπευτή, να έχει κίνητρο για να θεραπευτεί, να αλλάξει και να έχει την ικανότητα να αναγνωρίζει τα συμπτώματά του (Μαδιανός Μ.Γ., Αθήνα, 2006).

Κοινά χαρακτηριστικά όλων των βραχειών δυναμικών ψυχοθεραπειών είναι:

- 1) Ο περιορισμένος - βραχύς - αριθμός συνεδριών που ποικίλλει μεταξύ 10-30, με εξαίρεση τη θεραπεία του Malan που διαρκεί μέχρι και ένα χρόνο (με εβδομαδιαίες συνεδρίες).
- 2) Ο προσδιορισμός από την αρχή συγκεκριμένης περιοχής σύγκρουσης και ο *εστιασμός* σε αυτήν χωρίς την προσπάθεια για πιο εκτεταμένη ανάλυση όπως στην ψυχανάλυση και την ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία.
- 3) Η μεγάλη χρήση "*αντιπαράθεσης*" κατά μέτωπο δηλαδή αντιμετώπισης της συγκεκριμένης σύγκρουσης του ασθενή με συνεπακόλουθο επώδυνο άγχος και Κατάθλιψη.
- 4) Η άμεση και ενεργητική στάση του θεραπευτή με παρεμβάσεις και συνεχή προσπάθεια διατήρησης της προσοχής του ασθενή στη συγκεκριμένη περιοχή σύγκρουσης-*εστίας*.

Φυσικά, όπως και στις άλλες ψυχοδυναμικές θεραπείες, οι ασθενείς πρέπει να μπορούν να ενδοσκοπούν και να σκέφτονται ψυχολογικά, να είναι κινητοποιημένοι για αλλαγή και να έχουν ισχυρό Εγώ που να μπορεί να αντέξει το άγχος της θεραπείας (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

Η θεραπευτική παρέμβαση τελειώνει με τη κατάκτηση της δυνατότητας του θεραπευόμενου, να ελέγχει το αρχικό πρόβλημά του. Η τεχνική της Βραχείας Ψυχοθεραπείας είναι αναμφισβήτητα θεραπεία εκλογής στην Κλινική Ψυχιατρική, αφού είναι συνοπτική (*comprehensive*) και αποδοτική, όπως έχει αποδειχθεί από ερευνητικά προγράμματα αξιολόγησής της (Μαδιανός Μ.Γ., Αθήνα, 2006).

Θα πρέπει, βέβαια, να σημειωθεί ότι στα σχήματα Βραχείας Ψυχοθεραπείας εκτός της Βραχείας Δυναμικής, περιλαμβάνονται και άλλες ψυχοθεραπείες, όπως η Επείγουσα Ψυχοθεραπευτική Παρέμβαση ή *Παρέμβαση σε Κρίση* (κυρίως Συμβουλευτικής - Υποστηρικτικής κατεύθυνσης), οι περισσότερες από τις συμπεριφορικές συζυγικές ή οικογενειακές θεραπείες, η Γνωστική θεραπεία, η Διαπροσωπική θεραπεία κ.ά. που είναι επίσης σύντομες χρονικά θεραπείες (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

#### **4.3.3.1.4 ΟΜΑΔΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η ομαδική θεραπεία περιλαμβάνει μια ομάδα άσχετων μεταξύ τους ατόμων και έναν ή περισσότερους θεραπευτές. Δεν έχει σχέση με τις ομάδες υποστήριξης, που μπορεί να καθοδηγούνται από άτομα της ίδιας κοινωνικής ομάδας και όχι από θεραπευτές. Η ομαδική θεραπεία έχει τους ίδιους στόχους με την ατομική θεραπεία, αλλά βασίζεται στις συμβουλές, τις πληροφορίες και την υποστήριξη των άλλων μελών της ομάδας για την αντιμετώπιση των προβλημάτων.

Μερικές ομάδες είναι κατάλληλες για άτομα με κοινά προβλήματα όπως Κατάθλιψη, άλλες πάλι ομάδες είναι πιο γενικές. Όπως και να έχει ο θεραπευτής και τα μέλη της ομάδας, παίζουν σημαντικό ρόλο στο να βοηθούν το άτομο να ξεπεράσει εσωτερικές του συγκρούσεις και να δει το μέλλον πιο θετικά. Συχνά το μέλος μιας ομάδας διαπιστώνει, ότι όσα έχει περάσει στο παρελθόν βοηθούν κάποιο άλλο μέλος να ξεπεράσει το πρόβλημά του (Kramlinger K., μτφρ. Χριστίνα Ελιασά, 2004).

Το μέγεθος της ομάδας κυμαίνεται από τρία έως δεκαπέντε μέλη, με άριστο τα έξι ως δέκα μέλη. Οι περισσότεροι θεραπευτές συγκεντρώνουν την ομάδα μια φορά την εβδομάδα, για μια διάρκεια μίας ως δύο ωρών και κατά μέσο όρο μιάμισης ώρας (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Οι ομαδικές συνεδρίες, γίνονται σε ιατρεία, σε Κέντρα Υγείας, σε νοσοκομεία ή άλλα μέρη που οι γιατροί εξασκούν το επάγγελμά τους. Τα άτομα που επωφελούνται από την ομαδική θεραπεία είναι αυτά που θέλουν να μοιράζονται τις προσωπικές τους εμπειρίες, τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους με την ομάδα, που έχουν τη διάθεση να ακούσουν τους φόβους και τις ανησυχίες των άλλων και όχι να εστιάσουν μόνο στα δικά τους προβλήματα (Kramlinger K., μτφρ. Χριστίνα Ελιασά, 2004).

##### **4.3.3.1.4.1 ΤΟ ΨΥΧΟΔΡΑΜΑ**

Η μέθοδος αυτή, την οποία επεξεργάστηκε ο Moreno, στηρίζεται στην δραματοποιημένη αναπαράσταση της πραγματικότητας με τη μορφή αυτοσχεδιασμών επάνω σε θέματα που διαλέγει ο ίδιος ο θεραπευόμενος. Αυτός ο τρόπος έκφρασης θεωρείται ότι επιτρέπει στο άτομο να επανακτήσει τον καταπιεσμένο του αυθορμητισμό και να εκφράσει, μέσα

από το παίξιμο ρόλων, διάφορες λιγότερο γνωστές πτυχές της προσωπικότητάς του. Η συνεδρία εξελίσσεται σε τρεις φάσεις:

Α' φάση: Η εισαγωγή, όπου ο θεραπευτής (ή διευθυντής του ψυχοδράματος), καλεί τον ασθενή ως πρωταγωνιστή, να προτείνει μια σημαντική σκηνή της ζωής του.

Β' φάση: Δραματοποιημένη πράξη, όπου ο θεραπευόμενος αναπαριστά σε σκηνή, μπροστά ή σε συνεργασία με μια ομάδα θεατών, την κατάσταση που επέλεξε. Είναι δυνατό να βοηθηθεί από άτομα (τα «βοηθητικά εγώ»), τα οποία μπορούν ανάλογα με τις οδηγίες του θεραπευτή, να αντιστρέψουν τους ρόλους τους με τον ρόλο του πρωταγωνιστή ή να παίξουν το ρόλο του ταυτόχρονα και παράλληλα με αυτόν.

Γ' φάση: Συζήτηση της δραματοποιημένης πράξης, όπου πρωταγωνιστής και συμμετέχοντες, εκφράζουν αυτό που ένοιωσαν κατά τη διάρκεια της παράστασης.

Σε συνάρτηση με την έκφραση των συναισθημάτων, οι ερμηνείες του θεραπευτή - διευθυντή, στοχεύουν στο να φέρουν στην επιφάνεια την προβληματική του ατόμου και την παρούσα αντανάκλασή της επάνω στην ομάδα (Lempriere T. & Feline A. & συνεργ, Αθήνα, 1995).

#### 4.3.3.1.4.2 ΟΜΑΔΕΣ ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑΣ

Υπάρχουν επίσης και οι *ομάδες αυτοβοήθειας (self-helping groups)*, που χαρακτηρίζονται από την απουσία εκπαιδευμένου θεραπευτή (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Είναι ένα διαφορετικό σύστημα συναισθηματικής υποστήριξης, πληροφοριών, συντροφικότητας, και πρακτικής βοήθειας. Μπορεί να δημιουργηθεί από μέλη, που δεν συνδέονται μεταξύ τους με δεσμούς αίματος και φιλίας (παρόλο που μέσα στην ομάδα, μπορούν να αναπτυχθούν φιλίες), αλλά από την κοινή ανάγκη για βοήθεια σε κάποιο συγκεκριμένο πρόβλημα.

Η μακρόχρονη επιτυχία των ομάδων αυτοβοήθειας, φανερώνει την αξία τους και την ανάγκη για βοήθεια σε κάποιο συγκεκριμένο πρόβλημα. (Glenys P., μτφρ. Ντενίζ Ρώντα, Αθήνα, 1996). Με την ευρεία έννοια του όρου, τέτοιες ομάδες είναι η βοήθεια την οποία π.χ. καταθλιπτικοί



προσφέρουν βοήθεια σε άλλους καταθλιπτικούς κλπ. (Μαδιανός Μ.Γ., Αθήνα, 2006). Μερικές φορές μάλιστα ένας ειδικός λειτουργός, μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο ως βοηθητικός σύμβουλος. Οι ομάδες που διοικούνται από ειδικούς επαγγελματίες, δεν είναι ομάδες αληθινής αυτοβοήθειας, παρόλο που μερικές φορές αυτοσυντηρούνται. Μια αληθινή ομάδα αυτοβοήθειας, διοικείται από άτομα που δεν διαφέρουν από τα άλλα μέλη της ομάδας (Glenys P., μτφρ. Ντενίζ Ρώντα, Αθήνα, 1996).

Οι ομάδες αυτοβοήθειας-αμοιβαίας υποστήριξης, στοχεύουν:

- A) Στην προαγωγή της ανάπτυξης του Εγώ, των μελών της ομάδας
- B) Στη δημιουργία ενός υποστηρικτικού συστήματος, όπου το μέλος αναζητά καταφύγιο (ψυχολογικό ή και υλικό).

Γενικά, οι ομάδες αυτοβοήθειας θεωρούνται προϊόν του κράτους πρόνοιας, ως μια αντίδραση εναλλακτική λύση στον προσφερόμενο καταναλωτισμό των υπηρεσιών υψηλού κόστους. Οι ομάδες αυτές μπορεί να θεωρηθούν κοινωνικές ομάδες έκφρασης και πάλης ενάντια στην αλλοτρίωση και την απομόνωση (Μαδιανός Μ.Γ., Αθήνα, 2006).

Οι παρακάτω ομάδες αυτοβοήθειας, λειτουργούν κυρίως στο εξωτερικό, για αυτό το λόγο στην Ελλάδα, δεν υπάρχουν διαθέσιμες πηγές πληροφόρησης της λειτουργίας τους.

#### 4.3.3.1.4.2.1 **ΑΝΩΝΥΜΟΙ ΑΥΤΟΤΡΑΥΜΑΤΙΖΟΜΕΝΟΙ**

Οι *Ανώνυμοι Αυτοτραυματιζόμενοι (Self-Mutilators Anonymous)*, είναι μια ομάδα αυτοβοήθειας που απαρτίζεται τόσο από άνδρες όσο και από γυναίκες, διαφορετικών ηλικιών με κοινό πρόβλημα, αυτό του αυτοτραυματισμού.

Τα άτομα της ομάδας αυτής, μοιράζονται τις ίδιες εμπειρίες, δυνάμεις και ελπίδες μεταξύ τους με απώτερο σκοπό, αφενός την επίλυση του κοινού τους προβλήματος (αυτοτραυματισμός) και αφετέρου την παροχή βοήθειας και υποστήριξης των υπόλοιπων μελών της ομάδας, ώστε να αναρρώσουν από τις αυτοτραυματικές τους συμπεριφορές.

Δεν υπάρχουν χρηματικές συνδρομές μέλους ούτε συνδρομές για τις υπηρεσίες που προσφέρονται, η μόνη προϋπόθεση για τη συμμετοχή στην ομάδα, είναι το άτομο να θέλει συνειδητά να σταματήσει να

αυτοτραυματίζεται. Η ομάδα αυτοβοήθειας των Ανώνυμων Αυτό-τραυματιζόμενων, δεν συνδέεται με κανένα θρήσκευμα, καμία αίρεση, πολιτικό κόμμα, οργανισμό ή ίδρυμα. Δεν παίρνει μέρος σε καμία διαμάχη και δεν υποστηρίζει ούτε αντιτίθεται σε συγκεκριμένους σκοπούς. Ο βασικός στόχος της, που περικλείεται στη στρατηγική των δώδεκα θεραπευτικών βημάτων, είναι η αποφυγή των αυτοτραυματικών συμπεριφορών και η παροχή υποστήριξης στα υπόλοιπα μέλη ώστε να επιτύχουν και εκείνα την αποφυγή τους (*Self-Mutilators Anonymous, selfmutilatorsanonymous.org*).

#### **4.3.3.1.4.2.2 ΑΝΩΝΥΜΟΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΙ**

Οι *Ανώνυμοι Αυτοκτονικοί (Suicide Anonymous)*, αποτελούν μία ακόμα ομάδα αυτοβοήθειας ατόμων, που προέρχονται από διαφορετικά κοινωνικό-οικονομικά υπόβαθρα, διαφορετικής ηλικίας και διαφορετικών φύλων, είτε με ιστορικό προηγούμενων αυτοκτονικών αποπειρών, είτε γενικά αυτοκτονικών ιδεασμών.

Μοιράζεται τα ίδια χαρακτηριστικά και τις ίδιες στρατηγικές αυτοβοήθειας (δώδεκα θεραπευτικά βήματα) με τους *Ανώνυμους Αυτοτραυματιζόμενους*, όπως και με κάθε άλλη ομάδα αυτοβοήθειας. (*Suicide Anonymous, suicideanonymous.org*)

#### **4.3.3.1.5 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΖΕΥΓΟΥΣ**

Η θεραπεία ζευγαριών και η οικογενειακή θεραπεία είναι αποτελεσματική γιατί βοηθά τα ζευγάρια, τους συντρόφους και τις οικογένειες να συνεργαστούν και να ξεπεράσουν τη Κατάθλιψη και άλλες ψυχικές ασθένειες ή συμπεριφορές που έχουν σχέση με αυτή. Αντί να εστιάζει στο άτομο, η θεραπεία ζευγαριών και η οικογενειακή θεραπεία, εστιάζει στην ομάδα, την αλληλεπίδραση ανάμεσα στο ζευγάρι ή τα μέλη της οικογένειας.

Το ζευγάρι ή η οικογένεια μπορεί να επιλέξει αυτού του είδους τη θεραπεία εάν έχει σοβαρά προβλήματα που εμποδίζουν τη φυσιολογική λειτουργία μεταξύ τους ή αν η ατομική θεραπεία δεν φέρνει αποτέλεσμα. Από τα ζευγάρια που κάνουν αυτή τη θεραπεία, τα 2/3 αυτών, παρουσιάζουν βελτίωση σε όλα τους τα προβλήματα (Kramlinger K., μτφρ. Χριστίνα Ελιασά, 2004).

Το θεωρητικό υπόβαθρο της οικογενειακής θεραπείας, εκτός της ψυχοδυναμικής θεωρίας, περιλαμβάνει:

α) *Τη θεωρία των γενικών συστημάτων*: Η οικογένεια αποτελεί ένα σύστημα αλληλεπιδράσεων μεταξύ των ατόμων - μελών της, που διατηρείται σταθερό (ομοιόσταση) με την επανάληψη των ίδιων επιδράσεων φυσιολογικών ή παθολογικών του ενός ατόμου πάνω στο άλλο.

β) *Τις θεωρίες της ανθρώπινης επικοινωνίας*: Σχέση λέξεων μεταξύ τους, σχέση της σημασίας τους, σχέση λέξεων και συμπεριφοράς, συμμετρική ή συμπληρωματική επικοινωνία κλπ.

γ) *Τις απόψεις για τη διαπροσωπική αντίληψη*: Αφορούν τον τρόπο με τον οποίο αναπτύσσεται η αίσθηση-αντίληψη του εαυτού και τα διαπροσωπικά μηνύματα που την επηρεάζουν

δ) *Τις θεωρίες της κοινωνικής (εκ)μάθησης*: Υποδεικνύουν π.χ. πώς ολόκληρη η οικογένεια, που είναι ένα κοινωνικό σύστημα, μπορεί να (εκ)μάθει (ενισχύοντας συγκεκριμένη συμπεριφορά) σε ένα μέλος της τον ρόλο του αρρώστου.

Ο συνδυασμός των παραπάνω θεωριών οδηγεί στην εξής *σύγχρονη θεωρητική άποψη*, ότι το σύστημα της οικογένειας αποτελεί ένα σύμπλοκο, σύνθετο και απαρτιωμένο πλαίσιο, μέσα στο οποίο κάθε συμπεριφορά γίνεται αναπόφευκτα αντιληπτή σαν επικοινωνία που περιέχει μηνύματα, τα οποία αφορούν σχέσεις μεταξύ των μελών και ταυτόχρονα και συνιστά φάσεις αμοιβαίας κοινωνικής ενίσχυσης.

Μολονότι η οικογενειακή θεραπεία μπορεί να γίνει σε συνδυασμό με ατομική ψυχοθεραπεία, συνήθως γίνεται μόνη της σε εβδομαδιαίες συνεδρίες. Οι οικογενειακοί θεραπευτές μπορεί να εργάζονται μόνοι τους ή ως ζεύγος συνθεραπευτών, κυρίως για να ελέγχουν και συμπληρώνουν την αντίληψη - κατανόηση των διαντιδράσεων της οικογένειας, αλλά και των δικών τους. Γενικά, η οικογενειακή θεραπεία (όπως και η ομαδική

ψυχοθεραπεία) απαιτεί μεγαλύτερη αμεσότητα και ενεργητικότητα από μέρους των θεραπειών από ότι η ατομική ψυχοθεραπεία, συμπεριλαμβανομένων και συγκεκριμένων παρεμβάσεων, συμβουλών, σχολίων, «ανάθεσης δουλειάς στο σπίτι» για τα μέλη, παραδόξων (επιφανειακά) προτάσεων (π.χ. να μην αλλάξουν τα μέλη τον παθολογικό τρόπο της συμπεριφοράς τους), διδασκαλίας νέων δεξιοτήτων ή νέων προτύπων διαπροσωπικής συμπεριφοράς κλπ. (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

#### **4.3.3.1.6 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ**

Η *θεραπεία περιβάλλοντος (milieu therapy)*, απευθύνεται στο περιβάλλον μέσα στο οποίο γίνεται η φροντίδα του ατόμου, το οποίο περιβάλλον και προσπαθεί να αλλάξει ώστε να βοηθηθεί η αποκατάσταση της υγείας του ατόμου. Χαρακτηριστικό της, λοιπόν, είναι η παρουσία ενός σχεδιασμένου περιβάλλοντος, που έχει σαν στόχο να επιτρέψει να αναπτυχθούν οι απαραίτητες συνθήκες για τη θεραπεία ή για την ακρίβεια ενός περιβάλλοντος που *είναι το ίδιο τμήμα της θεραπείας*. Με την έννοια αυτή, οι παράμετροι του περιβάλλοντος που έχουν θεραπευτική σημασία είναι πολλές: η τοποθεσία, οι χώροι, η δομή των ανθρώπινων διαντιδράσεων, η εγκαθίδρυση καναλιών επικοινωνίας ανάμεσα σε ασθενείς και προσωπικό, η οργάνωση της δομής εξουσίας, η θεραπευτική φιλοσοφία, ο ρυθμός ζωής κ.ά. (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

#### **4.3.3.2 ΑΤΟΜΙΚΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΕΣ ΚΑΙ ΓΝΩΣΙΑΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ**

Οι συμπεριφορικές (behaviour) και γνωσιακές (cognitive) θεραπείες, είναι επικεντρωμένες στον πελάτη και βασίζονται στην ανακούφιση του αρρώστου από τα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα από τα οποία υποφέρει (Μαδιανός Μ.Γ., Αθήνα, 2006).

Η μέθοδος αυτή χαρακτηρίζεται από το ότι η ψυχοθεραπεία είναι προσανατολισμένη στη σχέση μεταξύ ασθενή και θεραπευτή παρά στα συμπτώματα και τη θεραπεία τους. Τρεις είναι οι βασικές προϋποθέσεις για την επιτυχία της θεραπείας:

- 1) η γνησιότητα και ψυχολογική ωριμότητα του θεραπευτή
- 2) η πλήρης αποδοχή του πελάτη από τον θεραπευτή
- 3) η ευαισθησία και η αντικειμενικότητα στην κατανόηση του πελάτη από τον θεραπευτή, δηλαδή η εμπάθεια.

Η βασική υπόθεση στην οποία στηρίζεται η θεραπεία είναι ότι ο άνθρωπος, όπως και κάθε άλλος ζωντανός οργανισμός, έχει μια εγγενή δυνατότητα και τάση να αναπτύξει όλες του τις ικανότητες για ωριμότητα και πλούσια σε δραστηριότητες και εσωτερική ικανοποίηση ζωή. Η επίτευξη αυτή και η αναγνώριση από το άτομο ολόκληρου του δυναμικού του, αποτελεί την αυτοπραγμάτωση του ατόμου. Η θεραπεία που είναι ιδιαίτερα μη κατευθυντική και μη ερμηνευτική, βοηθά ακριβώς να απελευθερωθεί αυτή η τάση από τις διάφορες επίκτητες περιβαλλοντικές ανασχετίσεις και να επιτευχθεί η αυτοπραγμάτωση. Έτσι, ο θεραπευτής λειτουργεί απλώς σαν καταλύτης που διευκολύνει την ανάπτυξη-ωρίμανση του πελάτη (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη 1997).

#### **4.3.3.2.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ**

Η θεραπεία συμπεριφοράς, είναι η θεραπευτική προσέγγιση, που απευθύνεται σε ειδικά συμπτώματα ή προβλήματα συμπεριφοράς, όπως Κατάθλιψη, Ψυχαναγκαστική - Καταναγκαστική Διαταραχή, Αγχώδεις καταστάσεις κλπ.

Το θεωρητικό υπόβαθρο της θεραπείας της συμπεριφοράς, βασίζεται στις θεωρίες της εξαρτημένης μάθησης (conditioning), που είναι κυρίως δύο τύπων: κλασσική και συντελεστική. Οι βασικές υποθέσεις, που απορρέουν από τις θεωρίες αυτές, και χρησιμεύουν ως το πρακτικό θεωρητικό υπόβαθρο της θεραπείας της συμπεριφοράς, είναι κυρίως οι εξής:

1) Οι Ψυχικές Διαταραχές αντιπροσωπεύουν κάποιας μορφής συνδυασμό βιολογικών παραγόντων και παραγόντων μάθησης (ή εκμάθησης)

2) Η παθολογική συμπεριφορά που είναι το προϊόν παραγόντων μάθησης (είτε ανεπαρκής, είτε λανθασμένη), εγκαθίσταται και συντηρείται με τις ίδιες αρχές όπως και η φυσιολογική συμπεριφορά.

3) Δυσλειτουργίες που αποδίδονται σε λαθεμένη ή ανεπαρκή μάθηση και ακόμα διαταραχές με έντονο βιολογικό προσδιορισμό, μπορούν να ανακουφισθούν με τεχνικές που προέρχονται από τις αρχές της μάθησης.

4) Τα προβλήματα, θεωρούνται πραγματικά και αντιμετωπίζονται αυτά καθαυτά και όχι σαν σύμπτωμα κάποιας υποκειμενικής διεργασίας.

5) Ο εστιασμός είναι στο παρόν, παρά στο παρελθόν ή σε ασυνείδητες διεργασίες

6) Η διαγνωστική εκτίμηση περιλαμβάνει διερεύνηση και ανάλυση κάθε συμπεριφορικής, γνωστικής, (νοητικής) και διαπροσωπικής λειτουργίας, για την ανακάλυψη συγκεκριμένων δυσλειτουργιών ή ελλειμμάτων, ανίχνευση των παραγόντων που ενισχύουν την προβληματική συμπεριφορά και εφαρμογή συγκεκριμένων απλών συμπεριφορικών «συνταγών» διόρθωσης ή νέας εκμάθησης (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

#### **4.3.3.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ (ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ)**

Η θεραπεία *Γνωστικής Συμπεριφοράς* (ΘΓΣ), βασίζεται στη γνωστική θεωρία του Beck (Μάνος Ν. 1997), που υποστηρίζει ότι η βάση για την καταθλιπτική ή την αγχώδη / φοβική συμπεριφορά και συμπτωματολογία είναι τα αρνητικά παραμορφωμένα «γνωστικά (νοητικά) σχήματα». (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη 1997).

Ο όρος «*γνωσία*», (cognition) περικλείει όλες τις νοητικές λειτουργίες-διεργασίες, με τις οποίες κάθε άτομο επεξεργάζεται, αποθηκεύει, ανακαλεί χρησιμοποιεί τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Οι διεργασίες αυτές, επιτρέπουν στο άτομο να σκέπτεται, να εξερευνά, να διερωτάται, να προσδοκά, να προβλέπει και να επιλύει προβλήματα.

Στις *γνωσίες* περιλαμβάνονται οι *προσδοκίες* (expectations), οι *προβλέψεις* (anticipations), οι *εξηγήσεις* (explanations), οι *αποδόσεις* (attributions), οι *στάσεις* (attitudes), οι *εκτιμήσεις* (appraisals), οι *κρίσεις* (judgements), οι *επιδιώξεις*, οι *στόχοι* ή οι *σκοποί* (goals) και τα *σχήματα* (schemata) (Μαδιανός Μ.Γ., Αθήνα, 2006).

Σύμφωνα με τη θεωρία του Beck, οι αρνητικές απόψεις για τον εαυτό, τον διαπροσωπικό κόσμο και το μέλλον, η γνωστική τριάδα, κυριαρχούν στη Κατάθλιψη όπως και οι μη σύντονες με τη πραγματικότητα *σιωπηλές* (αρνητικές) *υποθέσεις* και *σφάλματα λογικής* ή γνωστικές *παραμορφώσεις*. Όλα τα παραπάνω, μαζί με τις *αυτόματες αρνητικές σκέψεις*, κρατούν το άτομο σε Κατάθλιψη ή καταθλιπτικογόνο ετοιμότητα, καθώς αυτό εκτιμά αρνητικά το τι συμβαίνει μέσα του, στις σχέσεις του, το τι συνέβη στο παρελθόν ή το τι περιμένει να συμβεί στο μέλλον (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη 1997). Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, συνοπτικά, τα καταθλιπτικά άτομα συχνά έχουν:

- § Αρνητική άποψη για τον εαυτό τους, δηλαδή θεωρούν ότι είναι άχρηστα, ανεπαρκή, αδύναμα, ανάξια αγάπης, και με πολλά ελαττώματα.
- § Αρνητική άποψη για το περιβάλλον τους, δηλαδή θεωρούν τους πάντες υπερβολικούς, πιστεύουν ότι κανείς δεν τους υποστηρίζει και παντού βλέπουν εμπόδια.
- § Αρνητική άποψη για το μέλλον, δηλαδή θεωρούν ότι δεν υπάρχει ελπίδα (Kramlinger K., μτφρ. Χριστίνα Ελιασά, 2004).

Αυτός ο εσφαλμένος τρόπος σκέψης (η γνωστική τριάδα), οδηγεί το άτομο σε λάθος συμπεράσματα εξαιτίας των *σιωπηλών υποθέσεων*. Το οδηγεί σε *σφάλματα λογικής*, δηλαδή σε *γνωστικές παραμορφώσεις* (διαστρεβλώσεις) όπως:

1. Επιλεκτική προσοχή ή επιλεκτική αφαίρεση: Το άτομο επιλέγει μια αρνητική λεπτομέρεια και μειώνει την όλη εμπειρία.
2. Υπεργενίκευση: Από ένα μεμονωμένο αρνητικό γεγονός, το άτομο βγάζει γενικά (αρνητικά) συμπεράσματα.
3. Προσωποποίηση: Το άτομο ερμηνεύει τα γεγονότα σαν να αντανakλούν στη προσωπική του αξία, ενώ στη πραγματικότητα δεν είναι έτσι.

4. Μεγιστοποίηση ή ελαχιστοποίηση: Το άτομο μεγιστοποιεί ή ελαχιστοποιεί προς της αρνητική πάντα κατεύθυνση, την σημασία των γεγονότων.
5. Αυθαίρετη εξαγωγή συμπερασμάτων: Το άτομο βγάζει εσφαλμένα αρνητικά συμπεράσματα.
6. Διχοτομικός τρόπος σκέψης: Το άτομο βλέπει τα πράγματα από την πλευρά του «όλα ή τίποτα» (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

Ο στόχος της θεραπείας της Γνωστικής συμπεριφοράς, είναι να αντικαταστήσει τις αρνητικές σκέψεις με πιο θετικές και ρεαλιστικές. Αυτό επιτυγχάνεται όταν πλέον ο ασθενής μπορεί να προσδιορίσει και να αναγνωρίσει τις καταθλιπτικές σκέψεις και τις αρνητικές αντιδράσεις, την ώρα που συμβαίνουν. Η θεραπεία Γνωστικής Συμπεριφοράς είναι μια βραχυχρόνια θεραπεία που συνήθως περιλαμβάνει από 12 έως 16 συνεδρίες (Kramlinger K., μτφρ. Χριστίνα Ελιασά, 2004). Ο θεραπευόμενος ακολουθεί ένα πρόγραμμα κατ' οίκον έργου (**home assignment**), με το να καταγράφει ό,τι σκέπτεται σε ψυχοπαιεστικές καταστάσεις (αυτόματες σκέψεις) (Μαδιανός Μ.Γ., Αθήνα, 2006).

Η θεραπεία της Γνωστικής συμπεριφοράς λειτουργεί σύμφωνα με συγκεκριμένους κανόνες. Ο θεραπευτής αναθέτει στον ασθενή πολλή «δουλειά στο σπίτι»:

- § Πρέπει να κάνει λίστες θετικών εμπειριών και αρνητικών εμπειριών, και μερικές φορές αυτές γίνονται γραφήματα.
- § Ο θεραπευτής παρουσιάζει μια ημερήσια διάταξη για κάθε συνεδρία, συνεχίζει τον προγραμματισμένο τρόπο και καταλήγει με μια σύνοψη όσων έχουν επιτευχθεί.
- § Οι συμβουλές δεν έχουν θέση στη συζήτηση.
- § Επισημαίνονται οι ευχάριστες στιγμές στη μέρα του ασθενούς και αυτός εκπαιδεύεται στη τέχνη να περιλαμβάνει τη συναισθηματική ευχαρίστηση στη ζωή του.
- § Αποκτά συναίσθηση του τρόπου που σκέφτεται έτσι ώστε να μπορεί να σταματάει τον εαυτό του όταν έρχεται σε ένα αρνητικό δρόμο και να αλλάζει πορεία προς ένα λιγότερο επιβλαβές σύστημα.
- § Όλη αυτή η δραστηριότητα τυποποιείται σε ασκήσεις.
- § Η θεραπεία της Γνωστικής συμπεριφοράς διδάσκει την τέχνη της αυτοαντίληψης (Solomon A., Αθήνα, 2004).



Η Γνωστική προσέγγιση, χαρακτηρίζεται τόσο από συμπεριφορικές τεχνικές, που έχουν σαν στόχο τη διόρθωση των συνεπειών του αρνητικού τρόπου σκέψης στη καθημερινή ζωή με συγκεκριμένες πράξεις-ασκήσεις, όσο και από γνωστικές τεχνικές (*cognitive restructuring* / γνωστικές ανακατασκευές), που βοηθούν το άτομο να αναγνωρίσει και να διορθώσει τα δυσλειτουργικά γνωστικά του σχήματα. Για αυτό άλλωστε η γνωστική θεραπεία ονομάζεται και θεραπεία γνωστικής συμπεριφοράς (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997). Συγκεκριμένα, η γνωσιακή αναδόμηση (*restructuring*), οι συμπεριφορικές ασκήσεις (*assignments*) και ο «μιαευτικός» διάλογος, είναι οι κύριες τεχνικές. Οι γνωσιακές θεραπείες εμπεριέχουν συμπεριφορικές τεχνικές, για αυτό και έχουν καθιερωθεί πια, ως ενιαία θεραπευτική προσέγγιση (Μαδιανός Μ.Γ., Αθήνα, 2006).

Η αρχική φάση της γνωστικής θεραπείας, που έχει σαν στόχο την μείωση των συμπτωμάτων, δίνει έμφαση στην αναγνώριση των αυτοκαταστροφικών σκέψεων, ενώ οι επόμενες φάσεις, στοχεύουν στην προφύλαξη, επικεντρώνονται στη τροποποίηση των συγκεκριμένων νοητικών σχημάτων μέσα και έξω από τη θεραπεία. Ενώ, ο τελικός στόχος είναι ο αυτοέλεγχος και η αυτοκυριαρχία του ασθενή, ο οποίος εκπαιδεύεται και ασκείται στο να αναγνωρίζει και να ανασκευάζει από μόνος του τις εσφαλμένες του πεποιθήσεις, ώστε να τα βγάζει πέρα καλύτερα στο μέλλον (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

Αυτή η μορφή θεραπείας έχει μελετηθεί λεπτομερειακά και οι έρευνες δείχνουν ότι έχει ιδιαίτερα καλά αποτελέσματα στη θεραπεία της ήπιας ή μετρίου Κατάθλιψης, άλλα όχι τόσο στη θεραπεία πιο σοβαρών μορφών της. Επίσης σε μια μεγάλη έρευνα που έκανε του Αμερικάνικο Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας (Kramlinger, μτφρ. Χριστίνα Ελιασά, 2004), έδειξε ότι ο κίνδυνος μελλοντικών επεισοδίων Κατάθλιψης, είναι μικρότερος μετά τη θεραπεία γνωστικής συμπεριφοράς, παρά από μια φαρμακευτική αγωγή. Ο συνδυασμός της θεραπείας Γνωστικής Συμπεριφοράς και των φαρμάκων είναι συνήθως αποτελεσματικότερος από ότι η θεραπεία Γνωστικής Συμπεριφοράς ή τα φάρμακα από μόνα τους (Kramlinger Κ., μτφρ. Χριστίνα Ελιασά, 2004).

#### 4.3.3.2.2.1 ΔΙΑΛΕΚΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η *Διαλεκτική Θεραπεία Συμπεριφοράς (dialectical behaviour therapy)*, είναι μια θεραπευτική τεχνική, που έχει επινοηθεί από την Linehan (1987) και του συναδέλφους της, και περιλαμβάνει στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες, το οποίο φαίνεται να πυροδοτεί την αυτοκτονία και γενικά τις αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, αντιμετωπίζοντας έτσι την παρορμητική αυτοκαταστροφική συμπεριφορά που σχετίζεται με την Οριακή Διαταραχή της Προσωπικότητας (Barlow D.H. & Durand V.M., 2<sup>η</sup> Έκδοση, Β' Τόμος, μτφρ. Μ.Μπαρπάτση, 2002).

Η Διαλεκτική Θεραπεία Συμπεριφοράς (ΔΘΣ) χρησιμοποιεί τις συμπεριφορικές και γνωστικές στρατηγικές για να μειώσει τον αυτοτραυματισμό και άλλες παραυτοκτονικές ή και αυτοκτονικές συμπεριφορές (focusas.com), ενώ παράλληλα εστιάζει στις διαστρεβλωμένες σκέψεις και πεποιθήσεις του ατόμου, που δημιουργούνται κατά τη διάρκεια της δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς (Kreisman J. J., & Straus H., New Jersey, 2004). Η θεραπεία αυτή σχεδιάστηκε αποκλειστικά για τα άτομα με αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές και με Διαταραχές Προσωπικότητας κυρίως οριακού τύπου (behavioraltech.com).

Το κύριο αντικείμενο αυτής της θεραπείας, είναι η αλλαγή των δυσπροσαρμοστικών σκέψεων και συμπεριφορών, ενώ αντίθετα με τις λοιπές ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις, η Διαλεκτική Θεραπεία παρέχεται σε εξωνοσοκομειακό επίπεδο ή στα πλαίσια ενός βραχύχρονου νοσοκομειακού προγράμματος. Η παρεμβατική της στρατηγική κατευθύνεται απευθείας στο εσφαλμένο γνωστικό / νοητικό μοντέλο, με σκοπό να μεταβάλλει τον τρόπο σκέψης του ατόμου, από τη γνωστική πεποίθηση του «άσπρου ή του μαύρου» στη πεποίθηση του «μαύρου και του άσπρου». Αρχικό μέλημα, είναι να παρουσιαστεί η αντιφατικότητα (dialectic) της θεραπείας, κατά την οποία, ο ασθενής αφενός δέχεται τον εαυτό του όπως είναι και αφετέρου ταυτόχρονα καταβάλλει προσπάθειες αυτοβελτίωσης για το μέλλον.

Ο πρωταρχικός σκοπός της Διαλεκτικής Θεραπείας, είναι η πρόληψη και η θεραπεία των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών. Ο δεύτερος σκοπός της, είναι να παρουσιάσει τις συμπεριφορές που μπορεί να αποδιοργανώσουν τη θεραπευτική προσπάθεια. Εφόσον οι παραπάνω σκοποί εξασφαλιστούν, η θεραπευτική προσοχή, εστιάζεται στη βελτίωση

της ποιότητας ζωής. Η αποδοχή του εαυτού είναι το βασικότερο βήμα καθόλη τη διάρκεια της θεραπείας (Kreisman J. J., & Straus H., New Jersey, 2004).

Προτού ξεκινήσει η θεραπεία, ο ασθενής καλείται να συνάψει ένα άτυπο συμβόλαιο με τον θεραπευτή, συμφωνώντας με τα εξής:

- § Να παραμείνει στο θεραπευτικό πρόγραμμα για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (περίπου ενός χρόνου) και να παρευρίσκεται σε όλες τις θεραπευτικές διαδικασίες.
- § Εάν υπάρχουν αυτοκτονικές ή παραυτοκτονικές ιδέες, θα πρέπει να καταστεί ικανός ώστε να τις μειώσει και να μπορεί να τις ελέγχει.
- § Να συμμετέχει στις ομάδες εκπαίδευσης κοινωνικών δεξιοτήτων.

Προσφέρονται τρεις κύριοι τύποι θεραπευτικής βοήθειας: Ατομική θεραπεία, ομάδες εκπαίδευσης κοινωνικών δεξιοτήτων και τηλεφωνική υποστήριξη. Ταυτόχρονα και βάσει της κρίσης του θεραπευτή, μπορούν να εφαρμοστούν και άλλοι τρόποι θεραπείας, όπως π.χ. Η ομαδική θεραπεία.

ü Η ατομική ψυχοθεραπεία είναι βασικής σημασίας και κατέχει κυρίαρχη θέση στη Διαλεκτική Θεραπεία της Συμπεριφοράς ([mentalhelp.net](http://mentalhelp.net)). Η ατομική ψυχοθεραπεία διατηρεί και διαχειρίζεται τα κίνητρα για αλλαγή, ενώ παράλληλα ενδυναμώνει του μηχανισμούς αντιμετώπισης του ατόμου (Kreisman J. J., & Straus H., New Jersey, 2004).

ü Η δυνατότητα τηλεφωνικής επικοινωνίας του ασθενή με τον θεραπευτή του δεν προσφέρεται για ψυχοθεραπευτικούς σκοπούς, αλλά κυρίως ως κινητήρια δύναμη παρέμβασης στη κρίση (αποφυγή συμπεριφορών αυτοτραυματισμού) ή ως ενισχυτική δύναμη βοήθειας και υποστήριξης για την εφαρμογή των νέων δεξιοτήτων, στις οποίες ασκείται το άτομο μέσα στις ομάδες εκπαίδευσης κοινωνικών δεξιοτήτων. Επίσης η τηλεφωνική επικοινωνία χρησιμοποιείται, εκ μέρους του θεραπευμένου, και ως μέσο επίλυσης ενός προβλήματος που τυχόν κλονίσει τη θεραπευτική σχέση. Εντούτοις, τα τηλεφωνήματα που πραγματοποιούνται αφότου ο ασθενής έχει αυτοτραυματιστεί, δεν γίνονται δεκτά, αφού βέβαια πρώτα ο θεραπευτής βεβαιωθεί ότι ο ασθενής δεν έχει προκαλέσει σωματική βλάβη που χρίζει άμεσης νοσοκομειακής παρέμβασης. Έπειτα από μια πράξη αυτοτραυματισμού,

οι τηλεφωνικές επικοινωνίες με τον ασθενή διακόπτονται για ένα 24ωρο, με απώτερο σκοπό την αποθάρρυνση των συμπεριφορών του αυτοτραυματισμού.

ü Εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων, παρέχεται συνήθως μέσα στο πλαίσιο της ομάδας και, σε ιδανική περίπτωση, από άτομο που δεν σχετίζεται με την ατομική θεραπευτική διαδικασία (δηλαδή τον θεραπευτή). Σε αυτές τις ομάδες εκπαίδευσης κοινωνικών δεξιοτήτων, οι ασθενείς εκπαιδεύονται σε δεξιότητες αντιμετώπισης προβλημάτων που εμφανίζονται στα πλαίσια της Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας.

Υπάρχουν τέσσερις ενότητες στη Διαλεκτική Θεραπεία Συμπεριφοράς, που εστιάζουν με τη σειρά τους σε τέσσερις ομάδες δεξιοτήτων:

1. Γνωσιακές δεξιότητες (μνήμη -προσοχή -συγκέντρωση, ικανότητα επίλυσης προβλημάτων κ.λ.π.), είναι ψυχολογικές τεχνικές που βοηθούν το άτομο να επικεντρωθεί σε συγκεκριμένα περιεχόμενα μιας εμπειρίας και να αναπτύξει ικανότητα να παραμείνει νοητά στην εμπειρία μια δεδομένη στιγμή.
2. Διαπροσωπικές δεξιότητες, περιλαμβάνουν αποτελεσματικές στρατηγικές εκδήλωσης ατομικών αναγκών, άρνησης ή αντιμετώπισης διαπροσωπικών συγκρούσεων, και διαχείριση αυτοεκτίμησης μέσω της αλληλεπίδρασης του ατόμου με άλλα άτομα.
3. Δεξιότητες διαμόρφωσης καταθλιπτικού συναισθήματος, προσφέρουν δεξιότητες αλλαγής της καταθλιπτικής συναισθηματικής κατάστασης και δεξιότητες «ανοχής στην θλίψη», συμπεριλαμβανομένου των τεχνικών για την αντοχή στην συναισθηματική θλίψη όταν η δυσάρεστη κατάσταση που τη προκαλεί. δεν είναι εφικτό να αλλάξει.
4. Δεξιότητες συγκινησιακού ελέγχου, τα άτομα με Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας είναι συχνά συναισθηματικά φορτισμένα (π.χ. να αισθάνονται θυμό, ένταση, θλίψη ή άγχος), έτσι λοιπόν θα πρέπει να είναι σε θέση να ελέγχουν τόσο τις σκέψεις όσο και τις πράξεις τους ([mentalhelp.net](http://mentalhelp.net)).

Ο σημαντικότερος και γενικότερος σκοπός στην Διαλεκτικής Θεραπείας της Συμπεριφοράς, είναι η παροχή βοήθειας στους ασθενείς ώστε να δημιουργήσουν, σύμφωνα με τα δικά τους υποκειμενικά κριτήρια, έναν επιθυμητό τρόπο ζωής. Εντούτοις, τα κριτήρια αυτά, ποικίλλουν από άτομο σε άτομο (π.χ. για κάποιους ένα κριτήριο επιτυχημένης ζωής, είναι ο γάμος και η δημιουργία οικογένειας, για άλλους πάλι βασικό κριτήριο είναι η επαγγελματική αποκατάσταση κλπ). Παρά την διαφορετικότητα των ατομικών στόχων, όλοι οι ασθενείς επιθυμούν από κοινού να απαλλαχθούν από συμπεριφορές που μπορεί να επιφέρουν σοβαρό τραυματισμό ή ακόμα και τον θάνατο.

Για αυτό το λόγο, η Διαλεκτική Θεραπεία Συμπεριφοράς, διαμορφώνει τις θεραπευτικές προσεγγίσεις της, σε τέσσερα κύρια στάδια, όπου το καθένα απευθύνεται σε επιμέρους στόχους:

#### § **Στάδιο 1<sup>ο</sup>: Από την απώλεια ελέγχου στην επανάκτηση ελέγχου**

1<sup>ος</sup> Στόχος: Μείωση και στη συνέχεια εξάλειψη των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών (αυτοκτονικοί ιδεασμοί, απόπειρες αυτοκτονίας, αυτοτραυματισμοί).

2<sup>ος</sup> Στόχος: Μείωση και εξάλειψη συμπεριφορών που παρεμποδίζουν τη θεραπευτική διαδικασία (π.χ. μη συμμετοχή σε όλες τις θεραπευτικές διαδικασίες, μη συνεργασία με τον θεραπευτή κλπ.).

3<sup>ος</sup> Στόχος: Μείωση εμφάνισης συμπεριφορών που καταστρέφουν την ποιότητα ζωής του ατόμου (π.χ. Κατάθλιψη, φοβίες, Διαταραχές στη Πρόσληψη Τροφής, άρνηση ύπαρξης ιατρικών προβλημάτων κλπ.) και αύξηση εμφάνισης θετικών συμπεριφορών που δίνουν νόημα στη ζωή (π.χ. αισιόδοξο συναίσθημα, απόκτηση διαπροσωπικών σχέσεων, κλπ).

4<sup>ος</sup> Στόχος: Εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων που θα βοηθήσουν το άτομο στα εξής:

α) έλεγχος προσοχής, δηλαδή η αύξηση της συνείδησης του «τώρα», σαν ανασταλτικός παράγοντας της ανησυχίας του ατόμου για τις παρελθοντικές ή μελλοντικές καταστάσεις ή για την συνειδητοποίηση των καταστάσεων που παίζουν καταλυτικό ρόλο στο συναίσθημα του ασθενή,

β) δημιουργία νέων κοινωνικών σχέσεων, καλύτερευση υπάρχουσών, και τερματισμός των μη λειτουργικών σχέσεων,

γ) Κατανόηση συναισθημάτων, του τόπου λειτουργίας τους και του τρόπου που μπορούν να βιωθούν, δίχως να γίνουν αποπνικτικά για το ψυχισμό του εκάστοτε ατόμου και

δ) Ανοχή συναισθηματικού πόνου, χωρίς προσφυγή σε αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές.

§ **Στάδιο 2<sup>ο</sup>: Από το συναισθηματικό μούδιασμα, στην ολοκληρωτική βίωση των συναισθημάτων**

Ο κύριος στόχος του σταδίου αυτού, είναι η παροχή βοήθειας προς στους ασθενείς, ώστε να βιώνουν, παγιωμένα και μη, συναισθήματα, χωρίς αυτό να συντελεί στη δημιουργία μετατραυματικού στρες. Οι ασθενείς που φτάνουν αυτό το στάδιο, μπορεί αφενός να είναι σε θέση να ελέγχουν την συμπεριφορά τους, αλλά αφετέρου να βρίσκονται υπό μια κατάσταση «σιωπηλής απόγνωσης». Παρόλα αυτά, η εκπαίδευση της βίωσης του πόνου υπό τη μορφή «σιωπηλής απόγνωσης», δεν αποτελεί κομμάτι της θεραπείας. Σε αυτό το στάδιο, ο θεραπευτής συνεργάζεται με τον ασθενή για τη θεραπεία του μετατραυματικού στρες, και εκπαιδεύεται έτσι ώστε να εκφράζει και να βιώνει τις συναισθηματικές του εμπειρίες χωρίς να αυτές να τον καταβάλλουν και να επηρεάζουν τη ζωή του.

§ **Στάδιο 3<sup>ο</sup>: Σχεδιασμός μιας κανονικής ζωής, επίλυση συνηθισμένων προβλημάτων**

Σε αυτό το στάδιο, οι ασθενείς εκπαιδεύονται σε στρατηγικές επίλυσης συνηθισμένων προβλημάτων, όπως π.χ. οικογενειακά προβλήματα, διαπροσωπικές συγκρούσεις, επαγγελματικές απογοητεύσεις, επαγγελματικοί στόχοι κλπ. Μερικοί ασθενείς επιλέγουν να συνεχίσουν τη συνεργασία με τον θεραπευτή τους, μέχρι την επίτευξη αυτών των στόχων. Κάποιο άλλοι, απέχουν για ένα μεγάλο διάστημα από τη θεραπευτική διαδικασία, με σκοπό να ασκηθούν / εκπαιδευτούν σε αυτούς τους στόχους, χωρίς θεραπευτική βοήθεια και υποστήριξη. Ενώ τέλος, κάποιοι άλλοι αποφασίζουν να απέχουν από τη θεραπευτική διαδικασία εντελώς, και έπειτα να προχωρήσουν στην αναζήτηση κάποιας άλλης θεραπευτικής μεθόδου με διαφορετικό θεραπευτή.

§ **Στάδιο 4<sup>ο</sup>: Μετάβαση από την έλλειψη συναισθηματικής πληρότητας στην συναισθηματική πληρότητα**

Οι περισσότεροι άνθρωποι συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν προβλήματα υπαρξιακού τύπου και μετά τη λήξη του 3<sup>ου</sup> σταδίου. Ακόμα και αν έχουν καταφέρει αισθητά να ζουν με τον τρόπο που επιθυμούν, ίσως συναισθήματα κενότητας ή έλλειψης συναισθηματικής πληρότητας να παραμένουν. Πολλοί άνθρωποι π.χ. συνεχίζουν να αναζητούν το νόημα της ζωής μέσα από θρησκευτικές αναζητήσεις, αλλαγή της επαγγελματικής δραστηριότητας, ή αλλαγή συντρόφων (behavioraltech.com).

Οι επιθυμητές συμπεριφορές κάθε σταδίου, τίθενται υπό έλεγχο πριν την μετάβαση του ατόμου στο επόμενο στάδιο. Συγκεκριμένα, τα προβλήματα που σχετίζονται με το μετατραυματικό στρες (όπως παιδική σεξουαλική κακοποίηση κ.ά.), δεν εξετάζονται με άμεσο τρόπο, γιατί μπορεί να αυξήσουν τη σοβαρότητα του αυτοτραυματισμού, παρά μόνο αν το πρώτο στάδιο έχει ολοκληρωθεί επιτυχώς. Προβλήματα αυτού του τύπου (όπως τα λεγόμενα *flashbacks*), που προκύπτουν ενώ ο ασθενής είναι στο πρώτο ή στο δεύτερο στάδιο, εξετάζονται χρησιμοποιώντας τις τεχνικές «ανοχής στο καταθλιπτικό συναίσθημα». Η θεραπεία του Μετατραυματικού στρες, στο δεύτερο στάδιο περιλαμβάνει την έκφραση των επώδυνων αναμνήσεων του παρελθοντικού τραύματος.

Η θεραπευτική διαδικασία του κάθε σταδίου, στρέφεται στους συγκεκριμένους στόχους για του οποίους δημιουργήθηκε, και οι οποίοι έχουν τακτοποιηθεί σε μια καθορισμένη ιεραρχία ανάλογης σπουδαιότητας.

Η ιεραρχία των στόχων, στη ατομική θεραπεία για παράδειγμα, είναι η ακόλουθη:

- § Μείωση αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών
- § Μείωση συμπεριφορών που παρεμποδίζουν την ποιότητα ζωής
- § Ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων
- § Μείωση συμπεριφορών που σχετίζονται με τη Οριακή Διαταραχή
- § Μείωση συμπεριφορών που σχετίζονται με το Μετατραυματικό στρες
- § Βελτίωση της αυτοεκτίμησης
- § Λοιποί ατομικοί στόχοι που συζητιούνται με τον ασθενή

Ανάμεσα στο πλαίσιο των σταδίων, της ιεράρχησης των στόχων και των τρόπων θεραπείας, εφαρμόζεται εξίσου μια ευρεία ποικιλία θεραπευτικών στρατηγικών και συγκεκριμένων τεχνικών:

Οι βασικές στρατηγικές της Διαλεκτικής Θεραπείας, είναι η «αναγνώριση» και η «επίλυση» προβλημάτων. Οι προσπάθειες για την πραγματοποίηση της αλλαγής, περιβάλλονται από παρεμβάσεις που αναγνωρίζουν τη συμπεριφορά αλλά και επικυρώνουν τις αντιδράσεις του ατόμου, οι οποίες λαμβάνονται υπόψη πάντα σε συνάρτηση με τα προσωπικά βιώματα. Η επίλυση προβλημάτων εστιάζεται στην καλλιέργεια κοινωνικών δεξιοτήτων του ατόμου, με σκοπό να καταστεί ικανό ώστε να αντεπεξέρχεται στα προβλήματά του αποτελεσματικά ([mentalhelp.net](http://mentalhelp.net)).

Οι εβδομαδιαίες ατομικές συνεδρίες παρέχουν στήριξη και οι ασθενείς μαθαίνουν να αναγνωρίζουν και να ρυθμίζουν τα συναισθήματά τους. Δίνεται έμφαση στους τρόπους επίλυσης προβλημάτων και έτσι μπορούν να αντιμετωπίσουν πιο αποτελεσματικά τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν.

Στο τελικό στάδιο της θεραπείας, οι ασθενείς μαθαίνουν να εμπιστεύονται τις δικές τους αντιδράσεις παρά να βασίζονται στην εγκυρότητα των άλλων, μερικές φορές φαντασιώνοντας, ότι δεν αντιδρούν στις επικρίσεις τους.

Τα προκαταρκτικά αποτελέσματα, δείχνουν ότι η Διαλεκτική Θεραπεία Συμπεριφοράς, μπορεί να συντελέσει στη μείωση των αποπειρών αυτοκτονίας, των αυτοκαταστροφικών τάσεων και των νοσηλειών (Barlow D.H. & Durand V.M., 2η Έκδοση, Β' Τόμος, μτφρ. Μ.Μπαρπάτση, 2002).

#### **4.3.3.2.3 ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Πρόκειται για μια πρόσφατη μορφή ψυχοθεραπείας, που αναπτύχθηκε από τον Klerman & Weissman για τη θεραπεία της Κατάθλιψης. Η Διαπροσωπική Θεραπεία, βασίζεται στην υπόθεση ότι στην Κατάθλιψη παίζει σημαντικό ρόλο στο κοινωνικό ή διαπροσωπικό περιβάλλον του ασθενή. Ακόμα ειδικότερα, η διεπιστημονική προσέγγιση, ισχυρίζεται ότι διαταραγμένοι κοινωνικοί ρόλοι και μη ικανοποιητικές σχέσεις, στη παιδική ηλικία ή και στην ενήλικη ζωή, μπορεί να προηγούνται ή να είναι οι συνέπειες καταθλιπτικών διαταραχών και εν πάση περιπτώσει, μπορεί να διαδραματίζουν και αιτιολογικό ρόλο και να αποτελούν επικίνδυνη συνέπεια της Κατάθλιψης (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1998), και



εστιάζει στην πραγματικότητα της καθημερινής ζωής (Solomon A., Αθήνα, 2004).

Ο ασθενής δεν εμβαθύνει στον χαρακτήρα του, αλλά διδάσκεται να κάνει ό,τι καλύτερο μπορεί για τον εαυτό του, όποιος κι αν είναι αυτός. Είναι μια βραχείας διάρκειας θεραπεία με σαφή πλαίσια και όρια. Θεωρεί ότι πολλοί άνθρωποι που πάσχουν από Κατάθλιψη έχουν διάφορα άγχη στη ζωή τους που είτε πυροδότησαν την Κατάθλιψη είτε ήρθαν ως αποτέλεσμα της Κατάθλιψης, και ότι αυτά τα άγχη μπορούν να αντιμετωπιστούν μέσω μιας καλά ελεγχόμενης αλληλεπίδρασης με άλλους ανθρώπους (Solomon A., Αθήνα, 2004).

Ο στόχος της διαπροσωπικής θεραπείας, είναι η βελτίωση των σχέσεων και της επικοινωνίας και η αύξηση της αυτοπεποίθησης. Η Διαπροσωπική Θεραπεία, συνήθως ερευνά τέσσερις τομείς:

- § Την ανεξήγητη θλίψη
- § Τις συγκρούσεις και τις διαφωνίες με άλλους
- § Την μετάβαση από ένα κοινωνικό ρόλο στον άλλο
- § Τις δυσκολίες στις διαπροσωπικές ικανότητες ή τις ικανότητες των ατόμων.

Όπως η Θεραπεία Γνωστικής Συμπεριφοράς, έτσι και η Διαπροσωπική Θεραπεία, είναι βραχυχρόνια και γενικά περιλαμβάνει από 12 έως 16 συνεδρίες. Η Διαπροσωπική θεραπεία έχει τρεις φάσεις:

- ü Η αρχική φάση εστιάζεται στην αναγνώριση των προβληματικών περιοχών.
- ü Η μεσαία φάση στην αντιμετώπιση ή επίλυση ενός ή περισσοτέρων ζητημάτων-κλειδιών, και
- ü Η τελευταία στην λήξη της θεραπείας (Kramlinger K., μτφρ. Χριστίνα Ελιασά, 2004).

Χρησιμοποιούνται υποστηρικτική προσέγγιση και συμπεριφορικές στρατηγικές, διαβεβαίωση (assurance) και εκπαίδευση σε ρόλους και δεξιότητες (Μαδιανός Μ.Γ., Αθήνα, 2006).

Η Διαπροσωπική θεραπεία, είναι αποτελεσματική στην μείωση των συμπτωμάτων της ήπιας και μέτριας Κατάθλιψης και στη βελτίωση της ικανότητας δημιουργίας σχέσεων. Η σύγκριση ανάμεσα στη Διαπροσωπική θεραπεία και στα φάρμακα, έδειξε ότι και οι δύο είναι εξίσου αποτελεσματικές μέθοδοι, παρόλο που τα φάρμακα φέρνουν πιο γρήγορα

αποτελέσματα. Ο συνδυασμός Διαπροσωπικής Θεραπείας και φαρμάκων, είναι συνήθως πιο αποτελεσματικός από ότι μια μέθοδος από μόνη της. Η συγκριτική μελέτη, σύμφωνα με την Kramlinger (2004), κατάδειξε ότι ένα χρόνο μετά τη θεραπεία, τα άτομα που έκαναν Διαπροσωπική θεραπεία και πήραν τα φάρμακα, λειτουργούσαν καλύτερα από τους πάσχοντες που πήραν μόνο τα φάρμακα (Kramlinger K., μτφρ. Χριστίνα Ελιασά, 2004).

#### **4.3.3.3 ΛΟΙΠΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

##### **4.3.3.3.1 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ**

Αν και αποδέχεται μερικές υποθέσεις της ανάλυσης, ο Rogers αρνείται να θεωρήσει τη μετάβαση ως το βασικό στοιχείο της ψυχοθεραπείας. Στόχος της τεχνικής του είναι να διευκολύνει την ελεύθερη έκφραση των συγκινήσεων και των αισθημάτων του ασθενούς, καθώς και τη συνειδητοποίησή τους «εν τη γενέσει» τους. Υιοθετώντας μια στάση κατανόησης και εκτίμησης, ο θεραπευτής αναδιατυπώνει τα αισθήματα του ασθενούς με καθαρότερο τρόπο και έτσι τον βοηθά να αποδεχτεί με αντικειμενικότητα τον εαυτό του ή την πραγματικότητα και να διαμορφώσει σαφείς επιλογές για την αντιμετώπιση των δυσκολιών του.

Οι κύριες ενδείξεις των ψυχοθεραπειών αυτών είναι οι ψυχικές διαταραχές αντιδραστικού τύπου, ύστερα από τραυματικές εμπειρίες που πλήττουν προσωπικότητες με αρκετά ισχυρό Εγώ. Το υπερβολικά έντονο άγχος παρακωλύει την έκφραση των συγκινήσεων και υπάρχει κίνδυνος να παρεμποδίσει την εξέλιξη της θεραπείας (Lempriere T. & Feline A. & συνεργ., Αθήνα, 1995).

Η πρακτική της συμβουλευτικής (consultation), αναπτύχθηκε αφότου οι Lindemann & Caplan, στις δεκαετίες του 1940 και του 1950, έθεσαν τις θεωρητικές βάσεις. Η προσέγγιση της συμβουλευτικής, αφορά στο άτομο και στο κοινωνικό και συναισθηματικό περιβάλλον όπου αυτό ζει, με στόχο να δημιουργηθεί ένα ψυχολογικά ώριμο άτομο.

Η συμβουλευτική είναι από μια άποψη, η προσπάθεια για να βοηθηθεί το άτομο ώστε να λύσει ένα πρόβλημα Ψυχικής Υγείας στο

επίπεδο του συνειδητού, με ταυτόχρονη μείωση της διάρκειας του προβλήματος και με παράλληλη τροποποίηση του περιβάλλοντος (κοινωνικού, συναισθηματικού).

Η διαφορά της συμβουλευτικής από την ψυχοθεραπεία, έγκειται στο γεγονός ότι αυτός που ζητά συμβουλευτική βοήθεια, δεν έχει εξαρτημένη σχέση (θεραπευόμενου-θεραπευτή), με τον συμβουλευόντα. Βασική συμβουλευτική τεχνική, είναι εκείνη που στοχεύει στην αλλαγή και βασίζεται στα εξής:

- § Στην ανάπτυξη της ανάγκης για αλλαγή
- § Εγκατάσταση μιας σχέσης για αλλαγή
- § Διευκρίνιση της διάγνωσης της φύσης του προβλήματος του ατόμου
- § Εξέταση εναλλακτικών λύσεων
- § Μετατροπή των προθέσεων σε προσπάθειες για πραγματική αλλαγή
- § Σταθεροποίηση αλλαγής και
- § Δημιουργία μιας σχέσης

Οι παράγοντες που πρέπει να ελέγχονται για μια πετυχημένη συμβουλευτική παρέμβαση είναι: α) οι συγκρούσεις αξιών (values) και β) οι προσδοκίες στο ρόλο του συμβουλευόντος (Μαδιανός Μ.Γ., Αθήνα, 2006).

#### 4.3.3.3.2 ΠΙΣΤΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η Κατάθλιψη είναι μια νόσος που αφορά τις διαδικασίες σκέψης και τα συναισθήματα, και αν κάτι αλλάξει στις διαδικασίες σκέψης και στα συναισθήματα προς τη σωστή κατεύθυνση, αυτό έχει το χαρακτήρα της ανάρρωσης.

Ο Solomon (2004), υποστηρίζει ότι η θρησκευτική πίστη είναι ένας από τους κύριους τρόπους με τους οποίους οι άνθρωποι τα βγάζουν πέρα με την Κατάθλιψη. Αν και μπορεί να παρέχει απαντήσεις σε αναπάντητα ερωτήματα, η θρησκεία, δεν μπορεί να βγάλει τον άνθρωπο από την Κατάθλιψη. Ωστόσο, συμβάλλει στην άμυνα εναντίον της αρρώστιας και βοηθά τα άτομα να επιβιώσουν των καταθλιπτικών κρίσεων. Δίνει λόγους για να ζει το καταθλιπτικό άτομο και βλέπει τον πόνο σαν κάτι δικαιολογημένο. Δίνει αξιοπρέπεια και στόχο μέσα στην ανημποριά τους.

Πολλοί από τους στόχους της γνωσιακής και συμπεριφορικής θεραπείας κατακτώνται με συστήματα πίστης που μοιάζουν με εκείνα των μεγάλων θρησκειών του κόσμου – με την επεστίαση της ενέργειας έξω από τον εαυτό, την ανακάλυψη του αυτοσεβασμού, την υπομονή, την κατανόηση.

Τα καταθλιπτικά άτομα επιβιώνουν από την Κατάθλιψη με τη βοήθεια μιας πίστης στη ζωή που είναι το ίδιο αφηρημένη όσο και οποιοδήποτε σύστημα θρησκευτικής πίστης.

Η επιστήμη αντιστέκεται στη μελέτη της σχέσης θρησκείας και ψυχικής αρρώστιας, κυρίως για μεθοδολογικούς λόγους. Ο Στηβεν Χαιμαν, διευθυντής του Εθνικού Ιδρύματος Ψυχικής Υγείας, αναρωτιέται:

«Όταν ασχολείσαι με το πόσο αποτελεσματική είναι η προσευχή, ποιο θα μπορούσε να είναι το πρότυπο για μια 'τυφλή' δοκιμασία σύγκρισης;».

Υποστηρίζεται, ότι ο Ιερέας είναι, εκτός των άλλων, το πιο αποδεκτό είδος ψυχοθεραπευτή, και αυτό γιατί παρά πολλοί καταθλιπτικοί δέχονται πρόθυμα την ψυχιατρική υποστήριξη μέσα από τη θρησκευτική διαδικασία.

Η πίστη και η θρησκεία βοηθούν το άτομο να αντεπεξέλθει σε καταστάσεις στρες. Για παράδειγμα η χριστιανική διδασκαλία, δεν επιτρέπει την αυτοκτονία γιατί η ζωή δεν ανήκει στον άνθρωπο αλλά στο Θεό. Στους πιστούς, λοιπόν, αλλά καταθλιπτικούς κατά τα άλλα ασθενείς, μπορεί ακόμη και να αποτρέψει μια αυτοκτονική τάση και συμπεριφορά (Solomon A., Αθήνα, 2004).

#### **4.3.3.4 ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ**

Υπάρχουν δυο βασικοί θεραπευτικοί δρόμοι για την αντιμετώπιση της Κατάθλιψης: οι λεκτικές ψυχοθεραπείες, στις οποίες το θεραπευτικό μέσον είναι οι λέξεις, και οι θεραπείες μέσω σωματικής παρέμβασης, που περιλαμβάνουν τόσο τη φαρμακευτική αγωγή όσο και τα ηλεκτροσόκ ή την ηλεκτροσπασμοθεραπεία.

Η συμφιλίωση της ψυχοκοινωνικής και της ψυχοφαρμακολογικής κατανόησης της Κατάθλιψης είναι δύσκολη αλλά απαραίτητη. Είναι εξαιρετικά επικίνδυνο το ότι πολλοί άνθρωποι βλέπουν το θέμα αυτό

μονόπλευρα. Η φαρμακευτική αγωγή και ψυχοθεραπεία δεν πρέπει να ανταγωνίζονται, πρέπει να αποτελούν συμπληρωματικές θεραπείες που να χρησιμοποιούνται μαζί ή χωριστά ανάλογα με την κατάσταση του ασθενούς. Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο της ολοκληρωμένης θεραπείας, σύμφωνα με τον Solomon (2004), εξακολουθεί να διαφεύγει μερικών επιστημόνων, και οι συνέπειες είναι μεγάλες (Solomon A., Αθήνα, 2004).

Ο συνδυασμός θεραπειών, είναι μια δόκιμη πρακτική που εφαρμόζεται συνεχώς και περισσότερο. Έτσι η φαρμακοθεραπεία, μπορεί να συνδυαστεί με τη ψυχοθεραπεία και κατά τη θεραπευτική προσέγγιση ενός ασθενή, μπορεί να υπάρχει συνδυασμός ή σύνθεση, διαφόρων ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων, με ή χωρίς ταυτόχρονη χορήγηση φαρμακοθεραπείας. Άλλωστε προοδευτικά, έχουν διαμορφωθεί και ενδείξεις για φαρμακοθεραπεία ή ψυχοθεραπεία και έτσι για κάθε καταθλιπτικό ασθενή, μπορεί να γίνει η κατάλληλη σύνθεση / επιλογή για την ενδεικνυόμενη για αυτόν προσέγγιση (Μάνος Ν., Θεσσαλονίκη, 1997).

## Ζ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Έχει αναγνωριστεί ότι η Κατάθλιψη και όλες οι συνοδες αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές ή και οι διαταραχές της, αποτελούν συνάρτηση κοινωνικών, οικονομικών, ψυχολογικών και ατομικών προβλημάτων, άρα γίνεται κατανοητό ότι δεν είναι ευθύνη αντιμετώπισής τους από έναν ή δύο μόνο επαγγελματίες. Αντιθέτως, είναι μια συντονισμένη συλλογική προσπάθεια ατόμων που προέρχονται από διαφορετικά επαγγέλματα με κοινό σκοπό ([pepagnh.gr](http://pepagnh.gr)).

Τα μέλη της Διεπιστημονικής Ομάδας, θα πρέπει να συνεργαστούν συστηματικά και ομόκεντρα, για να δώσουν την αναγκαία βοήθεια στον καταθλιπτικό ασθενή. Η σύγχρονη αντιμετώπιση του αρρώστου σαν «όλον», απαιτεί αξιολόγηση του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος καθώς και άλλων δεξιοτήτων του ατόμου.

Συνεπώς, είναι απαραίτητο η Διεπιστημονική Ομάδα, η οποία έρχεται σε επαφή με τον καταθλιπτικό-αυτοκαταστροφικό ασθενή, είτε σε νοσοκομειακό επίπεδο (απόπειρα αυτοκτονίας, σοβαρός αυτοτραυματισμός κλπ), είτε σε επίπεδο σύναψης θεραπευτικής σχέσης, που εκούσια αναζητεί και δημιουργεί το άτομο, να γνωρίζει τις κοινωνικές συνθήκες και την ψυχική κατάστασή του, με απώτερο σκοπό την αποτελεσματικότερη και θετικότερη έκβαση της θεραπείας ([pepagnh.gr](http://pepagnh.gr)).

Οι τομείς στους οποίους θα συνεργαστεί η Διεπιστημονική Ομάδα, είναι οι εξής:

### Ø Πρωτογενής πρόληψη

Περιλαμβάνει παρεμβάσεις ευαισθητοποίησης, ενημέρωσης και αξιοποίησης προγραμμάτων για την έγκαιρη αποτροπή εκδήλωσης αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών και διαταραχών στα φάσμα της Κατάθλιψης, με μέτρα για τη καλύτερα δυνατή ποιότητα ή και βελτίωση της υγείας και της Ψυχικής Υγείας . Η Διεπιστημονική ομάδα, εργάζεται τόσο σε ατομικό όσο και σε ομαδικό επίπεδο, αφενός με σκοπό τη

προαγωγή Ψυχικής Υγείας και αφετέρου για την πρόληψη εμφάνισης νέων περιπτώσεων καταθλιπτικών ασθενών με συμπεριφορές αυτοκαταστροφής.

### **Ø Δευτερογενής πρόληψη – παρέμβαση**

Αποσκοπεί στον έγκαιρο εντοπισμό των περιπτώσεων καταθλιπτικών ασθενών με τάσεις αυτοκαταστροφής, την άμεση αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπισή τους, ώστε να ανακοπεί η πορεία εξέλιξής των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών. Η Διεπιστημονική ομάδα, εργάζεται πάλι σε ατομικό ή και σε ομαδικό επίπεδο, εφαρμόζοντας τις κατάλληλες θεραπευτικές στρατηγικές αντιμετώπισης, ανάλογα με τον βαθμό αυτοκαταστροφικής σοβαρότητας που παρουσιάζεται στον εκάστοτε εξυπηρετούμενο- καταθλιπτικό ασθενή.

#### **ο Τριτογενής πρόληψη:**

Στοχεύει στη πρόληψη επιπλοκών και αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών, εξαιτίας της ύπαρξης της Κατάθλιψης, με την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων υποτροπής. Η Διεπιστημονική Ομάδα στοχεύει στο «θεραπευτικό συνεχές» (follow-up, θεραπεία συντήρησης), των περιπτώσεων, που όχι μόνο παρουσιάζουν ανθεκτικότητα στη καταθλιπτική νόσο αλλά και μεγάλη επικινδυνότητα υποτροπής ή επανεμφάνισης αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών (Καλλινικάκη Θ., Αθήνα, 1998 & Χριστοδούλου Γ.Ν., Αθήνα, 1998).

Η Διεπιστημονική Συνεργασία, προϋποθέτει κοινούς σκοπούς, το κάθε μέλος εκπροσωπεί μεν μια άλλη επιστημονική κατεύθυνση, αλλά η ανάπτυξη ενός σχεδίου δράσης, εξελίσσεται σε συλλογικό επίπεδο. Οι επαγγελματίες, επιβάλλεται να συνεργάζονται και να συντονίζουν τις ενέργειές τους, εφόσον κρίνεται ότι η αντιμετώπιση της κατάστασης, δεν είναι εφικτή από τον ειδικό μίας και μόνο επιστήμης.

Αυτό δεν σημαίνει, βέβαια, ότι τα μέλη της Διεπιστημονικής Ομάδας είναι συνεχώς μαζί ή ότι χάνουν την ταυτότητά τους. Σημαίνει ότι η πραγματοποίηση του σκοπού μιας συγκεκριμένης κατάστασης, απαιτεί συντονισμό για τη μελέτη σχεδίου δράσης, καταμερισμό εργασίας, προτεραιότητες, κοινή χρησιμοποίηση πληροφοριακού υλικού κλπ. (Παπαϊωάννου Κ., Αθήνα, 1998).

## **Z.1 ΡΟΛΟΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ**

### **Z1.1 ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ**

Ο ρόλος του Ψυχιάτρου είναι πολυδιάστατος, όπως άλλωστε και οι ευθύνες, οι υποχρεώσεις και οι συνέπειές που αυτός εμπεριέχει. Ο ψυχίατρος οφείλει να είναι:

1. Θεματοφύλακας της Ψυχικής Υγείας, με συγκεκριμένες προληπτικές παρεμβάσεις προστασίας από νοσογόνες συνθήκες ή άλλους παράγοντες κινδύνου. Περιλαμβάνονται δηλαδή, παρεμβάσεις που αφορούν στο καταθλιπτικό-αυτοκαταστροφικό άτομο, στην οικογένεια, στο σχολείο, στον εργασιακό χώρο, στην ευρύτερη κοινωνία, σε ειδικές ή ευπαθείς, ηλικιακά, ομάδες πληθυσμού.
2. Θεραπευτής του ψυχικά ασθενούς. Η Κατάθλιψη, δεν είναι μία Διαταραχή με σαφές βιολογικό υπόστρωμα όπως οι περισσότερες ασθένειες, αλλά η συνέπεια περίπλοκων αλληλεπιδράσεων βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Επιβάλλεται ως εκ τούτου πολυδιάστατη και συχνά μακροχρόνια ιατρική παρακολούθηση.
3. Υποστηρικτής και ουσιαστικός συντελεστής στην προσπάθεια κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης του καταθλιπτικού ατόμου με αυτοκαταστροφικές τάσεις, δεδομένου ότι αυτή, συνιστά αναπόσπαστο τμήμα μιας ολοκληρωμένης θεραπείας.
4. Σύμβουλος του ευρύτερου περιβάλλοντος του καταθλιπτικού-αυτοκαταστροφικού ασθενούς, δεδομένου ότι η συναισθηματική Διαταραχή και οι αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, είναι μία οικογενειακή, με την ευρεία έννοια, υπόθεση.
5. Υπερασπιστής της συνολικής αξιοπρέπειας και προστασίας των δικαιωμάτων του καταθλιπτικού ασθενούς, κυνηγός του κοινωνικού στίγματος.
6. Συνήγορος για τις κατά περίπτωση αστικές ή και ποινικές ευθύνες του αυτοκαταστροφικού ατόμου.
7. Πραγματογνώμονας για τις εκάστοτε ανάγκες αντικειμενικής περιγραφής των επιπτώσεων της ψυχικής Διαταραχής (εκούσια - ακούσια νοσηλεία, δικαστική συμπάρσταση).



8. Σύμβουλος στον σχεδιασμό και στην εφαρμογή πολιτικών για την κάλυψη των αναγκών στον τομέα της Ψυχικής Υγείας.
9. Ουσιαστικός συμμετοχος στην διαμόρφωση της νομοθεσίας που άμεσα ή έμμεσα σχετίζεται με τα θέματα της καταθλιπτικής Διαταραχής (Μαλλιώρα Μένη, [malliori.gr](http://malliori.gr)).

Η επιτυχημένη εργασία ενός Ψυχιάτρου συναρτάται από την τήρηση των βασικών αρχών της κοινοτικής ψυχιατρικής, τη διαμόρφωση συγκεκριμένης ιδεολογίας, την έλλειψη ελιτισμού, την ίδια τη στάση προς τη κοινότητα και τις ικανότητές του.

Η ευθυνοφοβία είναι ίσως το μεγαλύτερο εμπόδιο στην απρόσκοπτη εργασία ενός ψυχιάτρου, που ξεπερνιέται με τη βαθιά γνώση του αντικειμένου της δουλειάς του, τη σωστή εκτίμηση δεικτών κινδύνου αυτοκτονίας και τα προληπτικά μέτρα που πρέπει να λάβει.

Η ιεράρχηση των κοινωνικών και λειτουργικών αναγκών στη λήψη μιας απόφασης, είναι το άλλο σκέλος το οποίο πρέπει να προσδιορίζει τον ψυχίατρο. Η δουλειά του είναι επίπονη, πολυδιάστατη, έχει προβλήματα, αλλά τις περισσότερες φορές είναι γεμάτη από θετικές ενισχύσεις (Μαδιανός Μ.Γ., Αθήνα, 2006).

#### **2.1.1.1 ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΟΣ**

Ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας, συμμετέχει στη διαγνωστική εκτίμηση του αυτοκαταστροφικού παιδιού - εφήβου όταν αυτό κριθεί αναγκαίο. Η διαγνωστική εκτίμηση περιλαμβάνει:

- α) Συναντήσεις με το παιδί - έφηβο που παρουσιάζει τάσεις αυτοκαταστροφής (κλινική συνέντευξη, παρατήρηση, εξέταση ψυχικής κατάστασης) και
- β) Συναντήσεις με τους γονείς προκειμένου να ληφθούν στοιχεία για το αναπτυξιακό ιστορικό.

Επιπλέον, καθορίζει τη σφαιρική λειτουργικότητα του παιδιού - εφήβου, συμπεριλαμβανομένων των μακροχρόνιων ή τρεχόντων συμπεριφορικών και συναισθηματικών δυσκολιών που οδηγούν σε επιβάρυνση ή έκπτωση της λειτουργικότητας και ως συνέπεια τη δημιουργία αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών. Εκτιμά το αναπτυξιακό

στάδιο του παιδιού - εφήβου, έχοντας ως βάση αναφοράς τις αναμενόμενες για τη χρονολογική του ηλικία δεξιότητες στο κοινωνικό, κινητικό, γλωσσικό και νοητικό πεδίο. Καθορίζει τη συνεισφορά των διαφόρων παραγόντων που μπορεί να επηρεάσουν το καταθλιπτικό παιδί - έφηβο, όπως είναι η σωματική ανάπτυξη και υγεία, τα συναισθηματικά και επιπρόσθετα συμπεριφορικά συμπτώματα και οι οικογενειακοί, σχολικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες.

- § Αν κριθεί απαραίτητο από τη διαγνωστική εκτίμηση, παραπέμπει το αυτοκαταστροφικό παιδί - έφηβο για ιατρικές εξετάσεις ή και εξέταση από παιδονευρολόγο. Συνεργάζεται με τον παιδίατρο ή και άλλους γιατρούς του παιδιού - εφήβου.
- § Επιλέγει σε συνεργασία με τους άλλους ειδικούς της Διεπιστημονικής Ομάδας το καταλληλότερο θεραπευτικό σχήμα για το παιδί / έφηβο.
- § Αναλαμβάνει την ειδική θεραπευτική παρέμβαση που ενδείκνυται κατά περίπτωση, όπως παιδοψυχιατρική παρακολούθηση, φαρμακευτική αγωγή, συμβουλευτική γονέων. Συγχρόνως, αναλαμβάνει το ρόλο του συντονιστή των θεραπειών άλλων ειδικοτήτων ανά περίπτωση.
- § Συνεργάζεται με τους άλλους ειδικούς της Διεπιστημονικής Ομάδας σε τακτικές συναντήσεις για την αναλυτική συζήτηση των περιπτώσεων.
- § Συνεργάζεται με άλλους φορείς από το περιβάλλον του παιδιού - εφήβου (π.χ. σχολείο, άλλες υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας κλπ.) όταν αυτό είναι απαραίτητο.
- § Συμμετέχει στη συνάντηση της θεραπευτικής ομάδας για τη συζήτηση της κλινικής πορείας των περιστατικών.
- § Συμμετέχει σε εκπαιδευτικές συναντήσεις, σεμινάρια, ομιλίες, όπου παρουσιάζονται επιστημονικά θέματα με κλινικό ενδιαφέρον. Συμμετέχει σε παρουσιάσεις επιστημονικών συνεδρίων.
- § Τέλος, συντάσσει ιατρικές εκθέσεις και γνωματεύσεις ανάλογα με την περίπτωση (Δοξιάδης Σπύρος, [doxiadis-unit.gr](http://doxiadis-unit.gr)).

### **Z.1.2 ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ – ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ**

Σύμφωνα με την επίσημη επιστημονική βιβλιογραφία και πρακτική, ο ρόλος του συμβουλευτικού ψυχολόγου και του ψυχοθεραπευτή εναλλάσσονται κι αλληλοσυμπληρώνονται ανάλογα με τους θεραπευτικούς στόχους της ψυχολογικής θεραπευτικής παρέμβασης.

Ο ψυχολόγος - ψυχοθεραπευτής είναι ειδικά εκπαιδευμένος ψυχολόγος ο οποίος έχει μεγάλη εμπειρία στο να βοηθάει ανθρώπους να διαπραγματεύονται αποτελεσματικά τα συναισθηματικά και άλλα προσωπικά τους προβλήματα (Βασιλειάδης Γ., [sitemaker.gr](http://sitemaker.gr))

Εργάζεται σε τρία επίπεδα: (α) Στη διερεύνηση των ποικίλων τύπων (**patterns**) των ψυχολογικών διεργασιών του πελάτη π.χ. με τη χρήση ψυχομετρικών τεστ, (β) στη ψυχοθεραπευτική ή συμβουλευτική παρέμβαση στον ίδιο ή στην οικογένειά του, και (γ) στη κοινότητα συμμετέχοντας στα προγράμματα πρόληψης π.χ. ομάδες ευαισθητοποίησης (Μαδιανός Μ. Γ., Αθήνα, 2006).

Αξιολογεί και αντιμετωπίζει συναισθηματικές διαταραχές, προβλήματα συμπεριφοράς, καθώς και δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις. Ο ψυχολόγος - ψυχοθεραπευτής ενδιαφέρεται κυρίως για τις κρυμμένες δυνάμεις και δυνατότητες, το υποστηρικτικό περιβάλλον του καταθλιπτικού-αυτοκαταστροφικού ατόμου, για το σύστημα στο οποίο ανήκει αυτό (π.χ. οικογένεια καταγωγής), για τους τρόπους επικοινωνίας και συνδιαλλαγής του ατόμου με αυτά τα περιβάλλοντα (συστήματα), για τους ρόλους, τους κανόνες, και τους στόχους που υιοθετεί, καθώς και για το στάδιο της ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης στο οποίο βρίσκεται (Βασιλειάδης Γ., [sitemaker.gr](http://sitemaker.gr))

Η κλινική εμπειρία του Ψυχολόγου, συνεισφέρει στη πληρέστερη δυνατή εκτίμηση της ψυχικής κατάστασης ενός πελάτη και στον ορθολογικότερο προγραμματισμό της θεραπευτικής αγωγής. Η συνεισφορά του Ψυχολόγου στον τομέα της ανάληψης περιπτώσεων με εμφανές κοινωνικό-ψυχολογικό περιεχόμενο, ή και όχι κατά ανάγκη ψυχιατρικό, είναι μοναδική, αφού έτσι αποφεύγεται η ψυχιατρικοποίηση του προβλήματος, η οποία σε άλλη περίπτωση μπορεί να αποπροσανατολίσει τη σωστή αντιμετώπισή του (Μαδιανός Μ. Γ., Αθήνα, 2006).

## **Z.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ**

Η κοινωνική εργασία αποβλέπει στη πρόληψη και αποτροπή των κοινωνικών προβλημάτων και των επιπτώσεών τους στα άτομα και στο περιβάλλον τους. Στο πλαίσιο αυτό αναλαμβάνει και αναπτύσσει τεχνικές *συμβουλευτικής* και θεραπευτικής *υποστήριξης* (Καλλινικάκη Θ., Αθήνα, 1998).

### **Z.2.1 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟ ΕΡΓΟ**

Ο όρος «*συμβουλευτικός*» και «*συμβουλευτική εργασία*», δεν πρέπει να εκλαμβάνονται με τη κατά λέξη σημασία τους, δηλαδή ως παροχή συμβουλών, οδηγιών και καθοδήγησης σχετικά με το τι πρέπει να γίνει ή τι πρέπει να αποφευχθεί σε μια δεδομένη στιγμή. Στη προκειμένη περίπτωση, η «*συμβουλευτική*» αφορά τη διαδικασία κατά την οποία ο σύμβουλος (κοινωνικός λειτουργός) συνεξετάζει από κοινού με τον συμβουλευόμενο (άτομο ή ομάδα) τα ζητήματα που τον απασχολούν και συνεισφέρει στη λύση τους.

Η συμβουλευτική κοινωνική εργασία, συμβάλλει στην αποκατάσταση των αδυναμιών και στην έκφραση και τον χειρισμό των συναισθηματικών και των αμυντικών μηχανισμών που χρησιμοποιεί ο συμβουλευόμενος στις διαπροσωπικές του σχέσεις (οικογένεια, εργασία, φίλοι, σχολείο κλπ.). Απώτερος στόχος, είναι να βοηθήσει στην απελευθέρωση και ενεργοποίηση των παραγνωρισμένων δυνάμεων και των παραμελημένων ικανοτήτων του συμβουλευόμενου, οι οποίες θα συμβάλλουν στη διαδικασία λύσης προβλημάτων και στην ορθολογικότερη αντιμετώπιση των μελλοντικών δυσκολιών.

Η συμβουλευτική κοινωνική εργασία αναπτύσσεται στα πλαίσια της κοινωνικής εργασίας με άτομα, οικογένειες, καθώς και ομάδες προσωπικού υπηρεσιών. Η διαεπαγγελματική συμβουλευτική, εφαρμόζεται κυρίως στους τομείς της εκπαίδευσης, της υγείας και της Ψυχικής Υγείας (πρόληψη και επίλυση διεπαγγελματικών αντιθέσεων και συγκρούσεων).

Η παρεχόμενη, μέσω της επαγγελματικής σχέσης, ψυχο-συναισθηματική υποστήριξη στον εξυπηρετούμενο, συνοδεύεται από την

υπόδειξη και την ενθάρρυνση για υλοποίηση ποικίλων ενεργειών. (Καλλινικάκη Θ., Αθήνα, 1998).

## **Z 2.2 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΕΡΓΟ**

Ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι το μέλος της θεραπευτικής ομάδας που προβαίνει στη ψυχοκοινωνική εκτίμηση της οικογένειας, ως προς τις κοινωνικό-οικονομικές συνθήκες, σχέσεις, προβλήματα και ανάγκες.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός παρεμβαίνει στη πρόληψη της Καταθλιπτικής Διαταραχής και των συνοδών αυτοκαταστροφικών διαταραχών - συμπεριφορών της, μέσω της οργάνωσης και υλοποίησης ερευνών ή ερευνητικών προγραμμάτων και προγραμμάτων παρέμβασης στη κοινότητα.

Συμμετέχει στα ερευνητικά και εκπαιδευτικά προγράμματα του Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας, ενώ παράλληλα, μπορεί να αναλάβει μέρος του έργου της ανίχνευσης νέων «περιπτώσεων» και μέσα από ειδική εκπαίδευση πανεπιστημιακού επιπέδου να ασκεί το έργο της συμβουλευτικής ή ψυχοθεραπείας με άτομα ή ομάδες.

Ο κοινωνικός λειτουργός, συμμετέχει επιπλέον, σε ειδικά ψυχοθεραπευτικά προγράμματα αντιμετώπισης παιδιών και των οικογενειών τους, ενώ παράλληλα συνεργάζεται με τους επαγγελματίες όλων των εκπαιδευτικών βαθμίδων, με φορείς υγείας, την Τοπική Αυτοδιοίκηση, με συλλόγους ανάλογα με τις ανάγκες για βοήθεια και υποστήριξη του κάθε περιστατικού. Συνεργάζεται επίσης, με φορείς και υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας και πολιτικής και υγειονομικής περίθαλψης σε κεντρικό-περιφερειακό επίπεδο.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός, από κοινού με τη Διεπιστημονική ομάδα, συμβάλλει στα εξής τρία θεραπευτικά επίπεδα:

1. Στο επίπεδο της *άμεσης αντιμετώπισης των κρίσεων (crisis intervention)*, ή της παρέμβασης με ψυχοθεραπευτικούς ή και φαρμακευτικούς χειρισμούς, μέσα στο πλαίσιο της δημιουργίας μίας θεραπευτικής συμμαχίας με το άτομο και την οικογένεια.

2. Στο επίπεδο της επίτευξης της *θεραπευτικής συνέχειας*, όπου το άτομο ακολουθεί την θεραπευτική αγωγή μέχρι την εξάλειψη των αυτοκαταστροφικών φαινομένων στη συμπεριφορά του.
3. Στο επίπεδο της *κοινωνικής αποκατάστασης*, όπου προγραμματίζεται κάθε δυνατός μηχανισμός κοινωνικοποίησης και κοινωνικής ένταξης του ατόμου. Το επίπεδο της αποκατάστασης είναι αυτονόητο σε ότι αφορά ειδικές ψυχοπαθολογικές καταστάσεις ατόμων με σοβαρή έκπτωση της λειτουργικότητάς τους και χαλαρό ή ανύπαρκτο υποστηρικτικό σύστημα.

Η *ανάληψη (intake)* του περιστατικού μπορεί να γίνει από τον Κοινωνικό Λειτουργό, με τη λήψη κοινωνικού ιστορικού, που θα διευκρινίσει την ιδιαιτερότητα του περιστατικού σε αμιγές κοινωνικό, σε αμιγές ψυχιατρικό ή σε μεικτό (Μαδιανός Μ. Γ., Αθήνα, 2006).

Η παρέμβαση του Κοινωνικού Λειτουργού, βασίζεται πάνω στην μελέτη και εκτίμηση των σκοπών του ατόμου, στα χαρακτηριστικά του και στην ανάμειξή του. Ο ρόλος μπορεί να κατευθύνεται προς μια αλλαγή του καταθλιπτικού ατόμου ή της κατάστασης στην οποία βρίσκεται. Αυτό περιλαμβάνει τις παρεμβάσεις σχετικά με τις προσωπικές αλληλεπιδράσεις του ατόμου και του περιβάλλοντος, στη ψυχοδυναμική και στα θέματα που αφορούν την αντιμετώπιση και αντοχή σε σχέση με τα προβλήματα της ζωής (Κοινωνική Εργασία με Άτομα III, σημειώσεις μαθήματος, Ε' εξαμήνου, Πάτρα).

Εργάζεται επίσης και με την οικογένεια (άμεσα και έμμεσα), με τις διάφορες υπηρεσίες κοινωνικής πολιτικής (φορείς κοινωνικής πρόνοιας και άλλες οργανώσεις). Αναλαμβάνει εξίσου την υποστηρικτική – συμβουλευτική αντιμετώπιση των γονιών, κατά ζεύγος ή σε ομάδες στο χώρο της υπηρεσίας ή στο σπίτι καθώς και το *follow-up* των περιστατικών. Παρεμβαίνει μαζί με τον Ψυχίατρο και επηρεάζει θετικά τα δυναμικά των οικογενειακών σχέσεων, όταν αυτές είναι αρνητικές ή απορριπτικές ως προς το άρρωστο μέλος. Εργάζεται με τη κοινότητα για την αποτελεσματική υποστήριξη των αρρώστων χωρίς υποστηρικτικό σύστημα.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός, εργάζεται για την ανίχνευση και επίλυση των κοινωνικών παραγόντων (οικογενειακών, κοινωνικών, πολιτιστικών παραγόντων) που παρεμβαίνουν στην έναρξη, πορεία και αποδρομή της

Κατάθλιψης και των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών - διαταραχών (Μαδιανός Μ. Γ., Αθήνα, 2006).

Μέσω του μοντέλου επίλυσης προβλημάτων (*problem solving model*), επιδιώκεται μια συνεχής συναλλαγή, κατά την οποία το καταθλιπτικό άτομο, προσαρμόζει τον εαυτό του στους εξωτερικούς παράγοντες με αμοιβαίες προσαρμογές και αλληλεπιδράσεις και συγχρόνως οι εξωτερικοί παράγοντες προσαρμόζονται στο άτομο, ώστε να επιτυγχάνεται πιο εξατομικευμένη προσοχή, συμπαράσταση και εμπλοκή. Σκοπός της διεργασίας λοιπόν, είναι να ελκύσει το καταθλιπτικό άτομο στην αντιμετώπιση των αυτοκαταστροφικών του τάσεων, και μάλιστα με μέσα που το βοηθούν, ενώ προχωρεί την ζωή του. Τα μέσα αυτά είναι:

- § Η δημιουργία και ο χειρισμός της επαφής, η βοήθεια που προσφέρεται για να καθησυχάσει, να εξαλείψει ή να «ξεδιαλύνει» τα συγκεχυμένα συναισθήματα, που παρακωλύουν την επαρκή λειτουργία του ατόμου.
- § Η χρησιμοποίηση των ίδιων ικανοτήτων και δυνατοτήτων του αυτοκαταστροφικού ατόμου, ώστε να εμπλακεί αυτό στην επίλυση της διαμάχης ή της προβληματικής κατάστασης.
- § Η παροχή υπηρεσιών που θα εξασκήσουν και θα ενεργοποιήσουν την προσαρμοστική του δράση.
- § Η «εκπαίδευση» μέσα από την εμπλοκή του, στην εξομάλυνση της δυσκολίας του, ώστε να μπορεί να χειριστεί το ίδιο, παρόμοια τουλάχιστον προβλήματα στο μέλλον.

Η κοινωνική εργασία έχει εφαρμογές σε όλα τα είδη και τις μορφές των υπηρεσιών και των προγραμμάτων υγείας που υπάρχουν για κάθε ηλικιακή ομάδα και λειτουργούν σε κεντρικό, περιφερειακό, τοπικό και κοινοτικό επίπεδο. Σε όλες τις βαθμίδες υγείας έχει θεσμοθετηθεί η λειτουργία κοινωνικών υπηρεσιών, οι οποίες στελεχώνονται αποκλειστικά από κοινωνικούς λειτουργούς (Παπαϊωάννου Κ., Αθήνα, 1998).

Δεδομένου όμως, ότι πολλοί αυτοκαταστροφικοί ασθενείς με Κατάθλιψη, που εισάγονται στο νοσοκομείο, διαγιγνώσκονται για πρώτη φορά με τάσεις αυτοκαταστροφής (διαταραχές συμπεριφοράς), είτε λόγω μιας αποτυχημένης απόπειρας αυτοκτονίας, είτε μετά από ένα σοβαρό επεισόδιο αυτοτραυματισμού κλπ., κρίνεται υψίστης σημασίας ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού (Κλινικού κυρίως) στο νοσοκομείο.

### **Z 2.2.1 ΚΛΙΝΙΚΗ - ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

Το κεντρικό σημείο της *Κλινικής Κοινωνικής Εργασίας*, είναι η προοπτική του ατόμου, μέσα στο πλαίσιο του. Η Κλινική Κοινωνική Εργασία, προσφέρει ψυχοθεραπείες, συμβουλευτική και υποστήριξη στους ενδιαφερόμενους. Προσφέρεται στο Δημόσιο ή Ιδιωτικό τομέα, σε Ιδρύματα σχετικά με την Οικογένεια, σε εκπαιδευτικά ή Δικαστικά πλαίσια, σε Ψυχιατρικές κλινικές, Γενικά Νοσοκομεία κλπ.

Σκοπός της Κλινικής Κοινωνικής Εργασίας είναι η αξιολόγηση και συντήρηση της ψυχικής λειτουργικότητας ατόμων και οικογενειών. Βασίζεται πάνω σε θεωρίες ανάπτυξης του ατόμου μέσα σε ένα ψυχολογικό πλαίσιο, στη ψυχοπαθολογία και στην συνεργασία με άλλα επαγγέλματα. Βοηθά στη βελτίωση της λειτουργίας του ατόμου που απειλείται ή επηρεάζεται από κοινωνικά ή ψυχολογικά στρες ή από ασθένειες (Κοινωνική Εργασία με Άτομα III, σημειώσεις μαθήματος, Ε' εξαμήνου, Πάτρα).

Ο Κλινικός Λειτουργός, κατά την άσκηση της Κλινικής κοινωνικής Εργασίας με άτομα και με οικογένειες εστιάζει στις δυνάμεις του Εγώ, στις ασυνείδητες πλευρές της προσωπικότητας του ατόμου. Η βοήθεια αφορά έκδηλα ή και ορατά προβλήματα, ενώ παράλληλα υλοποιείται και η παροχή των απαιτούμενων υπηρεσιών. Αξιοποιούνται στοιχεία από την προσωπικότητα της σχέσης με τον Κοινωνικό Λειτουργό, όπως εκδηλώνονται στη διάρκεια συνεντεύξεων. Πρέπει να επισημανθεί ότι η Κλινική Κοινωνική Εργασία δεν επιδιώκει δομική αλλαγή της προσωπικότητας του ατόμου, η οποία συνήθως επιχειρείται στην ψυχοθεραπεία (Καλλινικάκη Θ., Αθήνα, 1998).

Οι Κλινικοί Κοινωνικοί Λειτουργοί, παρέχουν υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας για την πρόληψη, τη διάγνωση, και τη θεραπεία των διανοητικών, συμπεριφορικών, και συναισθηματικών διαταραχών στα άτομα, τις οικογένειες, και τις ομάδες. Ο στόχος τους είναι να ενισχύσουν και να διατηρήσουν τη φυσική, ψυχολογική, και κοινωνική λειτουργία των ασθενών τους ([mentalhealthchannel.net](http://mentalhealthchannel.net)).

Στα πλαίσια υγείας, ο Κοινωνικός Λειτουργός βοηθά ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό να αναγνωρίσει τις κοινωνικές ανάγκες των καταθλιπτικών-αυτοκαταστροφικών ασθενών και τη κοινωνική διάσταση



κάθε προβλήματος υγείας, τη ποικίλη και συγκαλυμμένη μορφή του κάτω από σωματικά ενοχλήματα. Ακόμα βοηθά στην αναγνώριση και αποκωδικοποίηση των συναισθηματικών παραμέτρων και κυρίως του φόβου, οι οποίες συχνά περιπλέκουν και διαστρεβλώνουν την κλινική εικόνα του ασθενούς (τα ενεργά συμπτώματά του).

Στα νοσηλευτικά πλαίσια η παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού αναπτύσσεται σε στενή διεπιστημονική συνεργασία με το ιατρικό, νοσηλευτικό και ερευνητικό προσωπικό (Καλλινικάκη Θ., Αθήνα, 1998). Συντονίζει τις ενέργειες και δραστηριότητες των διάφορων τμημάτων του νοσοκομείου με άλλες κοινωνικές υπηρεσίες στη κοινότητα, ώστε να διευκολύνει την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο (Σταθόπουλος Π. Α., Αθήνα, 1999).

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στο νοσοκομείο, στο κέντρο υγείας ή σε άλλα πλαίσια υγείας, έχει αποστολή να συμβάλλει στη θεραπεία του αυτοκαταστροφικού αρρώστου (Σταθόπουλος Π. Α., Αθήνα, 1999). Συνεπώς, είναι πολύπλευρος, με πολλαπλές λειτουργίες *Κλινικής Κοινωνικής Εργασίας* και *Κοινωνικού Σχεδιασμού*. Ορισμένες λειτουργίες είναι κοινές σε όλα τα νοσοκομεία, ενώ άλλες διαφέρουν σε έμφαση ή δραστηριότητα, ανάλογα με τις ειδικές νοσηλευτικές απαιτήσεις.

Σε σχέση με τα άλλα επαγγέλματα Υγείας στο χώρο του νοσοκομείου, ο Κοινωνικός Λειτουργός, στοχεύει κυρίως σε αλλαγή στην ανθρώπινη συμπεριφορά και στις συνθήκες ζωής, ενώ τα άλλα επαγγέλματα Υγείας, στη νοσηλευτική διεκπεραίωση του αρρώστου. Το επαγγελματικό επίκεντρο της Κοινωνικής Εργασίας στο νοσοκομείο, είναι η προσαρμοστική αλλαγή ανθρώπινων σχέσεων ([pepagnh.gr](http://pepagnh.gr)). Ο Κοινωνικός Λειτουργός, με τις ειδικές γνώσεις που διαθέτει μπορεί να κατανοήσει τις συναισθηματικές, κοινωνικές και οικονομικές παραμέτρους της κατάστασης του αυτοκαταστροφικού ασθενή και να δώσει στο γιατρό και το νοσηλευτικό προσωπικό, πληροφορίες που θα τους βοηθήσουν να αποκτήσουν μια πληρέστερη εικόνα για τον ασθενή.

Στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων του, ο Κοινωνικός Λειτουργός συλλέγει πληροφορίες και παρουσιάζει το κοινωνικό ιστορικό του ασθενή στην επιστημονική ομάδα (Σταθόπουλος Π. Α., Αθήνα, 1999). Ο κεντρικός ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού, ενισχύεται ακόμη περισσότερο με την δημιουργία διεπιστημονικών ομάδων στα νοσοκομεία και την συμμετοχή

του σε αυτές. Καλείται να παίξει σημαντικό ρόλο σαν στέλεχος πλέον της διεπιστημονικής ομάδας, με την δική του επιστημονική οντότητα ([perapnh.gr](http://perapnh.gr)). Συνεπώς, συνεργάζεται με άλλους ειδικούς για την προσαρμογή του ασθενούς στο νοσοκομείο, όσο διαρκεί η νοσηλεία (Σταθόπουλος Π. Α., Αθήνα, 1999).

Στον χώρο του νοσοκομείου η διεπιστημονική ομάδα έχει τις εξής ειδικότητες και δραστηριότητες:

A) Ο *γιατρός* εστιάζει τη προσοχή του στα οργανικά συμπτώματα, στον έλεγχο και την εξάλειψη συμπτωμάτων κλπ.

B) Ο *νοσηλευτής*, μεριμνά για τη συνολική συνθήκη νοσηλείας του ασθενούς και τη σωστή εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής.

Γ) Ο *ψυχολόγος*, εστιάζει στον ψυχοπαθολογικό τομέα και στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών που οφείλονται στην ασθένεια.

Δ) Τέλος, ο *Κοινωνικός Λειτουργός*, επικεντρώνεται στον κοινωνικό χώρο με στόχο τη διατήρηση ή την επανάκτηση της κοινωνικής Προσωπικότητας και των κοινωνικών ρόλων (Καλλινικάκη Θ., Αθήνα, 1998).

Ο Κοινωνικός Λειτουργός δέχεται περιπτώσεις ασθενών που υποδεικνύουν γιατροί, νοσηλευτές και άλλοι ειδικοί οι οποίοι στο πλαίσιο της συνεργασίας τους με κάποιον ασθενή, διαπιστώνουν ότι ενδείκνυται η παρέμβαση του Κοινωνικού Λειτουργού (Σταθόπουλος Π. Α., Αθήνα, 1999).

Ο νοσοκομειακός Κοινωνικός Λειτουργός είναι ο επαγγελματίας που «κοιτά πίσω» προς τον ασθενή, όταν η ιατρική ομάδα έχει ολοκληρώσει την επίσκεψη στο θάλαμό του, για να διαπιστώσει τη ψυχική του κατάσταση. Επίσης είναι αυτός που παρέχει επείγουσα ψυχοκοινωνική φροντίδα και αναζητά λύσεις σε πρακτικά προβλήματα καταθλιπτικών νοσηλευόμενων, ύστερα από απόπειρες αυτοκτονίας, βαριά εγκαύματα, σοβαρούς αυτοτραυματισμούς κλπ. Αναλαμβάνει επίσης τη μετανοσοκομειακή παρακολούθηση (**follow-up**) των ασθενών και τη φροντίδα για επανένταξη και αποκατάσταση ύστερα από μακριά νοσηλεία, ενώ συγχρόνως εκπονεί έρευνες και αναλαμβάνει την εκπαίδευση των εθελοντών και ομάδων αυτοβοήθειας (Καλλινικάκη Θ., Αθήνα, 1998).

Ο ρόλος του Κοινωνικού λειτουργού σχετίζεται τόσο με την προετοιμασία του ατόμου να ενταχτεί και να προσαρμοστεί στο

νοσοκομειακό πλαίσιο όσο και να δεχτεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα. Ο Κοινωνικός Λειτουργός μέσω της υποστηρικτικής του ιδιότητας, στοχεύει στην συναισθηματική εκφόρτιση του καταθλιπτικού ασθενή, στην κατανόηση και επεξεργασία των συναισθημάτων αυτών. Σημαντικό βήμα για την προσέγγιση του ασθενούς είναι η καλή επικοινωνία η οποία εξασφαλίζεται κυρίως μέσω διαλόγου. Ενός διαλόγου, που αποπνέει σεβασμό στον ασθενή και του παρέχει την απαιτούμενη πληροφόρηση και υποστήριξη .

Επιδιώκει τη μείωση του άγχους του ασθενούς, τη ρύθμιση γενικότερα των συναισθημάτων του. Το άγχος ως προς τα προσωπικά προβλήματα μπορεί να οδηγήσει τον καταθλιπτικό ασθενή να αναβάλλει ή να αρνηθεί την θεραπεία ή να επιβραδύνει όποια πρόοδο προς ανάρρωση.

Η παραδοχή ότι υπάρχει η ασθένεια, η ερμηνεία και η επεξήγησή της, είναι απαραίτητη με στόχο την ρεαλιστική αντιμετώπισή της, και των επιπτώσεών της, στην καθημερινή ζωή του ατόμου. Η ψυχοκοινωνική φροντίδα του καταθλιπτικού ασθενούς μπορεί να ενισχύσει τις εσωτερικές του δυνάμεις και να τον βοηθήσει στην πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων του και στην αποδοχή της προτεινόμενης αγωγής.

Παράλληλα, ο Κοινωνικός Λειτουργός, μεριμνά για τη διασφάλιση των δικαιωμάτων του ασθενή:

- § Δικαίωμα προσέγγισης στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειας του.
- § Δικαίωμα ενημέρωσης (πληροφορίες σχετικά με τη διάγνωση-θεραπεία- προοπτική).
- § Απόλυτο σεβασμό μοναδικότητας του ασθενούς (εξατομικευμένη φροντίδα, διαφύλαξη του απόρρητου).
- § Το συμφέρον του ασθενούς και την άρνησή του να γίνει αντικείμενο πειραμάτων.
- § Το σεβασμό της ιδιωτικής του ζωής και της αξιοπρέπειάς του, καθώς και την ίση μεταχείριση (ανεξάρτητα από οικονομική και κοινωνική θέση, θρησκευτικές και πολιτικές πεποιθήσεις).

Οι ασθενείς δικαιούνται κάθε προσπάθεια εξασφάλισης των δικαιωμάτων που τους ανήκουν, με απόλυτο σεβασμό και ευθύνη στην εμπιστευτικότητα και το ιδιωτικό τους περιβάλλον.

Δεν νοείται Κοινωνική Εργασία στον ασθενή, χωρίς την προσέγγιση της οικογένειάς του. Με την έννοια της ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης, για την ουσιαστική αντιμετώπιση των ποικίλων προβλημάτων που απορρέουν από την ασθένεια. Η ασθένεια ή η εισαγωγή σε ένα νοσοκομείο ενός μέλους της οικογένειας επηρεάζει όλη την οικογένεια.

Πρώτος στόχος (ειδικά όταν ο ασθενής αντιμετωπίζει μια σοβαρή μορφή Κατάθλιψης), είναι η ανακούφιση της οικογένειας από όλα εκείνα τα συναισθήματα που έχουν δημιουργηθεί στα μέλη, από την εμφάνιση των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών (σοκ, άγχος, φόβος, πανικός, θυμός, ενοχές, απογοήτευση).

Ο Κοινωνικός Λειτουργός, προσεγγίζει και βοηθά τον άρρωστο και το περιβάλλον του με διάλογο, με παρεμβάσεις ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης και γενικότερης ψυχοκοινωνικής στήριξης. Γενικά, αντιμετωπίζει τον ασθενή σαν βίο-ψυχοκοινωνική οντότητα υπό το πρίσμα της ολιστικής προσέγγισης. Συλλέγει στοιχεία κοινωνικού ιστορικού για τον ασθενή και την οικογένεια του, που θα χρησιμοποιηθούν στο ιατρικό έργο για τη θεραπεία του ασθενούς ([pepagnh.gr](http://pepagnh.gr)).

Βοηθά να επιλύνονται τυχόν οικονομικά και κοινωνικά προβλήματα, συμμετέχει στον προγραμματισμό της εξόδου του αρρώστου (Μαδιανός Μ.Γ., Αθήνα, 2006), ενώ παράλληλα βοηθά την οικογένεια να ανασυντάξει τις δυνάμεις της γύρω από την πραγματικότητα, ώστε να είναι σε θέση να την αντιμετωπίσει. Διευκολύνει την επικοινωνία μεταξύ της οικογένειας και του ασθενή. Στηρίζει την οικογένεια και την παροτρύνει να μην εγκαταλείψει τον ασθενή αλλά να σταθεί δίπλα του, βοηθώντας στην δυνατότητα ανοιχτής επικοινωνίας μεταξύ των μελών της, με ενθαρρυντική στάση προς τα μέλη να εκφράσουν ανοιχτά τα συναισθήματά τους. Επιπλέον, θα πρέπει ο Κοινωνικός Λειτουργός να αναγνωρίσει τα υποστηρικτικά συστήματα του ασθενή, τα οποία θα πρέπει να ενισχύονται και να δραστηριοποιούνται προς την καλύτερη αντιμετώπιση του καταθλιπτικού ασθενούς ([pepagnh.gr](http://pepagnh.gr)).

Ερμηνεύει στον ασθενή και την οικογένειά του τη φύση ή τη σοβαρότητα της Κατάθλιψης που συντέλεσε στην εισαγωγή του στο

νοσοκομείο (π.χ. απόπειρα αυτοκτονίας, σοβαρός αυτοτραυματισμός κλπ.), τη πιθανή διάρκεια παραμονής του και να βοηθήσει τον ασθενή και την οικογένειά του να διαμορφώσουν μια θετική στάση προς τις υπηρεσίες και το προσωπικό του νοσοκομείου. Όσο πιο ρεαλιστική εικόνα έχουν ο αυτοκαταστροφικός ασθενής, και το περιβάλλον του, για τη κατάσταση της σωματικής και ψυχικής του υγείας, τόσο μειώνεται το άγχος και αυξάνεται η ικανότητά τους για σωστές αποφάσεις σχετικά με τη ψυχική και τη σωματική του υγεία. Επιπλέον, μπορούν να κάνουν καλύτερες εκτιμήσεις για τις βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες συνέπειες, τόσο για τον ίδιο τον ασθενή, όσο και για την οικογένειά του (Σταθόπουλος Π. Α., Αθήνα, 1999).

Εκτός από την εργασία με καταθλιπτικά - αυτοκαταστροφικά άτομα (ΚΕΑ), ο Κοινωνικός Λειτουργός χρησιμοποιεί τη μέθοδο της *Κοινωνικής Εργασίας με Ομάδες* (ΚΕΟ), προκειμένου να συζητήσει με ομάδα ασθενών που αντιμετωπίζουν και εκείνοι Κατάθλιψη, παρόμοιες αυτοκτονικές ή και παραυτοκτονικές συμπεριφορές.

Ειδικά για νοσοκομεία παιδών, ο Κοινωνικός Λειτουργός εργάζεται με ομάδες καταθλιπτικών παιδιών, με σκοπό να τα βοηθήσει να εκφράσουν φόβους και τα αρνητικά τους συναισθήματα (οργή, θυμό, απόγνωση) που νιώθουν, ιδίως όταν η Κατάθλιψη είναι χρόνια και σοβαρής μορφής. Διοργανώνουν ψυχαγωγικές εκδηλώσεις, ώστε να απασχολούν δημιουργικά τα παιδιά και να τα βοηθούν να εκφράζουν, μέσα από τα διάφορα παιχνίδια, τα συναισθήματά τους και γενικά να αναπτύσσουν κοινωνικές δεξιότητες.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός, φροντίζει να βοηθήσει τον αυτοκαταστροφικό ασθενή να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα της κατάστασής του και τον παραπέμπει, εάν αυτό κριθεί αναγκαίο, και σε άλλες κοινωνικές υπηρεσίες (Σταθόπουλος Π. Α., Αθήνα, 1999).

Συμπερασματικά, γίνεται κατανοητό ότι η συμβολή, τόσο του κοινωνικού λειτουργού, όσο και της ευρύτερης διεπιστημονικής ομάδας, στην αντιμετώπιση μιας περίπτωσης είναι ουσιαστική, από τη σκοπιά της ειδικής συνεισφοράς του πεδίου γνώσεων που απαιτούνται για τη κάλυψη κάθε ανάγκης του καταθλιπτικού - αυτοκαταστροφικού ασθενή.

Η αποδοτική και αποτελεσματική, λοιπόν, εργασία της ομάδας είναι συνάρτηση, όχι μόνο της προσωπικότητας κάθε μέλους που ευνοεί την καλή επαφή με τη κοινότητα και το άτομο, της εκπαίδευσης και της εξειδίκευσης της κάθε ειδικότητας, της τήρησης των επαγγελματικών ορίων, αλλά και της αντίληψης της ομαδικότητας (Μαδιανός Μ. Γ., Αθήνα, 2006).

## Η. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

**Συμπέρασμα 1<sup>ο</sup>:** Μετά από την βιβλιογραφική έρευνα που έγινε στα πλαίσια της καταγραφής του φαινομένου της Κατάθλιψης, διαπιστώθηκε ότι η Κατάθλιψη είναι μια νόσος ή καλύτερα μια διαταραχή η οποία είναι ευρεία, και λόγω του ότι μπορεί να είναι ήπιας μορφής –πολλές φορές– μπορεί να είναι δύσκολο να διαγνωσθεί, αφού οι περισσότεροι άνθρωποι περνούν από αυτή κάποια στιγμή στη ζωή τους. Σωματικά συμπτώματα όπως η κόπωση ή πονοκέφαλος, είναι δύσκολο να συνδυαστούν από τους γιατρούς με την Κατάθλιψη. Επίσης, σύνηθες είναι το γεγονός ότι τα άτομα που περνούν από την Κατάθλιψη αρνούνται την υπόστασή της. Αυτό δυσκολεύει την καταμέτρηση των πραγματικών ποσοστών της Κατάθλιψης στις διάφορες έρευνες.

**Συμπέρασμα 2<sup>ο</sup>:** Η Κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί σε κάθε άνθρωπο, δεν ξεχωρίζει φύλο, κοινωνική θέση, ηλικία, εθνικότητα, επάγγελμα κλπ. Οι έρευνες όμως που μελετήθηκαν δείχνουν ότι οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης της Κατάθλιψης από ότι οι άντρες. Επίσης, η εμφάνισή της, μπορεί να επηρεάζεται από τις προηγούμενες εμπειρίες του ατόμου (π.χ. κακοποίηση). Ακόμη, η Κατάθλιψη είναι περισσότερο πιθανό να εμφανιστεί σε διαζευγμένα ή χωρισμένα άτομα από ότι σε παντρεμένα, και φαίνεται να επηρεάζει περισσότερο τα δημιουργικά άτομα.

**Συμπέρασμα 3<sup>ο</sup>:** Επιπλέον η Κατάθλιψη, καθώς φαίνεται, εμφανίζεται και επηρεάζει περισσότερο κάποιες ευπαθείς ομάδες ατόμων, όπως τα παιδιά, τους εφήβους, αλλά και την τρίτη ηλικία.

**Συμπέρασμα 4<sup>ο</sup>:** Φαίνεται από τις βιβλιογραφικές έρευνες ότι η Κατάθλιψη μπορεί να εμφανίζεται και σε συνδυασμό με άλλες διαταραχές. Τις περισσότερες φορές συνοδεύει ή και συνοδεύεται από σοβαρές μορφές άγχους (Αγχώδεις διαταραχές), από Διαταραχές της Σίτισης (Ανορεξία-Βουλιμία), από Διαταραχές που έχουν σχέση με την κατάχρηση ουσιών (Αλκοολισμός, Τοξικομανία), από Διαταραχές της Προσωπικότητας (κυρίως Οριακή Διαταραχή της Προσωπικότητας) κλπ.

**Συμπέρασμα 5°:** Όταν η Κατάθλιψη συνδυάζεται με άλλες Διαταραχές είναι αρκετά δύσκολη η θεραπεία, κι αυτό γιατί είναι δύσκολος ο εντοπισμός και των δυο αλλά και γιατί αν συνδυάζεται π.χ. με χρήση ουσιών και ο θεράπων γιατρός δεν το γνωρίζει τότε μειώνονται πολύ οι πιθανότητες επιτυχίας της θεραπείας της Κατάθλιψης. Είναι λοιπόν σημαντική η διάγνωση εξαρχής και των δυο διαταραχών, καθώς και η παράλληλη θεραπεία τους.

**Συμπέρασμα 6°:** Η Κατάθλιψη, πολλές φορές, μπορεί να οδηγήσει το άτομο σε τάσεις αυτοκαταστροφής, όπως διάφορες μορφές αυτοτραυματισμού, και κυρίως στην αυτοκτονία. Συμφώνα με τις έρευνες που μελετήθηκαν, υπάρχουν μεγάλα ποσοστά αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς που έχουν σχέση με την Κατάθλιψη και τα οποία επηρεάζονται κατά πολύ από το φύλο, την ηλικία ή την οικογενειακή-κοινωνική κατάσταση ακόμη και από τον τόπο κατοικίας του ατόμου.

**Συμπέρασμα 7°:** Συγκεκριμένα, οι αυτοκαταστροφικές τάσεις εμφανίζονται κυρίως στους άντρες, ευνοούνται από τη συναισθηματική και κοινωνική απομόνωση και γίνονται όλο και πιο συχνές με τη πάροδο της ηλικίας. Για αυτό το λόγο είναι ακόμη πιο συχνές στους ηλικιωμένους.

**Συμπέρασμα 8°:** Οι αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές σε συνδυασμό με την Κατάθλιψη παρουσιάζονται κυρίως σε ομάδες ανθρώπων όπως είναι οι έφηβοι, οι φοιτητές και οι ηλικιωμένοι. Ωστόσο, μεγάλη έξαρση του φαινομένου, παρατηρείται κατά τη διάρκεια της εφηβικής ηλικίας και ειδικά στους έφηβους που δεν έχουν αναπτύξει επαρκείς κοινωνικές δεξιότητες και υγιείς στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων.

**Συμπέρασμα 9°:** Τα ποσοστά αυτοτραυματισμού και κυρίως αυτοκτονίας είναι πολύ μεγάλα και δείχνουν ότι 9 στους 10 που αυτοκτονούν πάσχουν κυρίως από ψυχικές διαταραχές και κυρίως από Κατάθλιψη. Αυτές οι έρευνες επιβεβαιώνουν την σημαντικότητα της σχέσης της Κατάθλιψης με τις αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές. Επιπρόσθετα, αποδεικνύεται ότι οι άντρες αυτοκτονούν με περισσότερο βίαια μέσα (πυροβόλα όπλα, απαγχονισμούς κλπ.), ενώ οι γυναίκες με λιγότερο ανώδυνους τρόπους (π.χ. αυτό-δηλητηριάσεις). Ενώ, στις περιπτώσεις αυτοτραυματισμού, χρησιμοποιείται εξίσου και για τα δύο φύλα, η μέθοδος του κοψίματος με αιχμηρά αντικείμενα (π.χ. μαχαίρι).



**Συμπέρασμα 10<sup>ο</sup>:** Η πρόληψη και η θεραπεία της Κατάθλιψης αλλά και των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών σε συνδυασμό με την Κατάθλιψη, είναι πολύ σημαντική για την κατανόηση του φαινομένου αυτού. Όσον αφορά την πρόληψη, επισημαίνεται πόσο σημαντικός είναι, όχι μόνο ο ρόλος του Πρωτογενούς ή του Δευτερογενούς Τομέα Πρόληψης, αλλά και του Τριτογενούς εξίσου.

**Συμπέρασμα 11<sup>ο</sup>:** Μέσω της μελέτης που πραγματοποιήθηκε, συμπεραίνεται ότι η Θεραπευτική αγωγή είναι πολυδιάστατη, και διακρίνεται τόσο σε Ψυχολογικές (όπως οι ψυχοθεραπείες) και Βιολογικές θεραπείες (όπως φαρμακοθεραπείες), όσο και σε άλλες Εναλλακτικές θεραπείες (όπως η ηλεκτροσπασμοθεραπεία). Παρόλα αυτά, όλες οι θεραπείες φαίνεται πως είναι αποτελεσματικές, δεδομένου ότι χρησιμοποιούνται σωστά από τον θεράποντα γιατρό, και βελτιώνονται συνεχώς προς την καλύτερη αποτελεσματικότητά τους από εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό.

**Συμπέρασμα 12<sup>ο</sup>:** Είναι σημαντικό να τονιστεί η αποτελεσματικότητα του συνδυασμού Θεραπειών. Με αυτόν τον τρόπο συνδυάζεται για παράδειγμα η φαρμακοθεραπεία μαζί με την ψυχοθεραπεία η οποία μπορεί να έχει πολύ θετικά αποτελέσματα για τον ασθενή. Συμπεραίνεται λοιπόν, ότι οι διάφορες θεραπείες πλέον συμπληρώνουν η μια την άλλη και δεν είναι ανταγωνιστικές.

**Συμπέρασμα 13<sup>ο</sup>:** Η Κατάθλιψη και οι αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές αποτελούν συνάρτηση πολλών προβλημάτων, είτε κοινωνικών, είτε οικονομικών, είτε ατομικών-ψυχολογικών. Χρειάζεται λοιπόν η συνεργασία πολλών διαφορετικών ειδικών επιστημόνων για την αποτελεσματικότερη και ακριβέστερη αντιμετώπιση και θεραπεία τους. Τα τελευταία χρόνια έχουν εξελιχθεί προς το καλύτερο οι σχέσεις και η συνεργασία των διάφορων επιστημόνων. Η διεπιστημονική ομάδα έχει κοινούς στόχους, δίχως ο κάθε επαγγελματίας να χάνει την ταυτότητά του. Απαιτεί όμως, συντονισμό και σχέδιο δράσης για να υπάρξει το καλύτερο αποτέλεσμα.

## Θ. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

### **Θ.1 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ**

Η αντιμετώπιση και η θεραπεία των καταθλιπτικών-αυτοκαταστροφικών διαταραχών και συμπεριφορών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι ένα βασικό βήμα, το οποίο δίνει την ευκαιρία στον μεγαλύτερο δυνατό αριθμό ατόμων να έχουν ευκολότερη και ταχύτερη πρόσβαση στις υπηρεσίες - πρέπει να αναγνωρισθεί ότι πολλοί ήδη ζητούν βοήθεια σε αυτό το επίπεδο. Αυτό όχι μόνο δίνει καλύτερη περίθαλψη αλλά περιορίζει την σπατάλη εξαιτίας περιπτώσεων διερευνήσεων, καθώς και τις ακατάλληλες και μη εξειδικευμένες θεραπείες.

Για να συμβεί αυτό όμως, το προσωπικό αυτής της βαθμίδας πρέπει να εκπαιδευτεί στις βασικές δεξιότητες παρέμβασης στην κρίση. Αυτή η εκπαίδευση διασφαλίζει την άριστη χρήση της διαθέσιμης γνώσης για το μέγιστο δυνατό αριθμό ατόμων και έτσι είναι δυνατή η άμεση εφαρμογή επεμβάσεων. Επομένως η ψυχική υγεία θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στα εκπαιδευτικά προγράμματα και να υπάρχει επιμόρφωση ώστε να βελτιώνεται η αντιμετώπιση των Ψυχικών Διαταραχών από τις υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Θα ήταν ευχής έργο αν η οδυνηρή και δυνητικά αυτοκαταστροφική αυτή πάθηση, θα μπορούσε να φύγει από την ζωή μας. Δυστυχώς, δεν υπάρχουν ενδείξεις ή βάσιμες ελπίδες για κάτι τέτοιο. Θεωρώντας, λοιπόν, δεδομένη την αναγκαστική συνύπαρξή μας με την Κατάθλιψη, για πολλά ακόμα χρόνια, θα πρέπει, παράλληλα με τις φροντίδες για πρωτοβάθμια πρόληψη (συμβουλευτική, φροντίδα στην οικογένεια και στο σχολείο, προαγωγή της σωματικής υγείας κλπ) να δοθεί έμφαση στην έγκαιρη διάγνωση της Κατάθλιψης, που στη χώρα μας, είναι अपαράδεκτα χαμηλή.

Εντούτοις, η όλο και πληρέστερη ενημέρωση του κοινού για το θέμα της *Κατάθλιψης*, καθιστά τα άτομα ικανά, όχι μόνο να αναγνωρίσουν τα συμπτώματά της και να αναζητήσουν θεραπεία, αλλά, ταυτοχρόνως, καταρρίπτει τη δημιουργία στιγματισμού και προκατάληψης των

καταθλιπτικών ατόμων που επιθυμούν να ξεκινήσουν μια θεραπευτική διαδικασία (ψυχοθεραπεία κλπ).

Στην αντίπερα όχθη, όμως, δεν συμβαίνει το ίδιο και με τις *Αυτοκαταστροφικές Συμπεριφορές*, που εμφανίζονται σαν απαντήσεις στα ανυπόφορα συναισθήματα της Κατάθλιψης. Ως επί των πλείστων, στην Ελλάδα, η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά οριοθετείται μονάχα στο πλαίσιο της αυτοκτονίας και πολλές φορές αποτελεί συνώνυμη λέξη της.

Στο συμπέρασμα αυτό φτάσαμε, όταν αρχίσαμε να αναζητούμε την βιβλιογραφία αυτής της πτυχιακής. Οι περισσότερες, ελληνικές ψυχιατρικές κυρίως βιβλιογραφίες ή και πηγές του ελληνικού διαδικτύου, παραγνωρίζουν το «μέσο άκρο» της αυτοκαταστροφής, την λεγόμενη *παρά-αυτοκτονία* (π.χ. τον αυτοτραυματισμό), και τείνουν να εστιάζουν την προσοχή τους αποκλειστικά και μόνο στο «υπέρτατο άκρο» της αυτοκαταστροφής, δηλαδή στην *αυτοκτονία* (ιδεασμός, απόπειρα κλπ).

Προς μεγάλη μας έκπληξη, διαπιστώσαμε πως πράγματι η ελλιπής πληροφόρηση, ή έστω αναφορά, στο θέμα των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών, δεν είναι απλώς παράληψη μιας και μόνο βιβλιογραφικής πηγής, αλλά ένα γεγονός που χαρακτηρίζει τα περισσότερα ελληνικά, σχετικής βιβλιογραφίας, κείμενα. Σαν συνέπεια, τα άτομα να αγνοούν τη στοιχειώδη ύπαρξη ή και τη σπουδαιότητα του προβλήματος αυτού αφενός, και αφετέρου να μην υπάρχει σαφής θεραπευτική προσέγγιση των συμπεριφορών αυτών, για τα άτομα που τυχόν θελήσουν να προβούν σε αναζήτηση επαγγελματικής βοήθειας.

Σε αντίθεση με τα ελληνικά δεδομένα, στο εξωτερικό, οι αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές αποτελούν αντικείμενο για τη δημιουργία πολλών μελετών και ποικίλων βιβλιογραφικών ερευνών. Παρόλα αυτά, δεν μπορούμε να υποστηρίξουμε, πως οι συχνότητα εμφάνισης των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών στον ελληνικό χώρο είναι ίδια, ή παραπλήσια με εκείνη που σημειώνεται στο εξωτερικό, εντούτοις όμως η ενημέρωση στον ελληνικό χώρο θα έπρεπε να ενυπήρχε σε εξίσου ικανοποιητικό βαθμό.

Η πρωτογενής πρόληψη, αποτελεί πρωταρχικό μέλημα στον τομέα υγείας και πρόνοιας και κύρια συνιστώσα για την αποφυγή ή και μείωση της εμφάνισης ανεπιθύμητων και καταστροφικών συμπεριφορών, που

συνδέονται άρρηκτα με τις καταθλιπτικές διαταραχές. Έτσι λοιπόν, προτείνονται τα παρακάτω:

ü **Προαγωγή των υπηρεσιών παρέμβασης στην κρίση.** Τα κέντρα παρέμβασης στην κρίση μπορεί να ενυπάρχουν στον ελλαδικό χώρο, δεν τους έχει δοθεί όμως η κατάλληλη ώθηση για περαιτέρω διάδοση της ύπαρξής τους.

- **Επικόλληση σχετικών αφισών ή ταμπελών** στους δρόμους που να αναγράφουν τα τηλέφωνα των διαθέσιμων κέντρων, καθώς και όλες τις απαραίτητες πληροφορίες προσέγγισής τους.
- **Δημιουργία δημόσιων τηλεφώνων** αποκλειστικά και μόνο για χρήση έκτακτης ανάγκης π.χ. αυτοκτονικός ιδεασμός.
- **Δημιουργία ενημερωτικών διαφημιστικών σποτ**, που θα προβάλλονται με συχνότητα σε όλα τα Μ.Μ.Ε.
- **Σύσταση και οργάνωση** επιτροπών δημιουργίας ειδικού ενημερωτικού υλικού τόσο για τις αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές στη Κατάθλιψη, όσο και πληροφορίες σχετικά με τα κέντρα παρέμβασης στη κρίση, από έμπειρους Κοινωνικούς Λειτουργούς και διανομή τους στις ομάδες των ατόμων υψηλού κινδύνου (παιδιά, ηλικιωμένοι κλπ.).
- **Δημιουργία τηλεφωνικής γραμμής και ιστοσελίδας** στο διαδίκτυο, όπου θα παρέχονται όλες οι σχετικές πληροφορίες, τόσο για την επαρκή και άμεση ενημέρωση των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών στη Κατάθλιψη, όσο και για την παραπομπή περιπτώσεων, σε κρατικές ή άλλες υπηρεσίες και οργανισμούς.
- **Οι πολιτικές θα πρέπει να επικεντρώνονται** σε ευπαθείς ομάδες με ειδικές ανάγκες Ψυχικής Υγείας όπως τα παιδιά (οι έφηβοι κυρίως), οι ηλικιωμένοι, οι γυναίκες που υφίστανται, ή έχουν υποστεί στο παρελθόν, κακομεταχείριση κλπ. Οι πολιτικές θα πρέπει επίσης να συμπεριλαμβάνουν την πρόληψη των αυτοκτονιών. Αυτό σημαίνει, για παράδειγμα, την μείωση της πρόσβασης στα δηλητήρια και τα πυροβόλα όπλα, στα τοξικά είδη οικιακής χρήσης κλπ.

ü **Μόνιμη κοινωνική υπηρεσία, στελεχωμένη από έμπειρους Κοινωνικούς Λειτουργούς στον χώρο του σχολείου.** Ας μην ξεχνάμε ότι τα παιδιά και κυρίως οι έφηβοι μπορεί να ενεργήσουν έντονα σε, φαινομενικά, ασήμαντα γεγονότα (π.χ. τσακωμός με έναν φίλο ή κακή απόδοση σε ένα μάθημα).

- **Ενημέρωση και επαγρύπνηση με ενημερωτικές διαλέξεις στον χώρο του σχολείου,** που θα απευθύνονται στο εκπαιδευτικό προσωπικό και κυρίως στους γονείς – κηδεμόνες των παιδιών, από ειδικευμένο επαγγελματία (Κοινωνικό Λειτουργό ή Ψυχολόγο) για τα συμπτώματα και τις ενδείξεις της αυτοτραυματικής συμπεριφοράς, με σκοπό την άμεση αναγνώριση ενός αυτοκαταστροφικού εφήβου - παιδιού (π.χ. από ουλές στα χέρια από κοψίματα, και παρόμοια συμπτώματα).
- **Εκπαίδευση των γονέων και άλλων ενδιαφερόμενων,** στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του φαινομένου (πρόληψη και θεραπεία).
- **Ενίσχυση και ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων,** κυρίως των μαθητών στο χώρο του σχολείου, είτε υπό τη μορφή διδακτικής ώρας, είτε υπό την μορφή επιμορφωτικών σεμιναρίων, καθοδηγούμενο από έμπειρο Κοινωνικό Λειτουργό ή Ψυχολόγο. Η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες μπορεί να ορισθεί ως το σύνολο εκείνων των μεθόδων που χρησιμοποιούν τις ειδικές αρχές της θεωρίας της μάθησης για να προάγουν την απόκτηση, γενίκευση και διάρκεια των δεξιοτήτων που απαιτούνται σε κοινωνικές και διαπροσωπικές καταστάσεις. Απώτερος σκοπός, είναι αφενός η αλλαγή ενός μη λειτουργικού προτύπου συμπεριφοράς π.χ. ελλιπής επικοινωνία, απρόσφορη έκφραση συναισθημάτων κλπ και αφετέρου η εκμάθηση νέων μεθόδων αλληλεπίδρασης, τόσο με το εξωτερικό όσο και με το εσωτερικό περιβάλλον του ατόμου.

ü **Ανάγκη συνεχούς εκπαίδευσης και επιμόρφωσης** των ειδικών θεραπευτών (Ψυχολόγων, Ψυχιάτρων και Κοινωνικών Λειτουργών), στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας μέριμνας, σε θέματα που αφορούν την Κατάθλιψη και τις αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές.

ü **Ευαισθητοποίηση** της κοινής γνώμης, σύσταση εθελοντικών οργανισμών, συμβουλίων παρακολούθησης και συμπαράστασης, τόσο για την πλησιέστερη κατανόηση του φαινομένου των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών σαν αντίδραση ή σαν συνέπεια της καταθλιπτικής διάθεσης, όσο και για την αποφυγή στιγματισμού των ατόμων που, κυρίως, αναζητούν βοήθεια. Παρόλες τις σημαντικές διαφορές που έχουν, η ψυχιατρική περίθαλψη στις αναπτυγμένες και στις αναπτυσσόμενες χώρες μοιράζονται ένα κοινό πρόβλημα: πολλοί άνθρωποι που θα έπρεπε να την χρησιμοποιούν δεν το κάνουν. Ακόμα και σε χώρες με καλά οργανωμένες υπηρεσίες, λιγότεροι από τους μισούς καταφεύγουν σε αυτές τις υπηρεσίες. Αυτό σχετίζεται τόσο με το στιγματισμό των ατόμων με αυτοκαταστροφικές και γενικότερα συμπεριφορικές διαταραχές όσο και με την ακαταλληλότητα των υπηρεσιών που υπάρχουν.

ü **Έλεγχος της Ψυχικής Υγείας σε κοινοτικό επίπεδο.** Η ψυχική υγεία των κοινοτήτων θα πρέπει να ελέγχεται, αφού θα συμπεριλαμβάνει δείκτες Ψυχικής Υγείας στην πληροφόρηση για την υγεία και στα συστήματα καταγραφής. Οι αναφορές θα πρέπει να συμπεριλαμβάνουν τον αριθμό των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και την ποιότητα της περίθαλψης, όπως επίσης και μερικές γενικότερες μετρήσεις της Ψυχικής Υγείας των κοινοτήτων. Αυτοί οι έλεγχοι βοηθούν ώστε να καθοριστούν οι αυτοκαταστροφικές τάσεις των ατόμων που πάσχουν από Κατάθλιψη και να ανιχνευθούν αλλαγές στην ψυχική υγεία που οφείλονται σε εξωγενείς παράγοντες, όπως οι καταστροφές. Οι έλεγχοι είναι αναγκαίοι ώστε να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα προγραμμάτων πρόληψης και θεραπείας και ώστε να ενδυναμωθούν τα επιχειρήματα υπέρ της προσέλκυσης πόρων. Νέοι δείκτες της Ψυχικής Υγείας των κοινοτήτων είναι αναγκαίοι.

ü **Υποστήριξη περισσότερης έρευνας.** Περισσότερη έρευνα στις βιολογικές και ψυχοκοινωνικές πλευρές της Ψυχικής Υγείας είναι αναγκαία, ώστε να κατανοηθεί καλύτερα ο τρόπος και η διαδικασία υιοθέτησης αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών στα καταθλιπτικά άτομα και να αναπτυχθούν αποτελεσματικότερες παρεμβάσεις. Η έρευνα θα

πρέπει να γίνεται σε ευρεία διεθνή βάση, ώστε να κατανοηθούν οι αποκλίσεις από κοινότητα σε κοινότητα και να μάθουμε περισσότερα για τους παράγοντες που επηρεάζουν την αιτία, την εξέλιξη και την κατάληξη των αυτοκαταστροφικών διαταραχών ή και συμπεριφορών.

## **Θ.2 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ**

Η απλή θεραπευτική αντιμετώπιση της καταθλιπτικής φάσης, όσο επιτυχημένη και αν είναι, δεν λύνει το πρόβλημα στην ολότητά του, παρά μόνο στο μέτρο που βλέπει κανείς το δέντρο και όχι το δάσος (δηλαδή τη φάση της νόσου και όχι στο σύνολό της). Η Κατάθλιψη, στην πιο σοβαρή και δυνητικά αυτοκαταστροφική μορφή της, είναι μια νόσος που συχνά διαρκεί όσο και η ζωή του ανθρώπου και μάλιστα με συνεχώς αυξανόμενη συχνότητα φάσεων.

Από τα παραπάνω, γίνεται φανερή η ανάγκη ενημέρωσης του ειδικού θεραπευτή, για τη πολυμορφία της κλινικής έκφρασης της Κατάθλιψης, για τη πορεία της Κατάθλιψης στον χρόνο, για τις συνθήκες εμφάνισης αλλά και τις μορφές των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών, όπως τέλος και για τις διαθέσιμες θεραπευτικές και ψυχο-προφυλακτικές δυνατότητες.

Θα πρέπει λοιπόν, οι επαγγελματίες υγείας (Ψυχολόγοι, Κοινωνικοί Λειτουργοί κ.ά.), να είναι ενήμεροι για τους άτυπους και συγκαλυμμένους τρόπους με τους οποίους εμφανίζεται συχνά η Κατάθλιψη αλλά και οι αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές ή διαταραχές. Θα πρέπει επίσης να αναζητηθούν τρόποι αποτελεσματικής αντιμετώπισης εκείνων των καταθλίψεων, που εξακολουθούν να βρίσκονται στο απυρόβλητο (ανθεκτικές καταθλίψεις) με συνδυασμούς θεραπευτικών μεθόδων και κυρίως με υιοθέτηση «ολικών» προσεγγίσεων, που να λαμβάνουν υπόψη την ανάγκη της πολυδιάστατης και πολυπαραγοντικής αντιμετώπισης (ψυχολογικής, σωματικής και ψυχοκοινωνικής), σύμφωνα με τις αντιλήψεις της ψυχοσωματικής θεώρησης.

ü **Ανάγκη για την προσεκτική χρήση**, από μέρους των θεραπειών, όρων όπως «κακή ψυχική υγεία», «Διαταραχές της Ψυχικής Υγείας»,

«σοβαρή ψυχική ασθένεια» και «Διαταραχή της Προσωπικότητας». Για παράδειγμα, η Διαταραχή της Προσωπικότητας παρουσιάζει ιδιαίτερες δυσκολίες διάγνωσης, θεραπείας ή μεταχείρισης και περίθαλψης, οι οποίες απαιτούν περισσότερες έρευνες και διακριτές πολιτικές. Φρόνιμη θα ήταν επίσης η προσοχή στην επιθετικότητα, τους καθοριστικούς παράγοντες της επιθετικής συμπεριφοράς και τις ψυχολογικές της συνέπειες.

ü **Διεπιστημονική και διυπηρεσιακή αντιμετώπιση** των σύνθετων καταστάσεων Κατάθλιψης, όπως την εξεύρεση του καταλληλότερου τρόπου υποστήριξης καταθλιπτικών παιδιών ή εφήβων με προβλήματα αυτοτραυματικής συμπεριφοράς (π.χ. Διατροφικές Διαταραχές) και γονέων που, σε πολλές περιπτώσεις, πάσχουν οι ίδιοι από κακή ψυχική υγεία (ή νοσηλεύονται για μεγάλο χρονικό διάστημα σε ίδρυμα).

ü **Ανάγκη μεταρρύθμισης** των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας έτσι ώστε να βασίζονται στην κατ' οίκον περίθαλψη υψηλής ποιότητας εντός της κοινότητας ή σε προστατευόμενες κατοικίες με πρόσβαση σε κατάλληλη υγειονομική και κοινωνική περίθαλψη, με τακτική παρακολούθηση και αξιολόγηση, με ανακουφιστική μέριμνα για τα άτομα με αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές και την οικογένειά τους, με την μονοαπευθυντική προσέγγιση για την πρόσβαση σε υγειονομικές και κοινωνικές υπηρεσίες, υπηρεσίες στέγασης, κατάρτισης, μεταφοράς, και άλλες υπηρεσίες. Αυτό θα πρέπει να στηρίζεται από ένα φάσμα ενδονοσοκομειακών υπηρεσιών για ανάγκες άμεσης παρέμβασης, χρόνιας θεραπείας και ασφαλούς περίθαλψης, αλλά πάντοτε με ανεξάρτητη παρακολούθηση όλων όσων βρίσκονται σε υποχρεωτική ενδονοσοκομειακή περίθαλψη.

ü **Η αντίληψη ότι διπλή διάγνωση (συννόσηση)** ατόμων με καταθλιπτικές διαταραχές και αυτοτραυματικές συμπεριφορές ή και διαταραχές, θα πρέπει κανονικά να οδηγεί σε παράλληλη θεραπεία.

ü **Οι ψυχικές και σωματικές πτυχές της υγείας είναι αλληλένδετες.** Πρέπει να δοθεί περισσότερη προσοχή στις ψυχολογικές επιπτώσεις και



συμπτώματα των σωματικών ασθενειών. Υπογραμμίζεται η αναγκαιότητα να αποδοθεί ίση σημασία στην ψυχική και σωματική ευημερία στο πλαίσιο της παροχής γενικής νοσοκομειακής περίθαλψης, κυρίως για τη θεραπεία σοβαρών καταθλιπτικών διαταραχών ή και ανιάτων ασθενειών, ενώ θεωρείται απαραίτητη η συνεχής εκπαίδευση του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού άλλων ειδικοτήτων σε θέματα ψυχοπαθολογίας που συχνά μένουν αδιάγνωστα ή υποτιμώνται.

- ü **Ο όρος «θεραπευτική αγωγή» θα πρέπει να ερμηνεύεται** ευρέως με έμφαση στον εντοπισμό και την εξάλειψη των κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, ενώ η χορήγηση φαρμάκων θα πρέπει να αποτελεί λύση ανάγκης, ιδίως στην περίπτωση παιδιών και νέων.
- ü **Πρέπει να λαμβάνονται υπόψη** παράγοντες όπως η προσωπική εμπειρία, η οικογένεια, η κοινωνική στήριξη και οι συνθήκες διαβίωσης και εργασίας που διαδραματίζουν ρόλο στην ψυχική υγεία, καθώς και οι γενετικοί παράγοντες.
- ü **Περισσότερη έρευνα**, σε ό,τι αφορά θεραπευτικές και ψυχολογικές παρεμβάσεις, την ανάπτυξη αποτελεσματικότερων φαρμάκων με λιγότερες παρενέργειες, τους καθοριστικούς παράγοντες των ψυχικών διαταραχών και της αυτοκτονίας, την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων για τις επενδύσεις στην προαγωγή της Ψυχικής Υγείας και μεθόδους που συμβάλλουν στην επιτυχή αποκατάσταση και ύφεση. Η έρευνα δεν πρέπει να περιορίζεται στα φαρμακευτικά προϊόντα, αλλά θα πρέπει να επεκτείνεται σε επιδημιολογικές, ψυχολογικές και οικονομικές μελέτες σχετικά με την κοινότητα και τους κοινωνικούς αποφασιστικούς παράγοντες της καταθλιπτικής-αυτοκαταστροφικής νόσου. Επιπρόσθετα, πρέπει να υπάρξουν περισσότερες έρευνες, για τη σχέση μεταξύ της υποχρεωτικής ενδονοσοκομειακής περίθαλψης και του αυτοτραυματισμού και του υψηλότερου ποσοστού χορήγησης ψυχοτρόπων φαρμάκων μεταξύ των γυναικών. Τονίζεται επίσης η ανάγκη έρευνας σε ό,τι αφορά τις αποδεδειγμένες διαφορές στη δομή και τη δραστηριότητα μεταξύ των εγκεφάλων ανδρών και γυναικών,

προκειμένου να αναπτυχθούν ξεχωριστές προσεγγίσεις και αγωγές για τα δύο φύλα στον τομέα της Ψυχικής Υγείας .

### **Θ.3 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ**

Είναι καλύτερα η Κατάθλιψη να θεωρείται σαν χρόνια νόσος, η αυτοκαταστροφή σαν υποβόσκουσα και δυνητική συμπεριφορά, με μακροχρόνια συνέχιση της θεραπείας στις περιπτώσεις ψηλού κινδύνου, η οποία μπορεί να μειώνει το ποσοστό των ασθενών που παρουσιάζουν επαναλαμβανόμενα επεισόδια.

Η φάση που ονομάζεται θεραπεία συντήρησης, έχει σκοπό να προλάβει μελλοντική επανεμφάνιση διαταραχών της διάθεσης καθώς και τις συμπεριφορές αυτοκαταστροφής. Συνήθως συνίσταται σε άτομα με ιστορία τριών ή περισσότερων αντικαταθλιπτικών επεισοδίων, Χρόνια Κατάθλιψη, ή επίμονα συμπτώματα. Θα ήταν ορθό, η φάση της θεραπείας συντήρησης, λοιπόν, να διαρκεί για ένα μεγάλο διάστημα –αν όχι δια βίου- και να απαιτεί επισκέψεις κάθε μήνα ή τρίμηνο.

ü **Συνεχής παρακολούθηση (follow-up)**, τουλάχιστον για 6 μήνες μετά τη θεραπεία του καταθλιπτικού ατόμου με αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, από έμπειρο Κοινωνικό Λειτουργό, προκειμένου α) να ανατροφοδοτηθεί το στέλεχος που παρείχε τη θεραπευτική διαδικασία, με τα αποτελέσματα που είχε η παρέμβασή του, β) να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα και η ποιότητα της συνεργασίας των προσφερόμενων υπηρεσιών και γ) να υποστηριχθεί το πρώην καταθλιπτικό άτομο στη διατήρηση της ψυχικής του λειτουργικότητας.

ü **Εκπαίδευση στις Κοινωνικές Δεξιότητες και ψυχο-κοινωνικές παρεμβάσεις** για να βοηθηθούν οι καταθλιπτικοί ασθενείς και οι οικογένειές τους στην επίλυση των προβλημάτων, στην αντιμετώπιση του στρες, στον χειρισμό της νόσου, των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών και των επιπλοκών της καθώς και στην πρόληψη υποτροπών

- ü **Συμβουλευτική στήριξη** του αυτοκαταστροφικού-καταθλιπτικού ατόμου και της οικογένειας, μετά το πέρας της θεραπευτικής διαδικασίας, με σκοπό την αποτελεσματικότερη πρόληψη και αντιμετώπιση υποτροπών.
  
- ü **Κοινωνική αποκατάσταση** για να βοηθηθούν οι καταθλιπτικοί-αυτοκαταστροφικοί ασθενείς να επανενταχθούν στο κοινωνικό τους περιβάλλον και να αποκτήσουν ξανά την λειτουργικότητά τους.
  
- ü **Προσεχτική χορήγηση φαρμάκων**, με σκοπό την ανακούφιση των συμπτωμάτων και την πρόληψη υποτροπών
  
- ü **Περισσότερες έρευνες**, με σκοπό την μελέτη και τον εντοπισμό των παραμέτρων και των συνθηκών υποτροπής αυτό-καταστροφικών συμπεριφορών στο καταθλιπτικό άτομο.

<b>I. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ – ΆΡΘΡΑ – ΠΗΓΕΣ</b>
----------------------------------------

## Ι.1 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Alderman Tracy**, «The Scarred Soul, Understanding and ending self-inflicted violence», εκδόσεις New Harbinger Publications, U.S.A., 1997, σελ. 5-9, 20-110.
2. **American Psychiatric Association**, «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders», Third Edition, Revised, Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987, σελ. 373-74.
3. **Barlow David H. & Durand V.Mark**, «Ψυχολογία και Παθολογική Συμπεριφορά: Μια Σύνθετη Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση», Α' Τόμος, 2<sup>η</sup> έκδοση, μετάφραση: Μαρία Μπαρμπάτση, επιμ. ελληνικής έκδοσης: Λάμπρος Μεσσήνης, εκδόσεις "Ελλην", Αθήνα-Περιστέρι, 2000, σελ. 3, 7-9, 14-21, 30, 35-38, 40-46.
4. **Barlow David H. & Durand V.Mark**, «Ψυχολογία και Παθολογική Συμπεριφορά: Μια Σύνθετη Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση», Β' Τόμος, 2<sup>η</sup> έκδοση, μετάφραση: Μαρία Μπαρμπάτση, επιμ. ελληνικής έκδοσης: Λάμπρος Μεσσήνης & Αργύρης Μπίρης, εκδόσεις "Ελλην", Αθήνα-Περιστέρι, 2000, σελ. 214, 216-241.
5. **Chabrol Henri**, «Οι τάσεις αυτοκτονίας του εφήβου», μτφρ. Τερζόγλου Αικατερίνη, επιμ. Αθανασίου Αλεξανδρίδη, εκδόσεις Χατζηνικολή, 1987, σελ. 5-13, 29-31, 38-42, 47-48, 51-56, 61-65, 69.
6. **Conterio K., Lader W., Bloom J.**, «Bodily Harm. The Breakthrough healing program for self-injurers», εκδόσεις Hyperion, New York, 1998, σελ. 5, 15-20.
7. **Costello Charles G.**, «Personality Characteristics of the Personality Disordered», A Wiley-Interscience Publications, John Wiley & Sons, Inc, Canada, 1996, 2-17.
8. **Curtis R. (Ed.)**, «Self-Defeating Behaviours: Experimental Research. Clinical Impressions and Practical Implications», New York, εκδόσεις Plenum Press, 1989, 11-15.
9. **Durkheim Emile**, «Suicide: A study in Sociology», μτφρ. John A.

- Spaulding & George Simpson, εκδόσεις Free Press, A Division Of Macmillan Publishing, New York, 1951, σελ. 63-67.
10. **Favazza A.**, «Bodies under Siege. Self-Mutilation and body modification in culture and Psychiatry», 2<sup>η</sup> έκδοση, εκδόσεις The John Hopkins University Press, London, 1996, σελ 221-225.
  11. **Gardner Fiona**, «Self-harm, a psychotherapeutic approach», εκδόσεις Brunner-Routledge, New York, 2001, σελ. 3-9, 13-16, 18-36, 45-55, 58-77.
  12. **Gilbert Paul**, «Ξεπερνώντας τη Κατάθλιψη», Ινστιτούτο έρευνας και θεραπείας της συμπεριφοράς, μτφρ. Αγγελική Κ & Ευσταθίου Γ, επιμ. Μόνος Δημήτριος, εκδόσεις Ελληνικά γράμματα, Αθήνα, 1999, σελ. 39-50, 52-79.
  13. **Glenys Parry**, «Ψυχολογικές Κρίσεις και η αντιμετώπισή τους», 5<sup>η</sup> έκδοση μτφρ. Ντενίζ Ρώντα, επιμ. Νίκος Ε. Δέγλερης, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1996, σελ. 155.
  14. **Ιωαννίδου- Johnson Αμαλία**, «Προκατάληψη, ποιος εγώ;» Β' έκδοση, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1998, σελ. 32-37.
  15. **Kramlinger Keith**, «Mayo Clinic - Κατάθλιψη», μτφρ. Χριστίνα Ελιασά, Αθήνα, 2004, σελ. 13-19, 21-22, 27-32, 49-51, 77-83, 86-90, 93-115, 161-167, 171-175.
  16. **Kreisman Jerold J., & Straus Hal**, «Sometimes I act crazy. Living with Borderline Personality Disorder», εκδόσεις John Wiley & Sons, New Jersey, 2004, σελ. 4-8, 13-17, 71, 80-83, 103-115.
  17. **Καλλινικάκη Θεανώ**, «Κοινωνική Εργασία, εισαγωγή στη θεωρία και την πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας», Β' έκδοση, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1998, σελ. 128-132, 197-200.
  18. **Καλούρη-Αντωνοπούλου Ράνυ**, «Γενική Ψυχολογία Ι», 3<sup>η</sup> έκδοση, εκδόσεις Έλλην, Αθήνα, 2001, σελ 183, 187-188, 199-204.
  19. **Κλεφτάρας Γιώργος**, «Η Κατάθλιψη Σήμερα», εκδόσεις «Ελληνικά Γράμματα», Αθήνα, 1998, σελ. 15-17, 23-43, 59-65.
  20. **Lamagnere F. Dr**, Μανίες, Φοβίες και Έμμονες Ιδέες, εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα, 1998, σελ. 23- 27, 125.
  21. **Lempriere T., Feline A. & συνεργ.**, «Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων», Α' Τόμος, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 1995, σελ. 219-220, 228-230, 253-256, 261- 280, 283-297.

22. **Lempriere T., Feline A. & συνεργ.**, «Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων», Β' Τόμος, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 1995, σελ. 453-461, 627, 669-687.
23. **Levenkron Steven**, «Cutting, understanding and overcoming self-mutilation», εκδόσεις W.W. Norton and Company, αναθεωρημένη έκδοση, New York - London, 2006, σελ. 22-26, 28-33, 41-50, 59-63, 66-67, 72-73, 83, 93-94, 99-112, 125-132, 138-139, 155, 158-162.
24. **Merck & Co.**, «The Merck Manual of Medical Information», επιμελ. Mark H. Beers, 2<sup>η</sup> έκδοση, New York, 2003, σελ. 622-624, 631-635.
25. **Millon Theodore & Davis Rodger**, «Disorders of Personality DSM-IV and Beyond», εκδόσεις John Wiley & Sons, New York, 1996, σελ. 541-574.
26. **Μαδιανός Μιχάλης Γ.**, «Κλινική Ψυχιατρική», Β' συμπληρωμένη έκδοση, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 2006, σελ. 124-130, 302-317, 242-267, 276, 281-282, 298-294, 414-415, 491-494, 497-504, 521-524.
27. **Μαδιανός Μιχάλης Γ.**, Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 2000, σελ. 315- 321.
28. **ΜακΚενζι, Κουεϊμ** «Βρετανική Ιατρική εταιρία: Οικογενειακός Ιατρικός Οδηγός, Κατάθλιψη», εκδόσεις Dorling Kindersley, 2000, σελ. 13, 17-18, 23, 27, 31-33.
29. **Μάνος Νίκος**, «Βασικά στοιχεία Ψυχιατρικής», εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1997, σελ. 173-249, 251-254, 277, 289, 292-294, 325, 334-336, 339-344, 401-442, 505-511, 517-530, 703-716, 739-744, 799-824.
30. **Παπαϊωάννου Καλλιόπη**, «Κλινική Κοινωνική Εργασία, Κοινωνική Εργασία με Άτομα», εκδόσεις «Έλλην» Αθήνα, 1998, σελ. 87-89, 170.
31. **Παπαϊωάννου Καλλιόπη (M.S.W.)**, «Παιδιά - Γονείς, Κοινωνικοί Λειτουργοί», εκδόσεις 'ΕΛΛΗΝ", 2000, σ. 95-100.
32. **Παρασκευόπουλος Ιωάννης Ν.**, «Κλινική Ψυχολογία, Διάγνωση, πρόληψη και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών», Αθήνα, 1988, Τ.Ε.Ι. Πάτρας, τμήμα ΣΕΥΠ, σελ. 70-73, 76-79.
33. **Πιάνος Κων/νος**, «Ψυχο-κοινωνικές Διαταραχές και Αντιμετώπιση τους», εκδόσεις 'Ελλην, Αθήνα 2003, σελ. 200-202, 231-233, 255-

- 291.
34. **Selekman Matthew D.**, «Working with self harm adolescents, a collaborative strengths-based therapy approach», εκδόσεις W.W. Norton and Company, New York - London, 2002, σελ. 2-14.
  35. **Solomon Andrew**, Ο Δαίμων της Μεσημβρίας-μια ανατομία της Κατάθλιψης , μτφρ. Αγ. Στουπάκη, Αθήνα, 2004, σελ. 18-19, 109-145, 147-150, 157-162, 267- 285.
  36. **Sue David, Sue Derald, & Sue Stanley**, «Understanding Abnormal Behavior», 6<sup>η</sup> έκδοση, εκδόσεις Houghton Mifflin, Boston, 1997, σελ. 219-232, 243-247, 360-361, 363-377, 379-382, 517.
  37. **Σταθόπουλος Π. Α.**, «Κοινωνική Πρόνοια, μια γενική θεώρηση», 2<sup>η</sup> έκδοση, εκδόσεις Έλλην, Αθήνα, 1999, σελ. 263-265.
  38. **Στεφανής Κ., Σολδάτος Κ., Μαυρέας Β.**, «Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών Διαταραχών της Συμπεριφοράς: Κλινικές Περιγραφές και Διάγνωση», Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα, 1997, σελ. 4-5, 14, 248-249, 251-254, 265-270, 381-383.
  39. **Στεφανής & συνεργ.**, Θέματα Ψυχιατρικής, Αθήνα, χ.χ., σελ. 274-281, 313-316.
  40. **Τ.Ε.Ι. Πάτρας**, «Κοινωνική Εργασία με Άτομα III», σημειώσεις μαθήματος, Ε' εξαμήνου, , τμήμα ΣΕΥΠ / Κοινωνικής Εργασίας, Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup> , σελ. 41-53, 57-58.
  41. **Χαρτοκόλλης Π.**, Εισαγωγή στην Ψυχιατρική, εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα, 1991, σελ. 256-259, 262.
  42. **Χριστοδούλου Γ. Ν.**, «Κατάθλιψη», επιμ. Γ.Ν. Χριστοδούλου, 2<sup>η</sup> έκδοση, Βήτα Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα, 1998, σελ. 1-3, 8-10, 12-15, 19, 24, 26, 30-31, 47, 124-128, 136-137, 141-148.
  43. **Zampelli Sheri O.**, M.S., «From Sabotage to Success», εκδόσεις New Harbinger, 2000, σελ. 10-11.

## I.2 ΑΡΘΡΑ

1. **Αλβανόπουλος Γιώργος**, μτφρ. από Stephen M. Edelson, «Αυτοτραυματική συμπεριφορά», Center for the Study of Autism, Salem, Oregon:  
<http://dipe.kav.sch.gr/8ssea/arthra/ayt-010304.html>
2. **Baumeister R. F.**, «Esteem Threat, Self-Regulatory Breakdown, and Emotional Distress as Factors in Self-Defeating Behavior», Review of General Psychology, 1997, Vol 1. No. 2, p. 145-174, εκδόσεις Educational Publishing Foundation, 1997:  
<http://www.psy.fsu.edu/~baumeistertice/pubs.html>
3. **Βασιλειάδης Γ.**, «Τι είναι ο Ψυχολόγος – Ψυχοθεραπευτής και τι ακριβώς συμβαίνει στην ψυχολογική θεραπεία...;»:  
<http://www.sitemaker.gr/gvassiliades/assets/psychotherapeia.htm>
4. **Dave Kelly**, «Personality Types»:  
<http://www.ptypes.com/passive-aggpd.html>
5. **Δοξιάδης Σπύρος**, «Ο ρόλος του παιδοψυχιάτρου»:  
[http://www.doxiadis-unit.gr/mambo\\_greek/index.php?option=com\\_content&task=view&id=33&Itemid=43](http://www.doxiadis-unit.gr/mambo_greek/index.php?option=com_content&task=view&id=33&Itemid=43)
6. **Goleman Daniel**, The New York Times, Published: September 1, 1987, «New Research Illuminates Self-Defeating Behaviour»:  
<http://query.nytimes.com/gst/fullpage.html?res=9B0DE1DB103CF932A3575AC0A961948260&sec=health&spon=&pagewanted=1>
7. **Martinson Deb**, «Secret Shame, Self-Injury», 1996:  
<http://crystal.palace.net/~llama/psych/injury.html>
8. **Μαλλιώρα Μένη**, «Ο πολυδιάστατος ρόλος του ψυχιάτρου και οι συνακόλουθες ευθύνες», 12/11/2005, Αθήνα:  
<http://www.malliori.gr/gr/Contents.aspx?Action=ShowSingle&lang=gr&ContId=38174&CatId=9>
9. **National Suicide Review Group and Department of Health and Children**, «Reach Out: National Strategy for Action on Suicide Prevention 2005-2014», εκδόσεις the Health Service Executive, 2005, ISBN 0-9551181-0-7, σελ. 11.
10. **Νιτσόπουλος Μηνάς**, «Σύγχρονη Εκπαίδευση - Αυτοκτονία και Έφηβος», Χρόνος 8ος, Τεύχος 39, Αθήνα, 1988, σελ. 56-62



11. **Paul Ballas, D.O.**, «Avoidant personality disorder», Department of Psychiatry, Thomas Jefferson University Hospital, Philadelphia, PA., εκδόσεις VeriMed Healthcare Network:  
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000940.htm>
12. **Σκαπινάκης Πέτρος.**, «Ψυχογενής Ανορεξία και Βουλιμία», «Προτυποποιημένη συνέντευξη για τη συμπλήρωση της κλίμακας Hamilton (HDRS)» - μτφρ. από: Janet Williams (Arch Gen Psychiatry 1988;45:742-747):  
<http://www.stress.gr/disorders/eating.html>  
<http://www.mednet.gr/psycho/sigh.htm>
13. **The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists**, «Self-harm: The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care», National Clinical Practice Guideline Number 16, National Collaborating Centre for Mental Health, εκδόσεις The British Psychological Society ([www.bps.org.uk](http://www.bps.org.uk)) & The Royal College of Psychiatrists ([www.rcpsych.ac.uk](http://www.rcpsych.ac.uk)), ISBN 1-85433-409-3, 2004, Λονδίνο, σελ. 16, 18-19, 21-24.
14. **Twenge J. M., Catanese K. R., & Baumeister R. F.**, «Social exclusion causes self-defeating behavior». Journal of Personality and Social Psychology, American Psychological Association, 2002, Vol. 83, No. 3, 83, σελ. 606-615:  
<http://www.psy.fsu.edu/~baumeistertice/pubs.html>
15. **To ΒΗΜΑ**, 19/10/2003 , Σελ.: Η11, Κωδικός άρθρου: Β13994Η111, ID: 258517

### 1.3 ΠΗΓΕΣ

**Afsp.org**

§ <http://www.afsp.org/index-1.htm>

**Aacap.org**

§ <http://www.aacap.org>

**Focusas.com**

§ <http://www.focusas.com/SelfInjury.html>

§ <http://www.focusas.com/SelfInjury.html>

**BehavioralTech.org**

§ <http://behavioraltech.org/resources/whatisdbt.cfm>

**Care.gr**

§ <http://www.care.gr/enc/psychology/topic/?id=44>

§ <http://www.care.gr/enc/psychology/personality/1780>

§ <http://www.care.gr/enc/psychology/stress/1755/>

**Depressionanxiety.gr**

§ <http://www.depressionanxiety.gr/>

**EatingDisorders.gr**

§ [http://www.eatingdisorders.gr/index.php?option=com\\_content&task=view&id=5&Itemid=26](http://www.eatingdisorders.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=5&Itemid=26)

**HelpGuide.org**

§ [http://www.helpguide.org/mental/self\\_injury.htm](http://www.helpguide.org/mental/self_injury.htm)

**Iator.gr**

§ <http://www.iator.gr/lasithiotaki/dramatiki%20prosopikotita.htm>

**Ich.gr**

§ [http://www.ich.gr/ph\\_kakop.html](http://www.ich.gr/ph_kakop.html)

**Infotrieve.com**

§ [http://www4.infotrieve.com/journals/toc\\_volumes.asp](http://www4.infotrieve.com/journals/toc_volumes.asp)

**MayoClinic.com**

§ <http://www.mayoclinic.com/health/suicide/MH00053>

§ <http://www.mayoclinic.com/health/borderline-personality-disorder/DS00442>

§ <http://www.mayoclinic.com/health/personality-disorders/DS00562>

**Med.auth.gr**

§ <http://www.med.auth.gr/db/dictionary1/gr/searchresult.asp?search1=dissociation>

#### Medis.gr

§ <http://www.medis.gr/portal/dt?last=false&JSPTabContainer.setSelected=TopicsContainer&prnbr=33153&page=1>

§ [http://www.medlook.net/article.asp?item\\_id=1615](http://www.medlook.net/article.asp?item_id=1615)

§ [http://www.medlook.net/article.asp?item\\_id=2015](http://www.medlook.net/article.asp?item_id=2015)

#### Medlook.net

§ [http://www.medlook.net.cy/article.asp?item\\_id=1451](http://www.medlook.net.cy/article.asp?item_id=1451)

§ [http://www.medlook.net/article.asp?item\\_id=364](http://www.medlook.net/article.asp?item_id=364)

#### MentalHelp.net

§ [http://www.mentalhelp.net/poc/view\\_doc.php?type=doc&id=1020](http://www.mentalhelp.net/poc/view_doc.php?type=doc&id=1020)

#### MentalHealthChannel.net

§ <http://www.mentalhealthchannel.net/csw.shtml>

#### Msu.gr

§ [www.msu.gr/files/ΦΑ/Φ.Α.\\_NH.doc](http://www.msu.gr/files/ΦΑ/Φ.Α._NH.doc)

#### Narsad.org

§ <http://narsad.org/news/pubs/brochures.html>

§ <http://narsad.org/news/pubs/report.html>

#### Nhsdirect.nhs.uk

§ <http://www.nhsdirect.nhs.uk/articles/article.aspx?articleId=454&sectionId=8913>

§ <http://www.nhsdirect.nhs.uk/articles/article.aspx?articleId=454&sectionId=8917>

#### Nlm.nih.gov

§ <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000943.htm>

#### Nmha.org

§ <http://www.nmha.org/infoctr/factsheets/selfinjury.cfm>

#### OnlineParadigm.com

§ <http://www.onlineparadigm.com/archives.html>

#### Pepagnh.gr

§ [http://www.pepagnh.gr/dioikhtikh/koinonikh\\_yphresia/omada.asp](http://www.pepagnh.gr/dioikhtikh/koinonikh_yphresia/omada.asp)

§ [http://www.pepagnh.gr/dioikhtikh/koinonikh\\_yphresia/rolas.asp](http://www.pepagnh.gr/dioikhtikh/koinonikh_yphresia/rolas.asp)

§ [http://www.pepagnh.gr/dioikhtikh/koinonikh\\_yphresia/koin\\_leitoyrgos\\_PAGNH.asp](http://www.pepagnh.gr/dioikhtikh/koinonikh_yphresia/koin_leitoyrgos_PAGNH.asp)

**Psyche.gr**

§ <http://www.psyche.gr/depression.htm>

**Psychiatric-Disorders.com**

§ <http://www.psychiatric-disorders.com/personality/dependent.php>

§ <http://www.psychiatric-disorders.com/personality/histrionic.php>

**Psycrete.gr**

§ <http://www.psycrete.gr/pages.fds?pagecode=04.11&langID=1>

**Ptypes.com**

§ <http://www.ptypes.com/masochisticpd.html>

**RealMentalHealth.com**

§ [http://realmentalhealth.com/personality\\_disorders/dependent\\_personality\\_disorder\\_03.asp](http://realmentalhealth.com/personality_disorders/dependent_personality_disorder_03.asp)

**Safe-Alternatives.com**

§ <http://www.safe-alternatives.com/>

**Samaritans.org**

§ [http://www.samaritans.org.uk/know/information/information sheets/selfharm/selfharm\\_sheet.shtm](http://www.samaritans.org.uk/know/information/information sheets/selfharm/selfharm_sheet.shtm)

**Save.org**

§ <http://www.save.org/prevention/>

§ <http://www.stress.gr/disorders/ocd.html>

**SelfHarm.net**

§ <http://www.selfharm.net/cause.html>

**Self-Injury.com**

§ <http://www.selfinjury.com/sifacts.htm>

**Self-Injury.net**

§ <http://www.self-injury.net/faq/>

§ <http://self-injury.net/faq/>

**SelfMutilatorsAnonymous.org**

§ <http://www.selfmutilatorsanonymous.org>

**SelfSabotagebehavior.com**

§ <http://www.selfsabotagebehavior.com/FAQ.htm>

**Stress.gr**

§ <http://www.stress.gr/disorders/depression1.html>

§ <http://www.stress.gr/disorders/depression2.html>

**SuicideAnonymous.org**

§ <http://www.suicideanonymous.org/>

**Suicideinfo.ca**

§ <http://www.suicideinfo.ca/csp/go.aspx?tabid=23>

**Sucidology.org**

§ <http://www.suicidology.org>

**TheHealthCenter.info**

§ <http://www.thehealthcenter.info/emotions/self-destructiveness/>

§ <http://www.thehealthcenter.info/emotions/self-destructiveness/>

**Web4Health.info**

§ <http://web4health.info/el/answers/bipolar-cau-depr.htm>

**Wikipedia.org**

§ [http://en.wikipedia.org/wiki/Self-defeating\\_personality\\_disorder](http://en.wikipedia.org/wiki/Self-defeating_personality_disorder)

§ <http://en.wikipedia.org/wiki/Mutilation>

§ <http://en.wikipedia.org/wiki/Self-harm>

§ <http://en.wikipedia.org/wiki/Pyromania>

**WrongDiagnosis.com**

§ [http://www.wrongdiagnosis.com/b/borderline\\_personality\\_disorder/intro.htm](http://www.wrongdiagnosis.com/b/borderline_personality_disorder/intro.htm)

**Κ.1 Προτυποποιημένη συνέντευξη για τη συμπλήρωση  
της κλίμακας Hamilton (HDRS)**

Η κλίμακα Hamilton για την Κατάθλιψη δημιουργήθηκε από τον Maxwell Hamilton το 1960 και από τότε θεωρείται ως ένα από τα πιο αξιόπιστα εργαλεία για την *εκτίμηση της βαρύτητας της Κατάθλιψης* αλλά και της αποτελεσματικότητας των διαφόρων θεραπειών.

Η συμπλήρωση της κλίμακας ωστόσο, παρουσιάζει αρκετές δυσκολίες και απαιτεί ιδιαίτερη κλινική εξάσκηση. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα η αξιοπιστία της κλίμακας να εξαρτάται ιδιαίτερα από αυτόν που βαθμολογεί, ενώ η χρήση της κλίμακας από άπειρους κλινικούς είναι πιθανό να οδηγήσει σε λανθασμένες εκτιμήσεις. (Ας σημειωθεί εδώ ότι η κλίμακα δεν είναι διαγνωστικό εργαλείο αλλά εργαλείο εκτίμησης της βαρύτητας της νόσου). Εξαιτίας αυτών των προβλημάτων η ανάπτυξη μιας προτυποποιημένης συνέντευξης, θεωρείται επιβεβλημένη εάν κανείς επιθυμεί υψηλή αξιοπιστία.

Σημείωση για τον εξεταστή: Η πρώτη ερώτηση για κάθε ένα από τα θέματα (items) της κλίμακας πρέπει να ερωτηθεί ακριβώς όπως αναγράφεται. Αρκετά συχνά η ερώτηση αυτή θα αποσπάσει σημαντικές πληροφορίες σχετικές με την ένταση και την συχνότητα των συμπτωμάτων, ώστε να είναι δυνατή η βαθμολόγηση με αξιοπιστία. Σε περίπτωση που αυτό δεν συμβεί, ωστόσο, μια σειρά διαδοχικών ερωτήσεων χρησιμοποιείται ώστε να αποσαφηνιστεί η κατάσταση του ασθενή. Οι ερωτήσεις αυτές γίνονται με τη σειρά που αναγράφονται μέχρι ο εξεταστής να μπορεί να βαθμολογήσει με εμπιστοσύνη το κάθε θέμα.

Πριν την έναρξη της συνέντευξης μπορεί να προηγηθεί η εξής δήλωση από τον εξεταστή: *«Θα ήθελα να σας κάνω μερικές ερωτήσεις σχετικά με το πώς νιώθατε την εβδομάδα που πέρασε».*

---

## 1. ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ

**I.** Πώς ήταν το κέφι σας και η διάθεσή σας την εβδομάδα που πέρασε;

Iα. Αισθανόσασταν καθόλου στεναχωρημένος ή μελαγχολικός;

Iβ. Λυπημένος, απελπισμένος;

Iγ. Πόσο συχνά αισθανόσαστε έτσι την εβδομάδα που πέρασε; Κάθε μέρα; Όλη μέρα;

Iδ. Μήπως σας ήρθε να κλάψετε καθόλου;

---

## **2. ΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΕΝΟΧΗΣ**

**I.** Την εβδομάδα που πέρασε, μήπως κατηγορούσατε ιδιαίτερα τον εαυτό σας για λάθη που κάνατε ή επειδή απογοητεύσατε τους άλλους ανθρώπους;

Εάν ναι : Ποιές ακριβώς ήταν οι σκέψεις σας;

Iα. Μήπως αισθάνεστε ενοχές για κάτι που κάνατε ή δεν κάνατε;

Iβ. Μήπως νομίζετε ότι αυτά τα προβλήματα που έχετε τα έχετε προκαλέσει κατά κάποιο τρόπο εσείς ο ίδιος

Iγ. Μήπως αισθάνεστε ότι τα προβλήματα αυτά είναι κατά κάποιο τρόπο σαν τιμωρία για αυτά που έχετε κάνει;

---

## **3. ΤΑΣΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ**

**I.** Την εβδομάδα που πέρασε, μήπως σκεφτόσασταν ότι δεν αξίζει να ζει κανείς, ότι θα ήταν καλύτερα να έχετε πεθάνει; Μήπως σας μπήκαν σκέψεις να κάνετε εσείς ο ίδιος κακό στον εαυτό σας ή ακόμη και να αυτοκτονήσετε;

Εάν ναι: Ποιές ακριβώς σκέψεις κάνατε;

Μήπως έχετε ήδη προσπαθήσει να κάνετε κακό στον εαυτό σας;

---

## **4. ΑΡΧΙΚΗ ΑΪΠΝΙΑ**

**I.** Την εβδομάδα που πέρασε πώς ήταν ο ύπνος σας;

Iα. Μήπως υπήρχε δυσκολία να σας πάρει ο ύπνος; (Από τη στιγμή που πέσατε στο κρεβάτι πόση ώρα πέρασε για να σας πάρει ο ύπνος;)



Ιβ. Πόσες νύχτες αυτή την εβδομάδα είχατε πρόβλημα να σας πάρει ο ύπνος;

---

## 5. ΕΝΔΙΑΜΕΣΗ ΑΨΠΝΙΑ

*Ι. Την εβδομάδα που πέρασε, σας έτυχε καθόλου να ξυπνήσετε κατά τη διάρκεια της νύχτας;*

Εάν ναι : Σηκωθήκατε καθόλου από το κρεβάτι; Τι κάνατε; (Πήγατε μόνο στην τουαλέτα; ).

Ια. Όταν γυρνάτε στο κρεβάτι σας παίρνει ο ύπνος αμέσως;

Ιβ. Μήπως πιστεύετε ότι ο ύπνος σας ήταν ανήσυχος ή διαταραγμένος κάποιες από τις νύχτες;

---

## 6. ΟΨΙΜΗ ΑΨΠΝΙΑ

*Ι. Την εβδομάδα που πέρασε, τι ώρα σηκωνόσαστε από το κρεβάτι (για τελευταία φορά);*

Εάν είναι νωρίς : Ξυπνάτε μόνος σας ή με ξυπνητήρι; Τι ώρα ξυπνάγατε συνήθως; (πριν αρχίσουν τα προβλήματα αυτά)

---

## 7. ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ

*Ι. Την εβδομάδα που πέρασε, πώς περνάγατε την ώρα σας (όταν δεν ήσαστε στη δουλειά σας);*

Ια. Είχατε καθόλου ενδιαφέρον να κάνετε (αυτά τα πράγματα) ή νομίζετε ότι έπρεπε να πιέσετε τον εαυτό σας για να τα κάνετε;

Ιβ. Μήπως σταματήσατε να κάνετε πράγματα που συνηθίζατε;

Εάν ναι : Γιατί;

Ιγ. Υπάρχει κάτι που προσδοκείτε με ανυπομονησία;

Στο follow-up : Το ενδιαφέρον σας γύρισε πάλι στα κανονικά του επίπεδα;

---

## 8. ΕΠΙΒΡΑΔΥΝΣΗ

Βαθμολογείστε με βάση την παρατήρηση κατά την διάρκεια της συνέντευξης.

---

## 9. ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΝΗΣΥΧΙΑ

Βαθμολογείστε με βάση την παρατήρηση κατά την διάρκεια της συνέντευξης.

---

## 10. ΑΓΧΟΣ ΨΥΧΙΚΟ

**I.** Την εβδομάδα που πέρασε, μήπως ήσαστε ιδιαίτερα ευερέθιστος και βρισκόσασταν συνεχώς σε τάση;

Iα. Μήπως στεναχωριόσασταν πολύ για ασήμαντα πράγματα, για τα οποία συνήθως δεν στεναχωριέστε;

Εάν ναι : Φέρτε μου ένα παράδειγμα.

---

## 11. ΑΓΧΟΣ ΣΩΜΑΤΙΚΟ

**I.** Την εβδομάδα που πέρασε, είχατε κανένα από τα παρακάτω συμπτώματα;

(Διαβάστε την λίστα, σταματώντας ύστερα από κάθε σύμπτωμα για να σας απαντήσει)

Γαστρεντερικό : ξηροστομία, αέρια, δυσπεψία, διάρροιες, φούσκωμα, τάση για εμετό

Καρδιαγγειακό : αίσθημα παλμών, πονοκέφαλοι

Αναπνευστικό : υπέρπνοια (γρήγορη αναπνοή), συχνοί αναστεναγμοί

Ουροποιητικό : Συχνουρία

Δέρμα : έντονη εφίδρωση.

Πόσο πολύ σας ενόχλησαν αυτά τα συμπτώματα; (Πόσο έντονα ήταν; Πόσο συχνά τα είχατε; Πόσο διαρκούσαν;) Σημείωση : Μην αξιολογείτε, όταν είναι προφανές ότι τα συμπτώματα οφείλονται σε λήψη φαρμάκων (π.χ. ξηροστομία και τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά)

---

## 12. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

**I.** Την εβδομάδα που πέρασε, πώς ήταν η όρεξή σας για φαγητό; (αν την συγκρίνετε με τη συνηθισμένη σας)

Iα. Μήπως έπρεπε να πιέσετε τον εαυτό σας για να φάτε;

Iβ. Μήπως οι άλλοι έπρεπε να σας πιέσουν για να φάτε;

---

### **13. ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ**

**I.** Την εβδομάδα που πέρασε, πώς ήταν σε γενικές γραμμές η φυσική σας κατάσταση, η "ενέργειά" σας;

Iα. Μήπως αισθανόσαστε κουρασμένος όλον τον καιρό;

Iβ. Μήπως είχατε πόνο στη μέση, πονοκέφαλους ή πόνους στους μύς;

Iγ. Μήπως είχατε αίσθημα βάρους στα άκρα, τη ράχη ή το κεφάλι;

---

### **14. ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ**

**I.** Την εβδομάδα που πέρασε, πώς ήταν η διάθεσή σας να κάνετε έρωτα; (δεν εννοώ την απόδοσή σας, αλλά εάν είχατε ενδιαφέρον να κάνετε έρωτα, πόσο πολύ το σκεφτόσασταν)

Iα. Μήπως υπήρξε κάποια αλλαγή όσον αφορά το ενδιαφέρον σας για έρωτα; (σε σύγκριση με την περίοδο που δεν είχατε προβλήματα)

---

### **15. ΥΠΟΧΟΝΔΡΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ**

**I.** Την εβδομάδα που πέρασε, πόσο πολύ σας απασχόλησε η υγεία σας; (σε σύγκριση με το ενδιαφέρον που δίνετε συνήθως)

Iα. Μήπως παραπονιόσασταν ιδιαίτερα για την κατάσταση της υγείας σας;

Iβ. Μήπως ζητάγατε πιο συχνά την βοήθεια άλλων για προβλήματα της υγείας σας, που άλλοτε μπορούσατε να αντιμετωπίσετε μόνος σας;

Εάν ναι : Δώστε μου ένα παράδειγμα. Πόσο συχνά συνέβη αυτό;

---

### **16. ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ**

**I.** Χάσατε καθόλου βάρος από τότε που ξεκίνησαν αυτά τα προβλήματα;

Εάν ναι : Πόσα;

Εάν δεν είναι βέβαιος : Μήπως διαπιστώσατε τα ρούχα σας να είναι πιο χαλαρά επάνω σας;

Στο follow-up : Κερδίσατε καθόλου το βάρος που είχατε χάσει;

---

## **17. ΕΠΙΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΡΟΥ (ΕΝΑΙΣΘΗΣΙΑ)**

Βαθμολογήστε με βάση το ιστορικό και την παρατήρηση

---

## **18. ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗ**

*I. Την εβδομάδα που πέρασε, μήπως αισθανόσασταν καλύτερα ή χειρότερα κάποια ιδιαίτερη ώρα της ημέρας - το πρωί ή το βράδυ;*

Εάν ναι : Πόσο πολύ άσχημα αισθανόσασταν; (το πρωί ή το βράδυ)

Εάν δεν είναι σίγουρος : Λιγάκι χειρότερα ή πολύ χειρότερα;

---

## **19. ΑΠΟΠΡΟΣΩΠΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΑΙΣΘΗΜΑ ΜΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΥ**

*I. Την εβδομάδα που πέρασε, μήπως νιώσατε ότι οι άνθρωποι γύρω σας ή τα αντικείμενα είναι μη πραγματικά και απόμακρα ή ότι είναι σα να ζείτε σε ένα όνειρο, αποκομμένοι από τους άλλους ανθρώπους; Μήπως νιώσατε ότι τα αισθήματά σας και οι εμπειρίες σας δεν είναι δικά σας, ότι είναι απόμακρα;*

Εάν ναι : Πόσο έντονα ήταν αυτά τα αισθήματα; Πόσο συχνά συνέβη αυτό κατά την διάρκεια της εβδομάδας;

---

## **20. ΠΑΡΑΝΟΪΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ**

*I. Την εβδομάδα που πέρασε, μήπως σκεφτόσασταν ότι κάποιος προσπαθεί να σας βλάψει ή να σας κάνει κακό;*

Εάν όχι : Μήπως σκεφτήκατε ότι μπορεί να σας σχολιάζουν πίσω από την πλάτη σας;

Εάν ναι : Μιλήστε μου λίγο για αυτό

---

## 21. ΙΔΕΟΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

*Ι. Την εβδομάδα που πέρασε, μήπως είχατε την τάση να κάνετε πράγματα ξανά και ξανά, όπως π.χ. να ελέγχετε αν έχουν κλείσει οι πόρτες, το μάτι της κουζίνας, ο θερμοσίφωνας κ.λ.π. , για να σιγουρευτείτε ότι όλα είναι εντάξει;*

Εάν ναι : Δώστε μου ένα παράδειγμα

Μήπως επίσης κάνατε σκέψεις χωρίς νόημα, που όμως έρχονταν συνεχώς στο μυαλό σας;

Εάν ναι : Δώστε μου ένα παράδειγμα

*Πηγή: Σκαπινάκης Π., mednet.gr*

**1) Ε.Ψ.Υ.Π.Ε.** (<http://www.epstype.gr>)

**Εταιρεία Ψυχό-κοινωνικής Υγείας του Παιδιού & του Εφήβου**

§ **SOS: 1177** Γραμμή Υποστήριξης Παιδιών & Εφήβων

Η γραμμή απευθύνεται σε γονείς, παιδιά, εφήβους, εκπαιδευτικούς, επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας και γενικά σε οποιονδήποτε έχει ανάγκη συμβουλής, υποστήριξης, βοήθειας, σχετικά με θέματα για την ψυχική υγεία της οικογένειας.

Ώρες λειτουργίας γραμμής: Καθημερινά, 9:30 π.μ. έως 8:30 μ.μ.,  
Σάββατο: 9:30 π.μ. έως 2:30 μ.μ.

**2) Μονάδα Επείγουσας Τηλεφωνικής Βοήθειας**

§ **SOS: 210 72 22 333** Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Πανεπιστημιακή  
Ψυχιατρική Κλινική

Τηλεφωνική βοήθεια για ψυχολογικά προβλήματα.

Ώρες λειτουργίας γραμμής: Καθημερινά, 3:00 μ.μ. έως 11:00 μ.μ.

**3) Κοινωνική Βοήθεια**

§ **SOS: 197** Γραμμή Άμεσης Βοήθειας του Εθνικού Οργανισμού Πρόνοιας  
Συμβουλευτικές υπηρεσίες για οικογενειακά και ψυχολογικά προβλήματα.

Ώρες λειτουργίας γραμμής: Δευτέρα έως Παρασκευή, 8:00 π.μ. έως 10:00  
μ.μ.

**4) Γραμμή κατά της Οικογενειακής Βίας "ΔΙΠΛΑ ΣΟΥ"**

§ **SOS: 800 11 88881** Πανελλαδική Γραμμή Άμεσης Βοήθειας από  
σταθερό χωρίς χρέωση

§ **SOS: 210 77 86 800** Από κινητό με χρέωση

Παθητική ακοή, νομική και ψυχολογική στήριξη από δίκτυο εθελοντών  
/τριών νομικών και ψυχολόγων.

Ώρες λειτουργίας γραμμής: Καθημερινά, 9:00 π.μ. έως 9:00 μ.μ.

**5) Συμβουλευτικό Κέντρο Φοιτητών Πανεπιστημίου Αθηνών**

(<http://www.cc.uoa.gr>)

§ **SOS: 210 72 77 553 και 210 72 77 554** Γραμμή Άμεσης Βοήθειας  
Ο κύριος σκοπός του Εργαστηρίου είναι να υποστηρίξει και να βοηθήσει τους φοιτητές να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά όλα αυτά τα προβλήματα που πιθανώς να εμφανιστούν κατά τη διάρκεια της φοιτητικής ζωής.  
Ώρες λειτουργίας γραμμής: Δευτέρα έως Παρασκευή, 10:00 π.μ. έως 4:00 μ.μ.

**6) Πρόγραμμα ψυχολογικής υποστήριξης εθισμένων παικτών**

(<http://www.casinoinfo.gr/anticasino/helpcenter/index.html>)

§ **SOS: 800 11 10 401** Γραμμή Ψυχολογικής υποστήριξης παικτών  
Θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης από τυχερά παιχνίδια.  
Συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη για το οικογενειακό περιβάλλον του εθισμένου παίκτη.

**7) Χαμόγελο του Παιδιού** (<http://www.hamogelo.gr>)

§ **SOS: 1056** Γραμμή Υποστήριξης Παιδιών  
Στο τηλέφωνο απαντούν παιδοψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί και εθελοντές. Ακούν τους προβληματισμούς των παιδιών όλο το 24ωρο και δέχονται καταγγελίες για παιδική κακοποίηση ή εκμετάλλευση.