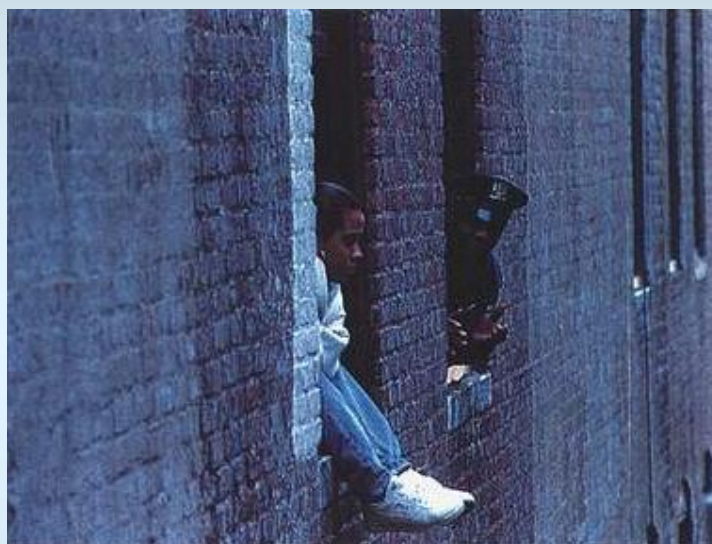


Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΜΑΪΟΣ 2001

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ



Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ
ΘΕΟΦΑΝΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ
ΚΟΝΤΟΥ ΕΥΓΕΝΙΑ

Καθηγήτρια
ΚΑ ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Αντί προλόγου	σελ. 5
Εισαγωγή	σελ. 6

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1

1.1 Ορισμός εφηβείας	σελ. 10
1.2 Ιστορική αναδρομή	σελ. 11
1.3 Ηλικιακή προσέγγιση	σελ. 13
1.4 Προβλήματα εφηβείας	σελ. 14

Κεφάλαιο 2

2.1 Ορισμός αυτοκτονίας	σελ. 26
2.2 Επιδημιολογικά στοιχεία	σελ. 37
2.3 Είδη αυτοκτονίας	σελ. 37
2.3.1 Διάκριση αληθινής και ψεύτικης αυτοκτονίας	σελ. 39
2.4 Γιατί οι έφηβοι σκέφτονται την αυτοκτονία	σελ. 41
2.5 Πώς αντιλαμβάνονται οι έφηβοι το θάνατο	σελ. 43
2.6 Τι σημαίνει η αυτοκτονία στην εφηβεία	σελ. 44
2.7 Προειδοποιητικά σημεία	σελ. 46
2.8 Παράγοντες επικινδυνότητας	σελ. 47
2.8.1 Οικογενειακοί παράγοντες	σελ. 48
2.8.2 Κοινωνικο-πολιτισμικοί παράγοντες	σελ. 50
2.8.3 Η προσωπικότητα του εφήβου	σελ. 50
2.8.4 Σωματική ασθένεια	σελ. 50
2.8.5 Ιστορικό προηγούμενων αποπειρών αυτοκτονίας	σελ. 51
2.8.6 Οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονικής συμπεριφοράς	σελ. 51
2.8.7 Ύπαρξη ψυχικής διαταραχής	σελ. 51
2.9 Η κατάθλιψη και εφηβεία	σελ. 52
2.9.1 Συμπτώματα κατάθλιψης	σελ. 54

Κεφάλαιο 3

3.1 Πρόληψη	σελ. 61
3.2 Πρωτογενής πρόληψη	σελ. 61
3.3 Δευτερογενής πρόληψη	σελ. 63
3.4 Τριτογενής πρόληψη	σελ. 65
3.5 Γενικά προληπτικά μέτρα	σελ. 66

Κεφάλαιο 4

4.1 Η αξιολόγηση και η διάγνωση	σελ. 71
4.1.1 Η διάγνωση στον έφηβο	σελ. 71
4.1.2 Η οικογενειακή διάγνωση	σελ. 73
4.2 Πρόγνωση	σελ. 74
4.3 Το μέλλον του εφήβου με τάσεις αυτοκτονίας	σελ. 75

Κεφάλαιο 5

5.1 Θεραπεία αυτοκτονίας	σελ. 78
5.2 Ψυχοθεραπεία – εισαγωγή	σελ. 79
5.2.1 Ατομική ψυχοθεραπεία	σελ. 81
5.2.2 Ομαδική ψυχοθεραπεία	σελ. 82
5.2.3 Οικογενειακή ψυχοθεραπεία	σελ. 85
5.3 Φαρμακοθεραπεία	σελ. 87
5.4 Θεραπεία περιβάλλοντος	σελ. 88
5.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχοθεραπεία	σελ. 90
5.5.1 Οδηγίες για υγιείς διαπροσωπικές σχέσεις νοσηλευτή-ασθενή	σελ. 92
5.5.2 Ειδικές οδηγίες νοσηλευτικής φροντίδας αυτοκτονικού αρρώστου	σελ. 93
5.5.3 Πρωτόκολλο βασικών προφυλάξεων στη φροντίδα αυτοκτονικού αρρώστου	σελ. 97

Κεφάλαιο 6

6.1 Το stress του νοσηλευτικού προσωπικού στην αντιμετώπιση του θανάτου	σελ. 100
6.1.1 Διεργασία του πένθους	σελ. 101
6.1.2 Ο νοσηλευτής και ο θάνατος	σελ. 102
6.1.3 Νοσηλευτικό προσωπικό παιδιατρικών και ψυχιατρικών τμημάτων	σελ. 104
6.1.4 Αμυντικοί μηχανισμοί	σελ. 105
6.2 Αυτοκτονία και επαγγέλματα	σελ. 108

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Υλικό και μέθοδος	σελ. 113
Αποτελέσματα	σελ. 115
Συζήτηση	σελ. 143
Συμπεράσματα – Προτάσεις	σελ. 145
Περίληψη	σελ. 147
Βιβλιογραφία	σελ. 148
Παράρτημα	

ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ...

Μαρτυρία

Ο Ντέιβιντ, 15 χρονών, λαμπρός μαθητής, χωρίς προηγούμενο ιστορικό ψυχολογικών διαταραχών, ήρθε για εξέταση με αιτιολογικό την υπερβολική ενασχόλησή του με το σώμα του που το θεωρούσε «αφύσικο». Σιγά σιγά αποσύρθηκε από τις συνηθισμένες κοινωνικές του δραστηριότητες και άρχισε να κάνει απουσίες στο σχολείο. Ο πατέρας του, άνθρωπος ζεστός και γεμάτος ενδιαφέρον, δεν ήξερε πως να εξηγήσει τη συμπεριφορά του αγοριού. Η μητέρα του έπαιρνε από χρόνια αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Ήταν κλεισμένη στο σπίτι και το βάρος της ήταν υπερβολικό. Το παιδί ακολούθησε μια ψυχοθεραπευτική αγωγή, παίρνοντας ταυτόχρονα μικρές δόσεις ενός νευροληπτικού φαρμάκου για να υποχωρήσει το άγχος που είχε για το σώμα του. Παρ' όλη την αρχικά καλή αντίδραση στη θεραπεία του, η ενασχόληση με τις αλλαγές που γίνονταν στο σώμα του συνεχίστηκε. Πάρθηκε τότε η απόφαση να γίνει εισαγωγή στο νοσοκομείο, αλλά την παραμονή της εισαγωγής του βρέθηκε νεκρός από ασφυξία στο γκαράζ του σπιτιού του. Στο δωμάτιο του δίδυμου αδελφού του βρέθηκε ένα σημείωμα που έλεγε πόσο πολύ τον αγαπούσε¹.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η *Εφηβεία* έρχεται σαν θύελλα στη ζωή του ανθρώπου, προκαλώντας σαρωτικές αλλαγές στο διάβα της. Από την “προσωπική ανακάλυψη” του εφήβου μέχρι τις διάφορες εκφάνσεις της παθολογίας του, ο δρόμος είναι μακρύς και, συχνά, δύσβατος. Ο κίνδυνος της υπερβολής, της “παθολογικοποίησης” συμπεριφορών, της άκαιρης ή και λαθεμένης παρέμβασης όσων τον συνοδεύουν σ’ αυτό το δρόμο – της οικογένειας, του κοινωνικού περιγύρου αλλά και των πάσης φύσεως “ειδικών” – ελλοχεύει σε κάθε στιγμή².

Η εφηβική περίοδος ανάπτυξης της προσωπικότητας, η οποία χαρακτηρίζεται από την προσπάθεια του ατόμου για αποχωρισμό και εξατομίκευση, είναι ιδιαίτερα ευαίσθητη στην εμφάνιση σκέψεων αυτοκτονίας, αλλά και αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Με το τέλος της εφηβικής περιόδου το άτομο πρέπει να έχει επιτύχει αποχωρισμό και ανεξαρτησία από την οικογένεια, καθώς και διαμόρφωση ταυτότητας. Αυτές οι διαδικασίες κατά τη διάρκεια της εφηβείας οδηγούν σε αντιφατικές εκδηλώσεις στη συμπεριφορά, στις σχέσεις και στα συναισθήματα. Είναι δυνατό να παρατηρηθούν ακραίες και απρόβλεπτες αλλαγές διάθεσης, χαλάρωση των μηχανισμών άμυνας και τάση για παλινδρόμηση. Κατά τη διάρκεια όλης αυτής της αναδιοργάνωσης της προσωπικότητας, επιθετικές ενορμήσεις μπορεί να εκφορτίζονται, είτε υπό τη μορφή της παραπτωματικής συμπεριφοράς είτε υπό τη μορφή της αυτοκαταστροφικής αυτοκτονικής συμπεριφοράς³.

Το φαινόμενο της αυτοκαταστροφής αποτελεί ένα από τα πλέον πολύπλευρα και πολύπλοκα βιοψυχοκοινωνικά φαινόμενα με ανησυχητικές αυξητικές τάσεις στις μέρες μας για τις περισσότερες χώρες του κόσμου.⁴ Ιδιαίτερα από το 1970 κι έπειτα , το ποσοστό των εφηβικών αυτοκτονιών έχει τριπλασιαστεί . Μερικοί το υπολογίζουν στο **7-8%** του συνόλου των εφήβων⁵ και αποτελεί την τρίτη αιτία θανάτου(ύστερα από τα τροχαία ατυχήματα και τον καρκίνο) στις Ευρωπαϊκές χώρες⁶.

Ευαίσθητοποιημένοι από την ραγδαία αύξηση των ποσοστών της εφηβικής αυτοκτονίας, θελήσαμε να μελετήσουμε το θέμα εκτενέστερα. Σκοπός της ερευνητικής εργασίας μας είναι να αναζητήσουμε τα αίτια και τους παράγοντες που οδηγούν τους εφήβους στην πράξη της αυτοκτονίας. Φυσικά, σαν νοσηλεύτριες, δεν παραλείψαμε να αναφέρουμε το ρόλο του νοσηλευτή σ’ αυτό το κρίσιμο θέμα.

Τέλος, ελπίζουμε να σας ευαισθητοποιήσουμε και να σας αναπτύξουμε ένα σοβαρό προβληματισμό πάνω στο μεγάλο θεωρητικό ζήτημα της *αυτοκτονίας*.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Εφηβεία

- Ορισμός εφηβείας
- Ιστορικό-πολιτισμική προσέγγιση
- Ηλικιακή προσέγγιση
- Προβλήματα εφηβείας

«Όπως το μούγκρισμα της θάλασσας αναγγέλει από πολύ μακριά θύελλα που έρχεται έτσι κι αυτή η γεμάτη ταραχές επανάσταση αναγγέλεται με το μουγκρητό των παθών που γεννιούνται.

Μια υπόκωφη ζύμωση πληροφορεί για την προσέγγιση του κινδύνου. Μια αλλαγή στην ψυχική διάθεση, συχνές παραφορές, μια συνεχής ανησυχία και ταραχή του πνεύματος καθιστούν το παιδί σχεδόν απείθαρχο. Δεν ακούει πια τη φωνή που λίγο πριν το έκανε πειθήνιο. Είναι ένα λιοντάρι, μέσα στον πυρετό του. Παραγνωρίζει τον οδηγό του, δε θέλει πλέον να κυβερνιέται από άλλους».

JEAN – JACQUES ROUSSEAU
(Κοσμόπουλος 1994)

Κεφάλαιο 1

1.1 Ορισμός της εφηβείας

Έχουμε την τάση να θεωρούμε ότι οι έφηβοι ανήκουν σε ένα διαφορετικό είδος ανθρώπου. Αυτό συμβαίνει γιατί δίνουμε έμφαση στις διαφορές και στις ασυνέχειες ανάμεσα στα παιδιά και στους εφήβους, ξεχνώντας τις τόσες σημαντικές ομοιότητες ανάμεσα στους εφήβους και στους ενήλικους. Η εστίαση του ενδιαφέροντος στις διαφορές και μόνο μπορεί να σας οδηγήσει σε στερεότυπα και υπερ-γενικεύσεις σχετικά με το ποιο είναι τελικά το περιεχόμενο του σταδίου αυτού που, σε τελευταία ανάλυση, είναι ένα κάπως αυθαίρετα ορισμένο στάδιο ανάπτυξης.

Ορισμένοι επιστήμονες υποστηρίζουν ότι η εφηβεία δεν αποτελεί ένα ιδιαίτερο, ευδιάκριτο αναπτυξιακό στάδιο. Δεν αναγνωρίζουν ως έγκυρη την άποψη ότι κατά την εφηβεία το παιδί αποκτά μια καινούργια προσωπικότητα. Αντίθετα, υποστηρίζουν ότι το παιδί μεταμορφώνεται σταδιακά και ανεπαίσθητα σε έφηβο και ο έφηβος γίνεται το ίδιο σταδιακά ενήλικος⁷.

Ετυμολογικά, η λέξη “εφηβεία” δηλώνει “εισέρχομαι στην ήβη” (“das junglingsalter”, “Adolescence”, λατιν. adolescere, adolescens = ον σε φυσιολογική ανάπτυξη). Όμως κανείς δεν μπορεί να ισχυριστεί εύκολα ότι η “εφηβεία” ταυτίζεται με την ήβη. Τούτο γιατί η “ήβη” είναι αναπόφευκτο βιολογικό γεγονός, ενώ η “εφηβεία” είναι ένα ψυχολογικό φαινόμενο που είναι σχεδόν γενικευμένο, όμως δεν παύει να συνδέεται με το δυτικό πολιτισμό⁸.

Με άλλα λόγια, η εφηβεία έχει την αρχή της στη βιολογία και το τέλος της στον πολιτισμό – στο σημείο εκείνο που το κορίτσι και το αγόρι έχουν αποκτήσει έναν ικανοποιητικό βαθμό ψυχολογικής ανεξαρτησίας από τους γονείς του.⁷ Η εφηβεία είναι σαν μια ΔΕΥΤΕΡΗ ΓΕΝΝΗΣΗ που γίνεται προοδευτικά⁹. Έτσι εξηγείται η έλλειψη ακρίβειας στον ορισμό και στα χρονικά όρια της εφηβείας. Δεν υπάρχει κανένα ευδιάκριτο “τέρμα”. Ακόμα και το σημείο έναρξης της εφηβείας – η ήβη καθαυτή – είναι μια “κινητή εορτή” που ποικίλλει ανάλογα με τους περιβαλλοντικούς – κλιματολογικούς και κληρονομικούς παράγοντες και που υπόκειται, όσον αφορά την έγκαιρη έναρξη ή την καθυστέρησή της, σε πολλές εξωτερικές επιδράσεις⁷.

Τέλος, μπορούμε να πούμε ότι “εφηβεία” είναι η μεταβατική περίοδος ανάμεσα στην παιδική και την ώριμη ηλικία, η οποία διαμορφώνει στον έφηβο αυτό που ονομάζουμε αυτοεπίγνωση – μια συνειδητή εικόνα του εαυτού του – στην καρδιά της

οποίας βρίσκεται μια αναπαράσταση του σώματός του: πώς αυτό είναι στην πραγματικότητα και πώς το βλέπουν οι άλλοι^{8,9}. Εάν υπάρχει κάτι που κάνει την εφηβεία να ξεχωρίζει από την παιδική ηλικία, αυτό είναι οι ραγδαίες αναπτυξιακές αλλαγές που συντελούνται στη χρονική αυτή περίοδο. Αυτές οι σωματικές και νοητικές αλλαγές μεταμορφώνουν το παιδί σε έφηβο⁷.

1.2 Ιστορικό – πολιτισμική προσέγγιση

Για να προσδιορίσουμε τα κεντρικά σημεία του φαινομένου της εφηβείας, καταφεύγουμε στην εξέταση του τρόπου βιώσεώς του από πρωτόγονους ή αρχαίους λαούς.

Στους πρωτόγονους λαούς στεκόμαστε στις “τελετουργίες” που αναφέρονται από πολλούς συγγραφείς. Πρόκειται για τελετουργίες εγκατάλειψης της παιδικότητας και εισόδου στην ενηλικίωση, πλουσιότητες σε συμβολισμούς. Είναι τελετουργίες καθαρά εκπαιδευτικού χαρακτήρα, φοβερά ζηλευτές (ασφαλώς ως αντίληψη αγωγής και ως μέθοδος και οπωσδήποτε όχι ως περιεχόμενο) από τους παιδαγωγούς των “πολιτισμένων” περιοχών της Γης.

Και σήμερα, σε κάποιες περιοχές της Αφρικής, σε νησιά της Αυστραλίας και του Ινδικού Ωκεανού, βρίσκει κανείς τελετουργικά μύθεως στην ενήλικη ζωή και ιδιαίτερα στην ανδρικότητα. Στην Αφρική αναφέρεται ως μια κύρια δοκιμασία της εφηβείας η περιτομή (ανάμεσα στα 12-14 χρόνια), ενέργεια που χαρακτηρίζει το γενετήσιο χαρακτήρα αυτών των δοκιμασιών.

Στους Μπαπέντες του Κογκό φορούν για λίγο καιρό μια μάσκα, που συμβολικά υποδηλώνει το ξεπέραςμα της εφηβείας. Όταν την αφαιρέσουν, η παλιά ζωή πεθαίνει και ο έφηβος γεννιέται εκ νέου στον κόσμο των αντρών. Κατά τη δεύτερη αυτή γέννηση του – για να θυμηθούμε τον Rousseau – ο νέος εγκαταλείπει την οικογένειά του, παίρνει νέο όνομα και εντάσσεται στη φυλή, οπότε δεν ισχύει πλέον καμιά από τις προηγούμενες γονεϊκές απαγορεύσεις. Με τις τελετουργίες του πόνου και της χαράς (διότι είναι γνωστό πως όταν οι νέοι αντεπεξέλθουν σε αυτές με επιτυχία, στη συνέχεια συγκεντρώνονται στην πλατεία του χωριού, όπου τους γίνεται υποδοχή ηρώων και αρχίζουν τα πανηγύρια), χωρίζονται από την παιδικότητα και εισάγονται στην ενηλικίωση.

Στον αρχαίο και μεσαιωνικό ευρωπαϊκό χώρο, η εφηβεία μπορεί να μην αντιμετωπιζόταν με τον ίδιο οδυνηρό τρόπο, όμως αναγνωριζόταν γιορταστικά ως ενηλικίωση, ως εισαγωγή στην υπευθυνότητα του ωρίμου. Και για το λόγο αυτό έπρεπε ο έφηβος να δοκιμαστεί από πριν, να δώσει δείγματα ότι και στο μέλλον θα φανεί άξιος της τιμής και εμπιστοσύνης, με την οποία τον περιέβαλλε η πολιτεία.

Πρέπει να θυμόμαστε ότι στην αρχαία Αθήνα “εφηβεία” ονομαζόταν θεσμός της πολιτείας, που λάμβανε νομική επικύρωση με το νόμο “περί των Εφήβων” (334/333 π.Χ.). Με την “εφηβεία” επιβαλλόταν στους νέους της Αθήνας που έμπαιναν στα 18 τους χρόνια διετής στρατιωτική υποχρέωση προπαίδευσης και θητείας. Λεπτομερής περιγραφή της “εφηβείας” βρίσκεται στο έργο του Αριστοτέλη *Αθηναίων Πολιτεία* (XLIII 3-4).

Η Αθήνα δεν ετοιμάζει το γενναίο πολίτη, αλλά τον “καλόν κ’ αγαθόν” πολίτη. Εκφράζει έτσι το ιδανικό του τέλειου και άρτιου ανθρώπου που αποτελεί σκοπό της “πολιτείας”, του πολίτη που δε φτάνει την τελειότητα χωρίς να ενδιαφέρεται για τα κοινά.

Στη Σπάρτη, η σκληραγωγία του εφήβου επιδιώκει να δημιουργήσει τον καλό στρατιώτη. Οι έφηβοι Σπαρτιάτες κοιμούνται στα καλάμια του Ευρώτα, τρέφονται λιτά, ζουν σε αγέλες και μυούνται στα στρατιωτικά (και γενικά στη ζωή) από κάποιον ώριμο με τον οποίο τους συνδέει στενή φιλία. Αναφέρεται η διαδικασία της “διαμαστιγώσεως” του εφήβου μπροστά στο βωμό της Ορθωσίας Αρτέμιδος.

Στη Ρώμη επίσης, στα 17 του ο έφηβος μπορούσε να φορέσει την *Toga Virillis* με τα διακριτικά της ανδρικής ηλικίας. Στην ηλικία των 18 χρονών οι νέοι εγκατέλειπαν τα παιδικά σύμβολα (*Insignia Pueritiae*) και μαζί τις χαρές της παιδικής ηλικίας. Πήγαιναν επίσημα με συνοδεία φίλων και οικείων από το σπίτι στην Αγορά, εγκαινιάζοντας έτσι την πρώτη πολιτική τους εμφάνιση. Ύστερα ανέβαιναν στο Καπιτώλιο, πρόσφεραν θυσία στους θεούς και έγραφαν τ’ όνομά τους στους καταλόγους των πολιτών, αναλαμβάνοντας με τον τρόπο αυτό τα καθήκοντα και δικαιώματα της “πλήρους εφηβείας” (*Plena Pubertas*).

Στα χρόνια του Μεσαίωνα, όταν οι νέοι συμπλήρωναν τα 16 τους χρόνια, τους έστελναν στην αυλή ευγενούς. Εκεί θα διδαχθούν την ευσέβεια, το σεβασμό προς τους αδύνατους και τις γυναίκες, θα αναλάβουν ευθύνες και θα ασκηθούν στη χρήση των όπλων, στην ιππασία κ.ά. Μετά από τέσσερα χρόνια θεωρούνται ώριμοι για δοκιμασία. Αγρυπνούν στην εκκλησία και το πρωί, δίνοντας όρκο, χρίζονται ιππότες από τον άρχοντα.

Τα προηγούμενα αρκούν για να μας πείσουν πως και στον αρχαίο και στο μεσαιωνικό ευρωπαϊκό χώρο έχουμε ανάλογα με τους πρωτόγονους τελετουργικά φαινόμενα για την “εφηβεία”. Και εκεί παρατηρείται η ομαδοποίηση των παιδιών (στη Σπάρτη, στην Κρήτη και τις πόλεις της Ιωνίας τα νέα παιδιά είναι οργανωμένα σε αγέλες, σε βοές, σε ομάδες υπό αγελάρχη). Επίσης και η “περιθωριοποίηση” των νέων, η απομόνωση τους για κάποιο διάστημα μέσα στη φύση.⁸

1.3 Ηλικιακή προσέγγιση

Ο ακριβής καθορισμός των χρονικών ορίων – έναρξη και λήξη – της εφηβικής ηλικίας παρουσιάζει σημαντικές δυσχέρειες. Η σύγχυση αυτή, σχετικά με τα όρια της εφηβείας είναι φανερή στις σχετικές μεταφορικές εκφράσεις: “ενδιάμεσο στάδιο” και “ουδέτερη ζώνη μεταξύ παιδικής και εφηβικής ηλικίας”. Έχει επίσης παρομοιαστεί με “τούνελ”, μέσα στο οποίο οι νέοι άνθρωποι “εξαφανίζονται για λίγα χρόνια”. Σύμφωνα με αυτή την αλληγορία, κανείς ποτέ δε γνωρίζει τι πρόκειται να βγει από την άλλη άκρη του⁷.

Οι ειδικοί που έχουν ασχοληθεί με την ψυχολογία και την αγωγή της εφηβικής ηλικίας και με τα στάδια εξελίξεώς της, την υποδιαιρούν σε διάφορες υποπεριόδους. Οι περισσότερες από τις υποδιαιρέσεις της εφηβείας που προτείνονται από διάφορες πλευρές, μπορούν να συνοψισθούν στις εξής:

α) Προ-εφηβεία. Διαρκεί μεταξύ 10-12 ετών. Ορισμένοι συγγραφείς εντάσσουν την περίοδο αυτή στην παιδική ηλικία και όχι στην εφηβική. Στη διάρκειά της εμφανίζεται κάποια τάση χαλάρωσης στη δομή της προσωπικότητας. Επανέρχονται πρώιμες παιδικές συνήθειες (όπως το φαγητό ή το πιπίλισμα του αντίχειρα).

Το παιδί, σε αυτή τη φάση τείνει να κάνει παρέα με άτομα του ίδιου φύλου (και επιλέγει ιδίως ένα φίλο), υποτιμώντας έτσι το άλλο φίλο. Είναι περίεργο και εγωκεντρικό. Η προσοχή είναι μειωμένη και η κινητικότητα αυξάνει. Αρχίζουν μερικές συγκρούσεις προσανατολισμού με τους γονείς και αταξίες στο σχολείο. Τελικά η ανησυχία αφορά σε ποιό βαθμό μπορεί να διαταραχθεί η ισορροπία μεταξύ

του Εγώ και του Εκείνο, μεταξύ των αμυνών ενός ανώριμου ατόμου και της έναρξης της ανάπτυξης των ενστικτωδών ενορμήσεων.

Ήδη λοιπόν, στην έναρξη της ήβης, η σεξουαλικότητα, η επιθετικότητα και η παλινδρόμηση είναι στοιχεία που αρχίζουν να εμφανίζονται. Όπως η ψυχολογική και επέκταση (του εγώ), που έχει αποκτηθεί στην προηγούμενη περίοδο είναι βασικό δομικό στοιχείο της ήβης¹⁰.

β) Πρώτο στάδιο ή πρόωμη εφηβεία. Καταλαμβάνει το διάστημα μεταξύ 12-14 ετών και συμπίπτει με την εμφάνιση των σημαντικότερων σωματο-ψυχικών μεταβολών της εφηβικής ηλικίας. Θα ‘λεγε κανείς πως ολόκληρο το ψυχοσωματικό “είναι” του ανθρώπου κρατεί, στην ηλικία αυτή, για λίγο την αναπνοή του πριν μπει στην πολύπλευρη περιπέτεια της εφηβείας.

Σιγά-σιγά και με παλινδρομικές κινήσεις, τα χαρακτηριστικά του παιδιού, καθώς και η συμπεριφορά του, τροποποιούνται. Ο οργανισμός μπαίνει στην περίοδο της ανάπτυξης (12-14 χρ.), ιδίως στα κορίτσια, και είναι ορατή η έναρξη των σωματικών μεταβολών⁸. Το μεταβαλλόμενο σώμα, με τις νέες του ιδιότητες, επενδύεται υπερβολικά, γι’ αυτό και η εμφάνιση και η ικανότητα αποκτούν νέο νόημα. Η ραγδαία ωρίμανση των σωματικών στοιχείων, με την ένταση των επιθετικών και σεξουαλικών ενορμήσεων, οδηγεί τον έφηβο στην αναζήτηση ικανοποιήσεων εκτός οικογένειας. Αυτή η απομάκρυνση τον προφυλάσσει από τα αιμομικτικά και προοιδιπόδεια άγχη. Ταυτόχρονα όμως τον αποσπά από τα πρωταρχικά εσωτερικευμένα αντικείμενα αγάπης και τον κάνει να νιώθει ψυχικά πιο αδύναμος να τα βγάζει πέρα, με αίσθηση εσωτερικού κενού, ανεπάρκειας και ελλείμματος.

Ο έφηβος έχει την ανάγκη να υποστηριχθεί και να ανήκει κάπου. Αυτό το ρόλο έρχεται να επιτελέσει η ομάδα συνομηλίκων, η οποία λειτουργεί σαν συμπληρωματικό “Εγώ”. Η διαφορετικότητα ως προς την ομάδα αναφοράς των συνομηλίκων προκαλεί επίσης άγχος, που προβάλλεται προς τα έξω και συχνά γεννά επιθετικότητα προς τον “άλλο”¹⁰.

γ) Μέση ή λανθάνουσα εφηβεία. Περιλαμβάνει το διάστημα μεταξύ 14-17 ετών. Η κρίση αναπροσαρμογής της προσωπικότητας σχετίζεται και με την περίοδο αυτή.

Η περίοδος αυτή αποτελεί αυτό που εννοούμε κυρίως, όταν αναφερόμαστε στην εφηβεία. Σε αυτό το στάδιο ο έφηβος πρέπει να επιτύχει τους εξής επιμέρους στόχους:

- 1) λύση του οιδιπόδειου,
- 2) αποχωρισμό από γονείς και ανεύρεση νέου αντικειμένου,
- 3) σχηματισμό σταθερών εξωοικογενειακών σχέσεων και
- 4) εδραίωση της προσωπικής και σεξουαλικής ταυτότητας.

Οι στόχοι αυτοί είναι συνιστώσες της αναζήτησης ταυτότητας εαυτού (ιδεών, σεξουαλικής, εικόνας σώματος)¹⁰.

Οι σωματικές αλλαγές στην εφηβεία είναι ραγδαίες. Μετά τα δύο χρόνια, καμία άλλη ηλικία δε χαρακτηρίζεται για το πλήθος, την έκταση, την ποικιλία και την ταχύτητα των αλλαγών, όσο η εφηβεία. Η απαλότητα, καμπυλότητα και αρμονία των παιδικών γραμμών δίνουν σχεδόν ξαφνικά τη θέση τους στην “τραχύτητα”, στα ευθύγραμμα ή στα γωνιώδη σχήματα (για τα αγόρια) και στην παροδική δυσμορφία της προεφηβείας και της πρώτης εφηβείας. Οι αλλαγές αυτές είναι αισθητές και στον πιο κοινό παρατηρητή, προπαντός όμως αισθητές στους ίδιους τους εφήβους, γεγονός που, όπως θα δούμε, έχει μεγάλη σημασία για την ταυτοποίησή τους. Και η διάρκεια της εφηβείας χαρακτηρίζεται από αυτές τις αλλαγές. Όπως λέει ο *Debesse*: “...όσο κρατούν αυτές οι αλλαγές, το παιδί είναι έφηβος. Από την ώρα που θα σταματήσουν, η ηλικία του ώριμου ανθρώπου είναι πολύ κοντά”.

Το σώμα του εφήβου είναι δεμένο, η φυσιογνωμία μορφοποιημένη, τα ατομικά και φυλετικά χαρακτηριστικά τονισμένα, η φωνή βραχνή.

Επιπλέον, η περίοδος αυτή είναι η πλουσιότερη συγκινησιακά ηλικία του ανθρώπου. Δεν είναι υπερβολή να πούμε πως η εφηβεία είναι η ηλικία των αισθήσεων και των συναισθήσεων. Αυτή η μοναδική “ηλικία της φλόγας και των χρωμάτων”, όπως θα την ονομάζαμε κάπως λυρικά, υπό την ωστική δύναμη της συναισθηματικότητας, κινείται για να βγει από τον εγωκεντρισμό της και να συναντήσει, να ενωθεί μάλιστα με τον “Άλλο” και με το “Άλλο”. Όπως έλεγε και ο Αμερικάνος ψυχολόγος *Stuck Sullivan* – που, ως γνωστόν, η ψυχολογία του εμπνέεται από τις διαπροσωπικές σχέσεις – κινητήρια δύναμη στο παιδί είναι οι ανάγκες ασφάλειας, ενώ στον έφηβο είναι η αναζήτηση της στενής συναισθηματικής σχέσης.

Ο “ερωτικός παφλασμός” που παρατηρείται εκδηλώνεται με αφύπνιση της φιληδονίας, ευαισθητοποίηση στο ωραίο, υπερευσγκινησία, μελαγχολική διάθεση (που πολλές φορές διαδέχεται άκρατος ενθουσιασμός), δειλία, αδεξιότητα, οργανισμό φαντασίας (ονειροπόληση). Τα εφηβικά ημερολόγια και η εφηβική αλληλογραφία δίνουν σχετικές πληροφορίες.

Συμπερασματικά, σε ότι αφορά τη συναισθηματικότητα, παρατηρούμε μια αναδιοργάνωση της συναισθηματικής δομής με την επίδραση κύριως του γενετήσιου ενστίκτου, που έχει πλέον αναδυθεί⁸.

δ) Τελικό στάδιο. Τίθεται μεταξύ του διαστήματος 17-21 ετών. Η αναδόμηση της όλης προσωπικότητας έχει επιτελεσθεί και το άτομο πλησιάζει πια την περίοδο της ωριμότητας.

Το τελικό στάδιο είναι, κυρίως, φάση απαρτίωσης εαυτού, εδραίωσης της ταυτότητας και προσαρμογής στις απαιτήσεις της ενήλικης κοινωνικής ζωής. Οι στόχοι των προηγούμενων σταδίων – ο αποχωρισμός από τη γονεϊκή εξάρτηση, η αυτονομία, η κοινωνική υπευθυνότητα, η σεξουαλική ταυτότητα και η ικανότητα σταθερών και στενών διαπροσωπικών σχέσεων ανάπτυξης – λίγο πολύ ολοκληρώνονται. Η εφηβεία, κατά τον *Blos* (1976), ολοκληρώνεται με:

- 1) τη δεύτερη διαδικασία ατομικοποίησης,
- 2) την αίσθηση συνέχειας του εγώ σε παρελθόν, παρόν και μέλλον
- 3) την αφομοίωση και λύση των παιδικών τραυμάτων και
- 4) την απαρτίωση της σεξουαλικής ταυτότητας.

Ο έφηβος έχει αναπτύξει πια τα προσωπικά του ενδιαφέροντα και τις λειτουργίες του “Εγώ” και έχει σχετικά σταθερή αυτοεκτίμηση. Η εικόνα σώματος έχει σταθεροποιηθεί και ενταχθεί αρμονικά στο σύνολο της εικόνας εαυτού. Οι διαδικασίες απαρτίωσης του εαυτού έχουν λίγο πολύ ολοκληρωθεί και το άτομο βιώνει σχετική συναισθηματική σταθερότητα, επαρκή ανοχή στις ματαιώσεις και μπορεί να αναβάλλει την ικανοποίησή του για να προσεγγίσει ενεργητικά κάποιους μακροπρόθεσμους στόχους.

Στο τελικό στάδιο της εφηβείας, ο εαυτός δοκιμάζεται στη συναλλαγή του με την πραγματικότητα και το περιβάλλον (σχολείο, εργασία, κοινότητα, διαπροσωπικές

σχέσεις, παιχνίδι). Είναι ικανός να επιστρέφει στους γονείς για να αντλήσει υποστήριξη και συμβουλές, χωρίς να κατέχεται, όπως στο παρελθόν, από το άγχος απώλειας της ταυτότητάς του. Είναι η ηλικία όπου λαμβάνονται σημαντικές αποφάσεις για τη ζωή του. Αν τα προηγούμενα στάδια δεν είχαν ολοκληρωθεί ικανοποιητικά, τότε η προσαρμογή του εφήβου, όπως και η ικανότητα συγκροτημένης προσπάθειας για επίτευξη στόχων και οι αντικειμενόμενες σχέσεις του θα πάσχουν.

Στο τελικό στάδιο της εφηβείας συντελείται μια ιεραρχική και σχετικά σταθερή οργάνωση των γεννητικών και προγεννητικών εννομήσεων. Οι λειτουργίες του “Εγώ” ανθίστανται στην παλινδρόμηση που, όταν συμβαίνει, είναι πια ήπια και ελεγχόμενη. Ο έφηβος εξακολουθεί να έχει διερευνητική τάση, διάθεση για πειραματισμούς, ορμητικότητα και οράματα. Οι αναζητήσεις του όμως είναι περισσότερο συμβατές με την πραγματικότητα, ακόμα και όταν στρατεύεται σε ένα ιδανικό¹⁰.

1.4 Προβλήματα της εφηβείας

Από τα 13 μέχρι τα 19 τους χρόνια, οι νέοι παίρνουν αποφάσεις που μπορεί να είναι καθοριστικές για το μέλλον τους. Πρέπει να αποφασίσουν αν θα συνεχίσουν τις σπουδές τους και τι είδους σπουδές θα κάνουν. Αν όχι, πρέπει να αποφασίσουν τι δουλειά θα κάνουν ή ποια σταδιοδρομία θα ακολουθήσουν, ή ακόμα κι αν θα απορρίψουν τελείως τα υπάρχοντα σχήματα. Επειδή λοιπόν συμβαίνουν τόσα πολλά καινούργια πράγματα και το νεαρό άτομο αρχίζει να είναι υπεύθυνο για σοβαρές αποφάσεις, η εφηβεία είναι συχνά μια περίοδος αναταραχής και για το ίδιο το άτομο, αλλά και γι’ αυτόν που βρίσκεται κοντά του. Η ανησυχία της δημιουργίας μιας προσωπικής ταυτότητας γίνεται φανερή με τα διάφορα προβλήματα που παρουσιάζονται:

A) Αυτονομία και ανεξαρτησία

Το νεαρό άτομο θέλει να ακολουθήσει τις δικές του ασχολίες, κατά προτίμηση μακριά από την επίβλεψη και τον έλεγχο των γονιών και των δασκάλων. Αυτό μπορεί να σημαίνει και πράγματα απαγορευμένα ή ακόμα καταστρεπτικά ή επικίνδυνα.

Μερικοί ειδικοί υποστηρίζουν ότι ένα στάδιο “ημι-εγκληματικότητας” είναι φυσιολογικό για τους εφήβους, που έτσι εκφράζουν την επανάστασή τους εναντίον της εξουσίας. Οι πολύ αρνητικές στάσεις εναντίον της αστυνομίας, του οικονομικού και πολιτικού συστήματος, της κυβέρνησης και άλλων θεσμών είναι χαρακτηριστικές και συχνά οι γονείς δυσκολεύονται να τις χειριστούν με ηρεμία, ίσως γιατί ξυπνάνε έτσι και οι δικές τους αμφιβολίες και αναστολές.

Επειδή όλοι οι νέοι άνθρωποι κάποτε πρέπει να μάθουν ν’ αναλαμβάνουν ευθύνες για τη ζωή τους, οι γονείς και οι άλλοι υπεύθυνοι για την ανάπτυξη των νέων προσπαθούν, συνήθως, να ενθαρρύνουν τόση αυτονομία, όση τους επιτρέπει η ευθύνη του εαυτού τους και των άλλων. Καμιά φορά πρέπει να διακινδυνεύσει κανείς, ελπίζοντας ότι όλα θα πάνε καλά. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να είναι κανείς έτοιμος να μαζέψει τα “σπασμένα”, όταν τα πειράματα αποτυγχάνουν και να προσφέρει υποστήριξη και αγάπη όταν ο ασυλλόγιστος, ανεξάρτητος έφηβος αποφασίζει να γυρίσει στη φωλιά του για λίγη παρηγοριά.

B) Ερεθίσματα και πλήξη

Όπως θα γνωρίζουν οι γονείς, οι έφηβοι παραπονιούνται τόσο συχνά ότι πλήττουν τελικά, φαίνεται, ότι η πλήξη σαν να είναι ένα απαραίτητο “διάλειμμα” στη μεγάλη “βουτιά” της υπερδιέγερσης και τα παράπονα σαν ένα είδος “καταφυγίου” ή αίθουσα ανάρρωσης πριν απ’ την επόμενη επιδρομή μέσα στον κόσμο. Οι περισσότεροι νέοι – όπως και πάλι θα μας διαβεβαιώσουν οι γονείς – αγαπούν (ή τουλάχιστον δεν τους ενοχλεί) το θόρυβο, την ταχύτητα, τα εναλλασσόμενα φώτα, τα πλήθη, τους νεωτερισμούς, την ποικιλία, τις έντονες συζητήσεις και τους πειραματισμούς με ποτά και τοξικές ουσίες. Η γοητεία της μοτοσικλέτας βρίσκεται και στο γεγονός ότι είναι ένα φτηνό μεταφορικό μέσο και στη μεθυστική της ταχύτητα, αλλά και στις ευκαιρίες που προσφέρει για να κάνει κανείς εξοργιστικό θόρυβο και να ενοχλεί τους γείτονες..

Γ) Δουλειά στον ευρύτερο κόσμο

Μια σημαντική πλευρά της απασχόλησης της ταυτότητας και του εναρμονισμού της με τους κοινωνικούς ρόλους, είναι φυσικά και το ερώτημα του τι θα κάνει κανείς στη ζωή του επαγγελματικά. Δεν είναι εύκολο για το νέο ν’ ανακαλύψει τι σημαίνει να δουλεύεις σαν ενήλικος. Δεν ζούμε πια σ’ έναν κόσμο όπου το παιδί απαραίτητα

παρακολουθεί και βιώνει τη δουλειά των μεγαλύτερων συγγενών και γειτόνων. Τώρα η εκλογή είναι πολύ πιο πλατιά, αλλά και οι παρανοήσεις είναι ένα συχνό εμπόδιο για να βρει κανείς μια δουλειά ή σταδιοδρομία και προπέτασμα των εξετάσεων και των προσόντων μπορεί να είναι βασανιστικό, ακριβώς τη στιγμή που οι προσωπικές εξερευνήσεις του κόσμου θα έπρεπε να είναι πιο ελκυστικές και να βοηθούν την καλύτερη προσαρμογή στην επόμενη φάση της ζωής.

Οι έφηβοι που συνεχίζουν τις σπουδές τους, πρέπει να διαλέξουν τι θα σπουδάσουν. Αλλά η σχολική τους επίδοση λειτουργεί σαν οδηγός και η εκλογή, συχνά, δεν είναι καθοριστική, εφόσον τα περισσότερα πανεπιστήμια δίνουν την ευκαιρία στους φοιτητές ν' αλλάξουν ειδικότητα, στην περίπτωση που αλλάζουν γνώμη. Παρ' όλα αυτά, σε πολλές περιπτώσεις οι φοιτητές απλώς αναβάλλουν την απόφαση για το τι δουλειά θα κάνουν, όταν αφήσουν το πανεπιστήμιο. Ένα λανθασμένο ξεκίνημα στα 22 ή 23 χρόνια μπορεί να διορθωθεί πολύ πιο δύσκολα από ένα λανθασμένο ξεκίνημα στα 16 ή τα 18. Αυτό που, κατά τη δική μας άποψη, είναι ακόμα πιο σημαντικό είναι ότι κινδυνεύουν να χάσουν τις ευκαιρίες ν' αναπτύξουν προσωπικά ενδιαφέροντα, είτε εξαιτίας μιας υπερ-απασχόλησης με τα ακαδημαϊκά καθήκοντα, είτε εξαιτίας μιας υπερ-επαναστατικότητας εναντίον τους.

4) Κοινωνικότητα: η ανάγκη για συντροφικότητα

Οι περισσότεροι νέοι, ενώ συχνά εξακολουθούν να αντιλαμβάνονται τη σημασία που έχουν στη ζωή τους οι γονείς και οι άλλοι συγγενείς, αναζητούν στους σύγχρονούς τους, στην “ομάδα συνομηλίκων” τους, τα ενδιαφέροντα, την παραδοχή, τα αστεία, το κουτσομπολιό, τα παιχνίδια, τον ανταγωνισμό¹¹. Ο κύκλος των φίλων που καλλιεργούν οι έφηβοι αποκτά ολοένα μεγαλύτερη σημασία ως σύστημα υποστηρικτικό, ως ένα μέρος όπου μπορούν να έρχονται σε επαφή με αξίες και προβλήματα, στην προσπάθειά τους να ενταχθούν στις τάξεις των κοινωνικοποιημένων ενηλίκων¹². Για το κορίτσι, η “καλύτερη φίλη” της παιδικής ηλικίας μπορεί να αντικατασταθεί με κάποιον, στον οποίο θα εκμυστηρεύεται τα πάντα ή με το αγόρι της. Για το αγόρι, αυτή είναι η ηλικία της “συμμορίας” ή της ποδοσφαιρικής ομάδας. Και τα δυο φύλα μπορεί να συγκλίνουν στο ίδιο “σκηνικό”, το ζαχαροπλαστέιο, τη ντισκοτέκ, το μπαρ¹¹.

Οι σχέσεις στην εφηβεία μπορεί να αρχίσουν με ομάδες ομοφύλων, να επεκταθούν σε μεικτές και να καταλήξουν, τελικά, στο ζευγάρι, που είναι το

πρώτο βήμα προς τις ετεροφυλικές σχέσεις των ενηλίκων. Τελικά είναι σημαντικό για τους νέους να αποβάλλουν την ανάγκη για αναγνώριση από την ομάδα συνομηλίκων και να γίνουν ανεξάρτητοι.¹²

Ε) Σωματική και σεξουαλική ανάπτυξη

“Το πρωταρχικό στοιχείο της εφηβείας”, γράφει η καθηγήτρια τοις κοινωνικής πρόνοιας *Κάθριν Τσίλμαν*, “είναι ότι το νεαρό άτομο μπορεί να αναπαράγει”. Ενώ αναγνωρίζει απόλυτα τις κοινωνικές και πολιτιστικές δυνάμεις που διαπλάθουν της στάση των εφήβων απέναντι στη σεξουαλικότητα, σημειώνει ότι το σεξ παίζει κεντρικό ρόλο. Αυτό που έχει σημασία είναι το ποιός θα είναι αυτός ο ρόλος.

Τους εφήβους τους απασχολεί πολύ το εξελισσόμενο σώμα τους. Τα γεννητικά όργανα, το στήθος, η τριχοφυΐα του σώματος, οι μύες και άλλα, έχουν αρχίσει να εξελίσσονται από καιρό και η τάση να βιώσουν το σώμα τους μπορεί να είναι ακατανίκητη. Απ’ όλα τα χαρακτηριστικά της εφηβείας, αυτό έχει δημιουργήσει, τουλάχιστον στο παρελθόν, τη μεγαλύτερη ένταση ανάμεσα στους νέους και τους μεγαλύτερους τους, αν και τώρα οι γονείς μαθαίνουν να μην ανησυχούν τόσο πολύ, ιδιαίτερα οι πιο νέοι γονείς που και οι ίδιοι μεγάλωσαν σ’ ένα πιο ελαστικό περιβάλλον.

Η οικονομική άνεση τα τελευταία χρόνια έχει κάνει το νέο ένα πρόσφορο στόχο της καταναλωτικής εκμετάλλευσης. Οι έγνοιες των εφήβων για την εμφάνιση, την ταυτότητα, τις σχέσεις, το σεξ και την αυτο-έκφραση, αντιμετωπίζονται από μια ολόκληρη βιομηχανία, στην οποία περιλαμβάνονται και η μόδα, τα καλλυντικά, τα περιοδικά, οι δίσκοι και οι ντισκοτέκ, συχνά ενισχυμένα με σεξουαλικές έγχρωμες διαφημίσεις.¹¹

ΣΤ) Νοητική εξέλιξη

Πολλοί νέοι, που μέχρι αυτή την ηλικία είχαν δείξει πολύ λίγο ενδιαφέρον για τη δουλειά του σχολείου, σ’ αυτό το στάδιο αρχίζουν να διασκεδάζουν ασκώντας το μυαλό τους. Ο νέος που εξελίσσεται ξαφνικά, αργότερα από τους άλλους, είναι συνηθισμένο φαινόμενο. Αυτό που δεν αναγνωρίζει συχνά η κοινωνία είναι ότι και στους “κακούς” μαθητές αρέσει να ασκούν το μυαλό τους, αλλά μερικές φορές με τρόπο που δεν παρέχεται από το σχολείο και άλλες φορές μάλιστα με τρόπους που

δεν είναι παραδεκτοί. Το εκπαιδευτικό σύστημα έχει την τάση να χωρίζει τις νοητικές από τις πρακτικές επιδεξιότητες, ωθώντας αυτούς που αποδίδουν στις πρώτες σε μια καθαρά ακαδημαϊκή απασχόληση και αποτρέποντας την καλλιέργεια άλλων δεξιοτήτων και ενδιαφερόντων, που φυλάσσονται για τους λιγότερο διανοούμενους.

Ουσιαστικά, η έμφαση αυτή στη νοητική εξέλιξη μπορεί να τροφοδοτήσει το ενδιαφέρον για πειραματισμούς με τοξικές ουσίες και άλλες δραστηριότητες που “ευρύνουν το πνεύμα” στους ακαδημαϊκά προσανατολισμένους νέους της μεσοαστικής τάξης. Μπορεί να εξηγεί την αναβίωση της χειρονακτικής δουλειάς σαν αντίδραση στην κλασική ακαδημαϊκή εκπαίδευση και την απήχηση που είχαν στους νέους της δεκαετίας του ’60 κοινωνικοί φιλόσοφοι, όπως ο *Χέρμπερτ Μαρκούζε*. Ο Μαρκούζε τονίζει την ανάγκη για μια καλύτερη σχέση ανάμεσα στη δουλειά και την ικανοποίηση, ώστε να καταπολεμηθεί η ψυχολογική φτώχεια αυτού που ονομάζει “μονοδιάστατο άνθρωπο”.

Z) Η εμπειρία του περιβάλλοντος

Το ενδιαφέρον των νέων για τον κόσμο πέρα απ’ το σχολείο και τη γειτονιά μπορεί να αναχαιτιστεί ή να ανασταλεί καθώς μεγαλώνουν. Στις πόλεις, μαθαίνουν ότι είναι επικίνδυνο να τριγυρνούν σε άγνωστους δρόμους. Τα παιδιά της υπαίθρου προειδοποιούνται για τους κινδύνους των πόλεων. Ενώ οι νέοι συχνά αποζητούν καινούργιες εμπειρίες, μπορεί παράλληλα να “σνομπάρουν” κάποιον με διαφορετική προφορά, περίεργα φαγητά, διαφορετικές συνήθειες.

Κι όμως, το ένστικτο να μάθει κανείς για ό,τι δεν είναι οικείο είναι πολύ δυνατό και παίζει κάποιο ρόλο στην αναζήτηση ταυτότητας.

Απ’ την άλλη μεριά, καμιά φορά χρειάζεται να ενθαρρύνουμε τους νέους να είναι λιγότερο συντηρητικοί στη διεύρυνση των ενδιαφερόντων τους. Ευτυχώς το σύστημα ανταλλαγής μαθητών (που προσφέρει ακριβώς αυτή την ευκαιρία) από άλλες χώρες γίνεται όλο και πιο κοινό. Το ίδιο και ανταλλαγές παιδιών με οικογένειες του εξωτερικού, διακοπές σε κάμπινγκ με τους γονείς ή τους φίλους, αν και συχνά τα παιδιά της πόλης στην αρχή αποστρέφονται την εξοχή, γιατί τη βρίσκουν βαρετή. Το ποδήλατο και η μοτοσικλέτα είχαν μια απελευθερωτική και, καμιά φορά, επικίνδυνη επίδραση στους νέους της εποχής μας. Και το αυτοκίνητο, όταν μπορούν να το χρησιμοποιήσουν, τους προσφέρει τις ευκαιρίες να διευρύνουν τα ενδιαφέροντά τους.

Η) Η ηθική ευαισθησία

Ένα απ' τα πιο αξιοπρόσεκτα χαρακτηριστικά της εφηβείας είναι η έντονη ευαισθησία στο τι είναι σωστό και λάθος, δίκαιο και άδικο. Δυστυχώς όμως για πολλούς, ποτέ στη ζωή τους δε θα ξαναβιώσουν αυτή την ευαισθησία, ιδιαίτερα αν δεν τους δοθεί η ευκαιρία να τη μετατρέψουν σε μακροπρόθεσμα ενδιαφέροντα, που μπορούν να εκφραστούν με καθημερινές δραστηριότητες, όπως αυτές που οργανώνουν οι εθελοντικές κοινωνικές υπηρεσίες.

Οι έφηβοι είναι πιο ευαισθητοποιημένοι στις αντιφάσεις που υπάρχουν ανάμεσα στα λεγόμενα και στις πράξεις των ενηλίκων κι αυτό τους οδηγεί στην ετοιμότητα να διαδηλώνουν ενάντια σε διάφορες αδικίες. Αυτή η επιθετικότητα μπορεί να εκνευρίζει τους ενηλίκους, αλλά καλά θα κάνουμε να θυμόμαστε ό,τι συχνά έχουν δίκιο κι ότι θα ήταν ανόητο, σ' αυτόν τον τομέα, να τους φέρεται με συγκατάβαση η προηγούμενη γενιά, αντιμετωπίζοντας τους ίδιους σαν παιδιά ή τις ιδέες τους σαν να έχουν πάρει το στραβό δρόμο. Η γενναιοδωρία του πνεύματος και η ετοιμότητα να διορθώσουν τον κόσμο είναι ανεκτίμητα προτερήματα και η ανάπτυξη ενδιαφερόντων, που βασίζονται σ' αυτές τις τάσεις, έχουν κοινωνική αξία.

Θ) Βρίσκοντας την ισορροπία

Πολλοί νέοι συνειδητοποιούν ότι τα πράγματα που τους απασχολούν, σ' αυτό το στάδιο, είναι συγκεχυμένα και συχνά αντιφατικά. Μπορεί να βλέπουν ότι δύσκολα θα μπορέσουν να ταιριάξουν τα ιδανικά τους με την πραγματικότητα που είναι πιθανό να αντιμετωπίσουν, όταν μεγαλώσουν. Τους ενδιαφέρει πολύ να μπουν στον κόσμο των ενηλίκων και παράλληλα θέλουν να διασκεδάσουν τη ζωή τους. Καταλαβαίνουν και μόνοι τους, όμως, ότι πολλοί ενήλικοι δε χαίρονται τη ζωή. Ζούμε σε μια εποχή που η διασκέδαση εξακολουθεί να θεωρείται, καμιά φορά, ότι πλησιάζει επικίνδυνα την αμαρτία και (ίσως ακόμα χειρότερα) ότι εξασθενεί την ηθική και τη θέληση για παραγωγή.

Τις περισσότερες φορές η ενήλικη ζωή είναι γεμάτη μόχθο. Πολλοί νέοι πιστεύουν ότι οι μεγαλύτεροι τους έχουν ακρωτηριαστεί από την πουριτανική ηθική ή το καπιταλιστικό σύστημα ή τις μικροαστικές αξίες. Μερικοί αισθάνονται την ανάγκη ν' αποκαταστήσουν την ισορροπία κάνοντας συνειδητή προσπάθεια είτε να χαρούν οι ίδιοι περισσότερο τη ζωή τους, ή ν' αναμορφώσουν την κοινωνία. Βέβαια, ο οραματισμός αυτός δεν είναι τόσο εύκολος όσο ακούγεται και μέχρι να ξεπεράσουν

αυτό το στάδιο και να βρουν μια ισορροπία, που τους ταιριάζει, πολλοί νέοι υπερ-αντιδρούν και γίνονται ηδονιστές ή αναρχικοί ή λυσσαλέοι επαναστάτες¹¹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Αυτοκτονία

- Ορισμός
- Επιδημιολογικά στοιχεία
- Είδη αυτοκτονίας
- Γιατί οι έφηβοι σκέφτονται την αυτοκτονία
- Πώς αντιλαμβάνονται οι έφηβοι το θάνατο
- Τι σημαίνει η αυτοκτονία στην εφηβεία
- Προειδοποιητικά σημεία
- Παράγοντες επικινδυνότητας
- Κατάθλιψη και εφηβεία

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

WILLIAM STYRON

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Ορισμός

Η αυτοκτονία είναι ένα περίπλοκο φαινόμενο. Υπάρχουν τόσοι λόγοι για τις απόπειρες αυτοκτονίας, όσοι είναι αυτοί που τις επιχειρούν, γι' αυτό χρειάζεται ολική θεώρηση του προβλήματος¹³.

Ως μεμονωμένη πράξη, η αυτοκτονία φαίνεται να είναι το τελευταίο μήνυμα – δραματικό μήνυμα – ενός ατόμου προς τους άλλους και προς τη ζωή⁷. Από μια άλλη άποψη, η αυτοκτονία είναι μόνο μία από ένα εύρος συμπεριφορών που άμεσα ή έμμεσα καταλήγουν στον τερματισμό της ζωής. Ουσιαστικά, είναι αποτέλεσμα μιας διαπροσωπικής ή ενδοπροσωπικής κρίσης, με συναισθήματα αμφιθυμίας, θυμού, μοναξιάς και απόγνωσης. Είναι είτε μια αντίδραση προς απορριπτική συμπεριφορά των άλλων, είτε μια υπαρξιακή εσωτερική σύγκρουση, είτε αποτυχία όλων των προσαρμοστικών μηχανισμών που διαθέτει το άτομο¹³.

2.2 Επιδημιολογικά στοιχεία

Η αυτοκτονία των εφήβων αποτελεί σήμερα ένα σοβαρότατο κοινωνικό πρόβλημα. Έρευνες σε παγκόσμιο επίπεδο απέδειξαν ότι η άνοδος του δείκτη των εφηβικών και παιδικών αυτοκτονιών σε μια χώρα είναι ανάλογη με το ρυθμό ανάπτυξής της. Πάντως, οι στατιστικές σχετικά με τις αυτοκτονίες δε λένε την αλήθεια, γιατί πολλοί γονείς, για κοινωνικούς λόγους, τις δηλώνουν ως ατυχήματα. Ιδιαίτερα από το 1970 κι έπειτα, το ποσοστό των αυτοκτονιών των νέων ηλικίας 16-25 ετών είναι μεγαλύτερο σε σύγκριση με το παρελθόν¹⁴. Μερικοί υπολογίζουν το ποσοστό αυτό στο 7-8% του συνόλου των εφήβων, ποσοστό που έχει τριπλασιαστεί τα τελευταία 30 χρόνια.⁵

Αλλά το ποσοστό 7-8% είναι οπωσδήποτε σημαντικό για τους εφήβους σήμερα και αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου τους, ύστερα από τα τροχαία ατυχήματα στη χώρα μας (και στις Η.Π.Α., στις ηλικίες 14-20 ετών και κυρίως στους φοιτητές των κολεγίων), ενώ οι θάνατοι από αυτοκτονία σε ηλικίες έως και 15 ετών κατέχουν τη

δέκατη θέση. Η κρίσιμη ηλικία, κατά την οποία παρατηρούνται σήμερα κρούσματα αυτοκτονίας των εφήβων στη χώρα μας, είναι η περίοδος 12-15 ετών^{5,14}.

Σε μια έρευνα που έγινε στο Παιδοψυχιατρικό Τμήμα του Ιπποκράτειου Γ.Π.Ν. Θεσσαλονίκης το διάστημα 1994-1997, μελετήθηκαν, κατά τη νοσηλεία τους, 60 απόπειρες αυτοκτονίας.

Πίνακας 1: Ηλικία και φύλο

	12 χρ.	13 χρ.	14 χρ.	15 χρ.	16 χρ.	17 χρ.
Αγόρια	1	0	0	0	0	2
Κορίτσια	6	9	10	9	15	8
Σύνολο	7	9	10	9	15	10

Πίνακας 2: Αριθμός χαπιών

<5	5-10	10-20	>20	Άγνωστος αριθμός	Δηλητήρια – Απορρυπαντικά
9	15	17	12	4	3

Πίνακας 3: Επικινδυνότητα, όπως εκτιμήθηκε ανάλογα με το είδος και την ποιότητα

Σημαντική επικινδυνότητα για τη ζωή ή σοβαρή βλάβη	
Αντιμετωπίσιμη βλάβη χωρίς επικινδυνότητα για τη ζωή	21
Καμιά επικινδυνότητα	24

Πίνακας 4: Οικογένεια

Τυπική οικογένεια	Οικογένεια από 2ο γάμο μητέρας	Μόνο με μητέρα (μοιχεία – διαζύγιο)	Άλλο σχήμα
45	2	11	2

Πίνακας 5: Διάγνωση κατά D.S.M. IV

<u>Ψυχωσικό επεισόδιο</u>	3
Μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο	5
Καταθλιπτικά συμπτώματα (που δε συνιστούν διαταραχή)	12
Πρόβλημα σχέσεων ή δεν τεκμηριώνεται διάγνωση	40

Συζήτηση

Οι έφηβοι όλων των ηλικιών κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας. Στη συντριπτική τους πλειονότητα είναι κορίτσια (γι' αυτό και στο εξής θα αναφέρονται σε θηλυκό γένος). Δε χρησιμοποιούν βίαιες μεθόδους, αλλά φάρμακα, συνήθως κοινά παυσίπονα ή φάρμακα που βρίσκουν διαθέσιμα στο σπίτι. Σε κάποιες περιπτώσεις η απόπειρα είναι απειλητική για τη ζωή ή επικίνδυνη για σοβαρές βλάβες, ενώ κάποια από τα φάρμακα που χρησιμοποιούν δε συνεπάγονται κανέναν κίνδυνο. Στο 1/3 των περιπτώσεων εντοπίστηκαν συμπτώματα ψυχοπαθολογίας, αλλά σε λιγότερες από το 1/7 τα συμπτώματα ήταν τόσα και τέτοια που να τεκμηριώνουν ψυχιατρική διάγνωση. Η τυπική ύπαρξη οικογένειας δε φαίνεται να αποτελεί παράγοντα προφύλαξης, δεδομένου ότι οι περισσότερες έφηβες κατοικούσαν με τις οικογένειές τους.

Η προσπάθεια να συνδυάσουμε τη βαρύτητα της ψυχοπαθολογίας με την επικινδυνότητα της απόπειρας δεν απέδωσε. Παρατηρήσαμε ότι πολύ επικίνδυνες απόπειρες δε συνοδεύονταν από σημαντική ψυχοπαθολογία και το αντίστροφο (σοβαρή ψυχοπαθολογία δεν οδήγησε πάντα σε απόπειρες σημαντικής επικινδυνότητας).

Το είδος και η ποσότητα του φαρμάκου που χρησιμοποιήθηκε φαίνεται να συνδέεται κάποιες φορές με την υποκειμενική αντίληψη της έφηβης και όχι με την

πραγματική φαρμακολογική του δράση. Σε ελάχιστες περιπτώσεις είχαν συμβουλευτεί το έντυπο που εσωκλείεται στη συσκευασία. Έτσι, για παράδειγμα, η ασπιρίνη θεωρείται ακίνδυνη, επομένως πρέπει (ή μπορεί) να χρησιμοποιηθεί σε μεγάλες ποσότητες, ενώ τα ψυχοφάρμακα θεωρούνται επικίνδυνα ακόμα και σε μικρές ποσότητες. Κάποιες επίσης θεωρούν ακίνδυνα τα φάρμακα της γιαγιάς, ακόμα και αν πρόκειται για διουρητικά, αντι-υπερτασικά ή καρδιοτονωτικά.

Οι αφορμές για την απόπειρα, τις περισσότερες φορές, είναι συνηθισμένες δύσκολες καταστάσεις της καθημερινής ζωής των εφήβων, όπως είναι η άρνηση των γονέων για νυχτερινή έξοδο, αποτυχία στο σχολείο, καυγάδες με συνομηλίκους ή με ερωτικό σύντροφο¹⁵.

Σε κάποια άλλη έρευνα που έγινε στο Κοργιαλένιο – Μπενάκιο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών του ΕΕΣ κατά τη χρονική περίοδο 1984-1990, μελετήθηκαν 2000 παθόντες από απόπειρες αυτοκτονίας με φάρμακα.

Πίνακας 1: Κατανομή ασθενών κατά ηλικία και φύλο

Ηλικία ανά 10ετία	Αριθμός ασθενών	Ποσοστό %	Θήλεις	Αρρένες
15-20	491	24,55	377	114
21-30	704	35,20	502	202
31-40	363	18,15	258	105
41-50	215	10,75	157	58
51-60	103	5,15	72	31
61-70	63	3,15	40	23
>70	61	3,05	39	22
Σύνολο	2000	100	1445	555

Από τις 2000 περιπτώσεις, το 72,2% (1445 σε σύνολο 2000) ήταν γυναίκες και μόνο το 27,8% (555 σε σύνολο 2000) ήταν άνδρες.

Πίνακας 2: Είδος φαρμάκου και ποσοστιαία % αναλογία ασθενών που τα χρησιμοποίησαν για απόπειρα επί συνόλου 2000 αποπειρών

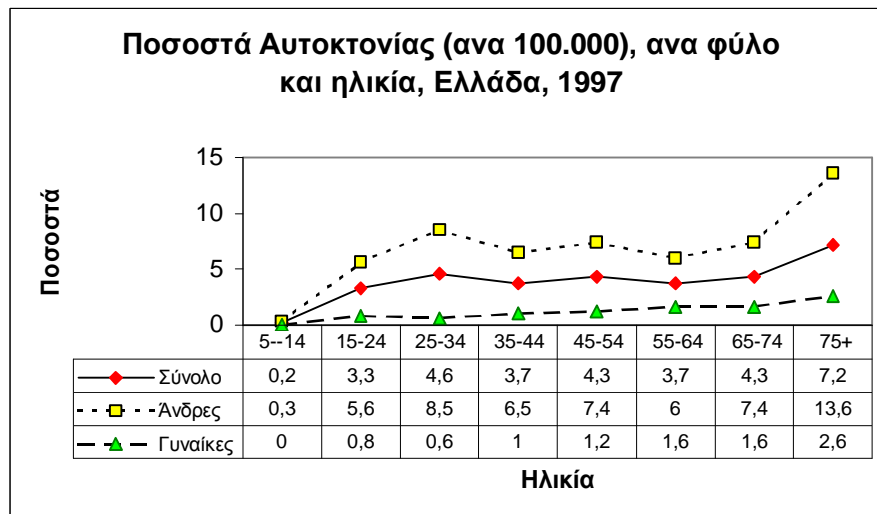
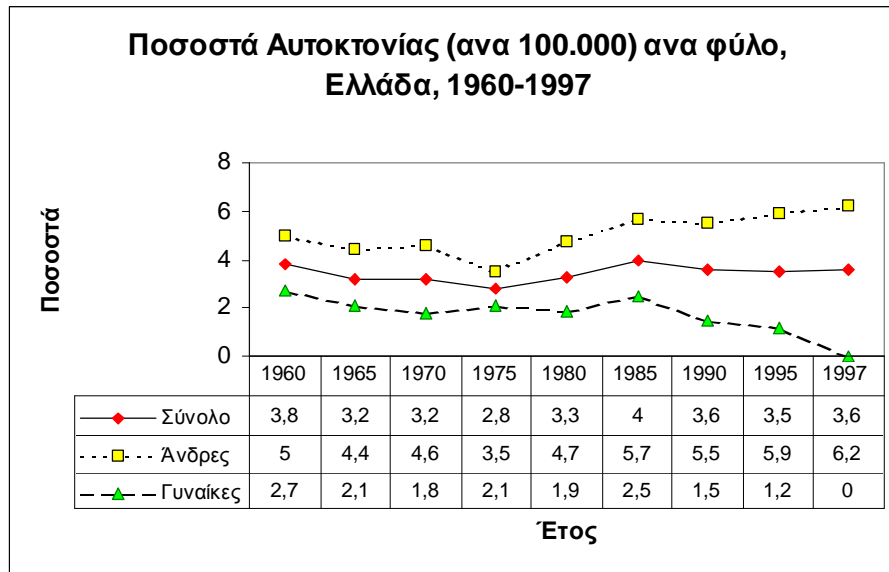
Είδος φαρμάκου	Αριθμός ασθενών	Ποσοστό %
I. Φάρμακα που δρούν στο ΚΝΣ		
1. Αγχολυτικά – ελάσσονα ηρεμιστικά – βενζοδιαζεπίνες	480	24,00
2. Υπνωτικά	185	9,25
3. Αντιψυχωσικά ή νευροληπτικά ή μείζονα ηρεμιστικά	165	8,25
4. Αντικαταθλιπτικά	140	7,00
5. Αντιεπιληπτικά	35	1,75
6. Αντιπαρκινσονικά	5	0,25
7. Συνδυασμός των ανωτέρω φαρμάκων	100	5,00
II. Αναλγητικά – Αντιπυρετικά	310	15,50
III. Σπασμολυτικά	96	4,80
IV. Αντιβιοτικά	68	3,40
V. Αντι-υπερτασικά	37	1,85
VI. Διάφορα άλλα	204	10,20
VII. Αγνώστα	175	8,75
Σύνολο	2000	100

Παρατηρούμε ότι ένα ποσοστό 55,5% έλαβαν φάρμακα αγχολυτικά – μείζονα ηρεμιστικά του ΚΝΣ. Ενώ με συνδυασμό φαρμάκων και οιοπνευματωδών έλαβαν 4,1% επί του συνόλου των περιστατικών.

Πίνακας 3: Συχνότητα φαρμακευτικών δηλητηριάσεων για απόπειρα σε σχέση με τους μήνες.

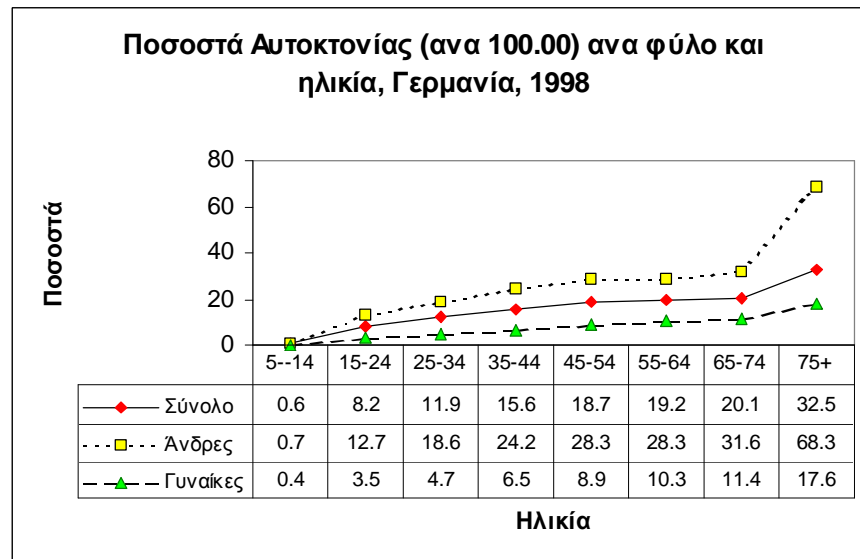
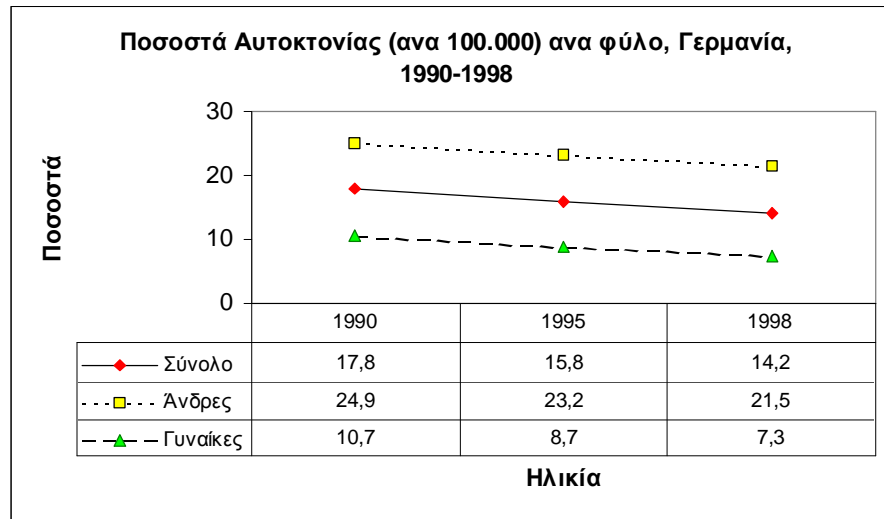
Μήνες	Αριθμός ασθενών
Ιανουάριος	150
Φεβρουάριος	160
Μάρτιος	168
Απρίλιος	228
Μάιος	241
Ιούνιος	207
Ιούλιος	155
Αύγουστος	158
Σεπτέμβριος	144
Οκτώβριος	138
Νοέμβριος	127
Δεκέμβριος	124
Σύνολο	2000

Παρατηρούμε ότι κατά τους εαρινούς μήνες Απρίλιο, Μάιο και Ιούνιο υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στη συχνότητα των φαρμακευτικών δηλητηριάσεων¹⁶.



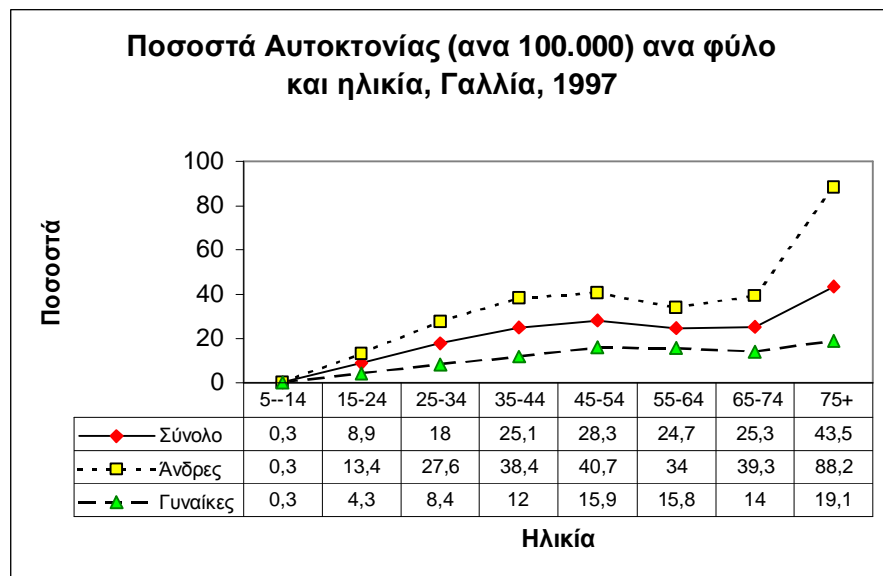
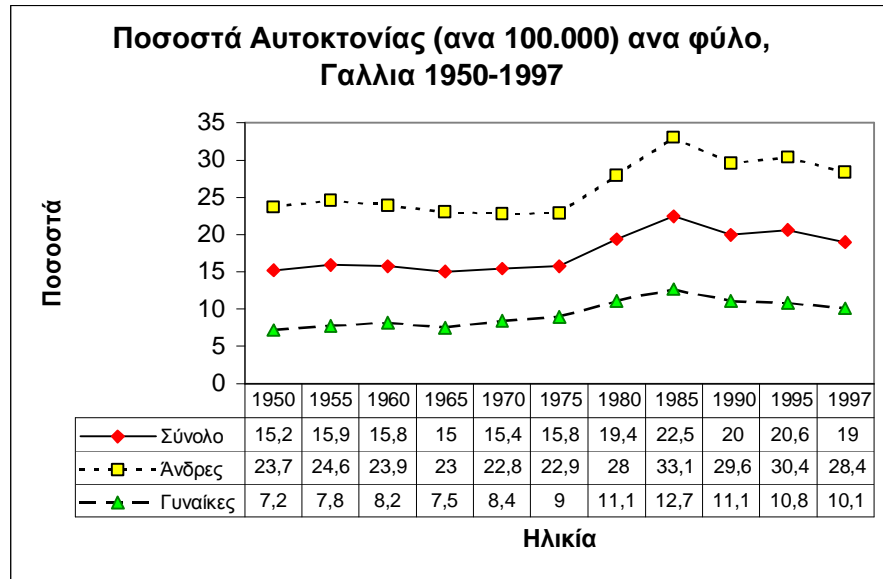
Αριθμός αυτοκτονιών ανά ηλικία και φύλο, ΕΛΛΑΔΑ, 1997¹⁷

Ηλικία	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 +	Σύνολο
Ανδρες	2	44	68	47	48	36	36	38	319
Γυναίκες	0	6	5	7	8	10	9	10	55
Σύνολο	2	50	73	54	56	46	45	48	374



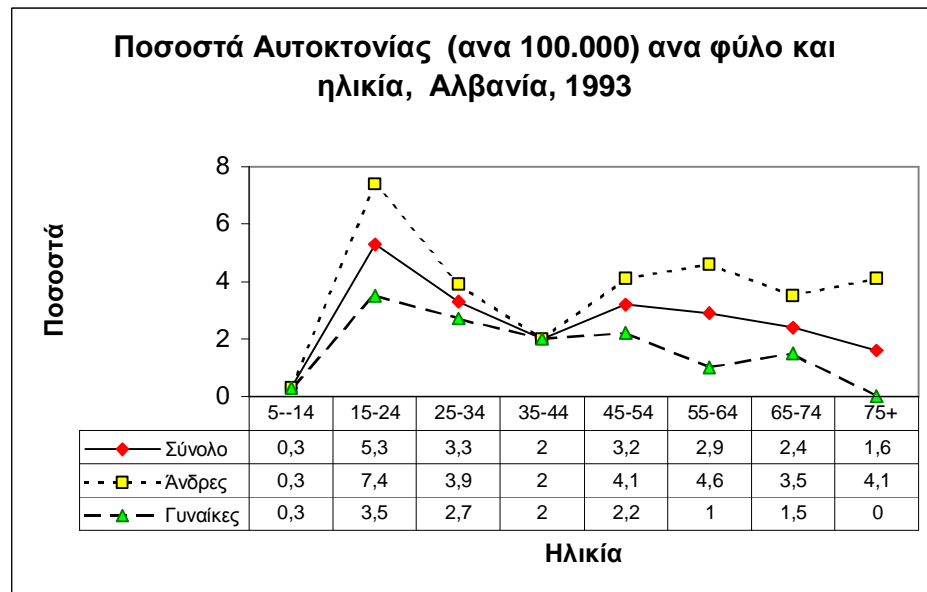
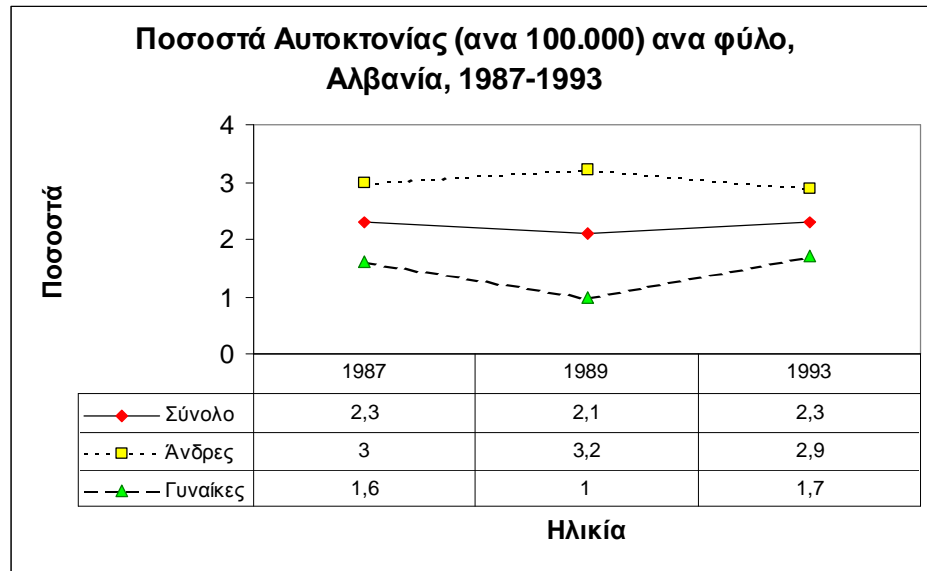
Αριθμός αυτοκτονιών ανά ηλικία και φύλο, ΓΕΡΜΑΝΙΑ, 1998¹⁷

Ηλικία	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 +	Σύνολο
Άνδρες	34	589	1250	1598	1441	1533	1008	1126	8579
Γυναίκες	16	155	297	408	446	569	478	700	3069
Σύνολο	50	744	1547	2006	1887	2102	1486	1826	11648



Αριθμός αυτοκτονιών ανά ηλικία και φύλο, ΓΑΛΛΙΑ, 1997¹⁷

Ηλικία	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 +	Σύνολο
Άνδρες	12	534	1206	1634	1590	911	919	1293	8099
Γυναίκες	11	167	362	519	618	446	404	513	3040
Σύνολο	23	701	1568	2153	2208	1357	1323	1806	11139



Αριθμός αυτοκτονιών ανά ηλικία και φύλο, ΑΛΒΑΝΙΑ, 1993¹⁷

<i>Ηλικία</i>	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 +	<i>Σύνολο</i>
Άνδρες	1	18	9	4	6	5	2	1	46
Γυναίκες	1	10	7	4	3	1	1	0	27
Σύνολο	2	28	16	8	9	6	3	1	73

Μερικές αλήθειες που πρέπει να γνωρίζουμε για την αυτοκτονία

- α Η αυτοκτονία είναι η 3^η κατά σειρά αιτία θανάτου ανθρώπων ηλικίας 15-24.
- α Οι άνδρες διαπράττουν αυτοκτονία 4 φορές περισσότερο από τις γυναίκες.
- α Οι γυναίκες κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας 4 φορές περισσότερο από τους άνδρες.
- α Οι άνδρες χρησιμοποιούν περισσότερο βίαιες μεθόδους αυτοκτονίας, όπως η χρήση όπλου.
- α Οι γυναίκες συνήθως τείνουν να χρησιμοποιούν μεθόδους όπως η υπερδοσολογία φαρμάκων ή τη φλεβοτομή.
- α Από τους 500.000 έφηβους που προσπαθούν κάθε χρόνο να αυτοκτονήσουν, οι 500 το επιτυγχάνουν.
- α Η αυτοκτονία σκοτώνει τη νεολαία 3 με 6 φορές περισσότερο απ' ότι η δολοφονία
- α Τα θύματα προσπαθούν να δώσουν τέλος όχι στη ζωή τους, αλλά στον πόνο τους.^{18,5}

2.3 Είδη αυτοκτονίας

Ο *Durkheim*, μελετώντας δημογραφικά στοιχεία μερικών Ευρωπαϊκών χωρών και τις προσιτές, για τον καιρό του, ανθρωπολογικές και ιστορικές ενδείξεις, έφτασε στο συμπέρασμα ότι κάθε κοινωνία έχει μια “επιλεγμένη τάση προς την αυτοκτονία, ένα είδος αυτο-ανθρωποκτονίας” η οποία είναι αρκετά σταθερή και συνεχής για κάθε κοινωνία, με τη βασική όμως προϋπόθεση ότι ορισμένες θεμελιώδεις κοινωνικές παράμετροι και καταστάσεις παραμένουν αναλλοίωτες^{19,16}.

Συγκρίνοντας το “φαινόμενο αυτοκτονία” σε διάφορες σταθερές κοινωνίες, ο Durkheim υποστήριξε ότι “η αυτοκτονία κυμαίνεται και έχει αντίστροφη σχέση με το βαθμό και το επίπεδο συγκρότησης της κοινωνικής ομάδας, της οποίας το άτομο αποτελεί ένα μέρος”^{20,17}.

Το “δυναμικό” αυτοκαταστροφής μιας κοινωνίας δεν επηρεάζεται από τις κλιματολογικές συνθήκες, τη γεωγραφία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την ύπαρξη αφθονίας και οικονομικών ανέσεων ή στερήσεων, ούτε καν από τις θρησκευτικές δοξασίες^{16,19}. Ο μόνος παράγοντας που καθορίζει σημαντικά το βαθμό αυτοκαταστροφής σε μια κοινωνία είναι η συνεκτικότητα της κοινωνικής ομάδας, η συνοχή και ο δεσμός των ατόμων, η αλληλεγγύη και το από κοινού αίσθημα του “ανήκειν” σε μια σταθερή κοινωνία. Όταν η κοινωνία είναι καλά συγκροτημένη και ισχυρά συνεκτική, κρατά το άτομο κάτω από έλεγχο, του επιβάλλει να την υπηρετεί και επομένως του απαγορεύει να διαθέτει όπως επιθυμεί τον εαυτό του²⁰.

Ο Durkheim περιέγραψε δύο βασικές κατηγορίες:

A. Εγωιστική αυτοκτονία:

Παρατηρείται έκδηλα στις περιπτώσεις που το άτομο δεν έχει καλά αφομοιωθεί μέσα στην κοινωνική ομάδα, δεν αισθάνεται ότι έχει θέση στην κοινωνία ή αισθάνεται σαν χαμένο. Προσωπικοί στόχοι, σκοποί και πιστεύω, παίρνουν προτεραιότητα πάνω από τις συνήθειες της ομάδας και από τις υποχρεώσεις του ατόμου απέναντι στην κοινωνία. Ο φόβος της τιμωρίας για την απόκλιση από τις κοινωνικές σταθερές είναι σχετικά μικρός και γενικά οι ατομικές ηθικές αξίες υπερσχύουν των κοινωνικών.

Ο *Durkheim* κατάφερε να κατανοήσει και να προσδιορίσει την εγωιστική αυτοκτονία, μελετώντας τις διαφορές μεταξύ των προτεσταντών με υψηλό δείκτη αυτοκτονιών και των καθολικών με χαμηλό αντίστοιχα δείκτη. Και στις δυο εκκλησίες η αυτοκτονία απαγορεύεται αυστηρά και καταδικάζεται σαν ιερόσυλη πράξη. Όπως τόνισε, προτεστάντες και καθολικοί ζούσαν κάτω από τις ίδιες κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες. Η μόνη βασική διαφορά, ήταν ότι στην προτεσταντική εκκλησία τα άτομα ήταν ελεύθερα να ρωτούν, να διαπορούνται και να ερευνούν, σε αντίθεση με την καθολική εκκλησία, όπου τα άτομα ήταν υποχρεωμένα να πιστεύουν χωρίς να ερευνούν¹⁹. “Κάθε απόκλιση είναι απεχθής στην καθολική σκέψη. Ο προτεστάντης όμως είναι ουσιαστικά ο συγγραφέας του δόγματός του. Του δίνεται η Βίβλος, αλλά δεν του επιβάλλεται καμιά ερμηνεία. Αυτή η ίδια η δομή της προτεσταντικής μεταρρύθμισης υπογραμμίζει το θρησκευτικό ατομικισμό.”²⁰

Σύμφωνα με τον *Durkheim*, εκτός από τη θρησκεία, η συνεκτικότητα και ομοιογένεια της οικογένειας και της κοινωνικο-πολιτικής ομάδας προστατεύει το ίδιο καλά το άτομο από την αυτοκτονία. Σε όλες τις κοινωνίες και σε όλους τους καιρούς, οι έγγαμοι έχουν χαμηλότερο δείκτη αυτοκτονιών από τους άγαμους, διαζευγμένους ή σε χηρεία. Επιπλέον, σε περιόδους κοινωνικών αναστατώσεων, οικονομικών κρίσεων και μεγάλων πληθυσμιακών μετακινήσεων ή εξαρθρώσεων, υπάρχει πάντα μια αύξηση του δείκτη αυτοκτονιών. Αυτό καταδεικνύεται, εντελώς δραματικά, στην αιφνίδια και σημαντική αύξηση του δείκτη αυτοκτονιών στην επαρχία του Κεμπέκ. Έτσι, το 1950, δείκτης του Κεμπέκ ήταν 3,7 σε σχέση με τον εθνικό δείκτη του Καναδά που ήταν 7,8 στις 100.000 πληθυσμό. Το 1978 στο Κεμπέκ τετραπλασιάστηκε ο δείκτης, ενώ ο αντίστοιχος για όλο τον Καναδά μόλις διπλασιάστηκε (16,0 και 14,8 αντίστοιχα). Ας σημειωθεί ότι η γενική και οικονομική κατάσταση είχε παραμείνει σχετικά σταθερή σε όλο τον Καναδά για τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Τι συνέβη στο Κεμπέκ; Το 1960 ξέσπασε μια κοινωνική αναταραχή, φέρνοντας μαζί της μια μακριά αλυσίδα αλλαγών στο κοινωνικό, θρησκευτικό και οικογενειακό κλίμα της επαρχίας. Από κοινωνία με ισχυρά στηρίγματα και με στενό έλεγχο του ατόμου από την εκκλησία, την οικογένεια και γενικότερα την κοινότητα, το Κεμπέκ έγινε, μέσα σε ένα μικρό χρονικό διάστημα, μια κοινωνία που έψαχνε για μια καινούργια ταυτότητα. Στον ελάχιστο χρόνο των δυο δεκαετιών, όλες οι παραδόσεις, δημοτικές, οικογενειακές, θρησκευτικές και ψυχολογικές τέθηκαν υπό αμφισβήτηση, απορρίφθηκαν ή πιεστικά υποχρεώθηκαν να αλλάξουν.^{21,22,19}

Όλες οι υπάρχουσες αξίες έγιναν ύποπτες και, σε πολλές περιπτώσεις, γρήγορα ανατράπηκαν. Τελικά, αυτή η ιδέα καθιέρωσης αξιών αμφισβητήθηκε και έγινε ύποπτη. Το τίμημα που πλήρωσε η οικογένεια ήταν μια τρομακτική αύξηση των διαζυγίων. Το τίμημα για το άτομο ήταν η αύξηση των αυτοκτονιών¹⁹.

B. Η αλτροϋστική αυτοκτονία:

Είναι ο δεύτερος τρόπος που περιέγραψε ο *Durkheim*. Απαντάται κυρίως στις κοινωνίες όπου η ομάδα εξασκεί άκαμπτο έλεγχο στο άτομο, κυρίως μέσα από τα ήθη και έθιμα και επιβάλλει τη θέλησή της, επιτάσσοντας τα άτομα να αυτοκαταστραφούν για θρησκευτικούς ή οικονομικούς λόγους.

Στην ιστορία υπάρχουν άφθονα παραδείγματα πολεμιστών, που αυτοκτόνησαν όταν πέρασαν τη μάχιμη ηλικία, για να αποφύγουν την ατίμωση του να πεθάνουν γέροι. Στους Εσκιμώους, οι γέροι, σύμφωνα με τα έθιμα τους, φεύγουν από την ομάδα μετά από μια συγκεκριμένη, δοσμένη ηλικία και πεθαίνουν από αυτοεγκατάλειψη, για να αποφύγουν να γίνουν βάρος στις νομαδικές οικογένειές τους. Στη θρησκεία των Ινδών, οι γυναίκες ακολουθούν τους συζύγους τους που πέθαναν, αυτοκτονώντας. Στην Ιαπωνία, ο θάνατος με *seppuku* θεωρείται τιμή.

Ο Durkheim αφιέρωσε χρόνο στην παρουσίαση της κοινωνιολογικής άποψης κάπως λεπτομερειακά, αν και σαν γιατρός εστιάζεται σχεδόν πάντα στο άτομο, επειδή είναι αρκετά ενδιαφέρουσες οι κοινωνικές δυνάμεις που δρουν επάνω στο άτομο και κατά κάποιο τρόπο επηρεάζουν και σε κάποιο βαθμό προσδιορίζουν την πορεία της ζωής του^{19,21,22}.

2.3.1 Διάκριση μεταξύ “αληθινής” και “ψεύτικης” αυτοκτονίας

Συγκρίσεις ανάμεσα σε εφήβους που έχουν αποπειραθεί και αυτόχειρες είναι δύσκολες, λόγω της έλλειψης λεπτομερών επιδημιολογικών στοιχείων στις εφηβικές απόπειρες αυτοκτονίας²³.

Τελικά όμως δυο ανταγωνιστικές αντιλήψεις βρίσκονται σε αντιπαράθεση: σύμφωνα με την πρώτη, οι τάσεις αυτοκτονίας ταξινομούνται σε διάφορες κατηγορίες, οι οποίες διαφοροποιούνται ποιοτικά μεταξύ τους. Η δεύτερη

προϋποθέτει την ομοιογένειά τους. Αρχικά, οι τάσεις αυτοκτονίας και η αυτοκτονία θεωρήθηκαν ως δυο διαφορετικές ταυτότητες, οι οποίες ενδέχεται να επικαλύπτονται. Η αξία αυτής της διάκρισης μετριάζεται από δύο διαπιστώσεις: αφ' ενός, η θνησιμότητα σχετίζεται ασθενώς με το βαθμό της αυτοχειρικής πρόθεσης. Στις απόπειρες με λήψη φαρμάκων, η ασυμφωνία αυτή συνδέεται, βασικά, με την ελλιπή γνώση των φαρμακολογικών αποτελεσμάτων, των οποίων υποτιμάται ή, αντίθετα, υπερεκτιμάται η παθογόνος δράση. Από την άλλη, οι τρόποι σκέψης των ατόμων που έχουν πεθάνει κατά την αυτοκτονία και αυτών που έχουν διασωθεί, μπορούν να συγκριθούν μεταξύ τους. Ο *Morou*, το 1975, συμπεραίνει ότι “η διάκριση μεταξύ θανάτων από αυτοκτονία και «αποτυχημένης» απόπειρας είναι ιδιαίτερα τεχνητή, γι' αυτή την ηλικία”.

Επιπλέον, θέλησαν να διακρίνουν, μεταξύ των αποπειρών αυτοκτονίας, τις αυθεντικές πράξεις παρααυτοκτονίας ή ψευδοαυτοκτονίας, οι οποίες αποτελούν απομίμηση ή προσποίηση μιας πραγματικής απόπειρας αυτοκτονίας. Η αντίθεση αυτή μπορεί να βασιστεί στην εκτίμηση της επιθυμίας του ατόμου να πεθάνει. Η πραγματική απόπειρα αυτοκτονίας θα αντιστοιχούσε σε μεγάλο βαθμό επιθυμίας και η παρααυτοκτονία ως μέσο πίεσης στο περιβάλλον, σε χαμηλότερο βαθμό. Η ταξινόμηση αυτή προσκρούει στις δυσκολίες εκτίμησης της επιθυμίας θανάτου.

Αρχικά, μπορούμε να εκτιμήσουμε την πρόθεση του ατόμου να πεθάνει από τις έμμεσες ενδείξεις, που παρέρχονται από τις συνθήκες πραγματοποίησεως της απόπειρας. Δυο στοιχεία πρέπει να ληφθούν υπόψη: το ένα είναι το επαναστρέψιμο της μεθόδου αυτοκαταστροφής και το άλλο είναι η δυνατότητα σωτήριας επέμβασης. Αλλά η πράξη αυτοκτονίας πραγματοποιείται συχνά σε μια κατάσταση χαοτικής συνείδησης, η οποία δεν επιτρέπει στον έφηβο να εκτιμήσει με διαύγεια τη δυνατότητα βοήθειας.

Με λίγα λόγια, η έννοια της πρόθεσης του ατόμου να πεθάνει δεν καλύπτει πλήρως το πρόβλημα της αυτοκτονίας, εξαιτίας κυρίως των αποκλειστικών αναφορών της στη συνείδηση. Επομένως, η δικαιολογία της διάκρισης μεταξύ πραγματικής αυτοκτονίας και παρααυτοκτονίας πρέπει να αναζητηθεί σε μια άλλη κατεύθυνση. Πραγματικά, η έννοια της παρααυτοκτονίας προσπάθησε να στηριχθεί στην ύπαρξη προσποίησης, ανεξάρτητα από το αν ο απλός παρατηρητής υποθέτει την προσποίηση βλέποντας ένα εμφανές κίνητρο, ή από το εάν το ίδιο το υποκείμενο τη διεκδικεί, στην ουσία δεν εγκαταλείπουμε το πεδίο της διανοητικής νοσηρότητας. Σ' όλες τις περιπτώσεις η προσποιητή απόπειρα αυτοκτονίας είναι ένας βαθιά

παθολογικός μηχανισμός προσαρμογής. Πρέπει να τονιστεί ότι “κάθε προσποίηση είναι μια απόπειρα υπεκφυγής από τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος, μια λιγότερο ή περισσότερο άμεση ανταρσία”.

Η ίδια η ομολογία της προσποίησης, δηλαδή της προμελετημένης πρόθεσης απομίμησης της αυτοκτονίας, δεν μπορεί να αποτελέσει την απόδειξη ότι δεν υπάρχει ψυχική αλλοτρίωση. Αντίθετα έχει την έννοια της προσφυγής στο φυσιολογικό, η οποία εντάσσεται σ’ ένα σύστημα άμυνας.

Η αναγνώριση μιας επιθυμίας εξαπάτησης δε μας επιτρέπει να απορρίψουμε την ύπαρξη ασυνείδητων αιτίων, τα οποία εκφράζονται εν αγνοία του υποκειμένου, μέσα από την πράξη αυτοκτονίας. Η συνειδητή γνώση του ότι ασκεί πίεση στο περιβάλλον δεν αρκεί για να δηλώσει ότι ο έφηβος αναλαμβάνει ολοκληρωτικά την κυριότητα της πράξης του. Είναι ευνόητο ότι ορισμένοι έφηβοι χρησιμοποιούν την αυτοκτονία ως μέσο πίεσεως του περιβάλλοντός τους. Η απόλυτα συνειδητή προσφυγή σ’ αυτό το τέχνασμα, οδηγεί το άτομο να κρύψει από τον ίδιο του τον εαυτό την πρωταρχική αιτιολογία, η οποία το ωθεί στην επιλογή αυτής της λύσης, όταν βρίσκεται σε δυσκολία προσαρμογής.

Η έννοια, λοιπόν, της παρααυτοκτονίας εμφανίζεται επικίνδυνη, εξαιτίας της υποτίμησης και της απόρριψης που συνεπάγεται. Βέβαια, κάθε απόπειρα αυτοκτονίας δεν έχει το ίδιο νόημα, αλλά τα κλινικά επιχειρήματα, τα οποία έχει στη διάθεσή του κανείς, φαίνονται πολύ τυχαία για να στηρίξουν τη διάκριση μεταξύ πραγματικής και ψεύτικης αυτοκτονίας. Σ’ αυτή την ηλικία, οι έννοιες της “πραγματικής” και της “ψεύτικης” αυτοκτονίας φαίνονται πολύ “ακαδημαϊκές”. Η φρόνηση απαιτεί να δίνουμε την ίδια προσοχή σε κάθε απόπειρα αυτοκτονίας, ανεξάρτητα από την επιφανειακή της εμφάνιση²⁴.

2.4 Γιατί οι έφηβοι σκέφτονται την αυτοκτονία

Στην εφηβεία, το άτομο, κυρίως για τους ακόλουθους λόγους, βάζει στο νου του ιδέες για την αυτοκτονία:

--Η ίδια η εφηβεία είναι μια διαδοχή από “πένθη”. Πένθος για την απομυθοποίηση των γονιών, απομάκρυνση από την ασφάλεια του οικογενειακού

περιβάλλοντος, απώλεια της παιδικότητας. Το πένθος αυτό συνοδεύεται από μια κατάθλιψη που ενυπάρχει στη διαδικασία ανάπτυξης της ίδιας της εφηβείας. Όλοι οι έφηβοι παρουσιάζουν τα χαρακτηριστικά της. Γιατί λοιπόν δεν αυτοκτονούν όλοι; Διότι αυτό που χαρακτηρίζει τους εφήβους είναι η ασυνήθιστη ευκολία αλλαγής επιθυμιών, προβληματισμών. Μόνο όταν ο έφηβος χάσει αυτή τη θυμική κινητικότητα κλείνεται σε ένα επαναλαμβανόμενο σύστημα, παγιδεύεται σ' αυτό μέχρις ότου χάσει την ικανότητα προσαρμογής, με αποτέλεσμα να οδηγηθεί στον κίνδυνο της αυτοκτονίας.

- Εξαιτίας σωματικών αλλαγών που τον μετατρέπουν σε ενήλικα, ο έφηβος μπορεί να δοκιμάσει μίσος για αυτή τη νέα εικόνα και να νιώσει καταδιωγμένος απ' αυτήν. Στην περίπτωση αυτή, η αυτοκτονία δε σημαίνει απαραίτητα την επιθυμία της πλήρους αυτοκαταστροφής, αλλά μιας απόπειρας να καταστρέψει τα τμήματα εκείνα του εαυτού του που αρνείται.
- Το σώμα του ενήλικα αντιπροσωπεύει ακόμα γι' αυτόν κάτι που προέρχεται από τους γονείς του. Μερικές φορές η επίθεση σ' αυτό το σώμα σημαίνει μια κατευθυνόμενη οργή εναντίον του ενός από τους δυο και αποσκοπεί στην τιμωρία του.
- Για τον έφηβο, η ιδέα της θνησιμότητας του ανθρώπινου είδους είναι απαράδεκτη. Το παίξιμο με τη ζωή, η δυνατότητα επιλογής του θανάτου αντί γι' αυτήν, είναι ένα μέσο διατήρησης της χίμαιρας της παντοδυναμίας. Όλοι οι έφηβοι έχουν, λίγο ή πολύ, “παίξει” με την ιδέα του θανάτου, έχοντας διαβάσει ή συζητήσει γι' αυτόν.

Το να έχει λοιπόν ιδέες αυτοκτονίας ένας έφηβος είναι κάτι φυσικό. Η παθολογία ξεκινά στο σημείο όπου ο έφηβος επιθυμεί να τελειώσει πραγματικά τη ζωή του. Η οριακή γραμμή ανάμεσα στις δυο περιπτώσεις είναι εύθραυστη²⁵.

2.5 Πώς αντιλαμβάνονται οι έφηβοι το θάνατο

Οι έφηβοι έχουν μερικές φορές φαντασιώσεις σχετικά με το θάνατό τους, διότι θέλουν να δώσουν ένα τέλος σε όλα αυτά που τους βαραίνουν· ταυτόχρονα όμως θέλουν να επιζήσουν και να είναι παρόντες στη δική τους κηδεία, ώστε να μπορούν να απολαύσουν τη στεναχώρια και την ενοχή των γονέων και φίλων που τα έχουν χαμένα. Αυτές οι φαντασιώσεις δείχνουν ότι μερικοί έφηβοι δε μπορούν να εκτιμήσουν σωστά την “οριστικότητα” του θανάτου, ή τουλάχιστον όχι κατά τη διάρκεια μιας καταθλιπτικής ή υστερικής κατάστασης και επίσης όχι στο χρόνο που σχεδιάζεται η θεατρική κίνηση μιας απόπειρας αυτοκτονίας (και συχνά είναι κάτι περισσότερο από μια “κίνηση”). Αν και είναι μια κοινότυπη άποψη, είναι φανερό ότι η αυτοκτονία είναι συχνά μια κραυγή για βοήθεια⁷.

Ορισμένοι επιστήμονες επεδίωξαν 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 μιας 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. Η αντίληψη του θανάτου εμφανίζεται και αναπτύσσεται κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, αλλά μόνο στην εφηβεία ο θάνατος παρομοιάζεται με μια τέλεια και αθεράπευτη διακοπή όλων των εκδηλώσεων του ατόμου. Η ιδέα του θανάτου μας παραπέμπει σε διάφορα επίπεδα νοημάτων και συνειδήσεως, τα οποία συνυπάρχουν στο ίδιο άτομο και τελικά δε θα έπρεπε να δώσουμε προεξέχοντα ρόλο στην πιο ολοκληρωμένη του έκφραση.

Η ιδέα του θανάτου στους εφήβους που έχουν τάσεις αυτοκτονίας, έχει μελετηθεί μέσα από δυο προοπτικές: η μια αξιολογεί τη συνειδητή γνώση του θανάτου και η άλλη διερευνά τις φαντασιώσεις που συνδέονται με το θάνατο. Η πρώτη προσέγγιση περιγράφηκε από τη μελέτη του *McIntire* (1971), η οποία αναφέρεται σε 515 παιδιά και εφήβους, που έχουν αυτοδηλητηριαστεί. Σε δυο ομάδες ηλικιών (14-16 και 17-18 ετών) ο θάνατος περιγράφηκε σαν ένα απόλυτο τέλος στο 48% των περιπτώσεων της πρώτης ομάδας των εφήβων και στο 61% της δεύτερης. Στο 15% των περιπτώσεων της πρώτης ομάδας και στο 13% της δεύτερης, ο θάνατος παρομοιάστηκε με μια κατάσταση συγκρίσιμη με το θάνατο και που μπορεί να αναστραφεί στο 6% και στο 3% των περιπτώσεων

παρομοιάστηκε με μια αναστρέψιμη κατάσταση, αλλά η οποία διατηρεί ένα είδος συνείδησης στο 48% και στο 61% των περιπτώσεων αντίστοιχα με μια μόνιμη κατάσταση, όπου διατηρείται η πνευματική συνέχεια του ατόμου. Επομένως, η πνευματική ανωριμότητα της αντίληψης του θανάτου είναι αρκετά συχνή στον έφηβο που έχει τάσεις αυτοκτονίας.

Κάθε φαντασιωσική δραστηριότητα, η οποία προικίζει το θάνατο με θετικές ιδιότητες που επιτρέπουν να επιβιώσει ένα μέρος του υποκειμένου το οποίο θα επωφεληθεί απ' αυτόν, συμβάλλει στο να φαίνεται ο θάνατος απαλλαγμένος από την πραγματικότητά του: *“τη στιγμή της αυτοκτονίας, ο έφηβος νιώθει ότι το σώμα του είναι χωρισμένο από τον ίδιο και δεν του ανήκει”, “πεθαίνω σημαίνει σκοτώνω το σώμα, αλλά όχι απαραίτητα και το πνεύμα”*. Ο θάνατος προσφέρει ικανοποιήσεις τις οποίες αρνείται ο πραγματικός κόσμος. Ο θάνατος σημαίνει απαλλαγή, ανακούφιση, ειρήνη. Η επιθυμία του θανάτου μας παραπέμπει στην επιθυμία του ατόμου να ζήσει μίαν άλλη ζωή, απαλλαγμένη από εντάσεις και καταναγκασμούς, στην οποία η βαθύτερη έννοια αυτής της στάσης είναι η προσέγγιση της αθανασίας μέσα από το θάνατο. Η πράξη 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: μια πραγματικά παραληρηματική, παράφορη αντίληψη. Αυτή η εξωπραγματική θεώρηση του θανάτου καθιστά μάταιη κάθε απόπειρα ορισμού της αυτοκτονίας ως πράξη που απορρέει από την προσέγγιση σε μια ώριμη αντίληψη του θανάτου. Μια τέτοια θέση παραγνωρίζει την ανάδυση αρχικών και επαναστρεφόμενων οραματισμών στον έφηβο που έχει τάσεις αυτοκτονίας και αρνείται τον οριστικό και αναπόφευκτο χαρακτήρα του θανάτου²⁴.

2.6 Τι σημαίνει η αυτοκτονία στην εφηβεία

Η αυτοκτονία είναι μια από τις σημαντικότερες συμπεριφορές του εφήβου. Θέτει το, βασικό για την ηλικία αυτή, πρόβλημα του περάσματος στην πράξη. Επαναθέτει το ζήτημα της σχέσης με το σώμα του. Βγαίνοντας συχνότατα μέσα από ένα καταθλιπτικό πλαίσιο, η αυτοκτονία είναι σημάδι βαθύτερης εσωτερικής

κρίσης, που ο έφηβος δε μπορεί να αντιμετωπίσει μόνος του²⁵. Συχνά, ο σκοπός της αυτοκτονίας είναι περισσότερο η αλλαγή της ζωής, παρά η διακοπή της. “*Η πάντα παρούσα τάση για ζωή*”, η οποία υπάρχει πάντα μέσα στην αυτοκτονία του εφήβου²⁴.

Η αυτοκτονία έχει την αξία ενός συμπτώματος που μπορεί να πάρει πολλαπλή σημασία:

1. **Ένα κάλεσμα**. Κάλεσμα για αγάπη από τους άλλους, για κατανόηση²⁵. Έχει την έννοια μιας “κλήσης σε βοήθεια” και μιας “μεγάλης, απελπισμένης κραυγής για αγάπη” (“*Κοιτάζτε, πως είμαι για λύπηση και πως έχω την ανάγκη να με αγαπήσουν και να με βοηθήσουν*”). Λειτουργώντας ως κλήση σε βοήθεια, δε δηλώνει μόνο την οδύνη του ατόμου αλλά, μέσα από αυτή, και ολόκληρου του οικογενειακού συστήματος²⁴.

2. **Έναν εκβιασμό**. Απόπειρα εναντίον της ζωής του για να ασκήσει πίεση στους άλλους²⁵. Η πράξη αυτοκτονίας αποτελεί μετάφραση της έχθρας, η οποία υπάρχει στην πρόθεση του να τιμωρηθούν αυτοί που φόνευσαν ή αγνόησαν τον έφηβο (“*Κοιτάζτε που με φέρατε... πρέπει να πεθάνω για να με προσέξετε;*”). Έχει την αξία μιας συμπεριφοράς επίπληξης και τιμωρίας, η οποία στοχεύει να προκαλέσει τύψεις και ενοχές στο περιβάλλον²⁴.

3. **Μια φυγή**. Από μια κατάσταση που είναι του ανυπόφορη²⁵. Η πράξη αυτοκτονίας μαρτυρεί την τραγική αδυναμία του ατόμου απέναντι σε ένα περιβάλλον που το συνθλίβει^{26,24}.

4. **Ένα πένθος**. Ύστερα από το θάνατο κάποιου αγαπημένου προσώπου, ερωτική απογοήτευση, εγκατάλειψη σχεδίου, συνειδητοποίηση της απώλειας της παιδικότητας²⁴.

5. **Μια θυσία**. Πρόσβαση σε μια κατάσταση ή ένα ιδανικό που το θεωρεί ανώτερο^{24,26}.

6. **Μια νίκη**. Η πράξη αυτοκτονίας επιθυμεί να πραγματοποιήσει τη νίκη πάνω στο θάνατο. Ορισμένες φορές, η λειτουργία της ανάκλησης στη ζωή που

υπάρχει στην πράξη της αυτοκτονίας εκφράζεται κατογορηματικά, ειδικά με τη φλεβοτομή. Πραγματοποιούμενη σε κατάσταση έντασης και αποπροσωποποίησης, η φλεβοτομή επιτρέπει την επιστροφή στην πραγματικότητα: “Ματώνω, άρα είμαι ζωντανός”. Αυτός που έχει περάσει μια τέτοια δοκιμασία, δε φοβάται πλέον το θάνατο και “έχει την απόδειξη ότι δεν είναι πια παιδί”. Εκτιθέμενος σε έναν τέτοιο κίνδυνο, ο έφηβος αποδεικνύει την κυριότητά του πάνω στη ζωή και στο θάνατό του.

Η απόπειρα αυτοκτονίας έχει την αξία ενός εξαγνισμού, αλλά και μιας εξιλαστήριας θυσίας, η οποία διασφαλίζει προστασία για το μέλλον. Προλαμβάνει την τιμωρία και επιτρέπει την έναρξη απαγορευμένων δραστηριοτήτων²⁴.

2.7 Προειδοποιητικά σημεία

Κλασικά θεωρούμε, στην προαυτοκτονική φάση, ότι ο έφηβος εκδηλώνει κατάθλιψη ή δηλωτικά σημεία, που σημαδεύονται από μια γενική διαβάθμιση της κοινωνικής του συμπεριφοράς και από μια τροποποίηση της προσωπικότητάς του²⁴.

Ο Otto ταξινομεί τα προαυτοκτονικά συμπτώματα σε 5 κατηγορίες:

A) Σχολικές μαθησιακές δυσκολίες, έλλειψη φροντίδας του εαυτού, χρήση αλκοόλ, τάση για απομόνωση.

B) Ευερεθιστότητα, επιθετικότητα, εκνευρισμός, συναισθηματική αστάθεια.

Γ) Κατάθλιψη, κατάσταση ασθένειας.

Δ) Άγχος, αϋπνία, αλλαγή στις διαιτητικές συνήθειες.

Ε) Εμφανή ψυχωσικά συμπτώματα.⁶

Πρέπει να αναγνωρίζουμε τα λόγια του και να τα παίρνουμε σοβαρά, όταν πρόκειται για σημάδια προειδοποίησης. Είναι μια κλήση βοήθειας, ένα σημάδι κινδύνου²⁰.

Τέτοια σημεία είναι ο ευερέθιστος χαρακτήρας, η υπερευαισθησία, η ανασφάλεια, ο φόβος, ο πανικός, η απομόνωση, η μελαγχολία, η έλλειψη αυτοεκτίμησης, η ανικανότητα έκφρασης των συναισθημάτων του. Επίσης, παρατηρούνται δυσκολίες ένταξης και προσαρμογής του στην εφηβική ομάδα και την

οικογένειά του και διαταραχή στη συμπεριφορά του (αλητεία, φυγή από το σπίτι, χρήση ναρκωτικών, τάση για ατυχήματα, αντικοινωνικές δραστηριότητες)^{14,24}.

Κάποια άλλα ιδιαίτερα σημεία που θα μπορούσαμε να παρατηρήσουμε είναι η ασυνήθιστη παραμέληση της προσωπικής του εμφάνισης, οι αλλαγές στις συνήθειες ύπνου και φαγητού, το να δώσει ένα αντικείμενο που υπεραγαπά (π.χ. την κιθάρα του)²⁰, πτώση των επιδόσεών του στο σχολείο, συχνά παράπονα σχετικά με σωματικά συμπτώματα, όπως στομαχόπονος, πονοκέφαλος (που συχνά συνδέονται με τα συναισθήματα)²⁷.

Είναι παρατηρημένο ότι ο έφηβος τρέφει ιδέες θανάτου και συνήθως μιλάει γι' αυτόν με πάθος, γράφει ποιήματα σχετικά με το θάνατο κλπ. Τα πράγματα γύρω του μοιάζουν “ψεύτικα” και γενικά έχει την αίσθηση του “κοιτάζω μέσα από τα μάτια ενός άλλου”. Ποτέ δεν πρέπει να αγνοήσουμε εκφράσεις του εφήβου, όπως: “Θα σκοτωθώ...”, “Δε θέλω να ζω...”, “Η ζωή δεν έχει κανένα νόημα...”, “Όλοι τα έχουν μαζί μου...”, “Οι άλλοι θα ήταν καλύτερα, αν ήμουν πεθαμένος...”, “Δε θα είμαι πρόβλημα για πολύ ακόμα...”, “Θα τους δείξω εγώ...”, “Νιώθω ότι θα σπάσω...”^{25,27}.

2.8 Παράγοντες επικινδυνότητας

Η αυτοκτονία μπορεί να φανεί παράλογη, αν αναφερθούμε μόνο στα αίτια που την παρακίνησαν, τα οποία είναι, συχνά, ασήμαντα. Το εν ενεργεία γεγονός δεν είναι παρά ένας παράγοντας ανισορροπίας μια αγάπη που δε βρήκε ανταπόκριση ή μια σχολική αποτυχία οδηγούν στην αυτοκτονία μόνο αν βρουν απήχηση σε κάποιους άλλους παράγοντες²⁴. Στους παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνονται:

1. Οι οικογενειακοί παράγοντες
2. Κοινωνικο-πολιτισμικοί παράγοντες^{28,25}
3. Τα ατομικά χαρακτηριστικά και η προσωπικότητα του εφήβου
– Προσωπικοί παράγοντες^{25,28}
4. Η ύπαρξη σωματικής ασθένειας
5. Η ύπαρξη ιστορικού προηγούμενων αποπειρών
6. Η ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού αυτοκτονικής συμπεριφοράς

7. Η ύπαρξη ψυχικής διαταραχής (συναισθηματικής και σχιζοφρένειας)²⁹.

2.8.1 Οικογενειακοί παράγοντες

Η τάση αυτοκτονίας μεταφράζει την ανικανότητα της οικογένειας να εκπληρώνει το ρόλο της σαν στήριγμα του εφήβου, ή εκφράζει και την άμεση ευθύνη της. Η στατιστική προσέγγιση της αυτοκτονίας του εφήβου, η οποία αποκαλύπτει τη συχνότητα των διαταραχών της οικογένειας, εγγυάται για τη συμμετοχή της στην ανάπτυξη της αυτοκτονίας.

Οι περισσότερες από τις εργασίες που ανατρέχουν στο ιστορικό των αυτοκτονούντων, αναφέρουν ότι η απώλεια του ενός γονέα είναι η πιο συχνή αιτία στους αυτόχειρες. Ορισμένες εργασίες περιορίζονται στην απώλεια λόγω θανάτου, αλλά η πλειοψηφία επεκτείνεται και στο διαζύγιο, στην απομάκρυνση από την οικογένεια, ή ακόμα στην απομάκρυνση ενός από τα αδέρφια, στη νομική υπόσταση της οικογένειας και του παιδιού (παράνομο ζευγάρι, νόθο παιδί) ή, τέλος, στην οικογενειακή ασυμφωνία. Όντως, το ιστορικό εφήβων με τάσεις αυτοκτονίας αποκαλύπτει, σε πολύ γενικές γραμμές, μια χρόνια διαταραχή της λειτουργίας της οικογένειας. “Σχεδόν πάντα, παλιές συγκινησιακές, ένδειες ή σοβαρές οικογενειακές συγκρούσεις” διαπίστωσαν οι *Gaultier* και συνεργάτες (1965), ενώ οι έφηβοι παραπονιούνται για έλλειψη πραγματικής επικοινωνίας και αληθινών συγκινησιακών δεσμών με την οικογένειά τους και περιγράφουν τις οικογενειακές συγκρούσεις ως ακραίες. Οι ενδείξεις δυσλειτουργίας αφθονούν στις οικογένειες εφήβων που αναφέρουν ότι τουλάχιστον ένα από τα μέλη έχει εκδηλώσει τάσεις αυτοκτονίας και ότι έχουν έναν ή δυο αλκοολικούς γονείς.

Σε ένα μεγάλο ποσοστό (60%) των οικογενειών εφήβων που έχουν τάσεις αυτοκτονίας, οι *McIntire* και *Angle* συναντούν αντιτιθέμενες, ακραίες παιδαγωγικές θέσεις. Βασικό χαρακτηριστικό είναι ότι ο γονικός έλεγχος και οι προσδοκίες, αναφορικά με τον έφηβο, είναι είτε πολύ υψηλές είτε, αντίθετα, πολύ χαμηλές. Ο υπερβολικός έλεγχος αντιστοιχεί σε παθολογική επικράτηση των δυνάμεων για διατήρηση της ομοιοστασίας. Αντανακλά την άρνηση των γονέων να δεχθούν ότι το παιδί μεγαλώνει και να παραιτηθούν από τον κυρίαρχο, ως προς το παιδί, ρόλο. Η επικοινωνία περιορίζεται και οι έφηβοι δε μπορούν να εκφράσουν τις ανάγκες και τα συναισθήματά τους και να προβάλλουν την αξία των θέσεών τους. Επίσης, η

υπερβολική χρήση τιμωριών και απαγορεύσεων μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα τη συνέχεια της παθητικότητας και την έλλειψη βούλησης. Οι τάσεις ανεξαρτησίας όχι μόνο δεν ενθαρρύνονται αλλά, αντίθετα, αναστέλλονται. Τοποθετημένος σ' ένα περιβάλλον που δεν τον αναγνωρίζει, τον καταπιέζει και το οποίο δε μπορεί να τροποποιηθεί, ο έφηβος είναι εκτεθειμένος στην αντίδραση μέσα από την αυτοκτονία.

Αντίστροφα, μια άλλη ομάδα οικογενειών εφήβων που έχουν τάσεις αυτοκτονίας χαρακτηρίζεται από την απουσία ελέγχου, από ασυνάρτητες και ασαφείς παιδαγωγικές θέσεις και από έλλειψη κάθε προσδοκίας από τον έφηβο. Αυτές οι θέσεις πιθανώς εκφράζουν την αδιαφορία των γονέων και τα επακόλουθά της (αμέλεια, συναισθηματική και παιδαγωγική ένδεια).

Οι δυο αντίθετες θέσεις που υιοθετούν οι γονείς, ο υπερβολικός έλεγχος από τη μία και η αδιαφορία από την άλλη, αποτελούν μια μορφή επιθετικότητας και εχθρικών συναισθημάτων. Συχνά, τα εχθρικά αισθήματα των γονέων εκφράζονται στον έφηβο. Τα πρώτα λόγια μιας μητέρας, όταν είδε το γιο της στο νοσοκομείο, ήταν τα εξής: *“Την επόμενη φορά να διαλέξεις μια ψηλότερη γέφυρα...”*. Μια άλλη έλεγε στην κόρη της: *“Θα κάνω ότι μπορώ για να σου δείξω την αγάπη μου, θα σου ανοίξω το παράθυρο για να μπορέσεις να πηδήξεις...”* και μια άλλη, μετά από την απόπειρα αυτοκτονίας της κόρης της με δηλητήριο, της είπε: *“... την επόμενη φορά να πάρεις ολόκληρο το κουτί...”*.

Η ανάπτυξη της “πυρηνικής οικογένειας” στα αστικά κέντρα απομονώνει τόσο τους γονείς, όσο και τα παιδιά. Η ενότητα της οικογένειας διαρκώς περιορίζεται από εξωτερικές επιδράσεις, ορισμένες από τις οποίες μπορούν να αποφευχθούν (όπως η υπερβολική απασχόληση στην τηλεόραση), ενώ άλλες είναι δυσκολότερο να ελεγχθούν (όπως οι απαιτήσεις του χρόνου εργασίας των γονέων). Η συχνά ανώνυμη συμμετοχή σε μια τεχνική κοινωνία περιορίζει την έννοια της ταυτότητας των γονέων, η οποία δεν είναι πλέον το ολοκλήρωμα ενός συνεπούς συστήματος αξιών στο οποίο θα μπορούσαν να αναγνωρισθούν. Όλα αυτά τα στοιχεία συνεργούν στο να κατασταθούν οι γονείς αβέβαιοι για τους ρόλους τους απέναντι στα παιδιά και προκαλούν ένα αίσθημα ανασφάλειας στον έφηβο²⁴.

Έτσι λοιπόν, ο έφηβος οδηγείται στην αυτοκτονία, με την οποία απευθύνει μια κραυγή στη “συλλογική βοήθεια” απόπειρα να βρει μια διέξοδο σε μια κατάσταση που τον πνίγει²⁵.

2.8.2 Κοινωνικο-πολιτισμικοί παράγοντες

Ο έφηβος, όντας ο ίδιος σε μια πλήρη αλλαγή συγκρούεται με μια κοινωνία σε μόνιμη εξέλιξη, που απαιτεί από αυτόν μια έντονη προσαρμοστικότητα. Ο κόσμος της δουλειάς, όλο και πιο προσιτός, τον υποχρεώνει να συμμετέχει στον ανταγωνισμό, καταναλώνοντας εκεί μια σημαντική ποσότητα ενέργειας. Μέσα σ' αυτό το πλαίσιο, οι ρήξεις που μεσολαμβάν στο περιβάλλον του επιβαρύνουν τον κίνδυνο της αυτοκτονίας, αναγκάζοντας τον έφηβο να υιοθετήσει την πίστη του *“τίποτα δεν ωφελεί... γιατί να ασχοληθώ με κάτι, αφού τίποτα δε διαρκεί;”*²⁵.

Στην περίοδο που προηγείται της αυτοκτονίας, βρίσκουμε συχνά στρεσογόνα γεγονότα, όπως είναι μια μετακόμιση, μια αλλαγή των σχολικών συνηθειών ή του πλαισίου ζωής, ένας θάνατος (μερικές φορές ενός αγαπημένου κατοικίδιου ζώου)^{25,29}. Μια ερωτική απογοήτευση, η απώλεια ενός φίλου αγαπητού, μπορούν συχνά να αναδύσουν ένα συναίσθημα εγκατάλειψης, με αποτέλεσμα την αυτοκτονία²⁵. Επίσης οι κλιματολογικές συνθήκες (ηλιοφάνεια, διάρκεια ημέρας, βαρομετρικές πιέσεις) δείχνουν να επηρεάζουν πολύ^{30,31,4}.

2.8.3 Ατομικά χαρακτηριστικά του εφήβου – Προσωπικοί παράγοντες

Μερικά στοιχεία του χαρακτήρα, όπως παρορμητικότητα, επιθετικότητα, δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις, κοινωνική απόσυρση, χαμηλή αυτοεκτίμηση, δυσπιστία, αρνητικότητα, απαισιοδοξία και αναμονή δυσάρεστων γεγονότων, εμπλοκή σε επικίνδυνες συμπεριφορές, συνδυάζονται με υψηλό κίνδυνο για αυτοκτονική συμπεριφορά²⁹.

Πρέπει επίσης να προστεθεί το ότι η χρήση ναρκωτικών ή αγχολυτικών ουσιών συνιστά έναν επιπρόσθετο παράγοντα³¹.

2.8.4 Σωματική ασθένεια

Η ύπαρξη σωματικής ασθένειας είναι επιβαρυντικός παράγων για αυτοκτονική συμπεριφορά και συγκεκριμένες μελέτες έχουν δείξει ότι στο 25-70% των

αυτοκτονιών μπορεί να υπάρχει σωματική ασθένεια. Νοσήματα που έχουν κατ'εξοχήν συνδεθεί με αυτοκτονία είναι ο καρκίνος, η επιληψία, οι μυοσκελετικές διαταραχές, το AIDS, οι αναπηρίες και νοσήματα του κεντρικού νευρικού και πεπτικού συστήματος.

Η συχνότητα αυτοκτονίας σε άτομα με επιληπτική διαταραχή είναι 4 φορές μεγαλύτερη απ' ότι σε φυσιολογικά άτομα. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας σε άτομα με καρκίνο είναι μεγαλύτερος στη χρονική περίοδο αμέσως μετά τη διάγνωση και σ' αυτούς που βρίσκονται σε χημειοθεραπεία. Είναι απαραίτητο να είναι κανείς ευαισθητοποιημένος στο γεγονός ότι τα άτομα με χρόνια σωματική ασθένεια αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου και να εκτιμήσει με προσοχή αν υπάρχουν ιδέες αυτοκτονίας στα συγκεκριμένα άτομα²⁹.

2.8.5 Ύπαρξη προηγούμενου ιστορικού αυτοκτονίας

Η ύπαρξη προηγούμενων αποπειρών αυξάνει την πιθανότητα αυτοκτονίας. Στον πρώτο χρόνο μετά από μια απόπειρα, ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι 1%. Με το περας του χρόνου μειώνεται, αλλά φαίνεται να παραμένει σημαντικός για περίπου 8 χρόνια μετά την απόπειρα^{29,31}.

2.8.6 Ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού αυτοκτονικής συμπεριφοράς

Η ύπαρξη άλλων μελών με αυτοκτονική συμπεριφορά στην οικογένεια είναι ένδειξη αυξημένου κινδύνου αυτοκτονίας. Πιθανόν εδώ να παίζουν ρόλο η ταύτιση και η μίμηση, καθώς και γενετικοί και κληρονομικοί παράγοντες^{32,30,29}.

2.8.7 Ύπαρξη ψυχικής διαταραχής (συναισθηματικής και σχιζοφρένειας)

Η σχιζοφρένεια είναι μια ψυχιατρική διαταραχή, η οποία συνδυάζεται με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας²⁹. Ιδιαίτερα στην κατατονική σχιζοφρένεια παρατηρείται “αναίτια αυτοκτονία”. Δε γίνεται δηλαδή από απελπισία, είναι αλόγιστη πράξη ή αποτέλεσμα ψευδαισθήσεων, π.χ. έπεσε από τον τρίτο όροφο για να γλυτώσει από εχθρούς ή γιατί μια φωνή του το είπε²⁴. Έχει υπολογισθεί ότι το 10% των σχιζοφρενών αυτοκτονούν^{21,22,29}.

Επίσης, όσοι πάσχουν από *ιδεοαναγκαστική νεύρωση*, που υπάγεται στις αγχώδεις νευρώσεις, έχουν τάση για αυτοκτονία. Το ποσοστό βέβαια είναι πολύ μικρό, περίπου 1%³³.

Από τα άτομα με συναισθηματικές διαταραχές, μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονίας έχουν αυτά που υποφέρουν από *καταθλιπτική διαταραχή* και *μανιοκαταθλιπτική ψύχωση*. Η διαφορά αυτών είναι ότι στη μανιοκαταθλιπτική διαταραχή έχουμε δυο φάσεις, τη μανία και την κατάθλιψη (γι' αυτό και ονομάζεται διπολική), ενώ στην καταθλιπτική διαταραχή το άτομο δεν παρουσιάζει μανία και τη διαταραχή την αναφέρουμε ως μονοπολική. Οι ιδέες της αυτοκτονίας είναι χαρακτηριστικές και επικίνδυνες³⁴.

Η κατάθλιψη είναι η ψυχική διαταραχή που απαντάται συχνότερα στον πληθυσμό, ενώ η αυτοκτονία θεωρείται ως η σοβαρότερη επιπλοκή της κατάθλιψης και η συχνότερη αιτία θανάτου των καταθλιπτικών ασθενών. Εκτιμάται ότι περισσότερο από το 15% των ασθενών με μείζονα κατάθλιψη θα καταλήξουν αυτόχειρες, ενώ πολύ περισσότεροι αναμένεται να πραγματοποιήσουν απόπειρες αυτοκτονίας^{21,22}.

Η κατάθλιψη, βέβαια, θεωρείται στις μέρες μας μια *ιάσιμη νόσος*. Εξάλλου, είναι γνωστό ότι μεγάλο μέρος των καταθλιπτικών ασθενών που αυτοκτονούν επισκέπτονται τον – οικογενειακό κυρίως – γιατρό τους ένα μικρό χρονικό διάστημα πριν πραγματοποιήσουν την πράξη τους, εκφράζοντας τις ιδέες τους περί αυτοκτονίας³⁵.

2.9 Κατάθλιψη και εφηβεία

Η αστάθεια της διάθεσης είναι ένα από τα πιο χαρακτηριστικά γνωρίσματα της εφηβείας. Μέσα σ' ένα σύντομο χρονικό διάστημα ο έφηβος, συχνά χωρίς φανερή αιτία, μπορεί να πέσει από τον ενθουσιασμό στη μελαγχολία, από τη χαρά και την έξαρση στη θλίψη και την απόσυρση, από τη φιλική διάθεση στην έχθρα κλπ. Η παρουσία καταθλιπτικών συναισθημάτων, με το αίσθημα της απελπισίας ριζωμένο βαθιά, είναι κάτι συνηθισμένο στην εφηβεία¹. Με την κατάθλιψη προσπαθεί να αμυνθεί απέναντι στο διαταραγμένο περιβάλλον του¹⁴.

Πολύ συχνά, η κεντρική καταθλιπτική ιδέα, που κυριαρχεί σ' αυτή την ομάδα ηλικίας, συνδέεται μ' ένα αίσθημα ανέκκλητου και ηττοπάθειας. Αυτή η συγκεκριμένη πλευρά της εφηβικής κατάθλιψης αντανακλά το γεγονός ότι ο έφηβος, σε αντίθεση με το παιδί, μπορεί να προβάλλει τη σκέψη του στο μέλλον και ταυτόχρονα, σε αντίθεση με τον ενήλικα, να μη μπορεί να χρησιμοποιήσει την πείρα και κάποια μετριοπάθεια στη σκέψη του για να μετριάσει την απαισιοδοξία του. Εκτός από αυτές τις μεταβολές στη διάθεση, συχνά συναντάμε στον έφηβο καταθλιπτικά επεισόδια με κλινικά συμπτώματα, ή διάχυτες και σχετικά μακρόχρονες καταθλιπτικές καταστάσεις, που διακόπτονται κατά καιρούς από σύντομες περιόδους φυσιολογικής ή χαρούμενης διάθεσης¹.

Δεν μπορούμε να μιλάμε για κατάθλιψη παρά μόνο εάν υπάρχει μια ανικανότητα για δράση, συνοδευόμενη από μια απαισιόδοξη θεώρηση του παρόντος και του μέλλοντος, φτάνοντας ως τη μελαγχολία. Τα όρια λοιπόν είναι ασαφή και όλοι οι βαθμοί έντασης είναι πιθανόν να διαπιστωθούν, από τη μικρή καταθλιπτικότητα της Κυριακής ως το τελευταίο στάδιο που είναι και η μελαγχολία.³⁶ Οπωσδήποτε όμως είναι ένα δυσδιάγνωστο, επικίνδυνο ψυχικό φαινόμενο, γιατί ο έφηβος, που βασανίζεται από μέτρια κατάθλιψη, συμπεριφέρεται φυσιολογικά και δεν την εξωτερικεύει εύκολα, παρά μόνο όταν αυτή γίνει οξεία. Η κατάθλιψη έχει μια βιοχημική και νευρο-ορμονική βάση και κυοφορείται σιγά-σιγά σε περίοδο εβδομάδων και μηνών¹⁴.

Στους εφήβους (12-18 χρονών) οι *Carlson* και *Strober*, μετά από εκτεταμένη έρευνα, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι υπάρχουν 2 τύποι κατάθλιψης, που λιγότερο ή περισσότερο ανταποκρίνονται στην οξεία ή χρόνια κατάθλιψη¹:

α. Η πρωτογενής κατάθλιψη των εφήβων

Εδώ το σύνδρομο παρουσιάζεται ξαφνικά και, συχνά, χωρίς να υπάρχει καμιά προηγούμενη ψυχιατρική παθολογία. Μολονότι η διάθεση δυσφορίας μπορεί να μην είναι το κύριο χαρακτηριστικό, συνήθως συνυπάρχει με τα περισσότερα συμπτώματα που αναφέρονται στο DSM III (*Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των διανοητικών διαταραχών, 3^η έκδοση, 1980*), δηλαδή διαταραχές ύπνου, όρεξης και συγκέντρωσης στο σχολείο, απόσυρση από την κοινωνική ζωή, περιορισμός των αθλητικών και άλλων δραστηριοτήτων κλπ. Παράγοντες που μπορεί να πυροδότησαν την κατάσταση είτε απουσιάζουν εντελώς, είτε είναι δυσανάλογοι με το βάθος της κατάθλιψης. Η πρωτογενής κατάθλιψη είναι, συνήθως, η πρώτη εκδήλωση μιας

μανιοκαταθλιπτικής ασθένειας ή μιας κατάθλιψης μονοπολικού τύπου (*monopolar type*)^{1,19,24}.

β. Η δευτερογενής κατάθλιψη των εφήβων

Αυτή είναι μια πιο χρόνια και πιο συγκεχυμένη μορφή δυσφορίας. Συνηθισμένα συμπτώματα είναι η κοινωνική απόσυρση και η απάθεια. Η παρουσία διαταραχών του νευροφυτικού συστήματος δεν είναι πάντα σίγουρη. Αυτός ο τύπος κατάθλιψης μπορεί να παρουσιαστεί σαν συνέπεια κάποιας απώλειας ή τραυματικής κατάστασης ή ύστερα από μια σοβαρή αναστάτωση στην οικογενειακή ζωή του εφήβου. Τις περισσότερες φορές πάντως ο τύπος αυτός συνδέεται με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, όπως ψυχογενής ανορεξία, κατάχρηση οινοπνεύματος ή ναρκωτικών, ψυχοπαθητική συμπεριφορά, φοβικά ή ιδεοληπτικά ψυχαναγκαστικά σύνδρομα και σοβαρή ανικανότητα στη μάθηση, συνοδευόμενη από χαμηλή αυτοεκτίμηση^{1,19}.

2.9.1 Τα συμπτώματα της κατάθλιψης

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η κατάθλιψη ορίζεται κυρίως από τα συμπτώματά της, που είναι ποικίλα και συχνά εκδηλώνονται τόσο με τρόπο ψυχολογικό, όσο και οργανικό. Σε αυτό το σημείο θα περιγράψουμε σύντομα τα κυριότερα συμπτώματα των διαφόρων καταθλιπτικών οντοτήτων. Βεβαίως, όλα τα συμπτώματα δεν πρέπει απαραίτητα να είναι παρόντα για να διαγνωστεί η κατάθλιψη. Πολλά εξαρτώνται από την ένταση, τη σοβαρότητα και τη διάρκειά τους, σε σχέση πάντα με τη συγκεκριμένη κλινική κατάσταση στην οποία αναφερόμαστε.

Περιγράφονται πολυάριθμα συμπτώματα. Θα πρέπει όμως να έχουμε υπόψη μας ότι τα ίδια αυτά συμπτώματα μπορεί να είναι παρόντα και σε άλλες διαταραχές εκτός από την κατάθλιψη. Σε γενικές γραμμές, τα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής:³⁷

α) Συμπτώματα σχετικά με το συναίσθημα: λύπη, θλίψη, άγχος, ενοχές, θυμός, εχθρότητα, εκνευρισμός, ευερεθιστότητα^{37,36}

β) Συμπτώματα συμπεριφοράς: διέγερση, καταθλιπτικό προσωπείο και στάση σώματος, ψυχοκινητική επιβράδυνση, αργή ομιλία και σκέψη, κλάμα και απόπειρες αυτοκτονίας.³⁷

γ) **Συμπτώματα σχετικά με τις στάσεις απέναντι στον ίδιο τον εαυτό και το περιβάλλον:** αυτομομφή, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αισθήματα ανημπορίας, απαισιοδοξίας και απελπισίας, σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας.

δ) **Συμπτώματα γνωστικής εξασθένησης:** μειωμένη ικανότητα σκέψης και αδυναμία συγκέντρωσης.

ε) **Συμπτώματα σχετικά με οργανικές αλλαγές (μεταβολές) και ενοχλήσεις (νευροφυτικά συμπτώματα):** αδυναμία να βιώσει κανείς ευχαρίστηση, απώλεια όρεξης, διαταραχές ύπνου, απώλεια ενέργειας και εξάντληση, μείωση σεξουαλικού ενδιαφέροντος και παράπονα για οργανικά προβλήματα.³⁷

Ο *Klerman* (1988), λαμβάνοντας υπόψη τη σχετική βιβλιογραφία, συνέταξε έναν αναλυτικό κατάλογο των συμπτωμάτων της κατάθλιψης:

1. Καταθλιπτική διάθεση. Η συντριπτική πλειοψηφία των καταθλιπτικών αναφέρουν κάποιο βαθμό θλίψης ή ότι αισθάνονται δυστυχισμένοι. Αυτό μπορεί να κυμαίνεται μεταξύ της ήπιας θλίψης ή της μελαγχολίας (όπως συχνά ονομάζεται) και της βαθιάς απελπισίας, και συχνά περιγράφεται από το άτομο ως μοναξιά, “βαριεστημάρα” ή και παντελή έλλειψη κάθε ελπίδας για βελτίωση της κατάστασης. Οι καταθλιπτικοί θεωρούν την κατάσταση τους μη αναστρέψιμη και μπορεί να κλαίνε συχνά μερικοί μάλιστα αναφέρουν ότι αισθάνονται σαν να “κλαίνε εσωτερικά”.

Συνήθως οι καταθλιπτικοί παρουσιάζουν το 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 και απόγνωση. Συχνά μάλιστα, όταν αναφερθεί η “σωστή” ή η “λάθος” λέξη, οι άμυνές τους υποχωρούν, λυγίζουν και ξεσπούν σε λυγμούς.

2. Ανηδονία ή απώλεια του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης από συνήθειες δραστηριότητες. Πολλοί καταθλιπτικοί φαίνεται να χάνουν την ικανότητα να αντλούν ικανοποίηση από δραστηριότητες που συνήθιζαν να θεωρούν ευχάριστες, όπως το φαγητό, οι έξοδοι, οι φίλοι, τα σπορ κλπ. Με λίγα λόγια, τίποτα δεν τους

ευχαριστεί. Επιπλέον, 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. Οι καταθλιπτικοί συχνά αναφέρουν ότι ακόμη και απλές δραστηριότητες ρουτίνας τους φαίνονται “βουνό” και ότι η απόδοσή τους είναι κατώτερη τόσο των δικών τους προσδοκιών, όσο και των άλλων. Αυτές οι αυτοεκτιμήσεις δεν ανταποκρίνονται πάντα στην πραγματικότητα. Στη γλώσσα των συμπεριφοριστών θα λέγαμε ότι αυτές οι δραστηριότητες δεν είναι πια ενισχυτικές και συνεπώς το άτομο παύει να ασχολείται με αυτές.

3. Αίσθηση κόπωσης και απώλεια ενέργειας. Οι καταθλιπτικοί συχνά αισθάνονται πολύ κουρασμένοι. Η έλλειψη κινήτρων που τους χαρακτηρίζει συνήθως συνοδεύεται από έλλειψη ενέργειας. Έτσι, παραπονιούνται για αδυναμία, πόνους και εξάντληση. Έχουν δυσκολία να ξεκινήσουν μια δραστηριότητα και συχνά δε μπορούν να την ολοκληρώσουν.

4. Επιβράδυνση του λόγου, της σκέψης και της κίνησης. Οι καταθλιπτικοί συνήθως μιλούν πολύ αργά, σε σημείο που πολλές η συνέντευξη μαζί τους είναι δύσκολη αργούν να απαντήσουν στις ερωτήσεις που τους γίνονται και, όταν απαντήσουν, αυτό γίνεται συχνά μονολεκτικά και με μεγάλα κενά. Μοιάζουν να βρίσκονται στα όρια της εξάντλησης και παρουσιάζουν αργή και χωρίς αυθορμητισμό σκέψη και δραστηριότητα. Οι κινήσεις του σώματος είναι αργές και οι χειρονομίες οι ελάχιστες δυνατές. Οι θεραπευτές συχνά αναφέρουν ότι αισθάνονται εξαντλημένοι μετά από μια συνέντευξη με έναν τέτοιο ασθενή.³⁷

5. Αλλαγές στην όρεξη. Πολλοί καταθλιπτικοί δεν έχουν όρεξη και χάνουν βάρος. Αρνούνται να φάνε ή τρώνε ελάχιστα, ακόμη και όταν πρόκειται για το αγαπημένο τους φαγητό. Ένα μεγάλο ποσοστό καταθλιπτικών, που κυμαίνεται μεταξύ 70% και 80%, υποφέρουν από ανορεξία που συνοδεύεται από απώλεια βάρους – και η οποία μπορεί να είναι μικρή, μεγάλη ή και απειλητική ακόμα για τη ζωή. Αντίθετα, ένα σημαντικότερα μικρό ποσοστό καταθλιπτικών παρουσιάζει άυξηση της όρεξης και παίρνει βάρος λόγω της αυξημένης κατανάλωσης τροφών, κυρίως κατά τη διάρκεια της νύχτας.^{36,37}

6. Διαταραχή του ύπνου. Η αϋπνία είναι ένα ιδιαίτερα συνηθισμένο χαρακτηριστικό της κατάθλιψης. Το άτομο που συνήθως αισθάνεται εξαντλημένο, και δεν έχει πρόβλημα να κοιμηθεί, ξυπνά μετά από μερικές ώρες και του είναι αδύνατο να ξανακοιμηθεί. Η αϋπνία μπορεί να είναι αρχική (το άτομο δε μπορεί να κοιμηθεί), μέση (αφύπνιση κατά τη διάρκεια της νύχτας και αδυναμία να ξανακοιμηθεί) και τελική (αφύπνιση νωρίς το πρωί). Η αρχική αϋπνία συνήθως συνδέεται περισσότερο με το άγχος, παρά με την κατάθλιψη. Σε μερικές περιπτώσεις η διαταραχή του ύπνου παίρνει τη μορφή υπερυπνίας, κατά την οποία το άτομο μπορεί να κοιμάται δεκαπέντε και πλέον ώρες την ημέρα.

7. Σωματικά παράπονα και δυσφορία. Συχνά οι καταθλιπτικοί παραπονιούνται για πόνους και διάφορα οργανικά προβλήματα. Συνήθως επισκέπτονται αρκετούς γιατρούς για να ανακουφιστούν από τους πόνους τους, πριν επισκεφθούν έναν ψυχοθεραπευτή. Σύμφωνα με τον *Klerman* (1988), μερικά από τα πιο κοινά προβλήματα που παρουσιάζουν είναι πονοκέφαλος, πόνοι ψηλά στην πλάτη και στο σβέρκο, μυϊκές κράμπες, ναυτία, εμετοί, κόμπος στο λαιμό, υπόξινη γεύση στο στόμα, ξηροστομία, πόνοι κατά τη διάρκεια της ούρησης κλπ.^{36,37}

8. Διέγερση. Οι καταθλιπτικοί παρουσιάζουν υπερβολική ανησυχία, ένταση, εκνευρισμό ή διέγερση. Κινούνται συνέχεια, βηματίζουν πάνω-κάτω, στριφογυρνούν τα χέρια τους, κάνουν απότομες κινήσεις κλπ. Αυτές οι δραστηριότητες δεν προσφέρουν καμία ανακούφιση και δεν εκτονώνουν την ένταση.³⁷

9. Ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης. Η απώλεια του ενδιαφέροντος για σεξουαλική δραστηριότητα, που στους άνδρες μπορεί να εκφραστεί και με διαταραχή της στύσης, είναι άμεσα συνδεδεμένη με την εξάντληση, την απώλεια ενέργειας και τη γενική ανηδονία που χαρακτηρίζει τους καταθλιπτικούς. Μερικές φορές, βεβαίως, τα σεξουαλικά προβλήματα μπορεί να οφείλονται στη φαρμακευτική αγωγή ή σε άλλα οργανικά ή ψυχογενή προβλήματα.

10. Μειωμένη ικανότητα σκέψης και συγκέντρωσης. Η νοητική διαδικασία και δραστηριότητα των καταθλιπτικών επιβραδύνεται, και συχνά αυτό συνοδεύεται και από προβλήματα μνήμης. Τείνουν να είναι αναποφάσιστοι και να έχουν δυσκολίες

συγκέντρωσης. Μερικές φορές μάλιστα, κυριολεκτικά “κολλούν” σε κάποιες σκέψεις, σε σημείο να παρουσιάζουν ψυχαναγκαστική συμπεριφορά.

11. Συναισθήματα και σκέψεις αναξιότητας, χαμηλής αυτοεκτίμησης, αυτομομφής, ενοχών και ντροπής. Συχνά, αυτά τα συμπτώματα αποτελούν ένα κύριο χαρακτηριστικό της κατάθλιψης. Οι καταθλιπτικοί μοιάζουν να παραιτούνται από τη ζωή. Αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους ως προβληματικό σε σχέση με όλες εκείνες τις ιδιότητες και τα χαρακτηριστικά τα οποία οι ίδιοι αξιολογούν ως τα πιο σημαντικά (νοημοσύνη, ομορφιά, υγεία...). Οι καταθλιπτικοί συχνά εκφράζουν ενοχές και τύψεις για λάθη και αποτυχίες του παρόντος ή του παρελθόντος. Μερικές φορές μάλιστα, υπερβάλλουν σε τέτοιο βαθμό τις αποτυχίες ή τα λάθη τους, ώστε δίνουν την εντύπωση ότι ψάχνουν στο περιβάλλον για αποδεικτικά στοιχεία προβλημάτων που οι ίδιοι έχουν δημιουργήσει.

Ειδικότερα, σε ό,τι αφορά τη χαμηλή αυτοεκτίμηση που χαρακτηρίζει τους καταθλιπτικούς, εκδηλώνεται με την πεποίθηση του ατόμου ότι είναι και θα συνεχίσει να είναι μια “αποτυχία” και μια “απογοήτευση”. Οι ειδικοί στην κατάθλιψη διαφωνούν για το αν η χαμηλή αυτοεκτίμηση αποτελεί την αιτία ή το αποτέλεσμα της κατάθλιψης. Τα δυο αυτά παρουσιάζονται σχεδόν πάντα μαζί και είναι πολύ δύσκολο να γίνει η διάκριση μεταξύ τους, κυρίως στις χρόνιες μορφές κατάθλιψης.

12. Άγχος. Ένα ποσοστό που κυμαίνεται μεταξύ 60% και 70% των καταθλιπτικών αναφέρει ότι αισθάνεται έντονο άγχος και μερικές φορές υπερβολική ανησυχία (*Klerman* 1988).

13. Συναισθήματα ανικανότητας, απαισιοδοξίας και απελπισίας. Ο κόσμος, όπως τον αντιλαμβάνονται οι καταθλιπτικοί, είναι αποπνικτικός και ανυπόφορος και αισθάνονται ανήμποροι και απελπισμένοι μέσα σε αυτόν. Δεδομένης αυτής της πεποίθησης, η αυτοκτονία δυστυχώς μπορεί να φαντάζει ως ο μόνος δυνατός τρόπος για να ξεφύγουν από την επώδυνη γι’ αυτούς πραγματικότητα. Όταν μάλιστα ο καταθλιπτικός πάρει μια τέτοια απόφαση, τα συναισθήματα απελπισίας μερικές φορές μπορεί να εξαφανιστούν· πράγμα που εξηγεί την ευδιαθεσία την οποία φαίνεται ότι βιώνουν μερικοί καταθλιπτικοί μετά την απόφασή τους να αυτοκτονήσουν.

14. Σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας. Πολλοί καταθλιπτικοί σκέφτονται το θάνατο και έχουν επαναλαμβανόμενες ιδέες θανάτου και αυτοκτονίας. Συχνά λένε: “Θέλω να ξεφύγω από όλα αυτά...”, “Δεν έχω λόγους να ζω...”, “Εύχομαι να μην είχα ποτέ γεννηθεί...”, “Θά ‘θελα να είχα πεθάνει...”. Η αυτοκτονία αποτελεί την πιο σοβαρή και επικίνδυνη επιπλοκή της κατάθλιψης. Βεβαίως, μόνο ένα ποσοστό καταθλιπτικών επιχειρεί να αυτοκτονήσει και αυτό συνήθως συμβαίνει 6 με 9 μήνες μετά τη βελτίωση των συμπτωμάτων του ασθενή. Ιδιαίτερη πάντως προσοχή χρειάζεται όταν ένα άτομο αναφέρει την αυτοκτονία, γιατί, αντίθετα από ό,τι πιστεύεται, πολλοί από αυτούς που επιχειρούν να αυτοκτονήσουν μιλούν για τις προθέσεις τους πριν το κάνουν.

Συχνά, τέλος, τα καταθλιπτικά άτομα φαίνονται παράλογα στους τρίτους. Το άτομο, για παράδειγμα, που αντιλαμβάνεται τον εαυτό του ως ανίκανο και αποτυχημένο μπορεί να φαίνεται στα μάτια των άλλων το ίδιο ικανό και αποτελεσματικό όπως πριν την κατάθλιψη. Μια ελκυστική και ικανή γυναίκα, την οποία η οικογένειά της θεωρεί άξια και αξιαγάπητη μητέρα, μπορεί να βιώνει τον εαυτό της ως άσχημο, μισητό, ανάξιο και ανίκανο να εκπληρώσει τους οικογενειακούς της ρόλους. Ακόμα και όταν οι άλλοι αντιλαμβάνονται κάποιες αλλαγές στη συμπεριφορά του καταθλιπτικού, δε φαντάζονται ότι αυτές οι αλλαγές είναι μόνιμες, πράγμα που όμως πιστεύει ο καταθλιπτικός. Για το χρονικό διάστημα που οι φίλοι και η οικογένεια δε μπορούν να καταλάβουν όλη αυτή την αρνητική διαδικασία την οποία βιώνει ο καταθλιπτικός και η οποία είναι τόσο διαβρωτική και διεισδυτική, τα συμπτώματα αντιμετωπίζονται με αμηχανία και οι σκέψεις του καταθλιπτικού φαίνονται άστοχες και παράλογες. Στο βαθμό που οι άλλοι περιμένουν από το άτομο να “ξεπεράσει δυναμικά” την κατάθλιψή του και να “σταματήσει να λυπάται τον εαυτό του”, είναι πιθανόν ότι θα δημιουργηθούν σοβαρές συγκρούσεις και ένταση, γεγονός που θέτει σε λειτουργία μια αλυσίδα από παρεξηγήσεις, αυξανόμενες ενοχές και αισθήματα απελπισίας³⁷.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Πρόληψη

- Πρωτογενής πρόληψη
- Δευτερογενής πρόληψη
- Τριτογενής πρόληψη
- Γενικά προληπτικά μέτρα
- Εκπαιδευτικά προγράμματα

Κεφάλαιο 3

3.1 Πρόληψη

Οι θεραπευτικοί σκοποί, στην αντιμετώπιση της πράξης της αυτοκτονίας, πρέπει να κυριαρχούνται από τη φροντίδα της πρόληψης: στην πραγματικότητα, πρόκειται για την πρόληψη της πρώτης απόπειρας και της αναπαραγωγής της, καθώς και για τη διασφάλιση της κοινωνικής προσαρμογής.

Συγγραφείς, όπως ο *Morou* (1975), διακρίνουν τρία στάδια στη θεραπεία των πράξεων αυτοκτονίας:

- I. Την **πρωτογενή** πρόληψη, η οποία αποσκοπεί στην παρεμπόδιση της πρώτης απόπειρας.
- II. Την **πρόληψη-παρέμβαση**, η οποία περιλαμβάνει τα θεραπευτικά μέτρα που παίρνονται κατά τη διάρκεια της πράξης.
- III. Την **τριτογενή** πρόληψη, η οποία έχει σαν σκοπό την αποφυγή των Υποτροπών²⁴.

3.2 Πρωτογενής πρόληψη

Πραγματοποιείται σε δύο επίπεδα: στο ομαδικό και στο ατομικό.

A. Ομαδική πρόληψη

Σχετικά με την ομαδική πρόληψη, ο *Morou* επιμένει στη σημασία της πληροφόρησης – “*Το παιδαγωγικό και ιατροκοινωνικό περιβάλλον της εκπαίδευσης, παίζουν βασικό ρόλο στην πρόληψη της απόπειρας αυτοκτονίας πριν από την ενηλικίωση*” – και στο, σχετικά μη ειδικό, χαρακτήρα των προβλεπόμενων μέσων, τα οποία αποσκοπούν σε μια καλύτερη κοινωνική ολοκλήρωση του εφήβου²⁴. Αυτό κατορθώνεται με την ενημέρωση της κοινότητας γύρω από το θέμα, την προσέγγιση

και ενημέρωση της μαθητικής κοινότητας και του εκπαιδευτικού προσωπικού, καθώς και την πληροφόρηση μέσω των συλλόγων γονέων και κηδεμόνων²⁸.

B. Ατομική πρόληψη

Ένα μακρύ παρελθόν δυσκολιών στις προσωπικές και οικογενειακές σχέσεις προηγείται της αυτοκτονίας των εφήβων. Το πρώτο στάδιο της ατομικής πρόληψης συνίσταται στην αναγνώριση της προαυτοκτονικής φάσης, η οποία σημαδεύεται από αλλαγές στη συμπεριφορά του εφήβου και στις σχέσεις του με το περιβάλλον. Ουσιαστικός είναι ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού και των εκπαιδευτικών στην εντόπιση των σημείων κινδύνου στην προαυτοκτονική φάση.

Αφού αναγνωρίσαμε αυτά τα σημεία κινδύνου, αρμόζει να οργανώσουμε τη συνάντηση του εφήβου με τον ψυχίατρο. Η αξιολόγηση της κατάστασης από τον ειδικό αναζητά τις ιδέες θανάτου, τους παράγοντες που μπορούν ν' αυξήσουν ή να ελαττώσουν τους κινδύνους της διαδραμάτισης της φαντασίωσης στην πράξη.

Μόλις το υποκείμενο αναγνωρίσει ότι φέρει ιδέες θανάτου, πρέπει να αξιολογήσουμε τους παράγοντες οι οποίοι μπορεί να διευκολύνουν την υλοποίησή τους μέσα από μια πράξη αυτοκτονίας. Είναι απαραίτητο να εκτιμήσουμε *“την υπερβολική τάση για διαδραμάτιση στην πράξη, τις δυσχέρειες στην ψυχική διεργασία, στην εκφορά του λόγου, στη δημιουργία φαντασιώσεων”*. Η δυσκολία ή η αδυναμία του παιδιού να μεταδώσει τα συναισθήματά του στα πρόσωπα που υπολογίζει ευνοούν την αυτοκτονία.

Στη συνέχεια, πρέπει να διερευνήσουμε τη δυνατότητα οικογενειακών και κοινωνικών στηριγμάτων που προσφέρονται στον έφηβο. Πρέπει να ληφθούν ακριβείς πληροφορίες σχετικά με το δίκτυο των σχέσεων, μέσα στο οποίο βρίσκεται κλεισμένος ο έφηβος. Η αντιπαράθεση με την οικογένεια και η σχολική και κοινωνική έρευνα αποδεικνύονται, συχνά, απαραίτητες. Με λίγα λόγια, το σημαντικό είναι να εκτιμήσουμε τις διαθέσιμες οικογενειακές και κοινωνικές παροχές στον έφηβο και τη δυνατότητά του να τις χρησιμοποιήσει. Η απομόνωση, είτε είναι συνέπεια της αποβολής από το περιβάλλον, είτε της ανικανότητας για επικοινωνία, ευνοεί την πρόκληση αυτοκτονίας. Ωστόσο συχνά γίνεται λάθος στην κλινική πρόβλεψη του κινδύνου αυτοκτονίας και *“συχνά είναι απρόβλεπτη η συμπεριφορά αυτοκτονίας”*, παρά τη βελτίωση των κλιμάκων οι οποίες, με βάση κλινικά κριτήρια, εκτιμούν τον κίνδυνο αυτοκτονίας και τη βελτίωση των ψυχολογικών τεχνικών που την προβλέπουν.

Η θεραπευτική απόφαση εξαρτάται από την οξύτητα της προαυτοκτονικής κατάστασης. Πρέπει να επέμβουμε επειγόντως κατά τη διάρκεια μιας οξείας κρίσης που απειλεί με απόπειρα αυτοκτονίας. Συχνά, η προαυτοκτονική κατάσταση επισημαίνεται μόνο σ' αυτό το στάδιο, όπου και οι διαδοχικές ρήξεις και το αίσθημα της απόρριψης ή του θυμού. Αυτή η κρίση εμφανίζεται συχνά σαν απάντηση, σ' αυτό που ο *Ladame* ονομάζει “συμμαχία” του “μέσα” με το “έξω”, κατά την οποία η στάση του περιβάλλοντος βρίσκει απήχηση με τις εχθρικές φαντασιώσεις του εφήβου, οι οποίες σ' αυτή την περίπτωση μπλέκονται με την πραγματικότητα αυτή η συγκυρία συμβαίνει όταν το εσωτερικό αντικείμενο βρίσκει απήχηση στην εχθρικότητα του περιβάλλοντος ή όταν ο έφηβος πείθεται για την παντοδυναμία των εχθρικών του επιθυμιών, εξαιτίας ενός θλιβερού γεγονότος, το οποίο πλήττει τους γονείς²⁴.

3.3 Δευτερογενής πρόληψη – παρέμβαση

Η δευτερογενής πρόληψη περιλαμβάνει την ενδονοσοκομειακή αντιμετώπιση του εφήβου με: **α)** φαρμακοθεραπεία, **β)** ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις (ευθείες και ατομικές), **γ)** παροχή πληροφόρησης προς τον έφηβο και τους οικείους του και **δ)** επίβλεψη του εφήβου και καθοδήγηση καθ' όλη τη διαδρομή αντιμετώπισής του. Ο νοσηλευτής θα είναι η βασική πηγή επικοινωνίας ανάμεσα στον έφηβο και τα άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας²⁸.

Η ανάγκη νοσηλείας σε ψυχιατρικό περιβάλλον, μετά από την πραγματοποίηση της πράξης αυτοκτονίας, δε συναντά ομόφωνη αποδοχή. Επιτρέπει την απομάκρυνση του εφήβου από το περιβάλλον το οποίο γέννησε τη συμπεριφορά αυτοκτονίας. Σταθεροποιεί και διευκολύνει την αξιολόγηση και την προετοιμασία ενός θεραπευτικού σχεδίου.

Αλλά η εισαγωγή στο νοσοκομείο έχει και αρνητικά σημεία. Κατηγορείται ότι εισάγει βλαβερές παλινδρομήσεις, αυξάνει την κοινωνική απροσαρμοστία και επικυρώνει τον παθολογικό χαρακτηρισμό. Ο έφηβος μπορεί να προσκολληθεί σ' αυτό το προστατευτικό περιβάλλον, ν' αρνηθεί να το εγκαταλείψει και να εκδηλώσει τάσεις αυτοκτονίας, αν του επιβληθεί η λύση του δεσμού με αυτό το περιβάλλον.

Η μέθοδος νοσηλείας, κατά την οποία ο έφηβος έρχεται στο νοσοκομείο μόνο για το βράδυ και τη νύχτα, είναι μια ενδιαφέρουσα εμπειρία, γιατί συνδυάζει τα

πλεονεκτήματα της συνεχούς νοσηλείας και της παραμονής του εφήβου στο φυσικό του περιβάλλον, επιτυγχάνοντας την προφύλαξή του από τις οικογενειακές πιέσεις και αποφεύγοντας ταυτόχρονα τη διαταραχή της επαγγελματικής και της σχολικής του ζωής. Αυτές οι επιφυλάξεις εξυπνούν την αντίθεση του *Ladame* στην αρχή της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας. Σύμφωνα με τον *Eisenberg* (1980), η κλινική εμπειρία δείχνει ότι πολλοί ασθενείς μπορούν να αντιμετωπισθούν με επιτυχία, χωρίς εισαγωγή. Παρ' όλα αυτά, η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία αποτελεί απαραίτητη λύση στις περιπτώσεις όπου ο κίνδυνος υποτροπής είναι άμεσος. Όταν το οικογενειακό περιβάλλον είναι επικίνδυνα διαταραγμένο ή αντιδρά αρνητικά στην πράξη αυτοκτονίας και όταν είναι αδύνατο να αξιολογήσουμε με άλλον τρόπο την κατάσταση και να πραγματοποιήσουμε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα.

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 επιτυχία της θεραπείας. Διαπιστώθηκε ότι όσο πιο γρήγορα συνέβαινε η ψυχιατρική παρέμβαση, τόσο καλύτερη ήταν η συνεργασία του ασθενούς και η πρόγνωση. Η προσέγγιση πρέπει να είναι αμερόληπτη και καλό είναι να εξετασθεί πρώτος και μόνος του ο έφηβος. Είναι προτιμότερο να αποφύγουμε να συναντήσουμε την οικογένεια πριν τον έφηβο· μπορεί να εισάγει αρνητικά προθύστερα, αναφορικά με την ουδετερότητα της συνέντευξης με τον έφηβο. Η αρχική μέριμνα είναι να δημιουργηθεί μια θετική σχέση, η οποία να προέρχεται από τη θερμή και καλοπροαίρετη στάση του θεραπευτή, η οποία σέβεται και δεν παραβιάζει τον ψυχικό κόσμο του εφήβου, μεταδίδοντάς του ένα συναίσθημα κατανόησης και ενδιαφέροντος.

Ο ψυχίατρος που καλείται επειγόντως ταλαντεύεται ανάμεσα σε δυο αντιτιθέμενες επιταγές: να λάβει όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες, προκειμένου να πάρει μια ορθή απόφαση, και να αποφύγει να κατακλύσει τον έφηβο με ερωτήσεις, οι οποίες θα βάλουν σε κίνδυνο τη σχέση. Είναι προτιμότερο να θυσιάσουμε τη συλλογή πληροφοριών προς όφελος της αναζήτησης της εμπιστοσύνης του εφήβου. Η απόφασή του, σχετικά με τη διατήρηση της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, μπορεί με αξιοπιστία να βασιστεί σε στοιχεία για τα οποία υπάρχει εύκολα η δυνατότητα να εκτιμηθούν: η ικανότητα του εφήβου να δέχεται και να επωφελείται από την προσφερόμενη υποστήριξη, ο βαθμός της πρόθεσής του να πεθάνει, ο τρόπος εκτέλεσης και οι ιατρικές συνέπειες της αυτοκτονικής πράξης, οι αντιδράσεις της οικογένειας. Είναι φρόνιμο να

παρατείνουμε το χρόνο νοσηλείας όταν έχουμε να κάνουμε μ' ένα καταθλιπτικό έφηβο.

Η ύπαρξη μιας σχέσης εμπιστοσύνης συνεπάγεται την αποτελεσματικότητα, ανεξάρτητα από το ποιά είναι η τελική απόφαση. Εάν επιλεγεί η παράταση της νοσηλείας, το ιδανικό θα ήταν να εξακολουθήσει να ασχολείται με τον έφηβο ο ψυχίατρος ο οποίος τον είδε πρώτος. Αν επιλέξουμε την έξοδο από το νοσοκομείο και τη συνέχεια της παρακολούθησης στα εξωτερικά ιατρεία, η συναισθηματική επένδυση της σχέσης θεραπευτή-θεραπευόμενου-οικογένειας δε θα είναι άχρηστη, γιατί από αυτήν εξαρτάται η αποδοχή και η πραγματοποίηση του προβλεπόμενου προγράμματος από την οικογένεια. Αν επιτευχθεί συμφωνία με την οικογένεια και αν δεν είναι δυνατή η παρακολούθηση από τον παρεμβαίνοντα στο νοσοκομείο ψυχίατρο, πρέπει να δώσουμε στον έφηβο να καταλάβει ότι δεν τον εγκαταλείπουμε. Θα ήταν σημαντικό γι' αυτό το σκοπό να εκδηλώσει ο ψυχίατρος το πραγματικό του ενδιαφέρον και την εμπλοκή του στην υπόθεση, ερχόμενος ο ίδιος σε επαφή με τη θεραπευτική μονάδα την οποία συστήνει για τον έφηβο²⁴.

3.4 Τριτογενής πρόληψη

Κλασικά, η τριτογενής πρόληψη αντιπροσωπεύει το σύνολο των μέτρων, τα οποία προορίζονται για την αποφυγή των υποτροπών. Ωστόσο, οι μακροχρόνιες μελέτες αποκαλύπτουν ότι η επανάληψη των πράξεων αυτοκτονίας δεν ήταν ο μόνος κίνδυνος που απειλεί τον έφηβο. Αυτή η διαπίστωση οδήγησε στη διεύρυνση της έννοιας της τριτογενούς πρόληψης, στο σύνολο των γεγονότων τα οποία μπορούν να ακολουθήσουν μια απόπειρα αυτοκτονίας. Αναγκασθήκαμε, λοιπόν, να υιοθετήσουμε τον τρόπο θεραπείας σε σχέση με την ύπαρξη επικίνδυνων παραγόντων αλλά, αυτή τη στιγμή, δεν υπάρχει σύμφωνια σχετικά με την επιθυμητή θεραπευτική προσέγγιση. Η απουσία οργανωμένων μελετών για έλεγχο των αποτελεσμάτων των διαφόρων τύπων θεραπείας εγκαταλείπει τον κλινικό σε εμπειρικές εκλογές, όπου η προσωπική του διαμόρφωση ως θεραπευτή υπερέχει των απαιτήσεων της κλινικής περιπτώσεως²⁴.

Εδώ, ο νοσηλευτής έχει καθοριστικό ρόλο στην προσπάθεια του εφήβου να αποκατασταθεί κοινωνικά, ενώ ταυτόχρονα θα προσφέρει ψυχολογική υποστήριξη (κάθε φορά που ο έφηβος θα την χρειάζεται), προσεγγίσεις συμβουλευτικού

χαρακτήρα, ενώ θα εκπαιδεύσει το άτομο να αποφεύγει τους στρεσογόνους παραγοντες και τις αγχογόνες καταστάσεις ή να αντιδρά πιο χαλαρά σ' αυτές. Ακόμη, κάθε φορά που χρειάζεται, θα προτείνει εναλλακτικές λύσεις στα προβλήματα που θα του καταθέτει ο έφηβος, μέσα σ' ένα κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης και εκτίμησης της προσωπικότητας. Πάνω απ' όλα, ο νοσηλευτής θα είναι ο μεγάλος ακροατής κάθε φορά που ο έφηβος θα αισθάνεται την ανάγκη εξωτερίκευσης των συναισθημάτων και των σκέψεών του²⁸.

Παρ' όλα αυτά, διαθέτουμε ορισμένες εργασίες που περιγράφουν την πρόγνωση αυτών των εφήβων, μετά από μια συνηθισμένη ψυχιατρική παρακολούθηση αυτής της μεθόδου. Η επιδείνωση της εξέλιξης αποκαλύπτει την ανεπάρκεια και απαιτεί μια πληρέστερη αγωγή²⁴.

3.5 Γενικά προληπτικά μέτρα για την αυτοκτονία

Η βάση για μια ομαλή εφηβεία, ώστε να αποφύγει ο έφηβος τις ψυχικές εντάσεις και τα αρνητικά συναισθήματα, που είναι δυνατό να τον εξωθήσουν ως και την αυτοκτονία, και ο θεμέλιος λίθος, για να μπορέσει αυτός να αναπτύξει μια ομαλή και υγιή ψυχική ζωή και αισιόδοξη στάση απέναντι στη ζωή, είναι η οικογένεια με τη σωστή συμπεριφορά της προς αυτόν κατά την παιδική και την εφηβική του ηλικία. Αντίθετα, το σχολείο μπορεί να παίζει μόνο επικουρικό ρόλο γι' αυτές τις αρετές. Και αυτές θα μπορέσει να του τις εξασφαλίσει η οικογένεια, όταν οι γονείς του του δείχνουν έμπρακτο ενδιαφέρον και προπάντων όταν του προσφέρουν αναγνώριση και αποδοχή και τη χωρίς όρους αγάπη τους.

Και από την άλλη, το σχολείο θα συμβάλλει σ' αυτά, αν οι εκπαιδευτικοί αποδέχονται το μαθητή, άσχετα από την οποιαδήποτε αδυναμία του και του συμπαραστέκονται στην προσπάθειά του να αναπτύξει τις θετικές ικανότητές του και το θετικό δυναμικό του, ώστε να εξελιχθεί σε ένα υγιές στοιχείο της κοινωνίας, συμβάλλοντας στην προκοπή και την ευτυχία τη δική του και των συνανθρώπων του. Και απαραίτητες προϋποθέσεις γι' αυτά είναι η αμοιβαία κατανόηση, ο αλληλοσεβασμός και προπάντων η δημιουργία μεταξύ εκπαιδευτικών και μαθητών

αυθεντικών και γνήσιων ανθρωπίνων σχέσεων και χωρίς επιφυλακτικότητα και υποκριτικότητα.

Ειδικοί επιστήμονες υποστηρίζουν ότι αυτή είναι ένα αξιόλογο επιστημονικό έργο, που απαιτεί πολλές ειδικές γνώσεις, ανεξάντλητη αγάπη, υπομονή και ανεκτικότητα, που δεν τελειώνει μέσα στα πλαίσια του οικογενειακού περιβάλλοντος, αλλά συνεχίζεται στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον σε ολόκληρη τη ζωή του ανθρώπου. Πάντως, το βασικότερο είναι η αγάπη. **“Η έλλειψη αγάπης αποτελεί την κύρια αιτία σοβαρών νευρώσεων και ακόμη και ψυχώσεων κατά την εφηβεία”**, όπως χαρακτηριστικά λέει ο *Λέο Μπουσκάλια*. Και, για τη διευκόλυνση της αγωγής, τέτοιες γνώσεις μπορούν να αποκτήσουν οι γονείς στις λεγόμενες **Σχολές Γονέων** και με την ενημέρωσή τους για τις ανθρώπινες σχέσεις.

Ιδιαίτερα όμως, για την πρόληψη και τη θεραπεία της τάσης για αυτοκτονία του εφήβου, απαιτείται στενή συνεργασία των γονέων με τους εκπαιδευτικούς και ακόμη και με τους φίλους του, αλλά προπάντων συμπαράσταση και καθοδήγησή του από τους γονείς του, που δεν είναι δυνατό να αντικατασταθούν από τους φίλους του. Η πιο αποτελεσματική βοήθεια για να ξεπεράσει στην περίπτωση αυτή τις δυσκολίες του είναι να αλλάξει κοινωνικό περιβάλλον. Το πιο σοβαρό όμως αντίδοτο για την τάση αυτοκτονίας του εφήβου είναι η καλλιέργεια από νωρίς σ’ αυτόν, ακόμη και από την παιδική του ηλικία, υγιών ιδανικών, που οδηγούν στην ευτυχία. Και η ευτυχία έρχεται και γίνεται η ζωή ευχάριστη, όταν ο άνθρωπος βρίσκει κάποιο νόημα στη ζωή, υπηρετώντας κάποιο σκοπό ή αγαπώντας κάποιο πρόσωπο, χωρίς φυσικά να πάψει να αγαπά και τον εαυτό του.

Τα κυριότερα προβλήματα έχουν σχέση με την οικογένεια και το σχολείο. Επομένως είναι απόλυτη ανάγκη να συνειδητοποιηθεί ότι απαιτείται στενή και συχνή συνεργασία των δύο αυτών κοινωνικών θεσμών για την προστασία και την πρόοδο των ανηλίκων, που δεν κάνουν τίποτε περισσότερο από το να ακολουθούν και να αντιγράφουν τα ίχνη και το παράδειγμα των ενηλίκων. Εδώ θα πρέπει να τονίσουμε ότι οι υπερβολικές απαιτήσεις των γονέων από τα παιδιά τους για υψηλή επίδοση, πηγάζει από τη φιλοδοξία τους να αυξήσουν το δικό τους, κυρίως, γόητρο με τους πολύ υψηλούς βαθμούς των παιδιών τους. Και το αποτέλεσμα της φιλοδοξίας τους αυτής είναι να καλλιεργήσουν και στα παιδιά τους τη νοσηρή αυτή νοοτροπία. Δεν καταλαβαίνουν ότι μη αριστούχος, αλλά αντίθετα μικροί βαθμοί στο σχολείο δε σημαίνουν οπωσδήποτε και αποτυχία στη ζωή.

Επειδή η αποτυχία στο σχολείο επιδρά μερικές φορές πάρα πολύ αρνητικά στον έφηβο, θα πρέπει οι γονείς, σε μια αποτυχία ή ένα σφάλμα του παιδιού τους, να έχουν υπόψη τους τα εξής: αντί να αρχίσουν να χάνουν την ψυχραιμία τους και να αρχίσουν να φωνάζουν και να το βρίζουν, θα πρέπει να το καθησυχάσουν και να το ενθαρρύνουν, ψάχνοντας να βρουν τους λόγους της αποτυχίας ή του σφάλματος με νηφαλιότητα. Εδώ ασφαλώς χρειάζεται και η ηθική, πατρική και συνετή συμπαράσταση των εκπαιδευτικών με το μαθητή και τη στενή συνεργασία τους με τους γονείς του. Με την προληπτική συμβουλευτική, ο νέος άνθρωπος θα προετοιμαστεί και θα θωρακιστεί για την αντιμετώπιση των τυχόν αποτυχιών και θα του καλλιεργήσουν την ιδέα να φιλοσοφεί μπροστά στις αποτυχίες της ζωής. Η ψυχική θωράκιση είναι η σπουδαιότερη από όλες τις άλλες προσφορές προς αυτόν.

Τέλος, το βασικότερο μέσο είναι η πρόληψη και η προβολή ηθικών αξιών. Θα πρέπει συνάμα οι αρμόδιοι και όλοι γενικά οι ενήλικοι να διδάσκουν έμπρακτα με τη δική τους ζωή κάθε μέρα, ότι η ζωή είναι το μεγαλύτερο αγαθό, που αξίζει να τη γεύεται και να τη σέβεται ο άνθρωπος.

Επίσης, οι γονείς θα πρέπει να ξέρουν ότι σε κάθε οικογένεια υπάρχει μια οικογενειακή ψυχή και μια συναισθηματική ζωή, που μεταβιβάζονται ασυναίσθητα από τη μια γενιά στην άλλη. Γι' αυτό ο *Freud* και οι άλλοι, όπως και ο *Ντράικορς*, υποστηρίζουν ότι για να “θεραπεύσουμε” με επιτυχία έναν προβληματικό έφηβο, επιβάλλεται να “θεραπεύσουμε” πρώτα την οικογένειά του, γιατί συχνά το “σύμπτωμα” του εφήβου είναι ένδειξη οικογενειακής “πάθησης”. Και, αν δεν προηγηθεί η θεραπεία της οικογένειας, αυτή ασυνείδητα θα σαμποτάρει τη “θεραπεία” του εφήβου της¹⁴.

3.5.1 Εκπαιδευτικά προγράμματα

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα έχουν γενικά ως στόχο τα εξής:

α) Να γνωστοποιήσουν το πρόγραμμα με το να δείξουν ταινίες εφήβων που έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν ή με το να αναφέρουν στατιστικές (π.χ. ότι η αυτοκτονία είναι η 24^η αιτία θανάτου στους εφήβους).

β) Να προωθήσουν την έμμεση εύρεση περιστατικών.

γ) Να προωθήσουν την αποκάλυψη αυτοκτονικής τάσης. Αυτό γίνεται με την παρουσίαση ενός μοντέλου αυτοκτονίας που μπορεί να μην είναι δυσφημιστικό. Άρα, το πρόγραμμα μπορεί να δηλώνει ότι η αυτοκτονία **δεν** είναι χαρακτηριστικό ψυχικής ασθένειας, αλλά μια αντίδραση σε κοινό εφηβικό stress και πίεση για επιτυχία, οικογενειακά προβλήματα, αλλαγή στο σύστημα ηθικών αξιών, χρήση ναρκωτικών, οινοπνεύματος κλπ. Αυτό μπορεί να ενισχυθεί με τον προβολή ελκυστικών νέων που έχουν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας για αυτούς τους λόγους.

δ) Να παρέχει στο προσωπικό και στους μαθητές πληροφορίες για ψυχικές διαταραχές, ιδιαίτερα για το πώς λειτουργούν και πώς μπορούν να προσπελαστούν.

Διδακτικά, τα εκπαιδευτικά προγράμματα για την εμπόδιση της αυτοκτονίας μπορεί να δεχθούν κριτική ότι είναι μια στρατηγική υψηλού κινδύνου. Ο μεγάλος αριθμός εφήβων που είναι εκτεθειμένοι στα προγράμματα δεν δείχνει κανένα κίνδυνο για αυτοκτονία. Επίσης, δεν υπάρχουν στοιχεία ότι αυτά τα προγράμματα αλλάζουν σε φυσιολογικούς μαθητές τη νοοτροπία τους για την αυτοκτονία ή ότι βοηθούν μαθητές υψηλού κινδύνου να την αναζητήσουν. Η αποτυχία για μια ουσιαστική διδακτική προσέγγιση έχει άμεση σχέση με τις εκπαιδευτικές στρατηγικές για την αποτροπή από το αλκοόλ, τα ναρκωτικά και την έναρξη της σεξουαλικής ζωής σε μικρή ηλικία. Υπάρχει μια πρόταση ότι τέτοια προγράμματα προωθούν τους μαθητές σε ένα μοντέλο αυτοκτονία που δεν στιγματίζει τα άτομα από τους “*σχεδιαστές*”, δηλαδή ένα μοντέλο που αιτιολογεί την αυτοκτονία σαν αποτέλεσμα του υπερβολικού stress και όχι σε ψυχοπαθολογικά αίτια.

Αυτά τα προγράμματα δεν έχουν λύσει το δίλημμα για το πώς να κάνουν την αυτοκτονία λιγότερο λιγότερο “ντροπιαστική” και ταυτόχρονα να μειώσει τις απαγορεύσεις που μπορούν να συμβάλλουν στο να μετατρέψουν την αυτοκτονία σε απλά στατιστικά στοιχεία²³.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Διάγνωση – Πρόγνωση

- **Διάγνωση**
- **Πρόγνωση**
- **Το μέλλον του εφήβου με τάσεις αυτοκτονίας**

Κεφάλαιο 4

4.1 Η αξιολόγηση και η διάγνωση

Η δυναμικά βαριά πρόγνωση δικαιολογεί την αξιολόγηση. Η αξιολόγηση οφείλει να προσδιορίσει το φυσιολογικό και το παθολογικό, τις θετικές και τις αρνητικές συμπεριφορές, τα πλεονεκτήματα και τις αδυναμίες του εφήβου και της οικογένειάς του. Η διάγνωση δεν μπορεί να περιοριστεί στο να κατονομασθεί η ψυχολογία του παιδιού, αλλά πρέπει να διευρυνθεί με την περιγραφή των οικογενειακών σχέσεων, με τη διατύπωση υποθέσεων σχετικά με τη λειτουργία της οικογένειας και τη γένεση της παρούσας κρίσης²⁴.

4.1.1 Η διάγνωση στον έφηβο

Σύμφωνα με την κλασική αντίληψη, η διαγνωστική διαδικασία στηρίζεται στο να προσδιορίσουμε αν η σημειολογία αντιστοιχεί σε μια κατηγορία της παραδοσιακής νοσογραφίας. Η συχνότητα της ύπαρξης ψυχιατρικών διαταραχών δεν είναι ομόφωνα αποδεκτή στην αυτοκτονία του εφήβου. Αν ο *Χάμ* (1969) θεωρούσε ότι μπορούσε να θέσει μια ψυχιατρική διάγνωση “*το περισσότερο για ένα 20-30% των εφήβων που είχαν πραγματοποιήσει μια απόπειρα αυτοκτονίας*”, οι *Davidson* και *Choquet* (1981) εκτιμούν ένα ποσοστό ψυχικών ασθενειών μεγαλύτερο από 50%, τις οποίες κατατάσσουν σε 18,7 παθολογικές προσωπικότητες, 15,9 νευρώσεις, 10,6 καταθλιπτικές διαταραχές και 7,7% ψυχώσεις. Οι *Moron* και *συνεργάτες* (1980) σημειώνουν ένα ποσοστό 14% διάγνωση διανοητικής ανεπάρκειας, η οποία παρ’ όλη τη σοβαρότητά της σπάνια λαμβάνεται υπόψη. Είναι συνηθισμένο να αντιλαμβανόμαστε τέτοιες διαφορές εξαιτίας της ανικανότητας προσαρμογής της νοσογραφίας του ενήλικα στον έφηβο.

Το πιο σημαντικό, σ’ αυτή τη νοσογραφική προσέγγιση, είναι η διάγνωση μιας κατάθλιψης, ή μιας σχιζοφρένειας, γιατί τέτοιες καταστάσεις απαιτούν ιδιαίτερη θεραπευτική παρέμβαση. Πρόσφατα η διάγνωση των καταθλίψεων εμπλουτίστηκε με βιολογικές δοκιμασίες. Το ενδιαφέρον τους έγκειται στην ανακάλυψη ενδογενών καταθλίψεων όταν η συμπτωματολογία είναι άτυπη, αμφίβολη ή καλυμμένη. Αυτές οι ενδογενείς καταθλίψεις, οι οποίες από μερικούς θεωρούνται βιολογικής προέλευσης, είναι ιδιαίτερα ευαίσθητες στη φαρμακοθεραπεία. Το τεστ της δεξαμεθαζόνης (*DST*) και το τεστ της *TRH* (*εκλυτικός παράγοντας θυρεοτροπίνης*) είναι τα πιο γνωστά.

Εξερευνούν τους υποθαλαμο-υποφύσο-επινεφριδιακούς και θυρεοειδικούς άξονες, η δραστηριότητα των οποίων ελέγχεται από ανώτερα κέντρα, με τη μεσολάβηση των ιδίων νευρομεταβιβαστών μ' αυτούς που διαταράσσονται στις ενδογενείς καταθλίψεις. Επομένως, μια ανωμαλία σ' αυτές τις δοκιμασίες θα αποτελούσε ένδειξη δυσλειτουργίας της νευροδιαβίβασης, η οποία συνδέεται με την ενδογενή κατάθλιψη. Αποδείχθηκε ότι αυτές οι δοκιμασίες στον ενήλικα είναι ταυτόχρονα ευαίσθητες και ειδικές. Εφόσον απουσιάζουν οι κλινικές ενδείξεις, φαίνεται άνοητο να ανατρέξουμε σ' αυτές τις εξετάσεις, οι οποίες τότε παραμένουν αρνητικές, θέτοντας σε αμφισβήτηση την ύπαρξη ενός "ενδογενούς" καταθλιπτικού παράγοντα, ο οποίο καλύπτεται, στις απόπειρες αυτοκτονίας του εφήβου.

Αντίθετα, σε 25 εφήβους από 13 μέχρι 18 ετών, οι οποίοι νοσηλεύτηκαν μετά από μια απόπειρα αυτοκτονίας και οι οποίοι θεωρήθηκαν ως κλινικά καταθλιπτικοί, η μία από τις δυο εξετάσεις δεν ήταν φυσιολογική στο 73% των περιπτώσεων, αν και κανένας δεν εκπλήρωνε τα κλασικά κριτήρια της μελαγχολίας, ή αυτά της βαρείας κατάθλιψης του *DSM III*. Η κλινική πρακτική ίσως υποτιμά τη συχνότητα των ενδογενών καταθλίψεων και τη συμμετοχή ενός βιολογικού παράγοντα στον καθορισμό της αυτοκτονίας του εφήβου.

Η αξιολόγηση δε θα μπορούσε να περιορισθεί σε μια απλή αντιπαράθεση του εφήβου με την κλασική ταξινόμηση. Πρέπει, ακόμη, να αξιολογήσουμε το σύνολο της συμπεριφοράς, για να ανακαλύψουμε τις ικανότητες και τις ανεπάρκειες, προτού εκτιμήσουμε την επίδρασή του στην πρόγνωση. Ιδιαίτερα, είναι απόλυτα αναγκαίο να εκτιμήσουμε την ικανότητα του εφήβου να αναπτύσσει συναισθηματική σχέση κι αυτό μέσα από μια διπλή προοπτική. Σύμφωνα με τη στηριζόμενη στη θεωρία της συμπεριφοράς άποψη, πρέπει να κρίνουμε τις συμπεριφορές επικοινωνίας του εφήβου και την ικανότητα διαπραγμάτευσης των ψυχικών συγκρούσεων που σχετίζονται με τις σχέσεις του. Σύμφωνα με μια πιο ψυχοδυναμική άποψη, αρμόζει να εκτιμήσουμε τη συναισθηματική διαθεσιμότητα του εφήβου, στο επίπεδο των σχέσεων με τους άλλους, την ικανότητα να γίνεται οικείος και να αντιλαμβάνεται τα συναισθήματα των άλλων, το επίπεδο της θεμελιώδους εμπιστοσύνης. Η έρευνα δεν πρέπει να περιορίζεται στις αρνητικές πλευρές πρέπει επίσης να ανακλά και τη θετική πλευρά, στην οποία μπορεί να στηριχθεί η θεραπευτική προσέγγιση.

4.1.2 Η οικογενειακή διάγνωση

Αντίστοιχα με την αξιολόγηση του εφήβου, πρέπει να έχουμε και μια λειτουργική ανάλυση της οικογένειας, προκειμένου να εκτιμηθεί τόσο η θετική ή αρνητική της συμμετοχή στη γένεση της πράξης αυτοκτονίας, όσο και οι διαταραχές οι οποίες πρέπει να διορθωθούν, ή τα θετικά στοιχεία, τα οποία θα πρέπει να προαχθούν. Προκειμένου να είναι πλήρης η αξιολόγηση, θα πρέπει να επιχειρηθεί σε 3 επίπεδα: το στηριζόμενο στη συμπεριφορά, το συστημικό και το ψυχοδυναμικό. Σ' αυτές τις τρεις προσεγγίσεις, η ιστορία της οικογένειας, της παιδικής ηλικίας και της εφηβείας των γονέων, της συνάντησης και της εξέλιξης του ζευγαριού, της γέννησης και της ανατροφής των παιδιών, είναι ουσιαστικές για τη διαμόρφωση υποθέσεων σχετικά με την παρούσα οικογενειακή λειτουργία και το είδος των κατάλληλων παρεμβάσεων.

Η ιδιαιτερότητα της στηριζόμενης στη θεωρία της συμπεριφοράς προσέγγισης της οικογένειας, προσφέρει μια προωθημένη αξιολόγηση, στην οποία εξειδικεύονται **τέσσερις βασικοί στόχοι:**

- 1) Οι τρόποι επικοινωνίας,
- 2) Ο τρόπος επιλύσεως των προβλημάτων,
- 3) Τα μέσα αμοιβαίου ελέγχου, με προτροπές και τιμωρίες,
- 4) Οι νοητικές μεταβλητές, οι οποίες αφορούν την αντίληψη των προβλημάτων, την απόδοση αιτιολογίας και τις υποθέσεις σχετικά με τις δυνατότητες βελτίωσης της καταστάσεως.

Η συστηματική προσέγγιση προσδιορίζει τους ιδιαίτερους κανόνες των σχέσεων, μέσα στην οικογένεια, την ακαμψία ή την ευκαμψία τους, τη σταθερότητα ή την εξέλιξή τους, τους ρόλους και τις αλληλεπιδράσεις τους, την ισορροπία ανάμεσα στις δυνάμεις της ομοιοστασίας και της αλλαγής, τις λειτουργίες της πράξης αυτοκτονίας μέσα στο οικογενειακό σύστημα. Η ψυχοδυναμική προοπτική αναζητά τους παθολογικούς τρόπους των οικογενειακών συγκρούσεων, όπως: διχασμός της οικογένειας, συλλογική άρνηση ή προβολή, μετατόπιση των ατομικών συγκρούσεων μέσα στις σχέσεις με το μηχανισμό της προβολής, ταύτιση ή φαινόμενα μεταβίβασης.

Είναι φανερό ότι αυτή η αξιολόγηση αντιπροσωπεύει ένα ιδεώδες, που δύσκολα πραγματοποιείται. Συχνά, έχουμε την τάση να προτιμούμε μια προσέγγιση η οποία φαίνεται ότι αντιστοιχεί καλύτερα στην προκείμενη οικογενειακή παθολογία. Τελικός στόχος είναι να εκτιμήσουμε τα κίνητρα, τις ικανότητες και τις αντιστάσεις στην αλλαγή, όποιο κι αν είναι το επίπεδο στο οποίο εξελίσσονται²⁴

4.2 Πρόγνωση

Η αξιολόγηση πρέπει να ανοίξει το δρόμο για πρόγνωση, για υποθέσεις σχετικά με τη διεργασία της αυτοκτονικής προβληματικής και για ένα θεραπευτικό σχέδιο. Στην ουσία, είναι η πρόγνωση που καθορίζει και τη θεραπευτική αγωγή. Ωστόσο, οι προγνωστικοί παράγοντες δεν είναι ακόμα αρκετά διευκρινισμένοι και, μέχρι τώρα, έχουμε κυρίως απασχοληθεί με το να εντοπίσουμε τα στοιχεία τα οποία μας επιτρέπουν να προβλέψουμε την υποτροπή της αυτοκτονίας. Οι *McIntire* και *συνεργάτες* (1977) διακρίνουν τους παράγοντες, οι οποίοι βρίσκονται σ' αρνητική συσχέτιση με την υποτροπή (ασήμαντος κίνδυνος θανάτου κατά την απόπειρα αυτοκτονίας, ο οποίος εκτιμάται σύμφωνα με την τεχνική που χρησιμοποιήθηκε εχθρότητα, αντικοινωνικές συμπεριφορές, όχι σημαντική κατάθλιψη) και αυτούς που έχουν θετική συσχέτιση (σημαντικός κίνδυνος θανάτου και κατάθλιψη, ή κατάθλιψη και εχθρότητα). Οι *Davidson* και *Choquet* (1981) διακρίνουν έξι παράγοντες κινδύνου: “Ψυχιατρική διάγνωση ψύχωσης, ή παθολογικής προσωπικότητας. Το να ανήκει κανείς σε μια οικογένεια με τέσσερα ή περισσότερα παιδιά. Οικογενειακό ιστορικό αλκοολισμού. Ατομικό ιστορικό διαταραχών συμπεριφοράς και δυσχεριών αναφορικά με το χαρακτήρα και τις σπουδές. Παθολογικές οικογενειακές σχέσεις. Καταθλιπτικές τάσεις”. Το δυναμικό της αυτοκτονίας είναι λειτουργία δύο ομάδων παραγόντων: ατομικών (όπως είναι η παρορμητικότητα, η επιθετικότητα, η κατάθλιψη, η αγωνία, η ανεπάρκεια των μοντέλων ελέγχου και επικοινωνίας) και κοινωνικών και οικογενειακών (όπως είναι οι πηγές συναισθηματικής υποστήριξης, η ποιότητα και η διαθεσιμότητά τους). Η θεραπευτική αγωγή καθορίζει δυο στόχους: τη διόρθωση των ατομικών παραγόντων και την τροποποίηση του περιβάλλοντος²⁴.

4.3 Το μέλλον του εφήβου με τάσεις αυτοκτονίας

Αρχικά, το ενδιαφέρον στράφηκε στον κίνδυνο των υποτροπών, στην αύξηση των χρησιμοποιούμενων μέσων και στη θνησιμότητα. Ο θάνατος μπορεί να είναι το αποτέλεσμα μιας ανεσταλθείσας πρόθεσης, ή της “φαρμακολογικής ρουλέτας”, για την οποία μιλούν οι *McIntire* και συνεργάτες (1977). Η τάση για υποτροπή εκτιμήθηκε περισσότερο από έρευνες που έγιναν στο ιστορικό των ασθενών, παρά από μελέτες που έγιναν με βάση την πιθανότητα υποτροπής. Οι *Gaultier* και συνεργάτες (1965) βρίσκουν προηγούμενες απόπειρες στο 25% των αγοριών και στο 30% των κοριτσιών, μεταξύ 400 εφήβων με τάσεις αυτοκτονίας, ενώ οι *McIntire* και *Angle* απαριθμούν 26% μεταξύ 50 ατόμων. Το δίδαγμα, το οποίο μπορούμε να εξάγουμε από αυτές τις διαπιστώσεις, είναι περιορισμένο. Μόνο οι μελέτες με βάση την πιθανότητα υποτροπής επιτρέπουν τις διαπιστώσεις, επιτρέπουν την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των μέτρων πρόληψης.

Τα πολλαπλά εμπόδια που συναντώνται στην πραγματοποίησή τους, εξηγούν τη σπανιότητά τους: οι *McIntire* και συνεργάτες (1977), κατά τη διάρκεια δυο ετών, παρακολούθησαν 26 εφήβους μετά την απόπειρα αυτοκτονίας. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου στο 31% των περιπτώσεων υπήρξε υποτροπή. Αλλά μόνο στους 6 από τους 26 υπήρξε βελτίωση. Η έλλειψη κοινωνικής προσαρμογής, η κατάθλιψη, οι αντικοινωνικές συμπεριφορές ή ο αλκοολισμός χαρακτήριζαν συχνά την εξέλιξη άλλων. Η διάρκεια της νοσηλείας και της ψυχοθεραπείας δεν επηρέαζαν την πρόγνωση. Μόνο η τροποποίηση του περιβάλλοντος όπου ζούσε ο έφηβος αποδείχθηκε αποτελεσματική. Μια τέτοια μελέτη δείχνει ότι η απόπειρα αυτοκτονίας του εφήβου δεν αντανακλά μια κρίση, η οποία έχει την τάση να λυθεί εύκολα.

Αντίθετα, αποτελεί ένδειξη μιας έλλειψης προσαρμογής η οποία, αν δεν υπάρξει δραστική παρέμβαση, έχει την τάση να διατηρηθεί. Η αξιοσημείωτη μελέτη του *Otto* (1972) επιβεβαιώνει ότι η υποτροπή δεν είναι ο μόνος κίνδυνος ο οποίος επιβαρύνει την εξέλιξη του εφήβου που έχει τάσεις αυτοκτονίας: 1547 παιδιά και έφηβοι, Σουηδοί, οι οποίοι είχαν πραγματοποιήσει μια απόπειρα αυτοκτονίας παρακολουθήθηκαν, κατά τη διάρκεια 10 ή 15 ετών και συγκρίθηκαν με μια ομάδα ελέγχου. Κατά τη διάρκεια αυτού του χρονικού διαστήματος 84 άτομα πέθαναν, εκ

των οποίων 67 από αυτοκτονία έναντι 27 της ομάδας ελέγχου. Η αντιπαράθεση της εξέλιξης των δυο πληθυσμών, αποκαλύπτει ένα σημαντικά αυξημένο ποσοστό των ενδείξεων της έλλειψης κοινωνικής προσαρμογής στα άτομα τα οποία είχαν παλαιότερα εμφανίσει τάσεις αυτοκτονίας χαρακτηρίζονται από αυξημένη συχνότητα αλκοολισμού, διαζυγίων, απαλλαγών λόγω ανικανότητας από τη στρατιωτική θητεία, δικαστικών καταδικών, αποχών από την εργασία εξαιτίας φυσικής ή ψυχικής νόσου, απόκτησης αναπηρικής σύνταξης.

Οι *Nardini-Maillard* και *Ladame* (1980) προσπάθησα να προσδιορίσουν κυρίως την ψυχολογική πρόγνωση. Μετά από έξι ή επτά χρόνια, μπόρεσαν να βρουν και να μελετήσουν μόνο 13 από 130 εφήβους. Όλοι είχαν προσβληθεί από σοβαρή ψυχοπαθολογία, η οποία στις πέντε περιπτώσεις κρίθηκε κοντά στην ψύχωση. Η εξέταση που διεξάγεται μέσα από την οπτική, την οποία προτιμούν αυτοί οι συγγραφείς, δείχνει πάντοτε έλλειψη επίλυσης της διαδικασίας του διαχωρισμού και της έναρξης των ταυτοποιήσεων.

Από το σύνολο αυτών των μελετών προκύπτει η εντύπωση ότι η απόπειρα αυτοκτονίας αποτελεί συχνά μαρτυρία μιας χρονικής παρεκτροπής της ανάπτυξης και δεν μπορούμε πάντα να ελπίζουμε, να τη διαγράψουμε με μια απλή παρέμβαση. Μια δραστήρια και παρατεινόμενη θεραπευτική, η οποία απευθύνεται ταυτόχρονα και στον έφηβο και στο περιβάλλον του, είναι συχνά απαραίτητη. Μια απόπειρα αυτοκτονίας πρέπει να προκαλέσει μια πλήρη αξιολόγηση (των παραγόντων που την προσδιορίζουν), η οποία θα αποσκοπεί στην επιλογή των περιπτώσεων οι οποίες απαιτούν αυτή τη θεραπευτική προσπάθεια²⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Θεραπεία

- Θεραπεία αυτοκτονίας
- Ψυχοθεραπεία
- Φαρμακοθεραπεία
- Θεραπεία περιβάλλοντος
- Ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχοθεραπεία

5.1 Θεραπεία αυτοκτονίας

Η αυτοκτονία, είτε σαν πρόθεση είτε σαν πράξη, είναι μια από τις σοβαρότερες και πιο συναισθηματικά φορτισμένες καταστάσεις της επείγουσας ψυχιατρικής, τόσο για τους ασθενείς όσο και για τις οικογένειές τους και τους κλινικούς.

Περίπου τα $\frac{3}{4}$ από αυτούς που αυτοκτονούν έχουν συμβουλευθεί προηγουμένως ένα γιατρό (για ενοχλήσεις που συνήθως έχουν σχέση με τη σωματική τους υγεία) μέσα στους έξι μήνες πριν το θάνατό τους. Μην ξεχνάμε ότι η αυτοκτονία βρίσκεται παντού και αποτελεί επείγουσα κατάσταση για κάθε υπηρεσία υγείας³⁸.

Όλοι γνωρίζουμε ότι η εφηβική περίοδος ανάπτυξης της προσωπικότητας, η οποία χαρακτηρίζεται από την προσπάθεια του ατόμου για αποχωρισμό και εξατομίκευση, είναι ιδιαίτερα ευαίσθητη στην εμφάνιση σκέψεων αυτοκτονίας, αλλά και αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Όπως έχουμε ήδη αναφέρει, ως αυτοκτονική συμπεριφορά ορίζεται εκείνη κατά την οποία το άτομο στρέφει την επιθετικότητά του εναντίον του εαυτού του³.

Όπως είναι γνωστό, η καλύτερη αντιμετώπιση ενός προβλήματος (και ιδιαίτερα της αυτοκτονίας) είναι η πρόληψη. Τι γίνεται όμως όταν ο έφηβος έχει κάνει ήδη απόπειρα αυτοκτονίας; Σίγουρα χρειάζεται βοήθεια ή θεραπεία. Αλλά τι είδος θεραπείας μπορεί να ακολουθήσει ένας έφηβος που μόλις έκανε απόπειρα αυτοκτονίας; Είναι ευνόητο ότι ο έφηβος έχει μεγάλη ανάγκη να μπορεί να επικοινωνήσει με κάποιον, με έναν τρόπο που θα είναι ουσιαστικός γι' αυτόν. Παράλληλα, χρειάζεται να γνωρίζει ότι μπορεί να εξαρτηθεί από αυτόν και ότι θα έχει αυτή τη συναισθηματική παροχή και υποστήριξη του Εγώ του για όσο χρονικό διάστημα χρειαστεί. Εκείνο που είναι επίσης σημαντικό στη θεραπεία του εφήβου, είναι η ευκαμψία από τη μεριά του θεραπευτή, μαζί με μεγάλη ικανότητα για συναισθηματική προβλητική ταυτοποίηση με τον έφηβο. Επίσης, στη θεραπεία του εφήβου είναι απαραίτητο, κυρίως στην αρχική φάση, να δοθεί κατευθείαν υποστήριξη για να αντιμετωπισθούν οι καθημερινές του δυσκολίες. Στην ουσία, προτείνεται μια ψυχοθεραπευτική προσέγγιση, η οποία θα βοηθήσει τον έφηβο να επιλύσει τις συγκρούσεις και το πρόβλημά του³⁹.

Όλες οι απειλές αυτοκτονία και, ακόμη περισσότερο, οι απόπειρες πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπ' όψιν από την οικογένεια και το γιατρό¹⁹. 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 τάσεις ή προθέσεις για αυτοκτονία, στις απόπειρες αυτοκτονίας, στη γενική ψυχιατρική κατάσταση και στην ύπαρξη ή όχι δυνατότητας υποστήριξης από το περιβάλλον³⁸.

Για να γίνει λοιπόν σωστή εκτίμηση, το πρώτο βήμα είναι ένα ολοκληρωμένο ιστορικό, που περιλαμβάνει τα παρόντα ενοχλήματα και το οικογενειακό ιστορικό, με ιδιαίτερη έμφαση στην παρουσία κατάθλιψης στα μέλη της οικογένειας και στους συγγενείς. Εν συνεχεία, μια ημιδομημένη συνέντευξη με τον έφηβο είναι απαραίτητη στο γιατρό, για να αποκαλύψει συναισθήματα απελπισίας, ανικανότητας, ανημπορίας, χαμηλής αυτοεκτίμησης, δυσκολίες στη συγκέντρωση, ενασχολήσεις με την ιδέα του θανάτου ή της αυτοκτονίας και απόσυρση μέσα στη φαντασιστική ζωή. Πολλές φορές γίνεται μια δεύτερη συνέντευξη για να αναπτυχθεί το κατάλληλο και απαραίτητο κλίμα εμπιστοσύνης¹⁹. Η ιστορία του εφήβου θα δώσει την τελική εκτίμηση για την παρέμβαση του κλινικού ιατρού³⁸. Η θεραπευτική παρέμβαση πρέπει να είναι πολυδιάστατη και εκτός από τις ειδικές θεραπευτικές τεχνικές, όπως ψυχοθεραπεία και φαρμακευτική αγωγή, πρέπει να περιλαμβάνει και προσπάθεια εμπλοκής ατόμων του ασθενή, οι οικογενειακοί ιατροί, οι ιερείς, η οικογένεια, οι φίλοι.^{40,38}

Συγκεκριμένα, οι θεραπευτικές επιλογές θα γίνουν μέσα στο φάσμα των χημειοθεραπειών (φαρμακευτική αγωγή), ψυχοθεραπειών (ατομική, ομαδική, οικογενειακή) και τη θεραπεία περιβάλλοντος, των οποίων ο συνδυασμός είναι και εφικτός και, συχνά, επιθυμητός^{24,38}.

5.2 Ψυχοθεραπεία

Από τα πανάρχαια χρόνια ήταν γνωστό ότι η ανθρώπινη επαφή και σχέση μπορεί να ανακουφίσει, να αλλάξει τον τρόπο συμπεριφοράς, να τροποποιήσει την εσωτερική εικόνα του εαυτού ή την εικόνα του κόσμου. Όλες οι ψυχοθεραπείες βασίζονται σ' αυτή την καλά εδραιωμένη αλήθεια. Επιπλέον όμως, διάφοροι ερευνητές-ψυχοθεραπευτές προσπάθησαν προοδευτικά να προσδιορίσουν

συγκεκριμένους θεραπευτικούς παράγοντες και ανέπτυξαν συγκεκριμένες θεωρίες, στις οποίες βάσισαν τις ψυχοθεραπευτικές τους τεχνικές.

Τι είναι όμως ψυχοθεραπεία; Τι εννοούμε σήμερα με τον όρο ψυχοθεραπεία; Ψυχοθεραπεία είναι μια μορφή θεραπείας των ψυχικών διαταραχών, στην οποία ένα εκπαιδευμένο άτομο εγκαθιστά μια συμφωνία συνεργασίας με τον ασθενή και μέσα από μια καθορισμένη θεραπευτική επικοινωνία – λεκτική και μη – επιχειρεί να ανακουφίσει την ψυχική διαταραχή, να αντιστρέψει ή να μεταβάλλει τη δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά και να ενθαρρύνει την πρόοδο και την ανάπτυξη της προσωπικότητας³⁸.

Οι τρόποι της ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης των εφήβων που έχουν τάσεις αυτοκτονίας, αποτελούν αντικείμενο συνεχών συζητήσεων. Γνωρίζουμε ότι η αποτελεσματικότητα του θεραπευτή εξαρτάται από τη ζεστασιά του, από την ικανότητά του, από την κατανόηση και το ενεργό ενδιαφέρον που δείχνει²⁴.

Πιο συγκεκριμένα, ο έφηβος, κατά τη συναισθηματική διαταραχή που τον οδήγησε σε απόπειρα αυτοκτονίας, ακολουθεί τις εξής μεθόδους ψυχοθεραπείας: α) Ατομική ψυχοθεραπεία, β) Ομαδική ψυχοθεραπεία και γ) Οικογενειακή ψυχοθεραπεία³⁸.

Η εκλογή της κατάλληλης ψυχοθεραπείας εξαρτάται:

1. Από την ηλικία του ασθενούς
2. Από το διανοητικό επίπεδο του ασθενούς και τη βαρύτητα της ψυχικής διαταραχής
3. Από την επαγγελματική κατάρτιση του ψυχοθεραπευτή και την αντίληψή του σχετικά με την αποτελεσματικότητα των διαφόρων μορφών θεραπείας
4. Από την “αιτιολογία” της διαταραχής
5. Από τους στόχους στους οποίους σκοπεύει ο ψυχοθεραπευτής, που βέβαια εξαρτώνται από το σύστημα αξιών που έχει υιοθετήσει σε ότι αφορά τον ιδανικό τύπο ανθρώπινης συμπεριφοράς
6. Από τις ειδικές αντικειμενικές συνθήκες: τόπο, χρόνο, κοινωνικούς παράγοντες, οικονομικούς παράγοντες κλπ.³³

5.2.1 Ατομική ψυχοθεραπεία

Η ατομική ψυχοθεραπεία αποτελεί τη βάση κάθε μορφής ψυχοθεραπείας και σ' αυτή υποβάλλεται η πλειονότητα των ασθενών³³. Βασικά, απαιτεί από τον ασθενή να μάθει τον εαυτό του, να μάθει ποιός είναι³⁴. Αυτή μορφή θεραπείας αποσκοπεί στην κατανόηση των αιτιών της διαταραχής – ο σκοπός μπορεί να καθορίζεται από τη σοβαρότητα της διαταραχής ή την εντατικότητα της θεραπείας. Μπορεί να βασίζεται στην ψυχαναλυτική θεώρηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς ή σε άλλες ψυχιατρικές θεωρίες για την ψυχική διαταραχή ή την ασθένεια του εφήβου.

Ο ψυχοθεραπευτής και ο έφηβος μπορεί να συναντώνται μια, δυο ή τρεις φορές την εβδομάδα για μία περίπου ώρα⁴¹. Η διάρκεια είναι από 2 μέχρι 25 χρόνια, και μπορεί να προσφερθεί σειρά εντατικής ψυχοθεραπείας ή σαν υποστηρικτική ψυχοθεραπεία. Η εντατική ψυχοθεραπεία χρησιμοποιείται σε περιόδους κρίσης του ασθενή και ο σκοπός της είναι η βασική αναμόρφωση της προσωπικότητάς του. Η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία αποσκοπεί στην τροποποίηση της παθολογικής συμπεριφοράς. Αυτό γίνεται με προσπάθεια να συγκεντρωθούν σε μια εστία τα συμπτώματα για τα οποία παραπονείται ο ασθενής και τα προβλήματα που τον στεναχωρούν³³. Σκοπός είναι η ανακούφιση των συμπτωμάτων, προστατεύοντάς τον από το άγχος που θα του προκαλούσε μια τέτοια προσπάθεια^{33,34}.

Γενικά, η θεραπεία γίνεται μέσω της συζήτησης⁴¹. Ο λόγος αποτελεί μέσο ψυχοθεραπευτικό, χωρίς να είναι το μόνο. Παράλληλα, η σιωπή επιδρά ψυχοθεραπευτικά και αποτελεί μέσο ψυχικής επικοινωνίας. Μια ματιά, ένα χαμόγελο, μπορεί να δώσουν πολλά. Αλλά και μια επιδοκιμασία ή αδιάφορη έκφραση σε κάτι που λέει ο ασθενής αποτελεί μορφή επικοινωνίας. Η ψυχοθεραπεία δεν είναι ένα είδος θεραπείας που ο γιατρός συμβουλεύει ενεργητικά και ο ασθενής υπακούει παθητικά. Σκοπός του ψυχοθεραπευτή είναι να παρακινήσει τον ασθενή σε ενεργητική συμμετοχή στη συζήτηση, σε αναδιατύπωση των σκέψεών του και επανεκτίμηση²². Άλλες φορές, ο θεραπευτής πρέπει να είναι επεμβατικός και κατευθυντικός και άλλες να ακούει μόνο, με κατανόηση. Μπορεί να χρειάζεται να πει στον έφηβο τι να κάνει ή να πάρει μια ουδέτερη στάση. Κάποιες στιγμές θα ανεχθεί την αναστάτωση του εφήβου και άλλες πρέπει να δείξει το θυμό του. Άλλες φορές δεν έχουν θέση η κριτική ή τα μπράβο του και άλλες είναι λάθος αν δεν το κάνει.

Ο ψυχοθεραπευτής, κατά τη συζήτηση, πρέπει να δώσει στον έφηβο να καταλάβει τους λόγους που τον οδήγησαν σε αυτή την πράξη και φυσικά να την αντιμετωπίσουν μαζί. Επίσης, τον βοηθάει να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες που έχει και που πιθανόν να αντανakλούν μια λανθάνουσα σοβαρή διαταραχή, που μπορεί να εμφανιστεί αργότερα στη ζωή του. Ο ψυχοθεραπευτής θα πρέπει να βοηθήσει και να προστατέψει τον έφηβο, έτσι ώστε να μην επαναλάβει την πράξη, που τη δεύτερη φορά θα είναι σίγουρα αποτελεσματική. Βασικό στοιχείο είναι η ίδια η σχέση του εφήβου με τον ενήλικο θεραπευτή, που είναι μια διορθωτική συναισθηματική εμπειρία.³³

5.2.2 Ομαδική ψυχοθεραπεία

Η εφαρμογή της ψυχοθεραπευτικής μεθόδου σε περισσότερα από ένα άτομα μαζί συνιστά την ομαδική ψυχοθεραπεία: είναι μια διαδικασία που εφαρμόζεται σε προστατευμένες ομάδες, οργανωμένες σύμφωνα με ορισμένους κανόνες και που έχει προγραμματισθεί έτσι, ώστε να επιφέρει σύντομα βελτίωση στην προσωπικότητα και τη συμπεριφορά των ατόμων της ομάδας, με αλληλεπιδράσεις που προσδιορίζονται και ελέγχονται από πριν.

Με την ομαδική ψυχοθεραπεία εξοικονομούμε χρόνο, γιατί, με τα ίδια μέσα, πολλά προβλήματα κοινά σε διάφορους ασθενείς μπορούν να ξεκαθαριστούν ταυτόχρονα. Ο ασθενής βλέπει ότι εδώ δεν είναι ο μόνος που έχει υποφέρει σ' αυτόν τον κόσμο. Δέχεται παραινέσεις από πολλές μεριές, δημιουργεί δεσμούς με τους συνασθενείς-συνομιλητές³³.

Για να λειτουργήσει αποδοτικά μια ψυχοθεραπευτική ομάδα χρειάζεται να έχει από 4 ως 8 μέλη, ηλικίας 15-18 ετών⁴¹. Οι περισσότεροι θεραπευτές συγκεντρώνουν την ομάδα μία ή δυο φορές την εβδομάδα, διάρκειας μιας έως δυο ωρών τη φορά (μιάμιση ώρα κατά μέσο όρο)³⁸.

Η ανάπτυξη της ομάδας διέρχεται από πολλές φάσεις. Αρχικά, η ομάδα διέρχεται από τη φάση του προσανατολισμού. Κατά τη φάση αυτή γίνονται ορισμένες συμφωνίες: με ποιούς κανόνες θα λειτουργεί η ομάδα, ποιά θα είναι τα δικαιώματα και οι ευθύνες των μελών και ποιός θα είναι ο αρχηγός της ομάδας. Οι κανόνες αυτοί, για την κατάλληλη συμπεριφορά μέσα στην ομάδα, πρέπει να κατανοηθούν και να

γίνουν παραδεκτοί από όλους. Ακολουθούν παραδείγματα των στοιχείων της συμφωνίας αυτής:

- Ενημέρωση για τη διάρκεια, τη συχνότητα και την ώρα των συναντήσεων.
 - Τακτική παρακολούθηση, ακρίβεια στην ώρα προσέλευσης και ενεργητική συμμετοχή
 - Κανόνες ομάδας:
 - Εχεμύθεια (ό,τι συμβαίνει στην ομάδα, μένει εκεί τα μέλη δεν κουτσομπολεύουν το ένα το άλλο)
 - Ενθάρρυνση λεκτικής έκφρασης των συναισθημάτων
 - Απαγόρευση χειροδικιών ή χρήσης φαρμάκων κατά τις συναντήσεις της ομάδας
 - Μόνο ένα πρόσωπο θα μιλά κάθε φορά
 - Απευθείας ανοικτός χειρισμός του άγχους, που τυχόν θα δημιουργηθεί από τη διεργασία της ομάδας, αντί να παραμερίζεται
 - Ανάλυση ευθύνης από κάθε μέλος για θετικές αλλαγές στον εαυτό του.
- Τα μέλη εκφράζουν τι θέλουν να αλλάξουν στον εαυτό τους και ο νοσηλευτής-θεραπευτής λέει πώς μπορεί να βοηθήσει κάθε άρρωστο να επιτύχει αυτούς τους σκοπούς.

Στη φάση αυτή, τα μέλη εμφανίζονται επιφυλακτικά και συνεσταλμένα. Επικρατεί μια συνήθης κοινωνική επικοινωνία. Οι συζητήσεις είναι τυπικές και ουδέτερες. Μπορεί να υπάρχουν μεγάλα διαστήματα σιωπής. Επίσης, είναι δυνατό να παρατηρηθεί συναγωνισμός για την προσέλευση της προσοχής του αρχηγού ή και εξάρτηση από τον αρχηγό για την εξασφάλιση του αισθήματος συμμετοχής στην ομάδα. Ο αρχηγός, στην αρχική αυτή φάση, παίζει το ρόλο του καταλύτου. Ενθαρρύνει τη λεκτική εξωτερίκευση των συναισθημάτων, αρνείται να ελέγχει την ομάδα, διευκρινίζει την εργασία και τους σκοπούς της ομάδας, τονίζει στα μέλη ότι

αυτή η είναι η ομάδα τους και όλοι είναι υπεύθυνοι για ό,τι συμβαίνει μέσα σ' αυτή. Αξιολογεί το επίπεδο του άγχους των μελών έναντι της νέας κατάστασης της ομάδας που την αισθάνονται ως απειλητική και τους βοηθά στο πώς να την αντιμετωπίζουν χωρίς τη χρήση μηχανισμών άμυνας. Η εμπιστοσύνη δε μπορεί να αναπτυχθεί μέχρι να αρχίσουν τα μέλη να γνωρίζονται μεταξύ τους, ώστε να αισθάνονται ασφάλεια για να εκφράζουν τις σκέψεις, τις ανάγκες και τα συναισθήματά τους. Όταν επιτευχθεί αυτό, τότε η ομάδα προχωρεί στην επόμενη φάση.

Κατά τη φάση της συνεργασίας, τα μέλη αρχίζουν να μιλούν για τα προσωπικά τους προβλήματα, αναπτύσσουν αλληλεξάρτηση μεταξύ τους και ευθύνη για την ατομική τους συμπεριφορά. Ακούν με ενδιαφέρον και προσοχή ό,τι λέγεται, πειραματίζονται με νέες, ωριμότερες συμπεριφορές και υποστηρίζουν τις θετικές αλλαγές μεταξύ τους. Συνεργάζονται για τη λύση προβλημάτων και συγκρούσεων που συμβαίνουν μεταξύ τους, καθώς κινούνται προς την ανάπτυξη ατομικότητας και ικανοποίησης προσωπικών αναγκών, όπως π.χ. της ανάγκης επίδειξης υπεροχής, απόδειξης της προσωπικής αξίας κ.ο.κ. Με την έμμεση όμως παρέμβαση του αρχηγού, τα προβλήματα λύνονται οικοδομητικά και η ομάδα προχωρεί προς την ανάπτυξη αμοιβαιότητας, συνοχής, αγάπης και αλληλεγγύης καθώς και την εξέταση της συμπεριφοράς των μελών στις διαπροσωπικές περιστάσεις¹³.

Ιδιαίτερη σημασία έχουν οι διεργασίες που αναπτύσσονται ειδικά στην ομάδα και που έχουν θεραπευτική σημασία. Αυτές, *κατά τον Yalom*, είναι:

- 1) *Ο έλεγχος της πραγματικότητας*, που βελτιώνεται σημαντικά με τη βοήθεια όλων των μελών
- 2) *Η μεταβίβαση*, που, ιδιαίτερα στην ομαδική ψυχοθεραπεία είναι πολλαπλή προς τα διάφορα μέλη και τον θεραπευτή ή και συλλογική προς την ομάδα, σαν να είναι η ίδια μια μεταβιβαστική μορφή
- 3) *Η ταυτοποίηση*, που συμβαίνει σε πολύ έντονο βαθμό
- 4) *Η παγκοσμιότητα*, που βοηθά τον ασθενή να δει ότι τα προβλήματά του είναι προβλήματα και άλλων ατόμων
- 5) *Η συνοχή*, που είναι το αίσθημα ότι όλοι ανήκουν στην ίδια ομάδα, δέχονται ο ένας τον άλλο και εργάζονται υπεύθυνα για τον ίδιο σκοπό
- 6) *Η πίεση της ομάδας*, για αλλαγή της δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς των μελών της

7) Η διαπροσωπική μάθηση, που βασίζεται στις διορθωτικές συναισθηματικές εμπειρίες των μελών

8) Οι ερμηνείες, που δίνονται από τον θεραπευτή και ακόμη σημαντικότερο από τους ίδιους τους ασθενείς (που έτσι γίνονται ευκολότερα δεκτές και είναι αποτελεσματικότερες)

9) Η εκτόνωση συναισθημάτων και η κάθαρση

Συχνά εφαρμόζεται και συνδυασμός ατομικής και ομαδικής ψυχοθεραπείας με τον ίδιο ή διαφορετικούς ψυχοθεραπευτές³⁸.

Τέλος, η ομαδική ψυχοθεραπεία στοχεύει στα εξής:

α) Να στήριζει, να βοηθήσει και να αντιπαραθέσει την ομάδα των εφήβων μέσω της αλληλεπίδρασης με τους συνομηλίκους.

β) Να βοηθήσει τους εφήβους να αντιμετωπίσουν τρέχοντα θέματα

γ) Να προσφέρει στους εφήβους ένα πεδίο, όπου θα μάθουν καινούργιους τρόπους που σχετίζονται με τα προβλήματά τους

δ) Να βοηθήσει τους εφήβους να επεξεργασθούν συναισθήματα απομόνωσης, αποκαθιστώντας ένα οικείο περιβάλλον⁴².

5.2.3 Οικογενειακή ψυχοθεραπεία

Η οικογενειακή θεραπεία είναι ταυτόχρονα πολύ καινούργια και πολύ παλιά. Παλιά, με την έννοια του έντονου ενδιαφέροντος των ψυχοδυναμικών θεραπευτών στη σχέση των ατόμων μέσα στην οικογένεια. Καινούργια, με την έννοια της άμεσης ταυτόχρονης θεραπείας ολόκληρης της οικογένειας στον ίδιο χώρο, που ουσιαστικά συνιστά το πλαίσιο της οικογενειακής θεραπείας και που είναι σχετικά πρόσφατη εξέλιξη. Σύμφωνα με το παραπάνω πλαίσιο, 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* που αφορούν τον τρόπο με τον οποίο αναπτύσσεται η αίσθηση-αντίληψη του εαυτού μας και τα διαπροσωπικά μηνύματα που την επηρεάζουν, **δ)** τις *θεωρίες της κοινωνικής (εκ)μάθησης*, που υποδεικνύουν π.χ. π'ς ολόκληρη η οικογένεια, που είναι ένα κοινωνικό σύστημα, μπορεί να (εκ)μάθει (ενισχύοντας συγκεκριμένη συμπεριφορά) σ' ένα μέλος της το ρόλο του αρρώστου. Ο συνδυασμός των παραπάνω θεωριών οδηγεί στην εξής *σύγχρονη θεωρητική άποψη*: το σύστημα της οικογένειας αποτελεί ένα σύμπλοκο, σύνθετο και απαρτιωμένο πλαίσιο, μέσα στο οποίο *κάθε συμπεριφορά α)* γίνεται αναπόφευκτα αντιληπτή σαν επικοινωνία που περιέχει μηνύματα, τα οποία αφορούν σχέσεις μεταξύ των μελών και ταυτόχρονα **β)** 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 να συμπληρώνουν την αντίληψη-κατανόηση των αντιδράσεων της οικογένειας, αλλά και των δικών τους. Γενικά, η οικογενειακή θεραπεία (όπως και η ομαδική ψυχοθεραπεία) απαιτεί μεγαλύτερη αμεσότητα και ενεργητικότητα από μέρους των θεραπευτών απ' ό,τι 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 κλπ³⁸.

Οι προϋποθέσεις που γίνεται η θεραπεία οικογένειας είναι ότι:

- α)** Ο έφηβος παρουσιάζει τα συμπτώματά του στο πλαίσιο που ζει
- β)** Δε γίνεται άσκηση κοινωνικού ελέγχου, αλλά θεραπεία
- γ)** Ο θεραπευτής πρέπει να συμπεριλάβει στη θεραπεία από την αρχή την οικογένεια και να γίνει αναπλαισίωση, διαλύοντας ταυτόχρονα κάθε υπόνοια ότι κάποιος είναι η αιτία για το πρόβλημα
- δ)** Ο θεραπευτής πρέπει να εκλάβει ότι το νεαρό άτομο προστατεύει και

σταθεροποιεί την οικογένεια ακόμη και δεν παραφέρεται ή εναντιώνεται στους γονείς του

- ε) Ο θεραπευτής πρέπει να απαλλάξει τον έφηβο από το στίγμα ότι είναι άρρωστος ή ότι έχει κάποιο ιατρικό πρόβλημα.

Για τους γονείς, για να αναλάβουν δράση και να είναι υπεύθυνοι στη θεραπεία, πρέπει να θεωρήσουν ότι το πρόβλημα υπάγεται στο πεδίο τους, όπως ένα πρόβλημα συμπεριφοράς. Αν ορισθεί σαν πρόβλημα ιατρικό ή θεωρηθεί βαθύ ψυχολογικό πρόβλημα, οι γονείς θα το παραδώσουν στους ειδικούς αντί να αναλάβουν οι ίδιοι ευθύνη και να περιμένουν φυσιολογικότητα από το παιδί τους.

Δεν υπάρχει τίποτε στραβό με τον έφηβο που να μην καθορίζεται από περιβαλλοντικούς παράγοντες. Καθένας στην ίδια κατάσταση θα συμπεριφερόταν με τον ίδιο τρόπο. Όταν ο έφηβος γίνεται πιο φυσιολογικός η οικογένεια αποσταθεροποιείται και οι γονείς ή δυο άλλοι ενήλικες απειλούνται με χωρισμό⁴².

5.3 Φαρμακοθεραπεία

Εκτός από τη θεραπεία του άγχους με τα αγχολυτικά και των σχιζοφρενειών με τα νευροληπτικά, η ουσία της συζήτησεως αφορά τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών. Η σταθερή παρουσία της κατάθλιψης στην αυτοκτονία του εφήβου θα μπορούσε να δικαιολογήσει την ευρεία χορήγησή τους, η οποία ωστόσο περιορίζεται από τον κίνδυνο μιας ηθελημένης σοβαρής δηλητηρίασης, γεγονός που μας ωθεί στο να τα χρησιμοποιούμε μόνο σε περιπτώσεις βαριών καταθλίψεων, οι οποίες νοσηλεύονται στο νοσοκομείο μέχρι τη βελτίωσή τους. Αυτό το ενδιαφέρον για τις χημειοθεραπείες δε συναντά ομόφωνη αποδοχή: για τον *Eisenberg* “η θεραπεία επιλογής... δεν πρέπει να αναζητηθεί στα φαρμακεία”²⁴.

Το πνεύμα που διέπει τη χορήγηση των φαρμάκων είναι το ότι αποτελούν μέσα που βοηθούν την ανάπτυξη της επικοινωνίας και ποτέ δεν είναι αυτάρκης θεραπεία. Για να συντονίζονται οι φαρμακευτικές παρεμβάσεις με τον ολοκληρωμένο στόχο, του οποίου αποτελούν μέρος, θα πρέπει να κατευθύνονται με πολύ λεπτούς χειρισμούς, έχοντας συνέχεια υπ’ όψην το όλο πλαίσιο του ζειν του εφήβου.

Στη χορήγηση των φαρμάκων ισχύουν οι εξής κανόνες:

A) Σαφήνεια στους στόχους από τη φαρμακοθεραπεία (π.χ. η αντικαταθλιπτική αγωγή θα βοηθήσει έναν έφηβο να μετάσχει στην ψυχοθεραπεία)

B) Να ενημερωθεί πλήρως η οικογένεια και ο έφηβος για τις παρενέργειες και τις προφυλάξεις του φαρμάκου, τη διάρκεια χορήγησης και να συγκατατεθούν στη μορφή αυτή της θεραπείας⁴².

Είναι φανερό ότι η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να ενσωματώνεται μέσα από ένα ευρύτερο θεραπευτικό πρόγραμμα²⁴.

5.4 Θεραπεία περιβάλλοντος

Η θεραπεία περιβάλλοντος (*milieu therapy*) απευθύνεται στο περιβάλλον μέσα στο οποίο γίνεται η φροντίδα του ατόμου, το οποίο περιβάλλον 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 ν' 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, η αρχιτεκτονική, 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. Η **θεραπεία περιβάλλοντος** βασίζεται στην, πλατιά πια αποδεκτή, γενικότερη πραγματικότητα της θεραπευτικής σημασίας που έχει το κατάλληλο περιβάλλον στο οποίο ζει ο άρρωστος, στο *θεραπευτικό* δηλαδή *πρόγραμμα* που περιλαμβάνει απασχολησιοθεραπεία ή εργοθεραπεία, ομαδικές δραστηριότητες, επαγγελματική

αποκατάσταση, εκπαίδευση, κοινωνικοποίηση, διοικητική συμμετοχή των ασθενών, ψυχαγωγία, ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία κλπ³⁸.

Οπωσδήποτε όμως, η εισαγωγή τους σε μια ειδική μονάδα για εφήβους είναι η λύση που ενδείκνυται σε περιπτώσεις απόπειρας αυτοκτονίας με σοβαρή κατάθλιψη, αν η οικογένεια δε μπορεί να αντέξει το άγχος από την κατάθλιψη ή την απόπειρα. Στις μονάδες αυτές είναι απαραίτητο να υπάρχει μεγάλος αριθμός από εκειδικευμένο προσωπικό³⁹. Γίνεται χρήση του γεγονότος ότι καθένας – προσωπικό και ασθενείς – ενεργεί σαν παρατηρητής και μέτοχος στις διαδικασίες που συμβαίνουν. Όλοι μαζί συχνά μπορούν να καταλάβουν τι σημαίνει επικοινωνία, π.χ. ένας ασθενής με εχθρική στάση, προκλητική συμπεριφορά, συχνά παραπονείται ότι οι δικοί του ή το προσωπικό έχουν επιθετική στάση, δεν καταλαβαίνει όμως ότι ο ίδιος προκαλεί αυτή την αντίδρασή τους. Αν όλοι στο τμήμα τον αντιμετωπίσουν σύμφωνα με τη στάση του, αρχίζει να βλέπει ότι ο ίδιος δημιουργεί εχθρότητα με τους άλλους και καταλαβαίνει ότι δεν έφταιγαν οι δικοί του, αλλά ο ίδιος.

Το περιβάλλον πρέπει να είναι τέτοιο, ώστε να έχουν οι ασθενείς την ευκαιρία να λύνουν προβλήματα που μοιάζουν μ' εκείνα της πραγματικής ζωής και που είναι δυνατόν να συναντήσουν μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Σ' αυτή τη βάση πρέπει να διαμορφώνονται όλα γύρω τους. Οι ασθενείς μπορούν να μάθουν να συμβάλλουν αποτελεσματικά για μια σωστή διαβίωση, αν το γενικό κλίμα του τμήματός τους τους επιτρέπει να χρησιμοποιήσουν την πρωτοβουλία και την κρίση τους. Ζητούν ευκαιρία να πάρουν αποφάσεις και να ασχοληθούν με προβλήματα που δημιουργήθηκαν.

Το φυσικό περιβάλλον του ασθενούς πρέπει να είναι κάτω από τον έλεγχό του. Ένα τμήμα που μοιάζει με ξενοδοχείο πολυτελείας ή ένα πολύ γεμάτο τμήμα δε βοηθούν γι' αυτόν το σκοπό. Οι ασθενείς πρέπει να αισθάνονται ότι το τμήμα είναι "δικό τους". Αυτοί αποφασίζουν για το χαρακτήρα του προσωπικού τους περιβάλλοντος, τακτοποιούν τα προσωπικά τους αντικείμενα και παίρνουν υπεύθυνες αποφάσεις για τη συντήρηση και επιδιόρθωση του τμήματος. Οι ασθενείς ξεναγούν τους επισκέπτες στο τμήμα τους, δίνουν εξηγήσεις σε νέους ασθενείς, υπερηφανεύονται ή στενοχωριούνται για την περιποιημένη ή ακατάσταση εμφάνισή τους.

Αποφάσεις για την ώρα του ύπνου, του ξυπνήματος, την ώρα που θα χρησιμοποιηθεί το ραδιόφωνο ή η τηλεόραση, για την ψυχαγωγία ή για προσκλήσεις

άλλων ασθενών άλλων θαλάμων παίρνονται από τους ασθενείς. Μπορούν να ορισθούν χορωδίες ή ψυχαγωγίες ή και έξοδοι.

Ο σκοπός για τις δραστηριότητες αυτές πρέπει να είναι ξεκαθαρισμένος. Δεν ταιριάζει να γίνεται με σκοπιμότητα για τη βοήθεια του προσωπικού, είναι ζήτημα “υπευθυνότητας των ασθενών”, στην οποία βοηθάει το προσωπικό μόνο όταν το απαιτεί η ασθένειά τους. Η υπευθυνότητα συνοδεύεται συνήθως από δυσκολίες και αποτυχίες και αυτές πρέπει να τις επιφορτίζονται οι ίδιοι οι ασθενείς. Μπορεί αυτές να συζητούνται στη συγκέντρωση του θαλάμου και κάποτε με γενικό τρόπο, π.χ. “τι εννοούμε λέγοντας αίσθημα ευθύνης”, “πώς αυτό αποκτάται”.

Ο τρόπος που κάθονται οι ασθενείς στις συγκεντρώσεις, το τι λένε, η έκφραση του προσώπου τους, οι λοξές ματιές στους άλλους, η νευρικότητά τους και η συμπεριφορά τους είναι σημαντικά. Ωφελούνται με το να βλέπουν την επίδραση που έχει η συμπεριφορά τους στους άλλους και με το να καταλαβαίνουν ότι και οι άλλοι άνθρωποι έχουν τις ίδιες δυσκολίες. Μαθαίνουν να αναγνωρίζουν τις αξίες που οι άλλοι υποστηρίζουν.

Οι σχέσεις μεταξύ τους αλλάζουν κατά τέτοιο τρόπο, ώστε οι άνθρωποι να έχουν ολοένα περισσότερη εμπιστοσύνη ο ένας στον άλλο. Γίνεται κάθε προσπάθεια να τονισθεί η διάκριση των ρόλων μεταξύ κατηγοριών ατόμων. Αυτό έχει εξαιρετική αξία για ασθενείς που πάσχουν από ανωμαλίες της προσωπικότητας. Υποβάλλονται στον έλεγχο άλλων ασθενών και μαθαίνουν να συμμορφώνονται στους κανόνες που τα μέλη της ομάδας τους επιβάλλουν. Έτσι προετοιμάζεται η επιστροφή και η διαβίωση σε μια ευρύτερη κοινότητα.

Η συνεργασία με άλλους, η εξάσκηση εξουσίας και η πρακτική στην ανάληψη ευθυνών ενθαρρύνει τον αυτοσεβασμό του ασθενούς. Συμμετοχή σε ομαδικές ενέργειες και συζήτηση με ασθενείς και προσωπικό βοηθάει στην ανάπτυξη ενόρασης και στην προώθηση της συναισθηματικής λειτουργίας³³.

5.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχοθεραπεία

Ο νοσηλευτής εκτελεί ποικίλες λειτουργίες, που εξαρτώνται από την τεχνική και την αντίληψη των εξελισσόμενων βασικών αρχών που χρησιμοποιούνται. Μερικοί ψυχίατροι είναι πιο πρόθυμοι από άλλους στο να χρησιμοποιούν

νοσηλευτικό προσωπικό στην ψυχοθεραπεία. Αν ο ασθενής παίρνει υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, ο ρόλος του νοσηλευτού είναι να κατευθύνει το περιβάλλον με τέτοιο τρόπο, ώστε ο ασθενής να συναντά λιγότερες δυσκολίες απ' ότι θα συναντούσε έξω από το νοσοκομείο.

Μπορεί να μειώσει τις ερωτήσεις που του γίνονται και να χρησιμοποιήσει την επιρροή του με τέτοιο τρόπο, ώστε να αποκτά την εμπειρία ότι τα πρόσωπα που τον περιβάλλουν είναι φιλικά, δεκτικά και όχι κριτικά. Μερικές φορές, χωρίς να τροποποιεί τη συμπεριφορά του μ' οποιοδήποτε τρόπο και χωρίς καν μια καθαρή αντίληψη του τι συμβαίνει, ο νοσηλευτής μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τον ασθενή για να πραγματοποιήσει μερικές από τις ανάγκες του.

Ένας ασθενής που είναι ανασφαλής και εξαρτημένος, μπορεί να ακουμπήσει σε ένα δυνατό νοσηλευτή που προσφέρει υποστήριξη και ασφάλεια. Άλλος ασθενής που χρειάζεται κάποιον να εξαρτάται από αυτόν, μπορεί να ικανοποιήσει την ανάγκη του να είναι προστατευτικός με το να προσπαθήσει να βοηθήσει έναν καινούργιο ασθενή. Κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας, ο νοσηλευτής ενεργεί ως κατάλληλο πρόσωπο πάνω στο οποίο εξασκεί ο ασθενής καινούργιες κοινωνικές επιτηδειότητες. Ο νοσηλευτής μπορεί να εξυπηρετήσει ως στόχος για τα αισθήματα του ασθενούς και, αν μείνει αμερόληπτος, μπορεί να τον βοηθήσει να μάθει να ελέγχει την έκφραση των αισθημάτων του με μεγαλύτερη αντίληψη και επιδεξιότητα, μπορεί να εκμεταλλευθεί την ειδική σχέση του με τον ασθενή. Μπορεί να το κάνει, είτε με την προσπάθειά του να μειώσει στο ελάχιστο την ένταση μεταξύ θεραπευτικών περιόδων, καθιστώντας έτσι ικανό τον ασθενή να χρησιμοποιεί τις συνεντεύξεις με τον ψυχίατρο με μεγαλύτερη βελτίωση, είτε σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να βοηθήσει την επέκταση των θεραπευτικών περιόδων.

Ο ασθενής μπορεί να συζητά με το νοσηλευτή, χρησιμοποιώντας τον για να ταξινομήσει μερικές από τις μπερδεμένες σκέψεις του, ιδέες και αισθήματα, κάνοντας έτσι ευκολότερο γι' αυτόν να συλλέξει τα πιο σπουδαία γεγονότα για τη θεραπευτική συνέντευξη με το γιατρό.

Σε μερικά είδη ψυχοθεραπείας, ο νοσηλευτής παίρνει το ρόλο μιας σπουδαίας φυσιογνωμίας στη ζωή τους ασθενούς και τον καθιστά ικανό να ενεργεί έξω από το νοσοκομείο, αρχίζοντας τις συναισθηματικές του αντιδράσεις συνήθως άμεσα προκαλούμενες από το περιβάλλον του. Η ψυχοθεραπεία προκαλεί πάντοτε αλλαγές στη στάση του ασθενούς απέναντι στους άλλους ανθρώπους. Οι διαφορετικές αντιδράσεις των ασθενών μεταξύ τους, ο τρόπος με τον οποίο οι ομάδες

σηματίζονται και διαλύονται, η εμφάνιση φιλίας και η ανάπτυξη αγάπης και μίσους, οι αντιδράσεις μεταξύ ασθενών είναι πάντοτε σημαντικές σαν μια εκδήλωση προόδου και κίνητρο για τη θεραπεία. Ο νοσηλευτής είναι στην καλύτερη θέση να παρατηρήσει τους κηδεμονευόμενους ως μια ολότητα, να εκτιμήσει τις δυνάμεις που η ομάδα έχει και να χρησιμοποιεί κάποια επιρροή στο κλίμα του κηδεμονευόμενου, με σκοπό να δημιουργήσει μια θεραπευτική κοινωνία³³.

5.5.1 Οδηγίες για υγιείς διαπροσωπικές σχέσεις νοσηλευτή-ασθενή

Οποιαδήποτε μορφή επικοινωνίας κι αν χρησιμοποιεί ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας και σε οποιοδήποτε περιβαλλοντικό πλαίσιο, μπορεί να διατηρεί καλές διαπροσωπικές σχέσεις αν ακολουθεί τις εξής δέκα οδηγίες:

- 1.** Να είσαι φιλικός και αισιόδοξος. Βλέπε τη φωτεινότερη πλευρά του κάθε πράγματος. Μη γίνεσαι φορτικός στους άλλους με τα προβλήματά σου ή με αρνητικές προβλέψεις. Αναφέρεται ότι 72 μύες χρειάζονται για τη συνοφύωση και μόνο 14 για το χαμόγελο.
- 2.** Να μιλάς λιγότερο και να ακούς περισσότερο. Να θυμάσαι ότι έχεις δυο αυτιά και ένα στόμα και να τα χρησιμοποιείς μ' αυτή την αναλογία. Να κάνεις ερωτήσεις και να ακούς – πράγματι να ακούς.
- 3.** Να διατηρείς έναν ήρεμο τρόπο. Να θυμάσαι ότι ο τρόπος με τον οποίο λες κάτι μπορεί να είναι πιο σημαντικός από αυτό που λες. Όταν τα μη λεκτικά μηνύματά σου είναι σε σύγκρουση με τα λεκτικά, τα μη λεκτικά θα υπερισχύουν.
- 4.** Κράτα ένα ανοικτό πνεύμα και απόφυγε την αμυντική στάση. Ασκήσου στο πώς να διαφωνείς χωρίς να γίνεσαι δυσάρεστος. Ζήτα την αμοιβαία κατανόηση, όχι μια νίκη βασισμένη σε λογομαχία και σύγκρουση.
- 5.** Να διατηρείς ισορροπία μεταξύ εποικοδομητικής κριτικής και επαίνου.
- 6.** Να θυμάσαι ότι πολλά μπορείς να πετύχεις όταν αποδίδεις την ηθική αμοιβή στους άλλους όπου και όταν χρειάζεται. Θα αισθανθείς καλύτερα αν ο κόσμος μάθει από άλλους – ή από τη συμπεριφορά σου – για τα προσόντα και τις επιτυχίες σου.

7. Κράτα τους άλλους πληροφορημένους με θετικό τρόπο. Να εκφράζεις τις σκέψεις σου για ευκαιρίες και δυνατότητες, αλλά μη δίνεις υποσχέσεις που δεν μπορείς να κρατήσεις. Όταν υπόσχεσαι, να είσαι αξιόπιστος.

8. Απόφευγε το κουτσομπολιό, τα αρνητικά σχόλια για τους άλλους και την εξάπλωση διαδόσεων. Να συμπεριφέρεσαι έτσι, ώστε τα παράπονα των άλλων για σένα να μην είναι πιστευτά. Μην υποστηρίζεις και μη συμμετέχεις σε κουτσομπολιά για πρόσωπα που δεν είναι παρόντα.

9. Να είσαι ευαίσθητος και διακριτικός έναντι των ορίων, των αποτυχιών και των ανησυχιών των άλλων. Μη χρησιμοποιείς ευκαιρίες για ειρωνία ή χιούμορ εις βάρος των άλλων. Να είσαι συμπαθής και να υποστηρίζεις ψυχολογικά όταν οι άλλοι το έχουν ανάγκη. Νά 'χεις υπομονή και κατανόηση.

10. Να έχεις μεγάλη εκτίμηση για τους άλλους. Να αναγνωρίζεις τους άλλους ως ανθρώπινες υπάρξεις με συναισθήματα και ανάγκες για αυτοεκτίμηση και αναγνώριση. Να ενδιαφέρεσαι για τις σκέψεις τους, τις περιστάσεις που διέρχονται, τις οικογένειές τους και το μέλλον τους¹³.

5.5.2 Ειδικές οδηγίες νοσηλευτικής φροντίδας αυτοκτονικού αρρώστου

- Λαμβάνετε κάθε απειλή στα σοβαρά. Αξιολογείτε την απειλή πριν την παραμερίσετε.
- Μιλάτε για αυτοκτονία ανοικτά και απευθείας. Η ερώτηση για αυτή δε θα βάλει την ιδέα στο μυαλό του αρρώστου.
- Εφαρμόζετε τα προφυλακτικά μέτρα κατά τις αυτοκτονίας που, μεταξύ άλλων, περιλαμβάνουν έλεγχο του αρρώστου κάθε 15΄ ή ζήτηση απ' αυτόν να παραμένει σε κοινούς χώρους.
- Αναμένετε ότι θα αισθανθεί ο άρρωστος ντροπή και βοηθήστε τον να αποδεχτεί τον εαυτό του.

- Απομακρύνετε τον άρρωστο από άμεσο κίνδυνο με αφαίρεση φαρμάκων ή άλλων βλαπτικών ειδών από την κατοχή του ή μετακινήστε τον ίδιο σε ασφαλές περιβάλλον.
- Ανακουφίστε την έκδηλη δυσφορία του. Μήπως ο άρρωστος χρειάζεται ένα μπάνιο, καθαρά ρούχα, φαγητό, ύπνο;
- Βρείτε ποιά είναι η πιο πειστική ανάγκη του αρρώστου κατά τη γνώμη του. Ίσως είναι το να δει κάποιο φιλικό πρόσωπο ή μέλος της οικογένειάς του ή να συνεννοηθεί με κάποιον για να παραλάβει τα παιδιά του απ' το σχολείο.
- Κρατήστε στάση όχι κατάκρισης αλλά ενδιαφέροντος, που δεν προκαλεί τον άρρωστο να οικτίρει τον εαυτό του.
- Ρωτήστε γιατί ο άρρωστος διάλεξε να αυτοκτονήσει την ιδιαίτερη αυτή στιγμή. Η απάντηση θα ρίξει φως στη σημασία που έχει η αυτοκτονία για τον άρρωστο και ίσως δώσει πληροφορίες που οδηγούν σε κάποιες βοηθητικές παρεμβάσεις.
- Φροντίζετε την ασφάλεια του αρρώστου με στενή παρατήρηση και προσεκτική παρακολούθηση.
- Ελέγχετε συχνά την ασφάλεια του περιβάλλοντος.
- Ερευνάτε το δωμάτιο του αρρώστου, ιδιαίτερα αν ο αυτοκτονικός ιδεασμός ή η απόπειρα εκδηλώθηκαν μετά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο.
- Έχετε υπόψη ότι σε καμιά περίπτωση δεν απαλλάσεσθε από την υποχρέωση να συμπεριφέρεσθε με ευγένεια, διάκριση και σεβασμό προς τον άρρωστο ως πρόσωπο και να ζητάτε την άδειά του για έλεγχο των ατομικών του πραγμάτων.
- Αποφασίστε με τους συνεργάτες σας αν θα ζητήσετε από τον άρρωστο να κάνετε συμβόλαιο μη διάπραξης αυτοκτονίας.

- Τοποθετήστε τον άρρωστο σε δωμάτιο προσιτό για εύκολη παρατήρηση, δηλαδή κοντά στο νοσηλευτικό παρατηρητήριο και μαζί με έναν ακόμη άρρωστο.

- Προσέχετε να μην ενθαρρύνετε συμπεριφορά του προσωπικού που ελαττώνει αστήρικτα την ένταση της προσοχής. Κάποτε το προσωπικό έκρυψε τα παπούτσια του αρρώστου και χαλάρωσε τους ελέγχους ασφαλείας, με την υπόθεση ότι χωρίς παπούτσια δε θα φύγει ο άρρωστος από το τμήμα. Κι όμως έφυγε και μάλιστα έπαθε εκδορές και τραύματα και στα δυο του πόδια.

- Οργανώστε σχέδιο φροντίδας για τον άρρωστο. Συζητήστε όλα τα σοβαρά προβλήματα. Ιεραρχήστε τα και κάνετε κατάλογο εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισης για κάθε πρόβλημα. Γράψτε το σχέδιο, σημειώνοντας ποιος είναι υπεύθυνος και για ποιές ενέργειες.

- Μη δίνετε υπερβολικές υποσχέσεις, π.χ. *“Μην ανησυχείτε, δε θα σας αφήσω να σκοτώσετε τον εαυτό σας..”*. Να είστε ειλικρινής, αλλά και να δίνετε ελπίδα. Οι μη ρεαλιστικές υποσχέσεις ελαττώνουν την αξιοπιστία του νοσηλευτού.

- Ενθαρρύνετε τον άρρωστο να συνεχίζει τις καθημερινές του δραστηριότητες και την αυτοφροντίδα όσο πιο πολύ μπορεί. Αναθέτετε σ’ αυτόν εργασίες που αποσπούν την προσοχή του χωρίς να τον κουράζουν.

- Αποφασίστε, μαζί με τον άρρωστο, με ποιά μέλη της οικογένειας και φίλους θα έρχεται σε επαφή.

- Ετοιμαστείτε να αντιμετωπίσετε τα μέλη της οικογένειας που ίσως είναι συγχισμένα, θυμωμένα ή αδιάφορα.

- Προσπαθείτε να κρατάτε ουδετερότητα και μην κάνετε υποθέσεις για τη συμπεριφορά της οικογένειας.

- Αξιολογείτε την ανάγκη του αρρώστου για λήψη φαρμάκων και συνεργασθείτε γι’ αυτό με το γιατρό.

- Συζητήστε το σχέδιο φροντίδας που καταστρώσατε μαζί με τον άρρωστο και προγραμματίστε τη συνέχιση της παρακολούθησης.

- Εξετάστε τα δικά σας συναισθήματα για τον άρρωστο και πώς επηρεάζουν την κλινική σας εργασία.

- Συνεργασθείτε με όλα τα μέλη της ομάδας ψυχικής υγείας για την ολόπλευρη εκτίμηση των προβλημάτων. Ο νοσηλευτής δε γνωρίζει πάντα όλα τα στοιχεία του γρίφου.

- Κάνετε σωματική εξέταση του αρρώστου. Μια άρρωστη είχε τραυματίσει σοβαρά το σώμα της πριν έλθει στο νοσοκομείο, αλλά αυτό δεν ανακαλύφθηκε μέχρι την ημέρα που της έγινε σωματική εξέταση.

- Φαντασθείτε ότι οι άνθρωποι μπορούν να αυτοκτονήσουν χρησιμοποιώντας κορδόνθα παπουτσιών, ζώνες, επιδέσμους, καλώδια, εργαλεία κλπ. Να είστε συνεχώς σε εγρήγορση. Ξυράφια έχουν βρεθεί μέσα σε βιβλία. Τα σπέρτα κρύβονται εύκολα. Τα χάπια κρύβονται με πλαστικό περιτύλιγμα μέσα σ' ένα κομάτι κέικ. Λάμπες φωτισμού μπορούν να σπασθούν και να χρησιμοποιηθούν για αυτοτραυματισμό, όπως και το σπирάλ του μπλοκ σημειώσεων. Οι άρρωστοι ενδέχεται να πνιγούν στη μανιέρα, να βάλουν φωτιά στον εαυτό τους ή να καταπιούν χλωρίνη βρίσκοντάς την στο τροχοφόρο του προσωπικού καθαριότητας.

Στο νοσηλευτικό τμήμα, κύριος σκοπός αντιμετώπισης του αυτοκτονικού αρρώστου είναι η διάσωση της ζωής του. Αν και το προσωπικό μπορεί να είναι άριστο στις τεχνικές παρεμβάσεις, είναι δυνατό όμως να αισθανθεί ή και να εκφράσει περιφρόνηση για το άτομο που επανέλαβε την απόπειρα και μάλιστα όχι με σοβαρό τρόπο. Ο άρρωστος χρειάζεται μη τιμωρητική προσέγγιση και ομαλή μεταφορά σε άλλες υπηρεσίες. Το να τον αφήσει κανείς μόνο ή κοντά σε βλαβερά αντικείμενα είναι κίνδυνος που πρέπει να αποφεύγεται, ιδιαίτερα σε ένα πολυάσχολο τμήμα¹³.

5.5.3 Πρωτόκολλο βασικών προφυλάξεων στη φροντίδα αυτοκτονικού αρρώστου

Καλό είναι να υπάρχει σε κάθε ψυχιατρικό τμήμα ένα πρωτόκολλο προφυλακτικών μέτρων για τους αυτοκτονικούς αρρώστους, όπως αυτό που ακολουθεί:

- Παραμονή του αρρώστου στο δωμάτιο με την πόρτα ανοικτή, εκτός αν συνοδεύεται από μέλος του προσωπικού ή της οικογένειας. Ο άρρωστος μπορεί να χρησιμοποιεί την τουαλέτα μόνος του.
- Έλεγχος των κινήσεων του αρρώστου κάθε 15'. Τσεκάρισμα κάθε ελέγχου ασφαλείας σε ειδικό δελτίο αναρτημένο στην πόρτα του αρρώστου.
- Προσωπική παρατήρηση του αρρώστου όταν καταπίνει τα φάρμακά του.
- Έρευνα στα ατομικά του αντικείμενα για πιθανή ύπαρξη βλαβερών αντικειμένων, επί παρουσία του και με τη βοήθειά του.
- Έλεγχος των ειδών που φέρνουν οι επισκέπτες.
- Άδεια να έχει ο άρρωστος κανονικό δίσκο φαγητού, αλλά έλεγχος κατά πόσο τα γυάλινα ή άλλα σκεύη λείπουν όταν επιστρέφεται ο δίσκος.
- Χορήγηση άδειας να έρχονται επισκέπτες και να γίνονται τηλεφωνήματα, εκτός αν ο άρρωστος επιθυμεί διαφορετικά.
- Το πρόγραμμα προφύλαξης μπορεί να αρχίσει χωρίς την ιατρική οδηγία, αλλά η ζήτηση της συμβουλής του ψυχιάτρου πρέπει να γίνει το συντομότερο.

- Τήρηση του πρωτοκόλλου μέχρι κατάργησής του από τον ψυχίατρο, σε συνεργασία με τον υπεύθυνο νοσηλευτή.
- Πληροφόρηση του αρρώστου για τους λόγους και τις λεπτομέρειες των προφυλακτικών μέτρων. Η εξήγηση αυτή πρέπει να δίδεται από το νοσηλευτή και το γιατρό και να τεκμηριώνεται στο ατομικό δελτίο του αρρώστου.

Τελειώνοντας, τονίζεται ότι η νοσηλευτική δεν ενδιαφέρεται μόνο για την παρεμπόδιση της πράξης της αυτοκτονίας ώστε να παραταθεί η ζωή του αρρώστου, αλλά αποβλέπει στη διεύρυνση, όσο είναι δυνατό, του ορίζοντα της ζωής. Επιδιώκει να βοηθήσει το άτομο να ευρύνει τον τρόπο θεώρησης των προβλημάτων του και να αντιληφθεί ότι υπάρχουν εναλλακτικές λύσεις. Το ενισχύει ηθικά να ξαναβρεί την ελπίδα, να ανανεώσει τις αξίες και τους σκοπούς της ζωής του, να αναγεννηθεί και να εμπνευσθεί από νέο πνεύμα¹³.

Κεφάλαιο 6

Νοσηλευτική και αυτοκτονία

- Το stress του νοσηλευτικού προσωπικού στην αντιμετώπιση του θανάτου
- Αυτοκτονία και επαγγέλματα

6.1 Το stress του νοσηλευτικού προσωπικού στην αντιμετώπιση του θανάτου

Το γεγονός του θανάτου φέρει μέσα του την αντίθεση: συμβάν φυσιολογικό, καθημερινό, κάθε φορά που επέρχεται προκαλεί σε αυτούς που παρίστανται τον τρόμο και την απέχθεια. Ο θάνατος τοποθετείται στα όρια της ανθρώπινης ύπαρξης μετά ξεκινάει το μυστήριο, κάτι που διαφεύγει από την ορθολογική μας σκέψη. “*Αν δεν μπορούμε να σκεφτούμε το θάνατο ούτε πριν, ούτε κατά τη διάρκεια, ούτε μετά, τότε πότε θα μπορέσουμε να τον σκεφτούμε;*”, ρωτά ο *Vladimir Jankelevitch*.

Στο νοκομειακό πλαίσιο, το νοσηλευτικό προσωπικό βρίσκεται αντιμέτωπο με τον πόνο και το θάνατο. Οι τεχνολογικές ανακαλύψεις τροποποίησαν την οργανωτική και την τεχνική πλευρά της αντιμετώπισης των ετοιμοθάντων. Οι επιστημονικές ανακαλύψεις τείνουν να ελαττώσουν τον πόνο και καλλιεργούν την παράλογη ελπίδα ότι μπορεί να νικηθεί ο θάνατος. Η θέση του νοσηλευτικού προσωπικού έχει αλλάξει. Η φυσική κούραση ελαττώθηκε και φάνηκε έτσι ενός άλλου είδους δυσκολία που παραπέμπει στον ψυχικό φόρτο που προκαλεί η εργασία. Επιβαρύνει το νοσηλευτικό προσωπικό σε επίπεδο συναισθηματικό και μεταβάλλει τις συνιστώσες της προσωπικής ισορροπίας.⁴³

Μελέτες επαγγελματιών ομάδων έδειξαν ότι εργαζόμενοι σε επαγγέλματα υγείας έχουν περισσότερο stress σε σχέση με άλλα επαγγέλματα. Το νοσηλευτικό επάγγελμα αποτελείται από μια ποικιλία ρόλων. Κι αυτό γιατί ο νοσηλευτής δεν νοσηλεύει μόνο, αλλά έρχεται αντιμέτωπος με τους ιδιότροπους, βίαιους ασθενείς, συμβουλευει τους αγανακτισμένους γονείς κ.τ.λ.⁴⁴

Η θέση του ψυχιάτρου σε ένα γενικό νοσοκομείο τον φέρνει συχνά αντιμέτωπο με την απελπισία των νοσηλευτικών ομάδων μπροστά στην αναπότρεπτη πραγματικότητα του θανάτου. Το πρόβλημα γίνεται οξύτερο στο νοσηλευτικό προσωπικό της ανάνηψης ή των επειγόντων περιστατικών, λόγω της αυξημένης συχνότητας με την οποία εκτίθενται στον αγχογόνο παράγοντα. Ιδιαίτερα επιβαρημένη είναι η περίπτωση των ψυχιατρικών νοσηλευτών, όταν πρέπει να αντιμετωπίσουν την αυτοκτονία ασθενούς, καθώς επίσης και του προσωπικού των παιδιατρικών κλινικών, όπου κυριαρχεί η ταύτιση με τους γονείς του πεθαμένου παιδιού⁴³.

6.1.1 Διεργασία του πένθους

Στη συνάντηση με το θάνατο, ο νοσηλευτής, όπως και κάθε άνθρωπος, είναι εκτεθειμένος σε δυο πηγές άγχους:

α. Ο θάνατος, τον οποίο δεν μπόρεσε να κυριαρχήσει και να αναστείλει, ανακαλεί το φόβο του προσωπικού του θανάτου. Ο θάνατος τρίτου προσώπου μένει κάτι μακρινό ή αφηρημένο μπορούμε να τον αναλύσουμε βιολογικά, ιατρικά, κοινωνικά, δημογραφικά, αλλά δε μας αγγίζει προσωπικά. Ο θάνατος προσώπου με το οποίο συνδεόμαστε συναισθηματικά, καταργεί τα σύνορα ανάμεσα στον προσωπικό μας θάνατο και στη γενική έννοια του θανάτου. Είναι πηγή άγχους, χάνει τη θέση αντικειμένου προς μελέτη, μας αφορά άμεσα, μας κάνει να χάνουμε την αυτοκυριαρχία μας και να αναρωτιόμαστε με αγωνία για το μέλλον μας. Η αίσθηση της ανθρώπινης ύπαρξης είναι τόσο πιο έντονη, όσο ο θάνατος είναι ξαφνικός και απρόβλεπτος.

β. Η επέλευση ενός θανάτου οδηγεί τη μνήμη σε προσωπικές εμπειρίες, στο βίωμα του θανάτου ενός αγαπημένου μέλους της οικογένειας ή ενός φίλου. Τα παλαιότερα πένθη αναβιώνουν και κάθε άτομο αντιδρά διαφορετικά, ανάλογα με τη δομή της προσωπικότητάς του και με το αν έχει αντιμετωπίσει τη διεργασία του πένθους. Το πένθος στην ψυχανάλυση παραπέμπει στην απώλεια του αντικειμένου.

Ο *S. Freud* μας πρόσφερε ήδη από το 1917, στο “*Πένθος Και Μελαγχολία*”, το μεταψυχολογικό πρότυπο για την προσέγγιση της απώλειας του αντικειμένου: όταν η πραγματικότητα δείχνει ότι το αγαπημένο πρόσωπο δεν υπάρχει πια, το πένθος είναι η διεργασία που απαιτείται για να αποτραβηχτεί η *libido* από τους δεσμούς που τη συγκρατούν σε αυτό το αντικείμενο. Πρόκειται για μια προοδευτική διεργασία, συνειδητή, ένα συμβιβασμό με την πραγματικότητα, που είναι όμως οδυνηρός. Κοινή διαπίστωση είναι ότι με την πάροδο του χρόνου μειώνεται προοδευτικά ο πόνος που προκαλεί ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου. Το καινούριο που φέρνει η ψυχαναλυτική προσέγγιση είναι ότι πρόκειται για μια εσωτερική διεργασία που

απαιτεί μια δραστηριότητα του υποκειμένου, δραστηριότητα που όταν αποτύχει οδηγεί στα παθολογικά πένθη.

Η έλλειψη ενδιαφέροντος για τον εξωτερικό κόσμο, που παρατηρείται αμέσως μετά το θάνατο κάποιου αγαπημένου, είναι κατά τον *Freud* η ένδειξη αυτής της εσωτερικής διεργασίας. Όλη η ενέργεια του ατόμου είναι απορροφημένη από τον πόνο του και τις αναμνήσεις του μέχρι τη στιγμή που “το εγώ είναι υποχρεωμένο να αποφασίσει αν θέλει να μοιραστεί τη μοίρα του χαμένου αντικειμένου, υπολογίζοντας το σύνολο των ναρκισσιστικών ικανοποιήσεων που υπάρχει μένοντας στη ζωή, αποφασίζει να διακόψει το δεσμό του με το χαμένο αντικείμενο”. Κατά τον *Freud*, “το εγώ, αφού τελειώσει η διεργασία του πένθους, ξαναγίνεται ελεύθερο και απαλλάσσεται των αναστολών του”.

Αν αυτή η διεργασία δεν γίνει, οδηγούμαστε προς την κατάθλιψη: η αγωνία της απώλειας και μελαγχολικού τύπου αυτοκατηγορίες κυριαρχούν. Οι ψυχαναλυτές θεωρούν κύριο μηχανισμό στη μελαγχολία την επιθετικότητα που απελευθερώνεται από την απώλεια, φαντασιωσική ή πραγματική, του αντικειμένου αγάπης. Αυτή η επιθετικότητα ξαναγυρίζει στο υποκείμενο σαν μια καταστρεπτική αυτοκατηγορία⁴³.

6.1.2 Ο νοσηλευτής και ο θάνατος

Στη συνάντηση με το θάνατο, ο νοσηλευτής έχει να εκτελέσει μια σειρά πράξεων, με σκοπό να αντιτεθεί στην επέλευσή του και, αν δεν τα καταφέρει, απλώς να ανακουφίσει τον ετοιμοθάνατο. Αυτή η βέβαιη πάλη με το θάνατο οριοθετεί ένα πεδίο, όπου εύκολα γεννιούνται αισθήματα ενοχής.

Το ερώτημα : “θα μπορούσε να είχε κάνει κάτι καλύτερο, κάτι περισσότερο;” τίθεται κάθε φορά που η αναπότρεπτη πραγματικότητα επιβάλλεται. Παραπέμπει είτε σε πραγματική έλλειψη γνώσεων είτε, πιο συχνά, σε μια φαντασιωσική ιδεατή εικόνα, που περιέχει στοιχεία παντοδυναμίας. Επικαλείται το πρότυπο του απόλυτου γνώστη, ο οποίος μπορεί να νικήσει ακόμη και το θάνατο. Η εσωτερική σύγκρουση γεννιέται κάθε φορά που ο θάνατος επέρχεται. Το άφθαστο ιδεατό σημείο της παντοδυναμίας οφείλει να υποχωρήσει μπροστά στην πραγματικότητα και ο νοσηλευτής να αποδεχθεί το άγχος που του γεννά η ιδέα ότι δεν μπόρεσε να κάνει τίποτε περισσότερο, για να εμποδίσει τον άρρωστο να πεθάνει.

Όλοι οι θάνατοι που συμβαίνουν σε ένα Τμήμα δεν προκαλούν ίδιας έντασης ψυχική συμμετοχή εκ μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού. Ο θάνατος ενός ηλικιωμένου μετά από μακροχρόνια αρρώστια είναι ευκολότερα αποδεκτός από εκείνον ενός νέου που πεθαίνει από τροχαίο ατύχημα. Στην πρώτη περίπτωση, εκτός από την ηλικία, η μακροχρόνια νοσηλεία επιτρέπει την ψυχική προετοιμασία. Κατά κάποιον τρόπο, το πένθος αρχίζει από τη στιγμή που ο άρρωστος περνάει στη θέση του ετοιμοθάνατου. Αυτή η πορεία είναι βαθμιαία και στηρίζεται στις κλινικές και τις παρακλινικές εξετάσεις, αλλά και στην πείρα του νοσηλευτικού προσωπικού.

Η *Kubler Ross* περιέγραψε πέντε φάσεις, από τις οποίες περνάει ο άρρωστος για να καταλήξει στην αποδοχή του θανάτου. Η αρχική άρνηση μετατρέπεται σε έντονα συναισθήματα θυμού και εναντιώσεως. Μετά από μια φάση διαπραγματεύσεως ακολουθεί η κατάθλιψη, κατάσταση επικίνδυνη, που πιθανόν να οδηγήσει σε απόπειρα αυτοκτονίας. Η σχετική ηρεμία έρχεται στην τελική φάση, της αποδοχής.

Μια έντονη σχέση αναπτύσσεται σε αυτήν την περίοδο. Ο ετοιμοθάνατος έχει μεγάλη ανάγκη ή αναζητά απελπισμένα μια μητρική προστατευτική σχέση. Παλινδρομεί στην κατάσταση του παιδιού και γίνεται φορτικός, ακόμη και βασανιστικός, με τις απαιτήσεις του. Η προσωπικότητα του νοσηλευτή παίζει μεγάλο ρόλο στην ποιότητα των απαντήσεων που θα δώσει. Ή θα μπορέσει να μεταβολίσει το άγχος που εκπέμπει ο ετοιμοθάνατος και να παίξει το μητρικό ρόλο ή, αντίθετα, θα εκλάβει τις απαιτήσεις σαν εκβιασμό και θα απαντήσει με επιθετικότητα ή απόρριψη. Όταν ο θάνατος επέλθει, θα νιώσει μεγάλες ενοχές για την επιθετικότητά του.

Οι σχέσεις με την οικογένεια του ετοιμοθάνατου αποτελούν, επίσης, παράγοντα ψυχικού stress για το νοσηλευτικό προσωπικό. Καλούνται να παίξουν το ρόλο του ενδιάμεσου, δίνοντας πληροφορίες στο διαγνωστικό ή θεραπευτικό επίπεδο ζητούνται επίμονα από τους συγγενείς, προστατεύοντας το ένα μέρος από το άγχος του άλλου.

Συχνά, είναι μάρτυρες σκηνών επιθετικότητας ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας που εκφράζουν την ψυχική ένταση. Σπανιότερα, πρέπει να επωμισθούν όλο το βάρος ενός ετοιμοθάνατου εγκαταλειμμένου από τους συγγενείς του.

Στις τελικές φάσεις εκπλήσσει η ενασχόληση της οικογένειας με τα οικονομικά, γεγονός που αποτελεί ναρκισσιστικό πλήγμα για τους νοσηλευτές, οι οποίοι δίνουν τη μάχη τους σε ένα τελείως διαφορετικό επίπεδο⁴³.

6.1.3 Νοσηλευτικό προσωπικό παιδιατρικών και ψυχιατρικών τμημάτων

Ο θάνατος ενός παιδιού φαίνεται απαράδεκτος. Προκαλεί αισθήματα εξέγερσης και η ανικανότητα να αποφευχθεί μετατρέπεται σε οργή και τυφλή επιθετικότητα.

Το νοσηλευτικό προσωπικό συνοδεύει τους γονείς στην ανέλπιδη πορεία τους. Ταυτίζεται μαζί τους στη σκληρή μάχη που δίνουν, αλλά αυτή η ταύτιση, ένδειξη κατανόησης, μπορεί να τους οδηγήσει στα ίδια λάθη.

Συχνά, οι γονείς καταφεύγουν στη σιωπή αρνούνται να απαντήσουν στο παιδί σε ερωτήσεις που τους κάνει σχετικά με την αρρώστια του. Υποσυνείδητα, προσπαθούν να ακυρώσουν την αρρώστια και να αρνηθούν τη σοβαρότητά της. Αν το νοσηλευτικό προσωπικό τους ακολουθήσει σε αυτή την τακτική, το παιδί – μη έχοντας απάντηση – αποτραβιέται, σωμαίνει, αυξάνοντας έτσι τη μοναξιά του και το αίσθημα εγκατάλειψης. Το νοσηλευτικό προσωπικό αναλαμβάνει συχνά να μιλήσει στο παιδί για την αρρώστια του, να δώσει ορισμένες απαντήσεις, έργο που φέρνει μεγάλη ανακούφιση.

Η ανακοίνωση της διάγνωσης βυθίζει την οικογένεια σε κατάσταση απελπισίας, όπου οι συναισθηματικές εκδηλώσεις αποκτούν μεγάλη ένταση και χάνεται κάθε δυνατότητα ελέγχου. Η σχέση των γονέων με το παιδί κυμαίνεται σε ακραίες καταστάσεις. Συχνά, οι γονείς φέρονται υπερπροστατευτικά. Ο εξωτερικός κόσμος βιώνεται απειλητικός, εχθρικός το παιδί υφίσταται όλων των ειδών τις απαγορεύσεις, που εμποδίζουν οποιαδήποτε επαφή έξω από την οικογένεια.

Άλλοτε, αποδέχονται πλήρως την παντοδυναμία του παιδιού. Δεν θέτουν κανένα όριο, δεν προβάλλουν καμιά αντίθεση, ικανοποιούν και την παραμικρή επιθυμία.

Η θέση του νοσηλευτικού προσωπικού μπορεί να επικυρώσει τη θέση των γονέων προς τη μία ή την άλλη κατεύθυνση. Αντίθετα, αν οι νοσηλευτές μιλήσουν με τους γονείς, μπορεί να τους επηρεάσουν στη δημιουργία μιας περισσότερο ισορροπημένης σχέσης, ικανής να ανακουφίσει το παιδί από το άγχος του επικείμενου θανάτου.

Στην τελική φάση, ορισμένες μητέρες δε μπορούν πλέον να αντιμετωπίσουν τα οδυνηρά συναισθήματα και απομακρύνονται, εγκαταλείποντας συμβολικά το παιδί τους. Είναι η στιγμή που το παιδί ζητάει τον ενήλικα να είναι εκεί, να είναι μαζί του.

Η νοσοκόμα καλείται να παίζει το ρόλο του μητρικού υποκατάστατου και να μοιραστεί με το παιδί την αγωνία και την απελπισία του.

Το ψυχικό stress του νοσηλευτικού προσωπικού των παιδιατρικών τμημάτων που αντιμετωπίζουν συχνά θανάτους είναι μεγάλο. Επιδρά στην ψυχική τους υγεία, αλλά κυρίως υπάρχει κίνδυνος επίδρασης στο γονεϊκό ρόλο, στη σχέση που έχουν οι νοσηλευτές με τα δικά τους παιδιά.

Τα **Τμήματα Ψυχιατρικής** είναι η μοναδική περίπτωση που το νοσηλευτικό προσωπικό φοβάται όχι μόνο για το θάνατο των άλλων, αλλά και για την προσωπική του ακεραιότητα. Η επικινδυνότητα των ψυχασθενών με τις πολύπλοκες διαβαθμίσεις της δεν αποκλείει την απειλή ή και την πραγμάτωσή της σε πράξεις βίας ενάντια στους νοσηλευτές.

Η πιο συχνή, όμως, συνάρτηση με ένα βίαιο και απρόβλεπτο θάνατο, είναι η αυτοκτονία. Η αυτοκτονία ενός ασθενούς εμπλέκει κατά τρόπο άμεσο τους θεραπευτές, καταδεικνύοντας την ανεπάρκεια και την ακαταλληλότητα της θεραπευτικής τους προσέγγισης. Είναι μια έντονα επιθετική κίνηση απέναντι στη νοσηλευτική ομάδα, υποδεικνύοντας την ανικανότητά τους, αναταράσσοντας τα δυναμικά της και έχοντας επιπτώσεις στην εξέλιξη των υπόλοιπων ασθενών που βρίσκονται στο Τμήμα. Το δραματικό κλίμα επιδεινώνεται με την ανακοίνωση της αυτοκτονίας στους συγγενείς και την πιθανή εμπλοκή της αστυνομίας για έρευνες και ανακρίσεις.

Μόνο η αλληλεγγύη των μελών της νοσηλευτικής ομάδας μεταξύ τους και η σε βάθος γνώση της Κλινικής Ψυχιατρικής θα επιτρέψει να συζητηθεί και να τοποθετηθεί σωστά το γεγονός. Μέσα από τη συζήτηση μπορούν να επανεξετάσουν τα δυναμικά και να επέλθει μια νέα ισορροπία, που θα επιτρέψει στη νοσηλευτική ομάδα να συνεχίσει το θεραπευτικό της έργο⁴³.

6.1.4 Αμυντικοί μηχανισμοί

Οι αμυντικοί μηχανισμοί παραπέμπουν στους τρόπους, με τους οποίους πραγματοποιείται μια προσπάθεια ελέγχου των επώδυνων συναισθημάτων. Η συχνή επαφή με την προβληματική του θανάτου θα έπρεπε να οδηγεί στην αύξηση της νοσηρότητας σε καταθλιπτικά σύνδρομα στο νοσηλευτικό προσωπικό. Δεν έχει όμως διαπιστωθεί κάτι τέτοιο.

Αμυντικά συστήματα σε επίπεδο προσωπικό και συλλογικό αναπτύσσονται κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να επιτρέπουν το ξεπέραςμα της θλίψης, την κυριαρχία πάνω στην επώδυνη κατάσταση και τη συνέχιση της εργασίας.

Οι προσωπικοί αμυντικοί μηχανισμοί έχουν σχέση με τη δομή της προσωπικότητας του κάθε ατόμου, την προσωπική και οικογενειακή του ιστορία και τις κοινωνικό-πολιτιστικές συνθήκες, στις οποίες μεγάλωσε. Το φάσμα των αμυντικών μηχανισμών, στο οποίο ανατρέχει το άτομο για να αντιμετωπίσει το επώδυνο γεγονός, είναι ευρύ. Κυμαίνεται από την πλήρη άρνηση μέχρι τις μανιακές άμυνες.

Ο όρος *άρνηση* χρησιμοποιήθηκε από τον *Freud* με καθορισμένη σημασία. Είναι μηχανισμός άμυνας που συνίσταται στην αδυναμία του υποκειμένου να αναγνωρίσει την πραγματικότητα μιας τραυματικής αντίληψης. Είναι ο γενεσιουργός μηχανισμός της ψύχωσης.

Οι μανιακές άμυνες οδηγούν στην ευφορία, στην υπερδραστηριότητα, σε μια πληθωρική στάση ή νοοτροπία. Είναι η αντίδραση του ατόμου ενάντια στην κατάθλιψη και η ταύτιση με μια φαντασιστική εικόνα παντοδυναμίας του αγαπημένου προσώπου που χάθηκε.

Μέσα από την άρνηση του θανάτου ο νοσηλευτής καλλιεργεί συμπεριφορές απομάκρυνσης, αποφυγής. Προσπαθεί να ελαττώσει στο ελάχιστο την επαφή με τον ετοιμοθάνατο. Απασχολημένος με τεχνικές λεπτομέρειες στην παροχή φροντίδων, αποφεύγει τη συνομιλία, δίνει γενικές απαντήσεις, αλλάζει θέμα συζήτησης, όταν πρόκειται για κάποια ερώτηση που θα τον αναγκάσει να μιλήσει για το θάνατο.

Οι *Keck* και *Walther* παρατήρησαν και κατέγραψαν τις μετακινήσεις των νοσοκόμων στα Παθολογικά Τμήματα δύο νοσοκομείων. Διαπίστωσαν ότι οι νοσοκόμες έμεναν περισσότερη ώρα στα δωμάτια των ασθενών των οποίων η πρόγνωση ήταν καλή και λιγότερη στα δωμάτια των ασθενών που θεωρούνταν καταδικασμένοι.

Παράλληλα με την αποφυγή, αναπτύσσονται ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές που έχουν τον ίδιο σκοπό, δηλαδή την κυριαρχία του αγχογόνου ερεθίσματος. Πρωτόκολλα φαρμακευτικών θεραπειών ή προγραμματισμένες εξετάσεις εκτελούνται μέχρι την τελευταία στιγμή, ενώ η έκβαση έχει ήδη κριθεί. Φθάνουμε έτσι στην κατάσταση που όλες οι δυνατές θεραπευτικές χειρονομίες έχουν γίνει, δεν έχει παραληφθεί τίποτε, αλλά ο άρρωστος έχει εγκαταλειφθεί στη μοναξιά του. Είναι περιτριγυρισμένος από όργανα, μηχανήματα, αλλά όχι από ανθρώπινη παρουσία.

Σε συλλογικό επίπεδο, η νοσηλευτική ομάδα ενός Τμήματος έχει προστατευτικό ρόλο απέναντι στα μέλη της. Οι δεσμοί ισχυροποιούνται, τα μέλη αλληλοκαλύπτονται και αλληλοβοηθούνται. Δε μένουν ποτέ μόνα τους απέναντι στον άρρωστο σε κρίσιμες στιγμές. Η αλληλεγγύη φαίνεται να λειτουργεί σαν αμυντικό σύστημα.

Ένας άλλος τρόπος άμυνας είναι η διαρκής υπερδραστηριότητα. Το νοσηλευτικό προσωπικό βρίσκεται σε διαρκή κίνηση, που δεν αντιστοιχεί κατ' ανάγκη στα συγκεκριμένα θεραπευτικά του καθήκοντα. Η λεκτική έκφραση, επίσης, είναι ακατάπαυστη και δεν περιορίζεται στην ανταλλαγή πληροφοριών πάνω στη δουλειά τους. Η ένταση που προκαλεί το άγχος καταναλώνεται μέσα από τη δραστηριότητα και έτσι δεν υπάρχει χρόνος να αναπτυχθούν οι σκέψεις και τα συναισθήματα.

Στο άρθρο του *Libouban* αναφέρονται, επίσης, ως συμπεριφερσιολογικές διαπιστώσεις που έχουν αξία αμυντικών μηχανισμών, ιδιαίτερη επιθετικότητα, οξύς και πικρός πόνος που απευθύνεται τόσο στους αρρώστους όσο και στα ίδια μέλη της ομάδας. Χαρακτηριστικά είναι τα αστεία τους γύρω από το θάνατο και οι κυνικές τους παρατηρήσεις. Με αυτό τον τρόπο καλλιεργούν ένα είδος λεκτικής βίας, για να αντεπεξέλθουν στην πραγματική βία του θανάτου. Η επιθετικότητα τους βοηθάει να ξεπεράσουν την παθητική στάση στην οποία βρίσκονται και να νιώσουν λιγότερο ευάλωτοι.

Έχουν, επίσης, ιδιαίτερη ευκολία να μιλούν για τη δουλειά τους και να διηγούνται ιστορίες και επεισόδια που έχουν συμβεί στη διάρκεια της σταδιοδρομίας τους. Η συχνή επανάληψη των διηγήσεων και ο ανεκδοτολογικός τους χαρακτήρας επιτρέπει την αποσύνδεσή τους από το συναίσθημα.

Μια αξιόλογη παρατήρηση που αναφέρεται στο ίδιο άρθρο, μετά από μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο νοσηλευτικό προσωπικό ενός Τμήματος βαριών εγκυματιών σε παρισινό νοσοκομείο, αφορά τη μειωμένη απουσία από αναρρωτικές άδειες σε σχέση με τα άλλα τμήματα. Μπορεί να εξηγηθεί είτε από την ανάγκη υπερδραστηριότητας αυτών των ατόμων είτε από το γεγονός ότι νιώθουν περισσότερο υπεύθυνοι και απαραίτητοι σε ένα τέτοιο Τμήμα. Συναίσθημα που δίνει αξία στη δουλειά τους και τους εμποδίζει να απουσιάζουν.

Συμπερασματικά, έντονο ψυχικό stress προκαλείται στο νοσηλευτικό προσωπικό από τη συχνή και αναπότρεπτη συνάντηση με το θάνατο. Αναπτύσσονται ψυχοπαθολογικοί μηχανισμοί, μέσα από τους οποίους οι ειδικές συνθήκες εργασίας

επηρεάζουν την προσωπική ζωή των εργαζομένων. Διαπιστώνεται παράλληλα μια κυκλική αλληλεπίδραση. Οι νοσηλευτές, κάτω από το βάρος του ψυχικού stress, υποβιβάζουν τη διεξαγωγή του θεραπευτικού τους έργου.

Η διαφύλαξη της ψυχικής υγείας του νοσηλευτικού προσωπικού, πεδίο ακόμη ανεξερεύνητο, στο οποίο δυστυχώς δε δίνεται αρκετή προσοχή, θα οδηγήσει σε μια αρτιότερη θεραπευτική αντιμετώπιση και προπάντων στη διαφύλαξη μιας ανθρώπινης και ζεστής σχέσης που τόσο έχει ανάγκη ο ετοιμοθάνατος⁴³.

6.2 Αυτοκτονία και επαγγέλματα

Η παρακάτω ανάλυση δείχνει τους θανάτους από αυτοκτονία σε εργαζόμενους ανθρώπους ηλικίας 20-59 για τις γυναίκες και 20-64 για τους άνδρες, η οποία έχει αναλυθεί σε ορισμένες επαγγελματικές κατηγορίες στην Αγγλία. Είναι μια περίπλοκη στατιστική ανάλυση, η οποία περιέχει ένα δείκτη κινδύνου που ονομάζεται *Αναλογικός Δείκτης Θνησιμότητας* ή “**PMR**” (= *Proportional Mortality Ratio*).

Το PMR χρησιμοποιεί την αναλογία των θανάτων που οφείλονται σε αυτοκτονία σε μια συγκεκριμένη ομάδα και συγκρίνει αυτό το νούμερο με έναν μέσο όρο (MO) του συνολικού πληθυσμού. Δείχνει δηλαδή μια ένδειξη κινδύνου αυτοκτονιών σε μια συγκεκριμένη ομάδα.

Οι αριθμοί των αυτοκτονιών σε μερικές ομάδες επαγγελματιών, ειδικά για τις γυναίκες, είναι πολύ χαμηλοί κι αυτό μπορεί να καταλήξει σε πάρα πολύ υψηλούς ή πάρα πολύ χαμηλούς αναλογικούς δείκτες θνησιμότητας και γι’ αυτό οι στατιστικές θα πρέπει να εξετάζονται με προσοχή. Παρ’ όλα αυτά, μπορούμε να πούμε με σιγουριά ότι, απ’ ό,τι δείχνουν οι στατιστικές, οι άνθρωποι στον ιατρικό και τον αγροτικό τομέα έχουν ανησυχητικά υψηλό ρίσκο αυτοκτονίας (δείτε παρακάτω πίνακα).

Είναι κοινώς αποδεκτό ότι το stress, μαζί με την εύκολη πρόσβαση στα μέσα, είναι σημαντικοί παράγοντες, οι οποίοι βάζουν τους ανθρώπους που έχουν συγκεκριμένη απασχόληση σε μεγαλύτερο κίνδυνο θανάτου από αυτοκτονία.

Άντρες ηλικίας 20-64, 1991-6, Αγγλία

Επάγγελμα	PMR	Αριθμός αυτοκτονιών
Οδοντίατροι	2,49	25
Φαρμακοποιοί	1,71	25
Επιχειρηματίες	1,55	43
Εμπορικοί αντιπρόσωποι	1,51	97
Ιατροί	1,47	71
Αγρότες	1,44	190
Εκδότες	1,28	129
Αυτοκινητιστές	1,24	221
Καθαριστές	1,22	204
Βαφείς	1,19	389
Κτίστες	1,19	332
Πωλητές	1,18	296
Κηπουροί	1,17	234
Ξυλουργοί	1,15	384

Γυναίκες ηλικίας 20-59, 1991-6, Αγγλία

Επάγγελμα	PMR	Αριθμός θανάτων
Κτηνίατροι	5,00	4
Ιατροί	2,85	25
Νοικοκυρές	2,47	16
Σερβιτόρες	1,87	37
Κοιν.Λειτουργοί Εκπαιδευτικοί	1,83	26
Φοιτήτριες	1,39	132
Καθαρίστριες	1,38	95
Νοσηλεύτριες	1,37	240
Βοηθοί νοσοκόμες	1,30	139

Ιατρικά επαγγέλματα

Οι νοσηλεύτριες (προϊσταμένες και διευθύνουσες) αντιστοιχούν σε ένα ουσιαστικό ποσοστό (4,8%) όλων των αυτοκτονιών που αφορά τις γυναίκες ηλικίας 20-59 ετών από το 1982 έως το 1996. Υπήρχαν 240 αυτοκτονίες μέσα σ' αυτό το γκρουπ από το 1991 ως το 1996, με μέσο όρο 40 αυτοκτονίες ανά έτος ή 1 αυτοκτονία κάθε 9 ημέρες. Οι νοσηλεύτριες κινδυνεύουν 1,37 φορές περισσότερο από τις γυναίκες που βρίσκονται στην ίδια ηλικία και έχουν διαφορετική απασχόληση.

Οι γυναίκες ιατροί, επίσης, έχουν υψηλό κίνδυνο (2,85 φορές), όμως ο αριθμός των θανάτων είναι μικρός σε σχέση με τις νοσηλεύτριες. Υπήρχαν 25 αυτοκτονίες σε αυτήν την ομάδα από το 1991 ως το 1996.

Οι άνδρες οδοντίατροι είναι η ομάδα με τον υψηλότερο κίνδυνο αυτοκτονιών στο χρονικό διάστημα 1991-1996, με μέσο όρο 2,49 φορές. Κατά το διάστημα αυτό υπήρχαν 25 αυτοκτονίες σ' αυτή την ομάδα.

Οι άνδρες ιατροί εμφανίζουν υψηλό κίνδυνο (με μέσο όρο 1,47 φορές). Σ' αυτή την ομάδα είχαμε 71 αυτοκτονίες στο διάστημα 1991-1996.

Η **δηλητηρίαση** είναι η πιο κοινή μέθοδος αυτοκτονίας που χρησιμοποιείται από άνδρες και γυναίκες στα ιατρικά επαγγέλματα στο σύνολο του πληθυσμού (π.χ. το 59% των αυτοκτονιών από νοσηλεύτριες και το 94% των αυτοκτονιών από γυναίκες ιατρούς είναι με δηλητηρίαση με στερεές και υγρές ουσίες, σε σχέση με το 42% όλων των γυναικών που αυτοκτονούν).

Κτηνίατροι

Από το 1982 μέχρι το 1987 οι άνδρες κτηνίατροι έδειξαν τη μέγιστη αναλογία θνησιμότητας, με μέσο όρο 3 φορές περισσότερο από τους άνδρες με άλλο επάγγελμα. Αυτό το νούμερο βγαίνει από ένα σύνολο 17 αυτοκτονιών πάνω από τα 6 χρόνια. Στην περίοδο 1991-1996 το νούμερο μειώθηκε στις 9 αυτοκτονίες.

Οι οδοντίατροι (και οι γιατροί) φαίνονται τώρα ότι είναι ένα σύνολο υψηλότερου κινδύνου, καθώς τα νούμερα βασίζονται σε μεγαλύτερο βαθμό αυτοκτονιών.

Η **κατάποση δηλητηρίων** είναι επίσης η πιο συχνή μέθοδος αυτοκτονίας στους κτηνιάτρους (άνδρες και γυναίκες) απ' ότι στο σύνολο του πληθυσμού.

Αγρότες

Από το 1982 ως το 1987, οι κηπουροί και οι ασχολούμενοι με αγροκτήματα έχουν το 2^ο μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονιών μετά τους κτηνιάτρους. Κατα την περίοδο 1991-1996, ο κίνδυνος έπεσε σε 1,44 φορές κατά μέσο όρο και είναι τώρα στον 3^ο υψηλότερο κίνδυνο του πίνακα αυτοκτονιών, όσον αφορά το επάγγελμα.

Παρ' όλα αυτά, τα νούμερα των αυτοκτονιών των αγροτών είναι ακόμα πολύ υψηλά, με ένα ποσοστό 1,3% των αυτοκτονιών των ανδρών ηλικίας 20-64 ανάμεσα

στο 1982 και το 1996. Από το 1991 ως το 1996 έγιναν 190 αυτοκτονίες αγροτών ή, αλλιώς, 1 αυτοκτονία κάθε 11 ημέρες.

Τα **πυροβόλα όπλα** είναι η μέθοδος που προτιμούν οι άνδρες αγρότες, σε ποσοστό 36% των θανάτων που οφείλονται σε αυτοκτονίες. Από όλες τις αυτοκτονίες ανδρών, το 5% γίνονται με πυροβόλα όπλα⁴⁵.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα εργασίας με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας. Το ερωτηματολόγιο αυτό συμπληρώθηκε από 162 άτομα, πολλοί από τους οποίους είχαν προσωπική ή στο στενό κοινωνικό τους περιβάλλον εμπειρία απόπειρας αυτοκτονίας της περιοχής των Πατρών και Αθηνών, νεαρής (εφηβικής κυρίως) ηλικίας. Η έρευνά μας πραγματοποιήθηκε από τον Οκτώβριο έως και των Μάρτιο του 2000.

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη, αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτόμενο, ότι μπορούσαν να μην απαντήσουν στις ερωτήσεις μας αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, σημειώναμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας - σχολή της φοίτησής μας. Η μέθοδός μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας και πιο ειδικά με τη μορφή της ποσοτικής, πολυπαραγοντικής και ενεργής έρευνας.

Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας εργασίας.

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το STATISTICA for Windows.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ: Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες, καθώς και τα ποσοστά που αντιστοιχούν σε αυτές επί του συνόλου.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ: Τέλος, για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν ενδεικτικά και για λίγες περιπτώσεις λόγω του

μικρού αριθμού του δείγματος μας, crosstabs με τα οποία συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων.

Στο τέλος των crosstabs αναγράφονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τον στατιστικό έλεγχο. Πιο συγκεκριμένα τα στατιστικά αποτελέσματα αποτελούνται από :

1. Μέγεθος του δείγματος
2. χ^2 (chi-square)
4. Πιθανότητα στατιστικής σημαντικότητας (p - value)

Θεωρούμε σαν στατιστικώς σημαντική μία διαφορά ως προς κάποιο χαρακτηριστικό, αν και μόνο αν το αποτέλεσμα που δίνεται από το στατιστικό έλεγχο οδηγεί σε μία πιθανότητα $p < 0,05$.

Η στατιστική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των παρατηρούμενων διαφορών μεταξύ των εξεταζομένων ομάδων, ήταν το chi-square.

Με βάση τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την ερευνά μας τα οποία και αναλύονται στην ΣΥΖΗΤΗΣΗ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Α. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

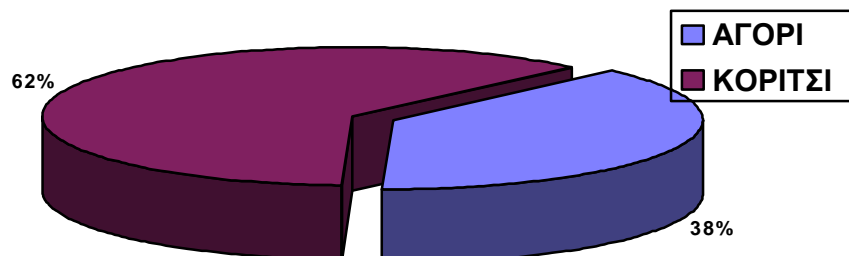
Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά με μορφή πινάκων, ενώ συνήθως ακολουθεί αντίστοιχο σχήμα με ανάλογη γραφική παράσταση των αποτελεσμάτων για σαφέστερη παρουσίαση τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Κατανομή των απαντήσεων 162 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΚΟΡΙΤΣΙ	100	62
ΑΓΟΡΙ	62	38
ΣΥΝΟΛΟ	162	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν κορίτσια.³

ΣΧΗΜΑ 1: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 162 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο.

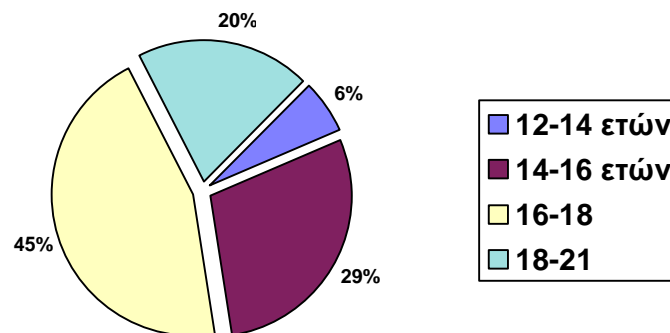


ΠΙΝΑΚΑΣ 2 : Κατανομή των απαντήσεων 162 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
12-14 ετών	9	6
14-16	47	29
16-18	73	45
18-21 ετών	33	20
ΣΥΝΟΛΟ	162	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν ηλικίας μεγαλύτερης των 16 και μικρότερης των 18 ετών.

ΣΧΗΜΑ 2: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 162 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία.



ΠΙΝΑΚΑΣ 3 : Κατανομή των απαντήσεων 162 ερωτηθέντων σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΙ	17	10
ΞΑΝΑΠΑΝΤΡΕΜΕΝΟΙ	9	6
ΑΠΩΛΕΙΑ ΕΝΟΣ ΓΟΝΕΑ	12	7
ΑΠΩΛΕΙΑ ΔΥΟ ΓΟΝΕΩΝ	6	4
ΥΙΟΘΕΤΗΜΕΝΟ ΠΑΙΔΙ	5	3
ΑΝΥΠΑΝΤΡΗ ΜΗΤΕΡΑ	2	1
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤ.	111	69
ΣΥΝΟΛΟ	162	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είχαν φυσιολογική οικογένεια.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Κατανομή των απαντήσεων 162 ερωτηθέντων σε σχέση με τα αδέρφια που έχουν.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
1	76	47
2	37	23
3	16	10
4	12	7
> 4	12	7
κανένα	9	6
ΣΥΝΟΛΟ	162	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είχαν 1 ή το πολύ 2 αδέρφια.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Κατανομή των απαντήσεων 162 ερωτηθέντων σε σχέση με τον τόπο διαμονής τους

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΑΣΤΙΚΟΣ	134	83
ΜΗ ΑΣΤΙΚΟΣ	28	17
ΣΥΝΟΛΟ	162	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα κατοικούσαν σε αστικές περιοχές.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Κατανομή των απαντήσεων 162 ερωτηθέντων σε σχέση με την εργασιακή τους κατάσταση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΑΝΕΡΓΟΣ	9	6
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ	8	5
ΦΟΙΤΗΤΗΣ	15	9
ΜΑΘΗΤΗΣ	130	80
ΣΥΝΟΛΟ	162	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν μαθητές (ΛΥΚΕΙΟΥ).

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Κατανομή των απαντήσεων 162 ερωτηθέντων σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο των γονέων τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ		ΠΟΣΟΣΤΟ(%)	
	ΠΑΤΕΡΑΣ	ΜΗΤΕΡΑ	ΠΑΤΕΡΑΣ	ΜΗΤΕΡΑ
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	38	43	23	26
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	24	26	15	16
ΛΥΚΕΙΟ	44	39	27	24
ΤΕΙ	24	22	15	14
ΑΕΙ	22	15	14	9
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ	7	5	4	3

ΚΑΝΕΝΑ	3	12	2	8
ΣΥΝΟΛΟ	162	162	100	100

Οι περισσότεροι γονείς των ερωτηθέντων στην παρούσα έρευνα ήταν απόφοιτοι Λυκείου για τον πατέρα και Δημοτικού για την μητέρα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Κατανομή των απαντήσεων 162 ερωτηθέντων σε σχέση με την εργασιακή κατάσταση των γονέων τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ		ΠΟΣΟΣΤΟ(%)	
	ΠΑΤΕΡΑΣ	ΜΗΤΕΡΑ	ΠΑΤΕΡΑΣ	ΜΗΤΕΡΑ
ΟΙΚΙΑΚΑ	0	74	0	45
ΑΝΕΡΓΟΣ	24	26	15	16
ΙΔΙΩΤ. ΥΠΑΛΛ.	43	35	26	22
ΔΗΜ. ΥΠΑΛΛ.	40	21	25	13
ΕΛΕΥΘ. ΕΠΑΓΓ.	43	6	26	4
ΕΡΓΑΤΗΣ	12	0	8	0
ΣΥΝΟΛΟ	162	162	100	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι ο πατέρας τους ήταν ελεύθερος επαγγελματίας ή ιδιωτικός υπάλληλος και η μητέρα τους δεν εργάζονταν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Κατανομή των απαντήσεων 162 ερωτηθέντων σε σχέση με τη συγκατοίκηση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΓΟΝΕΙΣ	134	54
ΑΔΕΛΦΙΑ	84	34
ΠΑΠΠΟΥ, ΓΙΑΓΙΑ	14	6
ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ	9	4
ΦΙΛΟΥΣ	4	2

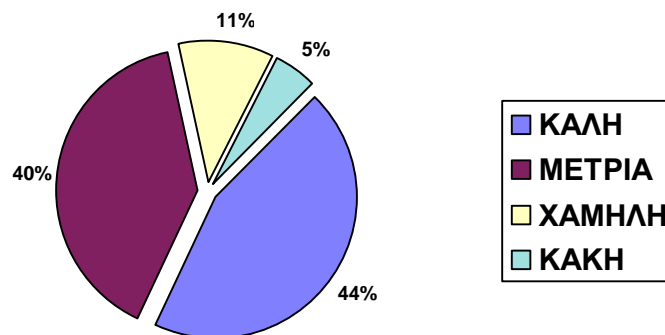
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα μένουν με τους γονείς τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Κατανομή των απαντήσεων 162 ερωτηθέντων σε σχέση με την οικονομική τους κατάσταση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΚΑΛΗ	73	44
ΜΕΤΡΙΑ	64	40
ΧΑΜΗΛΗ	17	11
ΚΑΚΗ	8	5
ΣΥΝΟΛΟ	162	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είχαν καλή οικονομική κατάσταση.

ΣΧΗΜΑ 3: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 162 ερωτηθέντων σε σχέση με την οικονομική κατάσταση.



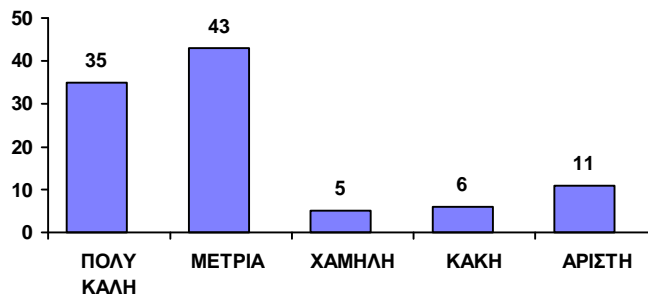
Β. ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Κατανομή των απαντήσεων 162 ερωτηθέντων σε σχέση με την επίδοση στο σχολείο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΑΡΙΣΤΗ	19	11
ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	56	35
ΜΕΤΡΙΑ	69	43
ΧΑΜΗΛΗ	8	5
ΚΑΚΗ	10	6
ΣΥΝΟΛΟ	162	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είχαν μέτρια απόδοση στο σχολείο.

ΣΧΗΜΑ 4: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 162 ερωτηθέντων σε σχέση με την επίδοσή τους στο σχολείο.



ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Κατανομή των απαντήσεων 162 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν πιστεύουν στο Θεό.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΝΑΙ	134	83
ΟΧΙ	28	17
ΣΥΝΟΛΟ	162	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα πιστεύουν στο Θεό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Κατανομή των απαντήσεων 162 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν στο οικογενειακό τους περιβάλλον κάποιος λαμβάνει ειδική φαρμακευτική αγωγή..

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΑΓΧΟΛΥΤΙΚΑ	10	7
ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΑ	19	14
ΥΠΝΩΤΙΚΑ	15	11
ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΗΠΤΙΚΑ	10	7
ΑΝΤΙΕΠΙΛΗΠΤΙΚΑ	3	2
ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ	8	6
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	70	53

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν γνώριζαν για κάποια ειδική αγωγή φαρμακευτική μέσα στο οικογενειακό τους περιβάλλον.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Κατανομή των απαντήσεων 162 ερωτηθέντων σε σχέση με πως ζοδεύουν το χρόνο τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΔΙΑΒΑΣΜΑ	48	9
ΑΘΛΗΜΑΤΑ	46	9
ΤΕΧΝΗ	29	6
ΜΟΥΣΙΚΗ	91	18

ΣΚΕΨΕΙΣ	53	10
ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ	65	12
ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑ	27	5
ΠΑΡΕΑ ΜΕ ΦΙΛΟΥΣ	88	17
ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ	73	14

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ασχολούνται με τη μουσική και τους φίλους τους στον ελεύθερο χρόνο τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Κατανομή των απαντήσεων 162 ερωτηθέντων σε σχέση με τις ώρες παρακολούθησης τηλεόρασης καθημερινά.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
1-2 ώρες	79	49
2-4	43	26
4-6	16	10
> 6 ώρες	10	6
ΚΑΘΟΛΟΥ	14	9
ΣΥΝΟΛΟ	162	100

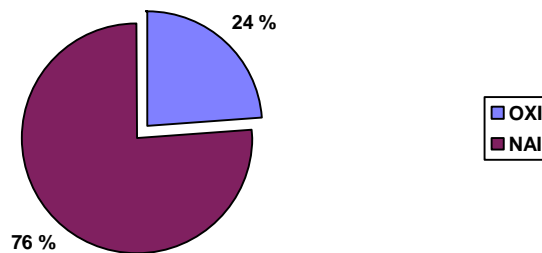
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα παρακολουθούν κατά μέσο όρο 1-2 ώρες τηλεόραση την ημέρα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Κατανομή των απαντήσεων 162 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν τους επηρεάζει αρνητικά η τηλεόραση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΝΑΙ	39	24
ΟΧΙ	123	76
ΣΥΝΟΛΟ	162	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ΔΕΝ επηρεάζονται αρνητικά από την τηλεόραση.

ΣΧΗΜΑ 5: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 162 ερωτηθέντων σε σχέση με την αρνητική επίδραση της τηλεόρασης.



ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Κατανομή των απαντήσεων 162 ερωτηθέντων σε σχέση με το χαρακτήρα τους

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΑΠΑΙΣΙΟΔΟΞΟΣ	34	14
ΑΙΣΙΟΔΟΞΟΣ	72	30
ΑΠΟΜΟΝΩΜΕΝΟΣ	21	9
ΕΡΕΙΣΤΙΚΟΣ	14	6
ΕΣΩΣΤΡΕΦΗΣ	22	9
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ	62	26

ΑΝΑΓΚΗ ΕΠΙΒΡΑΒΕΥΣΗΣ	14	6
------------------------	----	---

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα χαρακτηρίζουν τους εαυτούς τους ως αισιόδοξους σαν χαρακτήρες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Κατανομή των απαντήσεων 162 ερωτηθέντων σε σχέση με το οικογενειακό ιστορικό.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ	17	19
ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ	27	29
ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΕΣ Ή ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ	14	15
ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ	16	17
ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ	18	20

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες οι οποίοι απάντησαν στην παρούσα έρευνα είχαν ιστορικό ψυχικής νόσου στην οικογένειά τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Κατανομή των απαντήσεων 162 ερωτηθέντων σε σχέση με το γονικό έλεγχο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΑΠΑΙΤΗΤΙΚΟΣ	36	22
ΣΥΖΗΤΗΣΙΜΟΣ	103	64
ΑΔΙΑΦΟΡΟΣ	16	10
ΔΕΝ ΥΦΙΣΤΑΤΑΙ	7	4
ΣΥΝΟΛΟ	162	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα χαρακτηρίζουν τον γονικό έλεγχο σαν συζητήσιμο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Κατανομή των απαντήσεων 162 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχουν εκδηλώσει ποτέ κατάθλιψη.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΝΑΙ	90	55
ΟΧΙ	72	45
ΣΥΝΟΛΟ	162	100

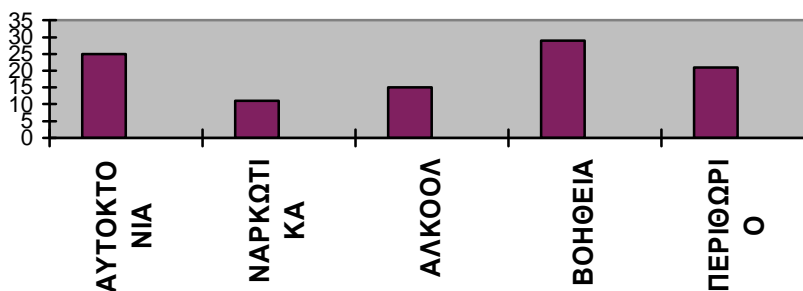
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δηλώνουν ότι έχουν εκδηλώσει κατάθλιψη (ΣΕ ΠΟΣΟΣΤΟ 55 %).

ΠΙΝΑΚΑΣ 11: Κατανομή των απαντήσεων 90 ερωτηθέντων σε σχέση με το τι σκέφθηκαν κατά την περίοδο της κατάθλιψης τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ	22	25
ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ	10	11
ΑΛΚΟΟΛ	13	14
ΒΟΗΘΕΙΑ	26	29
ΠΕΡΙΘΩΡΙΟ	19	21

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα σκέφθηκαν κυρίως να ζητήσουν βοήθεια κατά την περίοδο της κατάθλιψης τους (ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΤΟ 25 % ΔΗΛΑΔΗ 13,5 % ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ).

ΣΧΗΜΑ 6: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων ερωτηθέντων σε σχέση με τις σκέψεις τους κατά την κατάθλιψη.



ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Κατανομή των απαντήσεων 90 ερωτηθέντων σε σχέση με τους λόγους της εκδήλωσης της κατάθλιψης.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	47	19
ΕΡΩΤΙΚΗ ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΣΗ	28	11
ΑΠΩΛΕΙΑ ΓΟΝΕΑ	16	6
ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ	29	11
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ	5	2
ΑΠΩΛΕΙΑ ΦΙΛΟΥ	14	6
ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΥ	14	6
ΣΧΟΛΙΚΗ ΕΠΙΔΟΣΗ	26	10
ΑΠΟΤΥΧΙΑ ΣΕ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	19	7
ΔΙΑΨΕΥΣΗ ΥΠΟΣΧΕΣΕΩΝ	18	7
ΜΗ ΑΛΗΘΙΝΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ	20	8
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	14	6
ΑΝΕΡΓΙΑ	3	1

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν τα οικογενειακά προβλήματα και η αδυναμία του χαρακτήρα τους για την αντιμετώπιση των διαφόρων προβλημάτων τους ήταν οι πιο συχνοί παράγοντες πρόκλησης κατάθλιψης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13: Κατανομή των απαντήσεων 162 ερωτηθέντων σε σχέση με τα αισθήματά τους κατά περιόδους

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΑΠΕΛΠΙΣΙΑ	41	11
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ	33	9
ΜΕΙΩΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΩΝ	32	9
ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ ΕΑΥΤΟΥ	22	6
ΑΛΛΑΓΕΣ ΒΑΡΟΥΣ	24	7
ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑ	34	9
ΥΠΕΡΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ	38	11
ΕΧΘΡΙΚΟΤΗΤΑ	26	7
ΚΟΠΩΣΗ	38	11
ΣΚΕΨΕΙΣ ΘΑΝΑΤΟΥ	13	4
ΑΙΣΘΗΜΑ ΑΝΑΞΙΟΤΗΤΑΣ	20	6
ΕΛΑΤΤΩΜΕΝΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΣΚΕΨΗΣ	36	10

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα έχουν νοιώσει κατά περιόδους απελπισία, υπερευαίσθησία και κόπωση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 14: Κατανομή των απαντήσεων 162 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν είναι συχνή η ιδέα του θανάτου στη καθημερινή τους ζωή.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΝΑΙ	42	26
ΟΧΙ	120	74
ΣΥΝΟΛΟ	150	100

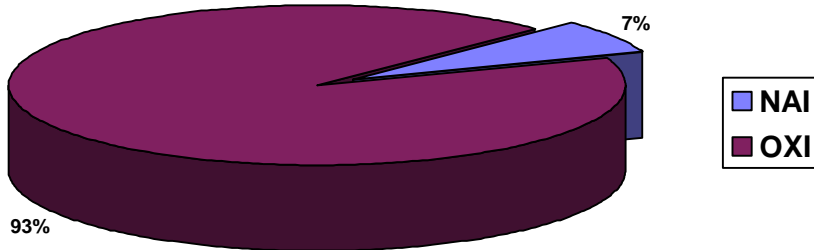
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν έχουν στην καθημερινή τους ζωή συχνά ιδέες θανάτου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15: Κατανομή των απαντήσεων 162 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΝΑΙ	12	7
ΟΧΙ	150	93
ΣΥΝΟΛΟ	162	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ΔΕΝ έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν εκτός από 12 περιπτώσεις.

ΣΧΗΜΑ 7: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 162 ερωτηθέντων σε σχέση με την αυτοκτονία.



ΠΙΝΑΚΑΣ 16: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχουν φίλους ή γνωστούς που έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΝΑΙ	73	49
OXI	77	51
ΣΥΝΟΛΟ	162	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ΔΕΝ έχουν φίλους ή γνωστούς που να έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν εκτός από 73 περιπτώσεις που ήταν :

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΦΥΛΟ		
ΑΓΟΡΙ	33	45
ΚΟΡΙΤΣΙ	40	55
<u>ΣΥΝΟΛΟ</u>	73	100
ΗΛΙΚΙΑ		
10-15 ετών	23	32
16-20	46	63
> 20	4	5
ΣΥΝΟΛΟ	73	100

Τα κορίτσια και οι ηλικίες 16-20 ετών παρουσιάζουν τις μεγαλύτερες συχνότητες απόπειρας αυτοκτονία

ΠΙΝΑΚΑΣ 17: Κατανομή των απαντήσεων 85 ερωτηθέντων σε σχέση με τις αιτίες που οδήγησαν στην απόπειρα τους ίδιους ή τους γνωστούς τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	37	20
ΕΡΩΤΙΚΗ ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΣΗ	28	15
ΑΠΩΛΕΙΑ ΓΟΝΕΑ	13	7
ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ	24	13
ΑΝΑΠΗΡΙΑ	14	7
ΑΠΩΛΕΙΑ ΦΙΛΟΥ	13	7
ΟΧΙ ΑΛΗΘΙΝΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ	15	8
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	16	9
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΕΠΙΔΟΣΗΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	9	5
ΔΙΑΨΕΥΣΗ ΥΠΟΣΧΕΣΕΩΝ	17	9

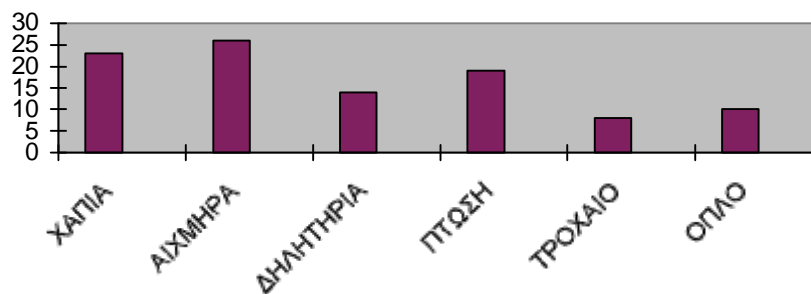
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι είτε οι ίδιοι είτε γνωστοί τους αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν εξαιτίας των οικογενειακών τους προβλημάτων ή κάποιας ερωτικής απογοήτευσης κυρίως.

ΠΙΝΑΚΑΣ 18: Κατανομή των απαντήσεων 85 ερωτηθέντων σε σχέση με τη μέθοδο με την οποία αποπειράθηκε να αυτοκτονήσει είτε ο ίδιος είτε ο γνωστός τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΧΑΠΙΑ	26	23
ΑΙΧΜΗΡΑ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ	29	26
ΔΗΛΗΤΗΡΙΑ	16	14
ΠΤΩΣΗ ΑΠΟ ΥΨΟΣ	21	19
ΤΡΟΧΑΙΟ	9	8
ΟΠΛΟ	11	10

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δηλώνουν σαν την δημοφιλέστερη μέθοδο απόπειρας αυτοκτονίας την χρήση αιχμηρών αντικειμένων ή χαπιών.

ΣΧΗΜΑ 8: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 85 ερωτηθέντων σε σχέση με την μέθοδο αυτοκτονίας



ΠΙΝΑΚΑΣ 19: Κατανομή των απαντήσεων 85 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν η απόπειρα ήταν προμελετημένη.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΝΑΙ	51	60
ΟΧΙ	34	40
ΣΥΝΟΛΟ	85	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι οι απόπειρες ήταν προμελετημένες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 20: Κατανομή των απαντήσεων 85 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν μετάνιωσαν οι υποψήφιοι αυτόχειρες.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΝΑΙ	45	53
ΟΧΙ	40	47
ΣΥΝΟΛΟ	85	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες ΜΕ ΜΙΚΡΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΔΙΑΦΟΡΑ στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι οι αποπειραθέντες να αυτοκτονήσουν έχουν μετανιώσει.

ΠΙΝΑΚΑΣ 21: Κατανομή των απαντήσεων 85 ερωτηθέντων σε σχέση με τη βοήθεια που τυχόν ζήτησε.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	14	13
ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ	11	11
ΦΙΛΟΥΣ	36	35
ΨΥΧΟΛΟΓΟ	16	15
ΙΑΤΡΟ	13	12
ΚΑΘΗΓΗΤΗ	4	4
ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟ	10	10

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι ζητήθηκε βοήθεια κυρίως από το φιλικό περιβάλλον τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 22: Κατανομή των απαντήσεων 85 ερωτηθέντων σε σχέση με το είδος της βοήθειας.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	60	70
ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΣΕ ΕΙΔΙΚΟ	25	30
ΣΥΝΟΛΟ	85	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δέχθηκαν την βοήθεια με τη μορφή της συζήτησης με το πρόσωπο στο οποίο απευθύνθηκαν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 23: Κατανομή των απαντήσεων 85 ερωτηθέντων σε σχέση με την πιθανή θεραπεία.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΑΤΟΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	12	14
ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	8	10
ΦΑΡΜΑΚΑ	13	15
ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	11	13
ΚΑΜΙΑ	41	48

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν ακολούθησαν καμία θεραπεία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 24: Κατανομή των απαντήσεων 85 ερωτηθέντων σε σχέση με την πρόθεση για νέα απόπειρα.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΝΑΙ	32	38
ΟΧΙ	53	62
ΣΥΝΟΛΟ	85	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν θεωρούν ότι υπάρχει πρόθεση για μια νέα απόπειρα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 25: Κατανομή των απαντήσεων 24 ερωτηθέντων σε σχέση με τους λόγους για μια νέα απόπειρα.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
Η ΜΟΝΗ ΛΥΣΗ	11	27
ΚΑΜΙΑ ΒΟΗΘΕΙΑ	17	41
ΟΧΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	13	32

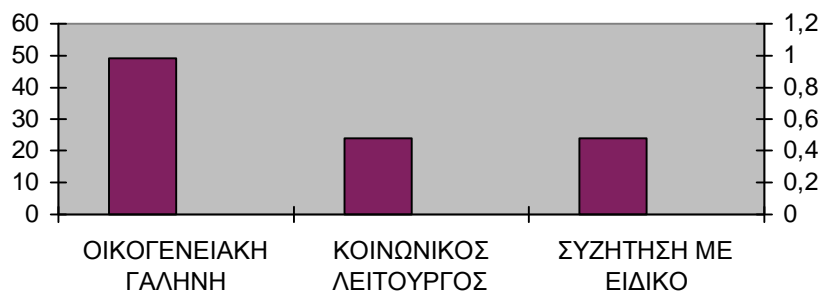
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θα επαναλάμβαναν την απόπειρα οι παρ' ολίγον αυτόχειρες αν δεν θα είχαν καμιά βοήθεια στα προβλήματά τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 26: Κατανομή των απαντήσεων 162 ερωτηθέντων σε σχέση με τους τρόπους με τους οποίους το πρόβλημα της αυτοκτονίας θα αντιμετωπιζόταν καλύτερα.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΓΑΛΗΝΗ	80	50
ΥΠΑΡΞΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΑ ΣΧΟΛΕΙΑ	39	25
ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΜΕ «ΕΙΔΙΚΟ»	39	25

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα πιστεύουν ότι η οικογενειακή γαλήνη αποτελεί το μεγαλύτερο τρόπο πρόληψης του προβλήματος των αυτοκτονιών.

ΣΧΗΜΑ 9: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 162 ερωτηθέντων σε σχέση με την πρόληψη.

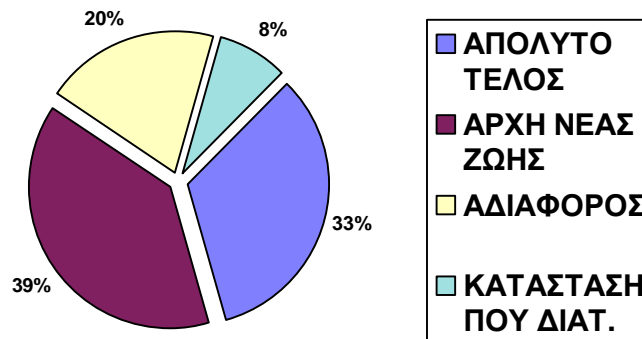


ΠΙΝΑΚΑΣ 27: Κατανομή των απαντήσεων 162 ερωτηθέντων σε σχέση με την άποψή τους για το θάνατο

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΑΠΟΛΥΤΟ ΤΕΛΟΣ	53	33
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΟΥ ΔΙΑΤΗΡΕΙΤΑΙ	13	8
ΑΡΧΗ ΝΕΑΣ ΖΩΗΣ	63	39
ΑΔΙΑΦΟΡΟΣ	33	20
ΣΥΝΟΛΟ	162	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν το θάνατο σαν αρχή μιας νέας ζωής.

ΣΧΗΜΑ 10: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 162 ερωτηθέντων σε σχέση με το θάνατο.



ΠΙΝΑΚΑΣ 28: Κατανομή των απαντήσεων 162 ερωτηθέντων σε σχέση με το πώς θα απέτρεπαν κάποιον από το να αυτοκτονήσει.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	118	58
ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΣΕ ΕΙΔΙΚΟΥΣ	31	15
ΦΑΡΜΑΚΑ	9	4
ΠΙΣΤΗ ΣΤΟ ΘΕΟ	36	18
ΚΑΜΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	10	5

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα πιστεύουν ότι με τη συζήτηση θα μπορούσαν να αποτρέψουν κάποιον από την αυτοκτονία

2. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ *

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Συσχέτιση των απαντήσεων 162 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ αυτών που έχουν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας, αυτών που στο περιβάλλον τους κάποιος έχει αποπειραθεί να αυτοκτονήσει και των υπολοίπων (Ερώτηση 21 και 20)

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΑΥΤΟΧΕΙΡΕΣ	ΓΝΩΣΤΟ Σ	ΚΑΝΕΙΣ	P
1. ΦΥΛΟ				
ΚΟΡΙΤΣΙ	8	45	47	0.1
ΑΓΟΡΙ	4	29	29	
2. ΗΛΙΚΙΑ				
12-14 ΕΤΩΝ	1	7	1	0.2
14-16	2	20	25	
16-18	7	29	39	
18-21	2	19	13	
10. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ				
ΚΑΛΗ	4	35	34	0.01
ΜΕΤΡΙΑ	2	24	39	
ΧΑΜΗΛΗ	2	12	4	
ΚΑΚΗ	4	4	0	
2. ΠΙΣΤΗ ΣΤΟ ΘΕΟ				
ΝΑΙ	6	57	72	0.001
ΟΧΙ	6	18	3	
3. ΦΑΡΜΑΚΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ				
ΑΓΧΟΛΥΤΙΚΑ	4	6	0	0.03
ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΑ	4	12	3	
ΥΠΝΩΤΙΚΑ	2	12	1	
ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ	2	8	0	

ΑΝΤΙΕΠΙΛΗΠΤΙΚ Α	1	1	1	
ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ	2	2	2	
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	2	30	38	
7. ΧΑΡΑΚΤΗΡΑΣ				
ΑΠΑΙΣΙΟΔΟΞΟΣ	5	12	17	0.001
ΑΙΣΙΟΔΟΞΟΣ	1	33	38	
ΑΠΟΜΟΝΩΜΕΝΟ Σ	4	14	3	
ΕΡΕΙΣΤΙΚΟΣ	0	9	5	
ΕΣΩΣΤΡΕΦΕΣ	2	14	6	
ΜΕ ΦΙΛΟΥΣ	1	29	32	
«ΤΥΠΟΥ ΔΟΞΑΣ»	1	10	3	
8. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ				
ΑΛΚΟΟΛ	3	12	2	0.08
ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ	4	19	4	
ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ	2	12	0	
ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ	5	9	2	
ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΗΠΤ ΙΚα	5	13	0	
10. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ				
ΝΑΙ	12	48	30	0.01
ΟΧΙ	0	25	47	
11. ΣΚΕΨΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ				
ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ	6	10	6	0.2
ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ	3	7	0	
ΑΛΚΟΟΛ	1	11	1	
ΒΟΗΘΕΙΑ	1	11	14	
ΠΕΡΙΘΩΡΙΟ	3	11	5	

19. ΠΡΟΜΕΛΕΤΗΜΕΝΗ ΑΠΟΠΕΙΡΑ				
ΝΑΙ	7	45	0	0.5
ΟΧΙ	5	29	0	
26. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ				
ΟΙΚΟΓ. ΓΑΛΗΝΗ	7	36	37	0.2
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	4	22	13	
ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΜΕ ΕΙΔΙΚΟ	2	24	13	
27. ΘΑΝΑΤΟΣ				
ΑΠΟΛΥΤΟ ΤΕΛΟΣ	2	23	28	0.1
ΜΟΝΙΜΗ ΚΑΤΑΣΤ.	2	11	0	
ΝΕΑ ΖΩΗ	6	28	29	
ΑΔΙΑΦΟΡΟΣ	2	12	19	
28. ΑΠΟΤΡΟΠΗ				
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	4	52	62	0.001
ΕΙΔΙΚΟΙ	3	13	15	
ΦΑΡΜΑΚΑ	0	8	1	
ΠΙΣΤΗ ΣΤΟ ΘΕΟ	1	12	23	
ΚΑΜΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	4	5	1	

Κατά την σύγκριση των παραπάνω ομάδων διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές (<0.05) σε ότι αφορά

- Την οικονομική κατάσταση (τάσεις για κακή οικονομικά κατάσταση σε όσους έχουν κάνει απόπειρα)
- Την πίστη στο Θεό (λιγότερη πίστη στο Θεό σε όσους έχουν κάνει απόπειρα)

- Τη λήψη φαρμάκων μέσα στην οικογένεια (τάση για επιβάρυνση από φάρμακα στις οικογένειες όσων έχουν κάνει απόπειρα_
 - Στον χαρακτήρα των ερωτηθέντων
 - Στην εμφάνιση ή όχι κατάθλιψης και
 - Στις απόψεις για την αποτροπή της αυτοκτονίας γενικά (αποτέλεσμα της ύπαρξης ή όχι εμπειρίας πάνω στο πρόβλημα)
-

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η μειωμένη ύπαρξη στατιστικών στοιχείων για την αυτοκτονία στην εφηβική ηλικία και συγκεκριμένα στην Ελλάδα, καθώς και το διαρκώς αυξανόμενο ποσοστό αποπειρών αυτοκτονίας, μας οδήγησε στην απόφαση να ασχοληθούμε με το θέμα ερευνητικά.

Συναντήσαμε αρκετές δυσκολίες κατά τη διάρκεια της έρευνας, αφού αρκετά ήταν τα άτομα αυτά που αρνήθηκαν να απαντήσουν στα ερωτηματολόγια μας. Καταφέραμε να συμπληρωθούν 162 ερωτηματολόγια, τα οποία τα συλλέξαμε από 2 σχολεία του Δήμου Πατρών και 1 σχολείο του Δήμου Αθηνών.

Από τους 162 εφήβους οι 12 αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν(7%) και 74 έφηβοι (46%) είχαν γνωστό που αποπειράθηκε να αυτοκτονήσει. Το μεγαλύτερο ποσοστό των εφήβων (45%) άνηκαν στην ομάδα ηλικίας 16-18 ετών, ενώ η σχέση αγοριών-κοριτσιών είναι 1:2 περίπου. Τα ποσοστά αυτά είναι συμβατά με ανάλογα ευρήματα από τη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία όπου αναφέρεται ότι οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι πιο συχνές στους εφήβους και ιδιαίτερα στο γυναικείο φύλο.

Όσον αφορά το μέσο (τρόπο) της απόπειρας στην ερευνά μας διαπιστώθηκε ότι 29 άτομα, ποσοστό περίπου 26%, χρησιμοποίησαν σαν κύριο μέσο απόπειράς τα αιχμηρά αντικείμενα ενώ στον δεύτερο την κατάποση φαρμάκων. Παρατηρήσαμε ότι από τα 85 άτομα τα 51, ποσοστό 60%, μας ανέφεραν ότι σχεδίασαν την απόπειρα, ενώ 34, ποσοστό 40%, μας ανέφεραν ότι δεν σχεδίασαν την απόπειρα αλλά την πραγματοποίησαν παρορμητικά μετά από συναισθηματική πίεση.

Σε όλους τους αποπειραθέντες εφήβους (85) μελετήθηκαν οι παράγοντες κινδύνου και διαπιστώθηκε ότι οι κακές σχέσεις με την οικογένεια οδήγησαν 37 εφήβους (20%) σε απόπειρα. Κακές σχέσεις με το άλλο φύλο και συναισθηματικές – ερωτικές απογοητεύσεις είχαν 28 έφηβοι – 15%.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός της απουσίας πίστης στο Θεό που δήλωσε ένα 28,3% των αποπειραθέντων εφήβων. Επιπλέον σαν επιβαρυντικοί παράγοντες εμφανίζονται το βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό (αλκοόλ 18%, ψυχική νόσο 27%, απόπειρες αυτοκτονίας 16,5%, ναρκωτικά 16,5%, λήψη φαρμάκων 21%). Τα απαισιόδοξα, απομονωμένα και εσωστρεφή άτομα (60%) πραγματοποίησαν απόπειρα αυτοκτονίας γεγονός που μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι ο χαρακτήρας του ατόμου παίζει καθοριστικό ρόλο στην τάση αυτοκτονίας.

Στα 85 άτομα που αποπειράθηκαν έγινε εκτίμηση ο βαθμός κατάθλιψης τους και προκύπτει ότι τα 60 άτομα, ποσοστό 70%, παρουσίασε κατάθλιψη πριν από την απόπειρα. Παρόμοια αποτελέσματα συναντήσαμε και σε ξένες βιβλιογραφίες.

Σαν καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης της αυτοκτονίας εμφανίστηκε η οικογενειακή γαλήνη (50%) και σαν καλύτερος τρόπος αποτροπής εμφανίστηκε η συζήτηση 58%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μελετώντας τα αποτελέσματα της έρευνας καταλήξαμε στα εξής συμπεράσματα:

1. Η λήψη φαρμάκων στην οικογένεια συνδέεται άμεσα με την αυτοκτονική συμπεριφορά των εφήβων.
2. Το βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό (αλκοόλ, ψυχική νόσος, ναρκωτικά, απόπειρες αυτοκτονίας) αποτελεί επίσης επιβαρυντικό παράγοντα για τους εφήβους με τάσεις αυτοκαταστροφής.
3. Η κατάθλιψη αποτελεί κατασταλτικό παράγοντα για την εμφάνιση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς.
4. Η απουσία πίστης στο Θεό αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης αυτοκαταστροφικών σημείων.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Θεωρήσαμε σημαντικό να εκθέσουμε προτάσεις για την αποφυγή-πρόληψη του προβλήματος της αυτοκτονίας των εφήβων. Οι προτάσεις μας είναι :

1. Εκπαίδευση των μη-Ψυχιάτρων Ιατρών και μη-Ψυχιάτρων επαγγελματιών ψυχικής υγείας(Κοινωνικών Λειτουργών, Νοσηλευτών κα)στην αναγνώριση της κατάθλιψης και των αυτοκτονικών τάσεων.
2. Οργάνωση υπηρεσιών “ παρέμβασης σε κρίση “(μονάδες τηλεφωνικής βοήθειας, Κινητές μονάδες κλπ.)
3. Έγκαιρη παραπομπή σε Ψυχιατρικές υπηρεσίες ατόμων με αυτοκαταστροφικό ιδεασμό και τάσεις.
4. Αποκάλυψη και μέτρηση του βαθμού της αυτοκτονικής πρόθεσης σε αποπειραθέντες .
5. Συστηματική παρακολούθηση των αποπειραθέντων .
6. Σύνδεση μεταξύ υπηρεσιών Ψυχικής υγείας της κοινότητας και σχολείων (έγκαιρη εντόπιση εφήβων υψηλού κινδύνου στο σχολείο).
7. Ενημέρωση του ευρέως κοινού για την συμπτωματολογία της κατάθλιψης και τις πραγματικές διαστάσεις του προβλήματος της αυτοκτονίας.
8. Σωστή χρήση των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης από τους επαγγελματίες σε σχέση με θέματα αυτοκαταστροφής. Σωστότερο θα ήταν να συζητηθεί με ειδικό τρόπο ο τρόπος παρουσίασης ενός θέματος αυτοκτονίας, πριν δει το φως της δημοσιότητας.
9. Το οικογενειακό περιβάλλον να διατηρείται ήρεμο και συζητήσιμο.
10. Οι αρμόδιοι φορείς (Υπουργείο Υγείας-Υπουργείο Παιδείας) να εντάξουν στο πρόγραμμα των σχολικών μαθημάτων την ύπαρξη μαθήματος ενημέρωσης και υποστήριξης των εφήβων με ψυχολογικό-κοινωνικά προβλήματα.
11. Η ύπαρξη Κοινωνικού Λειτουργού στο σχολικό περιβάλλον θα βοηθούσε στην ευκολότερη επίλυση των εφηβικών προβλημάτων.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τίτλος της εργασίας μας είναι η συμβολή της νοσηλευτικής στην πρόληψη της εφηβικής αυτοκτονίας. **Σκοπός** μας είναι να αναζητήσουμε τα αίτια και τους παράγοντες που οδηγούν τους εφήβους στην πράξη της αυτοκτονίας. Το **υλικό** συλλέχθηκε από 162 άτομα, από τα οποία 100 ήταν κορίτσια και 62 αγόρια στην περιοχή των Πατρών και Αθηνών από τον Οκτώβριο ως τον Μάρτιο του 2001. Η **μέθοδος** που χρησιμοποιήθηκε για την στατιστική επεξεργασία είναι η STATISTICA Windows.

Από την ανάλυση των **αποτελεσμάτων** προέκυψαν τα εξής: Η σχέση αγοριών-κοριτσιών ήταν υπέρ των κοριτσιών(1:2).Οι κακές οικογενειακές σχέσεις και οι συναισθηματικές-ερωτικές απογοητεύσεις με το άλλο φύλο ήταν σε μεγάλο ποσοστό οι αιτίες για την απόπειρα. Ποσοστό περίπου 30% δήλωσε απουσία πίστης στο Θεό. Σαν προδιαθεσικοί παράγοντες παρουσιάζονται το αλκοόλ, η ψυχική νόσος, τα ναρκωτικά, η λήψη φαρμάκων, καθώς και οι προηγούμενες απόπειρες στην οικογένεια. Τα αποτελέσματα αυτά συνηγορούν για γονιδιακό τρόπο μεταβίβασης της αυτοκαταστροφικότητας. Τέλος η καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσιάζεται σαν κατασταλτικός παράγοντας στην εμφάνιση της αυτοκαταστροφής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Παπαματθαϊάκη – Lester E.**, «*Η κατάθλιψη των παιδιών και εφήβων – Αυτοκτονία*», Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής, Ψυχοπαθολογία, επιμέλεια Τσιαντής Ι.-Μανωλόπουλος Σ., τόμος Β, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1998, σ. 242-244,247
2. **Μάτσα Κ.**, «*Εισαγωγή*», Τετράδια ψυχιατρικής – Εφηβεία, τριμηνιαία περιοδική έκδοση της Επιστημονικής Ένωσης του Ψ.Ν.Α., τεύχος 58, εκδόσεις Λέων, Αθήνα, Απρίλιος – Ιούνιος 1997, σ. 7-8
3. **Μπεράτη Σ.**, «*Αυτοκτονική συμπεριφορά στην εφηβεία*», Εφηβεία, Ένα μεταβατικό στάδιο σ' ένα μεταβαλλόμενο κόσμο, επιμέλεια Τσιαντής Ι.-Χριστιανόπουλος Κ.-Αναστασόπουλος Δ. κλπ, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1994, σ. 189-190
4. **Κονταξάκης Π.- Χριστοδούλου Ν.**, «*Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, Τάσεις και προβληματισμοί*», Θέματα Προληπτικής Ψυχιατρικής, επιμέλεια Χριστοδούλου Ν., Κονταξάκης Π., τόμος Α, Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα 1994, σ.270-272
5. **Murphy G.**, «*Suicide and Attempted Suicide*», The medical Basis of psychiatry, conducted by Winokur and Clayton, volum, 2nd edition, W.B. Saunders Company, U. S. A. 1994, p. 535-541
6. **Σιμάτης Π.-Αλεξανδρόπουλος Κ.-Καρύδη Τ. κ.λ.π.**, «*Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά εφήβων στο νομό Κερκύρας*», Θέματα Προληπτικής Ψυχιατρικής, επιμέλεια Κονταξάκης Π.-Χριστοδούλου Ν., τόμος Α, Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα 1994, σ.295-298
7. **Herbert M.**, «*Ψυχολογικά προβλήματα εφηβικής ηλικίας*», επιστημονική επιμέλεια Καλατζή Α.- Αζίζι, επίτομος, έκδοση 2^η, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1994, σ. 21-24,93
8. **Κοσμόπουλος Α.**, «*Ψυχολογία και οδηγητική της Παιδικής και Νεανικής ηλικίας*», επίτομος, έκδοση 24^η, εκδόσεις Γρηγόρη, Αθήνα 1994, σ. 183,242-246
9. **Dilto F.-Dolto K.-Tolits**, «*Εφηβοι, Προβλήματα και ανησυχίες*», μετάφραση Παπαγιάννη Ιωάννα, επίτομος, έκδοση 5η, εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα 1993,σ.15-19
10. **Τσιαντής Ι.**, «*Εφηβεία*», Βασική Παιδοψυχιατρική, τόμος 2^{ος}, τεύχος 1^ο, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1998, σ. 34-35,38-39,41-43,93
11. **Raporor R.- Raporor R.**, «*Τα στάδια της ζωής*», σειρά «Ο κύκλος της ζωής», μετάφραση Σόλμαν Μαρία, επίτομος, έκδοση 2^η, εκδόσεις Ψυχογίος, Αθήνα 1981, σ. 28,31-31

12. **Diver C.**, «Εφηβεία», Παιδαγωγική Εγκυκλοπαίδεια- Λεξικό, επιμέλεια Δορμπαράκης Π., Αποστολοπούλου Μ., Βράχας Φ. κ.τ.λ., τόμος 4ος, έκδοση 1η, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1989, σ.1825-1830
13. **Ραγιά Α.**, «Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας», επίτομος, εκδόσεις Βιβλιογονία, Αθήνα 1993, σ. 147-148,154-155,278,306,313-317
14. **Αναστασιάδης Β.**, «Ψυχοπαιδαγωγική της εφηβικής ηλικίας», επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Βιβλιογονία, Αθήνα 1993, σ. 205-219
15. **Καραγιαννάκη Ι.**, «Απόπειρες αυτοκτονίας στην εφηβεία: Μια θεώρηση», Τετράδια Ψυχιατρικής – Εφηβεία, τριμηνιαία περιοδική έκδοση της Επιστημονικής Ένωσης του Ψ.Ν.Α., τεύχος 58, εκδόσεις Λέων, , Αθήνα Απρίλιος-Ιούνιος 1997, σ. 73-75
16. **Δρίτσας Σ. - Δικόγλου Χ - Κεχαγιόγλου Κ. κλπ.**, «Απόπειρες αυτοκτονίας με φάρμακα, ορισμένα στοιχεία από την περιοχή της πρωτεύουσας», Ιατρική, τόμος 63, τεύχος 5, εκδόσεις Εταιρία Ιατρικών Σπουδών, Αθήνα, Μάιος 1993, σ. 474-476
17. Διεύθυνση ιστοσελίδας: <http://www.befrienders.org/info/statistics.htm>
18. Διεύθυνση ιστοσελίδας: <http://www.suicidefacts.com/suicidefacts.htm>
19. **Παπαματθαϊάκη – Lester E.**, «Η αυτοκτονία στα παιδιά και τους εφήβους», Παιδιατρική, τόμος 47, τεύχος 1^ο, εκδόσεις Ε.Π.Ε., Αθήνα, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 1984, σ. 4-5,8-9,12
20. **Durkheim E.**, «Suicide», A study in sociology, The Free Press, N.York 1951, σ. 158,209
21. **Kaplan H.-Sadock B.**, «Synopsis of Psychiatry», Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, volum, 8th edition, Williams & Wilkins, U.S.A. 1998, p.864-872,1282-1285
22. **Katona C.-Robertson M.**, « Psychiatry at a Glance», volum, Blackwell Science, London 1998,p. 14-15,16-17,20-21
23. **Schaffer D. - Piacentini J.**, «Child and Adolescent psychiatry», Modern approaches, conducted by Rutter M. - Taylor E - Hersov L., 3rd edition, Blackwell Science Ltd, U.S.A. 1994, σ. 414,418
24. **Chambrol H.**, «Οι τάσεις αυτοκτονίας του εφήβου», μετάφραση Τερζόγλου Α., επίτομος, εκδόσεις Χατζηνικολή, Αθήνα 1987, σ. 5,7-13,18-23,29-31,47-49,51-61
25. **Κούρος Ι.**, «Η αυτοκτονία στον έφηβο», αρχεία Ε.Ψ.Ψ.ΕΠ., τριμηνιαία έκδοση εταιρίας Ψυχολογικής Ψ. Ενηλίκου και Παιδιού (No. 10), τόμος 3^{ος}, τεύχος 2^ο, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, Απρίλιος-Ιούνιος 1996, σ. 71

26. **Κανελλοπούλου Β.**, «Αυτοκτονία», Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια-Λεξικό, επιμέλεια Δορμπαράκης Π., Αποστολοπούλου Μ., Βράχας Φ., κ.τ.λ., τόμος 2ος, έκδοση 1η, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1989, σ.901-902
27. Διεύθυνση ιστοσελίδας: <http://www.riskfactors.com>
28. **Τριανταφυλλίδης Ι. - Ζιώτου Α.**, «Απόπειρες αυτοκτονίας στην εφηβεία και ο ρόλος του νοσηλευτή στα πλαίσια της διεπιστημονικής ομάδας», 27^ο ετήσιο πανελλήνιο συνέδριο, πρακτικά Ε.Σ.Δ.Ν.Ε. 2000, Ερέτρια, 23-25 Μαΐου 2000, σ. 115-116
29. **Μπεράτη Σ.**, «Παράγοντες κινδύνου και πρόληψης αυτοκτονίας», Θέματα Προληπτικής Ψυχιατρικής, επιμέλεια Χριστοδούλου Γ. - Κονταξάκης Β., Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, τόμος Α, Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα 1994, σ. 289-292
30. **Neinstein L.-Juliani M.-Shapino J.**, «*Suicide*» Adolescent Health Care, A practical Guide, conducted by Neinstein S.L., Volum, 3rd edition, Williams & Wilkins, U.S.A. 1996, p.1116-1122
31. **Fuller J.-Schaller-Ayers J.**, «*Health Assessment*» A nursing approach, volum, 3rd edition, Lipincott, U.S.A 2000, p. 596-598
32. **Παπαδημητρίου Ν.-Linkowski P.- Mendlewicz J.**, «Γενετική προσέγγιση στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά», Θέματα Προληπτικής Ψυχιατρικής, επιμέλεια Χριστοδούλου Ν., Κονταξάκης Π., τόμος Α, Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα 1994, σ. 277-279
33. **Γιαννοπούλου Α.**, «Ψυχιατρική Νοσηλευτική», επίτομος, έκδοση 3^η, εκδόσεις ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα 1996, σ. 151,251-255,258-261,271-273
34. **Χαρτοκόλλης Π.**, «Εισαγωγή στην Ψυχιατρική», επίτομος, έκδοση 2^η, εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 1986 σ. 108,328-329,338
35. **Κονταξάκης Β.**, «Κατάθλιψη και Αυτοκτονία», 22^ο ετήσιο πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο (Συμπόσια) – Κατάθλιψη, εκδόσεις Ιατρική Εταιρία Αθηνών, Αθήνα 1996, σελ 121
36. **Κούρος Ι.**, «Ψυχολογικά θέματα παιδιών και εφήβων», Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π., Τόμος Β, έκδοση 1η, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1993, σ. 129-133
37. **Κλεφταράς Γ.**, «Η κατάθλιψη σήμερα», Περιγραφή, Διάγνωση, Θεωρίες και Ερευνητικά Δεδομένα, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1998, σ. 32-38
38. **Μάνος Ν.**, «Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής», επίτομος, αναθεωρημένη έκδοση, εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1997, σ. 703,708,712-713,799-800,808-810,822-823

39. **Τσιαντής Ι.**, «Κατάθλιψη και απόπειρες αυτοκτονίας στην εφηβεία», Ο έφηβος και η οικογένεια, Δύο συμπόσια, επιμέλεια Δοξιάδη Τρ.- Ζαχαροπούλου Ε., επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Βιβλιοπωλείο της "Εστίας", Αθήνα 1985, σ. 188-189
40. **Δημητρίου Ε.**, «Η πρόληψη της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς», Θέματα Προληπτικής Ψυχιατρικής, επιμέλεια Χριστοδούλου Ν., Κονταξάκης Π., τόμος Α, Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα 1994, σ. 300-302
41. **Laufer M.**, «Εφηβική διαταραχή και ψυχικός κλονισμός», μετάφραση Τσιαντή Β., επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1992, σ. 82,90-91
42. **Μαρκέτος Ν. – Καραγιάννης Δ.**, «Θεραπευτικό τμήμα για εφήβους – Μονάδα του Κέντρου Παιδοψυχικής Υγιεινής Ι.Κ.Α.», Τετράδια Ψυχιατρικής – Εφηβεία, τριμηνιαία περιοδική έκδοση της Επιστημονικής Ένωσης του Ψ.Ν.Α., τεύχος 58, εκδόσεις Λέων, Αθήνα 1997, σ. 59-60,62
43. **Λαζαράτου Ε.**, «Το stress του νοσηλευτικού προσωπικού στην αντιμετώπιση του θανάτου», Ιατρική, τόμος 58, τεύχος 5, ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις Ε.Π.Ε., Αθήνα 1990, σ. 453-457
44. **Messer D.-Meldrum C.**, «Psychology, for nurses and health care professionals», volum, Prentice Hall, London 1995, p.273-274
45. Διεύθυνση ιστοσελίδας: <http://www.samaritans.ork.uk/textonly/txtuk.html>

Παράρτημα

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ

1. Φύλο

- Κορίτσι
- Αγόρι

2. Ηλικία

- 12 - 14
- 14 - 16
- 16 - 18
- 18 – 21

3. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση?

- Διαζευγμένοι γονείς
- Ξαναπαντρεμένοι γονείς
- Απώλεια ενός γονέα
- Απώλεια δύο γονέων
- Φυσιολογική κατάσταση
- Ανύπαντρη μητέρα
- Υιοθετημένο παιδί

4. Πόσα αδέρφια έχετε?

- 1
- 2
- 3
- 4
- πάνω από 4
- Κανένα
- Δεν γνωρίζω αν έχω αδέρφια

5. Ποιος είναι ο τόπος διαμονής σας?

- Αστικός
- Μη αστικός

6. Είστε

- άνεργος / η
- εργαζόμενος / η
- φοιτητής / τρια
- μαθητής / τρια

7. Ποιο είναι το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα - της μητέρας

- Δημοτικό σχολείο
- Γυμνάσιο 3 τάξεων
- Λύκειο η Γυμνάσιο 6 τάξεων
- Ανώτερη σχολή
- Ανώτατη σχολή
- Μεταπτυχιακά

- Δεν αποφοίτησε από κανένα

8. Τι επαγγέλλονται οι γονείς σας

Μητέρα

- Οικιακά
- Ιδιωτ.Υπάλλ.
- Δημόσ.Υπάλλ. Εργάτρια
- Ελεύθ.Επαγγ
- Εργάτρια

Πατέρας

- Άνεργος
- Ιδιωτ.Υπάλλ.
- Ελεύθ.Επαγγ.
- Δημόσ.Υπάλλ.
- Εργάτης

9. Με ποιους μένεις στο σπίτι

- Γονείς
- Αδέλφια
- Παππούς, Γιαγιά
- Θείους, άλλους συγγενείς
- Φίλους

10. Ποια η οικονομική σας κατάσταση

- Καλή
- Μέτρια
- Χαμηλή
- Κακή

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1. Η επίδοσή σας στο σχολείο / στις σπουδές σας , είναι

- Άριστη
- Πολύ καλή
- Μέτρια
- Χαμηλή
- Κακή

2. Πιστεύετε στο Θεό

- Ναι
- Όχι

3. Υπάρχει κάποιο μέλος της οικογενείας σας που παίρνει

- Αγχολυτικά
- Ηρεμιστικά
- Υπνωτικά
- Αντικαταθλιπτικά

- Αντιεπιληπτικά
- Αναλγητικά
- Δεν γνωρίζω αν παίρνουν τίποτα από αυτά

4. Πως ξοδεύετε τον ελεύθερο χρόνο σας;

- Διάβασμα
- Αθλήματα
- Τέχνη (ποίηση, ζωγραφική κ.λ.π.)
- Μουσική
- Σκέψεις

- α Ξεκούραση
- α Αυτοφροντίδα
- α Επισκέψεις / Παρέα σε φίλους
- α Τηλεόραση

5. Πόσες ώρες βλέπετε τηλεόραση καθημερινά;

- α 1 – 2 ώρες
- α 2 – 4 ώρες
- α 4 – 6 ώρες
- α 6 >
- α Καθόλου

6. Σας επηρεάζει αρνητικά η τηλεόραση;

- α Ναι
- α Όχι

7. Πως θα χαρακτηρίζατε τον εαυτό σας?

- α Απαισιόδοξο Άτομο
- α Αισιόδοξο άτομο
- α **Απομονωμένο Άτομο**
- α Ερειστικό Άτομο
- α Εσωστρεφές Άτομο
- α Κοινωνικό άτομο με μεγάλο φιλικό περιβάλλον
- α Άτομο με ανάγκη επιβράβευσης «τύπου δόξας»

8. Στο οικογενειακό σας ιστορικό έχετε?

- α Κρούσμα αλκοολισμού
- α Ψυχικά ασθενής
- α Απόπειρες ή αυτοκτονίες
- α Ναρκωτικά
- α Χρήση αντικαταθλιπτικών

9. Πιστεύετε ότι ο γονικός έλεγχος και οι προσδοκίες των γονέων σας είναι:

- Απαιτητικός
- Συζητήσιμος
- Χαμηλός έως αδιάφορος
- Δεν υφίσταται

10. Εκδηλώσατε ποτέ κατάθλιψη?

- Ναι
- Όχι

11. Αν ναι, κατά την περίοδο της κατάθλιψης σκεφθήκατε:

- Να δώσετε τέλος στη ζωή σας
- Καταφύγατε στα ναρκωτικά
- Καταφύγατε στο αλκοόλ
- Ζητήσατε βοήθεια
- Σκεφθήκατε να βγείτε στο περιθώριο

12. Για ποιους λόγους εκδηλώσατε κατάθλιψη?

- Οικογενειακά προβλήματα και συγκρούσεις
- Ερωτική απογοήτευση
- Απώλεια ενός ή δύο γονέων
- Αδυναμία χαρακτήρα στην αντιμετώπιση προβλημάτων
- Ύπαρξη σωματικής αναπηρίας / ασθένειας
- Απώλεια αγαπητού φίλου / ης
- Δυσκολία επαγγελματικού αποπροσανατολισμού
- Προβλήματα σχολικής επίδοσης
- Αποτυχία σε εξετάσεις
- Διάψευση υποσχέσεων
- Ύπαρξη μη αληθινών σχέσεων (ψέμα /απάτη)
- Οικονομικά προβλήματα
- Ανεργία

- Διάγνωση υποσχέσεων του κοινωνικού περιβάλλοντος
- Αποτυχία σε εξετάσεις μαθημάτων

13. Αν όχι, νιώσατε / είχατε κάποιο διάστημα :

- Αίσθημα απελπισίας και αδιέξοδου
- Διαταραχές ύπνου
- Μείωση των ενδιαφερόντων
- Παραμέληση του εαυτού σας
- Απώλεια – αύξηση βάρους
- Ανασφάλεια
- Υπερευαισθησία
- Αίσθημα εχθρικότητας
- Κόπωση και έλλειψη ενεργητικότητας
- Σκέψεις Θανάτου ή ιδέες αυτοκτονίας
- Αίσθημα αναξιότητας
- Ελαττωμένη ικανότητα για σκέψη
- Ή συγκέντρωση προσοχής

14. Η ιδέα του θανάτου είναι συχνή στην καθημερινή σας ζωή ?

- Ναι
- Όχι

15. Έχετε αποπειραθεί να αυτοκτονήσετε?

- Ναι
- Όχι

16. Αν όχι, έχετε υπόψη σας κάποιον φίλο ή γνωστό που να έχει αποπειραθεί να αυτοκτονήσει?

- Ναι Ηλικία
- Όχι
- Φίλο Α
- Φίλο Κ

17. Ποιες/α ήταν οι/η αιτίες/ια που εσάς, φίλο ή φίλη σας οδήγησαν στην απόπειρα αυτοκτονίας?

- α Οικογενειακά προβλήματα και συγκρούσεις
- α Ερωτική απογοήτευση
- α Απώλεια ενός ή δύο γονέων
- α Αδυναμία χαρακτήρα στην αντιμετώπιση προβλημάτων
- α Ύπαρξη σωματικής αναπηρίας / ασθενείας
- α Απώλεια αγαπητού φίλου / ης
- α Δυσκολία επαγγελματικού αποπροσανατολισμού
- α Προβλήματα σχολικής επίδοσης
- α Αποτυχία σε εξετάσεις
- α Διάψευση υποσχέσεων
- α Ύπαρξη μη αληθινών σχέσεων (ψέμα /απάτη)
- α Οικονομικά προβλήματα
- α Ανεργία
- α Διάψευση υποσχέσεων του κοινωνικού περιβάλλοντος
- α Αποτυχία σε εξετάσεις μαθημάτων

18. Με ποιο τρόπο αποπειράθηκε/κατε να αυτοκτονήσει/τε?

- α Με χάπια
- α Με αιχμηρά αντικείμενα
- α Με δηλητηριώδεις ουσίες
- α Με πτώση από ύψος
- α Με όπλο
- α Τροχαίο

19. Η απόπειρα ήταν προμελετημένη?

- Ναι
- Όχι

20. Μετάνιωσε/ατε γι' αυτή την απόπειρα?

- Ναι
- Όχι

21. Από ποιόν ζήτησε/ατε βοήθεια?

- Οικογένεια
- Συγγενείς
- Φίλο/η
- Ψυχολόγο
- Ιατρό
- Καθηγητή
- Πνευματικό (ιερέα)

22. Με ποιόν τρόπο τον/την/σας βοήθησε?

- Συζήτηση με τον ίδιο
- Τον/την οδήγησε σε ειδική βοήθεια (γιατρό, ψυχολόγο)

23. Τι θεραπεία ακολούθησε/σατε μετά την απόπειρα?

- Ατομική ψυχοθεραπεία
- Ομαδική ψυχοθεραπεία
- Φαρμακοθεραπεία
- Ενδονοσοκομειακή περίθαλψη
- Καμία θεραπεία

24 Θα σκεφτόσασταν να ξανακάνετε απόπειρα αυτοκτονίας

- Ναι
- Όχι

25. Για ποιους λόγους θα το ξανασκεφτόσασταν?

- α Είμαι η μόνη λύση για τα προβλήματα σας
- α Δεν έχετε βοήθεια από κανέναν
- α Η θεραπεία δεν βοήθησε αρκετά

26. Με ποιους τρόπους θα αντιμετωπιζόταν καλύτερα η αυτοκτονία?

- α Οικογενειακή γαλήνη
- α Ύπαρξη κοινωνικού λειτουργού στα σχολεία / πανεπιστήμια
- α Με τη συστηματική ύπαρξη μαθήματος για τη συζήτηση ψυχολογικών-κοινωνικών προβλημάτων με «ειδικό άτομο»

27. Τι είναι για σάς ο θάνατος?

- α Απόλυτο τέλος
- α Μόνιμη κατάσταση που διατηρείται
- α Αρχή μιας νέας ζωής
- α Αδιάφορος

28. Πώς θα αποτρέπατε κάποιον που σκέφτεται να αυτοκτονήσει?

- α Συζήτηση
- α Παραπομπή σε ειδικούς
- α Φαρμακευτική αγωγή
- α Πίστη στο Θεό
- α Καμία θεραπεία