



ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

«ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΩΙΜΗ ΝΕΟΤΗΤΑ»



ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΜΠΑΡΛΑ ΜΑΡΙΑ
ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΣΑΜΑΡΤΖΗ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΠΑΤΡΑ, 2018

Ευχαριστίες

Για την εκπόνηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας επιθυμώ αρχικά να ευχαριστήσω την καθηγήτρια μου κ. Σαμαρτζή Κυριακή η οποία με βοήθησε με τις συμβουλές της ώστε να μπορέσω να ανταπεξέλθω στη συγγραφή του παρόντος πονήματος. Τέλος επιθυμώ να ευχαριστήσω την οικογένεια μου και κυρίως το σύζυγο μου για την υπομονή του σε όλη τη διάρκεια συγγραφής της παρούσας εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι να μελετηθούν οι αυτοκτονικές τάσεις των εφήβων, ποιοι είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν τις συγκεκριμένες τάσεις καθώς επίσης και ο ρόλος του νοσηλευτή στην ολιστική προσέγγιση τέτοιου είδους περιστατικών.

Υλικό Και Μέθοδος: το υλικό που χρησιμοποιήθηκε για την εκπόνηση της παρούσας εργασίας ήταν βιβλία και επιστημονικά άρθρα από έγκυρα επιστημονικά περιοδικά όπως είναι Pubmed.

Συμπεράσματα: μέσα από την ανασκόπηση και τη μελέτη των βιβλίων και των άρθρων που χρησιμοποιήθηκαν για τη μελέτη και τη συγγραφή της παρούσας εργασίας συμπεραίνεται ότι η αυτοκτονική διάθεση των εφήβων αποτελεί ένα φαινόμενο το οποίο παρουσιάζεται λόγω πολλών παραγόντων (ψυχολογικοί, κοινωνικοί, βιολογικοί, πολιτιστικοί και περιβαλλοντικοί). Η πρόληψη των συγκεκριμένων τάσεων είναι ο κυριότερος στόχος για να μειωθούν οι τάσεις αυτοκτονίας. Το νοσηλευτικό προσωπικό παρουσιάζεται να παρέχουν υποστήριξη και να εκπαιδεύουν τόσο τους ίδιους τους έφηβους όσο και το οικογενειακό τους περιβάλλον σχετικά με την μηχανισμούς προστασίας από την εμφάνιση αυτοκτονικών τάσεων και την αναγνώριση συμπτωμάτων. , καθώς και για την αναγνώριση της κατάθλιψης .

Λέξεις-κλειδιά: αυτοκτονικές τάσεις, εφηβεία, νοσηλευτής

ABSTRACT

Purpose: The purpose of this dissertation is to study the suicidal tendencies of adolescents, the factors that influence these trends, as well as the role of the nurse in the holistic approach of such incidents.

Material and Method: The material used to prepare this paper was books and scientific articles from authoritative scientific journals such as Pubmed.

Conclusions: By reviewing and studying the books and articles used to study and comprehend this work it is concluded that the suicidal disposition of adolescents is a phenomenon which is due to many factors (psychological, social, biological, cultural and environmental). Preventing these trends is the main objective to reduce suicidal tendencies. Nursing staff are presented to provide support and education to teenagers themselves as well as their family environment on the mechanisms of protection against the occurrence of suicidal tendencies and the recognition of symptoms. , as well as for the recognition of depression.

Key words: suicidal tendencies, adolescence, nurse

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ABSTRACT.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
Η ΕΦΗΒΕΙΑ	8
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ.....	8
1.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ	10
1.3 ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	12
ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΦΗΒΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ.....	12
2.1 ΒΙΟΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΚΑΙ ΝΟΗΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ.....	12
2.2 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	12
2.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ.....	12
2.4 Η ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΨΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ.....	13
2.5 Η ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΑΠΟΨΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ	14
2.6 ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ - ΚΥΚΛΟΥ ΤΗΣ ΖΩΗΣ.....	15
2.7 ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	22
Η ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ.....	22
3.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	22
3.2 Η ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ	23
3.3 Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ	27
3.4 Η ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ	29
3.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΔΙΑΜΟΡΦΩΝΟΥΝ ΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	31

3.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΤΑΣΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ	33
3.6 ΠΡΟΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ.....	37
3.7 ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΣΤΟΝ ΕΦΗΒΟ.....	39
3.8 ΠΩΣ ΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΟΙ ΕΦΗΒΟΙ ΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ	40
3.9 ΓΙΑΤΙ ΟΙ ΕΦΗΒΟΙ ΣΚΕΦΤΟΝΤΑΙ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ.....	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	43
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	43
4.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	43
4.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ.44	
4.3 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΟΥ	45
4.4 ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	53
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	53
5.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1	53
5.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2	57
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	60
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	61

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αυτοκτονία είναι μια από τις πιο κοινές αιτίες θανάτου μεταξύ των νέων σε όλο τον κόσμο. Η εφηβεία είναι μια αναπτυξιακά σημαντική φάση της ηλικίας λόγω του αυξανόμενου κινδύνου αυτοκτονίας και επικράτησης ψυχιατρικών διαταραχών, καθώς και λόγω των αυξανόμενων δυνατοτήτων πρόληψης και θεραπείας. Τα ευρήματα της έρευνας σε θεωρητικές εκτιμήσεις, σε μελέτες ψυχολογικής αυτοψίας καθώς και σε επιλεγμένες μελέτες παρακολούθησης κλινικών πληθυσμών και προσπαθειών αυτοκτονίας που αναλύουν παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονίες των νέων εξετάζονται με έμφαση στα πιο πρόσφατα δεδομένα. Καθώς οι αυτοκτονίες των νέων είναι σπάνιες.

Οι αντιξοότητες που σχετίζονται με την οικογένεια, προκαλούν διαπροσωπικές διαταραχές και ιδιαίτερα ψυχιατρικές διαταραχές συνιστούν παράγοντες κινδύνου για την αυτοκτονία των εφήβων. Οι διαταραχές της διάθεσης, η κατάχρηση ουσιών και οι προηγούμενες προσπάθειες αυτοκτονίας συνδέονται στενά με τις αυτοκτονίες των νέων.

Στην παρούσα εργασία μελετάται το θέμα των αυτοκτονικών τάσεων που παρουσιάζονται στους εφήβους, οι λόγοι που εμφανίζονται και ο ρόλος που διαδραματίζει το νοσηλευτικό προσωπικό. Ειδικότερα:

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην έννοια της εφηβείας και της συμπεριφοράς και στα χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης περιόδου

Το δεύτερο κεφάλαιο αποτελείται από τα χαρακτηριστικά της εφηβείας σε όλους τους τομείς της ζωής. Δηλαδή στο συναισθηματικό, νοητικό, κοινωνικό και βιολογικό ενώ παράλληλα παρουσιάζονται διάφορες εφηβικές θεωρίες και ψυχαναλυτικές θεωρήσεις.

Το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στην έννοια της αυτοκτονίας στην εφηβεία παρουσιάζοντας επιδημιολογικά στοιχεία, τους παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση, τις ενδείξεις που δύναται να υπάρχουν καθώς επίσης και τις αντιδράσεις των γονέων.

Το τέταρτο κεφάλαιο αποτελείται από το ρόλο του νοσηλευτή στην ψυχική νόσο, στην πρόληψη, στον αυτοκτονικό ιδεασμό και στη θεραπευτική σχέση νοσηλευτή και θεραπευόμενου. Τέλος, ακολουθούν οι νοσηλευτικές διεργασίες οι οποίες είναι δυο περιστατικά εφήβων, τα συμπεράσματα και η βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η ΕΦΗΒΕΙΑ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ

Η εφηβεία είναι η τελευταία φάση της ανάπτυξης στην πορεία του ατόμου προς την ωριμότητα. Καλύπτει την περίοδο ανάμεσα στην παιδική ηλικία και την ωριμότητα και, ειδικά στις δυτικές κοινωνίες, σηματοδοτεί το πέρασμα του ατόμου από τον κόσμο του παιδιού, με τα προνόμια της παιδικής ηλικίας (την ανεμελιά και την εξάρτηση από τους άλλους), στον κόσμο των ενηλίκων και στα προνόμια του (υπευθυνότητα και αυτοδιαχείριση). Η εφηβική ηλικία θεωρήθηκε ανέκαθεν μια από τις σπουδαιότερες, αλλά και δυσκολότερες ηλικίες. Πρόκειται για μια ηλικία κατά την οποία ο άνθρωπος υφίσταται ουσιαστικές ψυχοσωματικές αλλαγές. Είναι η αντιφατικότερη περίοδος της ζωής του ανθρώπου, και ένα στάδιο κατά το οποίο, οι εμπειρίες και οι πεποιθήσεις που το παιδί απέκτησε μέχρι εκείνη την περίοδο χρειάζονται επαναξιολόγηση και επαναπροσδιορισμό, ούτως ώστε, το άτομο να προετοιμαστεί για την καινούργια θέση και την αυξανόμενη συμμετοχή του στην κοινωνία. (Kail, Cavanaugh, 2010)

Η εφηβική ηλικία είναι μια περίοδος που χαρακτηρίζεται από τις ταχύτερες σωματικές και ψυχοσυνθετικές μεταλλαγές. Μέχρι σήμερα έχουν προταθεί αρκετές και διαφορετικές θεωρητικές απόψεις για τη φύση και τα αναπτυξιακά χαρακτηριστικά της εφηβείας. Μεγάλη επίδραση έχει ασκήσει η άποψη ότι η εφηβεία είναι μία ταραχώδης περίοδος της ζωής του ατόμου, τα κύρια χαρακτηριστικά της οποίας είναι οι συγκρούσεις με την εξουσία και με πρόσωπα κύρους, η έντονη συναισθηματική αστάθεια της ψυχικής διάθεσης και η κοινωνική αναπροσαρμογή του ατόμου

Χρειάζεται να διευκρινίσουμε του όρους ήβη και εφηβεία. Η ήβη αναφέρεται σε μια σχετικά σύντομη περίοδο βιολογικής ανάπτυξης, διάρκειας 2 έως 4 ετών περίπου, κατά την οποία πραγματοποιούνται οι βιοσωματικές αλλαγές που σχετίζονται με την ωρίμανση της γενετήσιας λειτουργίας. Ενώ η εφηβεία αναφέρεται σε μια περισσότερο μακρά αναπτυξιακή περίοδο, διάρκειας 7 έως 8 ετών και περιλαμβάνει τις αλλαγές που συμβαίνουν και στους τέσσερις βασικούς τομείς ανάπτυξης: το

βιοσωματικό, το γνωστικό, το συναισθηματικό και τον κοινωνικό τομέα. (Kail, Cavanaugh, 2010)

Η εφηβεία είναι έννοια ευρύτερη της ήβης όπου και την εμπεριέχει. Η ήβη ασφαλώς αποτελεί την κορυφαία, την πιο χαρακτηριστική πλευρά της εφηβείας, αλλά είναι μόνο το βιολογικό της μέρος, σε αντίθεση με την εφηβεία που αναφέρεται σε όλες τις αλλαγές, τόσο στις βιοσωματικές όσο και τις ψυχολογικές και τις ψυχοκοινωνικές, που συμβαίνουν στο χρονικό διάστημα ανάμεσα στην παιδική και την ώριμη ηλικία.

Ένα άλλο θέμα που απαιτεί διευκρίνιση είναι η χρονική οριοθέτηση της εφηβικής ηλικίας. Ο ακριβής καθορισμός των χρονικών ορίων της παρουσιάζει σημαντικές δυσχέρειες. Διάφοροι παράγοντες και μάλιστα το φύλο, η ιδιοσυγκρασία και οι συνθήκες ζωής κάθε ατόμου καθορίζουν τόσο την αρχή όσο και το τέλος της εφηβείας του. Επομένως, θα μπορούσαμε να πούμε ότι έχουμε τόσες μορφές εφηβείας όσα είναι και τα άτομα. (Casey, Duhoux, Cohen, 2010)

Την εμφάνιση της εφηβείας συνήθως προσδιορίζουν οι έντονες σωματικές αλλαγές που κάνουν τον έφηβο να ξεχωρίζει από το παιδί. Το χρονικό δηλαδή σημείο στο οποίο το άτομο γίνεται ικανό για αναπαραγωγή. Ενώ το τέλος της ηλικίας αυτής καθορίζει την ικανότητα του ατόμου να αναλαμβάνει τα καθήκοντά του με υπευθυνότητα, το χρονικό δηλαδή σημείο, στο οποίο το άτομο θεωρείται έτοιμο να αναλάβει το ρόλο του ενηλίκου.

Όμως και τα δύο χρονικά σημεία είναι δύσκολο να προσδιοριστούν επακριβώς. Είναι δύσκολο π.χ. να καθοριστεί πότε ακριβώς το άτομο γίνεται ικανό για αναπαραγωγή, γιατί η ικανότητα αυτή σχετίζεται με την ωρίμανση εσωτερικών οργάνων και λειτουργιών. (Casey, Duhoux, Cohen, 2010)

Μεγάλες δυσχέρειες παρουσιάζει ο χρονικός προσδιορισμός του τέλους της εφηβικής ηλικίας, γιατί το περιεχόμενο της έννοιας της ωριμότητας καθορίζεται κατά ένα μεγάλο βαθμό από το είδος της κοινωνίας που ζει το άτομο και είναι επομένως περισσότερο θέμα τόπου και χρόνου. Όσο πιο πολύπλοκη είναι μια κοινωνία – αστική, βιομηχανική – τόσο πιο ποικίλοι, απαιτητικοί και ασαφείς είναι οι ρόλοι των ενηλίκων. Στις κοινωνίες αυτές, η διάρκεια της μεταβατικής περιόδου είναι μακρύτερη από ό,τι σε απλούστερες κοινωνίες – γεωργικές, αποκεντρωμένες- όπου οι ρόλοι των ενηλίκων είναι λιγότερο απαιτητικοί και σαφέστερα καθορισμένοι.

Η ασάφεια και η σύγχυση που καλύπτει το όριο ανάμεσα στην εφηβεία και την ενηλικίωση, καθώς και η χωροχρονική εξάρτηση αυτού του ορίου από τα κοινωνικά

δεδομένα φαίνονται καθαρά και στις ρυθμίσεις που προβλέπονται στις διάφορες νομοθεσίες για θέματα δικαιοπραξίας και αδικοπραξίας των νέων. Στην ελληνική νομοθεσία έχει οριστεί ως επίσημο όριο ενηλικίωσης το 21^ο έτος, παράλληλα όμως, έχουν οριστεί πλείστα άλλα χρονικά σημεία άνω και κάτω του γενικού αυτού ορίου, πέραν των οποίων, η κοινωνία αναγνωρίζει ορισμένα δικαιώματα στους νέους: στο 18^ο έτος το δικαίωμα του εκλέγειν και το δικαίωμα κατοχής διπλώματος αυτοκινήτου, στο 16^ο έτος το δικαίωμα για συνδικαλιστική δράση κ.λπ.

Έφηβος, επομένως θεωρείται το αγόρι ή το κορίτσι που εγκατέλειψε την παιδική ηλικία και βρίσκεται ήδη σε μια περίοδο σωματικής και ψυχικής ανάπτυξης, μετά την οποία θα περάσει στην νεότητα και αργότερα στην ωριμότητα. (Casey, Duhoux, Cohen, 2010)

1.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ

Η εφηβεία αποτελεί μία εξελικτική φάση με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά , με έντονες και ραγδαίες αλλαγές και αναπτυξιακούς στόχους. Μιλώντας για την εφηβεία αυθόρμητα έρχονται οι λέξεις λύπη, διέγερση, θυμός. Πολλοί από τους εφήβους τους κατέχει το αίσθημα της ενοχής, της θλίψης, της απαισιοδοξίας και της χαμηλής αυτοεκτίμησης. Η εφηβεία πολλές φορές περιγράφεται με όρους που θα ταίριαζαν στην περιγραφή ενός καταθλιπτικού επεισοδίου. Η κατάθλιψη είναι μια συναισθηματική διαταραχή η οποία εμφανίζεται σε μεγάλο ποσοστό σε άτομα της κοινωνίας. Ένας έφηβος οδηγείται στην κατάθλιψη από διάφορες καταστάσεις της ζωής του, όπως η απομόνωση από τους δικούς του ανθρώπους, από την απώλεια ενός από τους δύο γονείς του ή και των δύο, ο χωρισμός, ο αλκοολισμός. Η κατάθλιψη συχνά αντιμετωπίζεται με ατομική ή οικογενειακή ψυχοθεραπεία και σπάνια μπορεί να χορηγηθεί ήπια αντικαταθλιπτική αγωγή. Απόπειρες αυτοκτονίας συμβαίνουν περισσότερο στις νεαρές ηλικίες και κυρίως στα αγόρια και λιγότερο στα κορίτσια κάτω των 12 ετών. Συχνά οι έφηβοι παρουσιάζουν μεταβολές στη διάθεση τους και έντονη μελαγχολία. Ορισμένοι έφηβοι ύστερα από μια αποτυχία θεωρούν ως λύση την απόπειρα αυτοκτονίας. Αιτία της αυτοκτονίας εκτός της κατάθλιψης είναι και η έλλειψη επικοινωνίας με τους γονείς. Η απόπειρα αυτοκτονίας δεν είναι παρά μια κραυγή απελπισίας για βοήθεια που απευθύνει ο έφηβος στους γονείς του και στον κοινωνικό του περίγυρο (Τσίτσικα & Χρούσος 2005).

- Συναισθηματική αστάθεια κι ευμεταβλητότητα της ψυχικής διάθεσης
- Υπεραπασχόληση με ζητήματα γύρω από το σώμα, τις λειτουργίες του, την εικόνα του αλλά και υπαρξιακά ζητήματα
- Τάση για απομόνωση και στροφή στον εσωτερικό κόσμο
- Άρνηση, αμφισβήτηση και τάση για πειραματισμό
- Ανάγκη για ανεξαρτητοποίηση από τους γονείς
- Επαναστατικότητα, ρομαντισμός, τάση φυγής από την πραγματικότητα και ωραιοποίησης της
- Ευθιξία, υπερευαισθησία
- Αδεξιότητα στις κινήσεις, νευρικότητα, ανησυχία
- Πείσμα, ισχυρογνωμοσύνη (Τσίτσικα & Χρούσος 2005).

1.3 ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Η συμπεριφορά είναι μία σχετική έννοια αναλύεται, ερμηνεύεται, αξιολογείται και χαρακτηρίζεται με βάση υποκειμενικούς ή και αντικειμενικούς παράγοντες, οι οποίοι έχουν σχέση με τη συμπεριφορά που εξετάζεται. Συνεπώς, η ίδια συμπεριφορά είναι πιθανό να χαρακτηριστεί από διαφορετικά πρόσωπα ως ομαλή, κανονική και επιθυμητή, ή ως προβληματική, διαταραγμένη και ανεπιθύμητη. (Blai, 2017)

Τα πιο συνηθισμένα στοιχεία, που λαμβάνονται υπόψη για να χαρακτηριστεί μία συμπεριφορά ως κανονική ή ως προβληματική είναι καταρχάς οι στάσεις και οι κανόνες αναφοράς της κοινωνίας. Κάθε κοινωνία έχει τις δικές τις αρχές, αξίες, πολιτιστικά στοιχεία και τρόπο ζωής. Έτσι, για παράδειγμα, ένας μαθητής πηγαίνει σήμερα στο σχολείο με μακριά μαλλιά χωρίς να ενοχλείται, ενώ παλιότερα θα αποβαλλόταν. Πολύ σημαντικές κρίνονται, επίσης, οι συνθήκες κάτω από τις οποίες εκδηλώνεται η συμπεριφορά. Σε περιπτώσεις, για παράδειγμα, που οι γονείς είναι αυταρχικοί, τα παιδιά αποκρύπτουν μια ανεπιθύμητη συμπεριφορά, γιατί γνωρίζουν ότι θα τιμωρηθούν. (Sawyer et al., 2012)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΦΗΒΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ

2.1 ΒΙΟΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΚΑΙ ΝΟΗΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

Ο έφηβος παρατηρεί το σώμα του να αλλάζει με ταχύτατο ρυθμό και σε όλες τις παραμέτρους του (ύψος, βάρος, αναλογίες, λειτουργία οργάνων) με σημαντικότερη αλλαγή την ωρίμανση της γενετήσιας λειτουργίας.

Στο νοητικό επίσης συμβαίνουν αλλαγές με την εμφάνιση της αφηρημένης σκέψης.

Τώρα πλέον η σκέψη του εφήβου κινείται και στο χώρο του πιθανού, των υποθέσεων και των θεωριών, μπορεί να επεξεργάζεται πολύπλοκες υποθέσεις, να δίνει εναλλακτικές λύσεις, διευρύνοντας τους πνευματικούς ορίζοντες του (Blai, 2017).

2.2 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

Κύριο χαρακτηριστικό αυτής της περιόδου είναι η φόρτιση και η αστάθεια του συναισθηματικού κόσμου των εφήβων.

Ο Αμερικανός ψυχολόγος Stanley Hall περιγράφει την εφηβεία ως την περίοδο «των καταιγίδων και των έντονων εσωτερικών συγκρούσεων». Εκρήξεις θυμού, τάσεις αυτονομίας, ταλάντωση μεταξύ ακραίων συναισθημάτων (τη μια στιγμή χαρούμενος, την άλλη θλιμμένος), διαμόρφωση ιδανικών, είναι στοιχεία της εφηβικής ψυχοσύνθεσης.

Σε αυτή τη φάση το παιδί «δοκιμάζει» ζωές για να βρει ποια του ταιριάζει ή αλλιώς προσπαθεί να αποκτήσει αυτό που ο Erikson αποκαλεί «ταυτότητα του εγώ» (Windsor & Cermak 2015).

2.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

Η εφηβεία είναι η περίοδος που παρατηρείται έντονα η τάση για ανεξαρτητοποίηση από τους ενήλικες καθώς και η έντονη προσήλωση στις ομάδες με άτομα της ίδιας ηλικίας και ιδιοσυγκρασίας.

Είναι η φάση που το παιδί αποξενώνεται από τους γονείς του και έχει ανάγκη για αυτονομία και κοινωνική αναγνώριση.

Στην προσπάθεια του όμως ο έφηβος να ενσωματωθεί πλήρως σε μια ομάδα, υπάρχει το ενδεχόμενο να υιοθετήσει άσχημες συμπεριφορές, για την απαλοιφή των οποίων χρειάζεται διπλωματία στον τρόπο με τον οποίο θα το αντιμετωπίσουν οι γονείς.

Εάν υπάρχει συνεχώς διαφωνία με κάθε επιλογή του παιδιού θα δημιουργηθεί ένας φαύλος κύκλος και το πιθανότερο είναι το παιδί να από αντίδραση και μόνο να κάνει όλο και χειρότερες επιλογές. Είναι σημαντικό να νιώθει το παιδί ότι είναι ελεύθερο.

(Τσίτσικα & Χρούσος 2005)

Ο γονιός διασαφηνίζει τα όρια που θέτει για την ομαλή λειτουργία της οικογένειας.

- Για παράδειγμα, όταν ο έφηβος ζητήσει να διασκεδάσει βράδυ με τους φίλους του και θελήσει να επιστρέψει μόνος του, μπορούμε να του το επιτρέψουμε, αλλά ορίζουμε μια λογική ώρα. Εάν το θέμα της επιστροφής θεωρούμε ότι είναι επικίνδυνο, του εξηγούμε πως θα πάμε εμείς να τον πάρουμε και κρατάμε μια διακριτική στάση για τους φίλους του (τον περιμένουμε σε κάποιο άλλο σημείο ώστε να μην γίνει θέμα).

Γενικά το κλειδί για μια υγιή σχέση είναι η ισορροπία. Υποχωρούμε κάποιες φορές, για να υποχωρήσει και το παιδί. Είναι η πιο κρίσιμη περίοδος της αναπτυξιακής πορείας των παιδιών και είναι σημαντικό να αισθάνονται την «ύπαρξη» των γονιών και όχι την επιβολή τους. (Kratochwill et al., 2016)

2.4 Η ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΨΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Ο Αμερικανός ψυχολόγος G. Stanley Hall (1904), ήταν ο πρώτος που διατύπωσε μια θεωρητική προσέγγιση για την εφηβεία η οποία βασίζεται σε βιολογικούς παράγοντες. Όπως και ο Piaget, ο Hall υιοθέτησε τη θεωρητική άποψη ότι η οντογέννηση είναι μια «ανακεφαλαίωση» της φυλογένεσης. Με άλλα λόγια, η οντογέννηση, ή η ανάπτυξη του ατόμου, περνά όλα τα στάδια της εξελικτικής ανάπτυξης του είδους (της φυλογένεσης του.) Έτσι, ο Hall θεωρούσε ότι η εφηβική ηλικία είναι μια περίοδος εσωτερικού αναβρασμού και συναισθηματικής αναστάτωσης, που οφείλεται στις βιολογικές αλλαγές που λαμβάνουν χώρα, και ειδικά στις αλλαγές του ορμονικού συστήματος του εφήβου. Κατά τον Hall, αυτή η περίοδος της ζωής είναι ένα αναπόφευκτο μέρος της ανάπτυξης . Γι'αυτό, οι έφηβοι

έχουν ανάγκη από ένα περιβάλλον που θα χαρακτηρίζεται από την ανεκτικότητα και υποστήριξη, για να ξεπεράσουν τη συναισθηματική τους αναστάτωση (Hum et.al. 2011).

Μια διαφορετική βιολογική ερμηνεία, που δίνει έμφαση στους ρυθμούς ωρίμανσης, προτάθηκε από τον Sorenson (1973). Κατ'αυτόν, οι βιοσωματικές αλλαγές που συντελούνται κατά τη διάρκεια της εφηβείας, δημιουργούν συναισθηματική αστάθεια, η οποία εκδηλώνεται με την αναταραχή και την επαναστατικότητα. Τα αγόρια, ιδιαίτερα, βιώνουν μια σειρά από συγκρούσεις ως αποτέλεσμα των φυσιολογικών αλλαγών στο σώμα τους και της αναπτυσσόμενης σεξουαλικής τους συνείδησης. Αυτές οι συγκρούσεις γεννούν ένταση, άγχος και αυξάνουν την πιθανότητα για αντιπαράθεση με την εξουσία. (Kail et al., 2010)

2.5 Η ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΑΠΟΨΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Η ψυχαναλυτική κατεύθυνση θεωρεί ότι η εφηβεία είναι μια περίοδος έντονου εσωτερικού αναβρασμού, καθώς θεωρούν ότι οφείλεται στην έκρηξη των γενετήσιων αναγκών και στην ανάγκη για μια εκ νέου επεξεργασία πολλών από τις σεξουαλικές συγκρούσεις που είχαν αντιμετωπιστεί νωρίτερα κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας. Σύμφωνα με την Ann Freud (1968), αυτό οδηγεί σε έντονες αλλαγές της διάθεσης του εφήβου – από τη χαρά στην άγρια απελπισία, μέχρι και την κατάθλιψη και την αυτοκτονία. (Kail et al., 2010)

Ο Blos (1967) υποστήριξε ότι η διαδικασία απαγκίστρωσης, αποκοπής του ψυχολογικού «ομφάλιου λώρου» από την οικογένεια – και πιο συγκεκριμένα η διαδικασία ανεύρεσης ενός ερωτικού αντικειμένου έξω από τον κύκλο της οικογένειας – απαιτεί από τον έφηβο να προχωρήσει σε μια νέα φάση, κατά την οποία θα απαρνηθεί την εξάρτηση και θα αλλάξει τις δεσμευτικές σχέσεις της παιδικής του ηλικίας. Για να επιτευχθεί αυτό, ο έφηβος θα πρέπει να ανατρέξει, να «παλινδρομήσει» σε προηγούμενο στάδιο της ζωής του και να επεξεργαστεί τα συναισθήματα της παιδικής του ηλικίας. Αυτή ακριβώς η διαδικασία προκαλεί τις έντονες αλλαγές στη διάθεση του εφήβου και τη δραματική του έκφραση των συναισθημάτων του.

Η παλινδρόμηση του εφήβου, σύμφωνα με τον Blos διαφαίνεται σε διάφορες όψεις και εκδηλώσεις της συμπεριφοράς του. Για παράδειγμα, η εξιδανίκευση δημοφιλών «αστέρων» του καλλιτεχνικού κόσμου και των αθλητικών «ινδαλμάτων» μπορεί να θεωρηθεί μια παλινδρόμηση στον «εξιδανικευμένο γονέα» της παιδικής ηλικίας. Ένα άλλο παράδειγμα παλινδρόμησης, είναι η αμφιθυμία του εφήβου απέναντι στους γονείς, όπως εκδηλώνεται με τις έντονες αλλαγές της διάθεσης. Ο Blos ερμήνευσε τα αμφιθυμικά συναισθήματα του εφήβου ως παλινδρόμηση στις αντιδράσεις αγάπης-μίσους της βρεφικής ηλικίας. Κατά τον Blos, είναι απαραίτητο για τον έφηβο να προχωρήσει σε αυτή τη διαδικασία, γιατί διαφορετικά δεν θα κατορθώσει να διαμορφώσει θετικές και σημαντικές σχέσεις με τους άλλους ανθρώπους. Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική προσέγγιση, ο εσωτερικός αναβρασμός και η επαναστατικότητα θεωρούνται απαραίτητα συστατικά για την μετέπειτα υγιή ψυχολογική ανάπτυξη του ατόμου (Windsor & Cermak 2015).

2.6 ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ - ΚΥΚΛΟΥ ΤΗΣ ΖΩΗΣ

Κατά τη γέννηση το φυσιολογικό βρέφος έχει ήδη έτοιμους τους ψυχοφυσιολογικούς μηχανισμούς που θα το βοηθήσουν στην προσαρμογή του στο εξωμήτριο περιβάλλον. Τις επόμενες δύο ως οκτώ εβδομάδες οι μηχανισμοί αυτοί θα λειτουργήσουν κυρίως ως εξισορροπιστικοί και θα προφυλάξουν το νεογνό από τις διεγέρσεις του περιβάλλοντος. Η ψυχολογική αφαίρεση των μηχανισμών αυτών θα αρχίσει να δημιουργεί το εγώ του ατόμου.

Ένα μεγάλο τμήμα της ημέρας, στις πρώτες αυτές εβδομάδες, καταναλίσκεται στον ύπνο. Χαρακτηριστικά, παρατηρούμε περιόδους ή κύκλους ήσυχου ή ανήσυχου ύπνου να εναλλάσσονται με περιόδους ήρεμης ή ενεργητικής εγρήγορσης, όπου το παιδάκι κάνει μορφασμούς, κινεί τα άκρα του, κλαίει κτλ. και με τα μηνύματα αυτά εγκαθιστά από μέρους του τη σχέση προς τη μητέρα που το τρέφει αλλά και το διεγείρει ή το ανακουφίζει με ερεθίσματα κυρίως απτικά και κιναισθητικά.

Το νεογνό απαντά σε οπτικά και ακουστικά ερεθίσματα από την πρώτη μέρα της ζωής του. Η όλη απαντητικότητά του στα διάφορα ερεθίσματα εξαρτάται από την ιδιοσυστασία του και επηρεάζει φυσικά τη διαντίδρασή του με τη μητέρα του. Στην αρχή το βρέφος βρίσκεται στη φάση του φυσιολογικού αυτισμού (φυσιολογική

αυτιστική φάση), νιώθει δηλαδή σαν αυτό να είναι ο κόσμος όλος. Γρήγορα , όμως, από το δεύτερο κιόλας μήνα θ' αναπτυχθεί η έντονη σχέση με τη μητέρα, η φυσιολογική συμβιωτική φάση. Για την ανάπτυξη της έντονης αυτής σχέσης βοηθά και το χαμόγελο του παιδιού που παράγεται από τις πρώτες μέρες της ζωής του. Το πρώτο αυτό χαμόγελο, που είναι μόνο μια μικρή ανύψωση της γωνίας του στόματος, είναι προγραμματισμένο γενετικά και δεν εμφανίζεται σαν απάντηση στο χαμόγελο ή τον οποιοδήποτε ερεθισμό από μέρους της μητέρας. Ικανοποιεί, όμως, ιδιαίτερα τη μητέρα, η οποία και προσπαθεί να το προκαλέσει και σύντομα το καταφέρνει, διότι εξελικτικά γρήγορα το χαμόγελο αρχίζει να παράγεται σαν απάντηση σε ήχους, όπως η φωνή της μητέρας. Πλήρες χαμόγελο υπάρχει ήδη στην τρίτη εβδομάδα και το κλάμα ή το χαμόγελο του παιδιού, ενδείξεις ευχαρίστησης ή δυσαρέσκειας, συνεργάζονται με το κούνημα, το χάδι ή τη χροιά της φωνής της μητέρας στην ανάπτυξη της συμβιωτικής σχέσης και την ανάπτυξη του εγώ του παιδιού. Έτσι, προοδευτικά στους επόμενους μήνες, η σταθερή και συνεπής συμπεριφορά της μητέρας (ή του οποιουδήποτε άλλου ατόμου -ή ατόμων- έχουν τη βασική φροντίδα) προς το παιδί, όσον αφορά τις ανάγκες του και ιδιαίτερα την ανακούφιση της εσωτερικής του διέγερσης σε λογικά αναμενόμενο χρόνο με τροφή, χάδι, κούνημα κτλ., βοηθά στην ανάπτυξη ενός ατόμου που εμπιστεύεται τη μητέρα του και αργότερα τους άλλους ανθρώπους, νιώθει ασφάλεια και έχει αυτοπεποίθηση. (Reynolds, 2017)

Ήδη όμως από τον τέταρτο με έκτο μήνα το παιδάκι αρχίζει να προσπαθεί να αποχωρισθεί από τη μητέρα του, καθώς και η ανάπτυξη του μυϊκού του συστήματος το βοηθά να αρχίσει να εξερευνά το περιβάλλον του. Ο φόβος να χάσει τη μητέρα του στην προσπάθεια του να αποχωρισθεί από αυτήν δημιουργεί τον φόβο των ξένων γύρω στους οκτώ μήνες, οπότε παρατηρούμε ένα βρέφος που πήγαινε εύκολα σε άλλη αγκαλιά να μην αποχωρίζεται τη μητέρα του και να κλαίει κάθε φορά που το ζητά άλλο άτομο. Η διεργασία αυτή του αποχωρισμού-εξατομίκευσης του παιδιού είναι από τις σημαντικότερες, φθάνει στο αποκορύφωμα της στους δεκαοκτώ μήνες και συμπληρώνεται κατά την Mahler όταν το παιδάκι γίνει τριών χρόνων, αφού, όμως, προηγηθεί και επαναπροσέγγιση του παιδιού προς τη μητέρα.

Ο ρόλος της μητέρας στο να αφήσει το νήπιο να φύγει από κοντά της παροτρύνοντας και ενισχύοντας την ανάγκη του για ανεξαρτησία και ταυτόχρονα ανακουφίζοντας τον φόβο του από τον αποχωρισμό και την ανάγκη του για εξάρτηση είναι αποφασιστικός και η συμπεριφορά της θα κρίνει κυρίως κατά πόσο το άτομο θα γίνει

ή όχι ελεύθερο και ανεξάρτητο, αλλά και ταυτόχρονα ικανό για στενές και αρμονικές διαπροσωπικές σχέσεις. (Reynolds, 2017)

Κατά τους πρώτους δεκαοκτώ με είκοσι τέσσερις μήνες αναπτύσσεται προοδευτικά και το σημαντικότερο τμήμα της ευφυΐας του παιδιού. Κατά τον Piaget το νήπιο θα διακινηθεί από αντανακλαστικές και μόνο κινήσεις στον πρώτο μήνα της ζωής του, στη βαθμιαία ανακάλυψη σχημάτων συμπεριφοράς που το βοηθούν να εξερευνήσει τον κόσμο γύρω του και κατόπι στη δημιουργία με τη βοήθεια της μνήμης της ικανότητας για εσωτερική αναπαράσταση των εξωτερικών αντικειμένων. Η αναπαράσταση αυτή δίνει μια εσωτερική μονιμότητα στον εξωτερικό κόσμο και βοηθά τον άνθρωπο να υπολογίσει τις μελλοντικές πράξεις με εσωτερικές διασυνδέσεις ιδεών και συναισθημάτων, που τις αναπαριστούν. Η ικανότητα για εσωτερική αναπαράσταση των εξωτερικών αντικειμένων, αν και αναπτύσσεται γύρω στους δεκαοκτώ με είκοσι τέσσερις μήνες, εξελίσσεται και οριστικοποιείται γύρω στα επτά χρόνια (αναπαραστασιακό ή προ των λογικών διεργασιών στάδιο). (Balat, 2016)

Γύρω στους δεκαοκτώ μήνες έχει αναπτυχθεί σημαντικά και η ομιλία. Η ομιλία με τη χρησιμοποίηση των συμβόλων της γλώσσας βοηθά στην αντιμετώπιση καταστάσεων λεκτικά και όχι με πράξεις, (που είναι κάτι τελειωτικό) και πολλαπλασιάζει απεριόριστα τη δυνατότητα επικοινωνίας του ανθρώπου. Προοδευτικά σχηματίζεται η αίσθηση του εγώ ή εαυτού του ατόμου, που ολοκληρώνεται στα τρία περίπου χρόνια, οπότε το παιδάκι μπορεί να πει και να αντιληφθεί ολοκληρωμένα τις διαστάσεις της έννοιας «εγώ». Τα πρώτα στοιχεία του εγώ είναι σωματικά και προέρχονται κυρίως από ερεθίσματα κιναισθητικά, αφής, πίεσης και θερμικά και κατόπι των άλλων αισθήσεων. Τα ερεθίσματα αυτά συνθέτουν βαθμιαία την αίσθηση του σωματικού εγώ, που με τη σειρά του δημιουργεί την αντίληψη της σωματικής εικόνας του ατόμου. Η ανάπτυξη και σύνθεση του εγώ βασίζεται κυρίως στις ψυχικές αναπαραστάσεις των αισθήσεων του «καλού» και του «κακού» με την έννοια της ικανοποίησης-ευχαρίστησης και της δυσαρέσκειας-απογοήτευσης ή στέρησης. Οι αναπαραστάσεις αυτές, όμως, επηρεάζονται από τη σχέση του παιδιού με τη μητέρα (και λιγότερο με τον πατέρα). Έτσι, η αρμονική ικανοποίηση των αναγκών του παιδιού (ισορροπία μεταξύ ικανοποίησης και αναγκαίας στέρησης ή μη ικανοποίησης) βοηθά την ανάπτυξη ισορροπημένων αναπαραστάσεων «καλού» και «κακού», οι οποίες με τη σειρά τους επιτρέπουν συγκροτημένη σύνθεση του εγώ του ατόμου, αλλά και ισορροπημένη αντίληψη της μητέρας και σε επέκταση του εξωτερικού περιβάλλοντος ως

ταυτόχρονα «καλού» και «κακού». Ταυτόχρονα βοηθούν σε εκμάθηση αντοχής στη στέρηση. Διαταραχές στη διαντίδραση μητέρας-παιδιού οδηγούν σε μη ισορροπημένη σύνθεση των αναπαραστάσεων, μη συγκροτημένη σύνθεση του εαυτού, διαταραγμένες σχέσεις με το περιβάλλον και ευαλωτότητα στη στέρηση. (Balat, 2016)

Σημειώνουμε ότι η μητέρα δεν γίνεται αντιληπτή ως ολόκληρο άτομο από την αρχή της ζωής του παιδιού. Για πολλούς μήνες είναι ασύνδετα κομμάτια αναπαραστάσεων, μαστός, μάτια, φωνή κτλ., που προοδευτικά, όμως, συνδέονται, επενδύονται συναισθηματικά και γύρω στα τρία χρόνια συνθέτουν την αναπαράσταση της ολοκληρωμένης μητέρας. Τα τρία λοιπόν χρόνια της ζωής είναι το όριο όπου τόσο το άτομο, όσο και η μητέρα και φυσικά και τα άλλα άτομα του περιβάλλοντος, έχουν αποκτήσει πλήρη υπόσταση και είναι σαφώς διαχωρισμένα μεταξύ τους. (Alfonso et al., 2015)

Μέχρι τα τρία χρόνια και με την αρχή γύρω στα ενάμισι ως δύο συμπληρώνεται συνήθως και η εκπαίδευση του παιδιού στον έλεγχο των απεκκριτικών του λειτουργιών. Καθώς ο νευρομυϊκός μηχανισμός της αφόδευσης και της ούρησης δεν ωριμάζει πριν τον δεύτερο χρόνο, δεν συνιστάται η εκπαίδευση του παιδιού πριν την ηλικία αυτή. Κατά την εκπαίδευση του το παιδί θα πρέπει να μπορέσει να εναρμονίσει τις παρορμήσεις του για συγκράτηση ή άφημα των ούρων ή κοπράνων με τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος για έλεγχο, καθαριότητα και ρύθμιση του χρόνου. Ακολουθούν έντονες διαντιδράσεις με το περιβάλλον, μητέρα, πατέρα κτλ., που καθορίζουν την ισορροπημένη ή όχι ανάπτυξη ενός ελεύθερου και με εσωτερικό έλεγχο ανθρώπου ή ενός πεισματάρη, αμφίθυμου και με αισθήματα ντροπής ατόμου. Και πάλι η σταθερή, αποφασιστική και χωρίς τιμωρίες ή υποχωρήσεις συμπεριφορά των γονιών είναι η βάση για την καλή έκβαση της φάσης αυτής. (Alfonso et al., 2015)

Την ίδια περίοδο η μυοσκελετική ωρίμανση του παιδιού επιτρέπει μεγάλη κινητικότητα, διερεύνηση του περιβάλλοντος και πειραματισμούς, που οδηγούν πολλές φορές σε καταστροφή αντικειμένων ή και αυτοτραυματισμούς. Η οποιαδήποτε εκδήλωση επιθετικότητας ή καταστροφικής τάσης είναι βασικά σύντομη με την ανάγκη του παιδιού να εναρμονίσει τις κινήσεις του και να ανακαλύψει τον κόσμο γύρω του, οπότε η συμπεριφορά των γονιών πρέπει να χαρακτηρίζεται από κατανόηση και συνετή προφύλαξη του παιδιού. (Hum et al., 2011)

Σύμφωνα με τη θεωρία της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης του Freud γύρω στα τρία χρόνια το παιδί έχει συμπληρώσει το στοματικό στάδιο (ή φάση) που διαρκεί από τη

γέννηση μέχρι περίπου τον ενάμιση χρόνο και λέγεται έτσι επειδή το στόμα προεξάρχει ως η κατ' εξοχήν περιοχή εισόδου της ικανοποίησης ή έκφρασης της δυσαρέσκειας (δάγκωμα κτλ.) και το πρωκτικό στάδιο (ή φάση) - ενάμιση ως δυόμιση με τρία χρόνια περίπου - όπου ο πρωκτός αλλά και η ουρήθρα, επισύρουν την προσοχή του παιδιού μέσα από τις λειτουργίες της αφόδευσης και της ούρησης και την εκπαίδευση σ' αυτές. Η επένδυση των περιοχών αυτών με έντονα αισθήματα θετικά και αρνητικά από μέρους του ατόμου έκανε τον Freud να τις ονομάσει ερωτογόνες ζώνες. Η τρίτη ερωτογόνος ζώνη είναι τα γεννητικά όργανα και η έντονη επένδυση τους μετά τα δυόμιση με τρία χρόνια (αν και η επένδυση τους έχει αρχίσει από πολύ πιο νωρίς - αυνανισμός π.χ. παρατηρείται από τον πρώτο ακόμη χρόνο της ζωής) αποτελεί την είσοδο στο φαλλικό στάδιο (ή φάση), που διαρκεί μέχρι τα έξι περίπου χρόνια. Στη φάση αυτή το αγοράκι ή κοριτσάκι νιώθει έντονα πια τις διαφορές των δύο φύλων, καθώς η ταυτότητα φύλου' μεταξύ δευτέρου και τρίτου έτους έχει πια αποκρυσταλλωθεί. Η συνειδητοποίηση των διαφορών γεννά ορισμένους φόβους και απογοητεύσεις που είναι ειδικοί για το κάθε φύλο. Έτσι, το κοριτσάκι πρέπει να ξεπεράσει το αίσθημα απογοήτευσης ότι δεν έχει και δεν πρόκειται να αποκτήσει πέος, ενώ το αγοράκι έχει να ξεπεράσει τον φόβο ότι μπορεί να χάσει το πέος του, δηλαδή τον φόβο ή άγχος ευνουχισμού. (Hum et al., 2011)

Στο στάδιο αυτό προεξάρχει το ονομαζόμενο οιδιπόδειο σύμπλεγμα (γι αυτό και λέγεται και οιδιπόδειο στάδιο), που μπορεί να διακριθεί σε θετικό και αρνητικό. Κατά το θετικό οιδιπόδειο σύμπλεγμα, το παιδάκι επιθυμεί τον γονιό του άλλου φύλου και φοβάται την εκδίκηση του γονιού του ίδιου φύλου καθώς αναπτύσσονται και επιθυμίες απομάκρυνσης ή και θανάτου του γονιού αυτού. Κατά το αρνητικό οιδιπόδειο σύμπλεγμα, το παιδάκι απογοητευμένο που δεν μπορεί να πετύχει τους στόχους του θετικού οιδιπόδειου, στρέφεται προς τον γονιό του ίδιου φύλου, οπότε και επιθυμεί την εξαφάνιση του γονιού του άλλου φύλου. Οι δυο μορφές του οιδιπόδειου συνυπάρχουν και τα συναισθήματα αγάπης, θυμού και φόβου είναι πολύ έντονα. Το παιδάκι για ν' ανταπεξέλθει στις εσωτερικές του ενορμήσεις δημιουργεί φαντασίες όπου βγαίνει νικητής ή νικήτρια, δημιουργεί φανταστικούς συντρόφους ή ταλαιπωρείται από εφιάλτες με τέρατα και δράκους, που συμβολίζουν τον γονιό που φοβάται. (Hum et al., 2011)

Στην περίοδο αυτή η φαντασία του παιδιού γίνεται προοδευτικά συμβολική, ενώ προηγουμένως ήταν άμεση και φανερή. Η πληθώρα των παιδικών ιστοριών και παραμυθιών, δράκοι, πριγκίπισσες, ήρωες κτλ., θεωρείται ψυχαναλυτικά ότι

αντιπροσωπεύει και απευθύνεται ακριβώς στη συμβολική αναπαράσταση των απωθημένων αιμομικτικών, γονεοκτονικών και συναγωνιστικών τάσεων του παιδιού καθώς και της τάσης του για παντοδυναμία και του φόβου του αποχωρισμού. Τελικά, η αγάπη των γονιών μεταξύ τους και προς το παιδί, η αγάπη του παιδιού προς τους γονείς, η ανάγκη του παιδιού για εξάρτηση, που προϋποθέτει κανείς γονιός να μην πεθάνει και ο μηχανισμός της ταυτοποίησης («καλύτερα να περιμένω να γίνω σαν τον πατέρα ή τη μητέρα όταν μεγαλώσω») βοηθούν το παιδί να λύσει το οιδιπόδειο και να βγει από τη φάση αυτή. (Windsor & Cermak 2015)

Φυσικά, η ήρεμη και ισορροπημένη αντιμετώπιση από μέρους των γονιών όλων των εκδηλώσεων αγάπης και ερωτισμού ή θυμού και επιθετικότητας του παιδιού θα επιτρέψει την αρμονική σύζευξη των αισθημάτων αυτών, την πετυχημένη λύση του οιδιπόδειου και τη δημιουργία ενός υπερεγώ, που το χαρακτηρίζει καλοήθεια και σταθερότητα. (Dick et al., 2015)

2.7 ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ

Σημαντική η κατανόηση των βιολογικών, κοινωνικών, συμπεριφορικών και πολιτισμικών παραγόντων που ενέχονται στη μετάβαση από την παιδική ηλικία στην ενήλικη ζωή και πως είναι συνυφασμένοι. (Dick et al., 2015)

Η προσέγγιση της βιολογικής ωρίμανσης

Οι θεωρίες της βιολογικής ωρίμανσης για την εφηβεία, όπως παρόμοιες θεωρίες ανάπτυξης για προηγούμενες περιόδους τονίζουν ότι η ανάπτυξη είναι κυρίως το ξεδίπλωμα του κληρονομημένου βιολογικού δυναμικού.

GESELL - δέχεται ότι το περιβάλλον μπορεί να ασκήσει μια πιο έντονη επίδραση κατά την εφηβεία, σε σύγκριση με τη βρεφική ηλικία, αλλά εξακολουθούσε να υποστηρίζει ότι οι περιβαλλοντικές συνθήκες δεν αλλάζουν θεμελιωδώς τη βασική δομή της ανάπτυξης κατά τη διάρκεια της εφηβείας - συμφωνία με τον Hall (ανακεφαλαίωση) . (Welham et al., 2009)

SIGMUND FREUD - θεωρούσε την εφηβεία ως ένα ξεχωριστό στάδιο στην ανάπτυξη, στην διάρκεια του οποίου τα ανθρώπινα όντα μπορούν επιτέλους να εκπληρώσουν τη βιολογική επιταγή να αναπαραχθούν και επομένως να αναπαράγουν το είδος τους (σεξ ως κύριο κίνητρο για κάθε ανθρώπινη συμπεριφορά). Χαρακτήρισε την εφηβεία ως ένα *γενετικό στάδιο*, γιατί αυτή είναι η περίοδος στη διάρκεια της

οποίας η σεξουαλική επαφή γίνεται ένα σημαντικό κίνητρο της συμπεριφοράς. Η συναισθηματική αναταραχή που συνόδευε το στάδιο της εφηβείας ήταν το αποκορύφωμα της *ψυχολογικής διαμάχης* των τριών συστατικών της προσωπικότητας (Εκείνο, Εγώ και Υπερεγώ). Το κύριο αναπτυξιακό έργο της εφηβείας είναι η *επαναφορά της ισορροπίας* των ψυχικών δυνάμεων. Αν και η θεωρία του Freud για την εφηβεία έχει τις ρίζες της στη βιολογία, δεν αγνοεί τον κοινωνικό κόσμο. (Dick et al., 2015)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΕΦΗΒΕΙΑΣ

3.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η αυτοκτονία είναι μια από τις πιο κοινές αιτίες θανάτου μεταξύ των νέων σε όλο τον κόσμο. Η εφηβεία είναι μια αναπτυξιακά σημαντική φάση της ηλικίας λόγω του αυξανόμενου κινδύνου αυτοκτονίας και επικράτησης ψυχιατρικών διαταραχών, καθώς και λόγω των αυξανόμενων δυνατοτήτων πρόληψης και θεραπείας. Τα ευρήματα της έρευνας σε θεωρητικές εκτιμήσεις, σε μελέτες ψυχολογικής αυτοψίας καθώς και σε επιλεγμένες μελέτες παρακολούθησης κλινικών πληθυσμών και προσπαθειών αυτοκτονίας που αναλύουν παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονίες των νέων εξετάζονται με έμφαση στα πιο πρόσφατα δεδομένα. Καθώς οι αυτοκτονίες των νέων είναι σπάνιες, η έρευνα για τους παράγοντες κινδύνου για τον νεανικό αυτοκτονικό ιδεασμό, η σκόπιμη αυτοτραυματική συμπεριφορά και η απόπειρα αυτοκτονίας εξετάζονται. Οι αντιξοότητες που σχετίζονται με την οικογένεια, προκαλούν διαπροσωπικές διαταραχές και ιδιαίτερα ψυχιατρικές διαταραχές συνιστούν παράγοντες κινδύνου για την αυτοκτονία των εφήβων. Η αυτοκτονία επηρεάζει τους νέους από όλες τις φυλές και τις κοινωνικοοικονομικές ομάδες, αν και ορισμένες ομάδες έχουν υψηλότερα ποσοστά από άλλες. (Kelleher et al., 2013)

Οι αυτοκτονίες είναι ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας μεταξύ των νέων σε όλο τον κόσμο. Οι τελευταίοι μέσοι ετήσιοι ρυθμοί αυτοκτονίας παγκοσμίως ανά 100.000 ήταν 0,4 για τα θηλυκά και 1,5 για τα αρσενικά ηλικίας 5-14 ετών και 4,9 για τα θηλυκά και 22,0 για τα αρσενικά μεταξύ 15-24 ετών αντίστοιχα. Υπήρξε μια αρσενική υπεροχή σε ποσοστά αυτοκτονίας. (Kann et al., 2013)

Οι ολοκληρωμένες αυτοκτονίες είναι σπάνιες σε παιδιά και νέους εφήβους και ο επιπολασμός τους αυξάνεται με την αυξανόμενη ηλικία. Η εφηβεία και η πρόιμη ενηλικίωση γενικά θεωρούνται περίοδοι στις οποίες υπάρχει υψηλός κίνδυνος για αυτοκτονική συμπεριφορά πρώτης εκδήλωσης. Λόγω του αυξανόμενου κινδύνου αυτοκτονίας με αυξανόμενη ηλικία, οι έφηβοι μπορούν να θεωρηθούν ως ο κύριος στόχος της πρόληψης των αυτοκτονιών.

Οι θάνατοι από αυτοκτονίες αντιπροσωπεύουν το 8,5% όλων των θανάτων μεταξύ εφήβων και νεαρών ενηλίκων σε όλο τον κόσμο (15-29 ετών) και αποτελεί κύρια αιτία θανάτου μεταξύ των νέων παγκοσμίως (WHO, 2017). Τα ποσοστά

θνησιμότητας των αυτοκτονιών είναι εντυπωσιακά αυξημένα στις μετα-σοβιετικές χώρες (π.χ. Λιθουανία, Λετονία, Ουζμπεκιστάν), με ποσοστά από 14,5 έως 24,3 ανά 100,000 για εφήβους και νεαρούς ενήλικες και 0,3-2,8 ανά 100,000 για παιδιά και νέους εφήβους. Πρόσθετες χώρες με αυξημένα ποσοστά αυτοκτονίας μεταξύ νέων περιλαμβάνουν τη Νέα Ζηλανδία, τη Φινλανδία και την Ιαπωνία. Αξιοσημείωτο είναι ότι οι τάσεις μεταξύ των νέων δεν αντιπροσωπεύουν ομοιόμορφα τις τάσεις συνολικά. Για παράδειγμα, η Νέα Ζηλανδία κατατάσσεται σε υψηλά επίπεδα σε σύγκριση με άλλες χώρες σύμφωνα με τα ποσοστά αυτοκτονίας των νέων, αλλά έχει σχετικά χαμηλό ποσοστό αυτοκτονίας συνολικά. Ως άλλο παράδειγμα, η Ουγγαρία βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα σε σύγκριση με άλλες χώρες σύμφωνα με το συνολικό ποσοστό αυτοκτονίας, αλλά έχει σχετικά χαμηλό ποσοστό αυτοκτονίας των νέων. Χώρες όπως η Λιθουανία και η Λετονία κατέχουν υψηλή θέση τόσο για τη νεολαία όσο και για τα συνολικά ποσοστά αυτοκτονίας. (WHO, 2017)

3.2 Η ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Η προσπάθεια του εφήβου για αυτονομία και ανεξαρτητοποίηση διαταράσσει την ηρεμία και τη σταθερότητα που υπήρχε στις οικογενειακές σχέσεις και τη λανθάνουσα περίοδο της εξέλιξης του παιδιού.

Οι γονείς δεν είναι πλέον σε θέση να κάνουν σχέδια για το παιδί τους και να ασκούν την ίδια επιρροή επάνω του. Αισθάνονται ότι 'χάνουν' το παιδί τους καθώς αυτό αποκηρύσσει την κυριαρχία τους και αναζητά καταφύγιο στις παρέες των συνομηλίκων, χωρίς να τους επιτρέπει πλέον να παραμβαίνουν στην προσωπική του ζωή. (Lerner et al., 2009)

Καθώς από-ιδανικοποιούνται από τους εφήβους, πενθούν για την απώλεια του γονεϊκού ρόλου και των ικανοποιήσεων που τους πρόσφερε η εξάρτηση των παιδιών από το πρόσωπό τους. Όσο μεγαλύτερη είναι η δυσκολία των γονέων να δεχτούν το γεγονός ότι από-ιδανικοποιούνται από τους εφήβους, τόσο πιο επώδυνη και χρονοβόρα θα είναι για τους τελευταίους η διεργασία της ατομικοποίησης και της αυτονομίας. Στις έφηβες κοπέλες, η αντιδραστικότητα προς τους γονείς είναι συνήθως λιγότερο έντονη .

Ο Winnicott (1965) θεωρεί ότι με την αντιδραστικότητα αυτή οι έφηβοι δηλώνουν με ένα ιδιότυπο τρόπο ότι έχουν απόλυτη ανάγκη από τη συμπαράσταση και τη βοήθεια

των γονέων. Τους είναι απαραίτητο να μεγαλώνουν σε ένα σταθερό πλαίσιο που να μην καταλύεται από την επιθετικότητά τους. (Guthold et al., 2010)

Οι γονείς μπορεί να αντιδράσουν με επιβολή αυστηρού ελέγχου και απαγορεύσεων για να διατηρήσουν την εξάρτηση του παιδιού προς αυτούς. Αυτή η αντίδραση είναι πιθανό να οδηγήσει τον έφηβο σε έντονες εκδραματίσεις: αναζήτηση διεγέρσεων μέσα από τη χρήση ουσιών, σεξουαλική ελευθεριότητα, παραπτωματική συμπεριφορά, φυγή από το σπίτι και άλλα. Σε άλλες περιπτώσεις είναι πιθανό ο έφηβος να παλινδρομήσει και να προσκολληθεί ακόμα περισσότερο στους γονείς.

Στη σύγχρονη κοινωνία, που έχει αποκηρύξει τις παιδαγωγικές πρακτικές του παρελθόντος, πολλοί γονείς, για να αντιδράσουν στην καταπίεση που είχαν υποστεί από τους δικούς τους γονείς, προσπαθούν να μάθουν στα παιδιά να είναι αυτόνομα και ανεξάρτητα. (Lerner et al., 2009)

Στην πραγματικότητα, επιτυγχάνεται το ακριβώς αντίθετο καθώς τα παιδιά μεγαλώνουν σε ένα ακαθόριστο πλαίσιο, χωρίς σαφή όρια και την αναγκαία καθοδήγηση των ενηλίκων. Κατά την περίοδο της εφηβείας, θεωρούν δεδομένη την επιθυμία του να ανεξαρτητοποιηθεί από αυτούς και τον προτρέπουν να εμπλέκεται σε καταστάσεις τις οποίες δεν είναι ακόμα έτοιμος να αντιμετωπίσει, με φυσική συνέπεια την αποτυχία.

Έτσι, μειώνεται η αυτοεκτίμησή του, η πραγματικότητα γίνεται τραυματική και ευνοείται η παλινδρόμηση σε προγεννητικά στάδια και η καταφυγή σε φαντασιώσεις παντοδυναμίας. Η διαφοροποίηση εαυτού και αντικειμένου είναι ατελής και αποδυναμώνεται το Υπερεγώ, καθώς οι γονείς δεν θέτουν σαφή όρια στα παιδιά τους. Οι γονείς πρέπει να είναι συναισθηματικά κοντά στους εφήβους, να έχουν την ικανότητα να αντέξουν και να 'σηκώσουν' την επιθετικότητα και όλα τα αρνητικά συναισθήματα που προβάλλουν επάνω τους. Να είναι δυνατοί και σταθεροί, ώστε να επιτρέψουν στα παιδιά τους να τους απομυθοποιήσουν αλλά και να τα βοηθήσουν να αποκαταστήσουν την συναισθηματική τους ισορροπία. (Guthold et al., 2010)

Ένας έφηβος μπορεί να απο-ιδανικοποιήσει μόνο τους γονείς που δεν φοβάται ότι θα καταρρεύσουν αν τους ανταγωνιστεί ή θα χαθούν αν δεν ασχολείται πια μαζί τους. Η αδυναμία των γονέων δεν του επιτρέπει να αντλήσει την αναγκαία δύναμη για τη συγκρότηση του εαυτού. (Guthold et al., 2010)

Οι γονείς φυσιολογικά αναζητούν τη στήριξη ο ένας από τον άλλον, για να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες από τη μεταλλαγή της σχέσης με το παιδί τους. Αυτή η δυνατότητα, ωστόσο, δεν είναι πάντα εφικτή και αποκαλύπτονται παλιές απωθημένες

συγκρούσεις και προκαλούνται καταθλιπτικά συναισθήματα ή αναζητείται ικανοποίηση σε σχέσεις έξω από το γάμο.

Στη σύγχρονη βιβλιογραφία χρησιμοποιείται ο εύστοχος όρος 'σύνδρομο της κενής φωλιάς' (empty nest syndrome) για να περιγράψει τις δυσκολίες των γονέων να προσαρμοστούν στις νέες συνθήκες που δημιουργούνται μετά την ανεξαρτητοποίηση των παιδιών. (Guthold et al., 2010)

Επιπλέον, οι γονείς έχουν να αντιμετωπίσουν διάφορες προκλήσεις σε ότι αφορά και την προσωπική τους εξέλιξη. Η κρίση της εφηβείας, συνήθως συμπίπτει χρονικά με την κρίση της μέσης ηλικίας στους γονείς. Κάνουν έναν απολογισμό για όσες από τις φαντασιώσεις του Ιδεώδους του Εγώ κατόρθωσαν να επιτύχουν ή για όσες έμειναν ανικανοποίητες. (Guthold et al., 2010)

Ξεκινά για αυτούς η περίοδος της βιολογικής κάμψης, τη στιγμή που το σώμα του εφήβου βρίσκεται σε πλήρη άνθηση. Από το πόσο ικανοποιημένοι είναι οι γονείς από τη ζωή τους μέχρι σήμερα, θα κριθεί και η αντίδραση τους στην αναστάτωση που προκαλεί η εφηβεία.

Ωστόσο, είναι δύσκολο να αποφευχθεί η σύγκριση σε τομείς όπως η δύναμη και η σωματική εμφάνιση. Ο διαχωρισμός των ρόλων δεν είναι πλέον σαφής, καθώς ο έφηβος έχει πλέον τη δύναμη να συγκρουστεί με τον πατέρα αλλά και την ικανότητα για ολοκληρωμένη σεξουαλική δραστηριότητα.

Οι γονείς επιδίδονται συχνά σε έναν ναρκισσιστικό ανταγωνισμό με τα παιδιά τους, προσπαθώντας να τα μιμηθούν, ή τα πιέζουν να ενηλικιωθούν όσο το δυνατόν ταχύτερα γιατί έτσι δεν θα απειλούνται από τη δύναμη της νεότητάς τους. Οι γονείς που είναι ναρκισσιστικά ευάλωτοι έχουν προβλήματα σε όλες τις φάσεις εξέλιξης των παιδιών τους. (Spear, 2010)

Ο Freud (1914) ήταν ο πρώτος που περιέγραψε τις παθολογικές πλευρές του γονεϊκού ναρκισσισμού και αναφερόταν στην γονεϊκή αγάπη σαν προβολή του παιδικού αυτοερωτισμού στη ναρκισσιστική του προέκταση, δηλαδή το παιδί του.

Ανάμεσα στην μητέρα και την έφηβη κόρη αναπτύσσονται σε πολλές περιπτώσεις σχέσεις που σχετίζονται με την αρχή και το τέλος της έμμηνης ρύσης. Η κόρη αποκτά την ικανότητα για σύναψη σεξουαλικών σχέσεων και τεκνοποίηση, ενώ για τη μητέρα η σεξουαλικότητα και η θηλυκότητα υποχωρούν. (Spear, 2010)

Γίνεται λοιπόν κατανοητό πως μπορεί να φθονεί την κόρη για τις νέες ιδιότητές της, ενώ ταυτόχρονα η ίδια αισθάνεται λύπη και απόγνωση για τη σταδιακή απώλεια αυτών των ιδιοτήτων. Πάντως φαίνεται πως οι μητέρες που είχαν μία ικανοποιητική

ερωτική ζωή μεταδίδουν και στις κόρες μία ηρεμία σχετικά με τη σεξουαλικότητα, χωρίς να τις φορτώνουν με άγχος και ενοχές .

Η αναβίωση του οιδιποδείου και των πρώιμων διεργασιών της σεξουαλικότητας δεν συμβαίνει μόνο στους εφήβους αλλά και στους γονείς τους. Οι συγκρούσεις της παιδικής ηλικίας έρχονται πάλι στην επιφάνεια, ιδιαιτέρως αν δεν έχουν επιλυθεί κατά τη δική τους εφηβεία. Οι γονείς εκδηλώνουν και αυτοί, σε ασυνείδητο επίπεδο, αιμομεικτικές τάσεις απέναντι στα παιδιά τους, οι οποίες προκαλούν άγχος και ενοχές.

Οι τάσεις αυτές μπορεί να εκδηλωθούν με ζήλεια του γονέα προς το παιδί του αντίθετου φύλου ή να εκδραματιστούν με τη σύναψη μίας ετερόφυλης σχέσης με ένα αρκετά νεότερο άτομο. Μπορεί ακόμα να ζηλεύουν τα παιδιά τους γιατί οι ίδιοι είχαν πιο αυστηρούς και απαγορευτικούς γονείς και δεν τους επιτρεπόταν να ζήσουν όλα αυτά που συμβαίνουν στα δικά τους παιδιά. (Spear, 2010)

Οι γονείς γίνονται συχνά αυταρχικοί προς τα παιδιά τους, απαγορεύοντας τη διασκέδαση, τις γνωριμίες με εφήβους του άλλου φύλου, για να αναστείλουν την έκφραση της δικής τους σεξουαλικότητας, την οποία προβάλλουν στα παιδιά τους. Αυτή η στάση εκλογικεύεται συνήθως (για παράδειγμα ο πατέρας λέει στον έφηβο ότι είναι επικίνδυνο να γυρνάς τη νύχτα στους δρόμους) και προκαλεί θυμό και αντίδραση από τον έφηβο.

Επιπλέον, η αυταρχικότητα των γονιών δημιουργεί συνήθως πολύ αυστηρό Υπερεγώ, το οποίο είναι τιμωρητικό και άτεγκτο, χωρίς να προστατεύει τον ψυχισμό από τις εντάσεις. Σε άλλες περιπτώσεις οι γονείς δεν έχουν να αντιμετωπίσουν μόνο τη συμβολική απώλεια του παιδιού τους από τον κόλπο της οικογένειας, αλλά πρέπει να αντιμετωπίσουν και την πραγματική απώλεια των δικών τους γονέων που φεύγουν από τη ζωή.

Γίνονται και οι ίδιοι 'παιδιά χωρίς γονείς' και κατακλύζονται από συναισθήματα μοναξιάς. Όλες αυτές οι διεργασίες είναι πολύ επώδυνες και οι γονείς οφείλουν να προσαρμοστούν στη νέα πραγματικότητα και να βρουν νέους τρόπους ικανοποίησης.

Τα 'στερεότυπα' για την εφηβεία σύμφωνα με τη βιβλιογραφία είναι τα εξής:

- ο έφηβος καταλαμβάνεται από ακατάσχετη σεξουαλική μανία και γίνεται επικίνδυνος, ενώ ταυτόχρονα χρειάζεται καθοδήγηση και ενθάρρυνση γιατί είναι ακόμα ανεπαρκής,
- είναι έρμαιο των επιθυμιών του, αποκόπτεται από τους δεσμούς με την οικογένεια χωρίς την ικανότητα να επιβληθεί στα συναισθήματά του, αδυνατεί να προσαρμοστεί

σε ένα ενήλικο περιβάλλον, ενώ την ίδια στιγμή με την περίεργη συμπεριφορά του κάνει μία απελπισμένη έκκληση για βοήθεια,

- είναι αδίστακτος εκμεταλλευτής και σαδιστής για τους γονείς, ενώ για άλλους είναι ένα αγνό και ανυπεράσπιστο θύμα για εκμετάλλευση,
- είναι αντικείμενο φθόνου καθώς κατέχει όλα τα προσόντα και τις ικανότητες που σταδιακά χάνει ο ενήλικας. Ταυτόχρονα είναι αυτός που μπορεί να ικανοποιήσει τις ανεκπλήρωτες επιθυμίες των γονέων και πρέπει να προστατευθεί και να ενθαρρυνθεί και
- είναι ένας μέλος της οικογένειας που διαταράσσει τις ευαίσθητες ισορροπίες και πρέπει να εκδιωχθεί αλλά και ένα αγαπημένο αντικείμενο που χάθηκε και για το οποίο η οικογένεια πρέπει να πενθήσει. (Spear, 2010)

Είναι εύκολο να διαπιστωθεί η αντιφατικότητα της καθεμιάς από αυτές τις στερεότυπες πεποιθήσεις. Ο γονείς οφείλουν λοιπόν να επιδεικνύουν μία σταθερή αλλά και ευέλικτη στάση απέναντι στους εφήβους, χωρίς να θεωρούν πως έχουν αποτύχει σαν γονείς, βλέποντας τα παιδιά τους να μεταμορφώνονται από την φυσιολογική εξελικτική κρίση της εφηβείας. (Spear, 2010)

3.3 Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Η εφηβική κατάθλιψη αποτελεί ένα βασικό προμήνυμα της τάσης αυτοκτονίας του εφήβου και, σύμφωνα με την πιο κοινή αντίληψη, θεωρείται άμεσα υπεύθυνη γι' αυτή. Για τον λόγο αυτό, η έγκαιρη διάγνωσή της και η θεραπεία της, αποτελούν την κυριότερη προφύλαξη του εφήβου από την αυτοκτονία. (Nardi et al., 2013)

Οι καταθλιπτικές καταστάσεις μπορεί να ξεκινούν από σχετικά ανώδυνες, αν και έντονες παροδικές καταστάσεις θλίψης, μετά από κάποιο άσχημο γεγονός. Διαχωρίζονται στη φυσιολογική κατάθλιψη, η οποία δεν διαρκεί πολύ και φτάνει μέχρι τις σοβαρά διαταραγμένες ψυχωτικές καταστάσεις, που περιλαμβάνουν νοητικές και συναισθηματικές διαταραχές.

Για τους περισσότερους εφήβους, αυτά τα συναισθήματα κατάθλιψης είναι παροδικά και αποτελούν μέρος από τα συναισθηματικά “σκαμπανεβάσματα” που είναι τόσο συχνά κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Για μερικούς άλλους όμως, η κατάθλιψη μπορεί να γίνει η κυρίαρχη διάθεση, και τότε, παίρνει διαστάσεις πραγματικής κλινικής διαταραχής, η οποία απαιτεί ειδική βοήθεια. Αν αυτή η

κατάθλιψη μείνει αθεράπευτη, μπορεί να γίνει χρόνια και να οδηγήσει ακόμα και στην αυτοκτονία. (Nardi et al., 2013)

Τα σπουδαιότερα αίτια της εφηβικής κατάθλιψης είναι:

- Ο έφηβος νιώθει ενοχή και ψυχολογική καταπίεση του εαυτού του, εξαιτίας της μη πραγματοποίησης των δικών του, αλλά και των γονεϊκών προσδοκιών, ήδη από την παιδική ηλικία, με συνέπεια να έχει μειωμένη απόδοση στις προσπάθειες του.
- Έχει έλλειψη ή μειωμένη αποδοχή του εαυτού του, με αποτέλεσμα την εγκατάλειψη των προσπαθειών του για την πραγματοποίηση των σκοπών του.
- Νιώθει έλλειψη ζεστασιάς και συναισθηματικής συμπαράστασης προς το πρόσωπό του, κυρίως από την οικογένειά του, αλλά και από τους άλλους.
- Έχει μακροχρόνιες και επανειλημμένες εμπειρίες από ήττες ή αποτυχίες. (Forman-Hoffman et al., 2016)

Από ψυχοδυναμική άποψη, η κατάθλιψη και η αυτοκτονία πηγάζουν από ένα σύνολο εσφαλμένων σκέψεων και παράλογων πεποιθήσεων του εφήβου, που του δημιουργούν μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον του. Ο ίδιος πιστεύει πως οι δυσκολίες θα συνεχιστούν και είναι σίγουρος για την αποτυχία των οποίων προσπαθειών του.

Η κυριότερη αιτία όμως είναι ότι ο έφηβος αρχίζει να αντιλαμβάνεται τις σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές που του συμβαίνουν και, αν και αρχίζει σιγά-σιγά να κάνει νέες κατακτήσεις, να αποκτά νέες γνώσεις, να κάνει νέες παλιότερες σχέσεις του και εμπειρίες, μαζί με τις χαρές της παιδικής του ηλικίας. (Forman-Hoffman et al., 2016)

Ακόμη, η χαλάρωση των δεσμών και η αποδέσμευση του εφήβου από τις γονεϊκές μορφές, έχει σαν αποτέλεσμα να δημιουργηθούν στον έφηβο πολύ επώδυνες συγκρούσεις. Ο βαθμός της απογοήτευσης, και μέχρι ένα σημείο της καταθλιπτικής αντίδρασης, εξαρτάται από τις προηγούμενες εμπειρίες.

Υψηλότερος δηλαδή βαθμός εξιδανίκευσης στο παρελθόν οδηγεί σε μεγαλύτερη και πιο επώδυνη απογοήτευση, που θα μπορούσε να οδηγήσει και σε κατάθλιψη. Είναι, βέβαια, αυτονόητο, ότι όλη αυτή η απογοήτευση δεν είναι συνειδητή. Μεγάλο ρόλο παίζει εδώ και ο βαθμός στον οποίο οι γονείς είχαν επιτρέψει ή είχαν ενθαρρύνει το παιδί τους στο να τους εξιδανικεύσει. (Needham, 2009)

Μεγάλη σημασία για να γίνουν αυτές οι διαδικασίες έχει η ύπαρξη ενός ικανοποιητικά αναπτυγμένου “εγώ”, έτσι ώστε να μπορέσει ο έφηβος να αντεπεξέλθει στις εσωτερικές και εξωτερικές πιέσεις. Και για μια τέτοια ανάπτυξη, βασική προϋπόθεση είναι η καλή πρωταρχική γονεϊκή φροντίδα και η απαραίτητη απουσία μιας οργανικής βλάβης.

Αυτή η κρίσιμη περίοδος της χαλάρωσης των δεσμών και της αποδέσμευσης και η αβεβαιότητα που συνυπάρχει για να βρεθούν άλλες πηγές συναισθηματικής παροχής, προδιαθέτει τον έφηβο για συχνές αλλαγές της διάθεσης, με λίγη όμως διάθεση από μέρους του να ανταποκριθεί. Τα συναισθήματα που βιώνει τότε ο έφηβος είναι τόσο έντονα, ώστε να φτάνει στο σημείο να υποφέρει πολύ. (Osório et.al., 2017)

Είναι πολύ χρήσιμο να διακρίνουμε αυτούς τους εφήβους που είχαν καλές προηγούμενες εμπειρίες, από αυτούς που είχαν συναισθηματική αποστέρηση, όπως για παράδειγμα, απώλεια ενός γονιού ή είχαν βιώσει εμπειρίες διάλυσης της οικογένειάς τους. Οι τελευταίοι έχουν μεγάλες δυσκολίες στο να κάνουν επαφές, οι σχέσεις τους είναι επιφανειακές, καθώς επίσης, οι συγκεκριμένοι έφηβοι είναι πολύ πιθανό να αναπτύξουν συναισθήματα κατάθλιψης ή άλλες μορφές παθολογικής συμπεριφοράς.

Από ψυχοδυναμική πάλι άποψη, η κατάθλιψη στον έφηβο ερμηνεύεται όπως ακριβώς και στους ενήλικες. Επειδή δηλαδή δεν μπορεί να εκτονώσει την επιθετικότητά του στο εξωτερικό περιβάλλον, αναγκάζεται να τη στρέψει στον ίδιο του τον εαυτό. (Osório et.al., 2017)

3.4 Η ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Η έννοια της ψυχικής ασθένειας είναι κυρίαρχη στον κλάδο της Ψυχιατρικής, της Ψυχολογίας, της Κοινωνιολογίας, της Νομικής και άλλων επιστημών, και είναι σημαντικό να κατανοήσουμε πώς ορίζεται. Η σχετικότητα της έννοιας της ψυχικής ασθένειας, δεν πρέπει όμως να μας κάνει να πιστέψουμε πως δεν συλλαμβάνεται νοητικά ή ακόμα χειρότερα πως δεν υπάρχει αντικειμενικά. Απλά πρέπει να καθιστά ιδιαίτερα προσεκτικούς όσους ασχολούνται επαγγελματικά με την αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκαλεί η ψυχική ασθένεια στον ίδιο τον πάσχοντα αλλά και στον κοινωνικό περίγυρό του. (Osório et.al., 2017)

Πέρα από την καθαυτό σωματική διάσταση, ο έφηβος χαρακτηρίζεται από το συναίσθημα, τη σκέψη και την εν γένει προσωπικότητά του. Αυτές οι τρεις ανθρώπινες διαστάσεις, παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλομορφία, με κάλυψη όλων των ενδιάμεσων καταστάσεων. Η ψυχική ασθένεια είναι μια έννοια που τυπικά υποδηλώνει την ύπαρξη μιας συναισθηματικής διαταραχής ή διαταραχής της σκέψης ή διαταραχής της προσωπικότητας, που επηρεάζει αρνητικά την ψυχικά ευεξία, την υγεία και την ασφάλεια του ατόμου. (Zhang et al., 2010)

Ενδεικτικό της κατάστασης, είναι ότι για παράδειγμα κάθε πολιτεία των Η.Π.Α. έχει τον δικό της ορισμό για την ψυχική ασθένεια. Έτσι, στην πολιτεία της Ν. Υόρκης η «ψυχική ασθένεια» είναι μία κατάσταση που εκδηλώνεται με ψυχική νόσο ή ψυχική κατάσταση η οποία εμφανίζεται ως διαταραχή στη συμπεριφορά, στη σκέψη, στην κρίση, ή στα συναισθήματα τόσο ώστε το άτομο να χρειάζεται φροντίδα, θεραπεία και αποκατάσταση. Αντιθέτως, στην πολιτεία του Connecticut, ένα «ψυχικά άρρωστο άτομο είναι ένα άτομο που παρουσιάζει μια ψυχική ή συναισθηματική κατάσταση που έχει ουσιαστικές δυσμενείς επιδράσεις στην ικανότητά του να λειτουργεί και το οποίο χρειάζεται φροντίδα και θεραπεία και αποκλείονται από αυτή την κατηγορία τα εξαρτημένα από το αλκοόλ και τις ουσίες άτομα. Πολλές πολιτείες δεν συμπεριλαμβάνουν τη νοητική υστέρηση ή τις διαταραχές που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών στον ορισμό τους για την ψυχική ασθένεια. (Zhang et al., 2010)

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί πως η έννοια της ψυχικής ασθένειας δεν είναι συνώνυμη με εκείνη της ψυχολογικής διαταραχής. Συνεπώς, η διάγνωση κατά το DSM-V δεν σημαίνει απαραίτητα πως το άτομο πληρεί και τα κριτήρια για μια ψυχολογική διαταραχή. Υπάρχει μία ασάφεια αναφορικά με το τι συνιστά «ψυχική κατάσταση» ή για το ποιες είναι οι «δυσμενείς επιδράσεις στην ικανότητα λειτουργίας του ατόμου». Το γεγονός αυτό επιτρέπει την ευελιξία όσον αφορά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων σε ατομικό επίπεδο, παράλληλα όμως διατηρεί και την πιθανότητα να επιδράσουν στη διαμόρφωση αυτών των αποφάσεων η υποκειμενική αντίληψη και η προκατάληψη.

Οποσδήποτε, η οικογένεια συνιστά ένα υποστηρικτικό σύστημα και διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο αν το άτομο θα διαθέτει τα παραπάνω κριτήρια που θα συγκροτούν την ψυχική του υγεία. Η οικογένεια, ανεξάρτητα από τη δομή της, είναι ένα σύστημα που αποτελείται από μέλη που αλληλοεπηρεάζονται. Πρόκειται για έναν ιστορικά εξελισσόμενο παγκόσμιο θεσμό που χαρακτηρίζεται από την οργάνωση κοινής ζωής δύο ατόμων και καθορίζεται από τις μεταβολές του κοινωνικού και

οικονομικού πλαισίου. Έχει ως κύρια λειτουργία της την βιολογική, ψυχολογική και πολιτιστική αναπαραγωγή. Τα άτομα που ζουν μαζί υπόκεινται σε καθημερινή συναισθηματική αλληλεπίδραση, γι' αυτό και η ψυχική υγεία και η φυσιολογική συμπεριφορά του κάθε ατόμου εξαρτώνται τόσο βασικά από αυτόν τον θεσμό.

Βασικά χαρακτηριστικά της φυσιολογικής συμπεριφοράς του έφηβου είναι η οργάνωση και η συστηματικότητα, η αισιοδοξία, η περιέργεια, η ταυτότητα του ρόλου, η ανεξαρτησία, η συναγωνιστικότητα και η ικανότητα συνεργασίας με άλλους ανθρώπους. Οτιδήποτε ξεφεύγει κατά πολύ από τα παραπάνω κριτήρια, δημιουργεί την προϋπόθεση ανάπτυξης της έννοιας της ψυχικής ασθένειας. (Zhang et al., 2010)

3.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΔΙΑΜΟΡΦΩΝΟΥΝ ΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Όλα τα ανθρώπινα όντα, που είναι αρκετά ώριμα για να αποκτήσουν έστω και μια υποτυπώδη εικόνα του εαυτού τους, έχουν ανάγκη να βλέπουν τον εαυτό τους με τρόπο αρκετά θετικό και ευνοϊκό. Οι γονείς και οι δάσκαλοι με όσα λένε συμβάλλουν στη δημιουργία της αίσθησης που έχει ο έφηβος για την προσωπική του αξία. Η επιθυμία του εφήβου να αποκτήσει μια επιθυμητή και αποδεκτή εικόνα του εαυτού φαίνεται ότι είναι ένας από τους πιο σημαντικούς και καθοριστικούς παράγοντες που διαμορφώνουν τη συμπεριφορά του. (Dutta et al., 2010)

Είναι φανερό ότι τα παιδιά στεναχωριούνται πολύ όταν οι ενήλικοι, που συμπαθούν, τα κατακρίνουν. Κάθε απειλή της αυτοεκτίμησης καθώς και όλης της λειτουργίας του εαυτού στρέφεται και ενάντια της ίδιας της ύπαρξης του ατόμου. Το αποτέλεσμα είναι ότι τα παιδιά από πολύ νωρίς υιοθετούν πολύπλοκους τρόπους αντιμετώπισης αυτών των απειλών, «μηχανισμούς άμυνας». Αυτοί οι μηχανισμοί συντελούν στην εξομάλυνση του άγχους και των αποτυχιών και στην προστασία της ακεραιότητας του εγώ. Το πρόβλημα είναι ότι οι μηχανισμοί άμυνας συνεπάγονται έναν ορισμένο βαθμό αυταπάτης και διαστρέβλωσης της πραγματικότητα. Αυτό είναι κάτι που μπορεί να εμποδίσει τη ρεαλιστική και προσεκτική λύση των διαφόρων προβλημάτων. (Dutta et al., 2010)

Μερικοί από τους μηχανισμούς άμυνας, οι οποίοι μπορεί να σας βοηθήσουν να κατανοήσετε τη συμπεριφορά του παιδιού που γίνεται έφηβος, είναι οι εξής:

1. Συναισθηματική απομόνωση. Το άτομο μειώνει τις εντάσεις που πηγάζουν από την ανάγκη και από το άγχος με το να κλείνεται σε ένα καβούκι παθητικότητας. Αυτό το καταφέρνει με το να μειώνει τις προσδοκίες του ή να παραμένει συναισθηματικά αμέτοχο και απόμακρο. Η απάθεια και η ηττοπαθής παραίτηση μπορεί να αποτελέσουν τις ακραίες αντιδράσεις του ατόμου στο χρόνιο στρες και στη χρόνια απογοήτευση. (Reynolds, 2017)

2. Φυγή (άρνηση της πραγματικότητας). Υιοθετώντας το μηχανισμό αυτό ο έφηβος μπορεί εύκολα να ξεφύγει από καταστάσεις που απαιτούν ανταγωνισμό, από καταστάσεις που αισθάνεται ότι βρίσκεται σε μειονεκτική θέση και ότι υπάρχουν πιθανότητες να αποτύχει.

3. Ονειροπόληση. Η ονειροπόληση είναι μία από τις πιο δημοφιλείς τακτικές ανάμεσα στους εφήβους. Οι λύσεις της φαντασίας συγκαλύπτουν τη δυσάρεστη πραγματικότητα. Οι έφηβοι που ονειροπολούν πολύ, ίσως, προσπαθούν να ξεφύγουν από αβάσταχτες πραγματικές καταστάσεις. Η ονειροπόληση μπορεί να λειτουργήσει θετικά παρέχοντας την ευκαιρία στον έφηβο να δοκιμάσει στη φαντασία του διάφορες λύσεις για τα προβλήματά του χωρίς να διακινδυνεύει τίποτα, όπως θα γινόταν αν τις δοκίμαζε στην πραγματικότητα. Σε μια τέτοια περίπτωση, η ονειροπόληση γίνεται παραγωγική και ωφέλιμη. Μη- παραγωγική είναι η ονειροπόληση όταν ο έφηβος εντρυφεί συνεχώς στις φανταστικές εκπληρώσεις των επιθυμιών του. (Reynolds, 2017)

4. Εκλογίκευση. Ο έφηβος μπορεί να εφαρμόσει την εκλογίκευση για να τροποποιήσει μη-αποδεκτές παρορμήσεις, ανάγκες, αισθήματα, ανάγκες, αισθήματα και κίνητρα και να τα κάνει υποφερτά και αποδεκτά σε συνειδητό πλέον επίπεδο. Η εκλογίκευση συμβάλλει στη μείωση της «γνωστικής ασυμφωνίας». Όταν υπάρχει ασυμφωνία ανάμεσα στη συμπεριφορά και στις σκέψεις το άτομο καταπονείται ψυχικά. Μαθητές που θεωρούν τον εαυτό τους ευφύεστατο, αλλά παρόλο αυτά αποτυγχάνουν στις εξετάσεις, ίσως το δικαιολογήσουν στον εαυτό τους λέγοντας πως ολόκληρο το εξεταστικό σύστημα είναι αναξιόπιστο και άδικο. Με αυτή την εκλογίκευση, το χάσμα ανάμεσα στην υποκειμενική τους εκτίμηση για τον εαυτό τους και στην αντικειμενική επίδοσή τους εξαφανίζεται. (Reynolds, 2017)

5. Προβολή. Με την προβολή αισθήματα που πηγάζουν από βαθιά μέσα μας και είναι ελάχιστα συνειδητά, τα αποδίδουμε αδικαιολόγητα στους άλλους. Ένα κορίτσι που αισθάνεται ζήλια κι εχθρότητα για κάποια συμμαθήτριά της μπορεί να

αρνηθεί ότι αισθάνεται έτσι και να παραπονεθεί ότι η συμμαθήτριά της είναι δυσάρεστη στην παρέα και ότι την αντιπαθεί.

6. Μετάθεση – Μετατόπιση. Η μετάθεση συνεπάγεται μετατόπιση συναισθημάτων ή προσχεδιασμένων ενεργειών από το άτομο, προς το οποίο είχαν αρχικά σχεδιαστεί να στραφούν, προς κάποιο άλλο άτομο. Ένα ακραίο παράδειγμα θα ήταν ένα αγόρι που φοβερίζει και χτυπάει συνεχώς τους συνομηλίκους του στο σχολείο. Η προσεκτικότερη μελέτη του παιδιού αυτού ίσως αποκάλυπτε ότι για το πρόβλημα που παρουσιάζει ευθύνεται (τουλάχιστον κατά ένα μέρος) η κατάσταση που επικρατεί στο σπίτι, όπου το αγόρι είναι ο αποδιοπομπαίος τράγος. (Reynolds, 2017)

3.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΤΑΣΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Η επιστημονική έρευνα στη μελέτη παραγόντων κινδύνου για αυτοκτονική συμπεριφορά βασίστηκε κατά το παρελθόν κυρίως σε μελέτες ψυχολογικής αυτοψίας θυμάτων αυτοκτονίας και σε μελέτες παρακολούθησης υψηλού κινδύνου εφήβων. Κατά την πρόσφατη δεκαετία, αυξανόμενος αριθμός ερευνητών έχουν χρησιμοποιήσει θεωρητικά μοντέλα για να εξετάσουν και να κατανοήσουν τις σχέσεις μεταξύ συμπεριφοράς αυτοκτονίας και διαφόρων παραγόντων κινδύνου. Δεν υπάρχουν κοινές καλά διερευνημένες και αποδεκτές θεωρίες μέχρι στιγμής και τα ευρήματα μπορεί να θεωρηθούν προκαταρκτικά. Ωστόσο, προσφέρουν σημαντικές προοπτικές για την κατανόηση και την πρόληψη των αυτοκτονιών των νέων (Kuhlberg, et al., 2010).

Οι βιολογικοί παράγοντες που συνδέονται με τις συμπεριφορές αυτοκτονίας μεταξύ των νέων περιλαμβάνουν το φύλο, την εθνικότητα και τον σεξουαλικό προσανατολισμό. Αν και οι έφηβοι των γυναικών αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης, άγχους, σκέψεις αυτοκτονίας, ιδεολογίες και απόπειρες αυτοκτονίας, τα αγόρια είναι τέσσερις φορές πιο πιθανό να πεθάνουν λόγω αυτοκτονίας. Μια εξήγηση για αυτή την αντίφαση είναι ότι τα αγόρια τείνουν να χρησιμοποιούν πιο θανατηφόρα μέσα για να αυτοκτονήσουν (όπως τα πυροβόλα όπλα), ενώ τα κορίτσια επιλέγουν μεθόδους που ανταποκρίνονται περισσότερο στις ιατρικές παρεμβάσεις (όπως η υπερβολική δόση φαρμάκων ή η δηλητηρίαση). (The Military REACH Team, 2014)

Η έρευνα έχει επίσης βρει μια σχέση μεταξύ του σεξουαλικού προσανατολισμού και της αυτοκτονίας. Ειδικότερα, οι αυτοκτονικές σκέψεις και απόπειρες είναι υψηλότερες μεταξύ των ομοφυλόφιλων και των αμφιφυλόφιλων αγοριών από τους ετεροφυλόφιλους ομολόγους τους, ειδικά κατά την εφηβεία. Αυτό, εν μέρει, μπορεί να οφείλεται στον αυξημένο κίνδυνο απόρριψης γονέων και ομοτίμων σε όσους αναγνωρίζουν ως ομοφυλόφιλους ή αμφιφυλόφιλους, καθώς και το κοινωνικό στίγμα και θύματα που αντιμετωπίζει αυτή η ομάδα. Ωστόσο, τα κορίτσια που εντοπίζονται ως λεσβίες ή αμφιφυλόφιλοι, δεν φαίνεται να συμμετέχουν σε αυτοκτονικές συμπεριφορές σε υψηλότερα ποσοστά από τα ετεροφυλόφιλα θηλυκά. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι θηλυκοί ρόλοι στην κοινωνία επιτρέπουν περισσότερες παραλλαγές από ό, τι οι άνδρες ρόλοι της αρρενωπότητας (The Military REACH Team, 2014).

Πριν από μια απόπειρα αυτοκτονίας ο έφηβος συνήθως βιώνει ένα αγχωτικό συμβάν ζωής. Αυτά τα γεγονότα μπορεί να κάνουν έναν έφηβο να αισθάνεται πιο ευάλωτος, ή να αναγκάσει τον έφηβο να δράσει παρορμητικά. Οι αναταραχές σχέσεων, το γονικό διαζύγιο, ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, η ακαδημαϊκή αποτυχία και η σωματική / σεξουαλική κακοποίηση παιδιών είναι γεγονότα που συχνά αναφέρονται ως γεγονότα πριν από μια απόπειρα αυτοκτονίας. Αν και αυτές οι καταστάσεις εμφανίζονται σε κάποιο σημείο από τους περισσότερους εφήβους, η έρευνα δείχνει ότι πολλοί από αυτούς τους αρνητικούς παράγοντες άγχους στη ζωή σε συνδυασμό με μια ψυχιατρική διαταραχή μπορούν να συμβάλουν σε μεγάλο βαθμό στον κίνδυνο αυτοκτονίας και συμπεριφορών. (Russell et al., 2012)

Οι σχέσεις μεταξύ των ομοτίμων και το σχολικό περιβάλλον φαίνεται να παίζουν ρόλο στην αυτοκτονία των εφήβων. Κατά την εφηβεία, η πρωταρχική συσχέτιση μετατοπίζεται από τα γονικά στοιχεία σε συνομηλίκους. Αυτές οι σχέσεις μπορούν να επηρεάσουν τους έφηβους με διάφορους τρόπους. (The Military REACH Team, 2014).

Πρόσφατες μελέτες έχουν αρχίσει να διερευνούν τον αντίκτυπο της τεχνολογίας στον εφηβικό κίνδυνο αυτοκτονίας. Έχει αναγνωριστεί από καιρό ότι η κάλυψη των μέσων ενημέρωσης σχετικά με την αυτοκτονία μπορεί να οδηγήσει σε απόπειρες αυτοκτονίας. Ωστόσο, το διαδίκτυο επιτρέπει επίσης στους νέους να έχουν πρόσβαση σε πληροφορίες σχετικά με το πού και πώς μπορούν να λάβουν βοήθεια. Απαιτείται περισσότερη έρευνα για την πλήρη κατανόηση της επίδρασης της τεχνολογίας στην αυτοκτονία των εφήβων.

Η τάση αυτοκτονίας του εφήβου ευνοείται ακόμη, από τη δυσκολία του ή την αδυναμία του να μεταδώσει τα συναισθήματα του στα πρόσωπα που υπολογίζει, καθώς επίσης, και από την απομόνωσή του, είτε αυτή είναι συνέπεια της αποβολής από το περιβάλλον του, είτε αποτέλεσμα της ανικανότητας του για επικοινωνία. (Yildirim, 2015).

Ιδιαίτερα οι αυξημένες απαιτήσεις από τη σωματική ανάπτυξη και οι πολλαπλές και πιεστικές απαιτήσεις των γονέων, και γενικά του περιβάλλοντος του, για ανταγωνισμό και, κυρίως, για ακαδημαϊκή επιτυχία, είναι δυνατόν να του δημιουργήσουν συναισθήματα αναξιοσύνης και αδυναμίας. Να τον κάνουν δηλαδή να νιώσει ότι πράγματι δεν αξίζει και δεν μπορεί να καταφέρει τίποτα, με συνέπεια να οδηγηθεί στην αυτοκτονία, την οποία θεωρεί ως μοναδική διέξοδο στην αντιμετώπιση των προβλημάτων του. (Yildirim, 2015).

Μια βασική ακόμη αιτία για την εκδήλωση αυτοκαταστροφικής τάσης, είναι η ίδια η εφηβεία. Η αντικοινωνικότητα του εφήβου και η αστάθεια του στις διαπροσωπικές του σχέσεις, που του επιφέρουν κοινωνικό εξοστρακισμό και δικαστικές ακόμη κυρώσεις, η απογοήτευση κάθε ευκαιρίας για επιτυχία και κάθε δυνατότητας για ικανοποιητική σχέση, και προπάντων, η έλλειψη αυτοεκτίμησης, τον εξωθούν στην άρνηση για ζωή. Οι έφηβοι αυτοί χαρακτηρίζονται από αβουλία, έντονη οργή, εχθρική συμπεριφορά και σοβαρή φυσική επιθετικότητα, η οποία απευθύνεται κυρίως στους γονείς τους. (Phillips, 2010)

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 στη ζωή του. Αυτή συντελεί ακόμη και στο να συγκρουστεί με την οικογένεια του και να απομακρυνθεί από αυτή, για κάποιο χρονικό διάστημα, έτσι ώστε να μπορέσει να αποκτήσει την αυτονομία του και την ανεξαρτησία που τόσο επιθυμεί. Μερικές φορές, η κρίση αυτή είναι τόσο αγχωτική και τόσο οδυνηρή για τον έφηβο, ώστε αν δεν βρει τη λύση ή τουλάχιστον κάτι που να τον βοηθήσει να βγει από το διέξοδο που νιώθει, μπορεί να φτάσει και στην ακραία περίπτωση της αυτοκτονίας. (Phillips, 2010)

Για αυτόν ακριβώς τον λόγο, κρίνεται απαραίτητη η ένταξη του εφήβου σε ομάδες και η σύναψη φιλιών με τους συνομήλικους του. Η ενσωμάτωση του εφήβου στην ομάδα, στην οποία θα συναντήσει μοντέλα για ταύτιση, αποτελεί ένα στάδιο στη

διαδικασία εύρεσης της ταυτότητας του, η οποία δεν αποκτάται με την απομόνωση, αλλά με την επικοινωνία του με την οικογένειά του και τους συνομήλικους φίλους του. Σε έναν φυσιολογικό έφηβο μπορούν να συνυπάρχουν παράλληλα ο ισχυρός δεσμός με την οικογένειά του και με τους συνομηλίκους του. Η ένταξη του μόνο στην ομάδα ή στην παρέα, δεν αρκεί για να αποτρέψει έναν έφηβο με τάσεις αυτοκτονίας από να κάνει τις σκέψεις του πραγματικότητα. Στατιστικές έρευνες αποδεικνύουν ότι και η οικογένεια μπορεί να παίζει βασικό ρόλο στην εξώθηση των νέων στην αυτοκτονία. Οι περισσότεροι από τους εφήβους που δοκιμάζουν να αυτοκτονήσουν, έχουν συχνά μακρύ ιστορικό διαταραγμένων οικογενειακών σχέσεων (Yildirim, 2015).

Ακόμη μία από τις αιτίες που τόσοι πολλοί νέοι θέλουν να δώσουν τέλος στη ζωή τους, είναι το γεγονός ότι δεν έχουν μάθει να αντεπεξέρχονται στην απογοήτευση. Όταν λοιπόν νιώθουν άσχημα, πίνουν, ξενυχτούν και γενικώς προσπαθούν να ξεφύγουν με κάθε τρόπο. Αν δεν νιώσουν άμεση ανακούφιση, η άσχημα κατάσταση στην οποία βρίσκονται μετατρέπεται εύκολα σε απόγνωση.

Ένας έφηβος διέρχεται συνήθως τα παρακάτω στάδια:

- α) ένα προηγούμενο μακρύ ιστορικό, το οποίο χαρακτηρίζεται από παλιά προβλήματα, από την πρώτη παιδική ηλικία μέχρι την έναρξη της εφηβείας,
- β) κλιμάκωση των προβλημάτων, με την έναρξη της εφηβείας, σε σημείο που να φαίνονται πιο έντονα και πιο μεγάλα, πέρα από τα φυσιολογικά όρια,
- γ) προοδευτική αποτυχία προσιτών προσαρμοστικών μηχανισμών, οι οποίοι επιστρατεύονται για να αντιμετωπισθούν παλιά και νέα προβλήματα,
- δ) μια αλυσιδωτή αντίδραση που οδηγεί σε μια πλήρη διάλυση ή διάσπαση και των τελευταίων σημαντικών- ουσιαστικών – κοινωνικών σχέσεων που έχει ο έφηβος το χρονικό διάστημα που προηγείτο της απόπειρας και που τελικά οδηγεί τον έφηβο να σκεφτεί και να πιστέψει ότι δεν υπάρχει πλέον καμιά ελπίδα,
- ε) οι εσωτερικές διεργασίες, με τις οποίες ο έφηβος δικαιολογεί την πράξη της αυτοκτονίας στον ίδιο του τον εαυτό, κάτι που τον βοηθά να γεφυρώσει το χάσμα μεταξύ σκέψης και πράξης (Phillips, 2010).

Άλλες αιτίες που μπορούν να οδηγήσουν έναν έφηβο στην αυτοκτονία είναι: η ερωτική απογοήτευση, ο φόβος μια ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, ο φόβος μιας σοβαρής αρρώστιας, η μοναξιά, η έλλειψη αγάπης και ενδιαφέροντος από το άμεσο κοινωνικό του περιβάλλον, τα ψυχολογικά προβλήματα, η συντριβή από την απώλεια – φυσική ή όχι – αγαπημένου προσώπου, η προβληματική παιδική ηλικία, μια μετακόμιση, ή γενικά μια μεγάλη αλλαγή στη ζωή του, η πλήξη, η διάλυση φιλιών – κυρίως όταν συνοδεύεται και από προδοσία, η απόρριψη από όπου και αν προέρχεται – αγαπημένο, φίλο, οικογένεια κ.λ.π., - βιώνεται ακόμα πιο έντονα από τον έφηβο, η πίστη ότι τα όνειρα του δεν θα γίνουν ποτέ πραγματικότητα. (Phillips, 2010)

Ο μηχανισμός της αυτοκτονίας μπορεί να περιγραφεί ως εξής: ο έφηβος αντιδρά καταρχήν σε μια ανυπόφορη κατάσταση, προσπαθώντας να την αποφύγει. Συνηθέστερα πρόκειται για στέρηση αγάπης και στη συνέχεια δημιουργούνται επιθετικές τάσεις εναντίον αυτών που νομίζει ότι του στερούν την αγάπη. Επειδή όμως δεν μπορεί να “αντέξει” αυτή την επιθετικότητα απέναντι σε κάποιο γενικά αγαπητό πρόσωπο, την οδηγεί ενάντια στον ίδιο του τον εαυτό. (Phillips, 2010)

3.6 ΠΡΟΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ

Στην προαυτοκτονική του περίοδο ο έφηβος εκδηλώνει την κατάθλιψη του συχνά με: ευερεθιστικότητα, ανασφάλεια, φόβο, πανικό, μελαγχολία, έλλειψη αυτοεκτίμησης, ανικανότητα έκφρασης των συναισθημάτων του, δυσκολίες ένταξης και προσαρμογής του στο σχολείο και την οικογένεια του, σεξουαλική ελευθεριότητα, αλλά και ανώμαλες σεξουαλικές εμπειρίες, διαταραχές ύπνου και φαγητού, παράτολμες πράξεις (όπως π.χ. το ριψοκίνδυνο οδήγημα), αλητεία, φυγή από το σπίτι και διάφορες άλλες αντικοινωνικές εκδηλώσεις. (Pickles et al., 2010)

Άλλα συμπτώματα της εφηβικής κατάθλιψης είναι: η μειωμένη διάρκεια προσοχής και η συνεχής ονειροπόληση. Στην πρώτη περίπτωση, ο έφηβος δεν μπορεί να συγκεντρώσει την προσοχή του για πολλή ώρα σε ένα αντικείμενο, ιδιαίτερα στα μαθήματα του σχολείου, με αποτέλεσμα να απογοητεύεται, να μειώνεται η αυτοεκτίμηση του και να θεωρεί τον εαυτό του κουτό. Στη δεύτερη, κυριεύεται εύκολα από ονειροπολήσεις κατά τη διάρκεια της σχολικής του εργασίας, κάτι που μπορεί να τον οδηγήσει στην πλήξη και την αδιαφορία, όχι μόνο για το σχολείο, αλλά ακόμη και για πράγματα που άλλοτε τον συγκινούσαν, όπως για παράδειγμα, κάποια

χόμπι που είχε, ραντεβού, ο αθλητισμός, καθώς και οι διάφορες θρησκευτικές και κοινωνικές δραστηριότητες. (Pickles et al., 2010)

Άλλο ιδιαίτερο σύμπτωμα της κατάθλιψης είναι η απομόνωση. Δηλαδή ο έφηβος κόβει κάθε δεσμό με τις παρέες του και απομονώνεται εντελώς από αυτές. Καμιά φορά όμως, φτάνει στο σημείο να κάνει παρέα και με τους πιο κακούς από τους φίλους του.

Η κατάθλιψη δημιουργεί, εκτός από τον ψυχικό, και σωματικό πόνο, ιδίως στο κεφάλι ή στο κάτω μέρος του στήθους. Ο πόνος μπορεί να είναι βασανιστικός και, μερικές φορές, αβάσταχτος. Τρόποι εκδήλωσης της κατάθλιψης είναι: το σκασιαρχείο, οι άσχημοι βαθμοί στο σχολείο, από έναν καλό μέχρι τότε μαθητή, τα ψέματα και το κλέψιμο, που επικεντρώνεται συνήθως στη μητέρα. Σε μεγαλύτερους εφήβους η κατάθλιψη μπορεί να εκδηλωθεί ως ανία και απογοήτευση σχετικά με ο,τιδήποτε έχει σχέση με τη ζωή και με την αίσθηση ότι δεν υπάρχει τίποτε σε αυτή που να αξίζει. Οι έφηβοι αυτοί εμφανίζονται απαθείς και αδιάφοροι χωρίς κανένα κίνητρο για τη ζωή και τους εαυτούς τους. Η κατάσταση γίνεται εντονότερη όταν η ατομική κρίση είναι στα ίδια επίπεδα με τη γενικότερη απάθεια και αδιαφορία που, ενδεχομένως, να επικρατεί στην κοινότητα που ζει ο έφηβος. (Alfonso, et.al. 2015)

Οι έφηβοι που προβαίνουν σε απόπειρες αυτοκτονίας σαν αποτέλεσμα καταστάσεων κατάθλιψης, δεν έμαθαν τους κατάλληλους τρόπους να χειρίζονται τις απογοητεύσεις τους. Νιώθουν πως δεν υπάρχει καμία διέξοδος για αυτούς και πως η αγωνία τους θα διαρκέσει για πάντα. Αισθάνονται πως δεν υπάρχει κανένας που να πιστεύει πραγματικά σε αυτούς ή κανένας που να είναι σε θέση να τους καταλάβει. Για αυτού η ζωή δεν έχει κανένα νόημα. Τέλος, τους φαίνεται αδιανόητο και δεν μπορούν να φανταστούν ότι τα πράγματα τις περισσότερες φορές αλλάζουν, ότι ο χρόνος θεραπεύει και ότι προσφέρονται πολλές και διαφορετικές επιλογές για όλους.

Πρέπει να αναφερθεί ότι η εφηβική κατάθλιψη είναι ένα δυσδιάγνωστο και επικίνδυνο ψυχικό φαινόμενο, γιατί ο έφηβος που ενδεχομένως βασανίζεται από μια μέτρια κατάθλιψη, που μπορεί να είναι και χαρακτηριστικό της ηλικίας, συμπεριφέρεται φυσιολογικά και δεν την εξωτερικεύει εύκολα, παρά μόνο όταν φτάσει να γίνει οξεία, αφού δεν θα έχει διαγνωστεί νωρίτερα έτσι ώστε να αντιμετωπιστεί έγκαιρα. Έτσι λοιπόν, η διάγνωση της κατάθλιψης απαιτεί μεγάλη προσοχή και υπομονή, και γι αυτό το λόγο, μόνο ένας ειδικός μπορεί να τη διαγνώσει σωστά. (Alfonso, et.al. 2015)

Ακόμα και ο ίδιος ο έφηβος αδυνατεί να το παραδεχτεί, γιατί νομίζει ότι οι άλλοι θα το θεωρήσουν αδυναμία. Από τη στιγμή όμως που ο ίδιος θα φτάσει στο σημείο να το παραδεχτεί και να το εμπιστευτεί στους άλλους, αυτό και μόνο είναι αρκετό πολλές φορές να γίνει μια “αυτόματη” θεραπεία της κατάθλιψης ώστε να αποφευχθούν όλες οι δυσάρεστες εξελίξεις, με την προϋπόθεση πάντα ότι ο έφηβος θα βρει κατανόηση και βοήθεια από το περιβάλλον του. (Alfonso, et.al. 2015)

3.7 ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΣΤΟΝ ΕΦΗΒΟ

- Μόνιμη διάθεση κατάθλιψης ή απόγνωσης
- Διαταραχές ύπνου και φαγητού
- Μείωση της σχολικής απόδοσης
- Σταδιακή κοινωνική απομόνωση
- Διακοπή της επικοινωνίας με τους γονείς και άλλα σημαντικά πρόσωπα
- Ιστορικό προηγούμενης απόπειρας αυτοκτονίας
- Φαινομενικά ριψοκίνδυνη, αυτοκαταστροφική και μη χαρακτηριστική, για το συγκεκριμένο άτομο, συμπεριφορά, όπως χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ ή επικίνδυνη οδήγηση
- Φράσεις όπως: « Μακάρι να μην υπήρχα» ή « Γιατί να ζω;»
- Ερωτήσεις για τις θανατηφόρες ιδιότητες των φαρμάκων, των δηλητηρίων και των όπλων
- Θλιβερά γεγονότα στη ζωή του εφήβου, όπως: διάλυση ερωτικού δεσμού, θάνατος αγαπημένου προσώπου, διαζύγιο κ.α.
- Χάρισμα των πολύτιμων, μέχρι τότε, αγαθών του
- Ξαφνικό και έντονο ενδιαφέρον για θρησκευτική πίστη και για την μετά-θάνατο ζωή
- Αναφορές στην αυτοκτονία και το θάνατο
- Έκφραση συναισθημάτων απελπισίας και πλήξης
- Αυξημένο ενδιαφέρον να “ βάλει τη ζωή του σε τάξη “
- Υπερβολική και μόνιμη κούρας, επειδή όλα απαιτούν προσπάθεια (Pickles et al., 2010)

3.8 ΠΩΣ ΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΟΙ ΕΦΗΒΟΙ ΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ

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

Ορισμένοι επιστήμονες επεδίωξαν να συνδέσουν την έννοια της αυτοκτονίας με το βαθμό ωριμότητας με τον οποίο γίνεται αντιληπτή η έννοια του θανάτου: μια αυτοχειρική πράξη έχει την έννοια μιας πραγματικής απόπειρας αυτοκτονίας μόνο σε μια προσωπικότητα που έχει αναγνωρίσει τον οριστικό και μη αναστρέψιμο χαρακτήρα του θανάτου, ο οποίος συλλαμβάνεται ως παύση κάθε φυσικής και πνευματικής δραστηριότητας. Η αντίληψη του θανάτου εμφανίζεται και αναπτύσσεται κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, αλλά μόνο στην εφηβεία ο θάνατος παρομοιάζεται με μια ατέλεια και αθεράπευτη διακοπή όλων των εκδηλώσεων του ατόμου. Η ιδέα του θανάτου μας παραπέμπει σε διάφορα επίπεδα νοημάτων και συνειδήσεως, τα οποία συνυπάρχουν στο ίδιο άτομο και τελικά δεν θα έπρεπε να δώσουμε προεξέχοντα ρόλο στην πιο ολοκληρωμένη του έκφραση. (Alfonso, et.al. 2015)

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

αναστρέψιμη κατάσταση, αλλά η οποία διατηρεί ένα είδος συνείδησης στο 48% και στο 61% των περιπτώσεων αντίστοιχα με μια μόνιμη κατάσταση που διατηρείται η πνευματική συνέχεια του ατόμου. Επομένως, η πνευματική ανωριμότητα της αντίληψης του θανάτου είναι αρκετά συχνή στον έφηβο που έχει τάσεις αυτοκτονίας. (Gibbons et al., 2012)

Κάθε φαντασιστική δραστηριότητα, η οποία προικίζει τον θάνατο με θετικές ιδιότητες που επιτρέπουν να επιβιώσει ένα μέρος του υποκειμένου το οποίο θα επωφεληθεί από αυτόν, συμβάλλει στο να φαίνεται ο θάνατος απαλλαγμένος από την πραγματικότητα του: "τη στιγμή της αυτοκτονίας ο έφηβος νιώθει ότι το σώμα του είναι χωρισμένο από τον ίδιο και δεν του ανήκει", " πεθαίνω σημαίνει σκοτώνω το σώμα αλλά όχι απαραίτητα και το πνεύμα". Ο θάνατος προσφέρει ικανοποιήσεις τις οποίες αρνείται ο πραγματικός κόσμος. Ο θάνατος σημαίνει απαλλαγή, ανακούφιση, ειρήνη. Η επιθυμία του θανάτου μας παραπέμπει στην επιθυμία του ατόμου να ζήσει μια άλλη ζωή, απαλλαγμένη από εντάσεις και καταναγκασμούς, στην οποία η βαθύτερη έννοια αυτής της τάσης είναι η προσέγγιση της αθανασίας μέσα από τον θάνατο. Η πράξη αυτοκτονίας γίνεται ένα μέσο για να θριαμβεύσει το υποκείμενο πάνω στο θάνατο και να επικυρώσει την αθανασία του. Αυτές οι θετικές διαστρεβλώσεις του θανάτου μαρτυρούν περισσότερο από την ανωριμότητα: μια πραγματικά παραληρηματική, παράφορη αντίληψη. Αυτή η εξωπραγματική θεώρηση του θανάτου καθιστά μάταιη κάθε απόπειρα ορισμού της αυτοκτονίας ως πράξη που απορρέει από την προσέγγιση σε μια ώριμη αντίληψη του θανάτου. Μια τέτοια θέση παραγνωρίζει την ανάδυση αρχικών και επαναστρεφόμενων οραματισμών στον έφηβο που έχει τάσεις αυτοκτονίας και αρνείται τον οριστικό και αναπόφευκτο χαρακτήρα του θανάτου (Hum et.al. 2011).

3.9 ΓΙΑΤΙ ΟΙ ΕΦΗΒΟΙ ΣΚΕΦΤΟΝΤΑΙ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

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

- Η ίδια η εφηβεία είναι μια διαδοχή από "πένθη". Πένθος για την απομυθοποίηση των γονιών, απομάκρυνση από την ασφάλεια του οικογενειακού περιβάλλοντος, απώλεια της παιδικότητας. Το πένθος αυτό συνοδεύεται από μια

κατάθλιψη που ενυπάρχει στη διαδικασία ανάπτυξης, της ίδιας της εφηβείας. Όλοι οι έφηβοι παρουσιάζουν τα χαρακτηριστικά της. Γιατί λοιπόν δεν αυτοκτονούν όλοι; Διότι αυτό που χαρακτηρίζει τους εφήβους είναι η ασυνήθιστη ευκολία αλλαγής, επιθυμιών, προβληματισμών. Μόνο όταν ο έφηβος χάσει αυτή τη θυμική κυνικότητα κλείνεται σε ένα επαναλαμβανόμενο σύστημα, παγιδεύεται σε αυτό μέχρις ότου χάσει την ικανότητα προσαρμογής, με αποτέλεσμα να οδηγηθεί στον κίνδυνο της αυτοκτονίας. (Kail et.al. 2010)

- Εξαιτίας σωματικών αλλαγών που τον μετατρέπουν σε ενήλικα, ο έφηβος μπορεί να δοκιμάσει μίσος για αυτή τη νέα εικόνα και να νιώσει καταδιωγμένος από αυτήν. Στην περίπτωση αυτή, η αυτοκτονία δε σημαίνει απαραίτητα την επιθυμία της πλήρους αυτοκαταστροφής, αλλά μιας απόπειρας να καταστρέψει τα τμήματα εκείνα του εαυτού του που αρνείται.

- Το σώμα του ενήλικα αντιπροσωπεύει ακόμα για αυτόν κάτι που προέρχεται από τους γονείς του. Μερικές φορές η επίθεση σε αυτό το σώμα σημαίνει μια κατευθυνόμενη οργή εναντίον του ενός από τους δυο και αποσκοπεί στην τιμωρία του.

- Για τον έφηβο, η ιδέα της θνησιμότητας του ανθρώπινου είδους είναι απαράδεκτη. Το παίξιμο με τη ζωή, η δυνατότητα επιλογής του θανάτου αντί για αυτήν, είναι ένα μέσο διατήρησης της χίμαιρας της παντοδυναμίας.

Το να έχει λοιπόν ιδέες αυτοκτονίας ένας έφηβος είναι κάτι φυσικό. Η παθολογία ξεκινά στο σημείο όπου ο έφηβος επιθυμεί να τελειώσει πραγματικά τη ζωή του. Η οριακή γραμμή ανάμεσα στις δυο περιπτώσεις είναι εύθραυστη (Kail et.al. 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

4.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Η νοσηλευτική ψυχικής υγείας είναι ένας σημαντικός τομέας της δημόσιας υγείας και της φροντίδας κατ'οίκον. Οι νοσηλευτές της δημόσιας υγείας που εργάζονται στην κοινότητα παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης της ψυχικής υγείας για τη μείωση των κινδύνων για την ψυχική υγεία των ατόμων, των οικογενειών και των κοινοτήτων. Παραδείγματα περιλαμβάνουν την πρωτογενή πρόληψη, όπως η εκπαίδευση για τη διαχείριση του άγχους, δευτερογενής πρόληψη, όπως η έγκαιρη αναγνώριση πιθανών προβλημάτων ψυχικής υγείας και την τριτοβάθμια πρόληψη, όπως η παρακολούθηση και ο συντονισμός των υπηρεσιών αποκατάστασης για τους ψυχικά ασθενείς. (Videbeck, 2011)

Η ψυχιατρική αποκατάσταση περιλαμβάνει την παροχή υπηρεσιών σε άτομα με σοβαρές και επίμονες ψυχικές ασθένειες που τους βοηθούν να ζουν στην κοινότητα. Τα προγράμματα αυτά ονομάζονται συχνά υπηρεσίες υποστήριξης της κοινότητας ή προγράμματα κοινοτικής υποστήριξης. Η ψυχιατρική αποκατάσταση επικεντρώνεται στις δυνάμεις του ασθενή, όχι μόνο στην ασθένειά του. Ο ασθενής συμμετέχει ενεργά στον προγραμματισμό του προγράμματος. Τα προγράμματα έχουν σχεδιαστεί για να βοηθήσουν τον ασθενή να διαχειριστεί την ασθένεια και τα συμπτώματα, να αποκτήσει πρόσβαση στις απαραίτητες υπηρεσίες και να ζήσει με επιτυχία στην κοινότητα. Αυτά τα προγράμματα βοηθούν τους πελάτες με καθημερινές δραστηριότητες όπως μεταφορά, ψώνια, προετοιμασία φαγητού, διαχείριση χρημάτων και υγιεινή.

Η κοινωνική υποστήριξη και οι διαπροσωπικές σχέσεις αναγνωρίζονται ως πρωταρχική ανάγκη για επιτυχή κοινωνική διαβίωση. Τα προγράμματα ψυχιατρικής αποκατάστασης παρέχουν ευκαιρίες για κοινωνικοποίηση, όπως κέντρα καταδύσεων και χώρους όπου οι πελάτες μπορούν να πάνε μαζί με άλλους σε ένα ασφαλές, υποστηρικτικό περιβάλλον. Επαγγελματική παραπομπή, κατάρτιση, καθοδήγηση και υποστήριξη είναι διαθέσιμες για πελάτες που θέλουν να αναζητήσουν και να διατηρήσουν απασχόληση. Τα κοινοτικά προγράμματα υποστήριξης παρέχουν επίσης εκπαίδευση σχετικά με την ασθένεια και τη θεραπεία του ασθενούς και βοηθούν τον πελάτη να λάβει υγειονομική περίθαλψη όταν χρειάζεται.

Η παρέμβαση είναι ένα κρίσιμο στοιχείο της νοσηλευτικής διαδικασίας. Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις είναι δραστηριότητες νοσηλευτικής που ενισχύουν την κοινωνική και ψυχολογική λειτουργία του ασθενή και βελτιώνουν τις κοινωνικές δεξιότητες, τις διαπροσωπικές σχέσεις και την επικοινωνία. Οι νοσηλευτές συχνά χρησιμοποιούν ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις για να βοηθήσουν στην ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών και να επιτύχουν αποτελέσματα σε όλα τα περιβάλλοντα πρακτικής, όχι μόνο στην ψυχική υγεία.

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας που παρέχουν οι νοσηλευτές της δημόσιας υγείας και της οικιακής φροντίδας μπορούν να μειώσουν την ταλαιπωρία που αντιμετωπίζουν πολλοί άνθρωποι ως αποτέλεσμα σωματικών ασθενειών, ψυχικών διαταραχών, κοινωνικών και συναισθηματικών μειονεκτημάτων και άλλων τρωτών σημείων.

Η νοσηλευτική ψυχικής υγείας εξελίσσεται καθώς συνεχίζονται οι αλλαγές στην υγειονομική περίθαλψη. Το επίκεντρο είναι η μετάβαση από τους παραδοσιακούς στόχους που βασίζονται στο νοσοκομείο στη διαχείριση των συμπτωμάτων και της φαρμακευτικής αγωγής σε περισσότερους στόχους με επίκεντρο τον ασθενή, οι οποίοι στόχοι περιλαμβάνουν βελτιωμένη ποιότητα ζωής ασθενών και αποκατάσταση τους. (Videbeck, 2011)

4.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η φροντίδα της κοινότητας για άτομα με προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας συνεχίζει να επεκτείνεται και παράλληλα και ο ρόλος του νοσηλευτή. Ο νοσηλευτής μπορεί να γίνει ο κύριος υπεύθυνος φροντίδας ασθενών με προβλήματα ψυχικής υγείας ενώ παράλληλα μπορεί να διαδραματίσει πολύ σημαντικό ρόλο στην πρόληψη. Οι θεραπευτικές τεχνικές επικοινωνίας και οι δεξιότητες είναι απαραίτητες για την επιτυχή διαχείριση των ασθενών στην κοινότητα. Είναι σημαντικό να αξιολογούνται οι σχέσεις των μελών της οικογένειας και ο νοσηλευτής να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους.

Οι νοσηλευτές μπορούν να ελαχιστοποιήσουν τον κίνδυνο για αγωγές μέσω ασφαλούς, ικανής νοσηλευτικής φροντίδας που δεν ζημιώνουν τον ασθενή. Ο νοσηλευτής πρέπει να αντιμετωπίζει όλους τους ασθενείς δίκαια (δικαιοσύνη), να είναι ειλικρινής και να τιμά τα καθήκοντα και τις δεσμεύσεις απέναντι στους ασθενείς και τις οικογένειες τους.

- Η πρωτογενής πρόληψη εφαρμόζεται σε άτομα υγιή και τα προφυλάσσει ώστε να μην αναπτύξουν νόσο. Ένα παράδειγμα πρωτογενούς πρόληψης αποτελεί η ενημέρωση των εφήβων σχετικά με την κατάχρηση ουσιών.
- Η δευτερογενής πρόληψη αναφέρεται σε άτομα που έχουν ήδη προσβληθεί από ένα νόσημα. Στόχος είναι να αναγνωριστούν τα συμπτώματα και να αντιμετωπιστούν θεραπευτικά νωρίς, ώστε να προληφθούν οι δυσμενείς συνέπειες του νοσήματος. Ένα παράδειγμα αποτελεί ο προληπτικός έλεγχος για κατάθλιψη, πριν ο καταθλιπτικός έφηβος εγκαταλείψει το σχολείο ή επιχειρήσει να βάλει τέλος στην ζωή του.
- Η τριτογενής πρόληψη αφορά άτομα που έχουν προσβληθεί σοβαρά από μια ψυχική διαταραχή. Ο στόχος είναι να βοηθηθούν να αναρρώσουν και να προληφθεί περαιτέρω αναπηρία. Παράδειγμα αποτελεί ένα κέντρο ημερήσιας φροντίδας και νοσηλείας, που κρατά τους ψυχικά νοσούντες νέους μακριά από ιδρύματα. (Videbeck, 2011)

4.3 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΟΥ

Η θεραπευτική σχέση μεταξύ του νοσηλευτή ψυχικής υγείας και του θεραπευόμενου είναι αμοιβαία καθοριζόμενη, στηρίζεται στη συνεργασία και κατευθύνεται από την ανάθεση στόχων. Θα μπορούσε να παρουσιαστεί ως μια σειρά διαδοχικών αλληλεπιδράσεων ανάμεσα στο νοσηλευτή και το θεραπευόμενο στην οποία μπορούν να προστεθούν τα παρακάτω στοιχεία:

- Οι αλληλεπιδράσεις συμβαίνουν σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (σε καθημερινή, εβδομαδιαία ή μηνιαία βάση).
- Οι αλληλεπιδράσεις συμβαίνουν μέσα στο μοναδικό πλαίσιο νοσηλευτή - θεραπευόμενου, που χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένες φάσεις, διαδικασίες και προβλήματα.
- Οι αλληλεπιδράσεις συμβαίνουν σε ένα περιβάλλον που παραμένει σταθερό με το πέρασμα του χρόνου (σπίτι, ιδιωτικό γραφείο, ψυχιατρική κλινική, νοσοκομειακή ψυχιατρική μονάδα, ιατρική μονάδα). Η θεραπευτική σχέση έχει τρεις διαφορετικές φάσεις:

1. Φάση έναρξης ή προσανατολισμού (αρχή), που χαρακτηρίζεται από τη δημιουργία επαφής με τον θεραπευόμενο.
2. Φάση εργασίας (μέση), που χαρακτηρίζεται από τη διατήρηση και την ανάλυση της επαφής.
3. Φάση τερματισμού (τέλος), που χαρακτηρίζεται από τον τερματισμό της επαφής με τον θεραπευόμενο.

Κάθε φάση της θεραπευτικής σχέσης νοσηλευτή - θεραπευόμενου διακρίνεται από σημαντικούς στόχους και θεραπευτικά καθήκοντα.

Η μικρότερης χρονικής διάρκειας παραμονή των ατόμων στο χώρο του νοσοκομείου μεταβάλλει το χρόνο, αλλά και τις προσδοκίες της νοσοκομειακής σχέσης νοσηλευτή -θεραπευόμενου. Παρ' όλο που οι συμμετέχοντες της σχέσης παραμένουν ίδιοι, το πρόγραμμα αλλάζει. (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, 2012)

Το βασικότερο καθήκον και το κυρίαρχο χαρακτηριστικό της θεραπευτικής σχέσης έναν είναι η δημιουργία μιας θεραπευτικής συμμαχίας μεταξύ νοσηλευτή και θεραπευόμενου. Η θεραπευτική συμμαχία είναι μία συνειδητή σχέση μεταξύ του θεραπευτή και του θεραπευόμενου και είναι θεμελιώδης για τη θεραπευτική αλλαγή.

Στη διαδικασία αυτή, ο νοσηλευτής διαμορφώνει μια ώριμη συμμαχία ώστε να ενισχυθούν οι πλευρές του θεραπευόμενου που διευκολύνουν την εξέλιξη και την ανάπτυξη του. Και τα δυο μέλη συνεργάζονται για να ενισχυθεί τελικά ο θεραπευόμενος να εκφράσει τα προσωπικά του προβλήματα και τις ανησυχίες.

Συγκεκριμένα, ο νοσηλευτής αναγνωρίζει τις αντιδράσεις, τις ικανότητες και τις προοπτικές του θεραπευόμενου και του προσφέρει ανατροφοδότηση. Ο θεραπευόμενος με τη σειρά του μπορεί να εκμεταλλευτεί αυτά τα στοιχεία για να αντιμετωπίσει εποικοδομητικά τα ανεπίλυτα προβλήματα. Η δημιουργία της θεραπευτικής συμμαχίας είναι το απαραίτητο στοιχείο που μετασχηματίζει την άτυπη σχέση θεραπευόμενου-νοσηλευτή σε θεραπευτική.

Μια τέτοια δεσμευτική συμμαχία μεταξύ νοσηλευτή και πελάτη επιτρέπει στη σχέση αυτή να συνεχιστεί, ιδιαίτερα στην περίπτωση που ο πελάτης εκφράζει αυξημένη ανησυχία και αντίσταση στην αλλαγή.

Μια επαγγελματική σχέση νοσηλευτή-θεραπευόμενου μπορεί να είναι είτε τυπική είτε άτυπη. Οι αυθόρμητες, άτυπες σχέσεις νοσηλευτή – θεραπευόμενου και οι τυπικές συμβουλευτικές ή ψυχοθεραπευτικές σχέσεις βρίσκονται σε δύο αντίθετα άκρα. (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, 2012)

Οι άτυπες σχέσεις νοσηλευτή-θεραπευόμενου αν και μπορεί να είναι προκαθορισμένες και σχεδιασμένες, αλλά συνήθως αφορούν σε αυθόρμητες αλληλεπιδράσεις. Συμπεριλαμβάνουν ένα σύνολο αλληλεπιδράσεων για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Υπάρχει μία ελάχιστη δομή και χαρακτηρίζεται από αμεσότητα. Οι σχέσεις αυτές εκτυλίσσονται σε πολυάριθμες ιατρικές και μη ιατρικές δομές και είναι ιδιαίτερα συνηθισμένες στα ψυχιατρικά ιδρύματα και στις κοινοτικές δομές ψυχικής υγείας. (Ραγιά, 2009)

Η τυπική σχέση νοσηλευτή-πελάτη διαμορφώνεται στις παρεμβάσεις κρίσης, στη συμβουλευτική και στην ατομική ψυχοθεραπεία. Απαιτεί περισσότερο σχεδιασμό, πιο οργανωμένη δομή, συνέχεια, νοσηλευτική πείρα και χρόνο.

Η τυπική σχέση νοσηλευτή-θεραπευόμενου συμβαίνει σε ποικίλες δομές ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένων και των ψυχιατρικών ιδρυμάτων, των κοινοτικών κέντρων αρχικής υγείας, αλλά και τους ελεύθερους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Οι δύο συμμετέχοντες ξεκινούν μία σχέση, στην οποία οι στόχοι, οι στρατηγικές και τα αποτελέσματα εξελίσσονται μέσα σε ένα πλαίσιο κοινής θεραπευτικής εργασίας. Το κλίμα συνεργασίας συνεπάγεται ότι κάθε συμμετέχων φέρνει στη σχέση τις προσωπικές του ικανότητες και δυνατότητες.

Έτσι, ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας δεν αναλαμβάνει την ευθύνη για τις συμπεριφορές του θεραπευόμενου, αλλά δρα ενεργά μαζί με τον θεραπευόμενο ώστε να αξιολογηθούν συγκεκριμένες συμπεριφορές που σχετίζονται με δυσλειτουργία ή προαγωγή της ανάπτυξης. Η έννοια της συνεργασίας σημαίνει επίσης ότι οι νοσηλευτές αξιολογούν και είναι υπόλογοι της δικής τους συμπεριφοράς απέναντι στους θεραπευόμενους. (Ραγιά, 2009)

4.4 ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά ανέκαθεν αποτελούσε μέρος της ανθρώπινης εμπειρίας. Οι συμπεριφορές αυτές είναι «μέτρα δυσπροσαρμοστικότητας» (maladaptive measures), τα οποία χρησιμοποιεί ένα άτομο για να αποκαταστήσει την εσωτερική του ισορροπία, όταν καταβάλλεται ή όταν δεν μπορεί να αντιμετωπίσει στρεσογόνα γεγονότα της ζωής. Οι άνθρωποι αυτοί, καταπονημένοι και αδυνατώντας να δουν ότι έχουν και άλλες επιλογές, σκέφτονται ή επιχειρούν να βλάψουν τον εαυτό τους, θεωρώντας πως έτσι μπορούν να απομακρύνουν τον αβάσταχτο συναισθηματικό πόνο. (Ραγιά, 2009)

Εκτός από την αυτοκτονία υπάρχουν και άλλες τυπικές αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές οι οποίες περιλαμβάνουν τα εξής:

- Δάγκωμα νυχιών
- τράβηγμα μαλλιών –τριχών
- τριχοτιλοφαγία: αφορά τα περιστατικά κατά τα οποία ο ασθενής τρώει τις τρίχες του. Στην περίπτωση αυτή οι τρίχες συσσωρεύονται στο στομάχι του λόγω μη δυνατότητας ενσωμάτωσης στη λειτουργία της πέψης. Έτσι λαμβάνουν το σχήμα του στομάχου. Η συγκεκριμένη διαδικασία είναι θανατηφόρα.
- γρατσούνισμα ή κόψιμο των καρπών ή άλλων μερών του σώματος,
- επικίνδυνη οδήγηση
- λήψη αλκοόλ και χρήση ναρκωτικών ουσιών.

Γενικά, αυτές οι συμπεριφορές ποικίλουν από σχετικά αβλαβείς ενέργειες στο ένα άκρο του φάσματος, όπως το πολύ φαγητό και ο τζόγος μέχρι και πιο απειλητικές - επικίνδυνες -θανατηφόρες στο άλλο άκρο, όπως η επικίνδυνη οδήγηση σε μια χιονοθύελλα χωρίς ορατότητα. Μια ολοκληρωμένη - πετυχημένη αυτοκτονία είναι η πιο βίαιη αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.²⁷

Οι άνθρωποι που έχουν βιώσει στα παιδικά τους χρόνια παραμέληση, κακοποίηση ή ψυχικά τραύματα δυσκολεύονται να καταλάβουν πώς να εκφράσουν τα συναισθήματα τους προφορικά και πώς να παρεμβαίνουν αποτελεσματικά στις καταστάσεις- δηλαδή, να αποφεύγουν τα προβλήματα. Αρκετοί από αυτούς τους ανθρώπους καταφεύγουν στον αυτο-ακρωτηριασμό, π.χ. κόβονται, καίγονται με τσιγάρα, καίγονται ακουμπώντας τη σόμπα, αφαιρούν τις τρίχες τους, δαγκώνουν τα νύχια τους μέχρι την βάση τους, έτσι ώστε να αντιμετωπίσουν το άγχος και την θλίψη. Ο ακρωτηριασμός είναι πιθανό να σχετίζεται με κακοποίηση, παραμέληση και ψυχικά τραύματα των πρώτων παιδικών χρόνων. (Ραγιά, 2009)

Η αυτοκτονία δεν είναι ποτέ μια τυχαία πράξη. Είτε διαπράττεται παρορμητικά, είτε μετά από επίμονη σκέψη έχει και μήνυμα και σκοπό. Γενικά, ο σκοπός ή η αιτία μιας αυτοκτονίας είναι το άτομο να δραπετεύσει ή να τελειώσει μια αφόρητη κατάσταση, μια κρίση ή μια σχέση.

Κύριος σκοπός αντιμετώπισης του αυτοκτονικού ασθενούς του νοσηλευτή είναι η διάσωση της ζωής του. Ο νοσηλευτής δεν πρέπει να ενδιαφέρεται μόνο για την παρεμπόδιση της πράξης της αυτοκτονίας ώστε να παραταθεί η ζωή του αρρώστου,

αλλά αποβλέπει στη διερεύνηση όσο είναι δυνατό του ορίζοντα της ζωής και στη βελτίωση της ποιότητας αυτής.

Η εκτίμηση του κινδύνου θανάτου είναι μία προσπάθεια πρόβλεψης της πιθανότητας για αυτοκτονία. Μία ακριβής τέτοια εκτίμηση είναι αναγκαία για τη διαμόρφωση ενός σχεδίου βοήθειας προς ένα αυτοκτονικό άτομο. Η εκτίμηση των παραγόντων κινδύνου είναι ουσιώδης στο να προσδιοριστεί η ανάγκη του ασθενή για νοσηλεία.²⁹

Η πραγματοποίηση της εκτίμησης του κινδύνου θανάτου απαιτεί άμεση επικοινωνία με τον ασθενή για τις προθέσεις του. Η εκτίμηση κινδύνου-θανάτου δεν αποτελεί μια εύκολη υπόθεση για το νοσηλευτή. Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας εκτίμησης κινδύνου-θανάτου ο νοσηλευτής θα πρέπει να εξετάζει τους εξής παράγοντες:

- Την παρουσία σημείων που υποδηλώνουν τάση αυτοκτονίας
- Τα μέσα με τα οποία το άτομο ζήτησε βοήθεια
- Το αυτοκτονικό σχέδιο
- Την ψυχική του κατάσταση
- Τα υποστηρικτικά του πρόσωπα, και
- Τον τρόπο ζωής του

Η Νοσηλευτική εκτίμηση ενός αυτοκτονικού ασθενούς θα πρέπει να γίνεται με πολύ προσοχή. Θα πρέπει να συγκεντρωθούν πληροφορίες στο αν ο ασθενής:

- Έχει ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας.
- Μιλά για θάνατο, αυτοκτονία, επιθυμία να έχει πεθάνει και φαίνεται σκυθρωπός και σκεπτικός.
- Κάνει ερωτήσεις που δείχνουν σκέψεις ή σχέδια αυτοκτονίας, παράδειγμα: «πόσο χρόνο μπορούν να μείνουν οι άρρωστοι μόνοι, χωρίς να κυκλοφορεί ανάμεσά τους το προσωπικό;» «Πόσα χάπια από αυτά που παίρνω μπορούν να σκοτώσουν έναν άνθρωπο;» «Αν πηδήξει από αυτό το παράθυρο θα σκοτωθεί αμέσως;».
- Ανησυχεί ότι δεν μπορεί να κοιμηθεί και φοβάται το σκοτάδι της νύχτας.
- Φαίνεται καταθλιπτικός και κλαίει συχνά.
- Απομονώνεται από τους άλλους ιδιαίτερα σε μοναχικούς χώρους ή πίσω από κλειδωμένες πόρτες.
- Δείχνει ανήσυχος και απελπισμένος.
- Φαντάζεται ότι έχει σοβαρή αρρώστια, όπως καρκίνο ή AIDS και μπορεί να θέλει να τερματίσει την ταλαιπωρία για τον εαυτό του και τους δικούς του.

- Εκφράζει βαθιά ενοχή για πραγματική ή φανταστική του πράξη και αισθάνεται ότι δεν αξίζει να ζει.
- Διαδίδει ότι είναι τιμωρημένος, ότι βασανίζεται ή καταδιώκεται.
- Ακούει φωνές (ίσως να τον προτρέπουν να σκοτώσει τον εαυτό του).
- Ξαφνικά φαίνεται πολύ ευτυχισμένος ή ανακουφισμένος χωρίς φανερή αιτία μετά από μεγάλη περίοδο κατάθλιψης (ίσως να είναι σημείο ότι η αμφιθυμία να αυτοκτονήσει ή όχι, ανακουφίστηκε με την απόφαση να το κάνει).
- Συλλέγει αντικείμενα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για πρόκληση βλάβης, όπως τενεκεδένια κουτιά, σπάγκους, κορδόνια παπουτσιών, ζώνες.
- Μοιράζει τα ατομικά του είδη. (Ραγιά, 2009)

Οι περισσότερες ψυχιατρικές μονάδες έχουν αναπτύξει μια σειρά από πρωτόκολλα ή οδηγίες για την παρατήρηση και παρακολούθηση της συμπεριφοράς του ασθενή. Αυτά τα πρωτόκολλα συχνά αναφέρονται ως προφυλάξεις για την αυτοκτονία. Τα συστήματα παρατήρησης μπορεί να έχουν 3 έως 6 επίπεδα. Οι περιορισμοί ίσως απαιτούν την εντολή του γιατρού, αλλά μπορούν και θα έπρεπε να εφαρμόζονται και από τους νοσηλευτές ή άλλα μέλη του προσωπικού σε επείγουσες καταστάσεις.

Συχνά τα πρωτόκολλα φέρουν όνομα έτσι ώστε να απηχούν το σκοπό, τη λογική (rationale) της χρήσης τους. Εκτός από τον τίτλο (προφυλάξεις για την αυτοκτονία), μπορεί να είναι γνωστά με ονόματα όπως ειδική επίγνωση, παρακολούθηση-παρατήρηση, συνεχής παρακολούθηση και συνεχής οπτική παρακολούθηση.

Έχει μεγάλη σημασία να είναι εξοικειωμένα όλα τα μέλη του προσωπικού με το σύστημα που χρησιμοποιείται και να κατανοούν τη λογική της χρήσης του. Είναι σημαντική νοσηλευτική ευθύνη η διατήρηση και παρακολούθηση των πελατών με βάση αυτά τα πρωτόκολλα. (Κούκια, 2015)

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην φροντίδα των ατόμων με αυτοκτονικό ιδεασμό είναι:

- Ø Λήψη κάθε απειλής στα σοβαρά. Αξιολόγηση της απειλής πριν την παραμερίσει.
- Ø Συζήτηση περί της αυτοκτονίας ανοικτά και απευθείας. Η ερώτηση για αυτή δεν θα βάλει την ιδέα στο μυαλό του ασθενούς.
- Ø Εφαρμογή προφυλακτικών μέτρων κατά της αυτοκτονίας, όπως έλεγχος του ασθενούς κάθε 15 λεπτά ή ζήτηση από αυτόν να παραμένει σε κοινούς χώρους.

- Ø Απομάκρυνση του ασθενούς από άμεσο κίνδυνο με αφαίρεση φαρμάκων ή άλλων βλαπτικών ειδών από την κατοχή του ή μετακίνηση του ασθενούς σε ασφαλές μέλος.
- Ø Ανακούφιση από την έκδηλη δυσφορία. Μήπως ο ασθενής χρειάζεται ένα μπάνιο, καθαρά ρούχα, φαγητό, ύπνο.
- Ø Ανακάλυψη της πιο πειστικής ανάγκης του ασθενούς κατά την άποψή του. Μπορεί να είναι η επιθυμία να δει κάποιο φιλικό του πρόσωπο ή μέλος της οικογένειάς του
- Ø Διατήρηση στάσης ενδιαφέροντος και όχι κατάκρισης, που δεν προκαλεί τον ασθενή να οικτίρει τον εαυτό του.
- Ø Η ερώτηση γιατί ο ασθενής διάλεξε να αυτοκτονήσει αυτήν την συγκεκριμένη στιγμή θα δώσει φως στη σημασία που έχει η αυτοκτονία για τον ασθενή και ίσως έτσι δοθούν πληροφορίες που οδηγούν σε κάποιες βοηθητικές παρεμβάσεις.
- Ø Φροντίδα για την ασφάλεια του ασθενούς που περιλαμβάνει στενή παρατήρηση και προσεκτική παρακολούθηση.
- Ø Συχνός έλεγχος της ασφάλειας του περιβάλλοντος.
- Ø Έρευνα στο δωμάτιο του ασθενούς, ιδιαίτερα αν ο αυτοκτονικός ιδεασμός ή η απόπειρα εκδηλώθηκαν μετά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο.
- Ø Η συμπεριφορά προς τον ασθενή ως πρόσωπο πρέπει να χαρακτηρίζεται από ευγένεια, διάκριση και σεβασμό. Να του ζητείται άδεια για τον έλεγχο των προσωπικών του αντικειμένων.
- Ø Συζήτηση μεταξύ των μελών του προσωπικού υγείας για το αν θα ζητηθεί από τον ασθενή να γίνει συμβόλαιο μη διάπραξης αυτοκτονίας.
- Ø Τοποθέτηση του ασθενούς σε προσιτό δωμάτιο για εύκολη παρατήρηση, δηλαδή κοντά στο νοσηλευτικό παρατηρητήριο και με έναν ακόμη άρρωστο μαζί.
- Ø Οργάνωση σχεδίου φροντίδας για τον ασθενή. Συζήτηση σχετικά με όλα του τα προβλήματα. Ιεράρχηση των προβλημάτων του και κατάλογος εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισης για κάθε του πρόβλημα. Σημείωση του σχεδίου και το ποιος είναι υπεύθυνος και για ποια ενέργεια.
- Ø Να μην δίνονται υπερβολικές υποσχέσεις. Για παράδειγμα: «Μην ανησυχείτε, δεν θα σας αφήσω να σκοτώσετε τον εαυτό σας». Χρειάζεται ειλικρίνεια και

να του δίνονται ελπίδες. Οι μη ρεαλιστικές υποσχέσεις ελαττώνουν την αξιοπιστία του νοσηλευτή.

- Ø Ενθάρρυνση του ασθενή να συνεχίζει τις καθημερινές δραστηριότητες και την αυτοφροντίδα όσο περισσότερο μπορεί.
- Ø Συζήτηση με τον ασθενή σχετικά με το ποια μέλη της οικογένειας και φίλους θα πρέπει να έρχεται σε επαφή.
- Ø Προετοιμασία του νοσηλευτικού προσωπικού για αντιμετώπιση των μελών της οικογένειας που ίσως είναι συγχυτικά, θυμωμένα ή αδιάφορα.
- Ø Αξιολόγηση των αναγκών του ασθενή για λήψη φαρμάκων και συνεργασία για αυτό με τον γιατρό.
- Ø Συζήτηση για το σχέδιο φροντίδας που έχει καταστρωθεί μαζί με τον ασθενή και προγραμματίζει της συνέχισης της παρακολούθησης.
- Ø Εξέταση των συναισθημάτων του νοσηλευτικού προσωπικού και πως επηρεάζουν την κλινική τους εργασία.
- Ø Συνεχή παρακολούθηση των ασθενών και απομάκρυνση αντικειμένων που δύναται να χρησιμοποιηθούν από τους ασθενείς για να αυτοκτονήσουν όπως κορδόνια παπουτσιών, ζώνες, επιδέσμους, καλώδια και εργαλεία. Επίσης λάμπες φωτισμού μπορεί να σπαστούν και να χρησιμοποιηθούν για αυτοτραυματισμό, όπως και το σπирάλ του μπλοκ των σημειώσεων ενώ δύναται να καταπιούν χλωρίνη βρίσκοντάς την στο τροχοφόρο του προσωπικού καθαριότητας. (Κούκια, 2015)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

5.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1

Γυναίκα ασθενής Γ.Α 17 ετών εισήχθη στην Ψυχιατρική κλινική του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών παρουσιάζοντας τα εξής συμπτώματα: αυτοκτονικές τάσεις, δυσφορική διάθεση, έντονο άγχος.

Ο ασθενής εμφανίζει καταθλιπτικό συναίσθημα και κοινωνική απομόνωση προ τριετίας κατόπιν ενός δυσάρεστου γεγονότος στο οικογενειακό περιβάλλον. Ο ασθενής διεγνώσθη με διαταραχή συμπεριφοράς. Λόγω κακής σχολικής επίδοσης στο τελευταίο τετράμηνο εμφανίζει καταθλιπτικό επεισόδιο με αυτοκαταστροφικό ιδεασμό. Η διάγνωση ήταν: Διαταραχές συμπεριφοράς-ενεργός αυτοκτονικός ιδεασμός.

<i>1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση</i>	<i>2.Αντικειμενικός Σκοπός</i>	<i>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</i>
<p>Αυτοκτονικές τάσεις</p>	<p>Διατήρηση της ασφάλειας του ασθενούς κατά την παραμονή του στο νοσοκομειακό χώρο.</p>	<p>Ελαχιστοποίηση δυνατότητας αυτοκαταστροφής.</p> <p>Εκτίμηση του βαθμού κινδύνου αυτοκτονίας.</p>	<p>Συστηματική παρακολούθηση του ασθενούς ανά 15 λεπτά</p> <p>Απομάκρυνση όλων των επικίνδυνων βλαπτικών αντικειμένων (αιχμηρά αντικείμενα, πλαστικές σακούλες, κορδόνια)</p> <p>Συζήτηση με τον ασθενή.</p> <p>Συστηματικός έλεγχος του περιβάλλοντος για επικίνδυνα σημεία (πόρτες, παράθυρα, σκάλες)</p>	<p>Εξάλειψη αυτοκαταστροφικών τάσεων.</p>

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Έντονο άγχος	<p>Ελάττωση κινητικότητας του ασθενούς.</p> <p>Μείωση του άγχους</p>	<p>Ήρεμη προσέγγιση του ασθενούς</p> <p>Προώθηση διαλόγου</p> <p>Περίπατος με τον ασθενή</p> <p>Κατανόηση αναγκών ως ανασταλτικό παράγοντα του άγχους</p> <p>Διδασκαλία ασκήσεων αργών και βαθιών αναπνοών.</p>	<p>Αποφυγή λήψης καφεΐνης, νικοτίνης και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών</p> <p>Διδασκαλία ανοχής ελαφρών επιπέδων άγχους</p> <p>Διδασκαλία διοχέτευσης άγχους σε εποικοδομητική συμπεριφορά και δραστηριότητες.</p>	<p>Το άγχος μειώθηκε.</p> <p>Ο ασθενής ηρέμησε και μειώθηκε η κινητικότητά του</p>

<i>1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση</i>	<i>2.Αντικειμενικός Σκοπός</i>	<i>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</i>
Δυσφορική διάθεση	Εξάλειψη δυσφορικής διάθεσης	<p>Προώθηση συζήτησης</p> <p>Ενθάρρυνση λεκτικής έκφρασης των συναισθημάτων</p> <p>Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς</p>	<p>Παρουσίαση ενδιαφέροντος για τις απόψεις του ασθενούς</p> <p>Χρησιμοποίηση περιόδων σιωπής ώστε να σκέφτεται ο ασθενής όσα έχει πει</p> <p>Ενθάρρυνση αυτοεκτίμησης μέσω της ομιλίας</p> <p>Αναγνώριση και σεβασμός των συναισθημάτων.</p> <p>Ενίσχυση προσωπικής αξιοπρέπειας ασθενούς</p>	Η δυσφορική διάθεση υποχώρησε.

5.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2

Αγόρι, ηλικίας 16 ετών, εισήχθη στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών στην Ψυχιατρική κλινική, λόγω οξείας επιθετικής συμπεριφοράς προς τους γονείς. Δεν υπάρχει κληρονομικότητα κάποιας ψυχικής ασθένειας. Οι γονείς ανέφεραν ότι πρόκειται για ένα δύσκολο παιδί, το οποίο είναι σχεδόν σε μόνιμη βάση ανήσυχο. Η διάγνωση του θεράπον ιατρού ήταν Συναισθηματική Διαταραχή με επιθετικές τάσεις και οπτικές/ ακουστικές ψευδαισθήσεις.

<i>1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση</i>	<i>2.Αντικειμενικός Σκοπός</i>	<i>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</i>
<p>Οπτικές και ακουστικές ψευδαισθήσεις</p>	<p>Διενέργεια ψυχοκοινωνικών και οικογενειακών θεραπειών</p>	<p>Ενημέρωση γονέων για την θεραπευτική διαδικασία</p> <p>Ενημέρωση και συζήτηση με τον ψυχίατρο</p>	<p>Εξάλειψη φόβου ασθενούς</p> <p>Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης</p> <p>Αφήνουμε το παιδί να εκφράσει τους φόβους του ακούγοντας με κατανόηση και φροντίζουμε να παρέχουμε ασφάλεια</p> <p>Χορήγηση Σουλπιρίδης σε δοσολογία 3-5 mg/kg ημερησίως, με οδηγία ιατρού</p>	<p>Μετριασμός παραληρητι κών ιδεών και οπτικοακου στικών ψευδαισθήσ εων</p>

<i>1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση</i>	<i>2.Αντικειμενικός Σκοπός</i>	<i>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</i>
Επιθετική συμπεριφορά	Ρύθμιση θεραπευτικής αγωγής, ώστε η ασθενής να συνυπάρξει μέσα σε ένα σχολικό και κοινωνικό πλαίσιο	<p>Φροντίδα ασθενή για την εξάλειψη των επιθετικών τάσεων και την ανάπτυξη συναισθημάτων</p> <p>Ενημέρωση γονέων για την θεραπευτική διαδικασία</p>	<p>Πλήρης ενημέρωση γονέων για τη θεραπευτική αγωγή (ψυχοκοινωνικές και οικογενειακές θεραπείες)</p> <p>Φροντίδα ασθενή ώστε να ζει σε αρμονικό/ ήρεμο περιβάλλον εντός του νοσοκομείου</p> <p>Συνεχής προσπάθεια συνομιλίας με την ασθενή</p> <p>Διενέργεια ψυχοθεραπείας</p>	Εξάλειψη των επιθετικών τάσεων

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η αυτοκτονία των νέων είναι μια μεγάλη ανησυχία για τη δημόσια υγεία παγκοσμίως. Η πρόληψη της αυτοκτονίας στους νέους είναι εξαιρετικά σημαντική. Για να είναι επιτυχής, η πρόληψη της αυτοκτονίας των νέων δεν μπορεί να περιοριστεί π.χ. ψυχιατρική περίθαλψη, αλλά πρέπει να αναληφθεί δράση σε διαφορετικά επίπεδα στην κοινωνία. Η αυτοκτονία είναι ένα πολύπλοκο φαινόμενο που ενέχει ψυχολογικούς, κοινωνικούς, βιολογικούς, πολιτιστικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Το συνεκτικό εύρημα είναι ότι λιγότερες από τις μισές εφηβικές αυτοκτονίες έχουν λάβει ψυχιατρική περίθαλψη. Η εκπαίδευση των ιατρών στην αναγνώριση και θεραπεία της κατάθλιψης και ο περιορισμός της πρόσβασης σε θανατηφόρες μεθόδους έχουν μειώσει τα ποσοστά αυτοκτονιών. Όλες οι εκφράσεις αυτοκτονικής πρόθεσης πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη και να υποδεικνύουν την εκτίμηση της κατάστασης της ανάπτυξης και της ζωής του εφήβου.

Ο κύριος στόχος της αποτελεσματικής πρόληψης των νεανικών αυτοκτονιών είναι η μείωση των παραγόντων κινδύνου αυτοκτονίας. Η ψυχική νοσηρότητα, ιδιαίτερα οι διαταραχές της διάθεσης, οι αντικοινωνικές διαταραχές και η κατάχρηση ουσιών συνδέονται στενά με την αυτοκτονία των νέων.

Απαιτείται επίσης συνεχής εκπαίδευση για να βοηθηθούν οι νοσηλευτές να αναπτύξουν περαιτέρω τις γνώσεις και τις δεξιότητές τους, να προωθήσουν τις αλλαγές στις νοοτροπίες και τις πεποιθήσεις όσον αφορά τη θεραπεία που βασίζεται στην κοινότητα. Πρέπει να δημιουργηθούν προγράμματα ειδικευμένης ή μετα-βασικής εκπαίδευσης για τους νοσηλευτές ώστε να διασφαλιστεί ότι οι νοσηλευτές μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες σε άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές και να παρέχουν υποστήριξη σε φορείς παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Κούκια Ε. (2015). Ψυχιατρική νοσηλευτική, νοσηλευτική ψυχικής υγείας. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα

Alfonso, V.C., Raderc, D.E. (2015) Incidence of Basic Concepts in the Directions of New and Recently Revised American Intelligence Tests for Preschool Children, *School Psychology International*, 16 (4), pp. 345-364

Τσίτσικα Α, Χρούσος Γ. (2005). Η υγεία της εφηβικής ηλικίας ως προτεραιότητα της σύγχρονης ιατρικής πραγματικότητας. Δελτίο Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, 52(4): 370-375.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Balat, G.U. (2016) Examining the knowledge of basic concepts of children starting primary education, *Early Child Development and Care*, 179 (7), pp. 911-918

Blai Jr. (2017) American and Chinese children's understanding of basic relational concepts in directions, *Psychology in the Schools*, 41 (2), pp. 261-272

Hum A.M. , Robinson L.A., Jackson A. A. , Ali K.S. (2011) Physician Communication Regarding Smoking and Adolescent Tobacco Use. *Pediatrics*. Jun; 127(6): e1368–e1374.

Kail, RV. Cavanaugh JC (2010). Human Development: A Lifespan View (5th ed.). Cengage Learning, p. 296.

Kratochwill T., Littlefield Cook J., Travers J.(2016). Εκπαιδευτική ψυχολογία. (επιστ. Επιμ. Λεονταρή Α., Συγκολλίτου Ε.) Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg

Osório, A., Lens, M., Sampaio, A. (2017) Concrete and relational vocabulary: Comparison between Williams and Smith-Magenis syndromes, Research in Developmental Disabilities

Reynolds, C.R. (2017) Factorial validity of item classification on the boehm test of basic concepts (btbc), forms a and b Educational and Psychological Measurement 41 (2), pp. 579-583

Windsor, M. Cermak, S. (2015) Handwriting readiness: Locatives and visuomotor skills in the kindergarten year, Early Childhood Research and Practice, 3 (1)

Yildirim, A. (2015) International Journal of Early Childhood Special Education, Investigation of relationship between basic concept and mean length of utterances in children with autism, Bülent Ecevit üniversitesi, Ereğli Eğitim Bilimleri Fakültesi, Zonguldak, Turkey, Volume 7, Issue 1, 2015, Pages 129-150

Hum A.M. , Robinson L.A., Jackson A. A. , Ali K.S. (2011) Physician Communication Regarding Smoking and Adolescent Tobacco Use. Pediatrics. Jun; 127(6): e1368–e1374.

Kail, RV. Cavanaugh JC (2010). Human Development: A Lifespan View (5th ed.). Cengage Learning, p. 296

Casey BJ, Duhoux S, Cohen MM (2010). Adolescence: What do transmission, transition and translation have to do with it? *Neuron*, 67(5):749–760.

Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH et al (2012). Adolescence: a foundation for future health. *The Lancet*, 379:1630–1640.

Dick B, Ferguson BJ (2015). Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade. *Journal of Adolescent Health*, 56:3–6.

Welham, J., Scott, J., Williams, G., Najman, J., Bor, W., O'Callaghan, M., & McGrath, J. (2009). Emotional and behavioural antecedents of young adults who screen positive for non-affective psychosis: A 21-year birth cohort study. *Psychological Medicine*, 39(4), 625-634.

Lerner, R., Steinberg, L., (eds.), (2009), *Handbook of Adolescent Psychology*, 3rd edn., New York: Wiley

Spear, L. P., (2010), *The behavioral neuroscience of adolescence*. 1st ed. New York: W. W. Norton

Guthold, R., Cowan, M.J., Autenrieth, C.S., Kann, L., Riley, L.M. (2010). Physical activity and sedentary behavior among schoolchildren: A 34-country comparison. *J. Pediatr.*, 157, 43–49.

Nardi B, Francesconi G, Catena-Dell'osso M, Bellantuono C. (2013). Adolescent depression: clinical features and therapeutic strategies. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 17:1546- 1551.

Forman-Hoffman V, McClure E, McKeeman J, Wood CT, Middleton JC, Skinner AC, Perrin EM, Viswanathan M. Screening for major depressive disorder in children and adolescents: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2016, 164:342-349.

Needham BL. (2009). Adolescent depressive symptomatology and young adult educational attainment: an examination of gender differences. *J Adolesc Health*, 45:179-186

Zhang J, Xiao S, Zhou L. (2010). Mental disorders and suicide among young rural Chinese: A case-control psychological autopsy study. *Am J Psychiatry*; 167: 773-81.

Phillips MR. (2010). Rethinking the role of mental illness in suicide. *Am J Psychiatry*; 167: 731-3.

Dutta R, Murray RM, Hotopf M, Allardyce J, Jones PB, Boydell J. (2010). Reassessing the long-term risk of suicide after a first episode of psychosis. *Arch Gen Psychiatry*; 67: 1230-7.

Pickles A, Aglan A, Collishaw S, Messer J, Rutter M, Maughan B. (2010). Predictors of suicidality across the life span: the Isle of White study. *Psychol Med*; 40: 1453-66.

Gibbons RD, Brown CH, Hur K, Davis J, Mann JJ. (2012). Suicidal thoughts and behavior with antidepressant treatment: reanalysis of the randomized placebo-controlled studies of fluoxetine and venlafaxine. *Arch Gen Psychiatry*.;69(6):580–587

Kelleher I, Corcoran P, Keeley H, et al. (2013). Psychotic symptoms and population risk for suicide attempt: a prospective cohort study. *JAMA Psychiatry*;70(9):940–948

Kann L, Kinchen S, Shanklin SL, et al. (2013). Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Youth risk behavior surveillance--United States,. *MMWR Suppl.* 2014;63(4):1–168

World Health Organization (WHO). (2017). Disease and injury country mortality estimates, 2000–2015

http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html.

Kuhlberg, J.A., Peña, J.B., Zayas, L.H. (2010). Familism, Parent-adolescent conflict, self-esteem, internalizing behaviors and suicide attempts among adolescent Latinas. *Child Psychiatry and Human Development*, 41, 425-440.

The Military REACH Team. (2014). Risk Factors for Adolescent Suicide. The University of Minnesota.

Russell, S. T., & Toomey, R. B. (2012). Men's sexual orientation and suicide: Evidence of U.S. adolescent specific risk. *Social Science and Medicine*, 74, 523-529

Videbeck S. L. (2011). *Psychiatric–Mental Health Nursing*. Wolters Kluwer Health

Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου Α. (2012). *Ψυχική Υγεία και Νοσηλευτική Επιστήμη*, Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα

Ραγιά Α. (2009). Νοσηλευτική Ψυχικής υγείας-Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Εκδόσεις
Παρισιάνος, Αθήνα