

ΑΤΕΙ Πάτρας

Σχολή: Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας

Τμήμα Νοσηλευτικής

Πτυχιακή εργασία

Η ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ. ΠΡΟΛΗΨΗ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.



Εισηγήτρια:
Μπατζή Έλενα
Καθηγήτρια Εφαρμογών

Επιμέλεια:
Καϊμάκη Βαρβάρα

Πάτρα 2006



Ευχαριστώ θερμά τους γονείς μου,
τον αδερφό μου και την καθηγήτριά μου
κα Μπατζή Έλενα
για τη βοήθεια που μου προσέφεραν
κατά την εκπόνηση της εργασίας μου.

Περιεχόμενα

Πρόλογος.	7
Εισαγωγή.	8
Κεφάλαιο 1	9
1.1 Ορισμός εφηβείας.	10
1.2 Ιστορικό- πολιτισμική προσέγγιση.	11
1.3 Ηλικιακή προσέγγιση.	12
1.3α Προ-εφηβεία.	13
1.3β Πρώτο στάδιο ή πρόωμη εφηβεία.	13
1.3γ Μέση ή λανθάνουσα εφηβεία.	14
1.3δ Τελικό στάδιο.	14
1.4 Αναπτυξιακά χαρακτηριστικά εφηβείας.	15
1.5 Η κρίση της εφηβείας.	16
1.6 Προβλήματα εφηβείας.	17
1.6α Αυτονομία και ανεξαρτησία.	18
1.6β Ερεθίσματα και πλήξη.	19
1.6γ Δουλειά στον ευρύτερο κόσμο.	19
1.6δ Κοινωνικότητα: η ανάγκη για συντροφικότητα.	20
1.6ε Σωματική και σεξουαλική ανάπτυξη.	21
1.6στ Νοητική εξέλιξη.	22
1.6ζ Η ηθική ευαισθησία.	23
1.6η Βρίσκοντας την ισορροπία.	23

Κεφάλαιο 2	24
2.1 Ορισμός αυτοκτονίας και αυτοκτονικής συμπεριφοράς.	25
2.2 Επιδημιολογία της αυτοκτονίας.	26
2.3 Είδη αυτοκτονίας	28
2.3α Η εγωϊστική αυτοκτονία.	29
2.3β Η αλτρουϊστική αυτοκτονία.	30
2.4 Μορφές της αυτοκτονίας.	30
2.4α Απειλή αυτοκτονίας.	31
2.4β Απόπειρα αυτοκτονίας.	31
2.4γ Αυτοκτονία.	35
2.5 Συμπτώματα αυτοκτονικής συμπεριφοράς.	36
2.6 Συμπτώματα κατάθλιψης.	37
2.7 Σημεία - δείκτες αυτοκτονικής τάσης.	39
2.8 Παράγοντες επικινδυνότητας.	40
2.9 Γιατί οι έφηβοι σκέφτονται την αυτοκτονία.	43
2.10 Τι σημαίνει η αυτοκτονία στην εφηβεία.	44
2.11 Αίτια αυτοκτονίας.	46
2.11α Βιολογικά αίτια.	51
2.11β Περιβαλλοντικά αίτια.	52
2.11γ Το στρατιωτικό περιβάλλον.	52
2.12 Αυτοκτονία και εκκλησιαστική ταφή.	54
2.13 Μύθοι και δεδομένα για την αυτοκτονία.	55
2.14 Η κοινωνική αντίδραση στην αυτοκτονία.	57
2.14α Οι αντιδράσεις των συγγενών, των φίλων και των γνωστών.	58

Κεφάλαιο 3	60
3.1 Πρόληψη	61
3.2 Στάδια πρόληψης	66
3.2α Πρωτογενής πρόληψη	66
3.2β Πρόληψη - παρέμβαση	68
3.2γ Τριτογενής πρόληψη	70
Κεφάλαιο 4	71
4.1 Η αξιολόγηση.	72
4.2 Η διάγνωση.	72
4.2α Η διάγνωση στον έφηβο.	73
4.2β Η οικογενειακή διάγνωση.	74
4.3 Πρόγνωση.	75
4.4 Το μέλλον του εφήβου με τάσεις αυτοκτονίας.	76
Κεφάλαιο 5	79
5.1 Θεραπευτική αντιμετώπιση	80
5.1.1 Ψυχοθεραπεία.	82
5.1.1α Η ατομική ψυχοθεραπεία.	83
5.1.1β Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία.	85
5.1.1γ Η ομαδική ψυχοθεραπεία.	86
5.1.2 Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία.	89

5.1.2α Νοσηλευτική φροντίδα ατόμου που υποβάλλεται σε ηλεκτροσπασμοθεραπεία..	90
5.1.3 Φαρμακοθεραπεία.	91
5.1.4 Θεραπεία περιβάλλοντος.	92
5.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας.	94
5.2.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχοθεραπεία.	95
5.3 Φάσεις της διαπροσωπικής σχέσης νοσηλευτή - αρρώστου	96
5.3α Η εναρκτήρια φάση	97
5.3β Η φάση συνεργασίας	98
5.3γ Τελική ή καταληκτική φάση	98
5.4 Νοσηλευτικές ευθύνες κατά τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων	99
5.5 Ειδικές οδηγίες νοσηλευτικής φροντίδας αυτοκτονικού αρρώστου	100
5.6 Πρωτόκολλο βασικών προφυλάξεων στη φροντίδα αυτοκτονικού αρρώστου	101
Κεφάλαιο 6	103
6.1 Νοσηλευτική διεργασία	104
6.2 Νοσηλευτική εκτίμηση ψυχικής υγείας.	104
6.3 Περίπτωση κλινικής εφαρμογής της νοσηλευτικής διεργασίας.	105
Συμπεράσματα	109
Προτάσεις	110
Περίληψη	111
Βιβλιογραφία	112

Πρόλογος

Το θέμα της πτυχιακής μου εργασίας είναι η αυτοκτονία κατά την εφηβική ηλικία και απευθύνεται σε όλους όσους επιθυμούν να ενημερωθούν για αυτό το θέμα.

Σκοπός της εργασίας μου είναι να παρουσιάσω το θέμα της εφηβικής αυτοκτονίας σφαιρικά και να ενημερώσω κάθε ενδιαφερόμενο όσο το δυνατόν επαρκέστερα για αυτό το πολυσηζητημένο τον τελευταίο καιρό, θέμα, της αυτοκτονίας των εφήβων. Ο λόγος που επέλεξα αυτό το θέμα για την εργασία μου είναι επειδή παρακολουθούσα από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης ότι συχνά νέα παιδιά και έφηβοι προερχόμενα από κάθε κοινωνικο-οικονομικό στρώμα της σύγχρονης αστικοβιομηχανικής Ελλάδας, έθεταν τέρμα στη ζωή τους αναιρώντας το ύψιστο και ανεπανάληπτα μοναδικό αγαθό της ύπαρξής τους και βυθίζοντας ταυτόχρονα την οικογένειά τους σε πένθος και ήθελα να μάθω όσα περισσότερα μπορούσα για τους λόγους που τους οδηγούν στο να τερματήσουν τη ζωή τους τόσο σύντομα, χωρίς να έχουν βιώσει παρά λίγες από τις χαρές της.

Τα κυριότερα θέματα που προσπάθησα να καλύψω στην εργασία μου είναι κάποια από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι έφηβοι σε αυτή τη φάση της ζωής τους, οι μορφές με τις οποίες παρουσιάζεται η αυτοκτονία, τα συμπτώματα της αυτοκτονικής συμπεριφοράς, οι παράγοντες επικινδυνότητας για αυτοκτονία, τα αίτια της αυτοκτονίας, το πως μπορεί να γίνει η πρόληψη της αυτοκτονίας και τα στάδια της και αν επιχειρηθεί τελικά η αυτοκτονία πως μπορεί να γίνει η αντιμετώπιση της θεραπευτικά.

Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας είναι σημαντικός και στο στάδιο της θεραπευτικής αντιμετώπισης αλλά και σε αυτό της πρόληψης της αυτοκτονίας.

Εισαγωγή

Η αυτοκτονία των εφήβων αποτελεί σήμερα ένα σοβαρότατο κοινωνικό πρόβλημα και παρουσιάζει μεγάλο ενδιαφέρον όχι μόνο από κοινωνική άποψη αλλά και από θρησκευτική, ψυχολογική, βιολογική και παιδαγωγική άποψη. Η αυτοκτονία παρατηρείται μόνο στον άνθρωπο. Τα ζώα δεν αυτοκτονούν.

Έρευνες σε παγκόσμιο επίπεδο απέδειξαν ότι η άνοδος του δείκτη των εφηβικών αυτοκτονιών σε μία χώρα είναι ανάλογη με το ρυθμό ανάπτυξής της. Σχέση Ιδιαίτερα ύστερα από το 1970 το ποσοστό των αυτοκτονιών των νέων ηλικίας 16-25 ετών σε σύγκριση με το παρελθόν είναι μεγαλύτερο. Μερικοί το ποσοστό αυτό το υπολογίζουν σε 7-8% του συνόλου των εφήβων. Ενώ νέοι από 15 έως 19 χρόνων που αποτελούν το 8-10% του πληθυσμού « φορτώνονται » με ποσοστό αυτοκτονίας 17-19%. (Αγραφιώτης, 1988). Αυτό το ποσοστό είναι σημαντικό και αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου στους εφήβους στη χώρα μας ύστερα από τα τροχαία ατυχήματα. Η κρίσιμη ηλικία κατά την οποία παρατηρούνται σήμερα κρούσματα αυτοκτονίας των εφήβων στη χώρα μας για διάφορους λόγους είναι η προεφηβική 12-15 ετών. (Αναστασιάδης, 1993).

Τα αίτια της αυτοκτονίας διακρίνονται σε ψυχιατρικά, όπως η κατάθλιψη και η σχιζοφρένεια, σε ψυχολογικά όπως είναι η κατάχρηση οινόπνευματων ποτών, η δυσκολία προσαρμογής σε νέο περιβάλλον, η δυσαρμονία της οικογενειακής ζωής και οι δυσχέρειες επικοινωνίας με εξωοικογενειακά πρόσωπα και σε κοινωνικά αίτια όπως είναι η κοινωνική απομόνωση, η συνεχής μετακίνηση ατόμων, η κοινωνική αποδιοργάνωση και η ανεπαρκής παιδεία.

Η πρόληψη της αυτοκτονίας καθίσταται εφικτή με τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχικών νοσημάτων, τη χορήγηση σωστής ελεγχόμενης φαρμακευτικής αγωγής, την κατάλληλη αντιμετώπιση των κοινωνικών δυσχεριών, την κατάλληλη ψυχοθεραπευτική υποστήριξη των εφήβων για την ύφεση των υπαρξιακών κρίσεων και των κρίσεων ταυτοποίησης τις οποίες διέρχονται με ιδιαίτερη ένταση και με την εμφύσηση πνευματικών αξιών από την παιδική ηλικία. (Μπαλογιάννης, 1986).

Κεφάλαιο 1

- 1.1 Ορισμός εφηβείας.
- 1.2 Ιστορικο-πολιτισμική προσέγγιση.
- 1.3 Ηλικιακή προσέγγιση.
 - 1.3α Προ-εφηβεία.
 - 1.3β Πρώτο στάδιο ή πρώιμη εφηβεία.
 - 1.3γ Μέση ή λανθάνουσα εφηβεία.
 - 1.3δ Τελικό στάδιο.
- 1.4 Αναπτυξιακά χαρακτηριστικά εφηβείας.
- 1.5 Η κρίση της εφηβείας.
- 1.6 Προβλήματα εφηβείας.
 - 1.6α Αυτονομία και ανεξαρτησία.
 - 1.6β Ερεθίσματα και πλήξη.
 - 1.6γ Δουλειά στον ευρύτερο κόσμο.
 - 1.6δ Κοινωνικότητα: η ανάγκη για συντροφικότητα.
 - 1.6ε Σωματική και σεξουαλική ανάπτυξη.
 - 1.6στ Νοητική εξέλιξη.
 - 1.6ζ Η ηθική ευαισθησία.
 - 1.6η Βρίσκοντας την ισορροπία.

Κεφάλαιο 1

1.1 Ορισμός της εφηβείας.

Εφηβεία είναι η μεταβατική περίοδος ανάμεσα στην παιδική και την ώριμη ηλικία, η οποία διαμορφώνει στον έφηβο αυτό που ονομάζουμε αυτοεπίγνωση, δηλαδή 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. 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 έφηβο.

Ορισμένοι επιστήμονες υποστηρίζουν ότι η εφηβεία δεν αποτελεί ένα ιδιαίτερο, ευδιάκριτο αναπτυξιακό στάδιο αλλά υποστηρίζουν ότι το παιδί μεταμορφώνεται σταδιακά και ανεπαίσθητα σε έφηβο και ο έφηβος γίνεται το ίδιο σταδιακά ενήλικος.

Η εφηβεία αποτελεί μία κρίσιμη περίοδο στη ζωή όχι μόνο του εφήβου αλλά και της οικογένειάς του. Είναι μια καθοριστική και κρίσιμη μεταβατική φάση της ζωής κάθε ανθρώπου που ξεδιπλώνει παράλληλα δύο πτυχές του : αφενός τη ζωή και τις βιωματικές εμπειρίες που μέχρι τώρα είχε και αφετέρου θέτει τις βάσεις για τη μετέπειτα εξέλιξη και τελική διαμόρφωση της προσωπικότητάς του. (Μπαϊζάνης, 2002).

Ετυμολογικά, η λέξη "εφηβεία" δηλώνει "εισέρχομαι στην ήβη", όμως κανείς δεν μπορεί να ισχυριστεί εύκολα ότι η εφηβεία ταυτίζεται με την ήβη, 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 πολιτισμό. 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 τους. Η εφηβεία είναι σαν μια δεύτερη γέννηση που γίνεται προοδευτικά. 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 επιδράσεις.

1.2 Ιστορικο-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 υπήρχαν οι τελετουργίες εγκατάλειψης της παιδικότητας και εισόδου στην ενηλικίωση, που ήταν πλουσιότερες σε συμβολισμούς. Οι τελετουργίες αυτές ήταν καθαρά εκπαιδευτικού χαρακτήρα και φοβερά ζηλευτές από παιδαγωγούς διαφόρων πολιτισμένων περιοχών της γης. Σε κάποιες περιοχές της Αφρικής, της Αυστραλίας και του Ινδικού Ωκεανού, βρίσκει κάποιος και σήμερα τελετουργικά μνήσεως στην ενήλικη ζωή και ιδιαίτερα στην ανδρικότητα.

Στην Αφρική, η περιτομή, αναφέρεται ως μια κύρια δοκιμασία της εφηβείας, η οποία χαρακτηρίζει το γενετήσιο χαρακτήρα αυτών των δοκιμασιών. Στο Κογκό, φορούν για λίγο καιρό μια μάσκα που υποδηλώνει το ξεπέραςμα της εφηβείας. Με την αφαίρεσή της, η παλιά ζωή πεθαίνει και ο έφηβος γεννιέται εκ νέου στον κόσμο των αντρών. Κατά τη δεύτερη γέννησή του, ο νέος εγκαταλείπει την οικογένειά του, παίρνει νέο όνομα και εντάσσεται στη φυλή, οπότε δεν ισχύει πλέον καμιά από τις προηγούμενες γονεϊκές απαγορεύσεις.

Στην αρχαία Αθήνα, "εφηβεία" ονόμαζαν ένα θεσμό 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. Η Αθήνα ετοιμάζει τον καλόν και αγαθόν πολίτη και όχι τον γενναίο πολίτη. 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 μούνται στα στρατιωτικά και γενικά στη ζωή από κάποιον ώριμο με τον οποίο τους συνδέει στενή φιλία.

Στη Ρώμη στα 17 τους οι έφηβοι μπορούσαν να φορέσουν μια ενδυμασία με τα διακριτικά της ανδρικής ηλικίας. Στα 18 τους εγκατέλειπαν τα παιδικά σύμβολα και μαζί τις χαρές της παιδικής ηλικίας. Πήγαιναν επίσημα με συνοδεία συγγενών και φίλων από το σπίτι στην Αγορά και εγκαινίαζαν με αυτό τον τρόπο την πρώτη πολιτική τους εμφάνιση.

Κατά τη διάρκεια του Μεσαίωνα, όταν οι νέοι συμπλήρωναν τα 16 τους χρόνια, τους έστελναν στην αυλή ενός ευγενούς. Εκεί διδάσκονταν την ευσέβεια, το σεβασμό προς τους αδυνάτους και τις γυναίκες, αναλάμβαναν ευθύνες και ασκούσαν στη χρήση των όπλων. Μετά από τέσσερα χρόνια θεωρούνταν ώριμοι για δοκιμασία. Αγρυπνούσαν στην εκκλησία και το πρωί, δίνοντας όρκο, χρίζονταν ιππότες από τον άρχοντα.

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι και στον αρχαίο και στον μεσαιωνικό ευρωπαϊκό χώρο έχουμε τελετουργικά φαινόμενα για την εφηβεία, ανάλογα με τους πρωτόγονους. Παρατηρούμε την ομαδοποίηση των παιδιών - στη Σπάρτη, στην Κρήτη - σε αγέλες, σε βοές, σε ομάδες υπό αγελάρχη. Επίσης την περιθωριοποίηση των νέων και την απομόνωσή τους για κάποιο διάστημα μέσα στη φύση. (Κοσμόπουλος, 1994).

1.3 Ηλικιακή προσέγγιση.

Την εφηβική ηλικία και τα στάδια εξέλιξής της μπορούμε να την διαιρέσουμε σε διάφορες περιόδους, αν και ο ακριβής καθορισμός των χρονικών ορίων έναρξης και λήξης της εφηβικής ηλικίας παρουσιάζει σημαντικές δυσχέρειες.

1.3α Προ-εφηβεία.

Αυτή η περίοδος 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 και επανέρχονται πρώιμες παιδικές συνήθειες (όπως το πιπίλισμα του αντίχειρα). Το παιδί σε αυτή τη φάση τείνει να κάνει παρέα με άτομα του ίδιου φύλου, υποτιμώντας έτσι το άλλο φύλο. Η προσοχή του είναι μειωμένη και η κινητικότητά του αυξάνεται. Αρχίζουν μερικές συγκρούσεις προσανατολισμού με τους γονείς και αταξίες στο σχολείο και επίσης εμφανίζονται στοιχεία όπως η σεξουαλικότητα, η επιθετικότητα και η παλινδρόμηση.

1.3β Πρώτο στάδιο ή πρώιμη εφηβεία.

Καταλαμβάνει το διάστημα μεταξύ 12 - 14 ετών και συμπίπτει με την εμφάνιση των σημαντικότερων σωματο-ψυχικών μεταβολών της εφηβικής ηλικίας. Τα χαρακτηριστικά του παιδιού καθώς και η συμπεριφορά του τροποποιούνται. Ο οργανισμός μπαίνει στην περίοδο της ανάπτυξης ιδίως στα κορίτσια, και είναι ορατή η έναρξη των σωματικών μεταβολών.

Αναπτύσσονται ορισμένα γνωρίσματα της ήβης όπως τρίχωση του εφηβαίου, και διόγκωση μαστών ενώ δεν παράγονται ακόμα ώριμα σπερματικά κύτταρα. Το μεταβαλλόμενο σώμα, με τις νέες του ιδιότητες, επενδύεται υπερβολικά γι' αυτό και η εμφάνιση και η ικανότητα αποκτούν νέο νόημα. Η ανάπτυξη των σωματικών στοιχείων μαζί με την ένταση των επιθετικών και σεξουαλικών ενορμήσεων, οδηγούν 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 βγάλει πέρα, έχοντας μια αίσθηση εσωτερικού κενού, ανεπάρκειας και ελλείμματος. (Τσιάντης, 1998).

1.3γ Μέση ή λανθάνουσα εφηβεία.

Αυτή η περίοδος διαρκεί από το 14ο μέχρι το 17ο έτος και σχετίζεται με την κρίση αναπροσαρμογής της προσωπικότητας. Στην περίοδο αυτή ο έφηβος πρέπει να επιτύχει την λύση του οιδιπόδειου, τον αποχωρισμό από τους γονείς και ανεύρεση νέου αντικειμένου, τον σχηματισμό σταθερών εξωοικογενειακών σχέσεων και την εδραίωση της προσωπικής και σεξουαλικής ταυτότητας.

Οι σωματικές αλλαγές είναι ραγδαίες. Καμία άλλη ηλικία δεν χαρακτηρίζεται για το πλήθος, την έκταση, την ποικιλία και την ταχύτητα των αλλαγών όσο η εφηβεία. Η απαλότητα, καμπυλότητα και η αρμονία των παιδικών γραμμών δίνουν σχεδόν ξαφνικά τη θέση τους στην τραχύτητα, στα ευθύγραμμα ή σταγωνιώδη σχήματα και στην παροδική δυσμορφία της προεφηβείας και της πρώτης εφηβείας.

Η περίοδος αυτή είναι η πλουσιότερη συγκινησιακά ηλικία του ανθρώπου. Παρατηρούμε ευαισθητοποίηση στο ωραίο, υπερευσυγκινησία, μελαγχολική διάθεση την οποία πολλές φορές διαδέχεται άκρατος ενθουσιασμός, δειλία, αδεξιότητα και ονειροπόληση. Παρατηρούμε επίσης μια αναδιοργάνωση της συναισθηματικής δομής με την επίδραση κυρίως του γενετήσιου ενστίκτου.

1.3δ Τελικό στάδιο.

Διαρκεί μέχρι το 21ο έτος. Σε αυτή την περίοδο έχει αναδομηθεί όλη η προσωπικότητα και το άτομο πλησιάζει την ωριμότητα. Προσαρμόζεται στις απαιτήσεις της ενήλικης κοινωνικής ζωής και ολοκληρώνει τους στόχους των προηγούμενων σταδίων - τον αποχωρισμό από την γονεϊκή εξάρτηση, την αυτονομία, κοινωνική υπευθυνότητα, σεξουαλική ταυτότητα και την ικανότητα σταθερών και στενών διαπροσωπικών σχέσεων ανάπτυξης.

Η εφηβεία κατά τον Bloss (1976), ολοκληρώνεται με : τη δεύτερη διαδικασία ατομικοποίησης, την αίσθηση συνέχειας του εγώ σε παρελθόν, παρόν και μέλλον, την αφομοίωση και λύση των παιδικών τραυμάτων και την απαρτίωση της σεξουαλικής ταυτότητας. Ο έφηβος έχει αναπτύξει τα προσωπικά του ενδιαφέροντα και έχει σχετικά

σταθερή αυτοεκτίμηση. Η εικόνα σώματός του έχει σταθεροποιηθεί και βιώνει σχετική συναισθηματική σταθερότητα. (Τσιάντης, 1998).

1.4 Αναπτυξιακά χαρακτηριστικά εφηβείας

Η εφηβική ηλικία χαρακτηρίζεται ως η περίοδος της ταχύτατης σωματικής αύξησης και της βαθιάς βιοσωματικής μεταλλαγής, της έντονης συναισθηματικότητας και των ετερόφυλων διαφορόντων, της αφηρημένης σκέψης και του ιδεαλισμού, των προσωπικών αξιών και της κρίσης της ταυτότητας.

Στον βιοσωματικό τομέα, οι μεταλλαγές της ήβης είναι απότομες και καθολικές. Είναι αναμφισβήτητο ότι η εφηβεία είναι το μεγαλύτερο βιολογικό γεγονός μετά τη γέννηση. Στη φάση αυτή συμβαίνουν ραγδαίες αλλαγές σε όλες τις παραμέτρους του σώματος : ύψος, βάρος, αναλογίες, περίγραμμα, θέση και λειτουργία οργάνων και οργανικών συστημάτων με κορυφαία βιοσωματική μεταβολή την ωρίμανση της γενετήσιας λειτουργίας.

Στον νοητικό τομέα η εμφάνιση των αφαιρετικών νοητικών πράξεων δίνει μια άλλη προοπτική στην αντίληψη και κατανόηση του κόσμου. Η σκέψη μπορεί να κινείται όχι μόνο στο χώρο του συγκεκριμένου και του υπαρκτού όπως συμβαίνει κατά την παιδική ηλικία, αλλά και στο χώρο του πιθανού, των υποθέσεων και των θεωριών. Μπορεί να συλλαμβάνει και να επεξεργάζεται όχι μόνο ότι υπάρχει ή ότι έχει υπάρξει στην πραγματικότητα αλλά και ότι θα μπορούσε να υπάρξει στο μέλλον που είναι ακόμη και αντίθετο προς την πραγματικότητα. Εξοπλισμένος λοιπόν ο νέος με την αφαιρετική σκέψη μπορεί να συλλαμβάνει για κάθε θέμα εναλλακτικές λύσεις πέρα από αυτές που εφαρμόζονται στην πραγματικότητα, να εκπονεί και να προτείνει θεωρητικά πρότυπα για την επίλυση των κοινωνικών και ατομικών μας προβλημάτων, να διαμορφώνει ένα προσωπικό σύστημα αξιολόγησης της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Με την ανακάλυψη των πολλαπλών εναλλακτικών λύσεων και των θεωρητικών προτύπων, η πραγματικότητα στη σκέψη του εφήβου αποτελεί μια επιμέρους περίπτωση σε μια ολόκληρη δέσμη

ποικίλων εναλλακτικών λύσεων. Οι νέες αυτές γνωστικές ικανότητες του εφήβου τροφοδοτούν την ανακαινιστική διάθεση και οδηγούν στην αμφισβήτηση.

Στον συναισθηματικό τομέα, κύριο αναπτυξιακό χαρακτηριστικό είναι η μεγάλη ένταση και αστάθεια της ψυχικής διάθεσης. Η συναισθηματική ζωή του εφήβου περιγράφεται γεμάτη μεταπτώσεις και ταλαντεύσεις ανάμεσα σε αντιφατικές και συγκρουόμενες διαθέσεις, όπως μεταξύ υπερδιέγερσης και λήθαργου, πάθους και αδιαφορίας, χαράς και κατήφειας, φιλίας και εχθρότητας, ευφορίας και μελαγχολίας. (Chabrol H., 1987).

1.5 Η κρίση της εφηβείας.

Η εφηβεία είναι μια περίοδος ταχείας αλλαγής. Από πολύ νωρίς διαπιστώθηκε ότι δεν θα μπορούσε να είναι απαλλαγμένη από διαταραχές της συμπεριφοράς, οι οποίες θα χαρακτηρίζονταν ως παθολογικές σε οποιαδήποτε άλλη περίοδο της ζωής. Η έννοια της κρίσης της εφηβείας, της οποίας ανάκλαση είναι οι συμπεριφορές αυτοκτονίας, υφίσταται τρεις τύπους κριτικής : η κρίση της εφηβείας περιλαμβάνει ετερογενείς συμπεριφορές των οποίων η συχνότητα έχει υπερεκτιμηθεί. Τις συγκροτεί σε μια ενότητα που εξαπατά και που παραπέμπει τόσο στις συγκρούσεις για την απόκτηση της ωριμότητας, όσο και σε μια πραγματική διαστρέβλωση της συμπεριφοράς. Η έννοια της κρίσης της εφηβείας συγκεντρώνει διάφορες εκδηλώσεις οι οποίες δεν σχετίζονται υποχρεωτικά μεταξύ τους. Ωστόσο είτε ληφθεί ως ένδειξη της διαταραχής η συγκινησιακή ζωή του εφήβου είτε η ποιότητα των σχέσεων με τους γονείς του, είμαστε υποχρεωμένοι να αναγνωρίσουμε ότι η κρίση της εφηβείας απέχει πολύ από το να είναι υποχρεωτική.

Συστηματικές μελέτες έδειξαν ότι στη μεγάλη πλειοψηφία τους οι έφηβοι καταλαβαίνουν την αναγκαιότητα μιας πειθαρχίας, μοιράζονται με τους γονείς τους ένα κοινό σύνολο αξιών με το οποίο συμφωνούν και διατηρούν αρμονικές σχέσεις με την οικογένειά τους. Η θορυβώδης διαταραχή, συμμετέχει σε αυτά τα εσφαλμένα κοινωνικά στερεότυπα τα οποία δεν είναι απαλλαγμένα από αρνητικές επιδράσεις στους γονείς και στους επαγγελματίες που ασχολούνται με τους εφήβους. Η αντίληψη της κρίσης της

εφηβείας χρησίμευε, για μακρύ χρονικό διάστημα, για να αποφευχθεί η συζήτηση πάνω στο φυσιολογικό και στο παθολογικό στον έφηβο. Έχει υπογραμμισθεί η δυσκολία ή ακόμη και το αδύνατο να διακριθούν αυτές οι δύο καταστάσεις. Πάρα πολύ συχνά χρησιμοποιείται η έννοια της κρίσης της εφηβείας για να υποτιμηθούν οι απόπειρες αυτοκτονίας του εφήβου. Οπότε δεν θα μπορούσε να μην υποστηρίζει κανείς ότι η απόπειρα αυτοκτονίας συχνά δεν είναι παρά η ανάκλαση της φυσιολογικής ανησυχίας αυτής της περιόδου της ζωής. (Chabrol H.,1987).

1.6 Προβλήματα της εφηβείας.

Κάποιες από τις διεργασίες της εφηβείας όπως είναι η κρίση ταυτότητας, η ανάγκη ανεξαρτητοποίησης και η κατάρρευση αυθεντίας, αν δεν εξελιχθούν ομαλά μπορούν να οδηγήσουν σε μη προσαρμοστικές καταστάσεις όπως είναι η επιθετικότητα ή παθητικότητα, η ανασφάλεια, το άγχος για το αύριο και οι φοβίες, οι δυσκολίες κοινωνικής προσαρμογής, τα προβλήματα στις σχέσεις με συνομηλίκους, οι σεξουαλικές αναζητήσεις, το χάσμα γενεών και οι συγκρούσεις με τους γονείς και μπορεί να οδηγήσουν μέχρι και σε παθολογικά νοσηρές καταστάσεις όπως είναι η κατάθλιψη, η βουλιμία ή ανορεξία, τα ναρκωτικά, ο αλκοολισμός, οι νευρώσεις, οι ψυχώσεις και λοιπές ψυχοσωματικές διαταραχές, οι διαταραχές προσωπικότητας, η εγκληματικότητα και η αυτοκτονία ή η απόπειρα. (Μπαϊζάνης Ν., 2002).

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. Επειδή 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 για αυτόν που βρίσκεται κοντά του. Τα διάφορα προβλήματα που παρουσιάζονται σε αυτήν την περίοδο είναι:

1.6α Αυτονομία και ανεξαρτησία

Η περίοδος της εφηβείας είναι η εποχή της τελικής ανεξαρτητοποίησης του νέου ανθρώπου. Σαν τέτοια δημιουργεί διάφορα προβλήματα στους γονείς, που ως τότε είχαν τον τελευταίο λόγο για όλα τα θέματα του παιδιού τους. Ειδικές συνθήκες μπορεί να κρατήσουν το παιδί εξαρτημένο, όπως αν είναι το μόνο παιδί στην οικογένεια, αν ζει με μια μητέρα χήρα, αν υπάρχουν φιλονικίες στο ζευγάρι και το παιδί συμμαχεί με τον ένα γονέα. Φιλότιμα και ευαίσθητα παιδιά είναι άτολμα να αναλάβουν τις ευθύνες τους έξω από την οικογένεια γι' αυτό είναι καθήκον των γονέων να τους δείξουν την αξία της προσπάθειας χωρίς υπερβολές σχετικά με τα κοινωνικά εμπόδια και τις οικονομικές δυσκολίες.

Οι συναισθηματικές διακυμάνσεις και η επαναστατικότητα που χαρακτηρίζουν αυτή την περίοδο της ζωής, δυσκολεύουν τον έφηβο να αποκτήσει επίγνωση της πραγματικότητας, γι' αυτό η οικογενειακή ζωή, πρέπει να δώσει το βαθμό και να είναι το πρότυπο για μίμηση. Με το να μπαίνουν απλώς περιορισμοί στο πως θα ντυθεί το κορίτσι ή τι ώρα πρέπει να επιστρέψει το αγόρι, δεν λύνεται το θέμα. Η ελευθερία συνδυασμένη με αυτοπειθαρχία, η ανεκτικότητα και όχι η έπαρση, ο ρεαλισμός χωρίς υπερβολές, το θάρρος χωρίς αναίδεια, όλα διδάσκονται μέσα στο σπίτι από το ζωντανό παράδειγμα. Ο έφηβος είναι ιδιαίτερα ευαίσθητος στις αντιφάσεις των γονέων και αν άλλα διδάσκουν και άλλα πράττουν, ο δεσμός με την οικογένεια κόβεται και στις περιπτώσεις αυτές παρατηρούνται οι αντικοινωνικές ενέργειες των νέων όπως οι πολύ αρνητικές στάσεις εναντίον της αστυνομίας, του οικονομικού και πολιτικού συστήματος, της κυβέρνησης και άλλων θεσμών και η τάση προς τα ναρκωτικά, παράγοντες δηλαδή κινδύνου για απόπειρες αυτοκτονίας στην εφηβική ηλικία. Το λεγόμενο "χάσμα των γενεών" δεν εξαρτάται μόνο από την ηλικία των γονέων, αλλά πιο πολύ από τη νοοτροπία τους που θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από κατανόηση και συνέπεια για να παραμείνουν οι γονείς οι μεγάλοι φίλοι του εφήβου. (Ιεροδιάκονος Χ., 1991).

1.6β Ερεθίσματα και πλήξη

Οι περισσότεροι νέοι αγαπούν το θόρυβο, την ταχύτητα, τα εναλλασσόμενα φώτα, τα πλήθη, τους νεωτερισμούς, την ποικιλία, τις έντονες συζητήσεις και τους πειραματισμούς με ποτά και τοξικές ουσίες. Ωστόσο, παραπονιούνται τόσο συχνά ότι πλήττουν. Αλλά τελικά φαίνεται αυτή η πλήξη σαν να είναι ένα απαραίτητο διάλειμμα στην μεγάλη βουτιά της υπερδιέγερσης και τα παράπονα σαν ένα είδος καταφύγιου ή αίθουσα ανάρρωσης, πριν από την επόμενη επιδρομή μέσα στον κόσμο.

1.6γ 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 κάποιος στη ζωή του επαγγελματικά. Δεν είναι εύκολο για το νέο να ανακαλύψει τι σημαίνει να δουλεύεις σαν ενήλικος. Δεν ζούμε πια σ' έναν κόσμο όπου το παιδί παρακολουθεί, βιώνει και ακολουθεί την εργασία των γονέων του ή των συγγενών του. Την σημερινή εποχή, η επιλογή εργασίας είναι ευρεία αλλά ένα συχνό εμπόδιο για να ακολουθήσει κάποιος μια σταδιοδρομία, είναι το προπέτασμα των εξετάσεων και των προσόντων που μπορεί να είναι βασανιστικό, ακριβώς τη στιγμή που οι προσωπικές εξερευνήσεις του κόσμου θα έπρεπε να είναι πιο ελκυστικές και να βοηθούν για 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 μετά το πανεπιστήμιο έχουν την ευκαιρία οι φοιτητές να συνεχίσουν την εκπαίδευσή τους για τελείως διαφορετικές ειδικότητες αν αλλάξουν γνώμη. Παρ' όλα αυτά, σε πολλές περιπτώσεις, οι φοιτητές απλώς αναβάλλουν την απόφαση για το τι δουλειά θα κάνουν για τη στιγμή που θα τελειώσουν 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. Αλλά αυτό που 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.

1.6δ 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 συγχρόνους τους, στην ομάδα συνομηλίκων τους, τα ενδιαφέροντα, την παραδοχή, τα αστεία, το κουτσομπολιό, τα παιχνίδια, τον ανταγωνισμό. 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 ενηλίκων.

Οι φίλιες με τους συνομηλίκους στην ηλικία αυτή είναι πολύ στενές. Το πνεύμα της θυσίας του ενός για τον άλλο μέσα στην συντροφιά είναι μια υγιής κοινωνική τάση, χρήσιμη μελλοντικά αλλά κάποτε μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα στο σπίτι, αντιθέσεις προς τα αδέρφια και ανυπακοή προς τους γονείς. Οι φίλιες με μεγαλύτερους είναι συχνά επικίνδυνες αλλά ελαττώνεται η επίδρασή τους αν υπάρχει σωστή επαφή με την οικογένεια.

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. 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.

1.6ε Σωματική και σεξουαλική ανάπτυξη.

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

Οι έφηβοι προσβλέπουν στο σεξ από ποικίλη σκοπιά. Άλλοτε ιδεαλιστικά σαν μέσο συναισθηματικής επικοινωνίας, άλλοτε για σωματική ικανοποίηση, για απόδειξη της ωρίμανσής τους, από περιέργεια για μια καινούρια και κάπως μυστηριώδη εμπειρία, για να μην υστερήσουν από τους συνομηλίκους τους και άλλοτε από αντίδραση προς τις εντολές των γονέων ή της κοινωνίας.

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. Ιδιαίτερα οι αυξημένες απαιτήσεις των γονέων από τη σωματική ανάπτυξη των παιδιών και οι πολλαπλές πιεστικές απαιτήσεις αυτών και γενικότερα του οικογενειακού περιβάλλοντος για ανταγωνισμό και ιδίως για ακαδημαϊκή επιτυχία είναι δυνατό να δημιουργήσουν στον νέο συναισθήματα αναξιοσύνης και αδυναμίας και αυτά να τον οδηγήσουν στην αυτοτιμωρία του με την αυτοκτονία που τη θεωρεί μοναδική διέξοδο στην αντιμετώπιση των προβλημάτων του.

Η αμφιβολία για τον εαυτό τους κάνει πολλά κορίτσια να έχουν έντονη αδυναμία προς συμμαθήτριές τους ή καθηγήτριες ή άλλοτε φανταστικούς έρωτες προς καθηγητές τους, βιώματα από τα οποία πρέπει με διακριτικότητα να απομακρύνονται. Τα αγόρια διέρχονται μια φάση φόβων ομοφυλοφιλίας η οποία ξεπερνιέται αν δεν πέσουν σε χέρια μεγαλύτερων και επιτήδειων που με το πρόσχημα της προστασίας ή της σεξουαλικής μύησης, μπορεί να εγκαθιδρύσουν ανώμαλους τρόπους ικανοποίησης. Ο αμοιβαίος αυνανισμός με μεγαλύτερα αγόρια μπορεί για ορισμένους άβουλους χαρακτήρες να είναι η αρχή μιας ομοφυλοφιλικής εξέλιξης.

Η ατομική αυτοϊκανοποίηση με τον αυνανισμό είναι κάτι που απασχολεί έντονα τον έφηβο και του δημιουργεί πλέγματα ενοχής. Σε αυτή την περίπτωση οι γονείς, οι γιατροί και κάποιος άλλος τον οποίο εμπιστεύεται ο έφηβος, μπορούν να βοηθήσουν διαλύοντας τους φόβους του παιδιού για αποβλάκωση και άλλες λανθασμένες αντιλήψεις και υποβοηθώντας το με ιδιαίτερες συζητήσεις στο να κατευθύνει τις ορμές του ή να τις διοχετεύει σε ασχολίες όπως ο αθλητισμός. Το πρόβλημα αυτό είναι ουσιαστικά πρόβλημα ελέγχου κάτι δηλαδή που εξαρτάται από την προσωπικότητα του εφήβου και την καθοδήγηση που είχε από το περιβάλλον του. Αν υπάρχει πάντα κάποιος διαθέσιμος να συζητήσει μαζί του στο στάδιο αυτό, οι αρχικοί πειραματισμοί συνήθως δεν δημιουργούν προβλήματα ή αποτυχία. Η βασικότερη πάντως προϋπόθεση για μια ομαλή σεξουαλική προσαρμογή, είναι η διατήρηση του ιδεαλιστικού εφηβικού ενθουσιασμού, ώστε πέρα από τη σωματική σχέση να υπάρξει μια σωστή ψυχική επικοινωνία με το άλλο φύλο.

Απ' όλα τα χαρακτηριστικά της εφηβείας, το εξελισσόμενο σώμα τους, 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 νεότεροι που και οι ίδιοι μεγάλωσαν σ' ένα πιο ελαστικό περιβάλλον.

1.6στ Νοητική εξέλιξη.

Πολλοί νέοι οι οποίοι είχαν δείξει μέχρι αυτή την ηλικία λίγο ενδιαφέρον για τη δουλειά του σχολείου, αρχίζουν να διασκεδάζουν ασκώντας το μυαλό τους, είτε με τρόπους που παρέχονται από το σχολείο, είτε με άλλους που δεν είναι παραδεκτοί από την κοινωνία ή βάζουν σε δεύτερη μοίρα τη μελέτη στο σχολείο. Στους τρόπους που δεν είναι αποδεκτοί από την κοινωνία μπορούμε να εντάξουμε τους πειραματισμούς με τοξικές ουσίες και σε αυτούς που βάζουν σε δεύτερη μοίρα τη μελέτη στο σχολείο μπορούμε να αναφέρουμε την ενασχόληση με επικίνδυνα αθλήματα όπως αγώνες ταχύτητας με αυτοκίνητα και μηχανές και την επικίνδυνη οδήγηση.

1.6ζ Η ηθική ευαισθησία.

Ένα από τα πιο αξιοπρόσεκτα χαρακτηριστικά της εφηβείας είναι η έντονη ευαισθησία στο τι είναι σωστό και λάθος, τι δίκαιο και άδικο. Οι έφηβοι είναι πιο ευαισθητοποιημένοι στις αντιφάσεις που υπάρχουν ανάμεσα στα λεγόμενα και τις πράξεις των ενηλίκων και αυτό τους οδηγεί στην ετοιμότητα να διαδηλώνουν ενάντια σε διάφορες αδικίες. Η ετοιμότητά τους να διορθώσουν τον κόσμο και η γενναιοδωρία του πνεύματός τους είναι ανεκτίμητα προτερήματα και η ανάπτυξη ενδιαφερόντων που βασίζονται σε αυτές τις τάσεις έχει κοινωνική αξία.

1.6η Βρίσκοντας την ισορροπία.

Πολλοί νέοι συνειδητοποιούν ότι τα πράγματα που τους απασχολούν 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 να μπουν στον κόσμο των ενηλίκων και παράλληλα θέλουν να διασκεδάσουν τη ζωή τους. Όμως καταλαβαίνουν και μόνοι τους ότι πολλοί ενήλικοι δεν χαίρονται τη ζωή επειδή ζούμε σε μια εποχή που η διασκέδαση εξακολουθεί να θεωρείται ότι πλησιάζει επικίνδυνα την αμαρτία και ότι εξασθενεί την ηθική και τη θέληση για παραγωγή. Επειδή τις περισσότερες φορές η ενήλικη ζωή είναι γεμάτη μόχθο, πολλοί νέοι πιστεύουν ότι οι μεγαλύτεροί τους έχουν ακρωτηριαστεί από την πουριτανική ηθική ή το καπιταλιστικό σύστημα και τις μικροαστικές αξίες. Μερικοί αισθάνονται την ανάγκη να αποκαταστήσουν την ισορροπία κάνοντας συνειδητή προσπάθεια είτε να χαρούν οι ίδιοι περισσότερο τη ζωή τους είτε να αναμορφώσουν την κοινωνία. Αλλά ο οραματισμός αυτός δεν είναι τόσο εύκολος όσο ακούγεται και μέχρι να ξεπεράσουν αυτό το στάδιο και να βρουν μια ισορροπία, πολλοί νέοι υπεραντιδρούν και γίνονται ηδονιστές ή αναρχικοί ή λυσσαλέοι επαναστάτες. (Rapoport R. - Rapoport R., 1981).

Κεφάλαιο 2

- 2.1 Ορισμός αυτοκτονίας και αυτοκτονικής συμπεριφοράς.
- 2.2 Επιδημιολογία της αυτοκτονίας.
- 2.3 Είδη αυτοκτονίας
 - 2.3α Η εγωϊστική αυτοκτονία.
 - 2.3β Η αλτρουϊστική αυτοκτονία.
- 2.4 Μορφές της αυτοκτονίας.
 - 2.4α Απειλή αυτοκτονίας.
 - 2.4β Απόπειρα αυτοκτονίας.
 - 2.4γ Αυτοκτονία.
- 2.5 Συμπτώματα αυτοκτονικής συμπεριφοράς.
- 2.6 Συμπτώματα κατάθλιψης.
- 2.7 Σημεία - δείκτες αυτοκτονικής τάσης.
- 2.8 Παράγοντες επικινδυνότητας.
- 2.9 Γιατί οι έφηβοι σκέφτονται την αυτοκτονία.
- 2.10 Τι σημαίνει η αυτοκτονία στην εφηβεία.
- 2.11 Αίτια αυτοκτονίας.
 - 2.11α Βιολογικά αίτια.
 - 2.11β Περιβαλλοντικά αίτια.
 - 2.11γ Το στρατιωτικό περιβάλλον.
- 2.12 Αυτοκτονία και εκκλησιαστική ταφή.
- 2.13 Μύθοι και δεδομένα για την αυτοκτονία.
- 2.14 Η κοινωνική αντίδραση στην αυτοκτονία.
 - 2.14α Οι αντιδράσεις των συγγενών, των φίλων και των γνωστών.

Κεφάλαιο 2

2.1 Ορισμός αυτοκτονίας και αυτοκτονικής συμπεριφοράς.

Η αυτοκτονία είναι το αποτέλεσμα μιας εσκεμμένης πράξης που την εκτελεί ένα πρόσωπο το οποίο συνειδητοποιεί και γνωρίζει πλήρως την θανάσιμη κατάληξή της. Η αυτοκτονία είναι τώρα ένα μείζων πρόβλημα δημόσιας υγείας που συμβαίνει ως δυσπροσαρμοστική αντίδραση σε προβληματικές περιστάσεις της ζωής σε ενδοπροσωπικό και διαπροσωπικό πλαίσιο. Οι περισσότερες αιτιολογικές θεωρίες, ψυχοδυναμικές και ψυχοκοινωνικές υποστηρίζουν ότι η αυτοκτονία είναι αποτέλεσμα μιας διαπροσωπικής ή ενδοπροσωπικής κρίσης με συναισθήματα αμφιθυμίας, θυμού, μοναξιάς και απόγνωσης. (Ραγιά, 2004).

Η αυτοκτονία μπορεί να ορισθεί ως ο θάνατος ο οποίος προκαλείται από μία εκούσια ενέργεια του ατόμου εναντίον του ίδιου του του εαυτού. (Σακελλαρόπουλος Π., 1995). Σύμφωνα με μια άλλη άποψη, η αυτοκτονία αποτελεί μια από τις δυνατές, ύστατες και απέλπιδες αντιδράσεις της ατομικής προσωπικότητας απέναντι στη νοσογόνα δράση που ασκούν πάνω της οι διάφοροι κατασταλτικοί θεσμοί, ανάμεσα στους οποίους ιδιαίτερη θέση κατέχει το τριαδικό θεσμικό σύνολο που προετοιμάζει το άτομο για την ένταξη και την ολοκληρωτική καθυπόταξή του στον ισχύοντα καταμερισμό δουλειάς και την αποπροσωποποιημένη, εξαρτημένη και καταναγκαστική εργασιακή δραστηριότητα, που βρίσκει την ολοκλήρωσή της στη γενίκευση και την καθολικοποίηση του καθεστώτος της μισθωτής δουλειάς. Αυτό το θεσμικό σύνολο διαμόρφωσης της ατομικής προσωπικότητας με βάση τις επιταγές που απορρέουν από την κάθε φορά κυρίαρχη αντίληψη των συμφερόντων της ιδιοκτησίας και της εξουσίας, συναπαρτίζεται από την οικογένεια, το σχολείο και το στρατό. (Γρίβας, 1987).

Η αυτοκτονική συμπεριφορά ορίζεται ως η συμπεριφορά κατά την οποία το άτομο στρέφει την επιθετικότητά του εναντίον του εαυτού του. Η άποψη της ψυχαναλυτικής θεωρίας είναι ότι το άτομο ταυτίζεται με το αντικείμενο της αγάπης και επομένως, βλέποντας τον εαυτό του βλάπτει και το αντικείμενο. Λειτουργεί δηλαδή στην προκειμένη περίπτωση, ο μηχανισμός της στροφής της επιθετικότητας εναντίον του εαυτού παράλληλα με το μηχανισμό της ταύτισης. Η αυτοκτονική συμπεριφορά αδρά διακρίνεται σε απόπειρες αυτοκτονίας κατά τις οποίες το άτομο δεν επιτυγχάνει την ολοκλήρωση του στόχου αυτοκαταστροφής του και τις ολοκληρωμένες αυτοκτονίες κατά τις οποίες επιτυγχάνεται ο στόχος αυτοκαταστροφής. Υπάρχουν ωστόσο και άλλες εκδηλώσεις στροφής επιθετικότητας εναντίον του εαυτού, όπως η επιρρέπεια σε ατυχήματα, και ο μαζοχισμός, όπου όμως η αυτοκαταστροφική τάση είναι λιγότερο συνειδητή.

Αυτοκτονική συμπεριφορά έχει παρατηρηθεί σχεδόν σε όλες τις ομάδες ηλικιών. Κάθε χρονική περίοδος στην πορεία της ζωής συνδυάζεται με ποικίλους αγχογόνους παράγοντες είτε λόγω εσωτερικών ψυχοσυγκρούσεων είτε λόγω εξωτερικών απαιτήσεων. Έχει διαπιστωθεί ότι οι αγχογόνοι παράγοντες αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Η εφηβική περίοδος ανάπτυξης της προσωπικότητας, η οποία χαρακτηρίζεται από την προσπάθεια του ατόμου για αποχωρισμό και ανεξαρτητοποίηση από την οικογένεια, είναι ιδιαίτερα ευαίσθητη στην εμφάνιση σκέψεων αυτοκτονίας αλλά και αυτοκτονικής συμπεριφοράς. (Τσιάντης, Αναστασόπουλος, 1998).

2.2 Επιδημιολογία της αυτοκτονίας.

Η οικογένεια, σαν κύριος θεσμός της πρωτογενούς κοινωνικοποίησης του ατόμου, κάτω από την πίεση των εξελισσόμενων κοινωνικοοικονομικών σχέσεων, έχει υποστεί την πλήρη ανατροπή τόσο του παραδοσιακού θεσμικού της ρόλου, όσο και των παραδοσιακών ενδοοικογενειακών ρόλων και μορφών επικοινωνίας. Υπάρχει άραγε

κάποια συνάφεια ανάμεσα σ' αυτή την ανατροπή (που χρονικά ανιχνεύεται στο πέρασμα από τον 19ο στον 20ό αιώνα) και την αυτοκτονία ;

Δύο δεδομένα θα μπορούσαν να στηρίξουν μια τέτοια συσχέτιση. Το πρώτο έγκειται στο γεγονός ότι ενώ η αυτοκτονία των παιδιών μέχρι τα τέλη του 19ου αιώνα αποτελεί σπάνιο φαινόμενο που δεν επισύρει την προσοχή των κοινωνιολόγων, από τις αρχές του 20ού αιώνα εμφανίζεται μια ανησυχητική αυξητική πορεία που κορυφώνεται στις μέρες μας. Το δεύτερο έγκειται στο γεγονός της αντιστροφής της σχέσης μεταξύ άγαμων και έγγαμων αυτόχειρων :

ενώ μέχρι τα τέλη του προηγούμενου αιώνα ο δείκτης των αυτοκτονιών των άγαμων είναι σημαντικά υψηλότερος από τον αντίστοιχο των έγγαμων, από τις αρχές του αιώνα μας η σχέση μεταξύ τους εμφανίζεται αντεστραμμένη. (Γρίβας, 1987).

Η αυτοκτονία των εφήβων αποτελεί σήμερα ένα σοβαρότατο κοινωνικό πρόβλημα. Έρευνες σε παγκόσμιο επίπεδο απέδειξαν ότι η άνοδος του δείκτη των εφηβικών αυτοκτονιών σε μια χώρα είναι ανάλογη με το ρυθμό ανάπτυξής της. Είναι δύσκολο να έχει κανείς ακριβείς αριθμούς στη στατιστική αυτοκτονιών, ανεξάρτητα από ομάδα ηλικίας, και είναι γενικά παραδεκτό ότι οι στατιστικές αυτές είναι πολύ χαμηλότερες από την πραγματικότητα γιατί η πράξη της αυτοκαταστροφής συχνά συγκαλύπτεται και αποκρύβεται από το άτομο ή την οικογένεια. Για τα παιδιά κάτω από 14 χρονών, οι στατιστικές παρουσιάζουν τους αριθμούς πάντα κατά προσέγγιση. (Τσιάντης, Μανωλόπουλος, 1988).

Κάθε χρόνο περίπου 30.000 Αμερικανοί αυτοκτονούν. Ένας στους δέκα ανθρώπους του γενικού πληθυσμού κάποτε είχε αυτοκαταστροφικές τάσεις που θα μπορούσαν να χαρακτηρισθούν «σοβαρές». Ως αιτία θανάτου η αυτοκτονία κατέχει την όγδοη θέση όσον αφορά στους ενήλικες και τη δεύτερη όσον αφορά στους εφήβους. Η αυτοκτονία είναι η δεύτερη αιτία θανάτου, μετά τα ατυχήματα, για τους λευκούς νέους και η τρίτη αιτία μετά τα ατυχήματα και την ανθρωποκτονία για τους μαύρους νέους. Για κάθε αυτοκτονία υπάρχουν ανάμεσα σε 10 έως 40 απόπειρες, αν και πολλές απόπειρες δεν αναφέρονται ποτέ. (Μάνου, 1997).

Υπάρχει μια ειρωνία όσον αφορά στην αυτοκτονία. Σε μια καπιταλιστική κοινωνία όπως είναι η κοινωνία των ΗΠΑ, υποτίθεται ότι πρέπει να ενδιαφερόμαστε περισσότερο

για τον εαυτό μας παρά για τους άλλους, να μας αρέσει ο εαυτός μας περισσότερο από τους άλλους. Όμως είναι πιο πιθανό να αυτοκτονήσουμε από το να σκοτώσουμε κάποιον άλλο. Επίσης οι άνθρωποι στις περισσότερες από τις βιομηχανικές χώρες όπως είναι η Γαλλία, η Γερμανία, η Σουηδία και η Ιαπωνία, είναι πιο πιθανό να αυτοκτονήσουν, καθώς τα ποσοστά αυτοκτονίας στις χώρες αυτές είναι πολύ πιο υψηλά από τα ποσοστά αυτοκτονιών στις ΗΠΑ.

Η συχνότητα αυτοκτονίας σε όλο τον εφηβικό πληθυσμό της Ελλάδας είναι από τις χαμηλότερες στον κόσμο. Πιθανόν το εύρημα αυτό σχετίζεται με ορισμένα χαρακτηριστικά της Ελληνικής οικογένειας, όπως οι ισχυροί οικογενειακοί δεσμοί, το ζεστό οικογενειακό περιβάλλον και η ικανότητα των Ελλήνων να εξωτερικεύουν το θυμό τους εύκολα. Τα αγόρια έδειξαν υψηλότερη συχνότητα αυτοκτονίας από τα κορίτσια στην περιοχή των Αθηνών και σε άλλες αστικές περιοχές, ενώ τα κορίτσια έδειξαν υψηλότερη συχνότητα αυτοκτονίας στις αγροτικές περιοχές. Η συχνότητα αυτοκτονίας ήταν συνολικά σημαντικά υψηλότερη στις αγροτικές περιοχές από την περιοχή των Αθηνών και τις άλλες αστικές περιοχές. Η χαμηλότερη συχνότητα παρατηρήθηκε στην περιοχή των Αθηνών. (Τσιάντης, Αναστασόπουλος, 1998).

2.3 Είδη αυτοκτονίας.

Ο Durkheim, μελετώντας δημογραφικά στοιχεία μερικών Ευρωπαϊκών χωρών και τις προσιτές για τον καιρό του, ανθρωπολογικές και ιστορικές ενδείξεις, συμπέρανε ότι κάθε κοινωνία έχει μια επιλεγμένη τάση προς αυτοκτονία, ένα είδος αυτο-ανθρωποκτονίας η οποία είναι αρκετά σταθερή και συνεχής για κάθε κοινωνία, με τη βασική προϋπόθεση ότι ορισμένες θεμελιώδεις κοινωνικές παράμετροι και καταστάσεις παραμένουν αναλλοίωτες. (Δρίτσας Σ., 1993).

Συγκρίνοντας το φαινόμενο αυτοκτονία σε διάφορες σταθερές κοινωνίες, υποστήριξε ότι η αυτοκτονία κυμαίνεται και έχει αντίστροφη σχέση με το βαθμό και το επίπεδο συγκρότησης της κοινωνικής ομάδας, της οποίας το άτομο αποτελεί μέρος. 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. (Παπαματθαϊάκη, 1984)

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 του.

Ο Durkheim περιέγραψε δύο βασικές κατηγορίες :

2.3α Εγωϊστική αυτοκτονία.

Η εγωϊστική αυτοκτονία παρατηρείται στις περιπτώσεις που το άτομο δεν έχει αφομοιωθεί καλά μέσα στην κοινωνική ομάδα, δεν αισθάνεται ότι έχει θέση στην κοινωνία ή αισθάνεται σα χαμένο. Προσωπικοί στόχοι, σκοποί και πιστεύω, μπαίνουν σαν προτεραιότητα πάνω από τις συνήθειες της ομάδας και 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 υπερισχύουν των κοινωνικών.

Ο Durkheim κατάφερε να κατανοήσει και να προσδιορίσει την εγωϊστική αυτοκτονία, μελετώντας τις διαφορές μεταξύ των προτεσταντών με υψηλό δείκτη αυτοκτονιών και των καθολικών με χαμηλό δείκτη αντίστοιχα. Και στις δύο εκκλησίες η αυτοκτονία απαγορεύεται αυστηρά και καταδικάζεται σαν ιερόσυλη πράξη. 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 και να ερευνούν σε αντίθεση με την καθολική εκκλησία όπου τα άτομα ήταν υποχρεωμένα να πιστεύουν χωρίς να ερευνούν. 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. (Durkheim E., 1951).

Εκτός από τη θρησκεία, η συνεκτικότητα και η ομοιογένεια της οικογένειας και της κοινωνικο-πολιτικής ομάδας προστατεύει το ίδιο 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.

2.3β Η αλτροϊστική αυτοκτονία.

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. (Kaplan H., 1998).

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 έθιμό 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. (Katona C., 1998).

2.4 Μορφές της αυτοκτονίας.

Όσον αφορά την τραγική διαδρομή προς την αυτοκτονία μπορούμε να βρούμε διαφορετικούς τύπους ανθρώπων με ποικίλες εμπειρίες. Ορισμένοι απειλούν ότι θα

αυτοκτονήσουν αλλά δεν πραγματοποιούν τις απειλές τους. Άλλοι αποπειρώνται να βάλουν τέρμα στη ζωή τους αλλά δεν επιτυγχάνουν το σκοπό τους. Και άλλοι πραγματικά αυτοκτονούν. Αν και όλοι μοιράζονται το ίδιο συναίσθημα ότι η ζωή τους είναι αβάσταχτα δυστυχισμένη, οι τρεις αυτές κατηγορίες ατόμων διαφέρουν στον τρόπο με τον οποίο προσεγγίζουν την αυτοκτονία.

2.4α Απειλή αυτοκτονίας

Εκείνοι που απειλούν ότι θα αυτοκτονήσουν το κάνουν με τρόπο κατηγορηματικό, άμεσο και ξεκάθαρο. Είναι φανερό ότι προτιμούν να ζήσουν παρά να πεθάνουν, αφού οι απειλές τους ότι θα αυτοκτονήσουν αποτελούν ένα μέσο για την επίτευξη κάποιου σκοπού στη ζωή τους. Αυτό δε σημαίνει απαραίτητα ότι δεν πραγματοποιούν ποτέ τις απειλές τους. Ίσως να τις πραγματοποιήσουν εάν μέσω αυτών αποτύχουν να επιτύχουν τους σκοπούς τους. Στην πραγματικότητα, αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι τουλάχιστον το 40% αυτών έχει αληθινά προσπαθήσει να αυτοκτονήσει στο παρελθόν.

2.4β Απόπειρα αυτοκτονίας

Η απόπειρα αυτοκτονίας είναι μία πράξη που εμπεριέχει την δυνατότητα ή τη σκέψη του θανάτου. Δεν είναι απλώς η αποτυχία του αυτοκτονικού εγχειρήματος, είναι ένας ιδιαίτερος τρόπος συμπεριφοράς, της οποίας η επιδημιολογία και η ψυχολογική σημασία, δεν ταυτίζονται απόλυτα με εκείνες της αυτοκτονίας. (Σακελλαρόπουλος Π., 1995).

Η απόπειρα αυτοκτονίας έχει την διάσταση μιας εξωλεκτικής επικοινωνίας, στο μέτρο που στοχεύει να τροποποιήσει τις στάσεις του μέσου περιβάλλοντος. Έρχεται να αντικαταστήσει τη λεκτική επικοινωνία και αποκαλύπτει την αδυναμία έκφρασής της γιατί είναι ακατέργαστη, αδιαμόρφωτη ή απαγορευμένη. Αποτελεί μια αμυντική

αντίδραση στην απώλεια του ελέγχου του περιβάλλοντος και είναι μια απεγνωσμένη προσπάθεια να μεταβληθεί η λειτουργία του οικογενειακού συστήματος. Έχει την έννοια μιας κλίσης σε βοήθεια και μιας μεγάλης απελπισμένης κραυγής για αγάπη. Ωστόσο η κατανόηση που θα δείξει κανείς στον «απελπισμένο», δεν πρέπει να φθάσει ως την υπερβολή ενός δακρύβρεχτου συναισθηματισμού επειδή η υπερβολική φροντίδα, ανησυχία και συμπεριφορά κλώσσας που φυλάει τα κλωσσόπουλα φέρνει συναισθηματική παλινδρόμηση ή κάνει τον αυτόχειρα να παιδιάρίζει. Και αντίστροφα η ειρωνική πρόκλησή του κολλάει στον τοίχο και τον σπρώχνει σε επικίνδυνες υποτροπές.

Ο έφηβος κατά την ανάπτυξη των ενστίκτων τον καιρό της εφηβείας, έρχεται αντιμέτωπος με την επανενεργοποίηση της οιδιπόδειας σύγκρουσης. Αναδύεται πάλι η έχθρα απέναντι στον οιδιπόδειο αντίπαλο, ενώ κατά τον αυνανισμό, αιμομικτικές φαντασιώσεις με καλυμμένη και ανεκτή μορφή επανεμφανίζονται στη συνείδηση. Σε ορισμένους εφήβους που έχουν τάσεις αυτοκτονίας, συναντάμε μια ανικανότητα να ελεγχθούν αυτές οι ερωτικές φαντασιώσεις και να κατασταλούν οι αιμομικτικές επιθυμίες που απειλούν να κατακλύσουν το Εγώ. Η αγωνία και η οιδιπόδεια ενοχή που μεγιστοποιούνται από το ότι βιολογικά μπορεί να επιτελεσθεί η βιολογική πράξη, οδηγούν αυτούς τους ανθρώπους στο να μισήσουν το σώμα από το οποίο θεωρείται ότι πηγάζουν αυτές οι επιτακτικές ανάγκες. Η απόπειρα αυτοκτονίας έχει σκοπό να καταστρέψει το σώμα - πηγή των σεξουαλικών ορμών και όργανο ενεργοποίησής τους. Η πράξη αυτοκτονίας μπορεί να πάρει τη μορφή ενός αυτο-ακρωτηριασμού, ο οποίος χαρακτηρίζεται ως εστιακή αυτοκτονία: η αυτοκτονική παρόρμηση εκφράζεται στο προβαλλόμενο τμήμα αντί να εκφραστεί στο σύνολο. Αλλά όποιο κι αν είναι το τμήμα του σώματος το οποίο προσφέρεται στην αυτοκαταστροφή, στην πραγματικότητα στοχεύονται τα γεννητικά όργανα. Η απόπειρα αυτοκτονίας και ο αυτό-ακρωτηριασμός του εφήβου μαρτυρούν την έντονη ενοχή τη συνδεδεμένη με την ερωτική ζωή, η οποία αντιπροσωπεύει για αυτούς την απαγορευμένη αιμομιξία.

Η έχθρα του εφήβου που έχει τάσεις αυτοκτονίας, παραπέμπει και σε πιο αρχαϊκές συγκρούσεις: αυτοί οι έφηβοι φαίνονται ανίκανοι να απαγκιστρωθούν από τον παιδικό σύνδεσμο με την μητέρα. Σε αυτή την περίπτωση, η απόπειρα αυτοκτονίας αποτελεί την έκφραση μιας μελαγχολικής αντίδρασης. Στους εφήβους αυτούς, αντί για φυσιολογικό

πένθος αναπτύσσεται μια κατάσταση που συγγενεύει με τη μελαγχολία. Οι σχέσεις με τη μητέρα χαρακτηρίζονται από υπέρτατη αμφιβουλησία στην οποία συνυπάρχουν έντονα αισθήματα μίσους και αγάπης. Η αποκόλληση από την μητέρα γίνεται αντιληπτή ως αβάσταχτη απώλεια, απέναντι στην οποία ο έφηβος αντιδρά με την εσωτερική προβολή της μητρικής εικόνας. Ο έφηβος είναι μπροστά σε ένα δίλημμα, στο οποίο η ψυχολογική του εξέλιξη δεν επιτρέπει να δοθεί καμιά λύση: η αναζήτηση της αυτονομίας τον εκθέτει σε ένα αβάσταχτο συναίσθημα εγκατάλειψης. Με λίγα λόγια στη σχέση του εφήβου, που έχει τάσεις αυτοκτονίας, με τη μητέρα του κυριαρχούν τα συναισθήματα: ο φόβος μη τον εγκαταλείψει, η έχθρα και η επιθυμία του θανάτου.

Σε αντίθεση με όσους απειλούν ότι θα αυτοκτονήσουν, οι οποίοι ολοφάνερα θέλουν περισσότερο να ζήσουν παρά να πεθάνουν, εκείνοι που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν είναι ασαφείς ως προς τις προθέσεις τους. Συχνά κυριεύονται από μια διάθεση του τύπου " Δε με ενδιαφέρει αν θα ζήσω ή θα πεθάνω". Για αυτόν το λόγο εκείνοι που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν είναι λιγότερο σαφείς όσον αφορά την εξωτερική τους προθέσων τους, σε σχέση με εκείνους που κάνουν ολοφάνερες απειλές. Μπορεί απλώς να δείχνουν στους άλλους ότι είναι μελαγχολικοί ή να λένε ότι έχουν προβλήματα ύπνου αλλά αποφεύγουν να χρησιμοποιούν τη λέξη αυτοκτονία. (Thio, 2003).

Μόνο ένα μικρό ποσοστό των ανθρώπων που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν ξέρουμε ότι προειδοποιούν τους άλλους για τις προθέσεις τους να πεθάνουν. Όταν αυτοί οι άνθρωποι καταφέρνουν να περάσουν στους άλλους το μήνυμά τους, οι άλλοι δεν το παίρνουν στα σοβαρά λόγω της ασάφειάς του. Γι' αυτό, οι άνθρωποι που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν καταφεύγουν τελικά σε δραματικούς και επικίνδυνους τρόπους για να εκφράσουν - αν και με πιο άμεσο τρόπο την έκκλησή τους για βοήθεια. Η απόπειρα αυτοκτονίας δηλαδή είναι μια απελπισμένη προσπάθεια από τους εφήβους για να επικοινωνήσουν και να «κουνήσουν» τους γονείς τους και τον κοινωνικό τους περίγυρο, οι οποίοι μέχρι τώρα δεν έκαναν καμιά προσπάθεια να απαντήσουν.

Ο J. Jacobs πιστεύει - χωρίς να αγνοεί τα ενδοψυχικά δυναμικά - ότι οι απόπειρες αυτοκτονίας στην εφηβεία είναι το αποτέλεσμα μιας βαθμιαίας απομόνωσης του εφήβου από

ουσιαστικές κοινωνικές σχέσεις. Οι διεργασίες μέσα από τις οποίες περνάει ο έφηβος είναι οι παρακάτω:

1. Ένα προηγούμενο μακρύ ιστορικό που χαρακτηρίζεται από παλιά προβλήματα από την πρώτη παιδική ηλικία μέχρι την έναρξη της εφηβείας. 2. Κλιμάκωση των προβλημάτων από την έναρξη της εφηβείας σε σημείο που είναι πιο έντονο και πιο μεγάλο απ' ότι φυσιολογικά συμβαίνει στην εφηβεία. 3. Προοδευτική αποτυχία προσιτών προσαρμοστικών μηχανισμών για να αντιμετωπισθούν παλιά και νέα προβλήματα τα οποία οδηγούν σε προοδευτική απομόνωση του εφήβου και επομένως αδυναμία να έχει ουσιαστικές κοινωνικές σχέσεις. 4. Μια αλυσιδωτή αντίδραση που οδηγεί σχεδόν σε μια πλήρη διάσπαση ή διάλυση των σημαντικών - ουσιαστικών κοινωνικών σχέσεων που έχει ο έφηβος, τις εβδομάδες και μέρες που προηγείται της απόπειρας και που τελικά οδηγούν τον έφηβο να σκεφθεί ότι δεν υπάρχει πλέον καμία ελπίδα. 5. Οι εσωτερικές διαδικασίες με τις οποίες ο έφηβος δικαιολογεί την αυτοκτονία για τον εαυτό του, πράγμα που τον κάνει να γεφυρώσει το χάσμα μεταξύ σκέψης και πράξης. (Δοξιάδη, Ζαχαρακοπούλου, 1985).

Τα κορίτσια υπερτερούν των αγοριών στις απόπειρες αυτοκτονίας με ποσοστό 88%. Οι απόπειρες αυτοκτονίας κατέχουν ένα ποσοστό 11% σε όλες τις ηλικίες από το σύνολο των δηλητηριάσεων. Ο αριθμός αποπειρών αυτοκτονίας με λήψη ουσιών από παιδιά και εφήβους είναι υψηλός και με τάση να αυξάνει. Οι ουσίες που λαμβάνουν στην απόπειρα είναι: φάρμακα 87% από τα οποία το 32% είναι ηρεμιστικά και το 29% ασπιρίνη, είδη οικιακής χρήσης 7%, φυτοφάρμακα 3,5%. Οι λόγοι των αποπειρών οφείλονται σε ένα ποσοστό 60% στην οικογένεια και είναι το διαζύγιο, η διάσταση των γονέων, η σύγκρουση παιδιών και γονέων. Ένα ποσοστό 20% σε αισθηματικούς λόγους και 8% σε προβλήματα με το σχολείο, όπως μια αποτυχία σε αυτό. (Βλάχου, 1983).

Τα χαρακτηριστικά των ατόμων που αποπειρώνται αυτοκτονία διαφέρουν σε σημαντικές παραμέτρους από τα χαρακτηριστικά των ατόμων που αυτοκτονούν. Τα άτομα που αποπειρώνται αυτοκτονία είναι συνήθως γυναίκες, νεαρής ηλικίας με ελάσσονα ψυχοπαθολογία που χρησιμοποιούν μη βίαιους και λιγότερο σοβαρούς τρόπους αυτοκαταστροφής. Τα άτομα που αυτοκτονούν είναι συνήθως άνδρες,

μεγαλύτερης ηλικίας με μείζονα ψυχοπαθολογία που χρησιμοποιούν βίαιους και περισσότερο σοβαρούς τρόπους αυτοκαταστροφής.

Εντούτοις, η σχέση των αποπειραθέντων αυτοκτονία με αυτούς που αυτοκτονούν είναι δεδομένη. 20 - 30% των ατόμων που αυτοκτονούν έχουν πραγματοποιήσει απόπειρες στο παρελθόν ενώ 10 -15% των αποπειραθέντων αναμένεται να αυτοκτονήσουν την προσεχή δεκαετία. (Χριστοδούλου, 1998).

2.4γ Αυτοκτονία

Οι άνθρωποι που αυτοκτονούν είναι είτε οι άνθρωποι που απειλούν ότι θα αυτοκτονήσουν και αποτυγχάνουν να πάρουν αυτό που απεγνωσμένα θέλουν είτε οι άνθρωποι που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν και δε διασώζονται έγκαιρα, είτε οι άνθρωποι που απλά είναι αποφασισμένοι να πεθάνουν. Από τα σημειώματα που αφήνουν πίσω τους οι αυτόχειρες και από μαρτυρίες ατόμων που επιχείρησαν να αυτοκτονήσουν, μπορούμε να διακρίνουμε τουλάχιστον τέσσερις διαφορετικές συναισθηματικές καταστάσεις στις οποίες βρίσκονται τα άτομα που αυτοκτονούν.

Πρώτον, οι αυτόχειρες ίσως να αισθάνονται απολογητικοί απέναντι στα άτομα που αφήνουν πίσω τους. Δεύτερον, ίσως να αισθάνονται εκδικητικοί απέναντι στα άτομα που αφήνουν πίσω τους ή στον εαυτό τους. Κατηγορούν τους άλλους για τη δυστυχία τους και την αυτοκαταστροφή τους και επιζητούν την εκδίκηση, τιμωρώντας αυτούς που αφήνουν πίσω τους. Ορισμένοι αυτόχειρες μπορεί να αισθάνονται πολύ θυμωμένοι με τον εαυτό τους για μία άδικη πράξη και για αυτό χρησιμοποιούν την αυτοκτονία τους για να αυτοτιμωρηθούν. Τρίτον, οι αυτόχειρες μπορεί να γίνουν μεγαλόψυχοι απέναντι στον κόσμο που αφήνουν πίσω τους. Στα σημειώματα τους συγχωρούν όλους αυτούς που τους αδίκησαν με κάποιο τρόπο και δωρίζουν τα υπάρχοντά τους. Τέταρτον, μπορεί να πλημμυρίσουν από σουρεαλιστικά συναισθήματα. Αυτό συνήθως γίνεται τη στιγμή που επιχειρούν να αυτοκτονήσουν. Η ένταση που αρχικά τους έχει οδηγήσει στην αυτοκτονία

καταλαγιάζει και μία ηρεμία παίρνει τη θέση της, ακριβώς πριν πάρουν ευσυνείδητα την τελευταία τους αναπνοή. Σε αυτήν την κατάσταση ηρεμίας, βιώνουν σουρεαλιστικά συναισθήματα. Πολλοί άνθρωποι που επιχείρησαν να αυτοκτονήσουν κόβοντας τις φλέβες τους είπαν ότι δεν ένιωσαν καθόλου πόνο. Ένωσαν ότι η εικόνα και η μυρωδιά του ίδιου τους του αίματος τους φώτισε, οδηγώντας τους στην "επιστροφή στην πραγματικότητα και τη ζωή από το στάδιο της μη πραγματικότητας του θανάτου". (Thio, 2003)

2.5 Συμπτώματα αυτοκτονικής συμπεριφοράς.

Πολλά από τα συμπτώματα που δείχνουν την επιθυμία αλλά ακόμα και τη σκέψη της αυτοκτονίας είναι παρόμοια με αυτά της κατάθλιψης και είναι τα ακόλουθα:

- Αλλαγές στις συνήθειες του φαγητού και του ύπνου.
- Απομάκρυνση από τους φίλους, την οικογένεια και τις δραστηριότητες που συνηθίζονταν.
- Βίαιη ή επαναστατική συμπεριφορά και απότομα ξεσπάσματα.
- Τάση φυγής.
- Χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ και άλλες επικίνδυνες ή παράνομες δραστηριότητες.
- Ασυνήθιστη αδιαφορία για την εξωτερική του εμφάνιση.
- Σημαντική αλλαγή της προσωπικότητας.
- Επίμονη ανία, δυσκολία στη συγκέντρωση ή μείωση της απόδοσης στο σχολείο.
- Συχνά παράπονα για σωματικά συμπτώματα που σχετίζονται πολύ συχνά με τη ψυχική κατάσταση, όπως στομαχόπονοι, πονοκέφαλοι ή κούραση.
- Έλλειψη ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που άλλοτε ήταν ευχάριστες.
- Ανικανότητα να αποδεχθεί επαίνους ή βραβεία.
- Ανάγνωση ιστοριών και σχεδιασμός εικόνων σχετικά με τον θάνατο.

- Λεκτικές απειλές αυτοκτονίας.

Επιπρόσθετα, ένας έφηβος που σκέπτεται την αυτοκτονία μπορεί να παραπονιέται ότι αισθάνεται «εσωτερικά σάπιος», και κάνει υπαινιγμούς όπως «Δεν θέλω πια να αποτελώ πρόβλημα» ή «Όλα θα τελειώσουν σύντομα». (Sellers S., 2003)

2.6 Συμπτώματα κατάθλιψης.

Η κατάθλιψη είναι ένας γενικός όρος που έχει χρησιμοποιηθεί για να περιγράψει παροδικά αισθήματα. Είναι μια ψυχιατρική διαταραχή και ένα πρόβλημα υγείας που χαρακτηρίζεται από μια ομάδα συναφών προβλημάτων. Σαν συναίσθημα, η κατάθλιψη, είναι συνώνυμο της στενοχώριας, θυμού, αίσθησης κενού, μοναξιάς, ανίας, απογοήτευσης, απελπισίας, αίσθησης ότι είναι κάποιος αβοήθητος χωρίς ελπίδα. (Beeber L., 1998).

Θα περιγράψουμε σύντομα τα κυριότερα συμπτώματα των διαφόρων καταθλιπτικών οντοτήτων. Βεβαίως όλα τα συμπτώματα δεν χρειάζεται απαραίτητως να είναι παρόντα για να διαγνωσθεί η κατάθλιψη. Πολλά εξαρτώνται από την ένταση, τη σοβαρότητα και τη διάρκειά τους, σε σχέση πάντα με τη συγκεκριμένη κλινική κατάσταση στην οποία αναφερόμαστε.

1. Καταθλιπτική διάθεση. Η συντριπτική πλειοψηφία των καταθλιπτικών αναφέρουν κάποιο βαθμό θλίψης. Μπορεί να κυμαίνεται μεταξύ της ήπιας θλίψης ή της μελαγχολίας μέχρι και την βαθιά απελπισία. Θεωρούν την κατάστασή τους μη αναστρέψιμη και μπορεί να κλαίει συχνά ή αναφέρουν ότι αισθάνονται σα να κλαίει εσωτερικά. Παρουσιάζουν το 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 μερικοί είναι δυνατό να μην εμφανίζουν τέτοια χαρακτηριστικά αλλά να φαίνονται ευδιάθετοι και να χαμογελούν. Όταν όμως 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, τα σπορ, οι φίλοι. Επιπλέον, σοβαρά καταθλιπτικοί ασθενείς, μπορούν να βιώσουν μια ολοκληρωτική παράλυση της βούλησης, που εκδηλώνεται με αδυναμία να κάνουν και το πιο απλό πράγμα όπως το να σηκωθούν από το κρεβάτι.

3. Αίσθηση κόπωσης και απώλεια ενέργειας. Οι καταθλιπτικοί συχνά αισθάνονται πολύ κουρασμένοι. Η έλλειψη κινήτρων που τους χαρακτηρίζει, συνήθως συνοδεύεται από έλλειψη ενέργειας. Παρουσιάζουν δυσκολία στο να ξεκινήσουν μια δραστηριότητα και συχνά δεν μπορούν να την ολοκληρώσουν.

4. Επιβράδυνση του λόγου, της σκέψης και της κίνησης. Οι καταθλιπτικοί συνήθως μιλούν πολύ αργά, αργούν να απαντήσουν στις ερωτήσεις που τους θέτουν και παρουσιάζουν αργή και χωρίς αυθορμητισμό σκέψη και δραστηριότητα. Οι κινήσεις του σώματός τους είναι αργές και οι χειρονομίες οι ελάχιστες δυνατές.

5. Αλλαγές στην όρεξη. Πολλοί καταθλιπτικοί αρνούνται το φαγητό ή τρώνε ελάχιστα, και χάνουν βάρος. Η απώλεια βάρους μπορεί να είναι μικρή, μεγάλη και κάποιες φορές απειλητική για τη ζωή. Αντίθετα, ένα μικρό ποσοστό ατόμων παρουσιάζει αύξηση της όρεξης με αποτέλεσμα να παίρνει βάρος.

6. Διαταραχή του ύπνου. Η αϋπνία είναι ένα ιδιαίτερα συνηθισμένο χαρακτηριστικό της κατάθλιψης. Μπορεί να είναι αρχική (το άτομο δεν μπορεί να κοιμηθεί), μέση (αφύπνιση κατά τη διάρκεια της νύχτας και αδυναμία να ξανακοιμηθεί) και τελική (αφύπνιση νωρίς το πρωί). Σε ορισμένες 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. Επισκέπτονται πολλούς γιατρούς για να ανακουφιστούν από τους πόνους τους, πριν επισκεφθούν έναν ψυχοθεραπευτή. 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 κτλ.

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

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορούμε να τα κατηγοριοποιήσουμε ως εξής:

α) Συμπτώματα σχετικά με το συναίσθημα : λύπη, θλίψη, άγχος, ενοχές, θυμός, εχθρότητα, εκνευρισμός, ευερεθιστότητα.

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

γ) Συμπτώματα σχετικά με τις στάσεις απέναντι στον εαυτό του 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 ευχαρίστηση, απώλεια όρεξης, διαταραχές ύπνου, απώλεια ενέργειας και εξάντληση, μείωση σεξουαλικού ενδιαφέροντος και παράπονα για οργανικά προβλήματα. (Κλεφταράς Γ., 1998).

2.7 Σημεία - δείκτες αυτοκτονικής τάσης.

Υπάρχουν μελέτες οι οποίες καθορίζουν τη συχνότητα των επιθετικών τάσεων στους εφήβους με τάσεις αυτοκτονίας. Ωστόσο η έχθρα θεωρείται ως βασική ψυχολογική συνιστώσα των παιδιών, εφήβων και των ενηλίκων με τάσεις αυτοκτονίας. Τα παιδιά με τάσεις αυτοκτονίας κρίθηκαν ως θυμώδη και άβουλα και στην κατάληξη συγκριτικής μελέτης έρχεται στην επιφάνεια η αξιοσημείωτη εχθρική συμπεριφορά στα άτομα που έχουν τάσεις αυτοκτονίας. Αυτή η διαπίστωση επιβεβαιώνεται σε παιδιά με τάσεις

αυτοκτονίας. Τα περισσότερα από αυτά καθορίζονται από αντιδράσεις οργής και σοβαρή φυσική επιθετικότητα. Αυτή η επιθετικότητα εκφράζεται τόσο κατά τη διάρκεια της ψυχιατρικής εξέτασης όσο και κατά την περίοδο που προηγείται της αυτοκτονίας που εκδηλώνεται από τις τεταμένες προσωπικές σχέσεις. Για να καταλάβουμε ότι ένα άτομο έχει αυτοκτονική τάση θα πρέπει να έχουμε υπόψιν τα παρακάτω σημεία - δείκτες αυτοκτονικής τάσης:

1. Όταν ένα πρόσωπο είναι κλειστό και ανίκανο να συναναστραφεί με το κοινωνικό περιβάλλον, όπου προτείνεται φαρμακευτική βοήθεια.
2. Όταν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονιών.
3. Όταν υπάρχουν προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας.
4. Όταν υπάρχει εξάρτηση από ναρκωτικά ή αλκοόλ.
5. Όταν υπάρχει μια σαφής παρωδική ιδέα του "πως" η αυτοκτονία μπορεί να εκπληρωθεί, και συνοδεύεται από την τακτοποίηση υποθέσεων.
6. Όταν υπάρχει ένα έντονα ανήσυχο παρόν.
7. Όταν νιώθουν έντονα την αίσθηση της αχρηστίας και αναξιότητας.
8. Όταν υπάρχουν σοβαρές και ποικίλες οικονομικές ανησυχίες.
9. Όταν υπάρχουν συναισθήματα μοναξιάς, απομόνωσης ή ρουτίνας.
10. Όταν τα άτομα δεν φιλοσοφούν τη ζωή, για παράδειγμα, ένας παρηγορητικός τύπος θρησκευτικής πίστης.
11. Όταν τα άτομα φανερώσουν μια επώδυνη φυσική αρρώστια ή δείχνουν σημάδια μιας χρόνιας διατάραξης ύπνου.

2.8 Παράγοντες επικινδυνότητας

Πολύ επιρρεπείς στην αυτοκτονία είναι οι αλκοολικοί και οι τοξικομανείς. Αυτοί που καταλαμβάνονται από τέτοια πάθη προσπαθούν να δραπετεύσουν από την πραγματικότητα. Η αυτοκτονία είναι προέκταση αυτής της ανάγκης τους για φυγή. Αν

κάποιος υποφέρει από μόνιμη αϋπνία, μπορεί να φτάσει σε τέτοιο σημείο κούρασης και απαισιοδοξίας που να εύχεται να τελειώσουν όλα. Επιρρεπής είναι επίσης εκείνος που υπέφερε από κάποια ψυχική διαταραχή, ειδικά εκείνος που χρειάστηκε θεραπεία. Μερικές φορές μπορεί κανείς να υποφέρει από νευρική κατάθλιψη που δεν έχει ποτέ διαγνωσθεί, και να παρουσιάσει αυτοκτονικές τάσεις.

Στην αυτοκτονία μπορεί να οδηγηθεί κάποιος από τη μεγάλη του θλίψη για τον χαμό ενός πολυαγαπημένου προσώπου. Φαίνεται σαν η μόνη διέξοδος από τον αβάσταχτο πόνο ή σαν η μόνη οδός για να ξανασμίξει κανείς με τον αγαπημένο νεκρό. Μερικοί άνθρωποι έχουν μια ακόρεστη ανάγκη για αγάπη και δεν τη βρίσκουν στη ζωή γι' αυτό και πιστεύουν ότι θα τη βρουν στο θάνατο. Μετά το θάνατο οι άλλοι θα τους θυμούνται με πολύ μεγαλύτερη αγάπη από αυτή που τους πρόσφεραν όσο ήταν ζωντανοί.

Επιρρεπής στην αυτοκτονία μπορεί επίσης να γίνει κάποιος που υποφέρει από μακροχρόνια αρρώστια και νιώθει ότι είναι βάρος για τους γονείς του αλλά και κάποιος που υποφέρει από μοναξιά. Οι νέοι που εγκαταλείπουν τα σπίτια τους και πηγαίνουν στις μεγάλες πόλεις είτε για να σπουδάσουν είτε επειδή εκεί υπάρχουν πιο πολλές δυνατότητες εργασίας, ανακαλύπτουν σύντομα ότι μια μεγάλη πόλη δεν είναι άλλο από ένα πλήθος ξένων. Για όλους μας, η μοναξιά συχνά μεγαλώνει σε αναλογία με το μέγεθος του πλήθους που μας περιτριγυρίζει. Για τους φοιτητές η μοναξιά σε μια μεγάλη κοινότητα όπως το πανεπιστήμιο μπορεί να είναι πολύ μεγάλη ιδιαίτερα αν χρειάζονται κάποιον να τους βοηθήσει και δεν βρίσκουν κανέναν κοντά τους. Μοναξιά αισθάνονται επίσης και εκείνοι που επιλέγουν συνειδητά την ανεξαρτησία τους επειδή φοβούνται μήπως παραβασιστούν στην αγάπη και την ασφάλεια του σπιτιού και της οικογένειάς τους.

Ειδικοί που ασχολούνται με το σοβαρό αυτό πρόβλημα όπως ο Chabrol, διαπιστώνουν έξι βασικούς παράγοντες που είναι επικίνδυνοι και είναι δυνατό να οδηγήσουν τον έφηβο στην αυτοκτονία : α) ψυχιατρική διάγνωση ψύχωσης και παθολογικής προσωπικότητας, β) οικογενειακός αλκοολισμός, γ) ατομικό ιστορικό με διαταραχές συμπεριφοράς και δυσκολίες σχετικά με το χαρακτήρα και τις σπουδές, δ) παθολογικές οικογενειακές σχέσεις, ε) προέλευση από οικογένεια με τέσσερα ή περισσότερα παιδιά και στ) καταθλιπτικές τάσεις.

Οι παράγοντες μπορεί επίσης να διακριθούν σε αυτούς που αφορούν το ίδιο το άτομο και σε αυτούς που αφορούν την οικογένειά του. Ανάμεσα στους παράγοντες οι οποίοι αφορούν στο ίδιο το άτομο έχουν αναφερθεί οι ψυχιατρικές διαταραχές, κυρίως οι συναισθηματικές διαταραχές, οι οριακές διαταραχές προσωπικότητας και η χρήση διαφόρων χημικών ουσιών, περιγεννητικές δυσκολίες, δυσκολίες στην εκπαίδευση και σωματικές αρρώστιες. Ανάμεσα στους παράγοντες οι οποίοι αφορούν στην οικογένεια είναι η κακοποίηση ή εγκατάλειψη του παιδιού κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής, ιστορικό αυτοκτονίας στην οικογένεια, ψυχιατρικές διαταραχές των γονέων, κυρίως συναισθηματικές διαταραχές και διάσπαση και αποδιοργάνωση της οικογένειας. Ακόμη η εχθρότητα και η απόρριψη των παιδιών από τους γονείς τους συνδυαζόμενες από ακρότητα και αντιφατικότητα στις απαιτήσεις και στον έλεγχο από το γονεϊκό περιβάλλον, η ανωριμότητα της μητέρας, η συναισθηματική απομάκρυνση και η έλλειψη οικογενειακής θαλπωρής.

Οι σκέψεις αυτοκτονίας και οι απόπειρες αυτοκτονίας αποκτούν νόημα μόνον αν τις τοποθετήσουμε στο γενικότερο πλαίσιο της ζωής του ατόμου. Ένα προσεκτικό γενικό ιστορικό θα μας βοηθήσει να προσδιορίσουμε τους παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία καθώς και τα προβλήματα που μπορούν δυνητικά να βοηθηθούν. Οι παρακάτω διαστάσεις θα πρέπει να διερευνηθούν:

- Διαπροσωπική - κοινωνική κατάσταση. Τρέχουσες συνθήκες ζωής, οικογένεια, πρόσφατες αλλαγές ή απώλειες σε ερωτικές σχέσεις ή σημαντικές φιλίες.
- Επάγγελμα. Δουλειά, οικογενειακές ευθύνες, σχολείο, πρόσφατες αλλαγές στο κοινωνικό status ή στην απόδοση του ατόμου.
- Ψυχιατρικό ιστορικό. Προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας [μέθοδος, σοβαρότητα], καταθλιπτικά επεισόδια [καταθλιπτική διάθεση, διαταραχή του ύπνου ή της όρεξης, ημερήσιες διακυμάνσεις στη διάθεση], ψυχωτικά συμπτώματα [ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες], ψυχοτρόπα φάρμακα, ψυχιατρικές νοσηλείες, τρέχουσα θεραπεία.
- Ιστορικό χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών και αλκοόλ. Τύποι χρήσης ή κατάχρησης. Πιθανότητα η ψύχωση ή η κατάθλιψη να είναι δευτερογενής από χρήση ή απόσυρση από ουσίες.

- Ιατρικό ιστορικό. Ύπαρξη σωματικών νόσων και θεραπεία για αυτές, πρόσφατες αλλαγές στη σωματική υγεία.
- Εξέταση των ψυχικών λειτουργιών. Πρέπει να γίνει εστιασμός στην ύπαρξη ή όχι κατάθλιψης, ψύχωσης και ανθρωποκτονικών τάσεων. Η επιθυμία ενός ατόμου να σκοτώσει άλλους συνδέεται συχνά με την επιθυμία να αυτοκτονήσει. Οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές πεποιθήσεις μπορούν επίσης να υπαγορεύσουν αυτοκτονία [π.χ. μία φωνή διατάζει το άτομο να πέσει από το παράθυρο] και ο ασθενής βρίσκεται σε σοβαρό και συνεχή κίνδυνο, εφόσον η μορφή αυτή της ψύχωσης επιμένει. (Μάνος, 1997).

2.9 Γιατί οι έφηβοι σκέφτονται την αυτοκτονία

Το νεαρό άτομο με το τέλος της εφηβικής περιόδου πρέπει να έχει επιτύχει αποχωρισμό και ανεξαρτησία από την οικογένεια καθώς και διαμόρφωση ταυτότητας. Αυτές οι διαδικασίες κατά την διάρκεια της εφηβείας, οδηγούν σε αντιφατικές εκδηλώσεις στην συμπεριφορά, στις σχέσεις και στα συναισθήματα. Είναι δυνατόν να παρατηρηθούν ακραίες και απρόβλεπτες αλλαγές διάθεσης, χαλάρωσης των μηχανισμών άμυνας και τάση για παλινδρόμηση. Σε αυτό το πλαίσιο αποχωρισμού και εξατομίκευσης του εφήβου, το οποίο αυξάνει το άγχος λόγω κινητοποιήσεως διαφόρων ψυχοσυγκρούσεων, οι απόψεις συνδέονται με τάσεις σχετικές με πρόοδο ή παλινδρόμηση.

Ο σύγχρονος κόσμος, εκτός από τη φωτεινότητα, την ευγένεια και τη διαύγειά του, φαίνεται πως έχασε την πειστικότητα και την ζεστασιά του. Είναι ένας κόσμος άφιλος, ακόμα και εχθρικός, ιδιαίτερα για τους νέους, ένας κόσμος αντιφάσεων και αγωνίας. Αντί για ιδανικά προσφέρει ένα χυδαιούλιστικό πνεύμα.

Οι νέοι, που αποτελούσαν πάντοτε τους γνήσιους εκφραστές του ιδεαλισμού, της

ειλικρίνειας και των οραματισμών για μια καλύτερη ζωή, εξευτελίζονται και ταπεινώνονται, αφού, για να εξασφαλίσουν μια θέση, αναγκάζονται να καταφύγουν στα μέσα ή να παραμείνουν στην αφάνεια και στη μετριότητα. Βλέπουν με θλίψη γύρω τους να κυριαρχεί ένα πάθος για φτάσιμο, που δεν εκφράζει ένα ανώτερο τάξιμο.

Οι νέοι οδηγούνται αργά ή γρήγορα σε ιδεολογικά αδιέξοδα, σε ψυχοφθόρες και θανατηφόρες εμπλοκές, από τις οποίες δύσκολα μπορούν να ξεφύγουν. Μέσα σε μια ερειπωμένη ζωή απαισιοδοξίας και απογοήτευσης αρχίζει να καλλιεργείται στην ψυχή τους η ιδεολογία της αυτοκτονίας. Μπορεί οι παλαιότεροι να αντιμετώπισαν το πρόβλημα «πώς να ζήσω», οι σημερινοί νέοι αντιμετωπίζουν το πρόβλημα «γιατί να ζήσω;».

Η οικογένεια και το σχολείο που έχουν υιοθετήσει μια στάση υπερβολικής ελαστικότητας απέναντι στο νέο και δεν τολμούν να του αρνηθούν τίποτα, δεν του μαθαίνουν από νωρίς να αγαπά τις δυσκολίες και έτσι αυτός δεν ξέρει να τις αντιμετωπίσει και να τις υπερνικήσει. Το «όχι» που δε λένε οι γονείς στα παιδιά όταν είναι μικρά, τους το λέει η ζωή όταν μεγαλώσουν - για να πουν και αυτά με τη σειρά τους το δικό τους όχι στη ζωή.

2.10 Τι σημαίνει η αυτοκτονία στην εφηβεία.

Η αυτοκτονία είναι μία από τις σημαντικότερες συμπεριφορές του εφήβου επειδή ο έφηβος παρουσιάζει ευκολία στο πέρασμα στην πράξη. Επαναθέτει το ζήτημα της σχέσης με το σώμα του που αντιπροσωπεύει ακόμα για αυτόν κάτι που προέρχεται από τους γονείς του και μερικές φορές η επίθεση σε αυτό, σημαίνει μια κατευθυνόμενη οργή εναντίον του ενός από τους δύο και αποσκοπεί στην τιμωρία του, επειδή ο χειρότερος τρόπος για να εκδικηθεί ένα παιδί τους γονείς του είναι να αφαιρέσει με κάθε τρόπο τη ζωή του (Καργάκος, 1989).

Βγαίνοντας συχνότατα μέσα από ένα καταθλιπτικό πλαίσιο, η αυτοκτονία είναι σημάδι βαθύτερης εσωτερικής κρίσης που ο έφηβος δεν μπορεί να αντιμετωπίσει μόνος του. Συχνά ο σκοπός της αυτοκτονίας είναι περισσότερο η αλλαγή της ζωής παρά η διακοπή της. Η αυτοκτονία έχει την αξία ενός συμπτώματος που μπορεί να πάρει πολλαπλή σημασία:

1. Ένα κάλεσμα. Κάλεσμα για αγάπη από τους άλλους, για κατανόηση. Έχει την έννοια μιας κλήσης σε βοήθεια και μιας μεγάλης, απελπισμένης κραυγής για αγάπη. ["Κοιτάξτε 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 συστήματος.

2. Έναν εκβιασμό. Απόπειρα εναντίον της ζωής του για να ασκήσει πίεση στους άλλους. Η πράξη αυτοκτονίας αποτελεί μετάφραση της έχθρας, η οποία υπάρχει στην πρόθεσή του να τιμωρηθούν αυτοί που φόνευσαν ή αγνόησαν τον έφηβο. ["Κοιτάξτε που με φέρατε... πρέπει να πεθάνω για να με προσέξετε;"]. Έχει την αξιά μιας συμπεριφοράς επίπληξης και τιμωρίας, η οποία στοχεύει να προκαλέσει τύψεις και ενοχές στο περιβάλλον.

3. Μια φυγή. Από μία κατάσταση που του είναι ανυπόφορη. Η πράξη αυτοκτονίας μαρτυρεί την τραγική αδυναμία του ατόμου απέναντι σε ένα περιβάλλον που το συνθλίβει.

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

5. Μια θυσία. Πρόσβαση σε μια κατάσταση ή ένα ιδανικό που το θεωρεί ανώτερο.

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 κατηγορηματικά, 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 δεν φοβάται πλέον τον θάνατο και έχει την απόδειξη ότι "δεν είναι πια παιδί". Εκτεθειμένος σε έναν τέτοιο κίνδυνο, ο έφηβος αποδεικνύει την κυριότητά του πάνω στη ζωή αλλά και στο θάνατό του. (Κανελλοπούλου Β., 1989).

2.11 Αίτια αυτοκτονίας.

Η επιτυχής αυτοκτονία συνδέεται με δυσκολίες στην εκπαίδευση, χαμηλή κοινωνική προέλευση, σχολικά προβλήματα, κοινωνική απομόνωση, όπου σε συνδυασμό με την παράταση της εφηβείας και της εκπαίδευσης αυξάνουν το στρες που φυσιολογικά υπάρχει στην εφηβεία και κάτω από ορισμένες συνθήκες μπορεί να οδηγήσει στην αυτοκτονία.

Η μελέτη των αποπειρών αυτοκτονίας και των ολοκληρωμένων αυτοκτονιών σε Έλληνες εφήβους έδειξε ότι παράγοντες πολιτισμικοί παίζουν ρόλο στο να καθορίσουν τις αιτίες τους. Πολλές φορές η απόπειρα αυτοκτονίας και ίσως και η επιτυχημένη αυτοκτονία να είναι ο μόνος τρόπος που βρίσκει το κορίτσι της εφηβικής ηλικίας προκειμένου να εκδηλώσει την καταπίεση που αισθάνεται και να δηλώσει ότι είναι αυτόνομη και ότι αυτή η ίδια ελέγχει και αποφασίζει για την ζωή της.

Γενικά, η αυτοκτονία οφείλεται σε ένα ψυχικό βραχυκύκλωμα του ατόμου, σε μια ψυχική συρρίκνωσή του, κατά την οποία κυριαρχούν τα συναισθήματα απελπισίας και η κυριαρχία του συναισθήματος πάνω στη λογική. Καταλήγει σε αυτήν, με σκοπό να εκδικηθεί τα άτομα εκείνα που τα θεωρεί υπεύθυνα για τα αίτια της αυτοκτονίας του. Η βασική δηλαδή αιτία της ενέργειάς του αυτής είναι η υπερβολική ευαισθησία του, που σχετίζεται και ενισχύεται και από τη συναισθηματική αστάθεια της εφηβικής ηλικίας.

Κατά βάθος ο αυτόχειρας νέος δε θέλει το θάνατο, αλλά με την πράξη του αυτή εκδηλώνει την ανάγκη του να τον αφήσουν ήσυχο και απερίσπαστο να οργανώνει μόνος του την προσωπικότητά του. (Αναστασιάδης, 1993).

Τα αίτια της αυτοκτονίας μπορούν να διακριθούν σε τρεις κατηγορίες. Στα **ψυχιατρικά** όπου εντάσσονται η κατάθλιψη, η μελαγχολία, η μανιοκαταθλιπτική ψύχωση, η σχιζοφρένεια, η χρήση ναρκωτικών ουσιών και ο χρόνιος αλκοολισμός, στα **ψυχολογικά** αίτια στα οποία ανήκουν τα ακόλουθα: η κατάχρηση οινόπνευματων ποτών, η δυσκολία προσαρμογής σε νέο περιβάλλον, η δυσαρμονία στην οικογενειακή ζωή, οι δυσχέρειες στην επικοινωνία με εξωοικογενειακά πρόσωπα, τα προβλήματα στον εργασιακό χώρο, ο φόβος του θανάτου ή της αυτοχειρίας, η συνεχής χρήση φαρμακολογικών προϊόντων χωρίς ουσιώδη αίτια, οι σκέψεις και οι απόπειρες αυτοκτονίας κατά το παρελθόν και το αίσθημα της μονώσεως.

Οι έφηβοι που αναπτύσσονται σε δυσαρμονικό οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, αισθάνονται συναισθηματικά απομονωμένοι και ζουν έντονα την αδυναμία να τους κατανοήσουν οι άλλοι. Το αίσθημα της απομονώσεως εντείνεται όταν χωρίζουν οι γονείς τους ή όταν η συμπεριφορά αυτών είναι επιθετική ή αδιάφορη.

Στην τρίτη κατηγορία των αιτιών αυτοκτονίας, στα **κοινωνικά** αίτια, ανήκουν η κακοποίηση του παιδιού από μέλη της οικογένειας ή η έντονη παραμέληση, η μεγάλη αποδιοργάνωση και συγκρούσεις στην οικογένεια, η απώλεια ενός γονέα λόγω θανάτου, αποχωρισμού ή διαζυγίου, η έλλειψη οικογενειακής θαλπωρής, η εχθρική απορριπτική στάση προς το νεαρό άτομο, η κοινωνική απομόνωση, η συνεχής μετακίνηση των ατόμων, η κοινωνική αποδιοργάνωση, η ανεπαρκής παιδεία και τα οικονομικά προβλήματα από την ανεργία. (Μπαλογιάννης, 1986).

Το ιστορικό των εφήβων με τάσεις αυτοκτονίας αποκαλύπτει σε πολύ γενικές γραμμές μια χρόνια διαταραχή της λειτουργίας της οικογένειας. Διαπιστώνονται σχεδόν πάντα παλιές συγκινησιακές ένδειες ή σοβαρές οικογενειακές συγκρούσεις. Οι έφηβοι παραπονιούνται για έλλειψη πραγματικής επικοινωνίας και αληθινών συγκινησιακών δεσμών με την οικογένειά τους, περιγράφουν τις οικογενειακές συγκρούσεις ως ακραίες και έχουν έναν ή δύο γονείς αλκοολικούς. Οι πιο εμφανείς διαταραχές στις οικογένειες των εφήβων με τάσεις αυτοκτονίας αφορούν τη λειτουργία της οικογένειας ως

περιβάλλοντος υποστηρικτικού πλαισίου. Βασικό χαρακτηριστικό των οικογενειών αυτών είναι ότι ο γονικός έλεγχος και οι προσδοκίες αναφορικά με τον έφηβο είναι είτε πολύ υψηλές, είτε αντίθετα πολύ χαμηλές.

Ο υπερβολικός έλεγχος δημιουργεί περισσότερο κατάθλιψη, παρά έχθρα. Η υπερβολική χρήση τιμωριών και απαγορεύσεων μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την αναστολή των δημιουργικών κινήτρων και στην συνέχεια την παθητικότητα και την έλλειψη βούλησης. Στις οικογένειες που ασκείται υπερβολικός έλεγχος, όλες οι βασικές εκδηλώσεις της εφηβείας υφίστανται διαταραχή στον τομέα των ενθαρρύνσεων. Οι τάσεις ανεξαρτησίας όχι μόνο δεν ενθαρρύνονται αλλά αντίθετα αναστέλονται.

Παρόλα αυτά η κυριότερη αιτία είναι η χρόνια οικογενειακή αστάθεια ή διαταραχή, διαζύγιο ή απομάκρυνση των γονέων από την οικογένεια (50%), ενώ ο θάνατός τους δεν είναι τόσο σημαντική αιτία. Ιδιαίτερα οι διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις, η απουσία επικοινωνίας και αληθινών συναισθηματικών δεσμών με την οικογένεια, η εχθρότητα των γονέων προς τον έφηβο και αλκοολικοί γονείς που είχαν τάση για αυτοκτονία και προπάντων οι συγκρούσεις των γονέων μεταξύ τους, με δυο λόγια η μακροχρόνια φθορά των οικογενειακών δεσμών οδηγούν τους εφήβους στην αυτοκτονία. Ιδιαίτερα η τελευταία αιτία στις μισές περιπτώσεις τους οδηγεί στη συνεχή αποφυγή της οικογένειας και στις άλλες μισές στην απουσία της επικοινωνίας τους με αυτήν. Γενικά οι προβληματικές οικογένειες και οι κακές σχέσεις των εφήβων με τις οικογένειές τους και κυρίως με τις μητέρες τους, που υπέφεραν από κατάθλιψη ή σοβαρή νεύρωση και ανέθρεψαν τα παιδιά τους με ασυνεπή και όχι σωστή αγωγή, αποτελούν σοβαρό παράγοντα για την εξώθηση των εφήβων στην αυτοκτονία.

Θα πρέπει επίσης να σημειώσουμε ότι η ύπαρξη σωματικών νόσων, επώδυνων συνδρόμων, αναπηριών και ανιάτων νόσων στην οικογένεια είναι παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν έναν έφηβο στην αυτοκαταστροφή.

Επίσης, ψυχοσυγκρούσεις προς τα γονεϊκά αρχέτυπα και τα κοινωνικά υποκατάστατά τους (φορείς εξουσίας, δάσκαλοι, προϊστάμενοι) στις οποίες υποβόσκουν ένας νοσηρός ατομισμός και μια συναισθηματική ανωριμότητα, οδηγούν το άτομο σε μια "εκδικητική" αυτοκτονία.

Οι νεαροί ασθενείς με τάσεις αυτοκτονίας, σε σύγκριση με παιδιά που υποφέρουν από κατάθλιψη ή άλλη ψυχική διαταραχή, χωρίς όμως τάσεις αυτοκτονίας, έχουν βιώσει ένα συνολικά ψηλότερο βαθμό έντασης στην περίοδο της ζωής τους. Είναι χαρακτηριστικό ότι προέρχονται από χαοτικές οικογένειες, όπου η αντικοινωνικότητα, η βία, η απόρριψη, η κακομεταχείριση και η παραμέληση είναι συνηθισμένα φαινόμενα. Οι γονείς αυτών των παιδιών είναι συχνά αλκοολικοί ή ναρκωμανείς και παρουσιάζουν απρόβλεπτη και παρορμητική συμπεριφορά. Το παιδί μεγαλώνει με το αίσθημα ότι είναι ανίκανο να αντιδράσει κι εσωτερικεύει παρορμητικές μορφές συμπεριφοράς.

Οι συγκρούσεις εφήβων με τους γονείς τους, κυρίως κοριτσιών, σε θέματα που αφορούν τις ετεροφυλικές σχέσεις, είναι η πιο συχνή αιτία απόπειρας αυτοκτονίας επειδή οι γονείς, ιδίως του ίδιου φύλου, είχαν μια στερημένη παιδική και εφηβική ηλικία με πολύ απαγορευτικούς γονείς σε θέματα ετεροφυλικών σχέσεων, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να αντέξουν την πρόκληση ή το φθόνο που αισθάνονται επειδή τα παιδιά τους παίρνουν μια φάση που στους ίδιους δεν είχε επιτραπεί να βιώσουν ή την αγανάκτηση που αισθάνονταν μέσα τους από το γεγονός ότι παρόλο που αυτοί ήταν καλύτεροι γονείς από τους γονείς τους, τα παιδιά τους πηγαίνουν ενάντια στις προσδοκίες τους. (Τσιάντης, 1998).

Το Ελληνικό «φιλότιμο» γίνεται επίσης πολλές φορές αιτία αδιεξόδου για εφήβους στους οποίους υπενθυμίζει συχνά η οικογένεια την τιμή, το καθήκον, το «τι θα πει ο κόσμος», ένα «κοινωνικό Υπερεγώ» δηλαδή πριν οι ίδιοι ωριμάσουν για να συγκροτήσουν τις δικές τους αρχές. Τέτοιες διεργασίες λειτουργούν συχνότερα όταν η μητέρα είναι χήρα [μη στενοχωρηθεί], η αδελφή ανύπαντρη [μη ντροπιαστεί] κ.ο.κ. (Ιεροδιακόνου, 1991).

Η φοιτητική ζωή, είναι ένας σημαντικός παράγοντας που οδηγεί στην αυτοκτονία αλλά και κάτι άλλο συμβάλει στην αυτοκτονία, δυσκολεύοντας την αντιμετώπιση του άγχους. Αυτό το κάτι άλλο είναι το γεγονός ότι οι σπουδαστές είναι περισσότερο πιθανό να είναι ανύπαντροι από ότι οι υπόλοιποι. Χωρίς σύζυγο και παιδιά, οι σπουδαστές δεν έχουν τους κοινωνικούς δεσμούς που τυπικά βοηθούν τους παντρεμένους να αντιμετωπίσουν το άγχος και τους εμποδίζουν να αυτοκτονήσουν. Άρα η ικανότητα των σπουδαστών να αντιμετωπίζουν το άγχος είναι κοινωνικά περιορισμένη.

Μια άλλη βασική αιτία για την εκδήλωση της αυτοκαταστροφικής τάσης είναι η ίδια η εφηβεία. Η αντικοινωνικότητα του εφήβου και η αστάθειά του στις προσωπικές του σχέσεις που του επιφέρουν κοινωνικό εξοστρακισμό και δικαστικές ακόμη κυρώσεις, η απουσία ελέγχου, η αποφυγή κάθε ευχαρίστησης, κάθε ευκαιρίας για επιτυχία και κάθε δυνατότητας για ικανοποιητική σχέση και προπάντων η έλλειψη αυτοεκτίμησης τον εξωθούν στην άρνηση της ζωής. Τα άτομα αυτά με τέτοιες τάσεις χαρακτηρίζονται από αβουλία, έντονη οργή, εχθρική συμπεριφορά και σοβαρή επιθετικότητα που απευθύνεται κυρίως στους γονείς τους. Ένας άλλος λόγος που συμβάλλει στην κατάσταση αυτή, είναι και η κρίση ταυτότητας που διέρχεται ο έφηβος για το ποια θέση θα πάρει πάνω στο πρόβλημα της επιλογής των αξιών, που θα θέσει ως στόχο του στη ζωή του. Αυτή συντελεί ακόμη και στο να συγκρουστεί με την οικογένειά του και να απομακρυνθεί από αυτήν για να αποκτήσει την αυτονομία του και την ανεξαρτησία του. Μερικές φορές η κρίση αυτή είναι τόσο οδυνηρή και τόσο αγχωτική, ώστε αν δεν βρεί τη λύση ή τουλάχιστον αν δεν την αναβάλει μπορεί να φτάσει και στην ακραία περίπτωση της αυτοκτονίας.

Εσωτερικά στοιχεία συνεργούν στην αυτοκτονία, ανεξάρτητα από την εξωτερική της εμφάνιση, τα οποία είναι τα ακόλουθα: 1. η επιθυμία να σκοτώσεις, 2. η επιθυμία να σκοτωθείς, 3. η επιθυμία να πεθάνεις. Κάθε ένα από αυτά, απαιτεί ιδιαίτερη ανάλυση και αντιστοιχεί σε μία πράξη με συνειδητά και ασυνείδητα κίνητρα.

1. Η επιθυμία να σκοτώσεις : σε μια προσωπικότητα που έχει τάσεις αυτοκτονίας, ένα γεγονός το οποίο αντιπροσωπεύει την απώλεια ενός ερωτικού αντικειμένου θέτει σε ενέργεια μια μελαγχολική αντίδραση. Το χαμένο αντικείμενο προβάλλεται μέσα στο Εγώ, εναντίον του οποίου στρέφεται η έχθρα και η απόπειρα αυτοκτονίας αποτελεί την πραγματοποίηση ενός υποκατάστατου φόνου, του οποίου η επιθυμία, συνήθως, παραμένει ασυνείδητη.

2. Η επιθυμία να σκοτωθείς : η επιθυμία φόνου ισοδυναμεί με το Υπερεγώ, το οποίο, λειτουργώντας σύμφωνα με το νόμο των αντίποινων απαιτεί την εξαγορά του ατόμου για το θάνατό του. Η αυτοκτονία γίνεται τιμωρία η οποία επιβάλλεται από το Υπερεγώ,

προκειμένου να αντισταθμιστεί μια επιθυμία καταστροφής. Πρέπει να «καταστρέψει αυτό το σώμα, το οποίο ο έφηβος θεωρεί ότι είναι το όργανο, με το οποίο μπορεί να δώσει μια πραγματική έκφραση στην επιθυμία να σκοτώσει».

3. Η επιθυμία να πεθάνεις : αντιστοιχεί με την έκφραση της τιμωρού αυτοεπιθετικότητας του υποκειμένου στην αιφνίδια εισβολή του ενστίκτου του θανάτου. (Chabrol, 1987).

2.11α Βιολογικά αίτια

Η αυτοκτονία μπορεί να διαμεσολαβείται σε κάποιο βαθμό βιολογικά. Σε άτομα που αυτοκτόνησαν έχουν ανευρεθεί κατά τη νεκροψία υψηλά επίπεδα 5-υδροξυντολοξεικού οξέος (5-HIAA) στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό καθώς και ελάττωση της δέσμευσης της ιμιπραμίνης στον μετωπιαίο φλοιό, υψηλά επίπεδα μεταβολιτών της κορτιζόλης στα ούρα και διογκωμένα επινεφρίδια. Καθώς, όμως, όλα αυτά τα ευρήματα αφορούν και τη βαριά κατάθλιψη, μπορεί να σχετίζονται με την κατάθλιψη περισσότερο παρά με την τάση/κίνδυνο για αυτοκτονία. (Μάνου, 1997).

Υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της ομάδας αίματος O ή της ομάδας αίματος A με περιπτώσεις μελαγχολίας σύμφωνα με μια έρευνα, ενώ μια άλλη έρευνα απέτυχε στο να αποκαλύψει κάποια σχέση ανάμεσα σε αυτή τη διαταραχή και στις ομάδες αίματος αλλά αυτό μπορεί να αποδοθεί στον μικρό σχετικά αριθμό δειγμάτων των ερευνών αυτών. (Stefanis, 1983).

Η πιθανότητα ένα άτομο να αυτοκτονήσει, ίσως εν μέρει να καθορίζεται από τη στιγμή της γέννησής του, σύμφωνα με σουηδική μελέτη που δημοσιεύθηκε στο επιστημονικό έντυπο "The Lancet", σύμφωνα με την οποία, παιδιά με βάρος γέννησης μικρότερο από 2 κιλά, είχαν διπλάσιες πιθανότητες να αυτοκτονήσουν συγκριτικά με παιδιά που ζύγιζαν 3,25 - 3,75 κιλά όταν γεννήθηκαν. Επίσης τα παιδιά που είχαν γεννηθεί από μητέρες ηλικίας κάτω των 19 ετών είχαν διπλάσιες πιθανότητες να αυτοκτονήσουν, συγκριτικά με παιδιά των οποίων οι μητέρες ήταν 20 έως 29 ετών. Τα βρέφη με ύψος γέννησης 47 εκατοστά και κάτω κινδύνευαν περισσότερο να αυτοκτονήσουν συγκριτικά με εκείνα που ήταν 50-51 εκατοστά. (Βάσσερμαν, 2004).

2.11β Περιβαλλοντικά αίτια

Η ηλιοφάνεια είναι εν μέρει υπεύθυνη για την αυξημένη συχνότητα αυτοκτονιών κατά τους ζεστούς μήνες του χρόνου. Οι επιτυχημένες απόπειρες αυτοκτονίας είναι πιο συχνές κατά τη διάρκεια των μηνών με τη μεγαλύτερη ηλιοφάνεια. Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται παγκοσμίως, αφού αφορά στην περίοδο Μαΐου-Ιουνίου για το βόρειο ημισφαίριο και Νοεμβρίου-Δεκεμβρίου για το νότιο ημισφαίριο. Στην Ελλάδα η συχνότητα αυτοκτονιών είναι πολύ μεγαλύτερη [50% περισσότερες πιθανότητες] κατά τη διάρκεια του Ιουνίου, ενώ στις χώρες του νότιου ημισφαιρίου, όπως η Αυστραλία, τον Νοέμβριο οι αυτοκτονίες αυξάνονται κατά 21%. Αυτό συμβαίνει επειδή η κατάσταση των καταθλιπτικών ατόμων χειροτερεύει, όταν ο περίγυρός τους είναι ιδιαίτερα ευτυχισμένος, όπως συμβαίνει συνήθως στις διακοπές. Επίσης η αυξημένη συχνότητα αυτοκτονιών κατά την περίοδο μέγιστης ηλιοφάνειας πιθανότατα σχετίζεται με τα επίπεδα των ορμονών μελατονίνης, κορτιζόλης και σεροτονίνης που επηρεάζονται από τη διάθεση του ατόμου. (Τριχόπουλος, 2002).

2.11γ Το στρατιωτικό περιβάλλον

Ο στρατός δεν είναι απλά ένας κατασταλτικός θεσμός ανάμεσα στους άλλους - είναι ο κύριος θεσμός της καταστολής που επιβάλλεται στο κοινωνικό σώμα και αποτελεί το βασικότερο αντιστήριγμα του υπερ-θεσμού «κράτος». Ο στρατός είναι ένας θεσμός που κατέχει μονοπωλιακά το δικαίωμα του ύστατου λόγου στο φυσικό εξαναγκασμό και τη φυσική βία και αποτελεί την έσχατη εγγύηση της εξουσίας που τον ελέγχει. Έτσι, είναι φυσικό να διατηρείται από αυτήν σε μια κατάσταση διαρκούς και απαραβίαστης στεγανότητας από το υπόλοιπο κοινωνικό σώμα. Αποτελεί μια σκόπιμη επιβίωση ενός θεσμού με πρωτόγονη διάρθρωση στα πλαίσια μιας συνεχώς εκσυγχρονιζόμενης κοινωνίας.

Όταν λέμε θεσμό με πρωτόγονη διάρθρωση εννοούμε έναν θεσμό που οριοθετεί μια συμπαγή μάζα η οποία μπορεί να συμπιέζει το άτομο εμποδίζοντας κάθε ανεξάρτητη κίνησή του, εμποδίζοντάς το δηλαδή να υπάρξει σαν άτομο. Αποτελεί μια αμετάβλητη θέσπιση ενώ η ατομική προσωπικότητα αυτού που τον επανδρώνει αποτελεί μια μεταβλητή παράμετρο. Σαν αποτέλεσμα, δεν είναι δυνατή η ύπαρξη όποιας σχέσης αλληλεπίδρασης αλλά η μεταβολή θα είναι μονόδρομη και θα αφορά μόνο την προσωπικότητα.

Ο στρατός λειτουργεί υποχρεωτικά στην κατεύθυνση της πλήρους μαζοποίησης του ανθρώπινου δυναμικού που συνδέεται μαζί του. Καταργεί την προσωπική ταυτότητα των ατόμων και την υποκαθιστά με μια μαζική, που εκφράζει όχι το άτομο αλλά το θεσμό, πράγμα το οποίο επιτυγχάνεται με την επιβολή της παθητικής πειθαρχίας και της απόλυτης υποταγής.

Στρατιώτης είναι ένας πρώην πολίτης που ενώ γαλουχείται από την κοινωνία με βάση τις δικές της αξίες της εξατομίκευσης, βρίσκεται ξαφνικά κάτω από την πίεση της κοινωνικά επικυρωμένης απαίτησης για ολοκληρωτική άρνηση και απόρριψη αυτών των αξιών. Αυτή η αντίφαση οδήγησε στην κοινωνιολογική εκτίμηση της ιδιότητας του στρατιώτη σαν μιας κατάστασης που αναπτύσσει μια ηθική σύσταση η οποία προδιαθέτει παντοδύναμα τον άνδρα να καταργήσει την ύπαρξή του.

Σ' όλες τις ευρωπαϊκές χώρες, η συχνότητα των αυτοκτονιών των στρατιωτών είναι από 25 μέχρι 900% υψηλότερη από την αντίστοιχη των πολιτών και υπάρχει μια αναλογική σχέση της συχνότητας των αυτοκτονιών των στρατιωτών και του βαθμού ολοκληρωτικοποίησης και στεγανοποίησης του θεσμού στρατός. Μπορούμε να συμπεράνουμε ότι από τη φύση του ο στρατός αποτελεί στοιχείο που προωθεί παραπέρα την ανθρώπινη καταστροφική συμπεριφορά, μια από τις ιδιαίτερες εκφάνσεις της οποίας συνιστά και η αυτοκαταστροφική δραστηριότητα που καλύπτεται με την ετικέτα της αυτοκτονίας.

Αυτό που θα μπορούσε να γίνει για να περιορισθούν οι αυτοκτονίες στα επίπεδα συχνότητας που χαρακτηρίζουν την υπόλοιπη κοινωνία είναι τα ακόλουθα : να ξεπεραστεί ο αμετάλλακτος και αδιαφοροποίητος χαρακτήρας του στρατού έτσι ώστε να αποβληθούν τα ιδιαίτερα πρωτόγονα χαρακτηριστικά αυτού του θεσμού, να μπει στο

δρόμο των διαφοροποιήσεων που επιβάλλονται σε όλους τους άλλους θεσμούς από τη μεταβαλλόμενη κοινωνική πραγματικότητα, να επιδιωχθεί η δημοκρατικοποίηση των δομών του στρατού και η δυνατότητα επιβίωσης της ατομικής προσωπικότητας στα πλαίσιά του, να επεμβαίνει αποφασιστικά η κοινωνία σε αυτό το θεσμό με τη νομιμοποίηση του δικαιώματος άσκησης ελέγχου σε κάθε περίπτωση παραβίασης των ατομικών και πολιτικών δικαιωμάτων των ένστολων πολιτών και να υπάρχει δυνατότητα ανάπτυξης ελεύθερης συνδικαλιστικής δράσης από την πλευρά των στρατευμένων. (Γρίβας, 1987).

2.12 Αυτοκτονία και εκκλησιαστική ταφή

Η χριστιανική διδασκαλία θεωρεί την αυτοκτονία ως έγκλημα εναντίον της ιερότητας της ανθρώπινης ζωής και ως κλονισμό της πίστης των αυτοκτονούντων. Η συνείδηση της εκκλησίας κατέταξε την αυτοκτονία στα βαρύτερα πνευματικά παραπτώματα και καθιέρωσε αυστηρές πνευματικές ποινές για να τονίσει την ανάγκη σεβασμού της ιερότητας και της αξίας της ζωής. Έτσι η εκκλησία απαγορεύει οποιαδήποτε εκκλησιαστική ακολουθία [κηδεία, ταφή, μνημόσυνο, τρισάγιο, λειτουργία] για τους αυτοκτονούντες γιατί με την πράξη τους προσέβαλαν τη θεία δωρεά και αποκόπηκαν από το σώμα της εκκλησίας. Η πράξη της εκκλησίας μας για στέρηση των ευχών στους αυτόχειρες κινήθηκε από ποιμαντικούς λόγους για την περιστολή της αυτοχειρίας.

Ο λόγος που στερείται ο αυτόχειρας την εξόδια ακολουθία και τις λοιπές ευχές της εκκλησίας οφείλεται στην κρίση που διατυπώνεται ότι είναι ήδη καταδικασμένος στην άλλη ζωή. Όμως, η εκκλησία μας διδάσκει να μην προεξωφλούμε από την εδώ ζωή την τελική κρίση του Θεού για κάθε άνθρωπο. Η Καινή Διαθήκη, σύμφωνα με την άποψη των Πατέρων, διδάσκει, ότι ο άνθρωπος δεν δικαιούται να διατυπώσει κρίση για τη μετά θάνατο κατάληξη του οποιουδήποτε ανθρώπου.

Ο μόνος λόγος που αίρει την απαγόρευση της κηδείας των αυτοχείρων είναι η

ψυχοπάθεια. Σήμερα όμως η ψυχοπάθεια, με την έννοια που την αντιλαμβάνεται η επιστήμη της ψυχιατρικής, δεν αποτελεί κάτι το μονοσήμαντο, ιδιαίτερα μάλιστα στην περίπτωση που καλείται κανείς να βεβαιώσει με εγκυρότητα για το ποσοστό της συνειδητότητας των πράξεων του ασθενούς.

Η εκκλησία μας κάνει σαφή διάκριση μεταξύ αυτοκτονίας και αυτοθυσίας και τιμά τη δεύτερη. Συνήθως η αυτοθυσία κατανοείται ως τέτοια, όταν γίνεται για τη σωτηρία της ζωής ενός ανθρώπου. Τα όρια όμως μεταξύ αυτοκτονίας και αυτοθυσίας από την πλευρά των τρίτων που αντικρύζουν μόνο το αποτέλεσμα χωρίς να γνωρίζουν την πρόθεση του δράστη που τον οδήγησε στην συγκεκριμένη απόφασή του είναι συγκεχυμένα. Για αυτόν ακριβώς το λόγο, ο Χρήστος Ανδρούτσος, ισχυρίζεται ότι η διάκριση των ορίων ανάμεσα σε αυτοθυσία και αυτοχειρία συμβαίνει μόνο στη «θεωρίαν».

Η νεκρώσιμη ακολουθία, είτε υπάρχει, είτε λείπει δεν έχει καθοριστικό αποτέλεσμα για το νεκρό. Στην έσχατη κρίση, οι άνθρωποι θα κριθούν προσωπικά. Η κρίση θα γίνει με βάση το προσωπικό βιβλίο των πράξεων του καθενός. Η μεσολάβηση τρίτων δεν θα ισχύει. Κριτήριο μοναδικό θα είναι τα έργα του ανθρώπου. (Βουλγαράκη, 1992).

2.13 Μύθοι και δεδομένα για την αυτοκτονία.

Μύθος. Η απειλή αυτοκτονίας είναι μόνο τρόπος προσέλκυσης προσοχής και δεν πρέπει να λαμβάνεται στα σοβαρά.

Πραγματικότητα. Κάθε αυτοκτονική συμπεριφορά πρέπει να λαμβάνεται στα σοβαρά. Η αίτηση προσοχής μπορεί να είναι κραυγή για βοήθεια.

Μύθος. Βλάπτεται το άτομο όταν μιλά για τις αυτοκτονικές του σκέψεις. Όταν συμβαίνει αυτό, πρέπει να αποσπάται η προσοχή του σε άλλο θέμα.

Πραγματικότητα. Η ακριβής εκτίμηση του αυτοκτονικού ιδεασμού και σχεδιασμού του

αρρώστου είναι πρωταρχικής σημασίας για τον προγραμματισμό της νοσηλευτικής του φροντίδας.

Μύθος. Μόνο τα ψυχωτικά άτομα διαπράττουν αυτοκτονία.

Πραγματικότητα. Η πλειονότητα των αυτοκτονιών γίνονται από μη ψυχωτικά άτομα.

Μύθος. Τα άτομα που λένε ότι θα αυτοκτονήσουν δεν αυτοκτονούν.

Πραγματικότητα. Τα περισσότερα άτομα μιλούν για την αυτοκτονική τους πρόθεση πριν αποπειραθούν.

Μύθος. Ένα ωραίο σπίτι, μια καλή εργασία ή μια ήσυχη οικογένεια προλαμβάνουν την αυτοκτονία.

Πραγματικότητα. Άτομα με κάθε είδους ψυχοκοινωνική και οικονομική υποδομή και συγκρότηση είναι δυνατό να αυτοκτονήσουν.

Μύθος. Μια αποτυχημένη απόπειρα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν χειριστική συμπεριφορά.

Πραγματικότητα. Αποτυχημένες απόπειρες είναι πιθανό να δείχνουν την αμφιθυμία του ατόμου, να το κάνει ή να μη το κάνει.

Μύθος. Τα άτομα που αυτοκτονούν είναι πάντα καταθλιπτικά.

Πραγματικότητα. Όσοι αυτοκτονούν δεν είναι πάντα καταθλιπτικοί. Ωστόσο το 15% των καταθλιπτικών αυτοκτονούν.

Μύθος. Αν κανείς αποπειραθεί μια φορά να αυτοκτονήσει είναι πάντα αυτοκτονικός.

Πραγματικότητα. Απόπειρα αυτοκτονίας συχνά γίνεται κατά τη διάρκεια μιας στρεσογόνου περιόδου της ζωής. Αν το άτομο αυτό αντιμετωπισθεί κατάλληλα, μπορεί να συνεχίσει τη ζωή του χωρίς υποτροπιάζουσες σκέψεις αυτοκτονίας.

Μύθος. Η τάση για διάπραξη αυτοκτονίας είναι μεταδοτική μεταξύ των μελών της

οικογένειας.

Πραγματικότητα. Η αυτοκτονία δεν έχει κληρονομικές ιδιότητες και δεν μεταδίδεται από άτομο σε άτομο μέσα στις οικογένειες. Μπορεί όμως ο ένας να μιμηθεί τη συμπεριφορά του άλλου.

Μύθος. Δεν έχει σχέση η αυτοκτονία με την κατάχρηση ναρκωτικών ή αλκοόλ.

Πραγματικότητα. Ο αλκοολισμός και η αυτοκτονία συνδέονται στενά. Μετά τη χρήση αλκοόλ το άτομο μπορεί να γίνει καταθλιπτικό, παρορμητικό και αυτοκτονικό. Εξάλλου η χρήση ναρκωτικών προκαλεί στο άτομο συναισθηματικές διαταραχές, ελαττώνει τη μνήμη και τη συγκέντρωση προσοχής και αυξάνει την παρορμητική συμπεριφορά. Σε αυτή την κατάσταση όπως και όταν απότομα διακόψουν τη χρήση, πολλοί αυτοκτονούν.

Μύθος. Οι αυτοκτονικοί σπανίως ζητούν ιατρική βοήθεια.

Πραγματικότητα. Σε αναδρομικές μελέτες αυτοκτονιών, το 50-60% των ατόμων αυτών είχαν ζητήσει ιατρική βοήθεια μέσα στο προηγούμενο εξάμηνο. (Ραγιά, 2004).

2.14 Η κοινωνική αντίδραση στην αυτοκτονία.

Το εάν η αυτοκτονία είναι ένα φαινόμενο συνηθισμένο ή σπάνιο εξαρτάται σε κάποιο βαθμό από το πώς η κοινωνία αντιδρά σε αυτό. Στις κοινωνίες όπου τα έθιμα και η παράδοση την αποδέχονται ή τη συγχωρούν, πολλοί άνθρωποι θα αυτοκτονούν. Στις κοινωνίες όπου καταδικάζεται από τους κανόνες της εκκλησίας και της πολιτείας, η αυτοκτονία θα είναι ένα ασυνήθιστο φαινόμενο. Οι μουσουλμανικές χώρες, οι οποίες καταδικάζουν έντονα την αυτοκτονία, έχουν συνήθως χαμηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών από τις χριστιανικές κοινωνίες, οι οποίες στη σύγχρονη εποχή δεν καταδικάζουν έντονα την αυτοκτονία. Επιπλέον, στις δυτικές κοινωνίες, η αυτοκτονία έχει γίνει περισσότερο συνηθισμένη στον τωρινό αιώνα από ότι ήταν στους προηγούμενους. Το γεγονός αυτό

μπορεί να αποδοθεί μερικώς στην αυξημένη ανεκτική στάση απέναντι στην αυτοκτονία. Στο παρελθόν, εκείνοι που αυτοκτονούσαν αντιμετωπιζόνταν σαν εγκληματίες που έπρεπε να τιμωρηθούν. Σήμερα θεωρούνται θύματα που τους αξίζει η συμπάθειά μας.

Στη μεσαιωνική Αγγλία και Ευρώπη για παράδειγμα, αρνούνταν να τελέσουν χριστιανική κηδεία για τους αυτόχειρες, τους δήμευαν την περιουσία ή τους έθαβαν σε κάποιο σταυροδρόμι με έναν πάσαλο μπηγμένο στην καρδιά για να εμποδίσουν το πνεύμα να περιπλανάται. Σήμερα οι νόμοι κατά της αυτοκτονίας είναι σπάνιοι και στις λίγες χώρες όπου υπάρχουν ακόμα, σπάνια εφαρμόζονται. Αντίθετα, ένα συναίσθημα μεταθανάτιας αγάπης ή τουλάχιστον στοργής προς τον αυτόχειρα γεμίζει την καρδιά των συγγενών του, των φίλων του και άλλων, ακόμα και αν το άτομο αυτό δεν ήταν ιδιαίτερα δημοφιλές όσο ζούσε.

2.14α Οι αντιδράσεις των συγγενών, των φίλων και των γνωστών.

Όταν ένα αγαπημένο πρόσωπο όπως είναι ένας φίλος ή ένα μέλος της οικογένειας αυτοκτονήσει, οι άνθρωποι συνήθως αισθάνονται ένοχοι. Η αυτοκτονία των γονιών είναι ιδιαίτερα τραυματική εμπειρία για τα νεαρά παιδιά. Τα παιδιά νομίζουν ότι κατά κάποιο τρόπο ευθύνονται για το θάνατο των γονιών τους. Οι ενήλικες μπορεί επίσης να αισθάνονται ενοχές. Συχνά κατηγορούν τον εαυτό τους επειδή απέτυχαν να αντιληφθούν την πρόθεση του αυτόχειρα, επειδή ήταν ανίκανοι να εμποδίσουν την αυτοκτονία του ή επειδή έκαναν κάτι που μπορεί να προκάλεσε την αυτοκτονία του αγαπημένου τους προσώπου. Η κοινωνία εντείνει περαιτέρω την αυτοκατηγορία τους, θεωρώντας τους κατά κάποιο τρόπο υπεύθυνους για το θάνατο. Όμως, οι ώριμοι ενήλικες είναι ικανοί να ουδετεροποιήσουν την ενοχή τους. Μία μελέτη έχει δείξει ότι οι ενήλικες μπορούν να εκλογικεύσουν την ενοχή τους με αρκετούς τρόπους :

- Θεωρούν ότι υπήρξαν καλοί προς το άτομο που αυτοκτόνησε. Έτσι αισθάνονται ότι δεν έκαναν κάτι που προκάλεσε την αυτοκτονία.
- Θεωρούν την αυτοκτονία ως κάτι το αναπόφευκτο. Πιστεύουν ότι ακόμα και εάν ήταν εξαιρετικά καλοί προς το άτομο που αυτοκτόνησε δε θα ήταν ικανοί να σταματήσουν την αυτοκαταστροφή του.

- Θεωρούν ότι η αυτοκτονία ήταν κάτι καλό για το άτομο. Πιστεύουν ότι ο θάνατος ήταν καλύτερος από τη ζωή και ότι το άτομο που αυτοκτόνησε ελευθερώθηκε από τα βάραινα αυτού του κόσμου.

Οι περισσότεροι άνθρωποι επίσης υποφέρουν από ορισμένα συμπτώματα σωματικής αρρώστειας και συναισθηματικής διαταραχής, όπως είναι οι ημικρανίες, η υπερένταση και η κατάθλιψη, που ακολουθούν την αυτοκτονία ενός στενού τους συγγενή. Τα συμπτώματα αυτά είναι ανάλογα με εκείνα που παρουσιάζονται μετά από ένα φυσικό θάνατο ή ένα θάνατο από ατύχημα, αλλά είναι περισσότερο παρατεταμένα και καταστρεπτικά από αυτά. Συνεχίζουν να πλήττουν τα κοντινά πρόσωπα του αυτόχειρα ακόμα και έξι μήνες μετά την αυτοκτονία του. Μέσα στην ίδια περίοδο όμως, οι σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας του αυτόχειρα συχνά δυναμώνουν, κυρίως επειδή η αυτοκτονία τους κάνει να αισθάνονται κοντά ο ένας στον άλλο στην κοινή τους κατάσταση. Οι συγγενείς δέχονται επίσης σημαντική υποστήριξη από άλλους συγγενείς και φίλους οι οποίοι συνήθως τους δείχνουν τη συμπάθειά τους, τους ακούνε και αποφεύγουν το θέμα του θανάτου προκειμένου να επικεντρωθούν στη ζωή. Όμως τα προβλήματα υγείας παραμένουν σ' εκείνους που συνεχίζουν να σκέφτονται την αυτοκτονία του αγαπημένου τους προσώπου και αποφεύγουν να τη συζητήσουν με τους φίλους τους, κρατώντας την ως "έναν ψυχολογικό σκελετό μέσα στη συναισθηματική τους ντουλάπα". (Thio, 2003).

Κεφάλαιο 3

3.1 Πρόληψη.

3.2 Στάδια πρόληψης.

3.2α Πρωτογενής πρόληψη.

3.2β Πρόληψη - παρέμβαση.

3.2γ Τριτογενής πρόληψη.

Κεφάλαιο 3

3.1 Πρόληψη

Η καλύτερη αντιμετώπιση ενός προβλήματος εστιάζεται κατά κύριο λόγο στην πρόληψή του. Η πρόληψη των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών αρχίζει με τη σωστή ενημέρωση του κοινού [κυρίως των μελών οικογενειών καταθλιπτικών αρρώστων] όσον αφορά τη σχέση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με την αυτοκτονία και τη σημασία των κοινωνικών παραμέτρων [πένθος, χωρισμός, απώλεια εργασίας και άλλα] στην εκδήλωση κατάθλιψης και αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών.

Η έγκαιρη διάγνωση είναι το πρώτο και βασικό που απαιτείται από τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς, καθώς και η πρόληψη της τραγωδίας με την πραγματική εκδήλωση της αγάπης προς τον καταθλιμμένο έφηβο οπτικά και σωματικά [πιάσιμο του χεριού του, βάλσιμο του χεριού μας πάνω στον ώμο του], με συγκεντρωμένη προσοχή και με την αφιέρωση αρκετού χρόνου σε αυτόν, για να μπορεί να επικοινωνήσει μαζί μας. Πάντως μια αποτελεσματική παρέμβαση, απαιτεί την θετική τροποποίηση των συνθηκών της ζωής του εφήβου.

Ιδιαίτερη ανάγκη έχει ο έφηβος κατά την απομάκρυνσή του από το οικογενειακό περιβάλλον του από συχνές επισκέψεις και συχνά τηλεφωνήματα. Αλλά πολύ μεγαλύτερη προσοχή χρειάζεται στις περιπτώσεις της βαριάς κατάθλιψης. Οπωσδήποτε το βέβαιο είναι ότι και στη μέτρια και στη βαριά κατάθλιψη χάνει σιγά-σιγά την ικανότητά του να σκέπτεται καθαρά, λογικά και προσγειωμένα. Η κρίση του συνεχώς φθίνει καθώς χάνει την ικανότητά του να διατηρήσει μια καλή προοπτική και συγκεντρώνει τη σκέψη του όλο και περισσότερο σε νοσηρές και καταθλιπτικές λεπτομέρειες. Οι αντιλήψεις του για την πραγματικότητα παραμορφώνονται ιδιαίτερα σε σχέση με το τι νομίζει ότι σκέφτεται ο κόσμος για αυτόν. Όλο και περισσότερο θεωρεί ότι όλα είναι μελαγχολικά, τίποτα δεν αξίζει και δεν αξίζει να ζει κανείς. Στο στάδιο αυτό

πλέον η σκέψη του αρχίζει να διαταράσσεται, διέρχεται συναισθηματική κρίση και φθάνει στο σημείο να εξωτερικεύει την κατάστασή του με αυτοκαταστροφικές ενέργειες.

Η βάση για μια ομαλή εφηβεία είναι η οικογένεια με τη σωστή συμπεριφορά της προς τον έφηβο κατά την παιδική και εφηβική του ηλικία, ώστε να αποφύγει τις ψυχικές εντάσεις και τα αρνητικά συναισθήματα που είναι δυνατό να τον εξωθήσουν ως και την αυτοκτονία. Αντίθετα το σχολείο μπορεί να παίξει μόνο επικουρικό ρόλο για 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 τελικά να αυτοπραγματωθεί και να εξελιχθεί σε ένα υγιές στοιχείο της κοινωνίας. Απαραίτητες προϋποθέσεις για αυτά είναι η αμοιβαία κατανόηση, ο αλληλοσεβασμός και προπάντων η δημιουργία μεταξύ εκπαιδευτικών και μαθητών αυθεντικών και γνήσιων ανθρώπινων σχέσεων χωρίς επιφυλακτικότητα και υποκριτικότητα.

Η αγωγή δεν είναι μια απλή και εύκολη υπόθεση αλλά ένα δύσκολο έργο που απαιτεί κάποιες γνώσεις. 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 ακόμη και ψυχώσεων κατά την εφηβεία. Για την διευκόλυνση της αγωγής τέτοιες γνώσεις μπορούν να αποκτήσουν οι γονείς στις λεγόμενες Σχολές Γονέων, με την ενημέρωσή τους για τις ανθρώπινες σχέσεις. Ιδιαίτερα όμως για την πρόληψη της τάσης για αυτοκτονία στον έφηβο απαιτείται στενή συνεργασία των γονέων με τους εκπαιδευτικούς και ακόμη και με τους φίλους του αλλά προπάντων συμπάρασταση και καθοδήγηση από τους γονείς του που δεν είναι δυνατόν 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 πρόληψη της αυτοκτονίας του εφήβου είναι η καλλιέργεια από νωρίς σε αυτόν, ακόμη και από την παιδική του ηλικία, υγιών ιδανικών που οδηγούν στην ευτυχία.

Είναι απόλυτη ανάγκη να συνειδητοποιηθεί ότι απαιτείται στενή και συχνή συνεργασία των δύο αυτών βασικών 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. 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 την νοσηρή αυτή νοοτροπία. Δεν καταλαβαίνουν ότι μη αριστούχος στο σχολείο αλλά αντίθετα μικροί βαθμοί σ' αυτό, δε σημαίνουν οπωσδήποτε και αποτυχία στη ζωή.

Επειδή η αποτυχία στο σχολείο επιδρά μερικές φορές πάρα πολύ αρνητικά στον έφηβο οι γονείς θα πρέπει σε μια αποτυχία ή σε ένα σφάλμα του παιδιού τους να έχουν υπόψη τους το εξής: αντί να χάνουν την ψυχραιμία τους και την κυριαρχία τους και να αρχίζουν να φωνάζουν και να το βρίζουν, θα πρέπει να το καθησυχάσουν, να το ενθαρρύνουν και να ψάξουν να βρουν με νηφαλιότητα τους λόγους της αποτυχίας ή του σφάλματος. Εκείνο που έχει μεγαλύτερη σημασία σε αυτές τις περιπτώσεις είναι να το ενθαρρύνουν και να το προετοιμάσουν για την ορθή αντιμετώπιση μιας νέας τυχόν αποτυχίας και να του καλλιεργήσουν την ιδέα να φιλοσοφεί μπροστά στις αποτυχίες της ζωής. Εδώ ασφαλώς χρειάζεται και η ηθική, πατρική και συνετή συμπαράσταση των εκπαιδευτικών στο μαθητή και η στενή συνεργασία τους με τους γονείς του. Πέρα από τις φροντίδες της οικογένειας και την ικανοποίηση των υλικών αναγκών του μαθητή και τις προσπάθειες του σχολείου για την παροχή γνώσεων, πολύ περισσότερο χρειάζεται ο νέος άνθρωπος με την προληπτική συμβουλευτική να προετοιμαστεί και να θωρακιστεί από την οικογένεια και το σχολείο για την αντιμετώπιση των τυχόν αποτυχιών που θα συναντήσει στη ζωή του. Η ψυχική θωράκιση είναι η σπουδαιότερη από όλες τις άλλες προσφορές προς αυτόν. (Αναστασιάδης, 1993).

Η εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, αλλά και των μη ψυχιάτρων ιατρών - ιδιαίτερα των οικογενειακών ιατρών - πρέπει να περιλαμβάνει την εκτίμηση της βαρύτητας της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, του αυτοκτονικού ιδεασμού και των παραγόντων κινδύνου για αυτοκτονία. Οι παράγοντες κινδύνου αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών (χαρακτηριστικά ατόμων που αυτοκτονούν ή που αποπειρώνται αυτοκτονία) περιλαμβάνουν παραμέτρους κοινωνικοδημογραφικές, ψυχοπαθολογικές, βιολογικές και προηγηθείσες απόπειρες.

Οι μη ψυχίατροι (ειδικότερα οι οικογενειακοί γιατροί), θα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένοι όσον αφορά τη δυνατότητα αναγνώρισης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της σχέσης της με αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές. Μεγάλο μέρος των καταθλιπτικών αρρώστων που αυτοκτόνησαν επισκέπτονται το γιατρό τους (κυρίως τον οικογενειακό) λίγο χρονικό διάστημα πριν από τη μοιραία πράξη τους εκφράζοντας τις ιδέες αυτοκαταστροφής τους. Επίσης είναι γνωστό ότι η πλειονότητα των οικογενειακών γιατρών όχι μόνο συναντά σοβαρές δυσχέρειες στην αναγνώριση της καταθλιπτικής νόσου, αλλά αδυνατεί να αντιμετωπίσει θεραπευτικά τον άρρωστο και να χειριστεί την περίπτωσή του (παραπομπή σε ειδικές υπηρεσίες, κοινωνική παρέμβαση).

Η συστηματική εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων προς τους οικογενειακούς ιατρούς σε θέματα διάγνωσης και θεραπείας της κατάθλιψης, έχουν βελτιώσει τις γνώσεις τους όσον αφορά την κατάθλιψη και τη σχέση της με την αυτοκτονία, με άμεσο αποτέλεσμα τη μείωση της συχνότητας των αυτοκτονιών στις συγκεκριμένες περιοχές.

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα έχουν ως στόχο τα ακόλουθα : να γνωστοποιήσουν το πρόβλημα με το να δείξουν ταινίες εφήβων που έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν ή με το να αναφέρουν στατιστικές όπως το ότι η αυτοκτονία είναι η δεύτερη αιτία θανάτου ανάμεσα στους εφήβους, να προωθήσουν την έμμεση εύρεση περιστατικών, να προωθήσουν την αποκάλυψη αυτοκτονικής τάσης με την παρουσίαση ενός μοντέλου αυτοκτονίας που μπορεί να μην είναι δυσφημιστικό, άρα μπορεί να δηλώνει ότι η αυτοκτονία δεν είναι χαρακτηριστικό ψυχικής ασθένειας αλλά μια αντίδραση σε κοινό εφηβικό στρες και πίεση για επιτυχία, οικογενειακά προβλήματα, αλλαγή στο σύστημα ηθικών αξιών, χρήση ναρκωτικών και οινοπνεύματος και αυτό μπορεί να ενισχυθεί με την προβολή ελκυστικών νέων που έχουν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας για αυτούς τους

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

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 την 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 αυτοκτονίας που δεν στιγματίζει τα άτομα, δηλαδή ένα μοντέλο που αιτιολογεί την αυτοκτονία σαν αποτέλεσμα του υπερβολικού στρες και όχι σε ψυχοπαθολογικά αίτια. Αυτά τα προγράμματα δεν έχουν λύσει το δίλλημα για το πώς να κάνουν την αυτοκτονία λιγότερο "ντροπιαστική" και ταυτόχρονα να μειώσουν τις υπαγορεύσεις που μπορούν να συμβάλλουν στο να μετατρέψουν την αυτοκτονία σε απλά στατιστικά στοιχεία. (Schaffer D., 1994).

Η εκπαίδευση των εθελοντών αλλά και των επαγγελματιών που στελεχώνουν μονάδες επείγουσας τηλεφωνικής βοήθειας πρέπει, μεταξύ άλλων, να περιλαμβάνει τη δυνατότητα αποκάλυψης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε άτομα με τάσεις ή απόπειρες αυτοκαταστροφής και τη διαδικασία παραπομπής του αυτοκτονικού ατόμου σε ειδικές υπηρεσίες και επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε κοινοτικό πλαίσιο.

Θα πρέπει τέλος 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. (Αναστασιάδης, 1993).

3.2 Στάδια πρόληψης

Οι θεραπευτικοί σκοποί στην αντιμετώπιση της πράξης αυτοκτονίας πρέπει να κυριαρχούνται από την φροντίδα της πρόληψης. Πρόληψη της πρώτης απόπειρας και της αναπαραγωγής της και διασφάλιση της κοινωνικής προσαρμογής. Ο Μορον διακρίνει τρία στάδια στη θεραπεία των πράξεων αυτοκτονίας: 1. Την πρωτογενή πρόληψη η οποία αποσκοπεί στην παρεμπόδιση της πρώτης απόπειρας, 2. την πρόληψη - παρέμβαση η οποία περιλαμβάνει τα θεραπευτικά μέτρα που παίρνουν κατά τη διάρκεια της πράξης και 3. την τριτογενή πρόληψη η οποία έχει σαν σκοπό την αποφυγή των υποτροπών.

3.2α Πρωτογενής πρόληψη

Η πρωτογενής πρόληψη πραγματοποιείται σε δύο επίπεδα, το ομαδικό και το ατομικό. Σχετικά με την ομαδική πρόληψη ο Μορον 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 εφήβου.

Ένα μακρύ παρελθόν δυσκολιών στις προσωπικές και οικογενειακές σχέσεις προηγείται της αυτοκτονίας των εφήβων. Το πρώτο στάδιο της ατομικής πρόληψης συνίσταται στην αναγνώριση της προ-αυτοκτονικής φάσης, η οποία σηματοδύεται 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 προ-αυτοκτονικών σταδίων στην προ-αυτοκτονική φάση. Αφού αναγνωρίσουμε τα σημεία κινδύνου που έχουν συνδεθεί με την κατάθλιψη [ευερεθιστότητα, υπερευαισθησία, διαταραχές συμπεριφοράς], 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 να αυξήσουν ή να ελαττώσουν τους κινδύνους της διαδραμάτισης της φαντασίωσης στην πράξη. Όταν στη συζήτηση ο έφηβος δεν αναφέρει τις ιδέες αυτοκτονίας, ο γιατρός μπορεί να παρατηρήσει : « Ορισμένες φορές όταν οι άνθρωποι είναι καταθλιπτικοί σκέφτονται να θέσουν ένα τέρμα στη ζωή τους. Είμαι ανήσυχος γιατί φαίνεστε καταθλιπτικός και διερωτώμαι, αν έχετε τέτοιες σκέψεις ». Δεν πρέπει να διστάσουμε να κάνουμε αυτή την άμεση ερώτηση. Αυτή η ερώτηση δεν ενέχει τον κίνδυνο να δημιουργήσει ή να χειροτερεύσει μια τάση αυτοκτονίας. Καθησυχάζει τον έφηβο δείχνοντάς του ότι ο γιατρός αποδέχεται την ανακοίνωση των ιδεών αυτοκτονίας, δεν σέβεται το « ταμπού » και του μεταδίδει το συναίσθημα ότι η θλίψη του κατανοείται και δεν υποτιμάται. Αφού το υποκείμενο αναγνωρίσει ότι φέρει ιδέες θανάτου πρέπει να αξιολογήσουμε τους παράγοντες οι οποίοι μπορούν να διευκολύνουν την υλοποίησή τους μέσα από μία 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. Συχνά η προ-αυτοκτονική κατάσταση επισημαίνεται μόνο σ' αυτό το στάδιο όπου οι διαδοχικές ρήξεις και το αίσθημα της απόρριψης συνεπάγονται μια καταστροφική αύξηση της ανησυχίας, της κατάθλιψης ή του θυμού. Αν δεν βρισκόμαστε

σε κρίση οι θεραπευτικές προσεγγίσεις μοιάζουν γενικά με αυτές που προτείνονται για την πρόληψη των υποτροπών. (Chabrol, 1987).

3.2β Πρόληψη - Παρέμβαση.

Η ανάγκη νοσηλείας σε ψυχιατρικό περιβάλλον μετά από την πραγματοποίηση της πράξης αυτοκτονίας, δεν 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, να αρνηθεί να το εγκαταλείψει και να εκδηλώσει τάσεις αυτοκτονίας αν του επιβληθεί η λύση του δεσμού από αυτό το περιβάλλον.

Η μέθοδος νοσηλείας κατά την οποία ο έφηβος έρχεται στο νοσοκομείο μόνο για το βράδυ είναι μια ενδιαφέρουσα εμπειρία γιατί συνδυάζει τα πλεονεκτήματα της συνεχούς νοσηλείας και της παραμονής του εφήβου στο φυσικό του περιβάλλον, επιτυγχάνοντας την προφύλαξη του εφήβου από τις οικογενειακές πιέσεις και αποφεύγοντας ταυτόχρονα τη διαταραχή της επαγγελματικής και της σχολικής του ζωής. Η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία αποτελεί απόλυτη ένδειξη 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 με άλλο τρόπο να αξιολογήσουμε 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. Όσο πιο γρήγορα

συμβαίνει η ψυχιατρική παρέμβαση τόσο καλύτερη είναι 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 γιατί η οικογένεια μπορεί να εισάγει αρνητικά πρότυπα 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 θα σέβεται και δεν θα παραβιάζει τον ψυχικό κόσμο του εφήβου, μεταδίδοντάς του ένα συναίσθημα κατανόησης και ενδιαφέροντος. Ο ψυχίατρος που καλείται επειγόντως ταλαντεύεται ανάμεσα σε δύο 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 αξιόπιστα 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 με ένα καταθλιπτικό έφηβο ο οποίος αρνείται παθητικά ή ενεργητικά την επαφή, σε συνδυασμό με μια βαριά πράξη αυτοκτονίας ή με αδιάφορη ή εχθρική στάση από τη μεριά της οικογένειας. Η ύπαρξη μιας σχέσης εμπιστοσύνης συνεπάγεται την αποτελεσματικότητα. 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 δεν 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 για αυτόν το σκοπό να εκδηλώσει ο ψυχίατρος το πραγματικό του ενδιαφέρον, ερχόμενος ο ίδιος σε επαφή με την θεραπευτική μονάδα την οποία συστήνει για τον έφηβο. (Chabrol, 1987).

3.2γ Τριτογενής πρόληψη

Η τριτογενής πρόληψη αντιπροσωπεύει το σύνολο των μέτρων που προορίζονται για την αποφυγή των υποτροπών. Η επανάληψη των πράξεων αυτοκτονίας δεν είναι ο μόνος κίνδυνος που απειλεί τον έφηβο. Αυτή η διαπίστωση οδήγησε στη διερεύνηση της έννοιας της τριτογενούς πρόληψης, στο σύνολο των παθολογικών γεγονότων τα οποία μπορούν να ακολουθήσουν μια απόπειρα αυτοκτονίας.

Η απόπειρα αυτοκτονίας συχνά αποτελεί μαρτυρία μιας χρονικής παρεκτροπής της ανάπτυξης και δεν μπορούμε να ελπίζουμε πάντα ότι θα την διαγράψουμε με μία απλή παρέμβαση. Μία δραστήρια και παρατεταμένη θεραπευτική η οποία απευθύνεται ταυτόχρονα στον έφηβο και στο περιβάλλον του, είναι συχνά απαραίτητη. Μία 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 προσπάθεια.

Κεφάλαιο 4

4.1 Η αξιολόγηση.

4.2 Η διάγνωση.

4.2α Η διάγνωση στον έφηβο.

4.2β Η οικογενειακή διάγνωση.

4.3 Η πρόγνωση.

4.4 Το μέλλον του εφήβου με τάσεις αυτοκτονίας.

Κεφάλαιο 4

4.1 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. Πρέπει να αξιολογήσουμε το σύνολο της συμπεριφοράς για να ανακαλύψουμε τις ικανότητες και τις ανεπάρκειες, να εκτιμήσουμε την ικανότητα του εφήβου να αναπτύσσει συναισθηματική σχέση, να κρίνουμε τις συμπεριφορές επικοινωνίας του εφήβου και την ικανότητα διαπραγμάτευσης των ψυχικών συγκρούσεων που σχετίζονται με τις σχέσεις του.

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.

Η αξιολόγηση πρέπει να ανοίξει το δρόμο για πρόγνωση: υποθέσεις σχετικά με τη διεργασία της αυτοκτονικής προβληματικής και για ένα θεραπευτικό σχέδιο. Στην ουσία είναι η πρόγνωση που καθορίζει τη θεραπευτική αγωγή. Σε 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 σε θετική συσχέτιση [σημαντικός κίνδυνος θανάτου και κατάθλιψης ή κατάθλιψης και εχθρότητας]. (Chabrol, 1987).

4.2 Η διάγνωση.

Η διάγνωση δεν μπορεί να περιορισθεί στο να κατονομασθεί η ψυχολογία του παιδιού, αλλά πρέπει να διευρυνθεί με την περιγραφή των οικογενειακών σχέσεων και τη

διατύπωση υποθέσεων σχετικά με τη λειτουργία της οικογένειας και τη γένεση της παρούσας κρίσης.

4.2α 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 Χάιμ (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 παθολογικές προσωπικότητες 18,7%, σε νευρώσεις 15,9%, σε καταθλιπτικές διαταραχές 10,6% και σε ψυχώσεις το 7,7%. Οι Moron και συν.(1980) σημειώνουν ένα ποσοστό 14% με διάγνωση διανοητικής ανεπάρκειας η οποία παρ’ όλη τη σοβαρότητά της σπάνια λαμβάνεται υπόψη. Αυτή η διαφορά υπάρχει εξαιτίας της ανικανότητας προσαρμογής της νοσογραφίας του ενήλικα στον έφηβο.

Το πιο σημαντικό στη νοσογραφική προσέγγιση είναι η διάγνωση μιας κατάθλιψης ή μιας σχιζοφρένειας επειδή τέτοιες καταστάσεις απαιτούν ιδιαίτερη θεραπευτική παρέμβαση. Πρόσφατα η διάγνωση της κατάθλιψης εμπλουτίστηκε με βιολογικές δοκιμασίες. Το ενδιαφέρον της έγκειται στην ανακάλυψη ενδογενών καταθλίψεων όπου η συμπτωματολογία είναι άτυπη, αμφίβολη ή καλυμμένη. 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-υποφυσό-επινεφριδιακούς και θυρεοειδικούς άξονες, η δραστηριότητα των οποίων ελέγχεται από ανώτερα κέντρα με τη μεσολάβηση των ίδιων νευρομεταβιβαστών με αυτούς που διαταράσσονται στις ενδογενείς καταθλίψεις. Άρα μια ανωμαλία σε αυτές τις δοκιμασίες θα αποτελούσε ένδειξη δυσλειτουργίας της νευροδιαβίβασης, η οποία συνδέεται με την ενδογενή κατάθλιψη. Αυτές οι δοκιμασίες στον ενήλικα είναι ταυτόχρονα ευαίσθητες και

ειδικές. Εφόσον απουσιάζουν οι κλινικές ενδείξεις, φαίνεται ανώφελο να ανατρέξουμε σε αυτές τις εξετάσεις, οι οποίες θα παραμένουν αρνητικές, θέτοντας σε αμφισβήτηση την ύπαρξη ενός ενδογενούς καταθλιπτικού παράγοντα, ο οποίος καλύπτεται στις απόπειρες αυτοκτονίας του εφήβου.

Από την άλλη μεριά, σε 25 εφήβους 13-18 ετών, που νοσηλεύτηκαν μετά από μία απόπειρα αυτοκτονίας και θεωρήθηκαν κλινικά καταθλιπτικοί, η μία από τις δύο εξετάσεις δεν ήταν φυσιολογική στο 73% των περιπτώσεων αν και κανένας από αυτούς δεν εκπλήρωνε τα κλασικά κριτήρια της μελαγχολίας ή αυτά της βαρειάς κατάθλιψης του DSM I I I. 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, πρέπει να εκτιμήσουμε τη συναισθηματική διαθεσιμότητα του εφήβου στο επίπεδο των σχέσεων με τους άλλους, στην ικανότητα να γίνεται οικείος και να αντιλαμβάνεται τα συναισθήματα των άλλων και στο επίπεδο της θεμελιώδους εμπιστοσύνης. (Chabrol H., 1987).

4.2β Η οικογενειακή διάγνωση.

Είναι αναγκαία η λειτουργική ανάλυση της οικογένειας προκειμένου να εκτιμήσουμε τη θετική ή αρνητική συμμετοχή της στη γένεση της πράξης αυτοκτονίας. Πρέπει να διορθωθούν τυχόν διαταραχές και να προαχθούν τα θετικά της στοιχεία. Για να είναι πλήρης η αξιολόγηση πρέπει να επιχειρηθεί σε τρία επίπεδα : το στηριζόμενο στη

συμπεριφορά, το συστημικό και το ψυχοδυναμικό. Σε 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 προσεγγίσεως της οικογένειας, προσφέρει μια προωθημένη αξιολόγηση στην οποία ειδικεύονται τέσσερις βασικοί στόχοι : οι τρόποι επικοινωνίας, ο τρόπος επιλύσεως των προβλημάτων, τα μέσα αμοιβαίου ελέγχου με προτροπές και τιμωρίες και οι νοητικές μεταβλητές, οι οποίες αφορούν την αντίληψη των προβλημάτων, την απόδοση αιτιολογίας και τις υποθέσεις σχετικά με τις δυνατότητες βελτίωσης της κατάστασεως.

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. Αυτή η αξιολόγηση πολύ δύσκολα πραγματοποιείται επειδή συχνά προτιμούμε μια προσέγγιση η οποία φαίνεται ότι αντιστοιχεί καλύτερα στην προκειμένη οικογενειακή παθολογία. Τελικός στόχος είναι να εκτιμήσουμε τα κίνητρα, τις ικανότητες και τις αντιστάσεις στην αλλαγή, όποιο κι αν είναι το επίπεδο στο οποίο εξελίσσονται.

4.3 Πρόγνωση.

Η αξιολόγηση πρέπει να ανοίξει το δρόμο για την πρόγνωση και για ένα θεραπευτικό σχέδιο. Η πρόγνωση είναι αυτή που καθορίζει και τη θεραπευτική αγωγή. Ωστόσο εμείς μέχρι σήμερα ασχολούμαστε με την εντόπιση στοιχείων τα οποία θα μας επιτρέψουν να προβλέψουμε την υποτροπή της αυτοκτονίας. Οι McIntire και συν (1977) διακρίνουν

παράγοντες οι οποίοι βρίσκονται σε 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 παράγοντες που έχουν θετική συσχέτιση όπως 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 κάποιος 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 και 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 και η ποιότητα και διαθεσιμότητά τους. Η θεραπευτική αγωγή καθορίζει δύο στόχους : τη διόρθωση των ατομικών παραγόντων και την τροποποίηση του περιβάλλοντος.

4.4 Το μέλλον του εφήβου με τάσεις αυτοκτονίας.

Αρχικά το ενδιαφέρον στράφηκε στον κίνδυνο των υποτροπών, στην αύξηση των χρησιμοποιούμενων μέσων και στη θνησιμότητα. Η τάση για υποτροπή εκτιμήθηκε περισσότερο από έρευνες που έγιναν στα ιστορικά ασθενών, παρά από μελέτες που έγιναν με βάση την πιθανότητα υποτροπής. Οι Gaultier και συν. (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 συμπέρασμα που μπορούμε να βγάλουμε από αυτές τις διαπιστώσεις είναι

περιορισμένο. Μόνο οι μελέτες με βάση την πιθανότητα υποτροπής επιτρέπουν τις διαπιστώσεις και την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των μέτρων πρόληψης.

Οι McIntire και συνεργάτες (1977) κατά τη διάρκεια δύο ετών, παρακολούθησαν 26 εφήβους μετά την απόπειρα αυτοκτονίας. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, το 31% των περιπτώσεων παρουσίασε υποτροπή. Μόνο στους έξι από τους 26 εφήβους υπήρξε βελτίωση. Η έλλειψη κοινωνικής προσαρμογής, η κατάθλιψη, οι αντικοινωνικές συμπεριφορές ή ο αλκοολισμός χαρακτήριζαν συχνά την εξέλιξη άλλων εφήβων. Η διάρκεια της νοσηλείας και της ψυχοθεραπείας δεν επηρέαζαν την πρόγνωση. Μόνο η τροποποίηση του περιβάλλοντος όπου ζούσε ο έφηβος αποδείχθηκε αποτελεσματική. Τέτοιες μελέτες δείχνουν ότι η απόπειρα αυτοκτονίας του εφήβου δεν αντανάκλα 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 από τα οποία τα 67 ήταν από την ομάδα που είχε πραγματοποιήσει την απόπειρα αυτοκτονίας, έναντι 27 που ήταν από την ομάδα 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 και τα οποία χαρακτηρίζονται από αυξημένη συχνότητα αλκοολισμού, διαζυγίων, απαλλαγών λόγω ανικανότητας από τη στρατιωτική θητεία, δικαστικών καταδικών, αποχών από την εργασία εξαιτίας φυσικής ή ψυχικής νόσου και απόκτησης αναπηρικής σύνταξης.

Οι Nardini - Maillard και Ladame (1980) προσπάθησαν να προσδιορίσουν την ψυχολογική πρόγνωση. Μετά από έξι ή επτά χρόνια από τις απόπειρες αυτοκτονίας, 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 την 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 προσπάθεια. (Chabrol H., 1987).

Κεφάλαιο 5

5.1 Θεραπευτική αντιμετώπιση.

5.1.1 Ψυχοθεραπεία.

5.1.1α Η ατομική ψυχοθεραπεία.

5.1.1β Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία.

5.1.1γ Η ομαδική ψυχοθεραπεία.

5.1.2 Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία.

5.1.2α Νοσηλευτική φροντίδα ατόμου που υποβάλλεται στην ηλεκτροσπασμοθεραπεία.

5.1.3 Φαρμακοθεραπεία.

5.1.4 Θεραπεία περιβάλλοντος.

5.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας.

5.2.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχοθεραπεία.

5.3 Φάσεις της διαπροσωπικής σχέσης νοσηλευτή - αρρώστου.

5.3α Η εναρκτήρια φάση.

5.3β Η φάση συνεργασίας.

5.3γ Τελική ή καταληκτική φάση.

5.4 Νοσηλευτικές ευθύνες κατά τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.

5.5 Ειδικές οδηγίες νοσηλευτικής φροντίδας αυτοκτονικού αρρώστου.

5.6 Πρωτόκολλο βασικών προφυλάξεων στη φροντίδα αυτοκτονικού αρρώστου.

Κεφάλαιο 5

5.1 Θεραπευτική αντιμετώπιση.

Όπως είναι γνωστό η καλύτερη αντιμετώπιση ενός προβλήματος είναι η πρόληψή του. Ο έφηβος έχει μεγάλη ανάγκη να μπορεί να επικοινωνήσει με κάποιον με έναν τρόπο που θα είναι ουσιαστικός για αυτόν. Παράλληλα χρειάζεται να γνωρίζει ότι μπορεί να εξαρτηθεί από αυτόν και ότι θα έχει αυτήν τη συναισθηματική παροχή και υποστήριξη του εγώ του για όσο χρονικό διάστημα του χρειάζεται. Εκείνο που είναι επίσης πολύ σημαντικό στη θεραπεία του εφήβου είναι η ευκαμψία από τη μεριά του θεραπευτή μαζί με μια μεγάλη ικανότητά του για συναισθηματική προβλητική ταυτοποίηση με τον έφηβο. Επίσης στη θεραπεία του εφήβου είναι απαραίτητο, ιδίως στην αρχική φάση, να δοθεί κατευθείαν υποστήριξη για να αντιμετωπισθούν οι καθημερινές του δυσκολίες. Αυτό μπορεί επίσης να βοηθήσει για να ενισχυθεί η θεραπευτική συμμαχία. Προτείνεται δηλαδή στην ουσία μια ψυχοθεραπευτική προσέγγιση η οποία θα βοηθήσει τον έφηβο να επιλύσει τις συγκρούσεις και το πρόβλημά του.

Στη χώρα μας οι υπηρεσίες για τους εφήβους δεν υπάρχουν καθόλου και όλοι όσοι είναι στο επάγγελμα αντιμετωπίζουν αδιάκοπα το πρόβλημα του εφήβου με μεγάλη κατάθλιψη ή με την πρόσφατη σοβαρή απόπειρα αυτοκτονίας. Οποσδήποτε ενδείκνυται η εισαγωγή τους σε μια ειδική μονάδα για εφήβους σε περιπτώσεις απόπειρας αυτοκτονίας με σοβαρή κατάθλιψη ή αν η οικογένεια δεν μπορεί να αντέξει το άγχος από την κατάθλιψη ή την απόπειρα. Στις μονάδες αυτές είναι απαραίτητο να υπάρχει μεγάλος αριθμός από εξειδικευμένο προσωπικό. Η έμφαση της μονάδας χρειάζεται να δοθεί στο να δημιουργήσει μια ατμόσφαιρα ψυχοθεραπευτική, έτσι ώστε το περιβάλλον να βοηθήσει τον έφηβο να αναρρώσει. Είναι επίσης σκόπιμο να υπάρχουν δυνατότητες για

εκπαιδευτικές εμπειρίες και ψυχαγωγικές εκδηλώσεις τις οποίες να μπορεί να χρησιμοποιήσει ο έφηβος όταν θέλει και όταν μπορεί. (Δοξιάδη, Ζαχαρακοπούλου, 1985).

Ο κλινικός θα πρέπει να χρησιμοποιήσει την κρίση του για να εκτιμήσει τον συνεχιζόμενο κίνδυνο αυτοκτονίας και τις διαθέσιμες πηγές βοήθειας που υπάρχουν, ώστε να αποφασίσει τον τρόπο παρέμβασής του. Για αυτό θα χρειαστεί τα στοιχεία που θα συγκεντρώσει μιλώντας τόσο με το άτομο όσο και με την οικογένεια, τους φίλους του και οποιαδήποτε άλλα άτομα μπορούν να συμβάλουν [γιατροί, θεραπευτές, ιερείς]. Γενικά, ο κλινικός θα πρέπει να διαλέξει ανάμεσα σε τρεις τρόπους παρέμβασης:

1. Το άτομο να πάει σπίτι του. Το άτομο που δεν έχει κάνει απόπειρα αυτοκτονίας και εκφράζει μόνο αόριστες ιδέες, αλλά αρνείται οποιοδήποτε αυτοκαταστροφικό σχέδιο ή πρόθεση, είναι πιθανότατα υποψήφιο για εξωνοσοκομειακή θεραπεία που θα γίνει ανάλογα με την προτίμηση του ασθενή, από ειδικό ή τον οικογενειακό γιατρό και σε συνεργασία με αυτούς που το παρέπεμψαν. Για το άτομο που έχει κάνει απόπειρα αυτοκτονίας, η εισαγωγή του στο νοσοκομείο είναι συνήθως η θεραπεία εκλογής. Αν, όμως, το άτομο αυτό αρνείται ότι συνεχίζει να έχει πρόθεση αυτοκτονίας, η απόπειρα από μόνη της δείχνει μικρό κίνδυνο, το άτομο δεν βρίσκεται σε έντονη κατάθλιψη ή ψύχωση και συγγενείς ή φίλοι μπορούν να μείνουν μαζί του, τότε ο κλινικός θα πρέπει να σκεφθεί την πιθανότητα να πάει το άτομο στο σπίτι του. Θα πρέπει όμως να δοθεί ραντεβού στο άτομο αυτό για την επόμενη κιόλας μέρα με κάποιο ειδικό της ψυχικής υγείας και να διασφαλισθεί ότι το άτομο θα πάει στο ραντεβού και επίσης ότι η υπηρεσία ή το άτομο που θα το δει έχουν ενημερωθεί λεπτομερώς πριν το άτομο φύγει να πάει στο σπίτι του.

Η εξωνοσοκομειακή θεραπεία θα βασισθεί στις ανάγκες του ασθενή και στη διάγνωσή του και μπορεί να κυμανθεί από λίγες συναντήσεις παρέμβασης σε κρίση έως μακράς διάρκειας ψυχοθεραπεία και φαρμακοθεραπεία. Η μορφή της ψυχοθεραπείας μπορεί να είναι ατομική θεραπεία, οικογενειακή θεραπεία, θεραπεία ζευγαριού ή ομαδική ψυχοθεραπεία.

Η φαρμακοθεραπεία θα είναι συνήθως αντικαταθλιπτική αγωγή για κατάθλιψη. Σημειώνουμε ότι, ο κλινικός θα πρέπει κατά την εξωνοσοκομειακή θεραπεία να είναι

προσεκτικός ώστε να εκτιμά τον κίνδυνο αυτοκτονίας συχνά και επίσης να μην δίνει μεγάλη ποσότητα φαρμάκων για το σπίτι [συχνές συνταγές].

2. Εκούσια εισαγωγή στο νοσοκομείο. Πολλά από τα άτομα που έχουν σχεδιάσει την αυτοκτονία τους και τα περισσότερα από αυτά που έχουν κάνει σοβαρή απόπειρα θα πρέπει να εισαχθούν στο νοσοκομείο. Η νοσοκομειακή περίθαλψη προσφέρει ασφάλεια, λεπτομερή διαγνωστική εκτίμηση και γρήγορη έναρξη της θεραπείας. Άτομα που βρίσκονται σε απόγνωση τις περισσότερες φορές συμφωνούν με την ένδειξη νοσηλείας τους, ιδιαίτερα αν την υποστηρίζουν οι συγγενείς και οι φίλοι τους. Αν υπάρχει υποψία ότι το άτομο μπορεί να κάνει άλλη απόπειρα ακόμα και μέσα στο νοσοκομείο, η παρατήρηση θα πρέπει να είναι συνεχής και προσεκτική.

3. Ακούσια εισαγωγή στο νοσοκομείο. Αν το άτομο κινδυνεύει να αυτοκτονήσει και δεν θέλει να νοσηλευθεί, τότε ο κλινικός έχει το δικαίωμα από το νόμο να ζητήσει την εισαγωγή του σε νοσοκομείο για να το προφυλάξει. Επειδή τα άτομα που σχεδιάζουν να αυτοκτονήσουν βρίσκονται σε τρομερή σύγκρουση με τις επιθυμίες τους, η απόφαση για νοσηλεία θα πρέπει να τους ανακοινωθεί καθαρά και σταθερά.

Άσχετα με το αν η εισαγωγή του ατόμου είναι εκούσια ή ακούσια, εφόσον υπάρχει κίνδυνος αυτοκτονίας αυτός πρέπει να αναγράφεται με έντονα κόκκινα γράμματα στο φύλλο νοσηλείας. Εφόσον εξασφαλισθεί η προστασία του ασθενή από την τάση του για αυτοκτονία, η προσοχή θα στραφεί στη θεραπεία της υποκείμενης νόσου που μπορεί να υπάρχει. Έτσι, θα δοθεί αντιψυχωτική αγωγή στο άτομο που έχει σχιζοφρένεια, και αντικαταθλιπτική αγωγή ή ηλεκτροσπασμοθεραπεία στο άτομο με σοβαρή κατάθλιψη. (Μάνου, 1997).

5.1.1 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 σε αυτό το γεγονός. Διάφοροι ερευνητές-ψυχοθεραπευτές προσπάθησαν να προσδιορίσουν

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

Η 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 προσωπικότητας.

Οι τρόποι της ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης των εφήβων που έχουν τάσεις αυτοκτονίας αποτελούν αντικείμενο συνεχών συζητήσεων. Η αποτελεσματικότητα κάθε θεραπευτή εξαρτάται από τη ζεστασιά του, από την ικανότητά του, από την κατανόηση και το θερμό ενδιαφέρον που δείχνει. Ο έφηβος κατά την συναισθηματική διαταραχή που τον οδήγησε σε απόπειρα αυτοκτονίας ακολουθεί τις ακόλουθες μεθόδους ψυχοθεραπείας : ατομική, οικογενειακή και ομαδική. (Μάνος, 1997).

Η εκλογή της κατάλληλης ψυχοθεραπείας εξαρτάται από την ηλικία του ασθενούς, από το διανοητικό του επίπεδο και τη βαρύτητα της ψυχικής διαταραχής, από την επαγγελματική κατάρτιση του ψυχοθεραπευτή και την αντίληψή του σχετικά με την αποτελεσματικότητα των διαφόρων μορφών θεραπείας, από την αιτιολογία της διαταραχής, από τους στόχους τους οποίους έχει θέσει ο ψυχοθεραπευτής που εξαρτώνται βέβαια από το σύστημα αξιών που έχει υιοθετήσει σε ότι αφορά τον ιδανικό τύπο ανθρώπινης συμπεριφοράς και από ειδικές αντικειμενικές συνθήκες όπως τόπος, χρόνος και κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες. (Γιαννοπούλου Α., 1996).

5.1.1α Ατομική ψυχοθεραπεία.

Η ατομική ψυχοθεραπεία αποτελεί τη βάση κάθε μορφής ψυχοθεραπείας γι' αυτό σε αυτή υποβάλλεται η πλειονότητα των ασθενών. Απαιτεί από τον ασθενή να μάθει τον εαυτό του, να μάθει ποιος είναι. Αποσκοπεί στην κατανόηση των αιτιών διαταραχής, αν και 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 πρέπει να κανονίζουν συνάντηση μία, δύο ή τρεις φορές την εβδομάδα για μία περίπου ώρα. Η συνολική διάρκεια της ψυχοθεραπείας είναι από 2 μέχρι 25 χρόνια και σε αυτή την περίοδο μπορεί να προστεθεί σειρά εντατικής ή υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας. Η εντατική ψυχοθεραπεία χρησιμοποιείται σε περιόδους κρίσης του ασθενή και σκοπός της είναι η αναμόρφωση της προσωπικότητάς του. Η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία αποσκοπεί στην τροποποίηση της παθολογικής συμπεριφοράς. Γίνεται προσπάθεια να συγκεντρωθούν σε μια εστία όλα τα συμπτώματα για τα οποία παραπονείται ο ασθενής καθώς και τα προβλήματα που τον στενοχωρούν. Σκοπός είναι η ανακούφιση των συμπτωμάτων και η προστασία από το άγχος.

Η θεραπεία έρχεται μέσω της συζήτησης. Ο λόγος αποτελεί ψυχοθεραπευτικό μέσο, ενώ και η σιωπή αποτελεί μέσο ψυχικής επικοινωνίας και επιδρά ψυχοθεραπευτικά. Μια επιδοκιμασία ή αδιάφορη έκφραση σε κάτι που λέει ο ασθενής αποτελεί μορφή επικοινωνίας. Μια ματιά και ένα χαμόγελο μπορούν να δώσουν πολλά. (Laufer M., 1992). 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 ενεργή συμμετοχή στη συζήτηση, σε αναδιατύπωση και επανεκτίμηση των σκέψεών του. Κάποιες φορές ο θεραπευτής πρέπει να είναι επεμβατικός και κατευθυντικός στη συζήτηση και κάποιες άλλες πρέπει μόνο να ακούει με κατανόηση. Μπορεί να χρειάζεται να πει στον έφηβο τι να κάνει ή να πάρει μια ουδέτερη στάση. Κάποιες φορές θα ανεχθεί την αναστάτωση του εφήβου και άλλες πρέπει να του δείξει το θυμό του. Άλλες φορές δεν έχουν θέση η κριτική και τα μπράβο του και άλλες είναι λάθος αν δεν το κάνει. Πρέπει να δώσει στον έφηβο να καταλάβει τους λόγους που τον οδήγησαν σε αυτή την πράξη και να την αντιμετωπίσουν μαζί. Τον βοηθάει στην αντιμετώπιση των δυσκολιών που έχει οι οποίες πιθανόν να αντανakλούν μια λανθάνουσα σοβαρή διαταραχή, που μπορεί να εμφανιστεί αργότερα στη ζωή του. Πρέπει να βοηθήσει και να προστατέψει τον έφηβο έτσι ώστε αυτός να μην επαναλάβει την πράξη του που μπορεί τη δεύτερη φορά να είναι αποτελεσματική. Βασικό στοιχείο

είναι η ίδια η σχέση του εφήβου με τον ενήλικο θεραπευτή, που είναι μια διορθωτική συναισθηματική εμπειρία.

5.1.1β Οικογενειακή ψυχοθεραπεία.

Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία είναι πολύ παλιά και πολύ καινούρια ταυτόχρονα. Παλιά με την έννοια του έντονου ενδιαφέροντος των ψυχοδυναμικών θεραπειών για τη σχέση των ατόμων μέσα στην οικογένεια και καινούρια 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. Το θεωρητικό υπόβαθρο της οικογενειακής θεραπείας, εκτός από την ψυχοδυναμική θεωρία περιλαμβάνει τη θεωρία των γενικών συστημάτων - η οικογένεια αποτελεί ένα σύστημα αλληλεπιδράσεων μεταξύ των ατόμων-μελών της, που διατηρείται σταθερό με την επανάληψη των ίδιων επιδράσεων του ενός ατόμου πάνω στο άλλο, τις θεωρίες της ανθρώπινης επικοινωνίας - σχέση λέξεων μεταξύ τους, σχέση λέξεων και συμπεριφοράς, 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 και τις θεωρίες της κοινωνικής εκμάθησης, που υποδεικνύουν πως ολόκληρη η οικογένεια που είναι ένα κοινωνικό σύστημα, μπορεί να εκμάθει σε 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 απαρχαιωμένο πλαίσιο μέσα στο οποίο κάθε συμπεριφορά γίνεται αναπόφευκτα αντιληπτή σαν επικοινωνία που περιέχει μηνύματα τα οποία αφορούν τις σχέσεις των μελών και ταυτόχρονα συνιστά φάσεις αμοιβαίας κοινωνικής ενίσχυσης.

Αν και 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. Η οικογενειακή θεραπεία απαιτεί μεγαλύτερη

αμεσότητα και ενεργητικότητα από μέρους των θεραπειών απ' ότi η ατομική ψυχοθεραπεία, συμπεριλαμβανομένων και συγκεκριμένων παρεμβάσεων, συμβουλών, σχολίων και διδασκαλία νέων δεξιοτήτων ή νέων προτύπων διαπροσωπικής συμπεριφοράς.

Οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή θεραπείας οικογένειας είναι: ο έφηβος να παρουσιάζει τα συμπτώματά του στο πλαίσιο που ζει, να μη γίνεται άσκηση κοινωνικού ελέγχου αλλά θεραπεία, ο θεραπευτής να συμπεριλάβει στη θεραπεία την οικογένεια από την αρχή για να γίνει αναπλαισίωση, διαλύοντας ταυτόχρονα κάθε υπόνοια ότi κάποιος είναι η αιτία για το πρόβλημα, ο θεραπευτής να εκλάβει ότi το νεαρό άτομο ακόμη προστατεύει και σταθεροποιεί την οικογένεια και δεν παραφέρεται ούτε εναντιώνεται στους γονείς του και τέλος ο θεραπευτής να απαλλάξει τον έφηβο από το στίγμα ότi είναι άρρωστος ή ότi έχει κάποιο ιατρικό πρόβλημα.

Οι γονείς για να αναλάβουν δράση και να είναι υπεύθυνοι στη θεραπεία, πρέπει να θεωρήσουν ότi 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. (Μαρκέτος Ν., 1997).

5.1.1 γ Ομαδική ψυχοθεραπεία.

Η ομαδική ψυχοθεραπεία είναι η εφαρμογή της ψυχοθεραπευτικής μεθόδου σε περισσότερα από ένα άτομα μαζί. Εφαρμόζεται σε προστατευμένες ομάδες, οργανωμένες σύμφωνα με ορισμένους κανόνες και προγραμματίζεται έτσι ώστε να επιφέρει σύντομα βελτίωση στην προσωπικότητα και τη συμπεριφορά των ατόμων της ομάδας, με αλληλεπιδράσεις που προσδιορίζονται και ελέγχονται από πριν.

Η ομαδική ψυχοθεραπεία στοχεύει στο να στηρίξει, να βοηθήσει και να αντιπαραθέσει την ομάδα των εφήβων μέσω της αλληλεπίδρασης με τους συνομηλίκους, να βοηθήσει τους εφήβους να αντιμετωπίσουν τρέχοντα θέματα, να προσφέρει στους εφήβους ένα πεδίο όπου θα μάθουν καινούριους τρόπους που σχετίζονται με τα

προβλήματά τους και να βοηθήσει τους εφήβους να επεξεργασθούν συναισθήματα απομόνωσης υποκαθιστώντας ένα οικείο περιβάλλον.

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 δεν είναι αυτός ο μόνος που υποφέρει σε αυτόν τον κόσμο. (Γιαννοπούλου Α., 1996). Για να λειτουργήσει αποδοτικά μια ψυχοθεραπευτική ομάδα, χρειάζεται να έχει από 4 έως 8 μέλη ηλικίας 15-18 ετών. Οι περισσότεροι θεραπευτές συγκεντρώνουν την ομάδα μία ή δύο φορές την εβδομάδα, διάρκειας μιάμιση ώρα κατά μέσο όρο τη φορά.

Η ανάπτυξη της ομάδας διέρχεται από πολλές φάσεις. Αρχικά διέρχεται από τη φάση του προσανατολισμού. Σε αυτή τη φάση γίνονται ορισμένες συμφωνίες όπως με ποιούς κανόνες θα λειτουργεί η ομάδα, ποια θα είναι τα δικαιώματα και οι ευθύνες των μελών και ποιος θα είναι ο αρχηγός της ομάδας. Οι κανόνες πρέπει να κατανοηθούν και να γίνουν αποδεκτοί από όλους. Οι συμφωνίες που μπορεί να γίνουν μπορεί να αφορούν την ακρίβεια στην ώρα προσέλευσης και την ενεργητική συμμετοχή, την τακτική παρακολούθηση, την ενημέρωση για τη διάρκεια, τη συχνότητα και την ώρα των συναντήσεων. Οι κανόνες της ομάδας μπορεί να αφορούν την εχεμύθεια, την ενθάρρυνση της λεκτικής έκφρασης των συναισθημάτων, την απαγόρευση χειροδικιών ή χρήσης φαρμάκων κατά τις συναντήσεις της ομάδας, τον απευθείας ανοικτό χειρισμό του άγχους που τυχόν να δημιουργηθεί από τη διεργασία της ομάδας, αντί του παραμερισμού του και την ανάληψη 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 πως μπορεί να βοηθήσει κάθε άρρωστο να επιτύχει αυτούς τους σκοπούς.

Σε αυτή τη φάση, τα μέλη εμφανίζονται επιφυλακτικά και συνεσταλμένα. Οι συζητήσεις είναι τυπικές και ουδέτερες ενώ μπορεί να υπάρχουν μεγάλα διαστήματα σιωπής. Μπορεί να παρατηρηθεί συναγωνισμός για την προσέκλυση της προσοχής του αρχηγού ή και εξάρτηση από αυτόν, για την εξασφάλιση του αισθήματος συμμετοχής στην ομάδα. Ο αρχηγός παίζει το ρόλο του καταλύτη. Ενθαρρύνει τη λεκτική εξωτερίκευση των συναισθημάτων, διευκρινίζει την εργασία και τους σκοπούς της ομάδας, τονίζει στα μέλη ότι αυτή είναι η ομάδα τους και ο καθένας τους είναι

υπεύθυνος για το τι συμβαίνει μέσα σε αυτή, αξιολογεί το επίπεδο του άγχους των μελών έναντι της νέας κατάστασης της ομάδας που την λαμβάνουν ως απειλητική και τους βοηθά στην αντιμετώπισή της. Η εμπιστοσύνη θα αναπτυχθεί όταν αρχίσουν τα μέλη να γνωρίζονται μεταξύ τους και αισθανθούν ασφάλεια για να εκφράσουν τις σκέψεις, τις ανάγκες και τα συναισθήματά τους. Όταν γίνει αυτό, η ομάδα θα προχωρήσει στην επόμενη φάση.

Στη 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 προσοχή και ενδιαφέρον ότι λέγεται, πειραματίζονται με νέες, ωριμότερες συμπεριφορές και υποστηρίζουν τις θετικές αλλαγές μεταξύ τους. Συνεργάζονται για τη λύση προβλημάτων και συγκρούσεων ανάμεσά τους και κινούνται προς την ανάπτυξη ατομικότητας και ικανοποίησης προσωπικών αναγκών όπως η ανάγκη ένδειξης υπεροχής και η απόδειξη της προσωπικής αξίας. Τα προβλήματα λύνονται οικοδομητικά με την έμμεση παρέμβαση του αρχηγού και η ομάδα προχωρεί προς την ανάπτυξη αμοιβαιότητας, συνοχής, αγάπης και αλληλεγγύης καθώς και την εξέταση της συμπεριφοράς των μελών στις διαπροσωπικές περιστάσεις.

Οι διεργασίες που αναπτύσσονται στην ομάδα και έχουν θεραπευτική σημασία είναι : ο έλεγχος της πραγματικότητας που βελτιώνεται σημαντικά με τη βοήθεια όλων των μελών, η μεταβίβαση που είναι πολλαπλή προς τα διάφορα μέλη και τον θεραπευτή ή και συλλογική προς την ομάδα σαν να είναι η ίδια μία μεταβιβαστική μορφή, η ταυτοποίηση που συμβαίνει σε πολύ έντονο βαθμό, η παγκοσμιότητα που βοηθά τον ασθενή να δει ότι τα προβλήματά του είναι προβλήματα και άλλων ατόμων, η συνοχή, το αίσθημα δηλαδή ότι όλοι ανήκουν στην ίδια ομάδα, δέχονται ο ένας τον άλλο και εργάζονται υπεύθυνα για τον ίδιο σκοπό, η πίεση της ομάδας για αλλαγή της δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς των μελών της, η διαπροσωπική μάθηση που βασίζεται στις διορθωτικές συναισθηματικές εμπειρίες των μελών, οι ερμηνείες που δίνονται από τον θεραπευτή και ακόμη σημαντικότερο από τους ίδιους τους ασθενείς που είναι αποτελεσματικότερες και ευκολότερα δεκτές, η εκτόνωση των συναισθημάτων και η κάθαρση. (Μάνος, 1997).

5.1.2 Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία.

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) είναι ένας τύπος σωματικής θεραπείας, κατά την οποία ηλεκτρικό ρεύμα εφαρμόζεται στον εγκέφαλο με ηλεκτρόδια που τοποθετούνται στους κροτάφους. Το ρεύμα υπολογίζεται ώστε να προκαλέσει μια μεγάλη επιληπτική κρίση, από την οποία προέρχεται το ποθούμενο θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Ο ακριβής μηχανισμός δράσης της ECT είναι άγνωστος αλλά θεωρείται ότι προκαλεί βιοχημικές αλλαγές στον εγκέφαλο - αύξηση των επιπέδων νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης - παρόμοιες με αυτές που προκαλούν τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα.

Η ECT ενδείκνυται σε ασθενείς με βαριά κατάθλιψη με παραληρητικά στοιχεία, όταν αποτύχει η φαρμακοθεραπεία ή σε συνδυασμό μ' αυτή, όταν είναι ανάγκη να επισπευσθεί η ανάρρωση του καταθλιπτικού αρρώστου. Αντενδείκνυται η εφαρμογή της σε ασθενείς με νευρωτική κατάθλιψη, σε διαταραχή προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση, σε βαριά κατάθλιψη όταν συμβαίνει στο 1ο τρίμηνο της εγκυμοσύνης ή όταν συνυπάρχει εγκεφαλικό νόσημα, καρδιακή ανεπάρκεια λόγω μεγάλων ανευρυσμάτων ή πρόσφατο έμφραγμα του μυοκαρδίου και αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση.

Οι πιθανές παρενέργειες είναι : παροδική σύγχυση, αμνησία, κεφαλαλγία, παροδική υπόταση, κολπική ταχυκαρδία, αρνητικές αντιλήψεις, κοινωνικό στίγμα των αρρώστων που υποβάλλονται σε ECT. Έχουν σημειωθεί θάνατοι σε ποσοστό 2,9 σε 10.000 αρρώστους.

5.1.2α Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου που υποβάλλεται σε ηλεκτροσπασμοθεραπεία

- Επιβεβαίωση ότι ο ψυχίατρος εξασφάλισε ενυπόγραφη πληροφορημένη συγκατάθεση του αρρώστου για την εφαρμογή της θεραπείας.
- Εξασφάλιση αποτελεσμάτων πρόσφατων εργαστηριακών εξετάσεων αίματος και ούρων, ηλεκτροκαρδιογραφήματος και ακτινογραφίας θώρακος.
- Ο άρρωστος προ της θεραπείας πρέπει να είναι νηστικός, να ουρήσει, να φορέσει νυκτικό ή πιζάμες ή άλλα χαλαρά ρούχα και να αφαιρέσει τις τυχόν τεχνητές οδοντοστοιχίες, φουρκέτες και γυαλιά ή φακούς επαφής.
- Λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων.
- Χορήγηση θειϊκής ατροπίνης 30' πριν από τη θεραπεία κατά την ιατρική οδηγία, για ελάττωση των εκκρίσεων και αύξηση του καρδιακού ρυθμού που καταστέλλεται από τον ερεθισμό του παρασυμπαθητικού τον οποίο προκαλεί η ηλεκτροσπασμοθεραπεία.
- Συνεργασία με τον ψυχίατρο ή και τον αναισθησιολόγο στην ενδοφλέβια χορήγηση αναισθητικού, μαζί με ένα μυοχαλαρωτικό.
- Χορήγηση οξυγόνου και ετοιμότητα για αναρρόφηση βρογχικών εκκρίσεων αν χρειαστεί.
- Εφαρμογή των ηλεκτροδίων, από το καθορισμένο υπεύθυνο πρόσωπο, στους κροτάφους του αρρώστου και παροχή ηλεκτρικού ρεύματος 1-130 volts επί 0.1-0.5 δευτερόλεπτο.
- Χρήση αναπνευστήρα αμέσως μετά το ηλεκτρικό ερέθισμα.
- Τοποθέτηση του αρρώστου σε πλάγια θέση για πρόληψη εισρόφησης, παραμονή δίπλα του μέχρι να ανανήψει και παρακολούθηση των ζωτικών του σημείων κάθε 15' κατά την πρώτη ώρα.

Για την αντιμετώπιση της προσωρινής αμνησίας και σύγχυσης που προκαλείται από τη θεραπεία, ο νοσηλευτής βρίσκεται δίπλα στον άρρωστο όταν ξυπνά, τον βεβαιώνει ότι η απώλεια μνήμης είναι προσωρινή, του βάζει βραχιόλι ταυτότητας και τον παροτρύνει να χρησιμοποιεί σημειωματάριο και μολύβι, τηλεφωνικό κατάλογο κ.ά. Τον επαναπροσανατολίζει στον τόπο, χρόνο και πρόσωπα. Τον ενισχύει να εκφράσει τους φόβους και τις ανησυχίες του. Προγραμματίζει μαζί του τη ρουτίνα της ημέρας για

ελαχιστοποίηση της σύγχυσης και τον παρακολουθεί στενά τις επόμενες 48 ώρες. (Ραγιά Α., 2004).

5.1.3 Φαρμακοθεραπεία.

Εκτός από τη θεραπεία του άγχους με τα αγχολυτικά και των σχιζοφρενειών με τα νευροληπτικά, η ουσία της συζητήσεως 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.

Το πνεύμα που διέπει τη χορήγηση 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 κατευθίνονται με πολύ λεπτούς χειρισμούς, έχοντας συνέχεια υπ' όψην το όλο πλαίσιο του ζειν του εφήβου.

Στη χορήγηση των φαρμάκων ισχύουν οι εξής κανόνες : α) σαφήνεια στους στόχους από τη φαρμακοθεραπεία π.χ. η αντικαταθλιπτική αγωγή θα βοηθήσει έναν έφηβο να μετάσχει στην ψυχοθεραπεία, β) πλήρης ενημέρωση της οικογένειας και του εφήβου για τις παρενέργειες και τις προφυλάξεις του φαρμάκου, τη διάρκεια χορήγησης και τη συγκατάθεσή τους σε αυτή τη μορφή θεραπείας. Είναι φανερό ότι η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να ενσωματώνεται σε ένα ευρύτερο θεραπευτικό πρόγραμμα. (Μαρκέτος Ν., 1997).

5.1.4 Θεραπεία περιβάλλοντος.

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 είναι η παρουσία ενός σχεδιασμένου περιβάλλοντος που έχει σαν στόχο να επιτρέψει να αναπτυχθούν οι απαραίτητες συνθήκες για τη θεραπεία ή για την ακρίβεια ενός περιβάλλοντος που είναι το ίδιο τμήμα της θεραπείας. Με αυτή την έννοια οι παράμετροι του περιβάλλοντος που έχουν θεραπευτική σημασία είναι πολλές : η τοποθεσία, η αρχιτεκτονική, οι χώροι, η δομή των ανθρωπίνων 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 και 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 κλπ.

Όμως είναι βέβαιο ότι η εισαγωγή τους σε μια ειδική ομάδα για εφήβους είναι η λύση που ενδείκνυται σε περιπτώσεις απόπειρας αυτοκτονίας με σοβαρή κατάθλιψη, αν η οικογένεια δεν μπορεί να αντέξει το άγχος από την κατάθλιψη ή την απόπειρα. Στις μονάδες αυτές είναι απαραίτητο να υπάρχει μεγάλος αριθμός από ειδικευμένο προσωπικό. 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 και 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 την 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 με εκείνα της πραγματικής ζωής και που είναι δυνατόν να συναντήσουν μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Σε 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 την 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 για 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 την 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 ακατάστατη εμφάνισή τους.

Αποφάσεις για την ώρα του ύπνου και 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 εξόδοι. 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 λοξιές 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 με τους κανόνες που τους επιβάλλουν τα μέλη της ομάδας. Έτσι προετοιμάζεται η επιστροφή και η διαβίωση σε μια ευρύτερη κοινότητα. Η συνεργασία με άλλους, η άσκηση εξουσίας και η πρακτική στην ανάληψη ευθυνών ενθαρρύνει τον αυτοσεβασμό του ασθενούς. Η συμμετοχή σε ομαδικές ενέργειες και η συζήτηση με ασθενείς και προσωπικό βοηθάει στην ανάπτυξη ενόρασης και στην προώθηση της συναισθηματικής λειτουργίας. (Γιαννοπούλου Α., 1996).

5.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας.

Οι ρόλοι που μπορεί να αναλάβει ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας είναι ο συμβουλευτικός, ο θεραπευτικός, ο υποστηρικτικός και ο μεσολαβητικός. Με τον συμβουλευτικό του ρόλο ο νοσηλευτής μπορεί με τις κατάλληλες παραινέσεις του να βοηθήσει όλα τα μέλη της οικογένειας του εφήβου να ξεκαθαρίσουν το κοινό τους πρόβλημα και να πετύχουν τους κοινούς τους στόχους και επιδιώξεις.

Με τον θεραπευτικό του ρόλο, εντοπίζει τις δυσλειτουργικές σχέσεις και τα προβλήματα μέσα στην οικογένεια και τους παράγοντες που τα δημιουργούν. Στον υποστηρικτικό του ρόλο, ακούει προσεκτικά και δείχνει ότι κατανοεί και συμμερίζεται τον έφηβο και την οικογένειά του και τους αφήνει να εκφορτώσουν τα συναισθήματα και τις ανησυχίες τους και αυτό είναι ενισχυτικό και ανακουφιστικό για τα μέλη.

Στον μεσολαβητικό ρόλο του ή ρόλο ειρηνοποιού, είναι αναγκαίο να είναι παρόν όταν δημιουργούνται καταστάσεις σύγκρουσης και έντασης οι οποίες επικρατούν σε

τέτοιες οικογένειες εφήβων για να ηρεμήσει τα πνεύματα και να φέρει τη σύμπνοια και τη συνοχή ανάμεσα στα μέλη. (Μπαϊζάνης Ν., 2002).

5.2.1 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 νοσηλευτή είναι να κατευθύνει το περιβάλλον με τέτοιο τρόπο ώστε ο ασθενής να συναντά λιγότερες δυσκολίες απ' ό,τι θα συναντούσε έξω από το νοσοκομείο. Μπορεί να ελαττώσει 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.

Κάποιες φορές, χωρίς να τροποποιεί τη συμπεριφορά του με οποιοδήποτε τρόπο και χωρίς καν μια καθαρή αντίληψη του τι συμβαίνει, ο νοσηλευτής μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τον ασθενή για να πραγματοποιήσει ο δεύτερος, μερικές από τις ανάγκες του. Ένας ασθενής που είναι ανασφαλής και εξαρτημένος μπορεί να ακουμπήσει σε έναν 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 καινούριο ασθενή.

Κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας ο νοσηλευτής ενεργεί ως κατάλληλο πρόσωπο πάνω στο οποίο εξασκεί ο ασθενής καινούριες κοινωνικές επιδεξιότητες. 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 και μπορεί να εκμεταλλευθεί την ειδική σχέση του με τον ασθενή είτε με την προσπάθειά του να μειώσει στο ελάχιστο την ένταση μεταξύ θεραπευτικών περιόδων καθιστώντας έτσι τον ασθενή ικανό να

χρησιμοποιεί τις συνεντεύξεις με τον ψυχίατρο για μεγαλύτερη βελτίωση, είτε σε μερικές περιπτώσεις για να βοηθήσει στην 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 για αυτόν τη συλλογή των πιο σπουδαιών γεγονότων για τη θεραπευτική συνέντευξη με το γιατρό. Σε μερικά είδη ψυχοθεραπείας ο νοσηλευτής καταλαμβάνει το ρόλο ενός σπουδαίου προσώπου στη ζωή του ασθενούς και τον καθιστά ικανό να ενεργεί έξω από το νοσοκομείο αρχίζοντας με τις συναισθηματικές του αντιδράσεις που είναι 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 σχηματίζονται και διαλύονται, η εμφάνιση φιλίας και η ανάπτυξη αγάπης και μίσους, όλα αυτά είναι πάντοτε σημαντικά σαν μια εκδήλωση προόδου και σαν κίνητρο για θεραπεία. Ο νοσηλευτής είναι στην καλύτερη θέση για να παρατηρήσει τους κηδεμονευόμενους ως μια ολότητα, να εκτιμήσει τις δυνάμεις που έχει η ομάδα και να ασκήσει κάποια επιρροή στο κλίμα του κηδεμονευόμενου, με σκοπό να δημιουργήσει μια θεραπευτική κοινωνία. (Γιαννοπούλου Α., 1996).

5.3 Φάσεις της διαπροσωπικής σχέσης νοσηλευτού - αρρώστου.

Ο νοσηλευτής δημιουργεί ευκαιρίες για την ανάπτυξη μιας σχέσης με τον άρρωστο με σκοπό την αντιμετώπιση των ιδιαίτερων φόβων, συμπτωμάτων και διαπροσωπικών προβλημάτων του. Αναγνωρίζει ότι αν και όλες οι επικοινωνίες του με αρρώστους δεν είναι θεραπευτικές συνεδρίες, κάθε επαφή του με άρρωστο έχει τη δυνατότητα να είναι θεραπευτική για την προώθηση της διαπροσωπικής ανάπτυξης, για αλλαγή συμπεριφοράς ή για ωφέλεια του αρρώστου κατά κάποιο τρόπο. Ο νοσηλευτής

διαπιστώνει τις προσαρμοστικές δεξιότητες που χρησιμοποιεί ο άρρωστος για να ανακουφίζει το stress που δοκιμάζει, αξιολογεί την αποτελεσματικότητα αυτών των δεξιοτήτων και τον βοηθάει να αναπτύξει νέες προσαρμοστικές δεξιότητες.

Η διαπροσωπική σχέση νοσηλευτή - αρρώστου κατευθύνεται από νοσηλευτικούς σκοπούς, είναι πεδίο εφαρμογής νοσηλευτικών αρχών και εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας και καλλιεργεί τις διαπροσωπικές δεξιότητες του αρρώστου για υγιή προσαρμογή και προώθηση της ψυχικής του υγείας. Η σχέση αυτή συνήθως πραγματοποιείται σε τρεις φάσεις που χαρακτηρίζονται από ειδικούς θεραπευτικούς σκοπούς, θεραπευτικά έργα, σχεδιασμένες ευθύνες του νοσηλευτή και συμπεριφοράς του αρρώστου. Οι φάσεις αυτές είναι: 1. Η εναρκτήρια φάση ή φάση του προσανατολισμού, 2. Η φάση συνεργασίας και 3. Η τελική ή καταληκτική φάση.

5.3α Η εναρκτήρια φάση

Χαρακτηρίζεται από τη δημιουργία διαπροσωπικής επαφής του νοσηλευτού με τον άρρωστο και τη νοσηλευτική εκτίμηση των αναγκών του για φροντίδα. Μπορεί να θεωρηθεί και φάση δοκιμής για το αν θα συνεχιστεί η διαπροσωπική σχέση μεταξύ τους. Αυτό εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως το χρονικό διάστημα για το οποίο προβλέπεται να παραμείνει ο άρρωστος στο τμήμα, το χρονικό διάστημα κατά το οποίο θα παραμείνει ο νοσηλευτής στο ίδιο τμήμα, τη θέληση, τα κίνητρα και την ικανότητα του αρρώστου να συμμετέχει σε θεραπευτική σχέση με καθορισμένους σκοπούς.

Στη φάση αυτή η εμπιστοσύνη του αρρώστου αυξάνει προοδευτικά καθώς αρχίζει να εξωτερικεύει τις δυσκολίες και τα προβλήματά του στο νοσηλευτή και ο νοσηλευτής τον ενημερώνει για τον βαθμό εχεμύθειας που θα τηρηθεί, δηλαδή ποιά υπεύθυνα πρόσωπα της ομάδας υγείας θα μάθουν και ποιοί άλλοι δεν θα μάθουν αυτά που εμπιστεύεται. Εξακριβώνονται οι ανάγκες και τα προβλήματα υγείας του αρρώστου, προσδιορίζονται η νοσηλευτική διάγνωση, οι νοσηλευτικοί σκοποί και οι προτεραιότητες και καταστρώνεται ένα δοκιμαστικό σχέδιο φροντίδας του αρρώστου σε συνεργασία με αυτόν.

5.3β Η φάση συνεργασίας.

Χαρακτηρίζεται από τη διατήρηση της επικοινωνίας και τη βοήθεια του αρρώστου στην αντιμετώπιση των προβλημάτων του. Οι σκοποί αυτής της φάσης είναι η αμοιβαία αναγνώριση και μελέτη των δυσλειτουργικών συμπεριφορών του αρρώστου, η συζήτηση και κατανόηση των επιδράσεων του περιβάλλοντος στη συμπεριφορά του αρρώστου και ο κοινός σχεδιασμός πρακτικών συνεργασίας που θα διευκολύνουν θετικές αλλαγές συμπεριφοράς στον άρρωστο για μια υγιέστερη προσαρμογή στη ζωή.

Τα θεραπευτικά έργα περιλαμβάνουν την αύξηση της ενημερότητας και αντίληψη της πραγματικότητας ειδικών προσωπικών εμπειριών, την ανάπτυξη ρεαλιστικής αυτο-ιδέας και αύξηση της αυτοπεποίθησης, την αναγνώριση περιστάσεων κατά τις οποίες ο άρρωστος δοκιμάζει συναισθήματα δυσφορίας και λεκτική ανακοίνωση αυτών των συναισθημάτων και την ενθάρρυνση ενός προγράμματος πράξεων, εκτέλεσή του και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων του προγράμματος σχετικά με την αλλαγή της δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς του αρρώστου και την εφαρμογή των αλλαγών αυτών στην καθημερινή ζωή του. Όταν ο άρρωστος αρχίζει να χρησιμοποιεί στρατηγικές λύσης προβλημάτων, να παίρνει μόνος του αποφάσεις και να αναπτύσσει υπευθυνότητα και προσαρμοστική συμπεριφορά, η θεραπευτική σχέση προχωρεί στην τρίτη και τελευταία φάση της.

5.3γ Τελική ή καταληκτική φάση.

Χαρακτηρίζεται από τη διακοπή της θεραπευτικής σχέσης νοσηλευτού - αρρώστου. Καθώς πλησιάζει ο καιρός για τη λήξη, ο νοσηλευτής την υπενθυμίζει στον άρρωστο ενώ τον βοηθεί να αναπτύσσει θετικές σχέσεις με πρόσωπα από το άμεσο περιβάλλον του, για να τον υποστηρίξουν ψυχολογικά και προοδευτικά να ανεξαρτητοποιείται από τον νοσηλευτή.

Τα κύρια έργα που εκτελεί ο νοσηλευτής σε αυτή τη φάση είναι η αραίωση και ελάττωση της χρονικής διάρκειας των συναντήσεων με τον συγκεκριμένο άρρωστο, η

επικέντρωση των συζητήσεων στο μέλλον, η αποθάρρυνση της αναφοράς σε νέα θέματα που χρειάζονται διερεύνηση και η παρότρυνση του αρρώστου -αν χρειάζεται- να απευθυνθεί σε άλλα μέλη της ομάδας υγείας.

Η τελική ή καταληκτική φάση μπορεί να είναι για τον άρρωστο ικανοποιητική εμπειρία μάθησης. Ο άρρωστος που δοκίμασε το προσωπικό, θερμό και ανεπηρέαστο ενδιαφέρον του νοσηλευτή κατά τη σχέση μαζί του, μπορεί να μάθει ότι είναι σημαντικό πρόσωπο τουλάχιστον σε έναν άλλο, όπως στον νοσηλευτή. (Ραγιά, 2004).

5.4 Νοσηλευτικές ευθύνες κατά τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα δρουν στον εγκέφαλο και προκαλούν αύξηση της συγκέντρωσης νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης στον οργανισμό. Δεν θεραπεύουν τα υποκείμενα αίτια της κατάθλιψης αλλά καλύπτουν τα συμπτώματα και μειώνουν τις πιθανότητες υποτροπής. Καθώς δρουν τα φάρμακα αυτά και αρχίζει να βελτιώνεται / ανυψώνεται η διάθεση, το άτομο έχει αυξημένη ενεργητικότητα και τότε ακριβώς υπάρχει κίνδυνος να πραγματοποιήσει ένα σχέδιο αυτοκτονίας. Η πιθανότητα αυτοκτονίας αυξάνει καθώς ελαττώνεται το επίπεδο της κατάθλιψης.

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται πιο συχνά για την κατάθλιψη είναι τα τρικυκλικά [αμιτριπτίνη, ιμιπραμίνη], οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης [φενελζίνη], τα τετρακυκλικά και άλλα. Οι παρενέργειες των φαρμάκων και οι νοσηλευτικές ευθύνες είναι:

- Αντιχολινεργικές αντιδράσεις.
- Ξηροστομία. Αντιμετωπίζεται με άγλυκες καραμέλες, συχνές μικρές λήψεις υγρών και αυστηρή υγιεινή στόματος.
- Θαμπή όραση. Το άτομο καθησυχάζεται ότι η παρενέργεια αυτή θα υποχωρήσει.
- Δυσκοιλιότητα. Λήψη υγρών και τροφών με πολλές ίνες.
- Κατακράτηση ούρων. Διδασκαλία μέτρησης προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.
- Καταστολή. Λήψη φαρμάκων πριν τη κατάκλιση για ύπνο. Διδασκαλία να μην οδηγεί

αυτοκίνητο και να μην χειρίζεται επικίνδυνα μηχανήματα.

- Ορθοστατική υπόταση. Έγερση αργά από το κρεβάτι ή την πολυθρόνα.
- Αύξηση ευαισθησίας για εμφάνιση επιληπτικών σπασμών. Ιδιαίτερη παρακολούθηση του αρρώστου.
- Ταχυκαρδία, αρρυθμίες. Συστηματική μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και των σφύξεων.

5.5 Ειδικές οδηγίες νοσηλευτικής φροντίδας αυτοκτονικού αρρώστου.

- Λαμβάνετε κάθε απειλή στα σοβαρά και αξιολογείτε την πριν την παραμερίσετε.
- Μιλάτε για την αυτοκτονία ανοικτά και απευθείας.
- Εφαρμόζετε τα προφυλακτικά μέτρα κατά της αυτοκτονίας.
- Αναμένετε ότι θα αισθανθεί ο άρρωστος ντροπή και βοηθείστε τον να αποδεχθεί τον εαυτό του.
- Απομακρύνετε τον άρρωστο από άμεσο κίνδυνο με αφαίρεση φαρμάκων ή άλλων βλαπτικών ειδών από την κατοχή του.
- Κρατήστε στάση ενδιαφέροντος και όχι κατάκρισης.
- Ρωτήστε γιατί διάλεξε να αυτοκτονήσει την συγκεκριμένη αυτή στιγμή.
- Ελέγχετε συχνά την ασφάλεια του περιβάλλοντος του αρρώστου.
- Ζητάτε την άδεια του αρρώστου για έλεγχο των ατομικών του πραγμάτων.
- Τοποθετείστε τον άρρωστο σε δωμάτιο προσιτό για εύκολη παρατήρηση.
- Μην ενθαρρύνετε συμπεριφορά του προσωπικού που ελαττώνει αστήρικτα την ένταση της προσοχής.
- Οργανώστε σχέδιο φροντίδας για τον άρρωστο.
- Μη δίνετε υπερβολικές υποσχέσεις. Οι μη ρεαλιστικές υποσχέσεις ελαττώνουν την αξιοπιστία του νοσηλευτή
- Ενθαρρύνετε τον άρρωστο να συνεχίζει τις καθημερινές δραστηριότητες και την αυτοφροντίδα του όσο πιο πολύ μπορεί.

- Αποφασίστε μαζί με τον άρρωστο με ποιά μέλη της οικογένειάς του και φίλους θα έρχεται σε επαφή.
- Ετοιμασθείτε να αντιμετωπίσετε τα μέλη της οικογένειας που ίσως είναι συγχυτικά, θυμωμένα ή αδιάφορα.
- Προσπαθείτε να κρατάτε ουδετερότητα και μη κάνετε υποθέσεις για τη συμπεριφορά της οικογένειας.
- Αξιολογήστε την ανάγκη του αρρώστου για λήψη φαρμάκων και συνεργαστείτε για αυτό με τον γιατρό.
- Εξετάζετε τα δικά σας συναισθήματα για τον άρρωστο και πως αυτά επηρεάζουν την κλινική σας εργασία.
- Συνεργάζεσθε με όλα τα μέλη της ομάδας ψυχικής υγείας για την ολόπλευρη εκτίμηση των προβλημάτων.

5.6 Πρωτόκολλο βασικών προφυλάξεων στη φροντίδα αυτοκτονικού αρρώστου.

- 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 λεπτά. Τσεκάρισμα κάθε ελέγχου ασφάλειας σε ειδικό δελτίο αναρτημένο στην πόρτα του αρρώστου.
- Προσωπική παρατήρηση του αρρώστου όταν καταπίνει τα φάρμακά του.
- Έρευνα στα ατομικά του πράγματα για πιθανή ύπαρξη βλαβερών αντικειμένων, επί παρουσία του και με την 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 επιθυμεί διαφορετικά ο άρρωστος.

- 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 συνδιασμό με τον υπεύθυνο νοσηλευτή.
- Πληροφόρηση του αρρώστου για τους λόγους και τις λεπτομέρειες των προφυλακτικών μέτρων. Η εξήγηση αυτή πρέπει να δίνεται από τον νοσηλευτή και τον γιατρό και να τεκμηριώνεται στο ατομικό δελτίο του αρρώστου. (Ραγιά, 2004).

Κεφάλαιο 6

6.1 Νοσηλευτική διεργασία.

6.2 Νοσηλευτική εκτίμηση ψυχικής υγείας.

6.3 Περίπτωση κλινικής εφαρμογής της νοσηλευτικής διεργασίας.

Κεφάλαιο 6

6.1 Νοσηλευτική διεργασία.

Η νοσηλευτική διεργασία είναι φιλοσοφία και επιστημονική μέθοδος ολιστικής και εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας. Κατευθύνεται από θεωρητικές γνώσεις, προϋποθέτει προσωπική επικοινωνία και συνεργασία νοσηλευτού-αρρώστου και απαιτεί όλες οι νοσηλευτικές αποφάσεις και παρεμβάσεις να βασίζονται σε συστηματική εκτίμηση των προβλημάτων του αρρώστου και σε ανάλογο επιστημονικά τεκμηριωμένο προγραμματισμό.

Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

1. Νοσηλευτική εκτίμηση και διάγνωση των προβλημάτων του αρρώστου ως ενιαίας και αδιαίρετης βιοψυχοκοινωνικής και πνευματικής οντότητας.
2. Προγραμματισμός των ενδεικνυόμενων νοσηλευτικών παρεμβάσεων με διατυπωμένους σκοπούς, προτεραιότητες και επιστημονικές αιτιολογήσεις, στα πλαίσια της ολιστικής αντιμετώπισης των αναγκών και προβλημάτων του αρρώστου.
3. Εφαρμογή του προγράμματος φροντίδας που στηρίχθηκε στη νοσηλευτική διάγνωση του αρρώστου και καταστρώθηκε σε συνεργασία μαζί του.
4. Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλείας βάσει προδιατυπωμένων κριτηρίων, υποκειμενικών και αντικειμενικών δεδομένων και με εξέταση κατά πόσο εκπληρώθηκαν οι νοσηλευτικοί σκοποί και λύθηκαν τα προβλήματα του αρρώστου.

6.2 Νοσηλευτική εκτίμηση ψυχικής υγείας.

Προϋποθέσεις για μια σωστή νοσηλευτική εκτίμηση της ψυχικής υγείας ενός ατόμου είναι οι ακόλουθες :

- Γνώσεις ψυχιατρικής, νοσηλευτικής ψυχικής υγείας και κλινικής εξέτασης.
- Σεβασμός και θερμό ενδιαφέρον για το άτομο.

- Δημιουργία άνετης διαπροσωπικής και υποστηρικτικής ατμόσφαιρας.
- Συγκεντρωτική παρατήρηση και προσοχή σε ότι λέγεται, πώς, από ποιόν και με ποιό τρόπο λέγεται, καθώς και στη συμπεριφορά του ατόμου.
- Περιορισμός περισπασμών με πραγματοποίηση της συνέντευξης σε ήσυχο μοναχικό χώρο, που να εμπνέει εμπιστοσύνη ότι θα τηρηθεί εχεμύθεια.
- Εμφάνιση ήρεμη, όχι βιασύνη.
- Ενθάρρυνση και διατήρηση της επικοινωνίας.
- Αποφυγή μετατροπής της συνέντευξης σε άκαμπτη τελετουργική ανάκριση, που πρέπει να συντελεσθεί σε αμετάθετο χρονικό σημείο με αποκλειστικό σκοπό να συμπληρωθεί κάποιο τυποποιημένο ερωτηματολόγιο.
- Ομιλία απλή με λεξιλόγιο που καταλαβαίνει το άτομο και χρήση της σιωπής όπου χρειάζεται.
- Προσεκτική ακρόαση με ειλικρινές ενδιαφέρον για όσα εκφράζονται χωρίς καθοδηγητικές παρεμβάσεις, κριτική ή προκαταλήψεις. (Ραγιά Α., 2004)

6.3 Περίπτωση κλινικής εφαρμογής της νοσηλευτικής διεργασίας.

Ο κ. Χ. 17 ετών, μπήκε στο νοσοκομείο με τη διάγνωση : Δυσθυμία ή καταθλιπτική νεύρωση με έντονη ανορεξία, απώλεια βάρους 12 κιλών μέσα σε δύο μήνες και με ιδέες αυτοκτονίας. Οι γονείς και ο αδερφός του τα έχουν χαμένα και είναι στενοχωρημένοι, διότι το τελευταίο διάστημα δεν πήγαν πουθενά, ούτε στην εκκλησία, ούτε στα σπορ όπου συνήθιζαν να πηγαίνουν όλοι μαζί. Ο έφηβος λέει ότι δεν του έμεινε πλέον κανένας σκοπός για να ζήσει. Δοκίμασε μεγάλη ψυχοτραυματική απώλεια όταν απέτυχε να συγκεντρώσει στις εισαγωγικές εξετάσεις τα μόρια που χρειαζόνταν για να περάσει στην πανεπιστημιακή σχολή της επιλογής του και επίσης έχει "σκορπιστεί" η παρέα των φίλων του όπως λέει και ο ίδιος επειδή οι κολλητοί του σπουδάζουν σε διαφορετικό τόπο από αυτόν της μόνιμης κατοικίας τους και έχει να τους δει πάνω από έναν μήνα.

Νοσηλευτική διάγνωση	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>Δυνητική βίαιη συμπεριφορά αυτοκτονίας σχετιζόμενη με πολλαπλές ψυχοτραυματικές απόλλειες.</p>	<p>Ο άρρωστος να παραμείνει ασφαλισμένος (για να μην αυτοκτονήσει) κατά το διάστημα νοσηλείας του στο νοσοκομείο με τη βοήθεια του προσωπικού.</p> <p>Απομάκρυνση από το δωμάτιο του αρρώστου όλων των επικίνδυνων βλαπτικών αντικειμένων</p> <p>Άμεση εκτίμηση του βαθμού κινδύνου αυτοκτονίας.</p>	<p>Η νοσηλεύτρια Χ. έπειτα από συζήτηση και συμφωνία με την ασθενή απομάκρυνση από το δωμάτιο του όλα τα επικίνδυνα και βλαπτικά αντικείμενα, όπως: ξυράφια, ζώνες, κορδόνια και πλαστικές σακούλες.</p> <p>Ο άρρωστος ερωτήθη αν σκέπτεται την αυτοκαταστροφή.</p>	<p>Ο σκοπός ολοκληρώθηκε. Ο άρρωστος λέει ότι δεν σκέπτεται πλέον να αυτοκτονήσει.</p> <p>Καταστρώνει σχέδια για το μέλλον. Θα αρχίσει φροντιστηριακά μαθήματα προετοιμασίας για τις επόμενες εισαγωγικές εξετάσεις και θα επισκεφθεί τους φίλους του στον τόπο σπουδών του.</p>

	<p>Συστηματική παρατήρηση του αρρώστου</p> <p>Παρατήρηση αρρώστου για σημεία αυτοκτονικών δεικτών.</p> <p>Επικοινωνία με τον άρρωστο</p> <p>Αναγνώριση της αυτοκτονίας ως πραγματοποιήσιμης επιλογής ενός ατόμου.</p>	<p>Ενημερώθηκε όλο το προσωπικό για τη συστηματική παρατήρηση του αρρώστου κάθε 15'. Ο άρρωστος τοποθετήθηκε σε θάλαμο όπου είναι μέσα στο οπτικό πεδίο των νοσηλευτών</p> <p>Ο άρρωστος παρακολουθείται για αφνίδιο αίσθημα ευεξίας, μούρασμα ατομικών πολύτιμων ειδών, γράψιμο διαθήκης.</p> <p>Ενημερώθηκε το προσωπικό για διάθεση 15' τρεις φορές την ημέρα για επικοινωνία με τον άρρωστο.</p> <p>Η νοσηλεύτρια Χ. παραδέχθηκε ότι η περίπτωση είναι σοβαρή και μεταβιβάστηκε στον άρρωστο το αίσθημα ότι είναι καταννητός.</p>	
--	---	---	--

	<p>Παρακολούθηση για παρενέργειες από τα χορηγούμενα αντικαταθλαπτικά φάρμακα.</p> <p>Οργάνωση και προώθηση οικογενειακών συνεδριών.</p>	<p>Γίνεται συχνή μέτρηση της Α.Π. σε όρθια και οριζόντια θέση για τυχόν ορθοστατική υπόταση. Ενημερώθηκε ο άρρωστος να σηκώνεται από το κρεβάτι αργά, αφού πρώτα κατεβάσει τα πόδια του.</p> <p>Προωθήθηκε και οργανώθηκε από τη νοσηλεύτρια Χ. οικογενειακή συνεδρία για αμοιβαία συναισθηματική υποστήριξη σε ανησυχία και ιδέες.</p>	
--	--	---	--

Συμπεράσματα

1. Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά που παρουσιάζουν οι έφηβοι απευθύνεται στους γονείς και φαίνεται ότι βάζει τη σφραγίδα στους γονείς για την αποτυχία τους στο γονεϊκό ρόλο.

2. Πολύ συχνά οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι μια κραυγή αγωνίας για βοήθεια με τις οποίες προσπαθούν οι έφηβοι να μεταδώσουν στους γονείς τους την επιθυμία τους να ζήσουν στην επόμενη γενιά.

3. Το αίσθημα της απομονώσεως που αισθάνονται οι έφηβοι, εντείνεται όταν χωρίζουν οι γονείς τους ή όταν η συμπεριφορά τους είναι επιθετική ή αδιάφορη.

4. Οι καταθλιπτικές σκέψεις είναι πολύ συχνές στον έφηβο ακόμα κι αν εκφράζονται κατά τρόπο μάλλον χαοτικό και με διαλλείψεις.

5. Ο έφηβος παρουσιάζει ευκολία στο πέρασμα κάθε σκέψης του στην πράξη.

6. Η αυτοκτονία θεωρείται ως η σοβαρότερη επιπλοκή της κατάθλιψης και η συχνότερη αιτία θανάτου των καταθλιπτικών αρρώστων.

7. Η σχέση των αποπειραθέντων αυτοκτονία με αυτούς που αυτοκτονούν είναι δεδομένη.

8. Πίσω από κάθε αυτοκτονία νέου υπάρχει μια απουσία είτε ερωτική, είτε οικογενειακή, είτε φιλική, είτε γενικότερα κοινωνική.

Προτάσεις

1. Το οικογενειακό περιβάλλον να μαθαίνει από νωρίς στους νέους να αγαπούν τις δυσκολίες για να μπορούν αυτοί να τις αντιμετωπίζουν και να τις υπερνικούν.

2. Η αντιμετώπιση των περιπτώσεων απόπειρας αυτοκτονίας να γίνεται συστηματικά και οργανωμένα, από ομάδα επιστημόνων η οποία θα ασχολείται με τον έφηβο αλλά και την οικογένειά του.

3. Να γίνεται εμφύσηση πνευματικών αξιών στα άτομα από την παιδική τους ηλικία μέσω των οποίων τα άτομα θα αποκτήσουν ισχυρή θέληση για ζωή.

4. Το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον των εφήβων να εκπαιδευθεί στην αναγνώριση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης και των αυτοκτονικών τάσεων.

5. Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης να παρουσιάζουν με ειδικό τρόπο τα θέματα αυτοκτονίας νεαρών ατόμων αλλά και διασήμων προσώπων επειδή πολλά νεαρά άτομα μπορεί να μιμηθούν τα είδωλά τους στην αυτοκτονία.

6. Να προσπαθήσουμε να αλλάξουμε τη στάση συμπάθειας που κρατάμε απέναντι στα άτομα που αυτοκτονούν, επειδή αυτή η συμπεριφορά μας ενθαρρύνει και άλλους νέους να σκεφθούν την αυτοκτονία έστω και σαν μέσο για να προκαλέσουν εντυπώσεις.

7. Οι γονείς να κρατούν στάση κατανόησης απέναντι στα έφηβα παιδιά τους και να μην είναι επιθετικοί ή αδιάφοροι για αυτά.

Περίληψη

Ο τίτλος της εργασίας μου είναι η αυτοκτονία στην εφηβική ηλικία. Πρόληψη – Νοσηλευτική αντιμετώπιση. Στην εργασία μου, προσπάθησα να παρουσιάσω σφαιρικά το θέμα της αυτοκτονίας στην εφηβική ηλικία. Σκοπός της εργασίας μου είναι να ενημερώσω κάθε ενδιαφερόμενο για αυτό το πολυσυζητημένο τον τελευταίο καιρό, θέμα, της αυτοκτονίας στην εφηβική ηλικία.

Ξεκινώντας με κάποια από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι έφηβοι σε αυτή την περίοδο της ζωής τους, όπως το ότι έχουν ανάγκη να είναι αυτόνομοι και να αισθάνονται ανεξάρτητοι, έχουν ανάγκη να βρουν τη σεξουαλική τους ταυτότητα και χρειάζονται την παρέα άλλων συνομήλικών τους ατόμων, συνέχισα με την επιδημιολογία της αυτοκτονίας και τις μορφές της αυτοκτονίας, τα συμπτώματα της αυτοκτονικής συμπεριφοράς και τα σημεία - δείκτες της αυτοκτονικής τάσης, τους παράγοντες επικινδυνότητας για αυτοκτονία, τα αίτια της αυτοκτονίας, τα οποία διακρίνονται σε ψυχολογικά, ψυχιατρικά και κοινωνικά, έπειτα περιέλαβα τους μύθους και τα δεδομένα για την αυτοκτονία και την κοινωνική αντίδραση στην αυτοκτονία.

Στο επόμενο κεφάλαιο μπορεί να μάθει κάποιος πως μπορεί να γίνει η πρόληψη της αυτοκτονίας και τα στάδιά της που είναι τρία: η πρωτογενής πρόληψη, η δευτερογενής πρόληψη ή παρέμβαση και η τριτογενής πρόληψη. Το τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται στην αξιολόγηση, τη διάγνωση και την πρόγνωση των ατόμων που έχουν επιχειρήσει αυτοκτονία. Το προτελευταίο κεφάλαιο περιλαμβάνει τη θεραπευτική αντιμετώπιση της αυτοκτονίας, τις φάσεις της διαπροσωπικής σχέσης νοσηλευτή - αρρώστου, τις ειδικές οδηγίες νοσηλευτικής φροντίδας αυτοκτονικού αρρώστου, και το πρωτόκολλο βασικών προφυλάξεων στη φροντίδα αυτοκτονικού αρρώστου. Το τελευταίο κεφάλαιο περιλαμβάνει την νοσηλευτική διεργασία και ένα παράδειγμα εφαρμογής της.

Για την αναζήτηση στοιχείων στο internet, στην google αναζήτηση έδωσα την φράση "Η αυτοκτονία στην εφηβική ηλικία". Η εργασία μου στηρίχθηκε στη διεθνή βιβλιογραφία.

Βιβλιογραφία

- **Αναστασιάδης Β.**, « *Ψυχοπαιδαγωγική της εφηβικής ηλικίας. Ο τρόπος της αγωγής της σήμερα στο σχολείο και στην κοινότητα.* », επίτομος, έκδοση 1η, εκδόσεις Βιβλιονομία, Αθήνα 1993, σ. 205-207, 210-212, 217-219.

- **Βάσσερμαν Ν.**, « *Γενετική προδιάθεση στην τάση για αυτοκτονία.* », www.health.in.gr, Λονδίνο, 29 Σεπτεμβρίου 2004.

- **Beeber L.**, « *Treating depression through the therapeutic nurse-client relationship*», *The nursing clinics of north America*, Bennett G., Thomas S., volume 33, number 1, W. B. Saunders Company, March 1998, σ. 153-154.

- **Βλάχος Π.**, « *Δηλητηριάσεις. Συμπτώματα -θεραπεία.* », επίτομος, έκδοση 1η, εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα 1983, σ. 20-22.

- **Βουλγαράκης Η.**, « *Αυτοκτονία και εκκλησιαστική ταφή.* », επίτομος, έκδοση 1η, εκδόσεις Αρμός, Αθήνα 1992, σ. 40, 86, 94-95, 115.

- **Chabrol H.**, « *Οι τάσεις αυτοκτονίας του εφήβου.* », μετάφραση Τερζόγλου Α., επίτομος, έκδοση 1η, εκδόσεις Χατζηνικολή, Αθήνα 1987, σ. 7-13, 18-23, 29-31, 47-49, 51-60.

- **Γιαννοπούλου Α.**, « *Ψυχιατρική Νοσηλευτική* », επίτομος, έκδοση 3η, εκδόσεις Ταβιθά, Αθήνα 1996, σ. 151, 251-255, 258-261, 271-273.

- **Γρίβας Κ.**, « *Η εξουσία της βίας - Προσέγγιση σε ορισμένα φαινόμενα κοινωνικής παθολογίας.* », επίτομος, έκδοση 1η, εκδόσεις Ιανός, Θεσσαλονίκη 1987, σ. 88-100.

- **Δοξιάδη Α. - Ζαχαρακοπούλου Ε.**, « *Ο έφηβος και η οικογένεια. Δύο συμπόσια.* », επίτομος, έκδοση 1η, εκδόσεις βιβλιοπωλείο της εστίας, Αθήνα 1985, σ.183-189.

- **Δρίτσας Σ. - Δικόγλου Χ. - Κεχαγιόγλου Κ.**, « *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.

- **Durkheim E.**, « *Suicide - A study in sociology.* », 1st edition, The Free Press, N.York 1951, σ.158-160, 209.

- **Ιεροδιάκονος Χ.**, « *Ψυχικά προβλήματα στα παιδιά.* », επίτομος, έκδοση 1η, εκδόσεις Μαστορίδη, Θεσσαλονίκη 1991, σ. 263-266, 269-271.

- **Κανελλοπούλου Β.**, « *Αυτοκτονία* », Παιδαγωγική - Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια-λεξικό, επιμέλεια Λομπάρακης Π., Αποστολοπούλου Μ., Βράχας Φ., τόμος δεύτερος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1989, σ.901-902.

- **Kaplan H. - Sadock B.**, « *Synopsis of psychiatry* » Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry, volum, 8th edition, Williams&Wilkins, U.S.A.1998,σ.864-872.

- **Καργάκος Σ.**, « *Προβληματισμοί. Ένας διάλογος με τους νέους.* », τόμος Δ', έκδοση 1η, εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα 1989, σ.146, 149-152.

- **Katona C., - Robertson M.**, «*Psychiatry at a Glance*», volume. Blackwell science, London 1998, σ.14-17,20.

- **Κλεφταράς Γ.**, « *Η κατάθλιψη σήμερα – Περιγραφή, διάγνωση, θεωρίες και ερευνητικά δεδομένα* », επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1998, σ.32-38.

- **Κοσμόπουλος Α.**, « *Ψυχολογία και οδηγητική της παιδικής και νεανικής ηλικίας.* », επίτομος, έκδοση 24η, εκδόσεις Γρηγόρη, Αθήνα 1994, σ. 242-246.

- **Laufer M.**, « *Εφηβική διαταραχή και ψυχικός κλονισμός* », μετάφραση Τσιαντή Β., επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1992, σ.82, 90-91.

- **Μάνος Ν.**, « *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής.* », επίτομος, αναθεωρημένη έκδοση, εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1997, σ. 704-707, 712-714.

- **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.59-62.

- **Messerschmitt P. - Golse B.**, « *Το παιδί σε κατάθλιψη.* », μετάφραση Ράλλη Ι. - Ράλλης Ρ., επίτομος, έκδοση 1η, εκδόσεις Χατζηνικολή, Αθήνα 1989, σ. 17-18, 49-50.

- **Μπαϊζάνης Ν. - Παπανικολάου Ε.**, « *Νοσηλευτική παρέμβαση στις διαταραχές διαγωγής των εφήβων.* », Νοσηλευτική, τόμος 41, τεύχος 3, Αθήνα, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2002, σ. 311-316.

- **Μπαλογιάννης Σ.**, « *Ψυχιατρική και ποιμαντική ψυχιατρική.* », επίτομος, έκδοση 1η, εκδόσεις Πουρναρά, Θεσσαλονίκη 1986, σ. 439-446.

- **Παπαματθαϊάκη - Lester E.**, « *Η αυτοκτονία στα παιδιά και τους εφήβους.* », Παιδιατρική, τόμος 47, τεύχος 1, εκδόσεις Ε.Π.Ε., Αθήνα, Ιανουάριος - Φεβρουάριος 1984, σ. 4-5,12.

- **Ραγιά Α.**, « *Νοσηλευτική ψυχικής υγείας. Ψυχιατρική νοσηλευτική.* », επίτομος, έκδοση 4η, βελτιωμένη, Αθήνα 2004, σ. 28-30, 67, 74,137-143, 293-295, 306-311, 313-317.

- **Raporor R. - Raporor R.**, « *Ta στάδια της ζωής.* », σειρά "Ο κύκλος της ζωής", μετάφραση Σόλμαν Μαρία, επίτομος, έκδοση 2η, εκδόσεις Ψυχογιός, Αθήνα 1981, σ. 28-31.

- **Σακελλερόπουλος Π.**, « *Εγχειρίδιο ψυχιατρικής ενηλίκων : Στοιχεία κοινωνικής ψυχιατρικής και οι εφαρμογές της στην Ελλάδα.* », τόμος Β', έκδοση 1η, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1995, σ. 453.

- **Schaffer D., Piacentini J.**, « *Child and Adolescent psychiatry* », Modern approaches, conducted by Rutter M., Taylor E., 3rd edition, Blackwell Science Ltd, U.S.A. 1994,σ. 414-418.

- **Sellers S.**, « *Ο Σατανισμός της νέας εποχής* », μετάφραση Αναστασία Δημητρίου, επίτομος, έκδοση 1^η ,εκδόσεις στερέωμα, εκδοτική επιμέλεια Γιώργου Γιούλη,U.S.A. 2003, σ. 119.

- Stefanis C.**, « *Recent advances in Depression* », Pergamon Press, 1st edition, Great Britain 1983, σ. 14.

- **Thio A.**, « *Παρεκκλίνουσα συμπεριφορά* ». μετάφραση Μπαρπάτση Μ., επιμέλεια Τσουραμάνης Χ., επίτομος, έκδοση 4η, εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 2003, σ. 300-304, 319-323.

- **Τριχόπουλος Δ.**, « *Η ηλιοφάνεια "αρωγός" των τάσεων αυτοκτονίας.* ». www.health.in.gr, Νέα Υόρκη, 4 Φεβρουαρίου 2002.

- **Τσιάντης Ι.**, « *Βασική παιδοψυχιατρική: εφηβεία.* », τόμος δεύτερος, τεύχος πρώτο, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1998, σ. 26, 41-43, 218.

- **Τσιάντης Ι. - Αναστασόπουλος Δ. - Χαντζάρα Β. κτλ.**, « *Εφηβεία. Ένα μεταβατικό στάδιο σε ένα μεταβαλλόμενο κόσμο.* », επίτομος, έκδοση 1η, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1998, σ. 189-193.

- **Τσιάντης Ι. - Μανωλόπουλος Σ.**, « *Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής. Ψυχοπαθολογία.* », τόμος δεύτερος, δεύτερο μέρος, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1988, σ. 244-248.

- **Χριστοδούλου Γ.**, « *Κατάθλιψη* », επίτομος, έκδοση 2η, εκδόσεις Βήτα medical arts, Αθήνα 1998, σ. 123-126.

