

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ
- Crisis Intervention –
Επείγοντα Ψυχολογικά Προβλήματα

Επιμέλεια: Ορέστης Γιωτάκος, Ψυχίατρος

Εκδόσεις Αρχιπέλαγος, 2008



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΜΕΡΟΣ Α: ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ
ΠΡΟΛΟΓΟΣ Ο Γιωτάκος)
ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΡΙΣΗ Ε Καμπισσοπούλου
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ Ε Καμπισσοπούλου
ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ Ε Καμπισσοπούλου
ΔΟΥΛΕΥΟΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ Ν Ζαφειροπούλου, Σ Ροκκά
ΣΥΓΧΡΟΝΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ Ν Πιπεροπούλου, Ο Γιωτάκος
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΙ ΣΤΗΡΙΞΗ ΑΠΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ Σ Ροκκά, Θ Τριανταφύλλου, Ο Γιωτάκος
ΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ Ο Γιωτάκος
ΜΕΡΟΣ Β: ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ
ΑΠΩΛΕΙΑ, Ν Αμβρόσιος
ΠΕΝΘΟΣ, Ν Αμβρόσιος
ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ, Α Καφφές
ΧΡΗΣΗ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ Γ Τσισκάκης, Ο Γιωτάκος
ΒΙΑΙΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ, Μ Περδικάρη
ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗ ΒΙΑ Ε Παπαδομαρκάκη

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ Ο Γιωτάκος
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ Χ Λεχουρίτη, Ο Γιωτάκος
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΟΜΗΡΙΑΣ Κ Κάτρη, Γ Στεφανόπουλος
ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ Ι Παπακίτσου
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΗΣ ΣΕ «ΟΛΟΠΑΓΗ ΙΔΡΥΜΑΤΑ»: ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΦΥΛΑΚΗΣ Ο Θεμελή
Ο ΕΓΚΛΕΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ Κ Κοσμάτος

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η ζωή είναι μια διαδικασία αλληλοσυνδεόμενων προκλήσεων και κρίσεων. Στο πεδίο της κρίσης, το άτομο διαθέτει την επιλογή να μην κάνει επιλογή, με τις συνέπειες να αποδεικνύονται συνήθως αρνητικές ή να επιλέξει να κάνει κάτι, θέτοντας έτσι τις βάσεις εξόδου από την κρίση και της γενικότερης ανάπτυξής του. Οι αντιδράσεις των ανθρώπων στην κρίση ποικίλουν. Κάτω από ιδανικές συνθήκες το άτομο μπορεί να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά την κρίση και να αναπτύξει δύναμη μέσα από αυτή την εμπειρία. Άλλες φορές φαίνεται να επιβιώνει από την κρίση έχοντας καταφέρει να μπλοκάρει με επιτυχία τα επώδυνα συναισθήματα από τη συνειδητότητα, γεγονός όμως που το επηρεάζει στη συνέχεια και για το υπόλοιπο της ζωής του. Άλλοτε όμως, το άτομο κλονίζεται ψυχολογικά δείχνοντας ξεκάθαρα ότι δεν είναι ικανό να προχωρήσει παραπέρα στη ζωή του, παρά μόνο εάν λάβει άμεση και δραστική βοήθεια. Στην Κινέζικη Γλώσσα δεν υπάρχει ένα σύμβολο αντίστοιχο της ελληνικής λέξης «κρίση». Η έννοια συμβολίζεται με δύο ιδεογράμματα που αντιπροσωπεύουν τις λέξεις «κίνδυνος» και «ευκαιρία». Τα δύο αυτά συστατικά είναι η ουσία της κρίσης. Η κρίση σημαίνει κίνδυνος καθώς μπορεί να κατακλύσει το άτομο, σε βαθμό που να καταλήξει σε σοβαρή παθολογία που περιλαμβάνει την πιθανότητα ανθρωποκτονίας ή αυτοκτονίας. Η κρίση είναι επίσης και ευκαιρία γιατί ο πόνος που επιφέρει ωθεί το άτομο σε αναζήτηση βοήθειας ή και αλλαγής. Εάν το άτομο αξιοποιήσει την ευκαιρία, η παρέμβαση μπορεί να βοηθήσει θέτοντας τις βάσεις για προσωπική ανάπτυξη.

Σκοπός του βιβλίου αυτού είναι να παρουσιάσει όλες σχεδόν τις δυνατότητες παρέμβασης στην ψυχολογική κρίση που μπορεί να έχει ένας ειδικός. Περιγράφονται συγκεκριμένες στρατηγικές αντιμετώπισης, προσαρμοσμένες στις αντίστοιχες θεωρίες, αλλά και στις αντίστοιχες καταστάσεις ζωής, όπως απώλεια, θάνατος, βίαιη συμπεριφορά, κακοποίηση, κλπ. Επίσης, περιγράφονται ειδικές στρατηγικές ψυχολογικής παρέμβασης, σύγχρονοι τρόποι αντιμετώπισης όλων των πιθανών καταστάσεων κρίσης ή κινδύνου, καθώς και οι φαρμακευτικές δυνατότητες παρέμβασης στις περιπτώσεις των ψυχικών διαταραχών. Πιο συγκεκριμένα, στο Α Μέρος περιγράφονται οι θεωρητικές κατευθύνσεις και οι αντίστοιχες εφαρμογές, ενώ στο Β Μέρος αναλύονται όλες σχεδόν οι ειδικές καταστάσεις στις οποίες απαιτείται παρέμβαση από τον κλινικό. Ευχαριστώ θερμά όλους τους συγγραφείς-συνεργάτες αυτού του βιβλίου για την πολύμηνη προσπάθειά τους, καθώς και τον κο Μιχάλη

Πιτσιλίδη για την ευαισθησία και τη βοήθεια στην έκδοση. Δεδομένων των ποικίλων περιστατικών κρίσης που αντιμετωπίζουμε στην καθημερινή πρακτική, θεωρώ ότι το βιβλίο αυτό θα αποτελέσει ένα ιδιαίτερα χρήσιμο εργαλείο όλων των ειδικών που απασχολούνται στον ευρύτερο χώρο της ψυχικής υγείας.

Δρ Ορέστης Γιωτάκος, Ψυχίατρος

ΜΕΡΟΣ Α

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ

ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

Ελενα Καμπισσοπούλου, Ψυχολόγος

Ορισμοί

Η ψυχολογική κρίση έχει διπλό χαρακτήρα όντας ταυτόχρονα οικουμενική και ιδιοσυγκρασιακή στη φύση της. Είναι οικουμενική γιατί κανένας δεν είναι απρόσβλητος στην αποδιοργάνωση, δεδομένου ενός κατάλληλου συνδυασμού συνθηκών. Είναι ιδιοσυγκρασιακή γιατί εκείνο που ένα άτομο μπορεί να το ξεπεράσει επιτυχώς, ένα άλλο μπορεί να μην το καταφέρει, ακόμη κι αν οι συνθήκες είναι κυριολεκτικά ίδιες. Είναι άτοπο να πιστεύουμε ότι κάποιος έχει ανοσία σε ψυχικές επιθέσεις, ότι μπορεί να χειριστεί οποιαδήποτε κρίση με ένα σταθερό, ψύχραιμο και ελεγχόμενο τρόπο. Το φαινόμενο των βετεράνων πολέμου που υποφέρουν από μετατραυματική διαταραχή αποτελεί πειστική απόδειξη ότι όταν μια κρίση καταλαγιάσει, μπορεί να επέλθει αποδιοργάνωση, ανισορροπία, αποπροσανατολισμός και διάσχιση στους μηχανισμούς αντιμετώπισης του ατόμου όσο θωρακισμένο και αν είναι ενάντια στο ψυχολογικό τραύμα. Η ψυχολογική κρίση είναι κατά κανόνα περίπλοκη και τα συμπτώματα που τη συνοδεύουν συνδέονται μεταξύ τους με τέτοιο τρόπο που επηρεάζουν όλα τα περιβάλλοντα του ατόμου. Οικογένειες, άτομα, σύντροφοι, οργανισμοί και ανθρώπινο δυναμικό, μπορούν όλοι άμεσα να επηρεάσουν την επίλυση του προβλήματος και την επαναφορά στη σταθερότητα. Οι άνθρωποι σε κρίση επιδέχονται βοήθεια μέσα από μια ποικιλία ειδών παρέμβασης, ορισμένες από τις οποίες περιγράφονται ως βραχεία θεραπεία. Όταν όμως πρόκειται για χρόνια προβλήματα, δεν μπορούμε να μιλάμε για άμεσες και γρήγορες λύσεις.

Ένα άτομο βρίσκεται σε κρίση όταν αντιλαμβάνεται ή βιώνει ένα γεγονός ή μια κατάσταση ως μια αξεπέραστη δυσκολία που υπερβαίνει τους πόρους και μηχανισμούς αντιμετώπισης που διαθέτει. Εάν το άτομο δεν ανακουφιστεί, η κρίση έχει τη δυνατότητα να προκαλέσει σοβαρές συναισθηματικές, συμπεριφορικές και γνωστικές δυσλειτουργίες. Ακολουθούν κάποιοι ορισμοί για την κρίση που αντιπροσωπεύουν και ορίζουν την έννοια, καθώς και προετοιμάζουν τον αναγνώστη να κατανοήσει τις θεωρητικές κατασκευές αυτού του κεφαλαίου.

- Η κρίση είναι μια κατάσταση αποδιοργάνωσης κατά την οποία οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν ματαίωση σε σημαντικούς στόχους ζωής ή βαθιά διαταραχή στον κύκλο ζωής τους και στις μεθόδους αντιμετώπισης στρεσογόνων παραγόντων. Ο όρος κρίση συνήθως αναφέρεται στα συναισθήματα φόβου και οδύνης του ατόμου για τη διαταραχή και όχι στη διαταραχή αυτή καθαυτή. (Brammer, 1985)
- Οι άνθρωποι βρίσκονται σε κατάσταση κρίσης όταν αντιμετωπίζουν κάποιο εμπόδιο σε βασικούς στόχους ζωής- το οποίο είναι , για ορισμένο χρονικό διάστημα, αξεπέραστο με τη χρήση συνηθισμένων τακτικών επίλυσης προβλημάτων. Ακολουθεί τότε μια περίοδος αποδιοργάνωσης και αναστάτωσης, κατά τη διάρκεια της οποίας το άτομο δοκιμάζει ανεπιτυχώς διάφορους τρόπους δράσης (Caplan, 1964).
- Η κρίση προκύπτει ως αποτέλεσμα εμποδίων σε στόχους ζωής που οι άνθρωποι πιστεύουν ότι δε μπορούν να ξεπεράσουν μέσω συνηθισμένων επιλογών και συμπεριφορών (Caplan, 1964)
- Η κρίση είναι μια προσωπική δυσκολία ή κατάσταση που ακινητοποιεί τους ανθρώπους και τους εμποδίζει να ελέγχουν συνειδητά τη ζωή τους (Belkin, 1984)
- Αυτό που χαρακτηρίζει την κρίση είναι ότι το άτομο δε γνωρίζει πως να ανταποκριθεί για να αντιμετωπίσει μια κατάσταση (Carkhuff & Berenson, 1977).

Είδη Κρίσεων

Περιστασιακές Κρίσεις: Μια περιστασιακή κρίση προκύπτει όταν συμβαίνουν σπάνια και ασυνήθιστα γεγονότα τα οποία ένα άτομο δεν έχει τρόπο να προβλέψει ή να ελέγξει. Περιστασιακές κρίσεις μπορεί να ακολουθήσουν μετά από γεγονότα όπως, τρομοκρατικές επιθέσεις, αυτοκινητιστικά ατυχήματα, απαγωγές, βιασμούς, εξαγορές εταιρειών και απώλεια εργασίας, και ξαφνική ασθένεια ή θάνατο. Το στοιχείο που διαφοροποιεί μια περιστασιακή κρίση από άλλου είδους κρίσεις είναι ότι μια τέτοια κρίση είναι σπάνια, ξαφνική, έντονη και συχνά καταστροφική.

Αναπτυξιακές Κρίσεις: Οι αναπτυξιακές κρίσεις αφορούν γεγονότα στην κανονική ροή της ανθρώπινης ανάπτυξης και εξέλιξης όπου συμβαίνει μια δραματική αλλαγή ή μεταβολή, η οποία παράγει παθολογικές αντιδράσεις. Για παράδειγμα, αναπτυξιακές κρίσεις μπορεί να συμβούν ως αντίδραση στη γέννηση ενός παιδιού, την αποφοίτηση

από το πανεπιστήμιο, την αλλαγή καριέρας στη μέση ηλικία, τη συνταξιοδότηση ή ακόμη κατά τη διαδικασία της γήρανσης. Οι αναπτυξιακές κρίσεις θεωρούνται φυσιολογικές. Ωστόσο, όλοι οι άνθρωποι και όλες οι αναπτυξιακές κρίσεις είναι μοναδικά και θα πρέπει να αξιολογούνται και να χειρίζονται με μοναδικούς τρόπους

Υπαρξιακές Κρίσεις: Μια υπαρξιακή κρίση περιλαμβάνει τις εσωτερικές συγκρούσεις και αγωνίες που συνοδεύουν σημαντικά ανθρώπινα ζητήματα : στόχοι, ευθύνη, ανεξαρτησία, ελευθερία και δέσμευση. Μια υπαρξιακή κρίση μπορεί να συνοδεύει τη συνειδητοποίηση, στην ηλικία των 40, ότι το άτομο δεν θα καταφέρει ποτέ να διακριθεί σε ένα συγκεκριμένο επάγγελμα ή μια οργάνωση. Τύψεις, στην ηλικία των 50, που δεν αποφάσισε ποτέ να παντρευτεί ή να εγκαταλείψει το σπίτι των γονιών, που ποτέ δεν έκανε πραγματικά μια χωριστή ζωή. Ένα διαπεραστικό και επίμονο συναίσθημα, στην ηλικία των 60, ότι η ζωή του δεν έχει νόημα- ότι υπάρχει ένα κενό που ποτέ δεν θα γεμίσει.

Περιβαλλοντικές Κρίσεις: Περιβαλλοντικές Κρίσεις συνήθως συμβαίνουν όταν κάποια φυσική ή ανθρωπίνως- προκληθείσα καταστροφή έχει συνέπειες σε ένα άτομο ή σε ένα (μικρό ή μεγάλο) αριθμό ανθρώπων, οι οποίοι βρίσκονται, όχι από δικό τους σφάλμα ή πράξη, να ζουν τον εφιάλτη ενός γεγονότος το οποίο μπορεί να επηρεάσει αρνητικά κυριολεκτικά κάθε μέλος του περιβάλλοντος όπου ζουν. Τέτοιες κρίσεις μπορεί να συμβούν με τη μορφή φυσικών φαινομένων όπως, τυφώνες, πλημμύρες, παλιρροιακά κύματα, ηφαιστειακές εκρήξεις, σεισμοί, κατολισθήσεις, λιμούς, πυρκαγιές. Άλλες περιπτώσεις περιβαλλοντικών κρίσεων μπορεί να είναι βιολογικού χαρακτήρα, όπως κατά τη διάρκεια μιας επιδημίας ή μιας τεράστιας πετρελαιοκηλίδας, πολιτικού χαρακτήρα, όπως στον πόλεμο ή μια μεταναστευτική κρίση, αποτέλεσμα πολέμου ή φυλετικού «καθαρισμού» (εκτόπιση ή καταστροφή ενός ολόκληρου φυλετικού πληθυσμού μιας περιοχής), ή οξεία οικονομική κάμψη.

Μετά την κρίση

Οι κρίσεις έχουν περιορισμένη χρονική διάρκεια, συνήθως επιμένοντας το ανώτερο για διάστημα 6 έως 8 εβδομάδων, στο τέλος του οποίου η σχετική δυσφορία μειώνεται. Ο τρόπος που το άτομο θα διαχειριστεί την κρίση στο άμεσο

διάστημα που ακολουθεί την έναρξή της θα καθορίσει εάν η κρίση θα γίνει ένα νοσηρό απόθεμα το οποίο θα οδηγήσει σε μια χρόνια και μακρο-πρόθεσμη κατάσταση, που ονομάζεται «μετα-κριτική κατάσταση». Σε περιπτώσεις το άτομο καταφέρνει να επιβιώσει από την κρίση, μπλοκάροντας τα επώδυνα συναισθήματα που συνοδεύουν το αρχικό γεγονός, είναι πιθανό η εμφάνιση νέων στρεσογόνων παραγόντων να φέρει το άτομο ξανά σε κατάσταση κρίσης. Αυτή η έντονη συναισθηματική διακύμανση μπορεί να συμβαίνει συχνά και για παρατεταμένες χρονικές περιόδους, από μήνες έως και χρόνια. Το παράδειγμα ενός ενήλικα που έχει ανεπεξέργαστο θυμό απέναντι στον πεθαμένο πατέρα του και μεταθέτει αυτό το θυμό σε άλλες φιγούρες εξουσίας, όπως προϊστάμενους ή εργοδότες, είναι αντιπροσωπευτικό μιας κατάστασης που ονομάζεται μετα-κριτική (transcrisis) . Όσο το άτομο, δεν φτάνει στη ρίζα του προβλήματος, το αρχικό τραύμα θα ανακύπτει ξανά προκαλώντας μια νέα κρίση κάθε φορά που εμφανίζονται νέοι στρεσογόνοι παράγοντες. Από ψυχοδυναμική σκοπιά θα αποκαλούσαμε αυτό «αμυντική απώθηση», ενώ από θεραπευτική, αυτή η μετα-κριτική κατάσταση απαιτεί τεχνικές παρέμβασης στην κρίση.

Τα μετα-κριτικά σημεία δε συμβαίνουν με τακτική, προβλέψιμη, γραμμική σειρά. Σε συμπεριφορικό επίπεδο, τα άτομα μπορεί να έχουν διακυμάνσεις από κατάσταση ηρεμίας σε κατάσταση διέγερσης τόσο γρήγορα που ο ειδικός σβήνει τη μια εστία για να έλθει αντιμέτωπος με μια άλλη. Είναι σε αυτά τα μετα-κριτικά σημεία που οι συνήθεις θεραπευτικές στρατηγικές και τεχνικές αναβάλλονται και ο θεραπευτής χρειάζεται να λειτουργήσει με τρόπο παρέμβασης στην κρίση. Τα μετα-κριτικά σημεία μπορούν να θεωρηθούν ως ορόσημα που είναι καθοριστικά για τη μετάβαση σε προοδευτικά στάδια θετικής θεραπευτικής ανάπτυξης. Αυτά τα σημεία χαρακτηρίζονται από συμπεριφορά προσέγγισης – αποφυγής στην αναζήτηση βοήθειας, την ανάληψη ρίσκων, και το ξεκίνημα βημάτων δράσης προς μια εποικοδομητική κατεύθυνση. Συναντώντας αυτά τα σημεία, ένα άτομο βιώνει το ίδιο είδος αποδιοργάνωσης, ανισορροπίας, και τμηματοποίησης που συνόδευαν το αρχικό κρίσιμο γεγονός.

Η προσπέλαση ενός εμποδίου δεν σημαίνει απαραίτητα ότι ολόκληρη η κρίση έχει ξεπεραστεί. Οι επιζήσαντες μιας καταστροφής μπορεί να απωθήσουν το γεγονός από τη μνήμη τους αλλά στη συνέχεια να χρειαστεί να διεργαστούν την επούλωση πληγών στις διαπροσωπικές τους σχέσεις που είναι αποτέλεσμα της μακροχρόνιας παθολογικής συμπεριφοράς τους. Άνθρωποι που έχουν υποστεί τραυματισμούς στη σπονδυλική στήλη μπορεί να αποκατασταθούν σωματικά αλλά να καταφύγουν σε κατάχρηση ουσιών ή να πάθουν κατάθλιψη καθώς προσπαθούν να ξεκινήσουν ένα νέο τρόπο ζωής από το αναπηρικό καρότσι. Ο ειδικός επομένως, πέρα από την

αρχική κρίση θα πρέπει να εξετάσει επίσης και κάθε μετα-κριτικό σημείο καθώς συμβαίνει, έτσι ώστε το άτομο να μην ξανακυλήσει στην παθολογία που το έπληξε την πρώτη φορά. Δεν θα πρέπει να συγχέουμε τα μετα-κριτικά σημεία με τις δυσκολίες που συναντώνται κατά την επεξεργασία συνηθισμένων προβλημάτων προσαρμογής. Παρότι αυτά τα σημεία μπορούν να προβλεφθούν με σχετική αξιοπιστία από τους ειδικούς στον τομέα, η έναρξή τους είναι ξαφνική, δραματική και εξαιρετικά ισχυρή. Από αυτή την άποψη, αυτά τα ψυχολογικά μετά-σοκ μπορούν να είναι εξίσου καταστροφικά όσο και το αρχικό και είναι πιθανό να χρειαστεί παρά πολύ μεγάλη προσπάθεια από την πλευρά του επαγγελματία για να βοηθήσει το άτομο να επανακτήσει τον έλεγχο. .

Η Μετατραυματική από Στρες Διαταραχή (Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD) είναι μια αναγνωρισμένη αγχώδης διαταραχή που προκαλείται από ένα ιδιαίτερα τραυματικό γεγονός, και για τη διάγνωση της οποίας απαιτούνται πολύ συγκεκριμένα κριτήρια. Παρότι ένα άτομο που υποφέρει από PTSD μπορεί να βρίσκεται σε μετα-κριτική κατάσταση, όλοι οι άνθρωποι που βρίσκονται σε μετα-κριτική κατάσταση δεν υποφέρουν από PTSD. Το κύριο στοιχείο που διαφοροποιεί μια μετα-κριτική κατάσταση είναι ότι, είτε οφείλεται σε τραύμα, χαρακτηριστικά προσωπικότητας, κατάχρηση ουσιών, ψύχωση, ή χρόνιους περιβαλλοντικούς στρεσογόνους παράγοντες, η κατάσταση είναι υπολειμματική και αναβιώσιμη και διαρκώς παρούσα σε έναν ορισμένο βαθμό. Παρόλο που οι άνθρωποι που βρίσκονται σε μετα-κριτική κατάσταση είναι γενικά ικανοί να λειτουργήσουν σε ένα ικανοποιητικό επίπεδο, βρίσκονται πάντα σε κίνδυνο και οποιοδήποτε μεμονωμένο, μικρό, επιπρόσθετο στρεσογόνο ερέθισμα μπορεί να επηρεάσει την ισορροπία και να τους οδηγήσει σε κρίση. Για το λόγο αυτό, όταν εκτιμούμε άτομα σε κρίση, πρέπει να δίνουμε έμφαση όχι μόνο στην τρέχουσα κλινική/ διαγνωστική κατάσταση του ατόμου αλλά επίσης, και με την ίδια προσοχή, στον επαναλαμβανόμενο κύκλο προβλημάτων και τους αρχικούς προδιαθεσιογόνους παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν την κρίση.

Έχοντας υπόψη ότι κάποιος λειτουργεί σε μετα-κριτική κατάσταση, παίρνουμε επίσης σημαντικές πληροφορίες σχετικά με το είδος και το βαθμό της θεραπευτικής που πρέπει να παρέχουμε, τόσο τη βραχυπρόθεσμη όσο και τη μακροπρόθεσμη. Πιθανότατα, θα αντιμετωπίζαμε πολύ διαφορετικά τον πωλητή μιας εταιρείας που μόλις έκλεισε τα 45 του χρόνια και έχασε τη δουλειά του μετά από 24 χρόνια, είναι άνεργος για έξι μήνες και τώρα κλινικά μιλώντας έχει κατάθλιψη και αυτοκτονικές τάσεις από ότι τον πωλητή που μόλις έκλεισε τα 45, χάνει τη δουλειά του για 20^η φορά, είναι άνεργος εδώ και έξι μήνες και έχει κατάθλιψη και αυτοκτονικές τάσεις. Παρότι η άμεση παρέμβασή μας ως προς τον αυτοκτονικό ιδεασμό και των δύο

πιθανότητα θα ήταν πολύ παρόμοια, η θεώρηση ως προς το τι προκάλεσε την κατάθλιψη, τον τρόπο θεραπείας, και τι μετα-κριτικά ζητήματα πιθανόν να αναμένονται θα ήταν πολύ διαφορετική.

Θεωρίες για την κρίση και την παρέμβαση

Βασική θεωρία Παρέμβασης στην Κρίση: Ο Lindemann, μέσα από το έργο του (1944, 1956) προσέφερε στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας μια νέα κατανόηση του φαινομένου της κρίσης. Ο Lindemann μελέτησε άτομα που είχαν βιώσει κάποια απώλεια τα οποία, χωρίς να έχουν συγκεκριμένη παθολογική διάγνωση, παρουσίαζαν συμπτώματα που φαινόταν παθολογικά. Η βασική θεωρία του Lindemann κατέδειξε ότι οι συμπεριφορικές αντιδράσεις σε κρίσεις που σχετίζονταν με την απώλεια ήταν φυσιολογικές, προσωρινές, και επιδέχονταν ανακούφιση μέσω βραχυπρόθεσμων τεχνικών παρέμβασης. Όταν πρόκειται για απώλεια προσώπου, αυτές οι «φυσιολογικές» συμπεριφορές περιλαμβάνουν : 1) νοητική ενασχόληση με τον απωλεσθέντα 2) ταύτιση με τον απωλεσθέντα 3) εκφράσεις ενοχής και εχθρικότητας 4) κάποια αποδιοργάνωση στην καθημερινή ρουτίνα και 5) ένδειξη παραπόνων για σωματικά ενοχλήματα. Ενώ ο Lindemann εστιάστηκε κυρίως στην άμεση αντιμετώπιση της θλίψης μετά την απώλεια, ο Caplan (1964) επέκτεινε τις έννοιες του Lindemann σε ολόκληρο το πεδίο των τραυματικών γεγονότων. Ο Caplan θεώρησε την κρίση ως μια κατάσταση που προκύπτει από εμπόδια σε στόχους ζωής τα οποία δεν μπορούν να ξεπεραστούν μέσα από συνηθισμένες συμπεριφορές και μπορεί να προκύψουν τόσο από αναπτυξιακά όσο και από περιστασιακά γεγονότα . Το μοντέλο παρέμβασης των Lindemann και Caplan, το οποίο αφορά σε κρίσεις μετά από ψυχολογικό τραύμα, είναι βασισμένο στις έννοιες ισορροπία / ανισορροπία.

Διευρυμένη Θεωρία Κρίσης: Η Διευρυμένη Θεωρία Κρίσης (Expanded Crisis Theory) αναπτύχθηκε για να συμπεριλάβει τους κοινωνικούς, περιβαλλοντικούς και περιστασιακούς παράγοντες στις γενεσιουργές αιτίες που συντελούν στην εμφάνιση της κρίσης. Μέχρι τότε σύμφωνα με τη Βασική Θεωρία Κρίσης, που στηριζόταν αποκλειστικά σε μια ψυχαναλυτική προσέγγιση, τα γενεσιουργά αίτια μιας κρίσης αποδίδονταν κυρίως ή εξ ολοκλήρου σε ήδη υπάρχοντες προδιαθεσιογόνους παράγοντες στην προσωπικότητα του ατόμου. Καθώς η θεωρία και η παρέμβαση στην κρίση έχει αναπτυχθεί, έχει γίνει προφανές ότι δεδομένου του κατάλληλου συνδυασμού αναπτυξιακών, κοινωνιολογικών, ψυχολογικών, περιβαλλοντικών και

περιστασιακών καθοριστικών παραγόντων, οποιοσδήποτε μπορεί να γίνει προσωρινά θύμα παθολογικών συμπτωμάτων. Για αυτό το λόγο, η διευρυμένη θεωρία κρίσης λαμβάνει υπόψη της τα δεδομένα που προέρχονται όχι μόνο από την ψυχαναλυτική θεωρία αλλά επίσης από τη γενική θεωρία των συστημάτων, τη θεωρία της προσαρμογής, τη θεωρία των διαπροσωπικών σχέσεων και τη θεωρία του χάους. Παρακάτω, συνοψίζουμε τα κύρια θεωρητικά συστατικά μιας διευρυμένης θεώρησης της κρίσης.

Ψυχαναλυτική Θεωρία: Η Ψυχαναλυτική θεωρία (Fine, 1973), εφαρμοσμένη στη Διευρυμένη Θεωρία κρίσης, βασίζεται στην άποψη ότι η ανισορροπία που συνοδεύει την κρίση μπορεί να γίνει κατανοητή μέσω της απόκτησης πρόσβασης στις υποσυνείδητες σκέψεις και παρελθούσες συναισθηματικές εμπειρίες του ατόμου. Η Ψυχαναλυτική θεωρία προϋποθέτει ότι κάποια προσκόλληση της πρώιμης παιδικής ηλικίας είναι η κύρια εξήγηση του γιατί ένα γεγονός μετατρέπεται σε κρίση. Αυτή η θεωρία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να βοηθήσει τους πελάτες να αναπτύξουν ενόραση ως προς τις δυναμικές και τα αίτια της συμπεριφοράς τους τη στιγμή που υφίστανται την κατάσταση της κρίσης.

Θεωρία Συστημάτων: Η Θεωρία των Συστημάτων βασίζεται όχι τόσο στο τι συμβαίνει ενδοπροσωπικά σε ένα άτομο σε κρίση αλλά στις αλληλεπιδραστικές σχέσεις και την αλληλεξάρτηση ανάμεσα στους ανθρώπους καθώς και ανάμεσα στους ανθρώπους και τα γεγονότα. Η θεώρηση της κρίσης υπόκειται στο θεμελιακό αξίωμα της Θεωρίας των Συστημάτων σύμφωνα με το οποίο, στα οικολογικά συστήματα όλα τα στοιχεία είναι αλληλένδετα, και αλλαγή σε οποιοδήποτε από αυτά θα οδηγήσει σε μεταβολή ολόκληρου του συστήματος. Η Θεωρία των Συστημάτων αντιπροσωπεύει μια στροφή από τις παραδοσιακές προσεγγίσεις, που εστιάζουν μόνο στο τι συμβαίνει μέσα στο άτομο σε κρίση και υιοθετεί έναν τρόπο σκέψης που έχει στο επίκεντρο τα διαπροσωπικά συστήματα. Υπάρχει μεγάλη αξία στη θεώρηση της κρίσης ως υπόθεση που έχει να κάνει με το συνολικό κοινωνικό και περιβαλλοντικό περιβάλλον - όχι μόνο με ένα άτομο που επηρεάζεται από μια γραμμική εξέλιξη γεγονότων που συνδέονται μεταξύ τους με σχέση αιτίου-αιτιατού.

Θεωρία της Προσαρμογής: Απεικονίζει την κρίση ενός ατόμου να συντηρείται μέσα από δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές, αρνητικές σκέψεις και επιζήμιους

μηχανισμούς άμυνας. Βασίζεται επομένως στην πεποίθηση ότι η κρίση θα υποχωρήσει όταν αυτές οι συμπεριφορές μετατραπούν σε προσαρμοστικές. Η διακοπή της αλυσίδας της δυσπροσαρμοστικής λειτουργίας σημαίνει την αλλαγή σε προσαρμοστικές συμπεριφορές, την προώθηση θετικών σκέψεων και την δόμηση αμυντικών μηχανισμών που θα βοηθήσουν το άτομο να ξεπεράσει την ακινητοποίηση που δημιουργήθηκε από την κρίση και να κινηθεί προς έναν θετικό τρόπο λειτουργίας. Αφού οι δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές είναι αποτέλεσμα μάθησης, το ίδιο μπορεί να επιτευχθεί και με τις προσαρμοστικές συμπεριφορές. Με τη βοήθεια του ειδικού, το άτομο σε κρίση μπορεί να εκπαιδευτεί να αντικαταστήσει παλιές, αποδυναμωτικές συμπεριφορές με νέες που οδηγούν στην αυτοβελτίωση. Τέτοιου είδους νέες συμπεριφορές μπορούν να εφαρμοστούν άμεσα στο πλαίσιο της κρίσης και τελικά να έχουν ως αποτέλεσμα είτε να αντιμετωπιστεί με επιτυχία η κρίση ή να ενισχυθεί το άτομο στο να την ξεπεράσει (Cormier & Cormier, 1985).

Διαπροσωπική Θεωρία: Η διαπροσωπική θεωρία (Rogers, 1977) βασίζεται σε πολλές από τις διαστάσεις που οι Cormier και Hackney (1987) περιγράφουν ως ενισχυτικές του αισθήματος αυτό-εκτίμησης: άνοιγμα στην εμπειρία, εμπιστοσύνη, μοίρασμα, ασφάλεια, άνευ όρων αποδοχή, ενσυναίσθηση, και αυθεντικότητα. Η ουσία της διαπροσωπικής θεωρίας είναι ότι η κρίση δεν μπορεί να συντηρηθεί για πολύ εάν οι άνθρωποι πιστεύουν στον εαυτό τους και τους άλλους και εάν έχουν εμπιστοσύνη ότι μπορούν να ξεπεράσουν την κρίση και να αυτο-πραγματωθούν. Όταν οι άνθρωποι βασίζονται στην εστία αυτο-αξιολόγησής τους στους άλλους, καταλήγουν να εξαρτώνται από τους άλλους, σε ό,τι αφορά το αίσθημα αυτοαξίας τους ως άτομα. Γι' αυτό, όσο ένα άτομο διατηρεί μια εξωτερική εστία ελέγχου-αξιολόγησης, η κρίση θα επιμένει. Ο τελικός σκοπός, στη διαπροσωπική θεωρία, είναι το άτομο να αποκτήσει ένα εσωτερικό κέντρο αξιολόγησης του εαυτού και της εμπειρίας του. Αυτό το καθιστά ικανό να μπορέσει και πάλι να έχει τον έλεγχο της ζωής του και να επανακτήσει την ικανότητα να αναλάβει όποια δράση χρειάζεται για να αντιμετωπίσει την κρίσιμη κατάσταση.

Η Θεωρία του Χάους: Η Θεωρία του Χάους, ή όπως συχνά αποκαλείται ως «θεωρία του χάους και της πολυπλοκότητας», προέρχεται από την αρχή των μη γραμμικών δυναμικών (Gleik, 1987). Αρχικές συλλήψεις της θεωρίας του χάους από επιστήμονες από το χώρο της βιολογίας, χημείας, μαθηματικών και φυσικής έβλεπαν τη θεωρία να αναφέρεται σε συστήματα ή γεγονότα που φαίνονταν τυχαία αλλά με μια πιο

προσεχτική ματιά αποκάλυπταν μια υποκείμενη συνολική τάξη. Η θεωρία συνδέεται με τις κοινωνικές και ψυχολογικές επιστήμες (Butz, 1997) :1) Σε ό,τι αφορά την ανθρώπινη συμπεριφορά, σε κατάσταση χάους η προβλεψιμότητα χάνεται 2) συστήματα των οποίων η πολυπλοκότητα και οι δυναμικές εμφανίζονται χαοτικά σε τοπικό επίπεδο, εάν παρατηρηθούν από μια συνολική σκοπιά, μπορεί να δείχνουν μια υποκείμενη τάξη 3) εξισώνοντας το χάος με μια κατάσταση κατακλυσμιαίου άγχους, ορισμένο ως μια οξεία αίσθηση ανησυχίας και φόβου, που συνήθως συνοδεύεται από σωματικά συμπτώματα, το χάος θεωρείται ότι μπορεί να προσφέρει το δυναμικό για ενδοψυχική ανάπτυξη ή αλλαγή. Διαφορές μακροχρόνιων θεραπειών και θεραπευτικών παρεμβάσεων ατόμων Όταν εφαρμόζεται στην ανθρώπινη λειτουργία, όπως στην περίπτωση της παρέμβασης στην κρίση, η θεωρία του χάους αποτελεί ένα είδος εξελικτικής θεωρίας. Είναι εξελικτική, με την έννοια ότι πρόκειται ουσιαστικά για ένα ανοικτό, διαρκώς μεταβαλλόμενο, «αυτο-οργανωνόμενο σύστημα» (self-organizing system), από όπου ένα νέο σύστημα μπορεί να αναδυθεί μέσα από την κρίση. Μια χαοτική κατάσταση (κρίση) εξελίσσεται με έναν «αυτο-οργανωνόμενο» τρόπο κάθε φορά που ένας μεγάλος αριθμός ανθρώπων φτάνει να αντιληφθεί ότι δεν υπάρχει προηγούμενό της ή προσχεδιασμένες επιλογές για να επιλύσουν το δίλημμα που αντιμετωπίζουν. Καθώς η χαοτική κατάσταση δεν εμπίπτει σε γνωστές εναλλακτικές λύσεις, οι εργαζόμενοι σε κοινωνικές υπηρεσίες καταφεύγουν σε αυθόρμητο, μέσα από τη μέθοδο δοκιμής-πλάνης, πειραματισμό στην προσπάθειά τους να την αντιμετωπίσουν. Η αναστάτωση που φέρνει η κρίση έγκειται όχι στην «αταξία» αλλά σε μια «τάξη» που είναι άγνωστη, απρόβλεπτη και αυθόρμητη, ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο πρότυπο που οδηγείται από εκατομμύρια ασυντόνιστων, ανεξάρτητων παραγόντων με τους οποίους χρειάζεται να πειραματιστεί κανείς αλλά και μέσα από τους οποίους μπορεί να καταλήξουμε τελικά σε ένα συνολικό ξεκαθάρισμα της κρίσης. Αυτού του είδους ο πειραματισμός μπορεί να οδηγήσει σε εσφαλμένα ξεκινήματα, προσωρινή αποτυχία, αδιέξοδα, δημιουργικότητα, αυτοσχεδιασμό, καταιγισμό ιδεών, συνεργατικότητα, και άλλες «εξελικτικές» απόπειρες για να βγάλουμε νόημα και να αντιμετωπίσουμε την κρίση.

Μοντέλα παρέμβασης στην κρίση

Το Μοντέλο της Ισορροπίας/ανισορροπίας: Οι άνθρωποι σε κρίση βρίσκονται σε μια κατάσταση ψυχολογικής ή συναισθηματικής ισορροπίας στην οποία οι συνήθεις μηχανισμοί αντιμετώπισης και επίλυσης προβλημάτων αποτυγχάνουν να

ανταποκριθούν στις ανάγκες τους (Caplan, 1964). Το μοντέλο της ισορροπίας φαίνεται πιο κατάλληλο για την αρχική παρέμβαση, όταν το άτομο είναι εκτός ελέγχου, αποπροσανατολισμένο και ανίκανο να κάνει τις κατάλληλες επιλογές. Μέχρι να ξαναβρεί ορισμένες από τις ικανότητές του αντιμετώπισης, η παρέμβαση εστιάζει στο να σταθεροποιηθεί. Έως ότου να επανακτήσει κάποιο βαθμό σταθερότητας, σχεδόν τίποτε άλλο δεν μπορεί να γίνει. Για παράδειγμα, δεν ωφελεί να αναζητήσουμε τους υποκείμενους παράγοντες που προκαλούν τον αυτοκτονικό ιδεασμό μέχρι το άτομο να σταθεροποιηθεί σε σημείο που να συμφωνήσει ότι αξίζει να ζήσει για τουλάχιστον μια εβδομάδα ακόμη. Το μοντέλο αυτό θεωρείται μάλλον ως το πιο τυπικό μοντέλο παρέμβασης στην κρίση και είναι το πιο πιθανό να χρησιμοποιηθεί κατά την έναρξή.

Το Γνωστικό Μοντέλο: Το Γνωστικό Μοντέλο βασίζεται στο συλλογισμό ότι οι κρίσεις έχουν τις ρίζες τους σε λανθασμένο τρόπο σκέψης για τα γεγονότα και τις καταστάσεις που περιβάλλουν την κρίση-όχι στα γεγονότα καθαυτά ή τα δεδομένα για τα γεγονότα και τις καταστάσεις (Ellis, 1962) . Ο σκοπός εδώ είναι να βοηθήσουμε τους ανθρώπους να αποκτήσουν συνείδηση των απόψεων και πεποιθήσεων τους για τα κρίσιμα γεγονότα ή καταστάσεις και να τα αλλάξουν. Το βασικό αξίωμα στο γνωστικό μοντέλο είναι ότι οι άνθρωποι μπορούν να αποκτήσουν τον έλεγχο των κρίσεων στη ζωή τους αλλάζοντας τον τρόπο σκέψης τους, ειδικά με το να αναγνωρίσουν και να διακόψουν παράλογα και αυτο-ματαιωτικά γνωστικά σχήματα, και με το να διατηρήσουν και να εστιάσουν σε λογικά και αυτο-ενισχυτικά στοιχεία του τρόπου σκέψης τους.

Τα μηνύματα που οι άνθρωποι σε κρίση στέλνουν στον εαυτό τους προοδευτικά γίνονται πολύ αρνητικά και διαστρεβλωμένα, σε αντίθεση με την πραγματικότητα της κατάστασης. Διλήμματα που είναι διαρκή και καταπιεστικά εξουθενώνουν τους ανθρώπους, εξωθώντας τους σε έναν όλο και πιο αρνητικό εσωτερικό διάλογο με τον εαυτό τους σε σημείο που τίποτε δεν μπορεί πια να τους πείσει ότι κάτι θετικό θα βγει ποτέ από αυτή την κατάσταση. Σύντομα, η συμπεριφορά τους αποκρίνεται σε αυτό τον αρνητικό 'διάλογο' και οδηγεί σε μια αυτο - εκπληρούμενη προφητεία με αποτέλεσμα η κατάσταση να γίνεται πια αδιέξοδη. Σε αυτή την καμπή, η παρέμβαση στην κρίση έχει ως έργο να επαναφέρει τις σκέψεις του ατόμου σε ένα πιο θετικό μοτίβο ανατροφοδότησης μέσα από την εξάσκηση και το προβάρισμα νέων δηλώσεων για τον εαυτό μέχρις ότου οι παλιές, αρνητικές, αποδυναμωτικές σκέψεις σβηστούν. Το γνωστικό μοντέλο φαίνεται πιο κατάλληλο αφού το άτομο έχει σταθεροποιηθεί και επιστρέψει σε μια σχετική ισορροπία. Βασικά συστατικά στοιχεία

αυτής της προσέγγισης βρίσκουμε στην λογικο-θυμική θεραπεία του Ellis (1982), τη γνωστική-συμπεριφοριστική προσέγγιση του Meichenbaum (1977) και το γνωστικό σύστημα του Beck και των Beck και συν. (1987).

Το Ψυχοκοινωνικό Μοντέλο: Αυτό το μοντέλο υποθέτει ότι οι άνθρωποι είναι προϊόντα συνδυασμού των γονιδίων τους και της μάθησης που έχουν απορροφήσει από το ιδιαίτερο κοινωνικό περιβάλλον τους. Λόγω του ότι οι άνθρωποι διαρκώς αλλάζουν, αναπτύσσονται, ωριμάζουν και το κοινωνικό περιβάλλον τους και η κοινωνική επιρροή που δέχονται συνεχώς εξελίσσονται, οι κρίσεις μπορεί να σχετίζονται με εσωτερικές ή εξωτερικές (ψυχολογικές, κοινωνικές, ή περιβαλλοντικές) δυσκολίες. Ο σκοπός του ειδικού που πραγματοποιεί την παρέμβαση είναι να συνεργαστεί με το άτομο στην εκτίμηση των εσωτερικών και εξωτερικών δυσκολιών που συνέβαλλαν στην κρίση, να το βοηθήσει να επιλέξει ρεαλιστικές εναλλακτικές προς αντικατάσταση τρεχόντων συμπεριφορών και στάσεων καθώς και να χρησιμοποιήσει τους διαθέσιμους περιβαλλοντικούς πόρους. Οι άνθρωποι σε κρίση μπορεί να χρειαστεί να ενσωματώσουν κατάλληλους εσωτερικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης, κοινωνική υποστήριξη, και περιβαλλοντικούς πόρους προκειμένου να αποκτήσουν ξανά αυτόνομο έλεγχο επάνω στη ζωή τους.

Το ψυχοκοινωνικό μοντέλο δεν αντιλαμβάνεται την κρίση απλώς ως μια εσωτερική υπόθεση που έχει την έδρα της αποκλειστικά εντός του ατόμου. Επεκτείνεται εκτός του ατόμου και ρωτάει ποια συστήματα χρειάζονται αλλαγή. Παρέες συνομηλίκων, οικογένεια, επάγγελμα, θρησκεία και η κοινότητα δεν είναι παρά λίγες από αυτές τις εξωτερικές διαστάσεις που διευκολύνουν ή εμποδίζουν την ψυχολογική προσαρμοστικότητα. Με ορισμένα είδη κρίσιμων προβλημάτων, λίγα είναι τα μακροπρόθεσμα οφέλη που μπορούν να αναμένονται, εκτός και αν τα κοινωνικά συστήματα που επηρεάζουν το άτομο αλλάξουν επίσης ή το άτομο συμφιλιωθεί με αυτά και κατανοήσει τη δυναμική τους και τον τρόπο που επηρεάζουν την προσαρμογή του στην κρίση. Όπως το γνωστικό μοντέλο, το μοντέλο της ψυχοκοινωνικό μοντέλο φαίνεται να είναι το πιο κατάλληλο αφότου το άτομο σε κρίση σταθεροποιηθεί.

Οι **Strickler & Bonnefil (1974)** συνδέουν τη θεωρία της κρίσης με μια ψυχοκοινωνική προσέγγιση στην ψυχοθεραπεία, τονίζοντας τα εξής σημεία:

- Οι σκοποί της παρέμβασης είναι δομημένοι ώστε να ενισχύσουν την ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίζει τις δυσκολίες χρησιμοποιώντας δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων.

- Η παρέμβαση στοχεύει συγκεκριμένες και αρμόζουσες προβληματικές περιοχές που περιλαμβάνουν τις διαπροσωπικές συγκρούσεις και δυσλειτουργίες στο ρόλο του ατόμου.
- Η προσοχή του ατόμου διατηρείται στη συγκεκριμένη προβληματική περιοχή μέσω τεχνικών ενεργητικής εστίασης.
- Η παρέμβαση προσαρμόζεται πρωταρχικά σε επίπεδο συνειδητών και προσυνειδητών συναισθηματικών συγκρούσεων του ατόμου. Ο τρόπος διαχείρισής τους περνάει μέσα από την αναζήτηση του πως συνδέονται με την κρίση και τη διατήρηση της εστίασης σε αυτές.
- Γεγονότα που επέσπευσαν την κρίση αναγνωρίζονται ως πολύ σημαντικά στη δυναμική της προβληματικής κατάστασης.
- Η αλλαγή σε στοιχεία του χαρακτήρα ή πρότυπα της προσωπικότητας του ατόμου δεν είναι θεμελιώδης στόχος της παρέμβασης.
- Το φαινόμενο της μεταβίβασης του ατόμου προς τον παρεμβαίνοντα δεν θεωρείται κανονικά σημαντικό στη διαδικασία της παρέμβασης εκτός και αν η μεταβιβαστική αντίδραση είναι τέτοια που αποτελεί εμπόδιο στην παρέμβαση.
- Η παρέμβαση βασίζεται σε ιστορικό πληροφοριών που προέρχεται από γνώση σχετικά με τις θεωρίες προσωπικότητας, τον τρόπο λειτουργίας του εγώ, και τον τρόπο κοινωνικο-πολιτισμικής λειτουργίας του ανθρώπου.

Το επιλεκτικό μοντέλο: Περιλαμβάνει τη σκόπιμη και συστηματική επιλογή και σύνθεση έγκυρων εννοιών και στρατηγικών από όλες τις υπάρχουσες προσεγγίσεις στην προσπάθεια να βοηθήσει το άτομο σε κρίση. Μια εκλεκτική προσέγγιση δε σημαίνει ότι χρησιμοποιεί άσκοπα την οποιαδήποτε μέθοδο για να αντιμετωπίσει την κρίση. Η εφαρμογή μιας εκλεκτικής προσέγγισης σημαίνει το να μην καθορίζεται κανείς και να μην περιορίζεται από καμία θεωρητική προσέγγιση με ένα δογματικό τρόπο. Αντίθετα, θα πει να είναι καλά καταρτισμένος σε έναν αριθμό προσεγγίσεων και θεωριών και να είναι ικανός να εκτιμήσει τις ανάγκες του ατόμου σε κρίση ώστε να σχεδιάσει και να εφαρμόσει το κατάλληλο θεραπευτικό πλάνο. Πολλοί ειδικοί στον τομέα των κοινωνικών υπηρεσιών ισχυρίζονται ότι εφαρμόζουν την εκλεκτική προσέγγιση ενώ στην ουσία χρησιμοποιούν τον όρο για να εκλογικεύσουν το γεγονός ότι δεν μπορούν να κάνουν τίποτα πολύ καλά. Το να είναι κανείς πραγματικός εκλεκτικιστής προϋποθέτει πολύ σκληρή δουλειά, μελέτη, εμπειρία και εποπτεία και ανατροφοδότηση από άλλους επαγγελματίες. Ακόμη, την ανάληψη ρίσκων και την προθυμία να εγκαταλείψει μια προσέγγιση που με την πρώτη

εντύπωση μπορεί να φαίνεται λογική και κατάλληλη αλλά, στη συνέχεια αποδεικνύεται άκαρπη για τη συγκεκριμένη κατάσταση. Σύμφωνα με την εκλεκτική θεωρία: 1) όλοι οι άνθρωποι και όλες οι κρίσεις είναι μοναδικές και ιδιαίτερες ως προς τα χαρακτηριστικά τους, και 2) όλοι οι άνθρωποι και όλες οι κρίσεις είναι παρόμοια. Θεωρούμε ότι αυτά τα δύο δεν αποκλείουν το ένα το άλλο. Όλοι οι άνθρωποι και όλες οι κρίσεις είναι παρόμοια με την έννοια ότι υπάρχουν παγκόσμια στοιχεία που εμφανίζονται σε ειδικούς τύπους κρίσεων. Οι δυναμικές του πένθους είναι κοινές και μας παρέχουν γενικές κατευθυντήριες γραμμές ως προς την παρέμβαση μας. Ωστόσο, ο χειρισμός ατομικών περιπτώσεων πένθους είναι πολύ διαφορετικός κάθε φορά. Το πώς μια οικογένεια αντιλαμβάνεται την επίδραση του θανάτου ενός μέλους της εξαρτάται από έναν αριθμό παραγόντων: τη θέση του αποθανόντα μέσα στην οικογένεια, τον τρόπο με τον οποίο καθένα από τα μέλη αντιδρά στο θάνατό του, και πώς το αλλαγμένο οικογενειακό σύστημα λειτουργεί πλέον. Η θεραπεία των επιζώντων μελών που έχασαν ένα παιδί αφού προηγουμένως έχουν μεγαλώσει άλλα πέντε, σε αντίθεση με εκείνους που έχασαν το μοναχοπαιδί τους, το οποίο γεννήθηκε αργά στη ζωή τους και που είχε γίνει ο κύριος λόγος ύπαρξης για το ζευγάρι, μπορεί να χρειάζεται πολύ διαφορετικές στρατηγικές παρέμβαση ακόμη και αν το γενικό ζήτημα είναι και στις δύο περιπτώσεις το πένθος

Βιβλιογραφικές πηγές

- Aguilera, D.C., & Messick, J.M (1982). Crisis intervention: Theory and Methodology (4th ed.) St. Louis: C.V Mosby.
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders-technical revision (4th ed.). Washington, DC : Author.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F.,& Emery, G. (1987). Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press.
- Belkin, G.S., (1984). Introduction to counseling (2nd ed.). Dubuque, IA: William C. Brown.
- Brammer, L.M., (1985). The helping relationship: Process and skills (3rd ed.) Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Butz, M.R. (1997). Chaos and complexity: Implications for psychological theory and practice. Washington, DC: Taylor & Francis
- Caplan, G. (1964). Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books.

- Carkhuff, R.R., & Berenson, B.G. (1977). *Beyond counseling and therapy* (2nd ed.)
New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Cormier, L.S., & Hackney, H. (1987). *The Professional counselor: A process guide to helping*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Cormier, W.H., & Cormier, L.S., (1985). *Interviewing strategies for helpers: Fundamental skills and cognitive behavioral interventions* (2nd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Ellis, A.E. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Erikson, E. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). New York: Norton.
- Fine, R. (1973). Psychoanalysis. In R.J. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies* (pp. 1-33). Itasca, IL: F.E. Peacock.
- Gleick, J. (1987). *Chaos: Making a new science*. New York: Penguin Books.
- James R & Gilliland B. (2005) *Crisis Intervention Strategies*. Thomson Learning.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101,141-148.
- Lindemann, E. (1956). The meaning of crisis in individual and family. *Teachers College Record*, 57, 310.
- Meichenbaum, D.H. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum.
- Rogers, C.R. (1977). *Carl Rogers on personal power: Inner strength and its revolutionary impact*. New York: Delacorte.
- Strickler, M., & Bonnefil, M. (1974). Crisis intervention and social casework: Similarities and differences in problem-solving. *Clinical Social Work Journal*, 2, 36-44.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

Ελενα Καμπισοπούλου, Ψυχολόγος

Το μοντέλο παρέμβασης στην κρίση

Επειδή οι ψυχολογικές κρίσεις είναι συνήθως περίπλοκες και πολυπαραγοντικές, ο ειδικός θα πρέπει να έχει ένα σχετικά ξεκάθαρο και αποτελεσματικό μοντέλο παρέμβασης. Τα έξι βήματα που περιγράφονται εδώ μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως ένα τέτοιο μοντέλο, παρέχοντας στον επαγγελματία το βασικό άξονα για τη διαδικασία παρέμβασης.

Βήμα 1^ο : Ορισμός του προβλήματος: Το πρώτο βήμα στην παρέμβαση στην κρίση είναι να ορίσουμε και να κατανοήσουμε το πρόβλημα από τη σκοπιά του ατόμου. Εάν ο ειδικός δεν αντιληφθεί την κρίσιμη κατάσταση όπως την αντιλαμβάνεται το άτομο σε κρίση, όλες οι στρατηγικές και οι τακτικές που μπορεί να χρησιμοποιήσει είναι πιθανό να αποβούν άστοχες και χωρίς καμία αξία για το ίδιο το άτομο. Είναι επομένως πιολύ σημαντικό οι συνεδρίες παρέμβασης να ξεκινούν με τους επαγγελματίες να εξασκούν αυτό που ονομάζουμε δεξιότητες ενεργητικής ακρόασης: ενσυναίσθηση, γνησιότητα και αποδοχή.

Βήμα 2^ο : Εξασφάλιση της Ασφάλειας: Είναι υψίστης σημασίας ο ειδικός να διατηρεί διαρκώς το θέμα της ασφάλειας του ατόμου που βρίσκεται σε κρίση στο μέτωπο όλων των διαδικασιών παρέμβασης. Ορίζουμε την ασφάλεια του ατόμου σε κρίση απλώς ως την ελαχιστοποίηση του σωματικού και ψυχολογικού κινδύνου προς τον εαυτό και τους άλλους. Η αξιολόγηση-εκτίμηση και η εξασφάλιση της ασφάλειας του ατόμου σε κρίση και των άλλων είναι πάντοτε παρούσα είτε το δηλώνουμε ρητά είτε όχι.

Βήμα 3^ο : Παροχή Υποστήριξης: Στο τρίτο βήμα δίνεται έμφαση στο να επικοινωνηθεί στο άτομο ότι ο ειδικός είναι ένα πρόσωπο που νοιάζεται για αυτόν/αυτή . Ο ειδικός δεν μπορεί να υποθέσει ότι το άτομο σε κρίση βιώνει τον εαυτό του ως άνθρωπο που αξίζει την εκτίμηση, την αποδοχή και το ενδιαφέρον. Το βήμα της υποστήριξης παρέχει στον ειδικό την ευκαιρία να διαβεβαιώσει το άτομο ότι «εδώ είναι ένα

πρόσωπο που νοιάζεται πραγματικά για σένα» Αυτό σημαίνει ότι ο ειδικός πρέπει να είναι ικανός να αποδέχεται με έναν ανεπιφύλακτο και θετικό τρόπο όλους τους ανθρώπους σε κρίση είτε αυτοί μπορούν να ανταποδώσουν είτε όχι. Ο ειδικός που μπορεί πραγματικά να προσφέρει υποστήριξη στο άτομο σε κρίση είναι ικανός να αποδεχτεί και να τιμήσει εκείνον/η που κανείς άλλος δεν είναι πρόθυμος να αποδεχτεί και να τιμήσει.

Βήμα 4^ο : Εξέταση Εναλλακτικών: Οι εναλλακτικές μπορούν να θεωρηθούν μέσα από τρεις προοπτικές: α. περιβαλλοντικά υποστηρικτικά συστήματα: άνθρωποι γνωστοί στο άτομο από το παρόν ή το παρελθόν που μπορεί να νοιάζονται για το τι του συμβαίνει. β. μηχανισμοί αντιμετώπισης : πράξεις, συμπεριφορές ή περιβαλλοντικοί πόροι που το άτομο μπορεί να χρησιμοποιήσει για να βοηθηθεί να βγει από την παρούσα κρίση, και γ. θετικά και εποικοδομητικά πρότυπα σκέψης: τρόποι αναπλαισίωσης που μπορεί να αλλάξουν ουσιαστικά τον τρόπο που το άτομο βλέπει το πρόβλημα και να μειώσουν έτσι τα επίπεδα στρες και αγωνίας. Ο αποτελεσματικός ειδικός μπορεί να σκεφτεί έναν άπειρο αριθμό εναλλακτικών που ταιριάζουν στην κρίση του ατόμου αλλά να συζητήσει μόνο ορισμένες από αυτές με τον ενδιαφερόμενο . Οι άνθρωποι που βρίσκονται σε κρίση δεν χρειάζονται πολλές επιλογές αλλά κατάλληλες επιλογές, ρεαλιστικές για την κατάστασή τους.

Βήμα 5^ο : Ο σχεδιασμός της δράσης: Ο σχεδιασμός της δράσης απορρέει λογικά και άμεσα από το προηγούμενο βήμα. Ένα σχέδιο θα πρέπει να εντοπίζει και άλλα πρόσωπα, ομάδες , και πηγές παραπομπής με τα οποία θα μπορούσε να επικοινωνήσει το άτομο σε κρίση για άμεση υποστήριξη. Επίσης, μηχανισμούς αντιμετώπισης – κάτι συγκεκριμένο και άμεσο που το άτομο μπορεί να κάνει τώρα, καθορισμένα βήματα δράσης που μπορεί να κατανοήσει και να κάνει δικά του. Το σχέδιο θα πρέπει να εστιάζει στη συστηματική επίλυση του προβλήματος και να είναι ρεαλιστικό ανάλογα με την ικανότητά του ατόμου να το φέρει εις πέρας. Παρότι ενδεχομένως ο ειδικός χρειάζεται να είναι συχνά πολύ καθοδηγητικός, είναι σημαντικό όσο το δυνατόν ο σχεδιασμός να γίνεται σε συνεργασία με το άτομο, έτσι ώστε να νιώθει μια αίσθηση οικειοποίησης του σχεδίου. Τουλάχιστον, το να εξηγήσει λεπτομερώς τι πρόκειται να γίνει και να αποκτήσει τη συγκατάθεση του ατόμου, είναι πολύ σημαντικό. Το κρίσιμο σημείο στην ανάπτυξη ενός σχεδίου, είναι να μην αισθάνεται ο συμβουλευόμενος ότι του στερείται η δύναμη, η ανεξαρτησία και ο αυτοσεβασμός. Τα κεντρικά ζητήματα στο σχεδιασμό της δράσης είναι ο έλεγχος και η αυτονομία του ατόμου που βρίσκεται σε κρίση. Ο λόγος, για τον οποίο χρειάζεται να

έχει κεντρικό ρόλο στην εκτέλεση του σχεδίου είναι για να αποκαταστήσει τη αίσθησή του ελέγχου και να διασφαλιστεί ότι δεν θα γίνει εξαρτώμενος/η από πρόσωπα στήριξης όπως ο σύμβουλος / ειδικός.

Βήμα 6^ο : Η Απόκτηση Δέσμευσης: Το βήμα αυτό απορρέει επίσης από το προηγούμενο βήμα 5. Αν το βήμα του σχεδιασμού έχει γίνει αποτελεσματικά, το βήμα της δέσμευσης είναι συνήθως εύκολο. Πολλές φορές το βήμα της δέσμευσης είναι σύντομο και απλό, και συνίσταται στο να ζητήσουμε από το συμβουλευόμενο να συνοψίσει λεκτικά το σχέδιο. Ο στόχος είναι να βοηθήσουμε το άτομο να δεσμευτεί στην ανάληψη ενός ή περισσότερων καθορισμένων, θετικών, εμπρόθετων βημάτων δράσης σχεδιασμένων να τον/την μετακινήσουν προς την κατεύθυνση αποκατάστασης της ισορροπίας που είχε πριν την κρίση. Ο ειδικός είναι προσεκτικός να αποκτήσει μια ειλικρινή, άμεση και αρμόζουσα δέσμευση από το άτομο πριν από τον τερματισμό της συνεδρίας. Αργότερα, ο ειδικός θα επικοινωνήσει ξανά με το άτομο για να ελέγξει την πρόοδό του και να κάνει τις απαραίτητες και αρμόζουσες αναφορές.

Αξιολόγηση της κατάστασης

Αξιολόγηση της Λειτουργικότητας του Ατόμου σε Κρίση: Επειδή η αξιολόγηση σε καταστάσεις κρίσης γίνεται με τρόπο αυθόρμητο, υποκειμενικό και αλληλεπιδραστικό μέσα στην ένταση της στιγμής, δεν ασχολούμαστε με επίσημες διαγνωστικές τεχνικές όπως τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV-TR ή τη χρήση εργαλείων αξιολόγησης που συνήθως χρησιμοποιούνται σε μια συνηθισμένη κλινική εκτίμηση. Το μοντέλο των έξι βημάτων παρέμβασης στην κρίση δίνει έμφαση σε έναν άμεσο τρόπο ενεργητικής, διεκδικητικής, εμπρόθετης και διαρκούς αξιολόγησης, ακρόασης και δράσης για να βοηθήσουμε συστηματικά το άτομο να αποκτήσει όσο το δυνατόν περισσότερο την ισορροπία, κινητικότητα και αυτονομία που είχε πριν την κρίση. Δύο από αυτούς τους όρους, η ισορροπία (equilibrium) και η κινητικότητα (mobility) και τα αντώνυμά τους, ανισορροπία (disequilibrium) και ακινησία (immobility), χρησιμοποιούνται συχνά από τους συμβούλους/ ειδικούς για να περιγράψουν το πώς είναι και πως διαχειρίζεται το άτομο σε κρίση την κατάσταση στην οποία βρίσκεται. Καθώς θα χρησιμοποιούμε συχνά αυτούς τους όρους θα θέλαμε πρώτα να τους ορίσουμε και έπειτα να δώσουμε μια κοινή αναλογία έτσι ώστε το νόημά τους να γίνει πλήρως κατανοητό.

Ισορροπία. Μια κατάσταση νοητικής ή συναισθηματικής σταθερότητας, στον οργανισμό.

Ανισορροπία. Έλλειψη ή καταστροφή της συναισθηματικής σταθερότητας στον οργανισμό.

Κινητικότητα. Μια κατάσταση φυσικής ύπαρξης, όπου το άτομο μπορεί αυτόνομα να αλλάξει ή να ανταπεξέλθει ως απόκριση σε διαφορετικές διαθέσεις, συναισθήματα, ανάγκες, συνθήκες, επιρροές : το να είναι ευέλικτο ή προσαρμοστικό στο φυσικό και κοινωνικό κόσμο.

Ακινησία. Μια κατάσταση φυσικής ύπαρξης όπου το άτομο δεν είναι άμεσα ικανό να αλλάξει ή να ανταπεξέλθει αυτόνομα ως απόκριση σε διαφορετικές διαθέσεις, συναισθήματα, ανάγκες, συνθήκες, επιρροές: ανίκανο να προσαρμοστεί στον άμεσο φυσικό και κοινωνικό κόσμο.

Ένα υγιές άτομο είναι σε μια κατάσταση σχετικής ισορροπίας, όπως ένας οδηγός αυτοκινήτου, με κάποια ξεκινήματα και σταματήματα στο δρόμο της ζωής- στο βραχυπρόθεσμο όσο και στο μακροπρόθεσμο διάστημα. Το άτομο μπορεί να προσκρούσει σε κάποια εμπόδια αλλά δεν υφίσταται σοβαρές ζημιές. Εκτός από το ότι χρειάζεται περιστασιακά να κάνει ένα ρύθμιση στο αυτοκίνητο, σε γενικές γραμμές παραμένει ικανό να ανταπεξέλθει στο να κάνει τη διαδρομή. Αντίθετα, το άτομο σε κρίση, είτε είναι οξεία είτε χρόνια, βιώνει σοβαρές δυσκολίες στον έλεγχο του τιμονιού και την ικανότητά του να πορευτεί στη λεωφόρο της ζωής. Το άτομο βρίσκεται τουλάχιστον προσωρινά εκτός ελέγχου, ανίκανο να χρησιμοποιήσει διαθέσιμους πόρους προσωπικούς ή άλλων ατόμων προκειμένου να παραμείνει σε μια ασφαλή ψυχολογικά κατεύθυνση. Ένα υγιές άτομο είναι ικανό να διαπραγματευτεί λόφους, στροφές, πάγο, ομίχλη, αδέσποτα ζώα, ερείπια, και τα περισσότερα εμπόδια που εμποδίζουν την πρόοδο του. Άσχετα με τα οποιαδήποτε εμπόδια μπορεί να παρουσιαστούν στο δρόμο του αυτό το άτομο προσαρμόζεται στις μεταβαλλόμενες συνθήκες, πατώντας φρένο, ανάβοντας τα φώτα ομίχλης κ.ο.κ . Το άτομο σε μια δυσλειτουργική κατάσταση ισορροπίας και κινητικότητας αντίθετα δεν είναι σε θέση να προσαρμοστεί στη διαδρομή. Οδηγώντας, κατεβαίνοντας λόφους και παίρνοντας επικίνδυνες στροφές, γνωρίζοντας ότι τα φρένα δεν πιάνουν, παγώνει από πανικό και απελπισία και έχει λίγη ελπίδα να χειριστεί την επικίνδυνη κατάσταση. Το αποτέλεσμα είναι ότι το άτομο έχει γίνει θύμα της κατάστασης , έχει ξεχάσει τα πάντα για τα φρένα, τους κανόνες κατάβασης, ή ακόμη και το να κόψει ταχύτητα απλά αφήνοντας το γκάζι . Οδηγεί κατευθείαν προς την καταστροφή και το παρακολουθεί αποσβολωμένος/η καθώς συμβαίνει. Η αναλογία της ισορροπίας και της κινητικότητας έχει εφαρμογή στις περισσότερες καταστάσεις κρίσης. Έτσι, γίνεται έργο του κάθε ειδικού, μεταφορικά μιλώντας, να επαναφέρει το άτομο σε κρίση στο

κάθισμα του οδηγού του ψυχολογικού οχήματος. Όπως θα δούμε παρακάτω, μερικές φορές αυτό σημαίνει ότι το άτομο σε κρίση πρέπει να αφήσει την οδήγηση σε εμάς, άλλες φορές ότι χρειάζεται να καθήσουμε στο διπλανό κάθισμα και να υποδεικνύουμε τους κανόνες οδήγησης, και άλλοτε απλά και μόνο να τον/την ακολουθήσουμε στη διαδρομή.

Η αξιολόγηση γίνεται καθόλη τη διάρκεια του μοντέλου των έξι βημάτων. Αυτού του είδους η αξιολόγηση δεν είναι μια επίσημη διαδικασία όπως εκείνη που εφαρμόζεται στη μακρόχρονη κλινική δουλειά. Είναι μάλλον μια διάχυτη, σκόπιμη και αδιάκοπη δραστηριότητα του ειδικού. Η αξιολόγηση είναι κριτικής σημασίας γιατί επιτρέπει στον ειδικό να καθορίσει τη σοβαρότητα της κρίσης, την τρέχουσα συναισθηματική κατάσταση του ατόμου σε κρίση: το επίπεδο συναισθηματικής κινητικότητας ή ακινησίας, τις εναλλακτικές, τους μηχανισμούς αντιμετώπισης, τα συστήματα υποστήριξης και άλλους διαθέσιμους πόρους, καθώς και το επίπεδο κινδύνου για τον εαυτό του ίδιου του ατόμου και τους γύρω του.

Είναι σημαντικό για τον ειδικό να εκτιμήσει τη σοβαρότητα της κρίσης όσο το δυνατόν πιο σύντομα κατά τη διάρκεια της πρώτης επαφής με το άτομο. Συνήθως δεν υπάρχει ο χρόνος για μια πλήρη διαγνωστική εκτίμηση ή λήψη ενός λεπτομερούς ιστορικού του ατόμου. Για το λόγο αυτό προτείνεται η ταχεία διαδικασία αξιολόγησης με το Τριαδικό Σύστημα Αξιολόγησης (The Triage Assessment System) (Myer et al., 1991) ως ένα σύντομο και αποτελεσματικό τρόπο απόκτησης πληροφοριών σχετικά με τη συγκεκριμένη κατάσταση κρίσης. Το Τριαδικό Σύστημα επιτρέπει στον ειδικό να εκτιμήσει το βαθμό στον οποίο έχει επηρεαστεί η τρέχουσα λειτουργικότητα του ατόμου ως προς συναισθηματικούς, συμπεριφορικούς και γνωστικούς τομείς. Ο βαθμός της σοβαρότητας της κρίσης μπορεί να επηρεάζει την κινητικότητα του ατόμου σε κρίση, το οποίο με τη σειρά του δίνει στον ειδικό μια βάση για να κρίνει πόσο καθοδηγητικός πρέπει να είναι. Η διάρκεια του χρόνου που το άτομο βρίσκεται στην παρούσα κρίση θα καθορίσει πόσο χρόνο διαθέτει ο ειδικός για να «διαλύσει» την κρίση με ασφάλεια. Η κρίση είναι χρονικά περιορισμένη; Αυτό θα πει ότι οι πιο οξείες κρίσεις επιμένουν μόνο για ένα διάστημα ημερών προτού συμβεί κάποια αλλαγή-για καλύτερα ή για χειρότερα. Η σοβαρότητα της κρίσης αξιολογείται από το υποκειμενικό πλαίσιο αναφοράς του ατόμου και από το αντικειμενικό πλαίσιο του ειδικού. Η αντικειμενική αξιολόγηση βασίζεται σε μια εκτίμηση της λειτουργικότητας του ατόμου σε τρεις τομείς : συναισθηματικό (συναίσθημα ή συγκινησιακό τόνο), συμπεριφορικό (δράση ή ψυχοκινητική δραστηριότητα) και γνωστικό τομέα (πρότυπα σκέψης).

Συναισθηματική Κατάσταση: Μη φυσιολογικό ή αλλοιωμένο συναίσθημα είναι συχνά το πρώτο σημάδι ότι το άτομο βρίσκεται σε κατάσταση ανισορροπίας. Ενδέχεται το άτομο να είναι υπερευαίσθητο και εκτός ελέγχου ή σοβαρά αποσυρμένο και αποστασιοποιημένο. Συχνά ο ειδικός μπορεί να τον/ την βοηθήσει να επανακτήσει τον έλεγχο και την κινητικότητά του/της βοηθώντας τον/την να εκφράσει συναισθήματα με κατάλληλους και ρεαλιστικούς τρόπους. Ορισμένες ερωτήσεις που μπορεί να επιχειρήσει να απαντήσει είναι: Μήπως οι συναισθηματικές αντιδράσεις του ατόμου δείχνουν ότι αρνείται την κατάσταση ή προσπαθεί να αποφύγει να εμπλακεί με αυτή; Είναι η συναισθηματική του αντίδραση φυσιολογική ή συμβατή με την περιστασιακή κρίση; Σε ποιο βαθμό, ίσως, η συναισθηματική κατάσταση του ατόμου οδηγείται, ενισχύεται, ή με άλλα λόγια επηρεάζεται από άλλους ανθρώπους; Συνήθως οι άνθρωποι επιδεικνύουν αυτού του είδους το συναίσθημα σε αντίστοιχες καταστάσεις;

Δύο κύριοι παράγοντες στην αξιολόγηση της συναισθηματικής σταθερότητας του ατόμου σε κρίση είναι η διάρκεια της κρίσης και ο βαθμός της συναισθηματικής κόπωσης ή της ικανότητας να ανταπεξέλθει που το άτομο διαθέτει τη δεδομένη στιγμή. Ο παράγοντας της διάρκειας αφορά το χρονικό πλαίσιο της κρίσης. Είναι μια κρίση που συμβαίνει για πρώτη φορά; Είναι μια υποτροπιάζουσα κατάσταση; Ταλαιπωρεί το άτομο για αρκετό καιρό; Μια κρίση η οποία συμβαίνει για πρώτη φορά, σχετικά σύντομης διάρκειας είναι αυτό που ονομάζουμε οξεία ή περιστασιακή. Θα αποκαλούσαμε ένα μακροχρόνιο υπόδειγμα επαναλαμβανόμενης κρίσης χρόνια, μακρόπρόθεσμη, ή μετακριτική κατάσταση. Ο παράγοντας του βαθμού αφορά στο τρέχον απόθεμα ψυχικής ενέργειας.

Στην αξιολόγηση της συναισθηματικής λειτουργίας του ατόμου, είναι σημαντικό ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας να καθορίσει εάν πρόκειται για ένα φυσιολογικό άτομο που βρίσκεται σε μια μεμονωμένη περιστασιακή κρίση ή για ένα άτομο με χρόνια, προσανατολισμένο στην κρίση ιστορικό ζωής. Η μεμονωμένη κρίση αξιολογείται και αντιμετωπίζεται αρκετά διαφορετικά από τη χρόνια κρίση. Στην πρώτη περίπτωση, συνήθως χρειάζεται άμεση παρέμβαση για να διευκολυνθεί το άτομο να ξεπεράσει το συγκεκριμένο γεγονός ή κατάσταση που επέφερε την κρίση. Έχοντας φτάσει σε ένα επίπεδο ισορροπίας όπως αυτό πριν από την κρίση συνήθως μπορεί να χρησιμοποιήσει τους συνηθισμένους του μηχανισμούς αντιμετώπισης και υποστηρικτικά πρόσωπα υποστήριξης και να τα καταφέρει αυτόνομα. Το άτομο σε χρόνια κρίση συνήθως χρειάζεται μια μακρύτερη χρονική περίοδο σε συμβουλευτική.

Αυτό το άτομο κανονικά έχει ανάγκη από τη βοήθεια ενός ειδικού για να εξετάσει κατάλληλους μηχανισμούς αντιμετώπισης, να βρει πρόσωπα υποστήριξης,

να ανακαλύψει εκ νέου στρατηγικές που φάνηκαν χρήσιμες σε προηγούμενες κρίσεις, να παράγει νέες στρατηγικές αντιμετώπισης και να πάρει επιβεβαίωση και ενθάρρυνση από τον ειδικό και άλλους ως πηγές δύναμης με τις οποίες να προχωρήσει πέρα από την παρούσα κρίση. Η χρόνια περίπτωση συχνά χρειάζεται παραπομπή για μακρόχρονη επαγγελματική βοήθεια.

Το άτομο που δε διαθέτει καθόλου ψυχική ενέργεια χρειάζεται πιο ευθεία καθοδήγηση από τον ειδικό σε σχέση με εκείνο που εξακολουθεί να διαθέτει ένα καλό απόθεμα ψυχικής ενέργειας. Ένα συναίσθημα απελπισίας ή αβοηθησίας είναι στοιχείο ενός χαμηλού αποθέματος ψυχικής ενέργειας. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η αξιολόγηση μπορεί να διευκολυνθεί κάνοντας ανοιχτές ερωτήσεις με συγκεκριμένο σκοπό να μετρηθεί αυτό το απόθεμα. Συνήθως, εάν το απόθεμα είναι χαμηλό, το άτομο θα έχει μια διαστρεβλωμένη άποψη του παρελθόντος και του παρόντος και δεν θα είναι ικανό να οραματιστεί το μέλλον. Τέτοιες ερωτήσεις, μπορούν να αποκαλύψουν το βαθμό ψυχικής ενέργειας που απομένει: «Φαντάσου τον εαυτό σου αφού αυτή η κρίση έχει λυθεί. Πες μου τί βλέπεις και πώς αισθάνεσαι. Πώς θα εύχεσαι να ένιωθες; Πώς ένιωθες γι'αυτό προτού η κατάσταση χειροτερέψει τόσο πολύ; Πού βλέπεις τον εαυτό σου να οδηγείται με αυτό το πρόβλημα;» Σε γενικές γραμμές, όσο πιο χαμηλό το απόθεμα της συναισθηματικής δύναμης, τόσο λιγότερο το άτομο μπορεί να φανταστεί το μέλλον. Σ'αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να αποκριθεί με ένα κενό βλέμμα ή λέγοντας κάτι όπως «Δεν υπάρχουν επιλογές» ή «Όχι, δεν μπορώ να δω τίποτε. Το μέλλον είναι κενό. Δε βλέπω μέλλον». Η εκτίμηση του ειδικού αναφορικά με τον τρέχοντα βαθμό θα έχει καθοριστικές επιπτώσεις για τις στρατηγικές και το επίπεδο δράσης το οποίο ο ειδικός θα εφαρμόσει κατά το υπόλοιπο της συμβουλευτικής διαδικασίας.

Ο ειδικός που αξιολογεί τη συνολική συναισθηματική κατάσταση του ατόμου μπορεί να κοιτάξει μια ευρεία σειρά παραγόντων που επηρεάζουν και τη διάρκεια (χρόνια έναντι οξείας κατάστασης) και το βαθμό (απόθεμα ψυχικής ενέργειας) της συναισθηματικής σταθερότητας. Ορισμένοι από αυτούς είναι: ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, συζυγική κατάσταση, επαγγελματική ωριμότητα και σταθερότητα στην εργασία, οικονομική σταθερότητα και υποχρεώσεις, χρήση ουσιών και/ή αλκοόλ, ποινικό μητρώο, κοινωνικό ιστορικό, επίπεδο νοημοσύνης, στυλ ζωής, θρησκευτικό προσανατολισμό, ικανότητα να διατηρεί στενές διαπροσωπικές σχέσεις, ανοχή στην αβεβαιότητα, σωματική υγεία, ιατρικό ιστορικό και ιστορικό αντιμετώπισης προηγούμενων κρίσεων. Μια ευθεία ματιά σε αυτούς τους παράγοντες βοηθάει τον ειδικό να αποφασίσει αν το άτομο θα χρειαστεί σύντομη παραπομπή (για ιατρική θεραπεία ή εξέταση), βραχεία συμβουλευτική, μακροχρόνια ψυχοθεραπεία ή παραπομπή σε ειδικό φορέα. Συνήθως κανένας από

τους παραπάνω παράγοντες από μόνος του δε μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να συμπεράνουμε ότι το απόθεμα ψυχικής ενέργειας του ατόμου είναι άδειο. Ωστόσο κάποια στοιχεία μπορούν να συνδυαστούν για να σχηματίσουν μια γενική εικόνα. Ένα άτομο μέσης ηλικίας που έχει βιώσει πολλαπλές απογοητεύσεις σχετικές με την έλλειψη επαγγελματικών προσόντων θα θεωρηθεί διαφορετικά από ένα νεαρό άτομο που μόλις έχει βιώσει την πρώτη του επαγγελματική απογοήτευση. Ή ένα άτομο που έχει υποστεί πολλά ιατρικά προβλήματα και νοσηλείες θα νιώθει διαφορετικά από ένα άτομο που για πρώτη φορά αντιμετωπίζει ένα ιατρικό πρόβλημα.

Αυτό για το οποίο μιλάμε είναι η «διευκολυντική» συναισθηματική αξιολόγηση του ατόμου. Με τον όρο «διευκολυντική αξιολόγηση», εννοούμε ότι τα στοιχεία που συλλέξαμε για το άτομο χρησιμοποιούνται ως μέρος της συνεχιζόμενης διαδικασίας παροχής βοήθειας, δεν αρχειοθετούνται απλώς στο συρτάρι ή στο μυαλό του ειδικού.

Συμπεριφορική Λειτουργικότητα: Ο ειδικός εστιάζει αρκετή προσοχή στην εκτέλεση (doing), την εκδραμάτιση (acting out), την ανάληψη ενεργητικών βημάτων (taking active steps), τη συμπεριφορά (behaving) , και όποιες άλλες ψυχοκινητικές δραστηριότητες. Στην παρέμβαση στην κρίση πιστεύουμε ότι ο πιο σύντομος (και συχνά ο καλύτερος) τρόπος να βοηθήσουμε το άτομο να ανακτήσει την κινητικότητα του είναι να διευκολύνουμε θετικά βήματα δράσης που μπορεί να κάνει άμεσα. Άνθρωποι που έχουν αντιμετωπίσει με επιτυχία κάποια κρίση και αργότερα αξιολογούν την εμπειρία τους αναφέρουν ότι η πιο βοηθητική εναλλακτική κατά τη διάρκεια μιας κρίσης είναι να καταπιαστούν με μια συγκεκριμένη και άμεση δραστηριότητα. Ωστόσο, είναι σημαντικό για τον ειδικό να θυμάται ότι μπορεί να είναι πολύ δύσκολο για ακινητοποιημένους ανθρώπους να αναλάβουν αυτόνομη και ανεξάρτητη δράση ακόμη και αν είναι εκείνο που χρειάζονται περισσότερο. Υπάρχουν κατάλληλες ερωτήσεις που ο ειδικός μπορεί να κάνει στο άτομο για να τον/την βοηθήσει να αναλάβει επικοινωνιακή δράση: «Σε περιπτώσεις όπως αυτή στο παρελθόν, τι έκανες που σε βοήθησε να αποκτήσεις ξανά τον έλεγχο; «Τι θα χρειαζόσουν να κάνεις τώρα για να μπορέσεις να ελέγξεις την κατάσταση; Υπάρχει κάποιος που εάν επικοινωνούσες μαζί του αυτή τη στιγμή, θα σε υποστήριζε σ' αυτήν την κρίση;» . Το κυρίαρχο πρόβλημα στην ακινησία (immobility) είναι η απώλεια του ελέγχου. Από τη στιγμή που το άτομο εμπλέκεται κάνοντας κάτι συγκεκριμένο, το οποίο είναι ένα βήμα προς μια θετική κατεύθυνση, ένα στοιχείο ελέγχου αποκαθίσταται, ένας βαθμός κινητικότητας παρέχεται και εδραιώνεται το κλίμα για περαιτέρω μετακίνηση.

Γνωστική Κατάσταση: Η αξιολόγηση από τον ειδικό προτύπων σκέψης του ατόμου που βρίσκεται σε κρίση μπορεί να παρέχει απαντήσεις σε ορισμένα σημαντικά ερωτήματα: «Πόσο ρεαλιστικός και συγκροτημένος είναι ο τρόπος που το άτομο αντιλαμβάνεται την κρίση; Σε ποιο βαθμό, ίσως, μοιάζει να εκλογικεύει, να υπερβάλλει, ή να πιστεύει μισές αλήθειες που διογκώνουν την κρίση; Εδώ και πόσο καιρό ασχολείται με το να σκέφτεται σχετικά με την κρίση; Πόσο ανοιχτός/ή φαίνεται να είναι στην αλλαγή πεποιθήσεων σχετικά με την κατάσταση της κρίσης και στην αναπλαισίωσή της με πιο θετικούς όρους πιο ψυχραιμής και λογικής σκέψης;

Εναλλακτικοί μηχανισμοί: Κατά τη διάρκεια της παροχής βοήθειας ο ειδικός έχει κατά νου και χιτίζει ένα ρεπερτόριο επιλογών, εξετάζοντας την καταλληλότητά τους για το άτομο και την κατάσταση στην οποία βρίσκεται. Στην αξιολόγηση των επιλογών που είναι διαθέσιμες, ο ειδικός πρέπει πρώτα να θεωρήσει την οπτική σκοπιά του ίδιου του ατόμου που βιώνει την κρίση, το βαθμό κινητικότητας και την ικανότητα του να κάνει χρήση των εναλλακτικών. Η υποκειμενική αντίληψη του ειδικού ως προς τις διαθέσιμες επιλογές είναι μια πρόσθετη διάσταση. Οι εναλλακτικές περιλαμβάνουν έναν κατάλογο κατάλληλων και διαθέσιμων πηγών παραπομπής. Παρόλο που το άτομο μπορεί να αναζητά μόνο μία ή δύο συγκεκριμένες επιλογές ή βήματα δράσης, ο ειδικός σε συνεργασία μαζί του επιδιώκονται σε καταιγισμό ιδεών, ώστε να αναπτύξουν μια λίστα με πιθανότητες που στη συνέχεια μπορούν να εκτιμηθούν. Οι περισσότερες από αυτές θα απορριφθούν προτού το άτομο να μπορέσει να οικειοποιηθεί ένα συγκεκριμένο πλάνο δράσης και να δεσμευτεί σ'αυτό. Ο ειδικός θέτει ερωτήματα όπως : Τι ενέργειες ή επιλογές έχει το άτομο αυτή τη στιγμή που θα μπορούσαν να τον επαναφέρουν σε ένα επίπεδο αυτονομίας όπως αυτό πριν την κρίση; Ποιές ρεαλιστικές ενέργειες θα μπορούσε να κάνει ο ίδιος; Τι πηγές υποστήριξης υπάρχουν διαθέσιμες; (οργανισμοί, κοινωνικοί φορείς, σύμβουλοι εργασίας, ή κοντινά πρόσωπα). Ποιος θα ενδιαφερόταν και θα ήταν ανοικτός στο να τον/την βοηθήσει; Ποια είναι τα οικονομικά, κοινωνικά, επαγγελματικά, και προσωπικά εμπόδια στην πρόοδο του/της;

Αξιολόγηση πιθανότητας για αυτοκτονία: Δεν περιλαμβάνουν όλες οι κρίσεις την πιθανότητα το άτομο να σκέφτεται την αυτοκτονία ή την ανθρωποκτονία. Ωστόσο, όταν ασχολούνται με ανθρώπους σε κρίση, οι ειδικοί πρέπει πάντοτε να διερευνούν την πιθανότητα πρόκλησης βλάβης στον εαυτό τους και τους άλλους, καθώς η καταστροφική συμπεριφορά μπορεί να πάρει πολλές μορφές και κρύβεται κάτω από

πολλά πρόσωπα. Οι ειδικοί πρέπει να είναι επιφυλακτικοί ως προς αυτό το ενδεχόμενο και ικανοί στην εκτίμησή τους πιθανών αυτοκτονικών ή ανθρωποκτονικών συμπεριφορών. Εκείνο που μπορεί να φαίνεται στον ειδικό ως το κύριο πρόβλημα μπορεί να καμουφλάρει το πραγματικό ζήτημα: την πρόθεση του ανθρώπου σε κρίση να αφαιρέσει τη ζωή του/της όπως επίσης και τη ζωή κάποιου άλλου. Αντίθετα από τη δημοφιλή πεποίθηση, οι περισσότεροι αυτοκτονικοί και ανθρωποκτονικοί εκπέμπουν συγκεκριμένα σήματα και πιστεύουν ότι έτσι φωνάζουν για βοήθεια ή στέλνουν προειδοποιητικά μηνύματα. Ωστόσο, ακόμη και οι στενότεροι φίλοι ενός ατόμου μπορεί να αγνοήσουν αυτά τα σήματα και να μην κάνουν τίποτε για αυτά. Για το λόγο αυτό, πιστεύουμε ότι κάθε πρόβλημα κρίσης θα πρέπει να αξιολογείται ως προς την πιθανότητα αυτοκτονίας ή ανθρωποκτονίας. Η πιο σημαντική πλευρά της εκτίμησης για αυτοκτονία/ ανθρωποκτονία είναι η συνειδητοποίηση από μέρους του ειδικού ότι η αυτοκτονία / ανθρωποκτονία είναι πάντοτε πιθανές και σε κάθε τύπο ανθρώπου.

Ψυχοβιολογική αξιολόγηση: Αν και η ψυχοβιολογική αξιολόγηση για τη διάγνωση ψυχοπαθολογίας είναι πέρα από τα όρια αυτού του βιβλίου, καθώς και των περισσότερων καταστάσεων κρίσης, τόσο λόγω της αμεσότητας της αξιολόγησης όσο και των δεξιοτήτων αξιολόγησης που απαιτούνται από τους πιο πολλούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας, σωρεία στοιχείων καταδεικνύει ότι οι νευροδιαβιβαστές παίζουν έναν εξαιρετικά σημαντικό ρόλο στη συναισθηματική, συμπεριφορική και γνωστική λειτουργία των ατόμων. Για τρεις τουλάχιστον λόγους, η ανθρώπινη ψυχοβιολογία αξίζει να λαμβάνεται υπόψη στην παρέμβαση στην κρίση. Πρώτον, υπάρχουν στοιχεία ότι όταν οι άνθρωποι εμπλέκονται σε τραυματικά γεγονότα, συμβαίνουν δραματικές αλλαγές στην απελευθέρωση των νευροδιαβιβαστών, όπως οι ενδορφίνες, στο κεντρικό και περιφερικό συμπαθητικό νευρικό σύστημα, καθώς και στον άξονα υποθαλαμους-υπόφυση-επινεφρίδια. Αυτές οι νευρολογικές αλλαγές μπορεί να γίνουν υπολειμματικές και μακροχρόνιες και να έχουν λεπτές και προοδευτικά αρνητικές επιδράσεις στα συναισθήματα, τη δράση και τον τρόπο σκέψης. Δεύτερον, η έρευνα δείχνει ότι μη φυσιολογικές αλλαγές σε νευροδιαβιβαστές όπως η ντοπαμίνη, νορεπινεφρίνη, και σεροτονίνη εμπλέκονται σε ψυχικές διαταραχές που ποικίλουν από τη σχιζοφρένεια έως την κατάθλιψη. Είναι πολύ συνηθισμένη η χρήση ψυχότροπων ουσιών σε αρκετές ψυχικές διαταραχές προκειμένου να αντισταθμιστούν τέτοιες νευρολογικές αλλαγές. Ένα συχνό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι το ψυχικά διαταραγμένο ή το βίαιο άτομο σε κρίση που έχει διακόψει τη φαρμακευτική αγωγή

λόγω των δυσάρεστων παρενεργειών ή την ανικανότητά του να θυμηθεί πότε πρέπει να πάρει τα φάρμακα. Τρίτον, τόσο νόμιμες όσο και παράνομες ψυχότροπες ουσίες έχουν μείζονα επίδραση στην ψυχική υγεία. Παρόλο που ο τρόπος που οι παράνομες ναρκωτικές ουσίες αλλάζουν τη χημεία του εγκεφάλου έχει αποσπάσει μεγάλη προσοχή, νόμιμες ναρκωτικές ουσίες μπορούν να προκαλέσουν αρνητικές ψυχολογικές παρενέργειες με εξίσου δραματικό τρόπο. Ιδιαίτερα, συνδυασμοί μη ψυχότροπων ουσιών δίνονται συχνά για να καταπολεμήσουν αρκετές εκφυλιστικές ασθένειες σε ηλικιωμένα άτομα. Μερικές φορές αυτές οι ουσίες μπορεί να έχουν αλληλεπιδραστικές επιδράσεις που δημιουργούν απρόσμενες ψυχολογικές ενοχλήσεις. Για όλα αυτά, ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας θα πρέπει να επιχειρήσει να αξιολογήσει προηγούμενο τραύμα, ψυχοπαθολογία και χρήση, είτε κακή χρήση είτε κατάχρηση νόμιμων και παράνομων ψυχότροπων ουσιών σε μια προσπάθεια να καθορίσει αν συσχετίζονται με το τρέχον πρόβλημα. Οι θεραπείες δια του λόγου δεν βοηθούν ιδιαίτερα όταν εμπλέκονται νευροβιολογικοί παράγοντες. Στην περίπτωση που ο επαγγελματίας έχει λόγο να υποψιάζεται κάποιο από τα προαναφερθέντα προβλήματα, θα πρέπει να γίνει άμεση παραπομπή για νευρολογική/ τοξικολογική εκτίμηση.

Το τριαδικό σύστημα αξιολόγησης

Αυτό που χρειάζεται ο ειδικός σε μια κατάσταση κρίσης είναι ένας γρήγορος, αποτελεσματικός τρόπος να αποκτήσει μια εκτίμηση του τι συμβαίνει στο άτομο . Ένα τέτοιο εργαλείο θα πρέπει επίσης να είναι τόσο απλό ώστε ένας σύμβουλος που μπορεί να έχει απλώς στοιχειώδεις δεξιότητες αξιολόγησης να μπορεί να το χρησιμοποιήσει με έναν έγκυρο και αξιόπιστο τρόπο. Οι Myer, Williams, Ottens, και Schmidt (1992) διαμόρφωσαν μια κλίμακα βαθμολόγησης της κρίσης, την Τριαδική Φόρμα Αξιολόγησης (ΤΦΑ) (Triage Assessment Form), ένα εργαλείο που υπόσχεται πολλά για την εκτέλεση γρήγορης και έγκυρης αξιολόγησης ενός ατόμου σε κρίση. Θεωρούμε ότι η ΤΦΑ πληρεί τα πέντε κριτήρια που αναφέραμε πιο πάνω περισσότερο από ό,τιδήποτε άλλο έχουμε βρει. Ένα επιτυχημένο τριαδικό εργαλείο αξιολόγησης στην παρέμβαση στην κρίση θα πρέπει να μπορεί να εφαρμόζεται με ταχύτητα από ένα ευρύ πληθυσμό επαγγελματιών ακόμη και αν έχουν ελάχιστη ή καθόλου εκπαίδευση στη χρήση ψυχομετρικών μέσων ή διαδικασιών αξιολόγησης. Παρότι απλή στη χρήση της, η ΤΦΑ διαχωρίζει (it cuts across) συναισθηματικές,

συμπεριφορικές και γνωστικές διαστάσεις, τμηματοποιεί κάθε διάσταση ως προς τον τυπικό τρόπο αντίδρασης, και αποδίδει αριθμητικές αξίες σε εκείνους τους τρόπους που επιτρέπουν στον ειδικό να καθορίσει το τρέχον επίπεδο λειτουργίας του ατόμου . Αυτές οι τρεις κλίμακες σοβαρότητας αντιπροσωπεύουν μηχανισμούς για να αποδώσουμε λειτουργικά αριθμητικές αξίες στο συνεχές της δράσης του ειδικού. Οι αριθμητικές βαθμολογήσεις παρέχουν ένα αποτελεσματικό και σαφή οδηγό τόσο ως προς το βαθμό όσο και το είδος της παρέμβασης που ο ειδικός χρειάζεται να κάνει στις περισσότερες καταστάσεις κρίσης. Το σκεπτικό και τα παραδείγματα για καθεμία από τις κλίμακες έχουν ως εξής;

Η Συναισθηματική Κλίμακα: Καμία κατάσταση κρίσης από όσο γνωρίζουμε δεν συνοδεύεται από θετικά συναισθήματα. Ο Crow (1977) μεταφορικά ονομάζει τις συνηθισμένες συναισθηματικές ποιότητες που ανευρίσκονται σε μια κρίση ως κίτρινη (άγχος), κόκκινη (θυμό), και μαύρη (κατάθλιψη). Σταθερά, αυτά τα αρνητικά συναισθήματα εμφανίζονται το καθένα ξεχωριστά ή σε συνδυασμό μεταξύ τους όταν μια κρίση είναι παρούσα. Στο μοντέλο τους οι Myer και συνεργάτες έχουν αντικαταστήσει τον όρο κατάθλιψη, λόγω των διαγνωστικών του επιπτώσεων, με τον όρο θλίψη / μελαγχολία. Όταν κάποιο από αυτά τα κεντρικά αρνητικά συναισθήματα γίνεται τόσο διάχυτο που το άτομο κατακλύζεται από αυτό, η πιθανότητα δυνατότητα αυτά τα συναισθήματα να κινητοποιήσουν καταστροφική συμπεριφορά αυξάνεται πάρα πολύ .

Η Συμπεριφορική Κλίμακα : Παρόλο που απεικονίζουμε ένα άτομο σε κρίση ως λιγότερο ή περισσότερο συμπεριφορικά ακινητοποιημένο, η ακινησία (immobility) μπορεί να πάρει διαφορετικές μορφές . Ο Crow (1977) προτείνει ότι το άτομο στην προσπάθειά του να δράσει, μπορεί να υιοθετεί συμπεριφορές α) προσέγγισης, β) αποφυγής ή γ) να έχει παραλύσει. Παρόλο που η πρόταση του Crow μπορεί να φαίνεται αντιφατική με τη δική μας με την πρώτη ματιά, δεν είναι. Γιατί ένας άνθρωπος που βρίσκεται σε κρίση μπορεί να δείχνει πολύ ενεργητικός/ή αλλά είτε ενεργεί (acting out) δυσπροσαρμοστικά με κατεύθυνση ένα συγκεκριμένο στόχο ή τυχαία, με έναν άσκοπο τρόπο και χωρίς να διαφαίνεται συγκεκριμένος στόχος. Στην αντίθετη πλευρά, το άτομο μπορεί να επιχειρήσει να τραπήει εις φυγή μακριά από το επιβλαβές γεγονός με το συντομότερο δυνατό τρόπο ακόμη και αν η άμεση απειλή για τη σωματική και ψυχική του υγεία του έχει παρέλθει. Παρόλο που σε πολλές περιπτώσεις το να εξετάσουν προσεκτικά την κατάσταση προτού να ενεργήσουν είναι ένα εξαιρετικό σχέδιο, οι άνθρωποι σε κρίση ακινητοποιημένοι μπροστά στον

άμεσο κίνδυνο έχουν ανάγκη είτε να φύγουν ή να παλέψουν (flee or flight). Παρόλο που μπορεί να ξοδευτεί ένα μεγάλο ποσό ενέργειας και το άτομο να φαίνεται συγκεντρωμένο, από τη στιγμή που η κρίση ξεπεράσει τη δυνατότητά του να ανταπεξέλθει με έναν σημαίνοντα και στοχευμένο τρόπο, θα λέγαμε ότι το άτομο είναι ακινητοποιημένο, κολλημένο στη συγκεκριμένη συμπεριφορά προσέγγισης, αποφυγής ή παράλυσης και άρα παγιδευμένο σε ένα φαύλο κύκλο (in a continuous loop), άσχετα με το πόσο ενεργητικό μπορεί να δείχνει ότι είναι. Στο άκρο της σοβαρής έκπτωσης στο συνεχές της συμπεριφορικής κλίμακας, η δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά συχνά μπορεί να πάρει θανατηφόρα μορφή όσον αφορά είτε στο ίδιο το άτομο σε κρίση είτε σε άλλους.

Η Γνωστική Κλίμακα : Σε μια κατάσταση κρίσης, οι γνωστικές διαδικασίες του ατόμου συνήθως ερμηνεύουν το γεγονός με όρους παραβίασης, απειλής, απώλειας, ή οποιονδήποτε συνδυασμό από τα τρία. Αυτές οι γνωσίες μπορούν να πάρουν καταστροφικές διαστάσεις φτάνοντας στο ακραίο σημείο του συνεχούς. Αυτού του είδους ο έντονα παράλογος τρόπος σκέψης μπορεί να οδηγήσει το άτομο σε εμμονή με την κρίση στο βαθμό που λίγη, ή καθόλου λογική σκέψη μπορεί να υπάρξει εντός ή πέρα των ορίων του κρίσιμου γεγονότος. Το γεγονός αυτό καθαυτό καταναλώνει όλη την ψυχική ενέργεια του ατόμου καθώς προσπαθεί να το ενσωματώσει στο σύστημα πεποιθήσεων του/της. Το άτομο μπορεί να παράγει δυσπροσαρμοστικές γνωσίες για ενδοπροσωπικά, διαπροσωπικά, ή περιβαλλοντικά ερεθίσματα. Η παραβίαση, η απειλή ή η απώλεια μπορεί να γίνουν αντιληπτά σε σχέση με φυσικές ανάγκες όπως φαγητό, στέγη και ασφάλεια; Ψυχολογικές ανάγκες όπως η αυτοαντίληψη, η συναισθηματική σταθερότητα και ταυτότητα; Σχισιακές ανάγκες όπως οικογένεια, φίλοι, συνάδελφοι και κοινοτική υποστήριξη; Και ηθικές και πνευματικές ανάγκες όπως ακεραιότητα και αξίες. Αν θέλουμε να διαφοροποιήσουμε μεταξύ παραβίασης, απειλής και απώλειας ας σκεφτούμε αυτές τις τρεις διαστάσεις με κριτήριο το χρόνο . Η παραβίαση (transgression) είναι η πεποίθηση ότι κάτι κακό συμβαίνει αυτή τη στιγμή, η απειλή (threat) ότι κάτι κακό θα συμβεί, και η απώλεια (loss) η πεποίθηση ότι κάτι κακό έχει συμβεί. Όταν οι πεποιθήσεις σχετικά με την κρίση πλησιάζουν στο σοβαρό άκρο αλλοίωσης του συνεχούς, η αντίληψη του γεγονότος μπορεί να είναι τόσο σοβαρή ώστε να θέσει το άτομο που βρίσκεται σε κρίση ή τους γύρω του σε φυσικό κίνδυνο. Ορισμένες φορές η σκέψη του ατόμου κινείται από το «είναι μεγάλος μπελάς αυτό που συμβαίνει, αλλά θα το ξεπεράσω» στο «είναι απολύτως ανυπόφορο, δεν θα το αντέξω, και δε θα το ξεπεράσω ποτέ». Αυτή η αλλαγή, από ψύχραιμες σε ακραίες πεποιθήσεις, οδηγεί το άτομο να πάρει

κακές αποφάσεις. Τέτοιες αποφάσεις το πιο πιθανό είναι να καταλήξουν σε ακόμη χειρότερες συμπεριφορικές συνέπειες για το ίδιο το άτομο σε κρίση και τους γύρω του.

Σύγκριση με την Προ-Κρίσης λειτουργικότητα : Παρότι αυτό μπορεί να μην είναι πάντα δυνατόν, ο σύμβουλος θα πρέπει να προσπαθεί να αξιολογήσει το επίπεδο λειτουργικότητας του ατόμου πριν από την κρίση κατά τον ίδιο τρόπο. Η σύγκριση της βαθμολογίας προ-κρίσης με την τρέχουσα βαθμολογία επιτρέπει στο σύμβουλο να υπολογίσει το βαθμό απόκλισης από τα συνήθη συναισθηματικά, συμπεριφορικά και γνωστικά επίπεδα λειτουργίας του ατόμου. Τότε μπορεί να αποφανθεί για το πόσο ασυνήθιστος είναι ο τρόπος λειτουργίας του, αν έχει υπάρξει κάποια ριζική αλλαγή στη λειτουργία του, και αν αυτή είναι μεταβατική ή χρόνια. Για παράδειγμα, θα χρησιμοποιούσαμε μια πολύ διαφορετική συμβουλευτική προσέγγιση σε κάποιον με χρόνια σχιζοφρένεια που υποφέρει από ακουστικές ψευδαισθήσεις συγκριτικά με ένα άτομο που βιώνει παρόμοιες ψευδαισθήσεις ως αποτέλεσμα συνταγογραφημένης φαρμακευτικής αγωγής. Μια τέτοια αξιολόγηση μπορεί να γίνει σε μια ή δυο ερωτήσεις χωρίς να χρειάζεται να εξάγουμε πολλές πληροφορίες από το ιστορικό του ατόμου. Συνοπτικά, η ΤΦΑ παρέχει άπειρους τρισδιάστατους συνδυασμούς αξιολόγησης ως προς το βαθμό έκπτωσης που προκαλεί η κρίση, στοχεύει συγκεκριμένες περιοχές λειτουργίας και επιτρέπει στο σύμβουλο να εκτιμήσει με συντομία και έπειτα να κατασκευάσει ειδικές παρεμβάσεις που έχουν στόχο τις περιοχές μεγαλύτερου άμεσου ενδιαφέροντος

ΤΡΙΑΔΙΚΗ ΦΟΡΜΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ: ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

R.A Myer, R.C. Williams, A.J. Ottens, & A.E. Schmidt

ΚΡΙΣΙΜΟ ΓΕΓΟΝΟΣ:

Αναγνωρίστε και περιγράψτε με συντομία την κατάσταση κρίσης: _____

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ:

Αναγνωρίστε και περιγράψτε με συντομία το συναίσθημα που είναι παρόν. (Αν εκτιμάτε ότι το άτομο βιώνει παραπάνω από ένα συναίσθημα, βαθμολογήστε με #1 αυτό που είναι πρωτεύον, #2 δευτερεύον, #3 τριτεύον.)

ΘΥΜΟΣ/

ΕΧΘΡΙΚΟΤΗΤΑ: _____

ΑΓΧΟΣ/ΦΟΒΟΣ: _____

ΘΛΙΨΗ/

ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑ: _____

Συναισθηματική Κλίμακα

Βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί με μεγαλύτερη ακρίβεια στην αντίδραση του ατόμου στην κρίση.

1	2	3	4	6	8	9	10	
			5	7				
Καμία Αλλοίωση	Ελάχιστη Αλλοίωση		Χαμηλή Αλλοίωση	Μέτρια Αλλοίωση	Χαρακτηριστική Αλλοίωση		Σοβαρή Αλλοίωση	

<p>Σταθερή διάθεση με κανονικές διακυμάνσεις ή συναίσθημα που αρμόζει στην καθημερινή λειτουργία.</p>	<p>Συναίσθημα κατάλληλο για την κατάσταση . Σύντομες περίοδοι κατά τη διάρκεια των οποίων το άτομο βιώνει αρνητική διάθεση ελαφρώς πιο έντονα από ότι ταιριάζει στην κατάσταση . Τα συναισθήματα είναι σε σημαντικό βαθμό υπό τον έλεγχο του ατόμου.</p>	<p>Συναίσθημα κατάλληλο για την κατάσταση αλλά αυξανόμενα μεγαλύτερες περιόδους κατά τις οποίες το άτομο βιώνει αρνητική διάθεση ελαφρώς πιο έντονα από ότι δικαιολογείται η κατάσταση.</p>	<p>Συναίσθημα που μπορεί να είναι ασύμβατο με την κατάσταση. Παρατεταμένες περίοδοι έντονης αρνητικής διάθεσης. Η διάθεση βιώνεται αισθητά πιο έντονα από ότι δικαιολογείται η κατάσταση. Διακυμάνσεις του συναισθήματος μπορεί να είναι παρούσες. Χρειάζεται προσπάθεια για τον έλεγχό των συναισθημάτων.</p>	<p>Αρνητικό συναίσθημα που βιώνεται σε αισθητά υψηλότερα επίπεδα από ότι ταιριάζει στην κατάσταση. Τα συναισθήματα μπορεί να είναι εμφανώς ασύμβατα με την κατάσταση. Οι αλλαγές της διάθεσης, αν υπάρχουν, γίνονται έντονα αισθητές .Το ξεκίνημα της αρνητικής διάθεσης γίνεται από το άτομο αντιληπτό να είναι εκτός από τον εκούσιο έλεγχο του.</p>	<p>Εμφανής αποπροσποίηση ή αποστασιοποίηση.</p>
---	--	---	--	--	---

ΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ:

Αναγνωρίστε εάν έχει συμβεί παραβίαση, απειλή ή απώλεια στα παρακάτω πεδία και περιγράψτε με συντομία . (Αν παρατηρείται παραπάνω από μια γνωστική αντίδραση, βαθμολογήστε με #1 αυτή που είναι πρωτεύουσα, #2 δευτερεύουσα, #3 τριτεύουσα.)

ΒΙΟΛΟΓΙΚΟ / ΣΩΜΑΤΙΚΟ (τροφή, νερό, ασφάλεια, στέγη, κ.α):

ΠΑΡΑΒΙΑΣΗ _____ ΑΠΕΙΛΗ _____ ΑΠΩΛΕΙΑ _____

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ (αυτοαντίληψη, συναισθηματική σταθερότητα, ταυτότητα, κ.α)

ΠΑΡΑΒΙΑΣΗ _____ ΑΠΕΙΛΗ _____ ΑΠΩΛΕΙΑ _____

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ (οικογένεια, φίλοι, συνάδελφοι, κ.α)

ΠΑΡΑΒΙΑΣΗ _____ ΑΠΕΙΛΗ _____ ΑΠΩΛΕΙΑ _____

ΗΘΙΚΟ/ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟ

ΠΑΡΑΒΙΑΣΗ_____

ΑΠΕΙΛΗ_____

ΑΠΩΛΕΙΑ_____

Γνωστική Κλίμακα

Βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί με μεγαλύτερη ακρίβεια στην αντίδραση του ατόμου στην κρίση.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Καμία Αλλοίωση	Ελάχιστη Αλλοίωση		Χαμηλή Αλλοίωση		Μέτρια Α λλοίωση		Χαρακτηριστική λοίωση		Σοβαρή Αλλοίωση	

<p>Ικανότητα συγκέντρωσης αναλλοίωτη. Το άτομο επιδεικνύει κανονικές ικανότητες επίλυσης προβλημάτων και λήψης αποφάσεων. Η αντίληψη του ατόμου και η ερμηνεία του κρίσιμου γεγονότος ταιριάζουν με την αντικειμενική πραγματικότητα της κατάστασης</p>	<p>Οι σκέψεις του ατόμου μπορεί να είναι γύρω από το κρίσιμο γεγονός αλλά το σημείο εστίασής των σκέψεων είναι κάτω από τον εκούσιο έλεγχο του. Η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων και λήψης αποφάσεων έχουν επηρεαστεί ελάχιστα. Η αντίληψη του ατόμου και η ερμηνεία του κρίσιμου γεγονότος ταιριάζουν σε σημαντικό βαθμό με την αντικειμενική</p>	<p>Περιστασιακή διαταραχή της συγκέντρωσης Το άτομο αντιλαμβάνεται μειωμένο έλεγχο επάνω στις σκέψεις που αφορούν το κρίσιμο γεγονός. Βιώνει επαναλαμβανόμενα δυσκολίες στην επίλυση προβλημάτων και τη λήψη αποφάσεων. Η αντίληψη και η ερμηνεία του ατόμου για το κρίσιμο γεγονός μπορεί από τις απόψεις να διαφέρει από την αντικειμενική</p>	<p>Συχνή διαταραχή της συγκέντρωσης. Εμβόλιμες σκέψεις του κρίσιμου γεγονότος με περιορισμένο έλεγχο. Η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων και λήψης αποφάσεων έχουν επηρεαστεί αρνητικά από εμμονή, αυτο-αμφισβήτηση από εμμονή, αυτο-αμφισβήτηση και σύγχυση. Η αντίληψη και η ερμηνεία του ατόμου για το κρίσιμο γεγονός μπορεί να διαφέρει σε σημαντικό βαθμό από την αντικειμενική πραγματικότητα της κατάστασης</p>	<p>Το άτομο ταλανίζεται από εμβόλιμες σκέψεις γύρω από το κρίσιμο γεγονός. Η καταλληλότητα της ικανότητας για επίλυση προβλημάτων και λήψη αποφάσεων αρνητικά από εμμονή, αυτο-αμφισβήτηση και σύγχυση. Η αντίληψη και η ερμηνεία του ατόμου για το κρίσιμο γεγονός μπορεί να διαφέρει σε σημαντικό βαθμό από την αντικειμενική πραγματικότητα της κατάστασης</p>	<p>Μεγάλη ανικανότητα του ατόμου να συγκεντρωθεί σε οτιδήποτε άλλο από το κρίσιμο γεγονός. Είναι τόσο προσβεβλημένο από εμμονές, αυτο-αμφισβήτηση και σύγχυση που η ικανότητα για επίλυση προβλημάτων και λήψη αποφάσεων είναι εκτός λειτουργίας. Η αντίληψη και η ερμηνεία του ατόμου για το κρίσιμο γεγονός μπορεί να διαφέρει σε τόσο</p>
---	--	--	---	---	--

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ:

Αναγνωρίστε και περιγράψτε με συντομία ποια συμπεριφορά χρησιμοποιεί το άτομο.
(Αν χρησιμοποιείται παραπάνω από μια συμπεριφορά, βαθμολογήστε με #1 αυτή που είναι πρωτεύουσα, #2 δευτερεύουσα, #3 τριτεύουσα.)

ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ: _____

ΑΠΟΦΥΓΗ: _____

ΑΚΙΝΗΣΙΑ: _____

Συμπεριφορική Κλίμακα

Βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί με μεγαλύτερη ακρίβεια στην αντίδραση του ατόμου στην κρίση.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Καμία Αλλοίωση	Ελάχιστη Αλλοίωση		Χαμηλή Αλλοίωση		Μέτρια Αλλοίωση		Χαρακτηριστική Αλλοίωση		Σοβαρή Αλλοίωση

<p>Συμπεριφορά αντιμετωπίζει που αρμόζει στο κρίσιμο γεγονός. Το άτομο εκτελεί εκείνες τις δραστηριότητες που είναι απαραίτητες για την καθημερινή ή λειτουργία .</p>	<p>Περιστασιακή ή χρησιμοποιήση αναποτελεσματικών συμπεριφορών αντιμετώπισης. Το άτομο εκτελεί εκείνες τις δραστηριότητες που είναι απαραίτητες για την καθημερινή λειτουργία, αλλά το κάνει με αξιοσημείωτη προσπάθεια .</p>	<p>Περιστασιακή χρησιμοποίηση αναποτελεσματικών συμπεριφορών αντιμετώπισης. Το άτομο παραμελεί ορισμένες δραστηριότητες απαραίτητες για την καθημερινή λειτουργία, εκτελεί άλλες αυξανόμενα μειωμένα αποτελεσματικότητα.</p>	<p>Το άτομο επιδεικνύει συμπεριφορές αντιμετώπισης που μπορεί να είναι αναποτελεσματικές και δυσπροσαρμοστικές. Η ικανότητα να εκτελεί δραστηριότητες απαραίτητες για την καθημερινή λειτουργία διακυβεύεται εμφανώς.</p>	<p>Το άτομο επιδεικνύει συμπεριφορές αντιμετώπισης που μπορεί να διογκώνουν την κρίσιμη κατάσταση. Η ικανότητα να εκτελεί δραστηριότητες απαραίτητες για την καθημερινή λειτουργία είναι εμφανώς απύσχα.</p>	<p>Η συμπεριφορά είναι ασταθής, απρόβλεπτη. Οι συμπεριφορές του ατόμου είναι βλαβερές για τον εαυτό του και /ή τους άλλους.</p>
---	---	--	---	--	---

ΣΥΝΟΠΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΛΙΜΑΚΩΝ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑΣ

Συναισθηματική _____

Γνωστική _____

Συμπεριφορική _____

Σύνολο _____

Βιβλιογραφικές πηγές

- Aguilera, D.C. (1997). Crisis intervention : Theory and methodology (8th ed.).St.Louis: Mosby.
- Gilliland, B.E., & James, R.K. (1998). Theories and strategies in counseling and psychotherapy (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- James R & Gilliland B. (2005) Crisis Intervention Strategies. Thomson Learning.
- Myer, R.A, Williams, R.C., Ottens, A.J.,& Schmidt, A.E. (1992). A three-dimensional model for triage. Journal of Mental Health Counseling, 14, 137-148.
- Crow, G.A. (1977). Crisis intervention: A social interaction approach. New York: Association Press.

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

Ελενα Καμπισσοπούλου, Ψυχολόγος

Ενεργητική ακρόαση

Πιστεύουμε ότι οι δεξιότητες για ακριβή και προσεκτική ακρόαση είναι ένα απαραίτητο και πραγματικά πολλές φορές επαρκές προσόν που κάθε θεραπευτής αλλά ιδιαίτερα ο ειδικός στην κρίση θα πρέπει να έχει. Για το λόγο αυτό, οι δεξιότητες ενεργητικής ακρόασης είναι ένα κύριο συστατικό στο μοντέλο των έξι βημάτων παρέμβασης στην κρίση. Το θεωρητικό μοντέλο για αποτελεσματική ακρόαση που περιγράφεται προέρχεται από την προσωποκεντρική συμβουλευτική (Egan, 1986; Rogers, 1977). Θα παρουσιάσουμε σύντομες περιγραφές επιλεγμένων τεχνικών που μπορούν να εφαρμοστούν σε διάφορα είδη σχέσεων όπου ζητούμενο είναι η παροχή βοήθειας, είτε πρόκειται για περιπτώσεις κρίσης είτε όχι. Καθώς μιλάμε για συμβουλευτική διαδικασία εφεξής θα χρησιμοποιούμε τους όρους σύμβουλος και πελάτης, έχοντας πάντα κατά νου ότι οι όροι αναφέρονται στον ειδικό που ασχολείται με την κρίση και το άτομο που βιώνει την κρίση αντίστοιχα.

Ανοιχτές Ερωτήσεις: Συχνά οι ειδικοί απελπίζονται μπροστά σε ένα άτομο που δεν αποκρίνεται. Μπορούμε να κάνουμε κάτι για να πάρουμε πιο πλήρεις και με περισσότερο νόημα απαντήσεις εάν θέσουμε ερωτήσεις που δεν οδηγούν σε αδιέξοδα. Οι ανοικτές ερωτήσεις συνήθως ξεκινούν με «τι» ή «πώς» ή ζητούν περισσότερες διευκρίνισεις ή λεπτομέρειες. Ενθαρρύνουν τους πελάτες να αποκριθούν με πιο πλήρεις δηλώσεις και σε βαθύτερα επίπεδα νοήματος. Οι ανοικτές ερωτήσεις χρησιμοποιούνται για να αποσπάσουν από τους πελάτες κάτι για τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τις συμπεριφορές τους. Παρακάτω δίνονται κάποιες γενικές οδηγίες για τη διαμόρφωση ανοιχτών ερωτήσεων.

Για να ζητήσουμε περιγραφή: «Πείτε μου (ή πες μου) σας παρακαλώ....», «Πείτε μου για....», «Δείξτε μου...», «Με ποιούς τρόπους αυτό...;»

Για να εστιάσουμε σε σχέδια: «Τι θα κάνεις....;», «Πώς θα το κάνεις να συμβεί...;», «Πώς αυτό θα σε βοηθήσει να....;»

Απέφυγε τις ερωτήσεις που ξεκινούν με το «γιατί». Οι αρχάριοι στο χώρο της παρέμβασης στην κρίση σχεδόν πάντα αισθάνονται έκπληκτοι και μπερδεμένοι από τα παράδοξα και αλλόκοτα πράγματα που νιώθουν, σκέφτονται και κάνουν οι άνθρωποι σε κρίση. Ως αποτέλεσμα νιώθουν την παρόρμηση να μάθουν «γιατί» ένα άτομο σκέφτεται, νιώθει ή κάνει αυτά τα «εντελώς τρελά» πράγματα. Θεωρούμε ότι οι ερωτήσεις τύπου «γιατί» είναι γενικά φτωχή επιλογή για να αποκτήσουμε περισσότερες πληροφορίες. Ακόμη και να παρέχουν στον πελάτη ένα άνοιγμα για να μιλήσει περισσότερο, την ίδια στιγμή τον κάνουν να υπερασπίζεται τις πράξεις του/της. Αυτό που συνήθως συμβαίνει είναι να γίνεται αμυντικός και να επιχειρεί να θεωρητικοποιήσει γύρω από το πρόβλημα ή να το αποδώσει σε κάποιον ή κάτι άλλο χωρίς να αναλαμβάνει την προσωπική του ευθύνη.

Κλειστές Ερωτήσεις : Οι κλειστές ερωτήσεις ζητούν ειδικές, συγκεκριμένες πληροφορίες από τον πελάτη. Είναι σχεδιασμένες για να αποσπάσουν ειδικά συμπεριφορικά δεδομένα και απαντήσεις τύπου «ναι-όχι». Αντίθετα με ότι ισχύει στη μακροχρόνια θεραπεία, οι κλειστές ερωτήσεις χρησιμοποιούνται συχνά στην παρέμβαση στην κρίση στο αρχικό στάδιο για την απόκτηση ειδικών πληροφοριών που θα βοηθήσουν το σύμβουλο να κάνει μια γρήγορη εκτίμηση ως προς το τι συμβαίνει. Επίσης, ενώ στην μακρόχρονη θεραπεία η διαμόρφωση ενός σχεδίου αντιμετώπισης του προβλήματος μπορεί να πάρει εβδομάδες ή μήνες, η παρέμβαση στην κρίση καλεί για την παρακίνηση του πελάτη σε άμεσα σχέδια δράσης. Οι κλειστές ερωτήσεις είναι ιδιαίτερα κατάλληλες για την απόκτηση δέσμευσης από πλευράς του πελάτη να αναλάβει δράση. Παρακάτω δίνονται κάποιες γενικές οδηγίες για τη διατύπωση κλειστών ερωτήσεων.

Για να ζητήσουμε ειδικές πληροφορίες: «Πότε ήταν η πρώτη φορά που συνέβη αυτό;» «Πού πρόκειται να πάτε;» « Σκέφτεστε να της κάνετε κακό;», «Έχετε επιστρέψει ξανά εκεί;», «Αυτό σημαίνει ότι πρόκειται να αυτοκτονήσετε;»

Για να αποκτήσουμε δέσμευση: «Είστε διατεθειμένος να κλείσετε ένα ραντεβού...;», «Θα μιλήσετε μαζί του/της γι'αυτό....;», «Συμφωνείτε να...;», «Πότε θα το κάνετε...;»

Απέφυγε τις αρνητικά διατυπωμένες ερωτήσεις: Μια αρνητική ερώτηση είναι μια κλειστή ερώτηση που συχνά χρησιμοποιείται σαν ένας λεπτός τρόπος να εξαναγκάσουμε τον ακροατή σε συμφωνία με τον ομιλητή. Η αρνητικά διατυπωμένη φράση : «Δεν πιστεύεις ότι είναι αλήθεια;» είναι στην πραγματικότητα μια καμουφλαρισμένη δήλωση που λέει : «Πιστεύω ότι αυτό είναι αλήθεια και αν έχεις ίχνος λογικής θα συμφωνήσεις μαζί μου» . Τέτοιου είδους δηλώσεις σε γενικές γραμμές δεν έχουν θέση στο ρεπερτόριο των λεκτικών δεξιοτήτων του ειδικού. Ένας

πολύ καλύτερος τρόπος για να ζητήσουμε τη συναίνεση του πελάτη με μια κατηγορηματική δήλωση κυριότητας (owning statement).

Αναδιατύπωση και Περίληψη Περιεχομένου : Η αναδιατύπωση και η περίληψη περιεχομένου είναι εξαιρετικά χρήσιμες στην παρέμβαση στην κρίση. Οι πελάτες σε κρίση μπορεί να έχουν δυσκολία να εκφραστούν λόγω των αποδιοργανωμένων διαδικασιών σκέψης ή το χάος που επικρατεί γύρω τους στο περιβάλλον. Αναδιατυπώνοντας με δικά του λόγια αυτό που λέει ο πελάτης, ο ειδικός μπορεί να πάρει τη σύμφωνη δήλωση από το άτομο επάνω σε αυτό που προσπαθεί να πει, νιώθει, σκέφτεται ή κάνει. Η αναδιατύπωση μπορεί επίσης να χρησιμεύσει ως μια αποτελεσματική παύση για έναν πελάτη σε κρίση που έχει ξεφύγει σε ένα παραλήρημα σκέψεων ή ιδεών. Η αναδιατύπωση ακούγεται απλή. Είναι απλή εάν ο ειδικός συγκεντρωθεί απόλυτα στον κόσμο του πελάτη. Δεν είναι απλή εάν ο ειδικός περισπάται από περιβαλλοντικά ερεθίσματα ή είναι απασχολημένος με τις δικές του/της σκέψεις, ερωτήματα, και εκτιμήσεις, στόχους, προκαταλήψεις ή στερεότυπα σχετικά με τα όσα λέει ο πελάτης.

Η κυριότητα των συναισθημάτων : Συχνά στη συζήτηση αποφεύγουμε κάποια συγκεκριμένα θέματα με δηλώσεις άρνησης κυριότητας όπως: «Λένε ότι...», «Άκουσα τις προάλλες ότι εσύ...», «Δεν είναι σωστό για σένα να...», και «Δε νομίζεις ότι θα έπρεπε να...». Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι δηλώσεις κυριότητας ή «Εγώ»-δηλώσεις είναι μάλλον πιο σημαντικές στην παρέμβαση στην κρίση από ότι σε άλλα είδη θεραπείας λόγω της καθοδηγητικής στάσης που συχνά πρέπει να υιοθετήσει ο ειδικός με πελάτες που βρίσκονται σε κατάσταση ακινησίας και ανισορροπίας. Παρότι όμως χρησιμοποιούνται πιο συχνά στην παρέμβαση στην κρίση, από ότι σε πιο συνηθισμένα θεραπευτικά πλαίσια, οι δηλώσεις κυριότητας θα πρέπει να εφαρμόζονται με φειδώ γιατί το κύριο έργο του ειδικού είναι να εστιάσει στο άτομο και όχι στον εαυτό του. Όταν δουλεύουμε λοιπόν με πελάτες σε κρίση είναι πολύ σημαντικό να αναλαμβάνουμε την κυριότητα των συναισθημάτων, σκέψεων και συμπεριφορών μας, καθώς πολλοί πελάτες μας χρησιμοποιούν ως μοντέλο. Αλλιώς, ο πελάτης δεν έχει άλλες δυνατότητες από το να γίνει εξαρτητικά συγκαταβατικός ή αμυντικά επιθετικός.

Δηλώσεις κυριότητας : Υπάρχουν περιπτώσεις που ο ειδικός πρέπει να εκφράσει την κρίση του για τη συμπεριφορά του πελάτη ειδικά όταν αυτός βρίσκεται σε κίνδυνο να προκαλέσει βλάβη στον εαυτό του/της ή σε άλλους. Για παράδειγμα, όταν ένας πελάτης σε κρίση κάνει απειλητικές κινήσεις βιαιοπραγίας προς τη σύντροφό του, ο σύμβουλος θα μπορούσε να κάνει μία δήλωση κυριότητας του τύπου «πιστεύω ότι

δεν θα ήταν προς όφελός σου να το κάνεις αυτό και δε θα σου έδινε πίσω αυτό που θέλεις δηλαδή, τη σύντροφό σου. Σ'αυτήν την περίπτωση, θα έπρεπε να καλέσω την αστυνομία για να βεβαιωθώ ότι θα είστε και οι δύο ασφαλείς». Ωστόσο, το να χρησιμοποιεί ο σύμβουλος δηλώσεις κυριότητας δεν σημαίνει να κάνει αξιολογικές εκτιμήσεις για τον χαρακτήρα του πελάτη, γιατί τέτοιου είδους δηλώσεις είναι υποτιμητικές και κατά κανέναν τρόπο δε βοηθούν το να αλλάξει συμπεριφορά. Τέλος, επειδή η παρέμβαση στην κρίση συχνά απαιτεί από τον ειδικό να αναλάβει τον έλεγχο της κατάστασης, αιτήματα για συμμόρφωση με τη μορφή δηλώσεων κυριότητας είναι συχνά πολύ καθοδηγητικά και συγκεκριμένα. Αυτές οι δηλώσεις κυριότητας γνωστές και ως κατηγορηματικές δηλώσεις, ζητούν με ξεκάθαρο και προσδιορισμένο τρόπο από τον πελάτη να προβεί σε μια συγκεκριμένη πράξη. Για παράδειγμα, «Θέλω να δεσμευτείς σε μένα και στον εαυτό σου ότι θα μείνεις μακριά της για την επόμενη εβδομάδα».

Δηλώσεις αδυναμίας : Πολλοί ειδικοί, ιδιαίτερα οι αρχάριοι, τείνουν στο να μην δείχνουν κάποιες ενδεχόμενες ατέλειες ή αδυναμίες τους στην αντιμετώπιση της κατάστασης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι πελάτες να μην εμπιστεύονται ή αντίθετα να τείνουν να εξαρτώνται. Αν προσποιηθούμε ότι καταλαβαίνουμε ενώ στην ουσία νιώθουμε μπερδεμένοι, το άτομο που μας ακούει θα μπερδευτεί διπλά. Εάν αντίθετα είμαστε πρόθυμοι να αναλάβουμε την κυριότητα για τη σύγχυση και προσπαθήσουμε να τη διαλύσουμε, ενισχύουμε την εμπιστοσύνη του πελάτη. Με τον τρόπο αυτό, τόσο ο πελάτης όσο και ο σύμβουλος μπορούν να μειώσουν την ανάγκη να προσποιούνται ή να παριστάνουν ότι καταλαβαίνουν ο ένας τον άλλο και να αρχίσουν έτσι να βλέπουν πιο καθαρά που μπερδεύεται η επικοινωνία. Επίσης, πελάτης μπορεί να αρχίσει να εμπλέκεται ενεργά με το σύμβουλο σε μια προσπάθεια να δουλέψουν μαζί πάνω στο πρόβλημα.

Δηλώσεις Κατανόησης : Οι πελάτες σε κρίση συχνά νιώθουν ότι κανείς δεν καταλαβαίνει τι περνούν. Η φράση «Καταλαβαίνω ότι» είναι μια δήλωση κυριότητας που ξεκάθαρα επικοινωνεί στον άτομο σε κρίση ότι ο σύμβουλος καταλαβαίνει ότι αυτό που περνάει αυτή τη στιγμή του προκαλεί οδύνη. Αυτό δεν σημαίνει ότι ο σύμβουλος καταλαβαίνει τι περνάει το άτομο που βιώνει την κρίση, γιατί κάτι τέτοιο δε μπορεί να ισχύει. Ως σύμβουλος δεν μπορώ να καταλάβω πως είναι να έχεις προστάτη ή καρκίνο του μαστού. Μπορώ να κατανοήσω το φόβο και την αγωνία που στο παρόν φαίνεται να νιώθει ο πελάτης που βιώνει την κρίση και αυτό να το αναγνωρίσω. Η δήλωση «Καταλαβαίνω ότι» συχνά χρειάζεται να επαναληφθεί γιατί το άτομο μπορεί να είναι τόσο αναστατωμένο ή εκτός επαφής με την πραγματικότητα που την πρώτη φορά δεν ακούει αυτό που λέγεται.

Θετική Ενίσχυση : Όταν ένας πελάτης επιτυγχάνει κάποιο στόχο είναι σκόπιμο να το εντοπίζουμε και να το λέμε. Ωστόσο, τέτοιες θετικά ενισχυτικές δηλώσεις θα πρέπει πάντοτε να χρησιμοποιούνται αναφερόμενες σε μια συμπεριφορά, και όχι σε κάποιο προσωπικό χαρακτηριστικό. Η θετική ενίσχυση χρησιμοποιείται αρκετά στην παρέμβαση στην κρίση για να αποκτήσουμε τη συμμόρφωση του πελάτη. Πολλές φορές το να προχωρήσουμε με μικρά βήματα στο να κάνουμε τον πελάτη να ηρεμήσει ή να πάψει να επιδίδεται σε μια επικίνδυνη συμπεριφορά συνδέεται με τη θετική ενίσχυση

Ενσυναίσθηση

Επικοινωνία της Ενσυναίσθησης : Σύμφωνα με το Rogers (1977), ο πιο αποτελεσματικός βοηθός είναι εκείνος που μπορεί να παρέχει τρεις αναγκαίες και επαρκείς συνθήκες για την ανάπτυξη του πελάτη. Αυτές είναι η ενσυναίσθηση, η γνησιότητα και η αποδοχή. Ο σύμβουλος μπορεί να δημιουργήσει κλίμα ενσυναίσθησης όταν αισθάνεται με ακρίβεια τα εσωτερικά συναισθήματα και σκέψεις που βιώνει ο πελάτης και ευθέως επικοινωνεί στον πελάτη την κατανόησή του γι' αυτά. Η συνθήκη της γνησιότητας (συχνά με τον όρο διαφάνεια ή αυθεντικότητα), σημαίνει ότι ο σύμβουλος είναι απόλυτα ανοιχτός στη σχέση: τίποτα δεν είναι κρυμμένο, δεν υπάρχουν προσωπεία ή επαγγελματικές βιτρίνες. Εάν ο σύμβουλος είναι φανερά ανοιχτός και πρόθυμος να είναι ολόκληρος ο εαυτός του/της στη σχέση, ο πελάτης ενθαρρύνεται να ανταποδώσει. Ο όρος αποδοχή σημαίνει ότι ο σύμβουλος νιώθει ανεπιφύλακτο θετικό ενδιαφέρον για τον πελάτη. Αποδέχεται και νοιάζεται για τον πελάτη χωρίς να περιμένει ότι εκείνος/η απαραίτητα θα ανταποδώσει. Η συνθήκη της αποδοχής παρέχεται όχι για κάποιον άλλο λόγο αλλά γιατί ο πελάτης είναι ένα ανθρώπινο ον σε ανάγκη. Εάν αυτές οι συνθήκες, της ενσυναίσθησης, γνησιότητας, και αποδοχής μπορούν να παρασχεθούν στον πελάτη-εδώ μιλώντας για το άτομο που βρίσκεται σε κρίση-, τότε η πιθανότητα αυτός/η να προχωρήσει προς μια κατεύθυνση που βιώνει ως εποικοδομητική αυξάνεται. Παρακάτω θα περιγράψουμε τη χρήση της ενσυναίσθησης στην παρέμβαση στην κρίση εστιάζοντας στις σημαντικότερες διαστάσεις, όπως την παρακολούθηση, τη

λεκτική επικοινωνία της ενσυναισθητικής κατανόησης, τη μη λεκτική επικοινωνία της ενσυναισθητικής κατανόησης, τη σιωπή, και την αντανάκλαση των συναισθημάτων.

Παρακολούθηση : Το πρώτο βήμα στην ενεργητική ακρόαση έχει λιγότερο να κάνει με λόγια και περισσότερο με το βλέμμα, τη συμπεριφορά και την προσοχή. Συνήθως, ο πελάτης στις πρώτες συμβουλευτικές ή θεραπευτικές συνεδρίες, εισέρχεται με κάποια αγωνία που πηγάζει από την ίδια τη θεραπεία/συμβουλευτική με πρόσθετο το στρες που προκλήθηκε από την κρίση. Σε κρίσιμες καταστάσεις, αυτού του είδους η αγωνία αυξάνεται κατά περίπτωση. Ντροπή, ενοχή, οργή και λύπη δεν είναι παρά ορισμένα από τα συναισθήματα που μπορεί να εκδηλωθούν. Τέτοια συναισθήματα μπορεί να είναι κραυγαλέα και αχαλίνωτα ή λεπτά και μεταμφιεσμένα. Οποιαδήποτε σχήμα ή μορφή παίρνουν ο απρόσεχτος σύμβουλος μπορεί να χάσει το μήνυμα που ο πελάτης επιχειρεί να μεταφέρει. Ακόμη χειρότερα, μια μη προσεκτική στάση υπονοεί έλλειψη ενδιαφέροντος από μέρους του συμβούλου και δε βοηθάει στην εγκαθίδρυση μιας σχέσης εμπιστοσύνης. Ο αποτελεσματικός σύμβουλος εστιάζει με όλη του την προσοχή στον πελάτη, στην έκφραση του προσώπου και στη στάση του σώματος. Γνέφοντας, κρατώντας βλεμματική επαφή, χαμογελώντας, δείχνοντας την κατάλληλη σοβαρότητα στην έκφραση, γέροντας ελαφρώς προς τα εμπρός, διατηρώντας μια ανοιχτή στάση και καθήμενος ή στεκόμενος κοντά στον πελάτη χωρίς να εισβάλλει στο χώρο του, ο σύμβουλος μεταφέρει μια αίσθηση εμπλοκής, ενδιαφέροντος, δέσμευσης και εμπιστοσύνης. Ο τόνος της φωνής, το ύφος, το ύψος και ο χρωματισμός και η ομαλότητα του λόγου λένε πολλά στον πελάτη σχετικά με το πόσο προσεκτικά παρακολουθεί ο σύμβουλος. Παρατηρώντας τις λεκτικές και μη λεκτικές αποκρίσεις του, ο σύμβουλος μπορεί γρήγορα να πει εάν εγκαθιδρύει μια ενσυναισθητική σχέση ή διογκώνει τα συναισθήματα δυσπιστίας, φόβου και αβεβαιότητας του πελάτη σχετικά με την διάθεσή του να εμπλακεί στη σχέση. Η προσεκτική παρακολούθηση είναι μια στάση και ταυτόχρονα μια δεξιότητα. Είναι μια στάση με την έννοια ότι ο σύμβουλος εστιάζει πλήρως στο άτομο στο «εδώ και τώρα», παραμερίζοντας τις δικές του ανησυχίες. Είναι μια δεξιότητα με την έννοια ότι να καταφέρνει να επικοινωνήσει την προσοχή του χρειάζεται εξάσκηση. Είναι εξίσου ανάρμοστο για το σύμβουλο να δείχνει υπερβολικά ανήσυχος και να κάθεται πολύ κοντά στον πελάτη όσο και το να κάθεται πίσω με σταυρωμένα χέρια και πόδια και ψυχρό βλέμμα. Η συνολική στάση του συμβούλου θα πρέπει να είναι σε συμφωνία με το λεκτικό μήνυμα της άμεσης αποδοχής και διάθεσης να βοηθήσει τον πελάτη. Συνοπτικά επομένως η προσεκτική παρακολούθηση είναι μη επιβλητική, φυσική, χωρίς προσποίηση. Είναι μια απαραίτητη προϋπόθεση για αποτελεσματική ακρόαση.

Λεκτική επικοινωνία της Ενσυναισθητικής Κατανόησης: Όταν ο σύμβουλος μπορεί να ακούσει με ακρίβεια και να κατανοήσει τα κύρια συναισθήματα που νιώθει το άτομο και στη συνέχεια με ακρίβεια και νοιάξιμο να επικοινωνήσει αυτή την κατανόηση, τότε επιδεικνύει αποτελεσματική ακρόαση. Όσο βαθύτερο το επίπεδο της κατανόησης τόσο πιο βοηθητικός είναι ένας σύμβουλος στους πελάτες του. Η αντανάκλαση συναισθημάτων είναι ένα ισχυρό εργαλείο για να φτάσουμε σε παραμερισμένα ή απωθημένα συναισθήματα. Συνήθως στη θεραπεία, διαρκώς επιδιώκουμε να δουλεύουμε με το συναίσθημα λόγω της αντίστασης του πελάτη να ασχοληθεί με απειλητικά και αγνοημένα συναισθήματα. Ωστόσο, στην παρέμβαση στην κρίση η εστίαση στα συναισθήματα δεν είναι πάντοτε η καλύτερη θεραπευτική τακτική. Ένας πελάτης που ήδη αξιολογείται με 8,9, ή 10 στην Συναισθηματική Υποκλίμακα του τριαδικού συστήματος αξιολόγησης δεν χρειάζεται έναν ειδικό που να προσπαθεί να εκμαιεύσει ακόμη περισσότερα συναισθήματα. Η αποτελεσματική επικοινωνία της ενσυναισθητικής κατανόησης σημαίνει την εστίαση στα συναισθηματικά και γνωστικά μηνύματα που έχει εκφράσει ο πελάτης. Ο ειδικός ασχολείται άμεσα με τις ανησυχίες του πελάτη και δεν αλλάζει κατεύθυνση μιλώντας για τις ανησυχίες του ή για κάποιο άσχετο πρόσωπο ή γεγονός.

Μη λεκτική επικοινωνία της Ενσυναισθητικής Κατανόησης: Η ενσυναισθητική κατανόηση είναι κάτι περισσότερο από τη σύλληψη και την αντανάκλαση των λεκτικών μηνυμάτων. Περιλαμβάνει το να αισθάνεσαι και να αντανακλάς με ακρίβεια όλες τις μη λεκτικές ενδείξεις, τα μηνύματα και τις συμπεριφορές του πελάτη. Τέτοια μη λεκτικά μηνύματα εκπέμπονται με διάφορους τρόπους. Η στάση και η κίνηση του σώματος, χειρονομίες, γκριμάτσες, τόνος φωνής, κινήσεις ματιών, χεριών και ποδιών, καθώς και άλλες σωματικές ενδείξεις θα πρέπει να παρατηρούνται προσεκτικά από το σύμβουλο. Μέσα από διάφορα μηνύματα οι πελάτες μπορεί να μεταδίδουν συναισθήματα όπως θυμό, φόβο, σύγχυση, απόρριψη, συναισθηματικό στρες, και απελπισία. Αυτό που χρειάζεται να προσέξει ο ειδικός είναι εάν τα μη λεκτικά μηνύματα είναι συμβατά με τα λεκτικά μηνύματα του πελάτη. Ένα κομμάτι της ενσυναισθητικής κατανόησης είναι η επικοινωνία αυτής της ασυμβατότητας στον πελάτη ο οποίος μπορεί να μην είναι συνειδητά ενήμερος για τη διαφορά. Η μη λεκτική επικοινωνία αφορά όμως και τα μηνύματα που εκπέμπει ο σύμβουλος, αφού όλες οι δυναμικές της γλώσσας του σώματος που αφορούν τον πελάτη, ισχύουν και για το σύμβουλο. Σίγουρα δεν θα ήταν καθόλου βοηθητικό εάν τα λόγια του λένε «Καταλαβαίνω ακριβώς τι νιώθεις», αλλά το σώμα του λέει «Δε με νοιάζει» ή

«Πλήττω» ή « Δεν μπορώ να συγκεντρωθώ» Η φωνή, η στάση- ακόμη και η διαρρύθμιση του γραφείου και το περιβάλλον –πρέπει να λένε στον πελάτη:» Είμαι απόλυτα συντονισμένος στον κόσμο σου για όση ώρα βρίσκεσαι μαζί μου. Θέλω να προσφέρω όλη τη νοητική και ψυχική μου ενέργεια για να καταλάβω τις ανησυχίες σου όσο είσαι εδώ και τίποτε δεν θα με αποσπάσει. Εάν με τη γλώσσα του σώματος ο σύμβουλος μπορεί να επικοινωνήσει αυτά τα μηνύματα έτσι ώστε να γίνουν κατανοητά από τον πελάτη, τότε θα έχει αποτελεσματικά επικοινωνήσει την ενσυναίσθησή του στον πελάτη μη λεκτικά, και θα έχει καλύτερες πιθανότητες να είναι βοηθητικός.

Σιωπή : Οι αρχάριοι σύμβουλοι συχνά αισθάνονται την ανάγκη να γεμίζουν κάθε κενό ή διακοπή στο διάλογο θεωρώντας ότι διαφορετικά δε θα έκαναν σωστά τη δουλειά τους. Η σιωπή είναι χρυσός. Οι πελάτες χρειάζονται χρόνο να σκεφτούν. Έτσι, ένας καταϊγισμός ερωτήσεων ή ένας μονόλογος από πλευράς του συμβούλου λέει πιο πολλά για την ανασφάλεια του ίδιου στην κατάσταση παρά βοηθάει στην επίλυση της κρίσης. Η σιωπή δίνει χρόνο στον πελάτη να σκεφτεί και την ίδια στιγμή- στο σύμβουλο. Στην πραγματικότητα, σε τέτοιες στιγμές, η εκφορά λόγου από το σύμβουλο μπορεί να είναι οχληρή ίσως και ανεπιθύμητη. Παραμένοντας σιωπηλός αλλά παρακολουθώντας προσεκτικά τον πελάτη μπορεί να μεταδώσει βαθιά, ενσυναίσθητική κατανόηση. Με μη λεκτικό τρόπο επικοινωνεί το μήνυμα: «Κατανούω ότι είναι δύσκολο αλλά πιστεύω ότι μπορείς να το χειριστείς. Ωστόσο είμαι εδώ αν με χρειαστείς». Πολλές φορές επίσης, αντιδρώντας άμεσα στα λεγόμενα του πελάτη ο σύμβουλος μπορεί να δώσει μια όχι ιδιαίτερα βοηθητική απόκριση. Το να πάρει λίγο χρόνο για να επεξεργαστεί το περιεχόμενο και το συναίσθημα των λόγων του πελάτη τον καθιστά ικανό να διατυπώσει μια απόκριση που είναι πιο πιθανό να είναι στοχευμένη και βοηθητική.

Επικοινωνωνία της Αυθεντικότητας : Σύμφωνα με το Rogers (1977), είναι σημαντικό το να μη βάζει ο σύμβουλος ψεύτικα προσωπεία αλλά να είναι ο εαυτός του στη σχέση και να επικοινωνεί αυτό που είναι ο εαυτός του στον πελάτη. Το να είναι κανείς έντιμος και ειλικρινής σημαίνει να είναι αυθεντικός, δηλαδή ότι η ενημερότητα του συμβούλου για τον εαυτό, τα συναισθήματα και την εμπειρία του είναι ελεύθερα και ανεπιφύλακτα διαθέσιμα και επικοινωνήσιμα, όταν αυτό αρμόζει κατά τη διάρκεια της παρέμβασης σε μια κρίση. Ο σύμβουλος θα πρέπει να δηλώνει την κυριότητα των συναισθημάτων του, να χρησιμοποιεί εγω-δηλώσεις και να εστιάζει στις ανησυχίες του πελάτη χωρίς να επιτρέπει την εστίαση σε περιφερειακά θέματα ή σε δικές του αμυντικές αποκρίσεις. Τέτοιες δηλώσεις επιτρέπουν στο σύμβουλο να διατηρήσει την

ακεραιότητά του, να αντιμετωπίσει την εχθρικότητα του πελάτη χωρίς να γίνει ο ίδιος εχθρικός, και να εμπνέει μια ατμόσφαιρα ασφάλειας και εμπιστοσύνης όπου ο πελάτης νιώθει ότι είναι εντάξει να εκφράζει συναισθήματα θυμού και να εξακολουθεί να είναι αποδεκτός από το σύμβουλο. Ταυτόχρονα, ο σύμβουλος ακολουθεί και είναι συνεπής με τη θεραπευτική του προσέγγιση χωρίς να είναι τρομοκρατημένος από τον πελάτη ή αμυντικός μαζί του/της.

Ο Egan (1986) έχει εντοπίσει τα βασικότερα συστατικά της αυθεντικότητας που θα ήταν βοηθητικά στον αρχάριο σύμβουλο στην κρίση:

Δεν υποδύεται κάποιο ρόλο. Ο σύμβουλος είναι γνήσιος στη ζωή του όπως και στη θεραπευτική σχέση και είναι αυθεντικός στον τρόπο που βιώνει και επικοινωνεί τα συναισθήματά του.

Είναι αυθόρμητος. Επικοινωνεί ελεύθερα, χωρίς διαρκώς να κρίνει αυτό που θα πει. Η συμπεριφορά του βασίζεται σε ένα συναίσθημα αυτο-πεποίθησης.

Δεν είναι αμυντικός. Είναι ανοιχτός σε αρνητικές ακόμη και εχθρικές εκφράσεις του πελάτη χωρίς να νιώθει επιθετικός ή αμυντικός. Ο σύμβουλος που είναι γνήσιος αντιλαμβάνεται τέτοιου είδους αρνητικές εκφράσεις να αφορούν περισσότερο τον πελάτη παρά τον ίδιο και προσπαθεί να διευκολύνει τη διερεύνησή τους παρά να αμυνθεί εναντίον τους.

Μοιράζεται τον εαυτό του. Όταν αρμόζει στην κατάσταση, ο σύμβουλος που είναι γνήσιος μπορεί να προβαίνουν σε αυτο-αποκάλυψη, επιτρέποντας στους άλλους να τους γνωρίσουν μέσα από τη λεκτική και μη λεκτική έκφραση των συναισθημάτων του.

Επικοινωνία της Αποδοχής : Ο σύμβουλος στην κρίση θα πρέπει να είναι ικανός να νοιαστεί και να αποδεχτεί πλήρως το άτομο σε κρίση ακόμη και αν λέει πράγματα, κάνει πράγματα ή βιώνει καταστάσεις που είναι αντίθετες με τις προσωπικές πεποιθήσεις ή αξίες του επαγγελματία. Επίσης, να βάλει στην άκρη τις δικές του επιθυμίες, αξίες και ανάγκες και δεν απαιτεί από τον πελάτη να αποκριθεί με έναν συγκεκριμένο τρόπο ως προϋπόθεση για να έχει την πλήρη αποδοχή του. Ακόμη και όταν ο πελάτης επιμένει να προβάλλει στο σύμβουλο αρνητικές εκτιμήσεις ή αντιλήψεις, ο τελευταίος δεν χρειάζεται να μείνει σ' αυτές. Εάν πραγματικά μπορεί να έχει ανεπιφύλακτη αποδοχή για τον πελάτη, δεν θα έχει την ανάγκη να αρνηθεί, να αμυνθεί ή να αποκλίνει από τα αληθινά του συναισθήματα. Εάν ο ειδικός δείχνει ενδιαφέρον και τήρηση στον πελάτη, άσχετα

από την κατάσταση ή το επίπεδό του, είναι πολύ πιο πιθανό ο πελάτης να αρχίσει να αποδέχεται και να τιμά τον εαυτό του.

Διευκολυντική Ακρόαση: Η ενεργητική ακρόαση είναι σημαντική στην παρέμβαση στην κρίση. Με τον όρο ακρόαση αναφερόμαστε γενικά σε ένα σύνολο συμπεριφορικών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων που συζητήθηκαν νωρίτερα. Ο σύμβουλος λειτουργεί με διευκολυντικό τρόπο όταν αφουγκράζεται την τρέχουσα ετοιμότητα του πελάτη να έλθει σε συναισθηματική και/ή σωματική επαφή με άλλους. Η τέχνη του να ακούς μπορεί να διευκολύνει τον πελάτη να προχωρήσει όταν είναι συναισθηματικά κολλημένος. Η ενεργητική ακρόασης δεν λειτουργεί με αποσπασματικό ή μηχανικό τρόπο. Απαιτεί ικανότητα, εξάσκηση, έναν ακροατή συναισθηματικά ασφαλή, καθώς και σωματική και συναισθηματική αντοχή εκ μέρους του ακροατή. Ακολουθούν κάποιες σημαντικές υποχρεώσεις του συμβούλου στον τομέα της ενεργητικής ακρόασης:

Κάνει κάποιες αρχικές δηλώσεις κυριότητας που εκφράζουν ακριβώς αυτό που πρόκειται να κάνει.

Αποκρίνεται με τρόπους που επιτρέπουν στον πελάτη να γνωρίζει ότι ο πρώτος ακούει με ακρίβεια και τα γεγονότα και την συναισθηματική κατάσταση από όπου πηγάζουν τα λεγόμενα του πελάτη. Εδώ αναζητούμε και τις συναισθηματικές διαστάσεις και το περιεχόμενο του προβλήματος. Ο σύμβουλος συνδυάζει το δίλημμα και τα συναισθήματα χρησιμοποιώντας αναδιατύπωση και αντανάκλαση.

Διευκολύνει τον τρόπο απόκρισης. Παρέχει θετική ώθηση στον πελάτη για να αποκτήσει μια σαφέστερη κατανόηση των συναισθημάτων, εσωτερικών κινήτρων και επιλογών του/της. Οι διευκολυντικές αποκρίσεις βοηθούν τον πελάτη να αισθανθεί αισιοδοξία και να νιώσει μια διάθεση να αρχίσει να προχωράει μπροστά, προς την επίλυση της κατάστασης και μακριά από τον κεντρικό πυρήνα της κρίσης. Σιγά σιγά οι πελάτες γίνονται ικανοί να δούν την κρίση με περισσότερο ρεαλισμό ή ορθολογισμό, κάτι που άμεσα τους δίνει μια αίσθηση ελέγχου. Εδώ ο σύμβουλος στοχεύει στην ανάληψη δράσης.

Στηρίζει τον πελάτη να κατανοήσει τον πλήρη αντίκτυπο της κρίσιμης κατάστασης στη ζωή του. Μια τέτοια κατανόηση επιτρέπει στους πελάτες να γίνουν πιο αντικειμενικοί, εξωτερικοί παρατηρητές της κρίσης και να

επανεστιάσουν σ'αυτή με λογικό τρόπο αντί να παραμένουν προσκολλημένοι στο δικό τους εσωτερικό πλαίσιο αναφοράς και στις προκαταλήψεις του.

Μορφή παρεχόμενης συμβουλευτικής

Ένα από τα πρώτα πράγματα που πρέπει να καθορίσει ο ειδικός είναι ποιο γεγονός επέσπευσε την κρίση. Τι έφερε την ανισορροπία; Η απάντηση μπορεί να μην είναι ξεκάθαρη μέσα στην περίπλοκη και ασυνάρτητη ιστορία του πελάτη. Ο ειδικός επομένως ίσως χρειαστεί στην αρχή της συνέντευξης να ρωτήσει «Ποιο συγκεκριμένο γεγονός σε έκανε σήμερα να αναζητήσεις βοήθεια;» Όταν φανεί το κύριο γεγονός που επέσπευσε την κρίση, θα αποτελέσει πιθανότατα το κύριο σημείο εστίασης με τον πελάτη. Κατά τη διάρκεια των τριών τελικών βημάτων (εξέταση εναλλακτικών, σχεδιασμός βημάτων δράσης, απόκτηση δέσμευσης) ο ειδικός μπορεί να λειτουργήσει κυρίως με έναν από τους εξής τρόπους: μη κατευθυντικά, συνεργατικά ή κατευθυντικά.

Μη Κατευθυντική Συμβουλευτική : Αν ο πελάτης είναι ικανός να ξεκινήσει και να φέρει εις πέρας τα δικά του βήματα δράσης είναι προτιμότερο να εφαρμόζεται μια μη κατευθυντική συμβουλευτική προσέγγιση. Μολονότι ο στόχος μας θα πρέπει να είναι ο πελάτης να είναι αυτός που έχει τον έλεγχο όσο το δυνατόν περισσότερο, στο αρχικό στάδιο παρέμβασης σπάνια μπορούμε να είμαστε μη κατευθυντικοί λόγω της σοβαρότητας των αντιδράσεων του πελάτη στην κρίση (συναισθηματικός, γνωστικός, συμπεριφορικός τομέας). Ο ειδικός χρησιμοποιώντας ενεργητική ακρόαση και ανοιχτές ερωτήσεις προσπαθεί να βοηθήσει το άτομο να ξεκαθαρίσει τι θέλει να κάνει και να εξετάσει τις διαθέσιμες επιλογές. Ορισμένες πιθανές ερωτήσεις είναι: «Τι θα ήθελες να έχει συμβεί;» «Τι θα γίνει εάν επιλέξεις να γίνει αυτό;», «Ποιοι άνθρωποι είναι διαθέσιμοι που θα μπορούσαν και θα σε βοηθούσαν σ'αυτό;», «Τι έκανες στο παρελθόν σε ανάλογες περιπτώσεις που να σε βοήθησε;»

Συνεργατική Συμβουλευτική : Ο ειδικός δεν θα πρέπει να ηγείται, να χειρίζεται ή να ελέγχει. Όπως το πρόβλημα είναι του πελάτη έτσι και οι μηχανισμοί αντιμετώπισης, το σχέδιο, η εκτέλεση του, η δέσμευση και τα αποτελέσματα ανήκουν στον πελάτη. Ο ειδικός είναι ένα πρόσωπο υποστήριξης που μπορεί να ακούει, να ενθαρρύνει, να σκέφτεται, να ενισχύει και να προτείνει. Η μη κατευθυντική

συμβουλευτική έχει σκοπό να κινητοποιήσει στο άτομο αυτό που ήδη υπάρχει μέσα του-τη δυνατότητα, την ικανότητα και τη δύναμη να λύνει τα προβλήματά του με τρόπους που του είναι ήδη γνωστοί αλλά είναι προσωρινά μη προσβάσιμοι από το ίδιο. Η συνεργατική προσέγγιση επιτρέπει στον ειδικό να χτίσει μια πραγματική συνεργασία με τον πελάτη, στην εκτίμηση του προβλήματος, στην παραγωγή αποδεκτών εναλλακτικών, και στην εφαρμογή ρεαλιστικών τρόπων δράσης. Όταν η αξιολόγηση δείχνει ότι ο πελάτης δεν μπορεί να λειτουργήσει επιτυχώς σε έναν μη κατευθυντικό τρόπο αλλά έχει αρκετή κινητικότητα ώστε να συνεργαστεί κατά τη διαδικασία παρέμβασης στην κρίση, τότε ο σύμβουλος είναι συνεργατικός στον ανάλογο βαθμό. Όταν ένα άτομο στην τριαδική κλίμακα αξιολόγησης συγκεντρώνει βαθμολογία από 8 έως 16 περίπου, μπορούμε συνήθως να λειτουργήσουμε με τον συνεργατικό τρόπο. Η μη κατευθυντική προσέγγιση είναι μια προσέγγιση του «εσύ», ενώ η συνεργατική είναι μια προσέγγιση του «εμείς». Ο συνεργατικός πελάτης συμμετέχει πλήρως στην αναγνώριση του προβλήματος, στην εξέταση των εναλλακτικών, στο σχεδιασμό των βημάτων δράσης, και στην απόφαση να δεσμευτεί στην εφαρμογή ενός ρεαλιστικού σχεδίου. Δεν είναι τόσο αυτόνομος και αυτοστηριζόμενος όσο ο πελάτης που έχει πλήρη κινητικότητα αλλά το εγώ του διαθέτει αρκετή δύναμη ώστε να συμμετέχει στην επίλυση του προβλήματος. Ο ρόλος του ειδικού είναι να χρησιμεύσει ως προσωρινός καταλύτης, σύμβουλος, διευκολυντής και πρόσωπο υποστήριξης. Ένα παράδειγμα δήλωσης του συμβούλου στα πλαίσια μιας συνεργατικής προσέγγισης: «Έχεις αρκετά πράγματα να κάνεις αλλά ακούγεσαι κάπως μπερδεμένος σχετικά με το από πού να ξεκινήσεις. Μπορούμε να σκεφτούμε και να κάνουμε μαζί με λίστα προτεραιοτήτων;»

Κατευθυντική Συμβουλευτική : Η Κατευθυντική Συμβουλευτική είναι απαραίτητη όταν το άτομο σε κρίση αξιολογείται ως πολύ ακινητοποιημένο για να αντιμετωπίσει την τρέχουσα κρίση. Μια βαθμολογία από 17-20+ στην τριαδική κλίμακα αξιολόγησης συνήθως απαιτεί αρκετή κατευθυντικότητα από μέρος του συμβούλου. Είναι αυτός που κυρίως θα ορίσει το πρόβλημα, θα αναζητήσει τις εναλλακτικές, θα αναπτύξει ένα κατάλληλο σχέδιο και θα δώσει τις απαραίτητες οδηγίες και θα κατευθύνει τον πελάτη στη δράση. Η κατευθυντική συμβουλευτική είναι μια προσέγγιση του «εγώ». Χρησιμοποιώντας μια πολύ κατευθυντική στάση, ο σύμβουλος αναλαμβάνει προσωρινά τον έλεγχο, την εξουσία, και την ευθύνη της κατάστασης. Υπάρχουν πολλοί τύποι ακινητοποιημένων πελατών: πελάτες που χρειάζονται άμεση νοσηλεία λόγω χρήσης χημικών ουσιών ή οργανικής δυσλειτουργίας, πελάτες που υποφέρουν από τόσο βαριά κατάθλιψη που δεν μπορούν να λειτουργήσουν, πελάτες που βιώνουν οξύ ψυχωτικό επεισόδιο, πελάτες που υποφέρουν από οξύ σοκ, πένθος ή

απώλεια, πελάτες των οποίων το επίπεδο άγχους είναι προσωρινά τόσο υψηλό που δεν μπορούν να λειτουργήσουν έως ότου το άγχος υποχωρήσει, πελάτες που για οποιοδήποτε λόγο είναι εκτός επαφής με την πραγματικότητα, πελάτες που στον τρέχοντα χρόνο αποτελούν κίνδυνο για τον εαυτό τους και τους άλλους. Αυτοί έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για αυτοκτονική ή ανθρωποκτονική συμπεριφορά από ότι εκείνοι που είναι έτοιμοι να ανταποκριθούν σε μια συνεργατική ή μη κατευθυντική συμβουλευτική προσέγγιση. Ο σύμβουλος θα πρέπει να είναι ικανός να κάνει μια όσο το δυνατόν πιο ακριβή και αντικειμενική αξιολόγηση του επιπέδου κινητικότητας του πελάτη.

Στρατηγικές Δράσης

Αναγνώριση της Διαφορετικότητας: Ο σύμβουλος θα πρέπει να βλέπει και να αποκρίνεται σε κάθε άτομο και κάθε κρίσιμη περίπτωση ως μοναδική, πράγμα που ακόμη και για έμπειρους συμβούλους δεν είναι πάντα εύκολο. Κάτω από την πίεση του χρόνου και της εξάντλησης, και πολλές φορές παρασυρμένοι από υπερβολική αυτοπεποίθηση στις ικανότητές τους, οι σύμβουλοι είναι συνηθισμένο να κατηγοριοποιούν πελάτες και προβλήματα και να παρέχουν έτοιμες λύσεις και απαντήσεις. Μια τέτοια αντιμετώπιση είναι πιθανό να κοστίζει πολύ περισσότερο στο σύμβουλο και τον πελάτη μακροπρόθεσμα, σε σχέση με το χρόνο και την ενέργεια που εξοικονομείται πρόσκαιρα. Όταν ο σύμβουλος λειτουργεί έχοντας στερεότυπα, βάζοντας ετικέτες και θεωρώντας ως δεδομένη οποιαδήποτε πλευρά της παρέμβασης στην κρίση είναι βέβαιο ότι θα πέσει σε παγίδες.

Αυτοαξιολόγηση: Η διαρκής αυτο-ανάλυση από μέρους του συμβούλου είναι υποχρεωτική. Κάθε στιγμή, ο σύμβουλος θα πρέπει να έχει πλήρη και ρεαλιστική ενημερότητα των δικών του αξιών, περιορισμών, της φυσικής και συναισθηματικής του κατάστασης, και της προσωπικής του ετοιμότητας να ασχοληθεί με αντικειμενικό τρόπο με τον πελάτη και την παρούσα κρίση. Αν για οποιοδήποτε λόγο, ο σύμβουλος δεν είναι έτοιμος ή ικανός να αναλάβει την κρίση ή τον πελάτη, θα πρέπει άμεσα να λειτουργήσει παραπεμπτικά.

Ενδιαφέρον για την Ασφάλεια : Η στάση, οι επιλογές και οι στρατηγικές του συμβούλου θα πρέπει να αντανakλούν το ενδιαφέρον του για την σωματική και συναισθηματική ασφάλεια του πελάτη καθώς και όποιων άλλων εμπλέκονται στην

κρίση. Το θέμα της ασφάλειας αφορά επίσης την ασφάλεια του ίδιου του συμβούλου καθώς και τις ηθικές, νομικές, και επαγγελματικές προϋποθέσεις που επιβάλλονται από την άσκηση της συμβουλευτικής. Οι καλύτερες στρατηγικές και τακτικές παρέμβασης είναι άχρηστες εάν φεύγοντας από το σύμβουλο το άτομο βγει έξω και βλάψει τον εαυτό του ή άλλα πρόσωπα. Ο χρυσός κανόνας είναι: «Όταν αμφιβάλλεις για την ασφάλεια του πελάτη, αναζήτησε βοήθεια». Η προϋπόθεση της ασφάλειας μπορεί να σημαίνει ότι απαιτείται κατάλληλη παραπemptική παρέμβαση, συμπεριλαμβανομένης της άμεσης εισαγωγής στο νοσοκομείο.

Παροχή Υποστήριξης: Ο σύμβουλος θα πρέπει να είναι διαθέσιμος ως πρόσωπο υποστήριξης κατά τη διάρκεια της κρίσιμης περιόδου. Οι πελάτες μπορεί να χρειαστούν βοήθεια για να αναπτύξουν μια λίστα πιθανών προσώπων υποστήριξης, αλλά εάν δεν βρεθεί κάποιο κατάλληλο άτομο υποστήριξης, ο σύμβουλος μπορεί να χρησιμεύσει ως το πρωταρχικό πρόσωπο υποστήριξης μέχρι να τελειώσει η κρίση. Με ανθρώπους οι οποίοι είναι ιδιαίτερα μόνοι και στερημένοι υποστηρικτικών πόρων θα πρέπει να χρησιμοποιείται μια θερμή, ενσυναισθητική και κατηγορηματική συμβουλευτική προσέγγιση.

Ορισμός του Προβλήματος: Πολλοί πελάτες έχουν περίπλοκα και πολλαπλά προβλήματα. Ο σύμβουλος θα πρέπει να βεβαιωθεί ότι το κάθε πρόβλημα είναι ορισμένο με σαφήνεια και ακρίβεια από μια πρακτική σκοπιά επίλυσης προβλημάτων. Πολλοί πελάτες ορίζουν την κρίση ως το πρόβλημα κάποιου άλλου ή ως κάποιο εξωτερικό γεγονός ή κατάσταση που έχει συμβεί. Είναι αντιπαραγωγικό να προσπαθήσουμε να λύσουμε την κρίση κάποιου τρίτου ατόμου (που δεν είναι παρόν). Ως σύμβουλος, επισήμανε το πρόβλημα του πελάτη με το γεγονός ή την κατάσταση και διατήρησε την εστίαση στο κεντρικό ζήτημα που τον ανησυχεί. Επίσης προσπάθησε να ανάγεις τα πολλαπλά προβλήματα σε ένα άμεσο, επιλύσιμο πρόβλημα και να συγκεντρωθείς πρώτα σε αυτό. Με πολλή προσοχή και επιμονή ο σύμβουλος θα πρέπει να αποφύγει να παρασυρθεί εκτός θέματος από ορισμένους έντονα συναισθηματικούς ή αμυντικούς πελάτες με δύσκολα προβλήματα.

Εξέταση Εναλλακτικών: Στις περισσότερες προβληματικές καταστάσεις ο αριθμός των εναλλακτικών είναι άπειρος. Όμως οι άνθρωποι σε κρίση (και ορισμένες φορές οι σύμβουλοι) δε βλέπουν παρά ένα περιορισμένο αριθμό από τις πολλές διαθέσιμες επιλογές. Χρησιμοποιώντας ανοιχτές ερωτήσεις, προσπάθησε να εξάγεις το μέγιστο αριθμό επιλογών από τον πελάτη. Μετά πρόσθεσε τη δική σου λίστα πιθανών επιλογών. Για παράδειγμα: « Έχω την αίσθηση ότι θα βοηθούσε αν μπορούσες να έλθεις σε επαφή με έναν εργασιακό σύμβουλο. Τι λές για αυτό;» Η εξέταση, ανάλυση

και συγκέντρωση των εναλλακτικών είναι μια διαδικασία που θα πρέπει να γίνεται με τη μεγαλύτερη δυνατή συνεργασία συμβούλου-πελάτη. Οι καλύτερες εναλλακτικές είναι αυτές που το άτομο σε κρίση μπορεί να οικειοποιηθεί. Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή από μέρους του συμβούλου προκειμένου να αποφύγει να επιβάλλει τις εναλλακτικές του στον πελάτη. Οι επιλογές θα πρέπει να είναι εφικτές και ρεαλιστικές.

Θα πρέπει να αντιπροσωπεύουν το βαθμό δράσης που το άτομο μπορεί να αναλάβει στην τρέχουσα φάση -ούτε πάρα πολύ, ούτε πολύ λίγο. Συνήθως ο πελάτης θα εκφράσει την πρόθεσή του να προβεί σε μια εναλλακτική με λέξεις όπως: «Θα ήθελα να του τηλεφωνήσω σήμερα». Αντίστοιχα οι λέξεις που χρησιμοποιεί ο σύμβουλος υποδηλώνουν ορισμένες φορές την πρόθεσή του να επιβάλλει τις εναλλακτικές του στον πελάτη, κάτι το οποίο χρειάζεται να προσέχουμε, π.χ φράσεις όπως: «Πρέπει να πας στο γραφείο του και μάλιστα τώρα αμέσως». Ένα σημαντικό κομμάτι κατά την εξέταση των εναλλακτικών είναι να διερευνήσουμε μαζί με τον πελάτη τι επιλογές λειτούργησαν στο παρελθόν σε καταστάσεις σαν τη συγκεκριμένη.

Σχεδιασμός Βημάτων Δράσης: Στην παρέμβαση στην κρίση ο σύμβουλος επιχειρεί να υποστηρίξει τον πελάτη να αναπτύξει ένα βραχυπρόσθεμο σχέδιο που θα τον βοηθήσει να βγει από την άμεση κρίση καθώς και να κάνει τη μετάβαση στην πιο μακροπρόθεσμη αντιμετώπιση της κρίσης. Το σχέδιο θα πρέπει να περιλαμβάνει τους εσωτερικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης του πελάτη όπως επίσης και τις πηγές βοήθειας στο περιβάλλον. Οι μηχανισμοί αντιμετώπισης αφορούν συνήθως σε κάποια συγκεκριμένα, θετική, εποικοδομητική ενέργεια που ο πελάτης μπορεί να κάνει για να επανακτήσει καλύτερο έλεγχο της ζωής του. Προτιμούνται ενέργειες που περιλαμβάνουν κάποια μορφή φυσικής κίνησης. Το σχέδιο θα πρέπει να είναι ρεαλιστικό σε σχέση με την τρέχουσα συναισθηματική ετοιμότητα και την περιβαλλοντική υποστήριξη. Μπορεί να περιλαμβάνει συνεργασία με το σύμβουλο μέχρις ότου το άτομο να μπορεί να λειτουργήσει ανεξάρτητα. Ο αποτελεσματικός σύμβουλος είναι ευαίσθητος στην ανάγκη του πελάτη να λειτουργήσει αυτόνομα αμέσως μόλις αυτό είναι εφικτό.

Χρησιμοποίηση της Δύναμης του Πελάτη: Στην παρέμβαση στην κρίση είναι σημαντικό να μην παραβλέπουμε τις δυνάμεις και τους μηχανισμούς αντιμετώπισης του ίδιου του πελάτη. Συχνά τα κρίσιμα γεγονότα προσωρινά παραλύουν τις συνήθεις στρατηγικές αντιμετώπισης και δυνάμεις του ατόμου. Εάν μπορούν να αναγνωριστούν, να διερευνηθούν, και να επαναδιατυπωθούν μπορεί να συντελέσουν

σε πολύ μεγάλο βαθμό στην αποκατάσταση της ισορροπίας και στον καθυσυχασμό του πελάτη.

Άμεσες Ανάγκες του Πελάτη: Οι πελάτες σε κρίση χρειάζονται να ξέρουν ότι ο σύμβουλος κατανοεί και δίνει προσοχή στις άμεσες ανάγκες τους. Εάν για παράδειγμα το άτομο είναι και νιώθει πολύ μόνο, ο σύμβουλος θα μπορούσε να προσπαθήσει να κανονίσει για αυτό το άτομο να είναι με κάποιον. Ο πελάτης μπορεί να χρειάζεται να έλθει σε επαφή με συγγενείς, φίλους, συνεργάτες ή παλιότερους φίλους. Ή να χρειάζεται ραντεβού για follow-up, ή παραπομπή σε κάποιον άλλο σύμβουλο, ή υπηρεσία. Ή μπορεί απλώς να χρειάζεται να ακουστεί-να αποφορτιστεί σχετικά με μια απώλεια, μια απογοήτευση ή κάποιο ιδιαίτερα επώδυνο γεγονός.

Χρησιμοποίηση Πηγών Παραπομπής: Ένα αναπόσπαστο κομμάτι της παρέμβασης στην κρίση είναι η χρήση πηγών παραπομπής. Είναι αναγκαίο να υπάρχει διαθέσιμη μια έτοιμη λίστα με ονόματα, αριθμούς τηλεφώνου και επαφών. Είναι επίσης σημαντικό ο σύμβουλος να αναπτύξει τη δεξιότητα να κάνει παραπομπές καθώς και να δουλεύει με μια ευρεία ποικιλία παραπεμπτικών υπηρεσιών. Πολλοί πελάτες χρειάζεται να παραπεμπθούν νωρίς για να έλθουν σε επαφή με πηγές βοήθειας αναφορικά με οικονομικά θέματα, κοινωνική βοήθεια, νομική στήριξη, μακρόχρονη ψυχοθεραπεία, οικογενειακή θεραπεία, κατάχρηση ουσιών ή άλλα προσωπικά θέματα.

Έχουμε συνθέσει με λίστα με προτάσεις και υποδείξεις που βρήκαμε ότι είναι χρήσιμες όταν δουλεύεις με μια ποικιλία υπηρεσιών.

- Έχετε μια εύχρηστη λίστα με τις υπηρεσίες που χρησιμοποιούνται συχνά. Να ενημερώνετε τακτικά για τις αλλαγές του προσωπικού.
- Σε περιοχές όπου εκδίδεται κατάλογος ανθρώπινων υπηρεσιών, έχετε διαθέσιμη την πιο πρόσφατη έκδοση.
- Καλλιεργήστε μια σχέση συνεργασίας με ανθρώπους-κλειδιά στις υπηρεσίες που χρησιμοποιείτε συχνά.
- Αναφέρετε το όνομά σας, την υπηρεσία σας και το σκοπό σας, όταν τηλεφωνείτε.
- Φροντίστε να γνωρίζετε τις γραμματείς και ρεσεψιονίστ με το όνομά τους και χρησιμοποιήστε το όταν καλείτε. Φερθείτε τους ισότιμα, με σεβασμό, και αξιοπρέπεια.
- Κάντε follow up στις παραπομπές που κάνετε

- Μην υποθέτετε ότι όλοι οι πελάτες έχουν τη δεξιότητα να πάρουν τις υπηρεσίες που χρειάζονται. Να είστε προετοιμασμένοι να βοηθήσετε τον πελάτη να αποφύγει το πήγαινε –έλα από τη μια υπηρεσία στην άλλη και την άσκοπη γραφειοκρατία.
- Όταν αυτό είναι απαραίτητο, ίσως χρειαστεί να πάτε μαζί με τον πελάτη στην υπηρεσία παραπομπής για να βοηθήσετε και να διασφαλίσετε την αποτελεσματική επικοινωνία του πελάτη με την υπηρεσία.
- Να είστε ευαίσθητοι στις ανάγκες του πελάτη σχετικά με τον τρόπο μετακίνησης και τη φροντίδα των παιδιών.
- Αποστείλετε ευχαριστήρια μηνύματα (με αντίγραφα στους προϊσταμένους τους) σε πρόσωπα που ήταν ιδιαίτερα βοηθητικά σε εσάς και τους πελάτες σας.
- Μην κριτικάρετε ή σχολιάζετε συναδέλφους επαγγελματίες ή τις υπηρεσίες που αντιπροσωπεύουν.
- Κρατάτε ακριβή αρχεία σχετικά με τις παραπομπές που κάνετε.
- Θυμηθείτε ότι η αστυνομία και η πυροσβεστική υπηρεσία είναι επίσης πηγές παραπομπής.
- Γνωρίζετε το ωράριο, τις βασικές υπηρεσίες, τον τρόπο λειτουργίας συχνά χρησιμοποιούμενων υπηρεσιών.
- Να είστε ενήμερος για υπηρεσίες που ο πελάτης ήδη χρησιμοποιεί.
- Χρησιμοποιείτε ευγένεια και δεξιότητες καλής επικοινωνίας όταν έρχεστε σε επαφή με το προσωπικό της υπηρεσίας. Βάλτε τον εαυτό σας στη θέση τους και φερθείτε όπως θα θέλατε να σας φερθούν.
- Δώστε στις υπηρεσίες ανατροφοδότηση για το πώς τα πήγαν και αποκτήστε ανατροφοδότηση κι εσείς από εκείνους.
- Μην περιμένετε τελειότητα από άλλες υπηρεσίες.
- Να είστε προσεκτικοί για έκπτωση των αντιληπτικών λειτουργιών στους πελάτες, ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους, και να τις γνωστοποιείτε στις υπηρεσίες παραπομπής.
- Αν ο πελάτης μπορεί, είναι προτιμότερο να κάνει ο ίδιος το τηλεφώνημα (καθώς έτσι δημιουργείται ένας σύνδεσμος μεταξύ του ίδιου και της υπηρεσίας).
- Αν η υπηρεσία παρέχει κάποιο δοκιμαστικό σεμινάριο προσανατολισμού (orientation session), ζητήστε να το παρακολουθήσετε.
- Να είστε ειλικρινείς στην επικοινωνία σας με τις υπηρεσίες σε ό,τι αφορά την κατάσταση ή τις ανάγκες των πελατών.

- Εξασφαλίστε την άδεια του πελάτη πριν τον παραπέμψετε.
- Παρατηρήστε τους κανόνες εχεμύθειας και διαφύλαξης των προσωπικών στοιχείων αναφορικά με όλους τους πελάτες και τους συναδέλφους επαγγελματίες.

Αναπτύξτε και Χρησιμοποιήστε Δίκτυα: Η ανάπτυξη και χρησιμοποίηση πηγών παραπομπής είναι μια λειτουργία που ονομάζεται δικτύωση (networking), (Haywood & Leuthe, 1980). Δικτύωση, σημαίνει να έχουμε και να χρησιμοποιούμε προσωπικές επαφές μέσα σε μια ποικιλία υπηρεσιών, που άμεσα επηρεάζουν την ικανότητά μας να βοηθήσουμε τους πελάτες μας αποτελεσματικά. Παρόλο που κάθε πρόσωπο στο δίκτυο μας είναι μια πηγή παραπομπής είναι η σχέση που έχουμε με το άτομο που το ορίζει ως δίκτυο. Οι αποτελεσματικοί ειδικοί στην κρίση δεν μπορούν να κάθονται πίσω από ένα γραφείο και να περιμένουν τη βοήθεια να έλθει αλλά πρέπει να βγουν έξω στην κοινότητα και να γνωρίσουν προσωπικά τα πρόσωπα-κλειδιά που μπορούν να παρέχουν τις υπηρεσίες που χρειάζονται οι πελάτες τους. Μια προσωπική σχέση βασισμένη στην κατανόηση και την εμπιστοσύνη ανάμεσα στον ειδικό και τους ανθρώπους του δικτύου είναι ανεκτίμητη καθώς βοηθάει τον ειδικό να ξεπεράσει εμπόδια όπως η γραφειοκρατία, να έχει άμεση βοήθεια και εξατομικευμένες υπηρεσίες που διαφορετικά πιθανό να μην ήταν διαθέσιμες.

Ως ειδικοί στην κρίση, δεν λειτουργούμε μόνοι αλλά είμαστε αλληλοεξαρτώμενοι. Η δικτύωση μας βοηθάει να κατανέμουμε τις ευθύνες ανάμεσα στους ειδικούς των βοηθητικών επαγγελμαμάτων, με την ευρύτερη έννοια: δικηγόροι, δικαστές, κληρικούς, σχολικοί σύμβουλοι, κρατικές και τοπικές κοινωνικές υπηρεσίες, ιατροί, αστυνομία και πολιτικοί αρχηγοί, μπορεί όλοι να παίξουν πολύ σημαντικό ρόλο στη διαδικασία της δικτύωσης. Η ανάπτυξη και η χρήση της αποτελεσματικής δικτύωσης είναι απαραίτητες λειτουργίες του επιτυχημένου ειδικού στην κρίση.

Απόκτηση Δέσμευσης: Ένα ζωτικό μέρος της παρέμβασης στην κρίση είναι η απόσπαση δέσμευσης από τον πελάτη ότι θα ακολουθήσει και θα εκτελέσει την ενέργεια ή τις ενέργειες που σχεδιάστηκαν. Στο σημείο αυτό ο σύμβουλος θα πρέπει να ζητήσει από τον πελάτη να συνοψίσει λεκτικά τα βήματα που έχει να κάνει. Η λεκτική περίληψη βοηθάει τον ειδικό να καταλάβει πώς ο πελάτης αντιλαμβάνεται τόσο το πρόβλημα όσο και τη δέσμευση και αποτελεί μια ευκαιρία να ξεκαθαριστούν οι όποιες διαστρεβλώσεις. Το βήμα της δέσμευσης μπορεί ακόμη να χρησιμεύσει ως μια κινητοποιητική υπενθύμιση στον πελάτη καθώς και

να τον ενθαρρύνει και να τον προδιαθέσει να πιστέψει ότι οι ενέργειές του θα έχουν αποτέλεσμα. Χωρίς μια συγκεκριμένη και θετική δέσμευση από μέρους του πελάτη ακόμη και τα καλύτερα σχέδια είναι πιθανό μην επιτύχουν τους στόχους επάνω στους οποίους έχουν δουλέψει πελάτης και ειδικός.

Τα προσόντα του ειδικού

Εμπειρίες ζωής : Ένα πλούσιο και ποικίλο παρελθόν εμπειριών ζωής χρησιμεύει ως πηγή συναισθηματικής ωριμότητας, που σε συνδυασμό με την εκπαίδευση, καθιστούν τον επαγγελματία ικανό να είναι σταθερός, συνεπής, και σε εσωτερική αρμονία όχι μόνο όταν βρίσκεται μέσα στην κρίση αλλά και στην καθημερινή του ζωή. Βέβαια, από μόνες τους οι εμπειρίες ζωής δεν επαρκούν για να γίνει κανείς ειδικός στην κρίση και μπορούν να είναι αποδυναμωτικές εάν συνεχίζουν να επηρεάζουν τον επαγγελματία με αρνητικούς τρόπους. Πρόκειται για ένα ζήτημα κεντρικό στον τομέα της παρέμβασης στην κρίση καθώς πολλά άτομα που εργάζονται σ' αυτόν (εθελοντές, υποστηρικτικό προσωπικό και επαγγελματίες) είναι προϊόντα του δικού τους προσωπικού περιβάλλοντος κρίσης. Έχουν επιλέξει να εργάζονται με ανθρώπους που βιώνουν το ίδιο είδος κρίσης που έχουν περάσει και οι ίδιοι, χρησιμοποιώντας την εμπειρία τους ως εργαλείο στη δουλειά τους με τους άλλους. Για παράδειγμα, πρώην χρήστες μπορεί να εργάζονται σε μονάδες απεξάρτησης από το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά, κακοποιημένες γυναίκες σε κέντρα κατά της βίας και της κακοποίησης κ.ο.κ. Αυτοί οι επαγγελματίες είχαν οι ίδιοι την εμπειρία του τραύματος που βιώνουν οι πελάτες τους. Το ερώτημα είναι αν αυτό τους κάνει πιο ευάλωτους σε σχέση με άλλους ειδικούς που δεν έχουν υποφέρει τον ίδιο πόνο; Με βεβαιότητα απαντούμε πως ναι; Διότι το άτομο το οποίο μεταφέρει τις δικές του συναισθηματικές «αποσκευές» στη σχέση βοήθειας μπορεί να είναι ακόμη λιγότερο αποτελεσματικό από το άτομο που είχε λίγες ή και καθόλου εμπειρίες ζωής. Αυτοί οι επαγγελματίες κοινωνικών υπηρεσιών μπορεί να έχουν τεράστιες δυσκολίες γιατί αναμειγνύουν πολλά από τα δικά τους προβλήματα με εκείνα των πελατών τους. Τα συναισθήματά τους εναλλάσσονται μεταξύ συμπάθειας, θυμού, απογοήτευσης, και κυνισμού, με επιζήμια αποτελέσματα τόσο για τους ίδιους όσο και για τους πελάτες τους.

Δεν πιστεύουμε ότι οι επαγγελματίες που ασχολούνται με τον τομέα της κρίσης θα πρέπει να έχουν ζήσει μια αντίστοιχη κατάσταση για να είναι ικανοί να κατανοήσουν και να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά την κρίση του άτομο σε κρίση.

Πιστεύουμε ότι εκείνοι οι οποίοι έχουν με επιτυχία ξεπεράσει ορισμένα από τα προβλήματα της ζωής και τα έχουν βάλει σε κάποια προοπτική θα έχουν αποθέματα ωριμότητας, αισιοδοξίας, και σθένους που θα τους βοηθήσουν να επιτάξουν τα ψυχολογικά μέσα που διαθέτουν για να βοηθήσουν τους πελάτες τους. Δεν προτείνουμε ότι οι άνθρωποι που δεν έχουν μια ποικιλία εμπειριών ζωής θα έπρεπε ενεργητικά να επιδιώξουν να ζήσουν μια τραυματική κατάσταση ως μέσο ωρίμανσης που θα τους έκανε αποτελεσματικούς επαγγελματίες.

Χρειάζεται ακόμη να επιστήσουμε την προσοχή ως προς το ότι η εκπαίδευση μέσα από την εμπειρική δουλειά, στο συγκεκριμένο τομέα είναι ένας πολύ κοπιαστικός και επίπονος δρόμος, ιδιαίτερα για κάποιον που έχει ζήσει μια προστατευμένη, περιορισμένη ζωή και αποφασίζει με κίνητρο το συγκαλυμμένο ιδεαλισμό να διορθώσει τα προβλήματα του κόσμου. Αυτή η «ροζ χρωματισμένη» άποψη δεν αποδίδει γενικά για τους πελάτες και μπορεί να κάνει υπολογίσιμη ζημιά στους συμβούλους κρίσεων καθώς μέσα από τις καλές τους προθέσεις χαράζουν το δρόμο προς την επαγγελματική εξουθένωση. Θα προσθέσουμε εδώ ότι η χρονολογική ηλικία έχει μικρή σχέση με το να έχει κάποιος εμπειρίες ζωής-προσωπικής ανάπτυξης και μια διευρυμένη, πιο ελαστική θεώρηση. Υπάρχουν άνθρωποι που ποικίλουν ηλικιακά από 21- 65 ετών οι οποίοι συναισθηματικά βρίσκονται στην εφηβεία. Εάν βρεθούν απειλούμενοι από κατά πρόσωπο συνάντηση με τον πραγματικό κόσμο, μπορεί να χαρακτηρίζονται από ακαμψία, στενότητα πνεύματος, και ανασφάλεια. Ο ιδανικός επαγγελματίας στον τομέα της κρίσης είναι κάποιος που έχει βιώσει τη ζωή, έχει μάθει και έχει αναπτυχθεί από τις εμπειρίες του, και υποστηρίζει αυτές τις εμπειρίες στη δουλειά του/της μέσα από ενδεδειγμένη εκπαίδευση, γνώση και εποπτεία. Αυτό το άτομο αναζητά διαρκώς να συνθέτει όλες αυτές τις πλευρές στη θεραπευτική του/της παρέμβαση ειδικότερα και στην καθημερινή του ζωή γενικότερα.

Αυτοκυριαρχία : Η φύση της παρέμβασης στην κρίση είναι τέτοια που ο ειδικός έρχεται συχνά αντιμέτωπος με σοκαριστικό και απειλητικό υλικό από πελάτες που βρίσκονται εντελώς εκτός ελέγχου. Πιθανότατα η πιο σημαντική βοήθεια που μπορεί να παρέχει ο παρεμβαίνων σ'αυτή τη φάση είναι να παραμείνει ήρεμος, ψύχραιμος και να διατηρήσει τον έλεγχο. Η δημιουργία μιας σταθερής και λογικής ατμόσφαιρας παρέχει στο άτομο σε κρίση ένα μοντέλο που συντελεί στην αποκατάσταση της ισορροπίας στην κατάσταση. Η εφαρμογή τεχνικών χαλάρωσης είναι ένας τρόπος να παραμείνει κανείς ήρεμος σε τέτοιες έντονα φορτισμένες καταστάσεις, αλλά το πιο

σημαντικό είναι η πίστη ότι το άτομο μπορεί να βγει από την κρίση. Μέσα από διδακτικά παραδείγματα μπορούμε να παρέχουμε ένα μοντέλο υπομονής και κατανόησης με πελάτες σε κρίση. Εκείνο όμως που δεν διδάσκεται είναι η πίστη και η πεποίθηση στην ικανότητα του ατόμου σε κρίση να ξεπεράσει την κατάσταση. Αυτό το χαρακτηριστικό είναι που θα πρέπει να υπάρχει βαθιά μέσα στον επαγγελματία της παρέμβασης; πράγμα το οποίο δε γνωρίζουμε να υπάρχει εύκολος τρόπος να το διδάξουμε.

Δημιουργικότητα και Ευελιξία : Η δημιουργικότητα και η ευελιξία είναι κύρια πλεονεκτήματα σε εκείνους που έρχονται αντιμέτωποι με περίπλοκα και φαινομενικά ανεπίλυτα προβλήματα. Η εκπαίδευση του υποψήφιου συμβούλου σε μια ποικιλία δεξιοτήτων δεν είναι αρκετή για να εξασφαλίσει ότι ο σύμβουλος θα είναι ικανός να κάνει χρήση εκείνων των δεξιοτήτων που μπορούν να προσαρμοστούν στις ιδιαίτερες κάθε φορά ανάγκες του ατόμου σε κρίση. Η εξάσκηση μέσω διαλόγων (role-play) είναι ένα μέσο για την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης του συμβούλου, το πόσο δημιουργικό μπορεί να είναι ένα άτομο σε δύσκολες καταστάσεις εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το πόσο έχει καλλιεργήσει τη δημιουργικότητά του στην πορεία της ζωής του μέσα από την ανάληψη ρίσκων και την εξάσκηση αποκλίνουσας σκέψης.

Πολυ-πολιτισμική προσέγγιση : Η πολυπολιτισμική προοπτική στον τομέα της παρέμβασης στην κρίση είναι ένα πολύ σημαντικό στοιχείο στην ποικιλία των στάσεων και δεξιοτήτων που χρειάζεται να έχει ο ειδικός . Μη αναγνωρισμένες και χωρίς πρόθεση πολιτισμικές και φυλετικές πεποιθήσεις έχουν αδικαιολόγητες και καταστρεπτικές επιδράσεις στη σχέση βοηθού-ατόμου σε κρίση.

Ενέργεια και Αντοχή : Το να μπορεί να λειτουργήσει κανείς στις άγνωστες περιοχές που χαρακτηρίζουν την παρέμβαση στην κρίση απαιτεί ενέργεια, οργάνωση, καθοδήγηση, και συστηματική δράση. Η επαγγελματική εκπαίδευση μπορεί να παρέχει τις οργανωτικές κατευθύνσεις και αρχές για συστηματική δράση. Εκείνο όμως που δε μπορεί να παρέχει είναι την απαιτούμενη ενέργεια για την εκτέλεση αυτής της δουλειάς. Το κεφάλαιο που αναφέρεται στην επαγγελματική εξουθένωση σ'αυτό το βιβλίο περιγράφει πολλές από τις δυσκολίες αυτού του είδους που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες και προτείνει τρόπους ανύψωσης του ηθικού, αλλά το πόση ενέργεια διαθέτει κανείς είναι ένα θέμα που εξακολουθεί σε μεγάλο βαθμό να εξαρτάται από το ίδιο το άτομο. Το να νιώθει κανείς αρκετά καλά με τον εαυτό του ώστε να χειρίζεται περίπλοκα προβλήματα καθημερινά απαιτεί όχι μόνο μια αρχική επιθυμία να κάνει αυτή τη δουλειά αλλά και την ικανότητα να φροντίζει τις σωματικές

και ψυχολογικές του ανάγκες έτσι ώστε τα επίπεδα ενέργειάς του να παραμένουν υψηλά. Ένας επαγγελματίας στην κρίση πρέπει επίσης να είναι ανθεκτικός. Από τη φύση της η δουλειά με την κρίση έχει πολλές απογοητεύσεις όπου άσχετα με το πόσο ικανός ή πόσο δεσμευμένος είναι κανείς, άσχετα με το τι επιχειρήθηκε ή έγινε τελικά, η επιτυχία δεν επιτεύχθηκε. Οι σύμβουλοι κρίσεων θα πρέπει να έχουν δυνατότητα να ανακτούν το ηθικό τους μετά από αναποδιές, αποτυχίες, υποτροπές . Μ'αυτό το σκεπτικό δεν γίνονται μάρτυρες. Φροντίζουν τον εαυτό τους σωματικά και ψυχολογικά και κάνουν σοφή χρήση της διαθέσιμης ενέργειας.

Διανοητική Ευστροφία : Η δουλειά στον τομέα της κρίσης διαφέρει από την τυπική θεραπευτική παρέμβαση ως προς το ότι ο χρόνος είναι ένας κρίσιμος παράγοντας. Η παρέμβαση στην κρίση απαιτεί περισσότερη συμμετοχή και καθοδήγηση από ότι οι συνηθισμένες θεραπευτικές συναντήσεις. Η άνεση του χρόνου για να συλλογιστεί κανείς και να επεξεργαστεί τα προβλήματα σπάνια υπάρχει. Ο βοηθός πρέπει να έχει γρήγορα νοητικά αντανακλαστικά για να αντιμετωπίσει τα ζητήματα που διαρκώς προκύπτουν και αλλάζουν κατά την κρίση. Έτσι, εκείνος/η που δεν μπορεί να σκεφτεί γρήγορα και με ακρίβεια είναι βέβαιο ότι θα συναντήσει μεγάλη απογοήτευση και ματαίωση σ' αυτή τη δουλειά.

Δυνατότητα για Ανάπτυξη : Ο εργαζόμενος στην κρίση πρέπει να έχει το δυναμικό και την επιθυμία να αναπτύσσεται και να αλλάζει. Το πεδίο βρίσκεται σε διαρκή και γρήγορη αλλαγή, στη θεωρία και στην εφαρμογή του. Κάθε κρίση εμπεριέχει μια διαδικασία που οδηγεί στη δυνατότητα για εποικοδομητική αλλαγή, όχι μόνο για το άτομο σε κρίση αλλά και για το σύμβουλο. Η σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ βοηθού- ατόμου είναι αμοιβαία και είναι κάτι περισσότερο από το άθροισμα των μερών της. Ο σύμβουλος αλλάζει ως αποτέλεσμα κάθε επαφής με ένα άτομο σε κρίση. Η επιτυχής λύση της κρίσης δίνει ως αποτέλεσμα δύο προϊόντα: 1) βοηθάει το άτομο να ξεπεράσει την κρίση και 2) επιφέρει θετική αλλαγή στο βοηθό ως αποτέλεσμα της συνάντησης.

Άλλα Χαρακτηριστικά: Άλλα χαρακτηριστικά που έχουν εκτιμηθεί από αποτελεσματικούς επαγγελματίες στον τομέα της κρίσης ως μεγάλης σημασίας για τους ίδιους και για τους πελάτες τους είναι: επιμονή, ικανότητα να καθυστερούν το αίσθημα της ανταμοιβής, θάρρος, αισιοδοξία, ρεαλιστικό προσανατολισμό, ηρεμία κάτω από συνθήκες πίεσης, αντικειμενικότητα, μια δυνατή και θετική αυτοαντίληψη, και ισχυρή πίστη ότι τα ανθρώπινα όντα διαθέτουν δύναμη, αντοχή και δυνατότητα να υπερβαίνουν φαινομενικά απροσπέλαστα εμπόδια. Με όλα τα παραπάνω δεν θα θέλαμε να δώσουμε την εντύπωση ότι η είσοδος στον επαγγελματικό χώρο της

παρέμβασης στην κρίση περιορίζεται μόνο σε λιγοστούς υπερ-ανθρώπους. Οι περισσότεροι επαγγελματίες είμαστε, συχνά μπερδεμένοι, απογοητευμένοι, θυμωμένοι, φοβισμένοι, απειλημένοι, ανεπαρκείς, ανόητοι, αναστατωμένοι και συχνά αισθανόμαστε ότι δεν ανταποκρινόμαστε με επιτυχία στο έργο μας . Το ζητούμενο εξάλλου δεν είναι να είναι κανείς αλάνθαστος αλλά να διατηρεί την ικανότητα να μαθαίνει από το λάθος που κάνει την κάθε μέρα και να συνεχίζει από εκείνο το σημείο.

Βιβλιογραφικές πηγές

- Cormier, W.H. & Cormier, L.S (1991). Interviewing strategies for helpers: Fundamental skills and cognitive behavioral interventions (3rd ed.) Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Egan, G. (1986). The skilled helper: Models, skills, and methods for effective helping (4th ed.). Pacific Grove, C.A: Brooks/Cole.
- Ellis, A., & Abrahms, E. (1978). Brief psychotherapy in medical and health practice. New York: Springer.
- Haywood, C. & Leuthe, J. (1980, September). Crisis intervention in the 1980's : From networking to social influence. Paper presented at the annual convention of the American Psychological Association, Montreal, Canada.
- James R & Gilliland B. (2005) Crisis Intervention Strategies. Thomson Learning.
- Rogers, C.R. (1977). Carl Rogers on personal power: inner strength and its revolutionary impact. New York: Delacorte.

ΔΟΥΛΕΥΟΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

Νίκη Ζαφειροπούλου, Ψυχολόγος,

Σοφία Ροκκά, Ψυχολόγος

Απώλεια

Ψυχολογική κρίση μορφείνα προκαλέσει η κάθε μορφής απώλεια, με πλέον σημαντική το θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου. Σε αυτή τη μορφή απώλειας ο ψυχικός πόνος αλλά και ο σωματικός φαίνεται αφόρητος. Σχέδια και όνειρα γκρεμίζονται και μάλιστα βίαια και ξαφνικά, αν πρόκειται για ξαφνικό γεγονός. Όλη η καθημερινότητα αλλάζει και πρέπει το άτομο να προσαρμοστεί σε νέες συνθήκες, να μάθει να ζει με την απουσία και ίσως να ανακαλύψει στοιχεία του εαυτού του που δε γνώριζε μέχρι τότε, προκειμένου να βρει τη δύναμη να συνεχίσει. Άλλη μορφή απώλειας είναι το διαζύγιο ή μια παράλληλη σχέση σ' ένα γάμο. Τα δεδομένα και σε αυτή την περίπτωση αναπροσαρμόζονται και η αποκάλυψη της αλήθειας που τόσο καιρό αγνοούσε ο ένας από τους δύο συντρόφους ή δεν ήθελε να παραδεχτεί, οδηγεί σε σκληρή σύγκρουση κυρίως με τον εαυτό του. Η αίσθηση του χαμένου χρόνου και η μέχρι τότε στρεβλή αντίληψη της πραγματικότητας προκαλούν έντονη θλίψη και ντροπή, καθώς η ωραιοποιημένη εικόνα για την κοινή τους ζωή καταρρέει. Μια ακόμη μορφή απώλειας είναι να χάσει το άτομο απρόσμενα την κοινωνική του θέση εξαιτίας ατυχών συγκυριών ή παρεξηγήσεων, αν και σε αυτή την περίπτωση οι κοινωνικές συνθήκες και οι αξίες καθορίζουν αν το γεγονός αυτό θα προκαλέσει κρίση. Μια τέτοια κατάσταση έχει ως συνέπεια το άτομο να χάσει την αυτοεκτίμησή του, δυσκολεύοντας πιο πολύ την κατάσταση. Παρόμοια μορφή απώλειας αποτελεί και η απόλυση από την εργασία. Η αβεβαιότητα για το μέλλον και η αλλαγή της καθημερινής ζωής είναι βασικά στοιχεία που καλείται να αντιμετωπίσει το άτομο. Η απογοήτευση και η πίεση είναι εντονότερα όταν δεν υπάρχει ισορροπία στην επαγγελματική και προσωπική ζωή και αναδρομικά το άτομο ανακαλύπτει ότι είχε αφιερωθεί στη δουλειά του υποβαθμίζοντας τις συναισθηματικές του ανάγκες. Υπάρχουν και κρίσεις που δεν οφείλονται σε κάποιο τραγικό γεγονός. Μια μικρή αφορμή μπορεί να οδηγήσει σε κρίση, ανάλογα με τη δομή της προσωπικότητας και τις τρέχουσες συνθήκες. Πρόκειται για περιπτώσεις στις οποίες έχει συσσωρευτεί άγχος και όταν πια η πίεση είναι αφόρητη, ένα ασήμαντο γεγονός προκαλεί την «έκρηξη». Πολλές φορές ήπιες κρίσεις προκαλούνται ασυνείδητα από τα ίδια τα

άτομα με το να δοκιμάζουν τα όρια και τις αντοχές τους φθάνοντας στα άκρα ή επιλέγοντας λανθασμένους τρόπους αντιμετώπισης των δυσκολιών τους. Συχνά, ήπιες κρίσεις εκδηλώνονται στον εργασιακό χώρο, ειδικά στο χώρο της ψυχικής υγείας, εξαιτίας των υπερβολικών απαιτήσεων, της κούρασης και της έλλειψης συναδελφικού πνεύματος και αλληλεγγύης. Κάθε άνθρωπος όμως αντιδρά με διαφορετικό τρόπο σε μια ίδια κατάσταση.

Διαφορές βραχείας ψυχοθεραπείας και ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης στην κρίση

Η απόφαση στο να προχωρήσουμε σε βραχεία θεραπεία ή σε παρέμβαση κρίσης εξαρτάται από το πόσο έντονα το άτομο βλέπει το πρόβλημά του ως ανυπόφορο ή από το βαθμό συναισθηματικής ανισορροπίας που βιώνει. Όλοι οι άνθρωποι βιώνουν ψυχολογικό τραύμα κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Ούτε το στρες ούτε οι επείγουσες συνθήκες καθαυτές συνιστούν κρίση. Μόνο όταν το τραυματικό γεγονός γίνεται υποκειμενικά αντιληπτό ως απειλή στην εκπλήρωση αναγκών, την ασφάλεια ή το νόημα της ζωής, το άτομο εισέρχεται σε κατάσταση κρίσης. Μια κρίση συνοδεύεται από προσωρινή ανισορροπία και εμπεριέχει δυνατότητες για προσωπική ανάπτυξη. Η επίλυση της κρίσης μπορεί να οδηγήσει σε θετικά και εποικοδομητικά αποτελέσματα όπως ενίσχυση της ικανότητας του ατόμου να ανταπεξέρχεται και μείωση αρνητικών, δυσλειτουργικών συμπεριφορών αυτοματαίωσης.

Ενώ η θεωρία της βραχείας θεραπείας κανονικά επιχειρεί να επιδιορθώσει λίγο ή πολύ συνεχιζόμενα συναισθηματικά προβλήματα, η βασική θεωρία της κρίσης εστιάζει στο να βοηθήσει ανθρώπους σε κρίση να αναγνωρίσουν και να διορθώσουν προσωρινές συναισθηματικές, συμπεριφορικές και γνωστικές διαστρεβλώσεις που προκλήθηκαν από τραυματικά γεγονότα. Για παράδειγμα ένας νεαρός άνδρας που μετά τον τερματισμό μιας αισθηματικής σχέσης αισθάνεται ότι τελείωσε η ζωή του, νιώθει ανίκανος να προσπαθήσει ξανά, και αρχίζει να σκέφτεται την αυτοκτονία, μας δίνει μια σαφή ένδειξη για παρέμβαση στην κρίση. Δεν ισχύει το ίδιο για έναν άνδρα ο οποίος μετά τον τερματισμό μιας αισθηματικής σχέσης νιώθει απογοητευμένος, προβληματισμένος και δυσκολεύεται να γνωρίσει άλλους πιθανούς συντρόφους. Εδώ η κατάσταση υπαγορεύει μια βραχεία ή στοχευμένη στην επίλυση προβλημάτων θεραπεία όπου η έμφαση θα δινόταν στη διερεύνηση των εναλλακτικών επιλογών ή των αιτιών που οδηγούν στην αποτυχία και τη βελτίωση των κοινωνικών του δεξιοτήτων.

Διαφορές μακροχρόνιων ψυχοθεραπειών και θεραπευτικών παρεμβάσεων στην κρίση

Στη μακροχρόνια θεραπεία, ο προσδιορισμός των προβλημάτων, ο εντοπισμός των εναλλακτικών λύσεων και ο σχεδιασμός έχουν πολύ ευρύτερες βλέψεις και βασίζονται στην ανατροφοδότηση για τον έλεγχο της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης. Στην παρέμβαση στην κρίση, η διερεύνηση των προβλημάτων, ο εντοπισμός των εναλλακτικών λύσεων, ο σχεδιασμός και η δέσμευση σ' ένα σχέδιο συμπιέζονται πολύ περισσότερο χρονικά. Αυτό που στη μακροχρόνια θεραπεία μπορεί να προκύψει μάλλον αβίαστα σε μια περίοδο εβδομαδιαίων συνεδριών, στην παρέμβαση στην κρίση μπορεί να προκύψει μέσα σε μισή έως δύο ώρες. Ενώ τα πρωτόκολλα στις περιπτώσεις μακροχρόνιας θεραπείας ίσως είναι αρκετά ευέλικτα και επιτρέπουν δοκιμές πολλών διαφορετικών διαδικασιών, η παρέμβαση στην κρίση είναι πολύ πιο άκαμπτη και μπορεί να περιλαμβάνει καθορισμένες διαδικασίες για να φέρει το άτομο από την αδράνεια σε κατάσταση κινητοποίησης. Τέλος, η ανατροφοδότηση και η αποτίμηση στην παρέμβαση στην κρίση συνήθως γίνονται άμεσα, με έμφαση στις αλλαγές που έχουν γίνει τα προηγούμενα λεπτά και στο τι θα κάνει το άτομο τις επόμενες λίγες ώρες.

Ο πίνακας δείχνει σχηματικά τις αρχές και τη μεθοδολογία που διέπουν την μακροχρόνια θεραπεία σε αντιστοιχία με την παρέμβαση στην κρίση.

Μακροχρόνια θεραπεία	Χειρισμός περιπτώσεων κρίσης
Διάγνωση: Πλήρης διαγνωστική εκτίμηση.	Διάγνωση: Ταχεία εκτίμηση κρίσης.
Αντιμετώπιση: Εστίαση σε βασικές υποβόσκουσες αιτίες.	Αντιμετώπιση: Εστίαση στο άμεσο τραύμα του ατόμου.
Πλάνο: Εξατομικευμένο συνοπτικό πλάνο με κατεύθυνση προς την πραγματοποίηση μακροπρόθεσμων αναγκών.	Πλάνο: Ατομικό, συγκεκριμένο πλάνο για την εξάλειψη των συμπτωμάτων του προβλήματος.
Μέθοδοι: Γνώση τεχνικών ώστε να αποκτηθούν βραχυπρόθεσμα, μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα οφέλη.	Μέθοδοι: Γνώση των τεχνικών σύντομης θεραπείας για άμεσο έλεγχο του τραύματος.

Αξιολόγηση αποτελεσμάτων: Εκτίμηση συμπεριφοράς θεραπευτικών αποτελεσμάτων.	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων: Εκτίμηση συμπεριφοράς, με στόχο την επιστροφή του ατόμου στο προηγούμενο επίπεδο.
--	---

Ο πίνακας δείχνει τους στόχους της θεραπείας κατά τη μακροχρόνια θεραπεία, σε σύγκριση με τους χειρισμούς σε περιπτώσεις κρίσης

Μακροχρόνια Θεραπεία	Χειρισμός Περιπτώσεων Κρίσης
Προλαμβάνετε τα προβλήματα: Βασικός στόχος της θεραπείας. Χρησιμοποιείτε προληπτικές διαδικασίες όπου είναι δυνατό.	Διασαφηνίζετε το πρόβλημα: Ξεκαθαρίζετε τα ζητήματα που προκάλεσαν την κρίση.
Διορθώνετε τους αιτιολογικούς παράγοντες: Περιλαμβάνει αντιμετώπιση ευρέων ψυχολογικών και περιβαντολλογικών αιτών σε παρόν και παρελθόν.	Εξασφαλίζετε ασφάλεια στον πελάτη: Φροντίζετε για τη φυσική και την ψυχολογική ασφάλεια του ατόμου.
Παρέχετε συστηματική στήριξη: Μέτρα που κατευθύνονται προς τη βελτίωση της υγείας του ατόμου.	Παρέχετε στήριξη: Εξασφαλίζετε τις συνθήκες όπου το άτομο δεν θα φοβάται απειλή ή εγκατάλειψη.
Διευκολύνετε την ανάπτυξη: Η θεραπεία θα πρέπει να διευκολύνει μάλλον παρά να επεμβαίνει στις φυσικές περιβαντολλογικές και αναπτυξιακές διαδικασίες.	Εξετάζετε εναλλακτικές λύσεις: Βρίσκετε λύσεις για τη μείωση του κινδύνου σε σχέση με την κρίση.
Επιμορφώνετε: Η θεραπεία προσπαθεί να επιμορφώνει και να διδάσκει νέα μοντέλα δια βίου αντιμετώπισης.	Αναπτύσσετε ένα σχέδιο: Δημιουργείτε μια διαδικασία δραστηριοποίησης του ατόμου.
Εκφράζετε και διασαφηνίζετε συναισθηματικές συμπεριφορές: Μεγαλύτερη έμφαση δίνεται σε μεθόδους εξασφάλισης συναισθηματικής απελευθέρωσης και έκφρασης σε περιβάλλον αποδοχής.	Αποκτάτε δέσμευση: Κάνετε συμφωνία ως προς το συγκεκριμένο χρόνο ,τη διάρκεια και τον αριθμό των απαραίτητων δεδομένων για τη σταθεροποίηση του ατόμου.
Επιλύετε αντιπαραθέσεις και ασάθειες: Από ψυχαναλυτικής άποψης ,η θεραπεία επιδιώκει να βοηθήσει τον πελάτη να	

επιτύχει ενόραση μέσα στα αίτια και τις ρίζες της αντίδρασης.	
Αποδέχεστε την πραγματικότητα: Βοηθάτε τον πελάτη να αποδεχτεί το γεγονός, όταν δεν μπορεί να αλλάξει.	
Αναδιοργανώνετε τις αντιδράσεις: Ωθείτε το άτομο να επιδείξει μια πιο θετική άποψη για τη ζωή.	
Μεγιστοποιείτε τις διανοητικές πηγές: Βελτιώνετε τις λειτουργίες της αίσθησης ,της αντίληψης.	

Ο πίνακας δείχνει τον τρόπο που λειτουργεί ο θεραπευόμενος κατά τη μακροχρόνια θεραπεία, σε σύγκριση με την αντιμετώπιση σε περιπτώσεις κρίσης

Μακροχρόνια θεραπεία	Χειρισμός περιπτώσεων κρίσης
Ο πελάτης παρουσιάζει επαρκή προσποίηση. Δείχνει κάποια κατανόηση της συναισθηματικής του κατάστασης.	Μόνο ελάχιστη κατανόηση υπάρχει για τη συναισθηματική κατάστασή του.
Ο πελάτης φαίνεται να κατανοεί τη σχέση ανάμεσα στη συμπεριφορά και τις συνέπειες, ανάμεσα στο λογικό και στο παράλογο.	Γνωστικά , το άτομο συνήθως δείχνει ανικανότητα να σκεφτεί λογικά.
Υπάρχει κάποια ένδειξη ελέγχου της συμπεριφοράς.	Η συμπεριφορά του είναι εκτός ελέγχου.

Η αποτίμηση δεδομένων κατά τη μακροχρόνια θεραπεία και κατά την παρέμβαση στην κρίση.

Μακροχρόνια θεραπεία	Χειρισμός Περιπτώσεων Κρίσης
Δεδομένα εισαγωγής: Ο πελάτης είναι	Δεδομένα εισαγωγής: Ο πελάτης ίσως να

<p>αρκετά σταθερός ώστε να παράσχει βαθύ ιστορικό όσον αφορά στο πρόβλημα: μια εκτεταμένη φόρμα εισαγωγής μπορεί να περιέχει λεπτομέρειες για το πλήρες ιστορικό του πελάτη: οικογένεια ,ιατρικό ιστορικό ,χρήση ναρκωτικών ,μόρφωση ,θεραπείες ,κοινωνικό ιστορικό.</p>	<p>μην είναι σε θέση να συμπληρώσει την αίτηση εισαγωγής ,οπότε μια προφορική ή οπτική εκτίμηση μπορεί να είναι τα μόνα διαθέσιμα δεδομένα.</p>
<p>Ασφάλεια: Η ασφάλεια του πελάτη δεν είναι ο πρωταρχικός στόχος ,εκτός αν υπάρχουν ενδείξεις για άμεσο κίνδυνο του ίδιου ή άλλων.</p>	<p>Ασφάλεια: Η πρώτη υποχρέωση του λειτουργού κρίσης είναι η ασφάλεια του ατόμου και των άλλων: να καθορίσει κατά πόσον υπάρχουν τάσεις αυτοκτονίας ,δολοφονίας ή κινδύνου ή απειλής προς άλλους.</p>
<p>Χρόνος: Ο ειδικός έχει το χρόνο να συγκεντρώσει τα απαραίτητα δεδομένα που θα επιβεβαιώσουν ή θα διαψεύσουν το πρόβλημα. Η συνολική διάγνωση γίνεται πριν αρχίσει η θεραπεία και συγκεντρώνονται στοιχεία εκτίμησης της προσωπικότητας ώστε να συγκριθεί η λειτουργικότητα του πελάτη σε σχέση με κανόνες ή συνήθη παθολογικά μέτρα.</p>	<p>Χρόνος: Ο ειδικός δεν έχει το χρόνο για τυπικές διαδικασίες ,πρέπει να εκτιμά άμεσα τα στοιχεία που εκπέμπονται από τον πελάτη.</p>
<p>Έλεγχος πραγματικότητας: Ο ειδικός υποθέτει ότι ο πελάτης έχει επαφή με την πραγματικότητα ,εκτός αν υπάρχουν ενδείξεις για το αντίθετο.</p>	<p>Έλεγχος πραγματικότητας: Χρησιμοποιώντας απλές διαδικασίες ,ο ειδικός πρέπει να διαπιστώσει αν το άτομο έχει επαφή με την πραγματικότητα.</p>
<p>Σημεία αναφοράς: Μπορεί να είναι οικογενειακές υπηρεσίες ,κέντρα ψυχικής υγείας ,επιμορφωτική αρωγή και υπηρεσίες εύρεσης εργασίας.</p>	<p>Σημεία αναφοράς: Μπορεί να είναι: η αστυνομία ,αίθουσες επειγόντων νοσοκομείων ,ψυχιατρική ή ιατρική εκτίμηση.</p>
<p>Συμβουλευτική: Υπάρχουν διαθέσιμοι σύμβουλοι και άλλες πηγές αρωγής όποτε είναι απαραίτητο. Η συνεργασία συνήθως ξεκινάει μετά από συζήτηση με</p>	<p>Συμβουλευτική: Καλούνται επαγγελματίες σύμβουλοι ,που είναι εκπαιδευμένοι στη διάγνωση της παθολογίας.</p>

τον πελάτη και/ή τον επόπτη.	
Χρήση ναρκωτικών: Ο ειδικός βασίζεται στα στοιχεία εισαγωγής και σε περαιτέρω πληροφορίες κατά τη διάρκεια της θεραπείας, ώστε να επιβεβαιωθεί το επίπεδο και ο τύπος της φαρμακευτικής αγωγής ή της παράνομης χρήσης ναρκωτικών ή αλκοόλ.	Χρήση ναρκωτικών: Ο ειδικός κρίσης βασίζεται σε προφορικές και οπτικές ανταποκρίσεις για να εκτιμήσει το επίπεδο και το είδος των φαρμάκων ή της παράνομης χρήσης ναρκωτικών ή αλκοόλ.

Αυτοκαταγραφή συμπτωμάτων και υποβοηθούμενη αυτοβοήθεια

Ακολουθεί μια άσκηση που θα μπορούσε να δοθεί στον ασθενή σε κρίση:

Διαβάστε κάθε πρόταση και βαθμολογήστε από το 1 έως το 5, ως εξής:

1= Οπωσδήποτε όχι. Διαφωνώ κατηγορηματικά, 2= Όχι, δε συμφωνώ, 3= Δε με πολυνοιάζει, είτε έτσι είτε αλλιώς, 4= Ναι, συμφωνώ, 5= Οπωσδήποτε ναι, συμφωνώ. Όταν απαντήσετε στο ερωτηματολόγιο γράψτε κάπου τη βαθμολογία. Όταν θα έχετε ολοκληρώσει την ανάγνωση του βιβλίου, θα επαναλάβετε τις ερωτήσεις, για να εξετάσετε κατά πόσον έχει μεταβληθεί η στάση σας απέναντι σε μια κρίση.

1. Είναι πάντα καλύτερα ν' αποφεύγουμε μια κρίση, αν μπορούμε.
2. Συνήθως οι άνθρωποι προκαλούν οι ίδιοι τις κρίσεις που του συμβαίνουν.
3. Οι κρίσεις απλώς συμβαίνουν και δεν μπορούμε να κάνουμε τίποτα για να τις αποφύγουμε.
4. Ξεπερνάμε το θάνατο ενός συγγενικού προσώπου περίπου σε τρεις μήνες.
5. Όταν νιώθω μεγάλο εκνευρισμό, είναι καλύτερα να σκεφτώ κάτι άλλο.
6. Πάντα κάτι έχουμε να μάθουμε από μια κρίση.
7. Όταν κάποιος νιώθει μεγάλη αγωνία ή κατάθλιψη, δεν μπορεί να κάνει και πολλά για να βοηθήσει τον εαυτό του.
8. Αν κάποιος βιώνει τρομακτικές αναδρομές σ' ένα γεγονός που του προκάλεσε κρίση, αυτό σημαίνει ότι υποφέρει από μια δυσλειτουργία μετατραυματικού άγχους.
9. Γενικά οι επαγγελματίες λειτουργοί της υγείας ξέρουν πώς να χειρίζονται μια κρίση.

10. Μετά από ένα ψυχοπιεστικό γεγονός στη ζωή του ατόμου, υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες να του συμβεί ένα ατύχημα.
11. Η επαγγελματική βοήθεια χρειάζεται συνήθως, όταν κάποιος έχει περάσει μια εξαιρετικά αγχογόνο εμπειρία.
12. Μετά από τις περισσότερες κρίσεις είναι καλύτερα να επαναφέρουμε τα πράγματα στην κανονική τους κατάσταση όσο γίνεται πιο γρήγορα.
13. Το να δοθεί το σωστό είδος βοήθειας στη διάρκεια μιας κρίσης είναι απλώς θέμα τύχης
14. Η κρίση συμβαίνει όταν τα συναισθήματά μας μένουν ανεξέλεγκτα.

Ακολουθούν οι απαντήσεις:

1. Σχεδόν πάντα, αυτό όμως δεν είναι απόλυτο. Φυσικά, κάποιες κρίσεις δεν είναι δυνατόν να αποφευχθούν. Ίσως είναι καλύτερα να προγραμματίζει κανείς το μέλλον, ώστε να μην είναι απαραίτητο να συμβούν οι κρίσεις, όμως μερικές φορές μια ψυχολογική κρίση είναι αναγκαία, για να προβάλλει μια κρυφή επικοινωνία που αλλιώς θα παρεμποδιζόταν.
2. Συχνά γινόμαστε οι ακούσιοι αίτιοι των κρίσεων που μας συμβαίνουν, όμως οι κρίσεις είναι αναπόσπαστο μέρος της ανθρώπινης ζωής. Μερικές κρίσεις μπορούν να αποφευχθούν. Πολλές φορές προκαλούνται επειδή δε θέλουμε ν' αντιμετωπίσουμε κάτι δυσάρεστο. Άλλες κρίσεις είναι αποτέλεσμα περιστάσεων που βρίσκονται εκτός του δικού μας ελέγχου. Ωστόσο, εξαρτάται κατά πολύ από εμάς αν θα εντείνουμε ή θα επιλύσουμε την κρίση.
3. Όχι.
4. Όχι, πολύ περισσότερο για μια σοβαρή απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, αν η «ανάκαμψη» είναι η σωστή λέξη, αφού μιλάμε για μια σημαντική αλλαγή στον τρόπο ζωής, μια σοβαρή μετάβαση. Μια περίοδος δύο χρόνων είναι πιο ρεαλιστική γι' αυτό.
5. Και ναι και όχι. Μερικές φορές είναι χρήσιμο να στρέψουμε αλλού την προσοχή μας, αλλά μόνο για να μπορούμε ν' αντέξουμε τα συναισθήματά μας και όχι να τα απωθήσουμε. Τα συναισθήματα είναι πολύ έντονα και συχνά βοηθάει να τα εκφράσουμε σε κάποιον που θα μας ακούσει με κατανόηση.
6. Ναι.
7. Όχι. Μπορούν να κάνουν πολλά πράγματα, αν ξέρουν τι να κάνουν.

8. Όχι. Η δυσλειτουργία του μετατραυματικού άγχους έχει πολύ περισσότερα συμπτώματα από τις απλές διανοητικές αναδρομές, που είναι μια φυσιολογική αντίδραση στο άγχος.
9. Όχι απαραίτητα.
10. Ναι, πράγματι, ίσως εξαιτίας της ανησυχίας, της έλλειψης συγκέντρωσης, της κόπωσης και της έλλειψης σωματικής συνέργειας. Προσέξτε πολύ!
11. Όχι, τα περισσότερα γεγονότα, που προκαλούν πολύ έντονο άγχος, επιλύονται μέσα στο φυσικό κοινωνικό σύστημα υποστήριξης. Η επαγγελματική βοήθεια χρειάζεται μόνο όταν αυτό είναι ανεπαρκές.
12. Δεν νομίζω, αν η επιστροφή στο φυσιολογικό σημαίνει «ξέχνα το και σύνελθε». Οι άνθρωποι έχουν ανάγκη να διατηρήσουν ένα αρκετά μεγάλο μέρος των συνηθισμένων τους δραστηριοτήτων, για να έχουν ένα σταθερό περιβάλλον, αλλά αφήνουν περιθώριο για να επιλύσουν τις επιπτώσεις της κρίσης κι αυτό μπορεί να σημαίνει ότι τα πράγματα δε θα είναι «κανονικά» για αρκετό διάστημα. Η προσέγγιση του τύπου «επιστροφή στα συνηθισμένα» σημαίνει ότι το άτομο προσπαθεί να ξεπεράσει την κρίση και να επιστρέψει στην παλιά κατάσταση πραγμάτων –όμως η κρίση θα έπρεπε να οδηγήσει σε νέους ορίζοντες και κατά κάποιον τρόπο, σε αλλαγές στη ζωή.
13. Όχι, δεν είναι απλά θέμα τύχης. Πολλά εξαρτώνται από το κατά πόσον το άτομο αναζητά το κατάλληλο είδος βοήθειας απ' τους κατάλληλους ανθρώπους, την κατάλληλη στιγμή.
14. Όχι. Η κρίση δεν συμβαίνει μόνο γιατί χάνουμε τον έλεγχο των συναισθημάτων μας, αν και τα ισχυρά συναισθήματα αποτελούν πράγματι ένα μέρος των αντιδράσεων σε μια ψυχολογική κρίση.

Ακολουθεί άσκηση για την οποία θα χρειαστεί επίσης ένα στυλό και χαρτί.

- Πρώτα, σκεφθείτε μια κρίση, ή καλύτερα μια κρίση, που περάσατε εσείς. Μπορεί να συνέβη πρόσφατα ή παλιότερα. Θα μπορούσατε επίσης να αναλογιστείτε την κρίση που συνέβη σε κάποιον άλλο και με την οποία έχετε αναμειχθεί προσωπικά, αλλά αυτό θα μας έδινε λιγότερες πληροφορίες. Για να ανακαλύψετε τι είδος κρίσης ήταν, γράψτε τις απαντήσεις σας για τις παρακάτω ερωτήσεις:

- Ποιο γεγονός ή ποια δυσκολία πυροδότησε την κρίση; Περιγράψτε τι συνέβη.

- Περιγράψτε τις συνθήκες κάτω από τις οποίες συνέβη.
- Ήταν μια απρόβλεπτη κρίση; Πόσες προειδοποιητικές ενδείξεις είχατε ότι τα πράγματα δεν πήγαιναν καλά;
- Κοιτάζοντας αναδρομικά, βρίσκετε ότι υπήρχε κάτι που θα μπορούσατε να κάνετε για ν' αποτρέψετε την κρίση;
- Όταν συνέβη η κρίση, κατά πόσο νιώθετε πως μπορούσατε να ελέγχετε τα γεγονότα;
- Σε ποιο σημείο άλλαξε η καθημερινή σας ζωή, ως αποτέλεσμα αυτής της κρίσης; Σημειώστε την οποιαδήποτε μεταβολή στους καθιερωμένους ρυθμούς και τρόπους εργασίας, ξεκούρασης, ύπνου, συνεύρεσης με διάφορα άτομα.
- Υπήρχε το στοιχείο της προσωπικής απώλειας; Περιγράψτε τι σήμαινε για εσάς αυτή η απώλεια.
- Αυτή η κρίση περιέχει το στοιχείο της απειλής ή του κινδύνου; Αν ναι, περιγράψτε την κατάσταση.
- Υπήρχε κάποια μορφή προσωπικής σας ταπείνωσης στην κρίση; Προσπαθήστε να εξηγήσετε τι ακριβώς θεωρήσατε ταπεινωτικό.
- Κοιτώντας πίσω, μπορείτε να πείτε ότι υπήρχε μια μορφή κρυφής επικοινωνίας στην κρίση που σας συνέβη; Τι φανέρωσε τότε η κρίση για εσάς και για τον τρόπο με τον οποίο εξελισσόταν η ζωή σας εκείνο τον καιρό;

Ακολουθεί μία άσκηση καταγραφής της αντίδρασης στην κρίση:

- Συνεχίστε να δουλεύετε πάνω στην κρίση που αναφέρθηκε στην προηγούμενη άσκηση, με τον ακόλουθο τρόπο. Σημειώστε όλα τα στοιχεία που ισχύουν στην περίπτωσή σας, κατά τη διάρκεια εκείνης της κρίσης.

- Τότε είχα δυσκολίες στον ύπνο
- Στο μυαλό μου γύριζαν συνεχώς σκέψεις σε σχέση με το πρόβλημα και δεν μπορούσα να τις σταματήσω.
- Έρχονται στιγμές που ένιωθα πως η ζωή μου δεν είχε πια νόημα.
- Κοιτάζοντας τώρα πίσω, βλέπω πως κάποια πράγματα τα είχα αντιμετωπίσει υπερβολικά, ενώ τώρα τα βλέπω στις πραγματικές τους διαστάσεις.
- Είχα μικρούς και μεγάλους πόνους ή αρρώσταινα.
- Απέφευγα να βλέπω κόσμο και προσπαθούσα να μείνω μόνος /η μου.
- Τώρα καταλαβαίνω πως τότε έπινα πολύ και δε μου έκανε καλό.
- Κατά διαστήματα η καρδιά μου χτυπούσε πιο δυνατά απ' το κανονικό.

- Υπήρχαν φορές που δε μπορούσα ν' αναπνεύσω κανονικά.
- Μερικές φορές μου φαινόταν λες και δεν ζούσα στ' αλήθεια εκείνη την κατάσταση.
- Ήμουν τόσο μπλεγμένος/ η με τα συναισθήματά μου,, που επιδείνωνα την κατάσταση.
- Δεν μπορούσα να συγκεντρωθώ κανονικά στη δουλειά μου.
- Είχα γίνει πολύ ευερέθιστος /η με τους ανθρώπους του στενού μου περιβάλλοντος.

Αυτές είναι οι αντιδράσεις σας σ' εκείνη τη συγκεκριμένη κρίση. Τώρα, επαναλάβετε την άσκηση, σημειώνοντας μόνο τις αντιδράσεις που είναι συνηθισμένες για εσάς- για παράδειγμα, σ' εκείνη τη συγκεκριμένη περίπτωση ίσως είχατε νιώσει αγωνία, αλλά η αγωνία δεν είναι ένα συνηθισμένο συναίσθημα για εσάς. Από την άλλη μεριά, το να είστε ευερέθιστος ίσως σας είναι κάτι οικείο. Χρησιμοποιήστε αυτόν τον κατάλογο , για ν' ανακαλύψετε το δικό σας γενικό στιλ αντιδράσεων στις ψυχολογικές κρίσεις.

Ακολουθεί άσκηση που καταγράφει το πόσο ευάλωτοι είμαστε στις κρίσεις:

- Απαντήστε στις ερωτήσεις ως εξής:

N= ναι, συμφωνώ, O= όχι, διαφωνώ, I= ίσως, δεν είμαι σίγουρος

1. Δεν πολυσυμφέρι να «σκίζεσαι» στη δουλειά σου, επειδή τις περισσότερες φορές καρπώνονται άλλοι τα αποτελέσματα.
2. Μου αρέσει να συμβαίνει κάτι απρόβλεπτο, γιατί έτσι σπάει η καθημερινή ρουτίνα.
3. Όταν κάποιος υψηλά ιστάμενος έχει πάρει την απόφασή του, εσύ δεν μπορείς να κάνεις και πολλά πράγματα.
4. Έχω διαπιστώσει πως οι περισσότερες αναποδιές που μου έχουν συμβεί οφείλονται κυρίως σε δικά μου λάθη.
5. Η ζωή είναι μια ενδιαφέρουσα περιπέτεια.
6. Με πειράζει πολύ όταν οι άλλοι ενοχλούνται από εμένα.
7. Αν κάποιος μ' έχει «βάλει στο μάτι», δεν υπάρχει λόγος να προσπαθώ να τα βρω λογικά μαζί του.
8. Κάθε πρόβλημα έχει τη λύση του.
9. Συχνά νιώθω πως μ' έχουν προδώσει οι άνθρωποι που εμπιστευόμουν.
10. Τα περισσότερα προβλήματα θα εξαφανιστούν, αν τα αγνοήσω.
11. Οι άνθρωποι μπορούν ν' αποφεύγουν τα προβλήματα, αν προγραμματίζουν τη ζωή τους.

12. Πιστεύω πως μπορεί να πετύχω τα πιο πολλά πράγματα απ' αυτά που θέλω, αν προσπαθήσω πολύ.
13. Έχω διαπιστώσει πως γενικά οι άνθρωποι δείχνουν αχαριστία για όσα τους κάνω.
14. Πάντα έχουμε κάποιες δυνατότητες επιλογής, ακόμα και στις δύσκολες καταστάσεις.
15. Μ' αρέσει ν' ακούω τους άλλους να αναφέρονται στις εμπειρίες τους.

Βαθμολογήστε ως εξής: Ερωτήσεις: 2,5,8,11,12,14,15: N=0, I=1, O=2., Ερωτήσεις: 1,3,4,6,7,9,10,13: N=2, I=1, O=0.

Κάτω από 5: Έχετε εξαιρετική αντοχή στο άγχος των ψυχολογικών κρίσεων.

5-10: Καταφέρνετε να αντιμετωπίζετε τις περισσότερες κρίσεις με επιτυχία.

11-15: Μερικές φορές το άγχος σάς καταβάλλει.

Πάνω από 15: Μάλλον είστε πολύ ευάλωτος-η στις επιδράσεις των κρίσεων.

Ακολουθεί άσκηση που δείχνει τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζει το άτομο μία συγκεκριμένη κρίση

Βαθμολογήστε αναλόγως: 1= Καθόλου, 2= Ως ένα βαθμό, 3= Ναι, πράγματι, 4= Ναι, και πολύ μάλιστα

1. Πήρα τα πράγματα με τη σειρά και αποφάσισα ποιο θα ήταν το επόμενο βήμα μου.
2. Έπαψα ν' ανησυχώ υπερβολικά για καταστάσεις που δε μπορούσα να ελέγξω.
3. Με βοήθησε κάποιος επαγγελματίας θεραπευτής.
4. Ευχόμουν να μπορούσα ν' αλλάξω αυτό που ήδη είχε γίνει.
5. Προσπάθησα περισσότερο για να βάλω τα πράγματα σε μια τάξη.
6. Κατέφυγα στο ποτό (ή στα χάπια).
7. Κατέστρωσα ένα σχέδιο δράσης και το ακολούθησα.
8. Ονειροπολούσα και φανταζόμουν μια καλύτερη κατάσταση από εκείνη στην οποία βρισκόμουν.
9. Δεχόμουν τη συμπαράσταση και την κατανόηση κάποιων.
10. Κοιμόμουν με τις ώρες.
11. Δεχόμουν πως τα συναισθήματά μου ήταν φυσιολογικά σ' αυτή την κατάσταση.
12. Ευχόμουν να συμβεί ένα θαύμα, για να ξαναφτιάξουν τα πράγματα.
13. Προσπαθούσα να ηρεμώ τον εαυτό μου και να τον διαβεβαιώνω πως θα ξεπερνούσα τη δύσκολη κατάσταση.

14. Προσπαθούσα να μην καταλαβαίνουν οι άλλοι πώς ένιωθα.

15. Μίλησα σε κάποιον για την κατάσταση.

Πώς θα βαθμολογηθείτε:

Προσθέστε τη βαθμολογία σας ξεχωριστά για τις ακόλουθες προτάσεις:

1,5,7: Αντιμετωπίζοντας το πρόβλημα, 4,8,12: Ευσεβείς πόθοι, 3,9,15: Αναζητώντας υποστήριξη, 6,20,14: Αποφυγή, 2,11,13: Αντιμετωπίζοντας τα συναισθήματα.

Πού είναι η υψηλότερη βαθμολογία σας και πού χαμηλότερη; Με αυτό τον τρόπο θα δείτε το δικό σας στυλ αντιμετώπισης σ' αυτή την κατάσταση. Αν η βαθμολογία σας είναι υψηλή στους ευσεβείς πόθους και την αποφυγή, σε σύγκριση με την αντιμετώπιση των συναισθημάτων και την αναζήτηση υποστήριξης, τότε μάλλον θ' αντιμετωπίσετε δυσκολίες μετά από μια κρίση.

Μαθαίνοντας να χαλαρώνετε

Καθίστε, αναπνευστικά, κλείστε τα μάτια κι αφεθείτε να χαλαρώσετε όσο μπορείτε περισσότερο. Σφίξτε τη γροθιά σας όλο και πιο δυνατά και νιώστε την ένταση. Κρατήστε τη γροθιά σας σφιχτά και νιώστε την ένταση στη δεξιά σας παλάμη και σ' όλο το χέρι... και τώρα ΧΑΛΑΡΩΣΤΕ. Αφήστε τα δάχτυλα του δεξιού σας χεριού να γίνουν χαλαρά και προσέξτε την αντίθεση αυτού που νιώθετε τώρα μ' εκείνο που νιώθατε πριν, χαλαρώστε εντελώς. Πάρτε βαθιά αναπνοή και βγάλτε όλο τον αέρα.

Τώρα επαναλάβετε με την αριστερή γροθιά σας. Σφίξτε την αριστερή σας γροθιά, ενώ το υπόλοιπο σώμα σας μένει χαλαρωμένο. Σφίξτε την αριστερή σας γροθιά όλο και πιο πολύ και παρατηρήστε πόσο σφιγμένα και άβολα νιώθετε... και τώρα ΧΑΛΑΡΩΣΤΕ. Απολαύστε την αίσθηση της έντασης, που φεύγει, καθώς αφήνετε το χέρι σας ως τον ώμο να χαλαρώσει. Καθώς η ένταση φεύγει, νιώθετε όλο σας το χέρι βαρύτερο και πιο άνετο. Τώρα συνεχίστε να χαλαρώνετε ολόκληρο το σώμα σας. Πάρτε μια βαθιά ανάσα και βγάλτε όλο τον αέρα. (παύση).

Τώρα σφίξτε και τις δυο γροθιές μαζί και λυγίστε τους αγκώνες σας, προκαλώντας στους βραχιόνους μυς σφίξιμο και ένταση... συνεχίστε, σφίξτε ολόκληρα τα χέρια και τα μπράτσα πολύ δυνατά κι όλο πιο δυνατά και σφιχτά... και τα δυο χέρια σφιγμένα, ως πάνω στους ώμους. Προσέξτε αυτή την αίσθηση... τώρα, ΧΑΛΑΡΩΣΤΕ. Αφήστε τα χέρια σας να χαλαρώσουν σταδιακά. Νιώστε την ένταση να φεύγει και προσέξτε πώς νιώθετε. Συνεχίστε να αφήνετε την αίσθηση της βαρύτητας και της χαλάρωσης να μπαίνει στο σώμα σας... χαλαρώνετε όλο και περισσότερο. Πάρτε μια βαθιά εισπνοή κι αφήστε τον αέρα να βγει εντελώς...

... Στην ίδια μορφή και διαδικασία συνεχίστε με τους μύες του μετώπου, του προσώπου, του σαγονιού, το στομάχι, και τέλος με τον καθένα ξεχωριστά από τους μύες των κάτω άκρων.

Βιβλιογραφικές πηγές:

Morrice, J.K.W.(1976):Crisis intervention- Studies in community Care. London, Pergamon.

Raphael, B. (1986):When Disaster Strikes. Hutchinson:London.

Marks, I.(1992):Innovations in mental health care delivery. Br.J. Psychiatry,160, no 5, p. 589-597.

Fontana, D.(1993):Το άγχος και η αντιμετώπισή του. Επιμέλεια Νίκος Ε. Δέγλερης. Μτφρ. Μαν. Τερζίδου, ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, Αθήνα.

Glenys Parry (1996): Ψυχολογικές κρίσεις και η αντιμετώπισή τους, επιμέλεια: Ν. Δέγλερης, Ελληνικά Γράμματα.

ΣΥΓΧΡΟΝΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

Νατάσα Πιπεροπούλου, Ψυχολόγος

Ορέστης Γιωτάκος, Ψυχίατρος

Το μοντέλο Παρέμβασης στην Κρίση

Μια ψυχολογική κρίση συμβαίνει όταν ένα στρεσογόνο γεγονός ζωής διαταράσσει την ικανότητα του ατόμου να ανταπεξέλθει ικανοποιητικά. Πιο συγκεκριμένα, μια κρίση μπορεί να θεωρηθεί ως μια αντιδραστική κατάσταση όπου η ψυχολογική ομοιόσταση έχει διαταραχθεί, οι συνηθισμένοι μηχανισμοί αντιμετώπισης του ατόμου έχουν αποτύχει να την αποκαταστήσουν, και η οδύνη έχει ως αποτέλεσμα τη μειωμένη λειτουργικότητα του ατόμου. Οι περισσότερες κρίσεις ανείκουν στο φυσιολογικό φάσμα των εμπειριών της ζωής που οι περισσότεροι άνθρωποι αναμένεται να συναντήσουν και από όπου οι περισσότεροι θα μπορέσουν να ανταπεξέλθουν χωρίς τη βοήθεια κάποιου ειδικού. Ιδιαίτερης σημασίας για τις υπηρεσίες επείγουσας ψυχικής υγείας, είναι τα ακραία ψυχοπιεστικά κρίσιμα περιστατικά όπως καταστροφές και ανθρώπινες πράξεις βίας που μπορεί να οδηγήσουν σε ψυχολογικό τραύμα και Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (Post Traumatic Stress Disorder, PTSD) . Τραυματικές κρίσεις ή κρίσιμα περιστατικά μπορεί να συμβούν μπροστά σε πραγματικό ή απειλούμενο θάνατο, σοβαρή σωματική βλάβη, ή κάποια άλλη απειλή έναντι της σωματικής ακεραιότητας του θύματος. Κάποια άτομα μπορεί επίσης να θυματοποιηθούν βλέποντας αυτά τα γεγονότα να συμβαίνουν σε άλλους. Κρίσεις μπορεί επίσης να προκύψουν ως το αποτέλεσμα μιας αντίφασης ανάμεσα σ'αυτό που βιώνει το άτομο και μια βαθιά ριζωμένη πεποίθηση. Συχνά, τα θύματα τέτοιων τραυματικών γεγονότων βιώνουν αίσθηση αδυναμίας του βασικού ελέγχου του περιβάλλοντός τους, της διατήρησης δεσμών με άλλους ανθρώπους και δυσκολία προγραμματισμού και προσδιορισμού στόχων για το μέλλον. Επίσης, μπορεί να παρουσιάζουν ψυχοσωματικά συμπτώματα που είναι άμεσα συνδεδεμένα με το υπερβολικό στρες που βιώνουν (υπερδιέγερση, απώλεια όρεξης, ύπνου, στηθαγχικό άλγος, ταχυκαρδίες, γαστρεντερικά προβλήματα κ.α), ξαφνική αναβίωση του τραυματικού γεγονότος και τάσεις απόσυρσης από τις καθημερινές δραστηριότητες. Εάν δεν γίνει έγκαιρη αντιμετώπιση η επίδραση των τραυματικών γεγονότων μπορεί να είναι βαθιά και μακροχρόνια.

Η παρέμβαση στην κρίση ορίζεται ως η παροχή επείγουσας ψυχολογικής βοήθειας σε θύματα κρίσης έτσι ώστε να διευκολυνθεί η επιστροφή τους σε ένα ικανοποιητικό επίπεδο λειτουργικότητας και να εμποδιστεί ή να μειωθεί η πιθανή αρνητική επίδραση του ψυχολογικού τραυματος. Ακολουθούν οι βασικές αρχές της παρέμβασης:

Παρεμβαίνουμε άμεσα: Εξ ορισμού οι κρίσεις είναι συναισθηματικά επικίνδυνες καταστάσεις που βάζουν τα θύματα σε υψηλό κίνδυνο για δυσπροσαρμοστικές τακτικές αντιμετώπισης ή ακινητοποίηση. Η επί τόπου παρουσία του προσωπικού επείγουσας ψυχικής υγείας, όσο το δυνατόν πιο σύντομα, είναι ιδιαίτερα σημαντική.

Σταθεροποιούμε: Ένας βασικός και άμεσος στόχος είναι η σταθεροποίηση των θυμάτων ή της κοινότητας-θύματος με την ενεργό κινητοποίηση πόρων και υποστηρικτικών δικτύων. Αυτού του είδους η κινητοποίηση παρέχει στα θύματα τα απαραίτητα εργαλεία ώστε να αρχίσουν να λειτουργούν αυτόνομα.

Διευκολύνουμε την κατανόηση: Ένα άλλο σημαντικό βήμα για την αποκατάσταση του προηγούμενου της κρίσης επιπέδου λειτουργικότητας των θυμάτων είναι να διευκολύνουμε την κατανόησή τους σχετικά με ότι έχει συμβεί. Αυτό επιτυγχάνεται συλλέγοντας τα γεγονότα σχετικά με το τι συνέβη, ακούγοντας τα θύματα να διηγούνται την εμπειρία τους, ενθαρρύνοντας την έκφραση δύσκολων συναισθημάτων, και βοηθώντας τους να κατανοήσουν την επίδραση του κρίσιμου γεγονότος.

Εστιάζουμε στην επίλυση του προβλήματος: Η ενεργητική υποστήριξη των θυμάτων ώστε να χρησιμοποιήσουν τους διαθέσιμους πόρους και να ανακτήσουν τον έλεγχο, αποτελεί μια σημαντική στρατηγική του προσωπικού επείγουσας ψυχικής υγείας. Βοηθώντας το θύμα στην επίλυση των προβλημάτων, μέσα στα πλαίσια εναλλακτικών που το ίδιο αισθάνεται ότι είναι εφικτές, ενισχύεται η αυτόνομη λειτουργία του.

Ενθαρρύνουμε την αυτονομία: Παρόμοιας σπουδαιότητας με την έμφαση στην επίλυση προβλημάτων αποτελεί και η έμφαση στην αποκατάσταση της εμπιστοσύνης των θυμάτων στον εαυτό τους, ως ένα πρόσθετο μέσο για την αποκατάσταση της αυτόνομης λειτουργίας τους και την αντιμετώπιση των συνεπειών του τραυματικού γεγονότος. Τα θύματα θα πρέπει να υποστηριχθούν στο να αντιμετωπίζουν τα άμεσα προβλήματα, να αναπτύσσουν πρακτικές στρατηγικές για την επίλυσή τους και να εφαρμόζουν αυτές τις στρατηγικές για να αποκαταστήσουν μια πιο φυσιολογική ισορροπία.

Ως Διαχείριση του στρες σε κρίσιμα περιστατικά (Critical Incidence Stress Management, CISM) ορίζεται ένα ολοκληρωμένο σύστημα παρέμβασης στην κρίση αποτελούμενο από πολλαπλά στοιχεία που λειτουργικά εκτείνονται σε ολόκληρο το χρονικό φάσμα μιας κρίσης. Οι παρεμβάσεις ποικίλουν από την φάση προ-κρίσης, την οξεία φάση και την περίοδο που ακολουθεί μετά την κρίση. Το CISM θεωρείται επίσης ολοκληρωμένο γιατί αποτελείται από παρεμβάσεις που μπορούν να εφαρμοστούν σε άτομα, μικρές ομάδες ή ομάδες μεγάλου αριθμού ατόμων, οικογένειες, οργανώσεις ακόμη και ολόκληρες κοινότητες. Περιλαμβάνονται οι εξής στρατηγικές: 1) προετοιμασία πριν την κρίση 2) οργάνωση του προσωπικού δημόσιας ασφάλειας καθώς και ενημέρωση μεγάλων ομάδων σχετικά με τη διαχείριση κρίσεων π.χ για πολίτες- θύματα τρομοκρατίας, μαζικών καταστροφών, κρίσεων στην κοινότητα, σχολικές τραγωδίες και τα συναφή 3) παρέμβαση σε οξεία κρίση για μεμονωμένα άτομα 4) σύντομες συζητήσεις σε μικρές ομάδες (defusings) που βοηθούν στη μείωση οξέων συμπτωμάτων 5) παρέμβαση σε οικογένειες 6) παρεμβάσεις οργανωτικού χαρακτήρα 7) παραπομπές για περαιτέρω ψυχολογική αξιολόγηση και θεραπεία, όπου ενδείκνυται.

Τα στοιχεία για την εκδήλωση κρίσιμων γεγονότων παγκοσμίως είναι συγκλονιστικά. Αυτές οι επείγουσες καταστάσεις είναι συχνές και κανένα έθνος ή ομάδα ανθρώπων δεν εξαιρείται από τέτοια γεγονότα. Αντίστοιχα, προφανής είναι ο ανθρώπινος πόνος, σωματικοί τραυματισμοί, θάνατοι, και το επακόλουθο ψυχολογικό τραύμα και μετατραυματικό στρες σε επιζήσαντα θύματα ή μαρτυρες αυτών των κρίσιμων γεγονότων. Όλα αυτά υποδεικνύουν την ανάγκη για προληπτικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις από εξειδικευμένους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Ένα ολοκληρωμένο σύστημα παρέμβασης στην κρίση που φιλοδοξεί να καλύπτει τις ανάγκες του φάσματος από την πρόληψη έως την άμεση αντιμετώπιση, προϋποθέτει την επιτυχή λειτουργία ορισμένων τεχνολογικά προηγμένων τομέων, όπως η τηλεφωνική γραμμή ψυχολογικής στήριξης, το διαδίκτυο, και η τηλεψυχιατρική. Ακολουθεί σύντομη περιγραφή της βοήθειας που μπορεί να προσφέρουν οι τομείς αυτοί σε περιπτώσεις ανάγκης παρέμβασης.

Ψυχολογική στήριξη απο το τηλέφωνο

Ο σκοπός μιας τηλεφωνικής γραμμής ψυχολογικής στήριξης διαφοροποιείται ανάλογα με το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών. Κάποιες γραμμές προσφέρουν πληροφορίες ή συμβουλές, ενώ άλλες προορίζονται για να προσφέρουν υποστήριξη

και ακρόαση των προβλημάτων. Όλες οι πολιτικές, οι διαδικασίες, οι σκοποί και οι στόχοι θα πρέπει να είναι καταγεγραμμένοι και γνωστοποιημένοι όχι μόνο στους εργαζόμενους στην τηλεφωνική γραμμή, αλλά και στο ευρύ κοινό. Η γνωστοποίηση των στόχων και των διαδικασιών της γραμμής επιτυγχάνεται μέσω της συστηματικής και έγκυρης προβολής. Ο τρόπος προβολής μιας τηλεφωνικής γραμμής βοήθειας πρέπει να αντανakλά επακριβώς το σκοπό λειτουργίας της, ώστε να είναι ξεκάθαρο σε ποιους απευθύνεται και σε ποια αιτήματα είναι σε θέση να ανταποκριθούν οι ειδικοί που εργάζονται σε αυτήν.

Η διαχείριση της γραμμής ψυχολογικής υποστήριξης σχετίζεται με τη συνολική ευθύνη για την αποτελεσματική λειτουργία της. Κάποιες γραμμές έχουν ιεραρχική δομή, ενώ άλλες διευθύνονται από μία ομάδα ατόμων που έχουν επιλεγεί να διοικούν για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Ωστόσο, ανεξάρτητα από τον τρόπο διαχείρισης της γραμμής, ο σκοπός της είναι να διασφαλίσει την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση των καλούντων μέσα στο πλαίσιο της υπηρεσίας. Επιπλέον, πρέπει να υπάρχει ένα σαφές πρόγραμμα επιλογής και εκπαίδευσης του προσωπικού στη διάθεση της επιβλέπουσας επιτροπής ή του οποιουδήποτε αναλαμβάνει τη συνολική ευθύνη διεύθυνσης της γραμμής. Θα πρέπει να τίθενται όρια αρμοδιοτήτων για όλα τα άτομα που εμπλέκονται. Με τις καθορισμένες συναντήσεις μεταξύ των εποπτών και των εργαζομένων στη γραμμή ελέγχονται, αναθεωρούνται, τροποποιούνται και βελτιώνονται οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την επιλογή, εκπαίδευση, επίβλεψη και υποστήριξη του προσωπικού της γραμμής. Για την καλύτερη και πιο αποτελεσματική διαχείριση της γραμμής θεωρείται χρήσιμη η στατιστική καταγραφή και ανάλυση των τηλεφωνημάτων. Η επεξεργασία του τρόπου παροχής των προσφερόμενων υπηρεσιών, η καταγραφή του αριθμού των κλήσεων και ο διαχωρισμός τους ως προς το αίτημα και τον τρόπο παρέμβασης αναδεικνύουν τις ανάγκες που καλείται να αντιμετωπίσει το προσωπικό της γραμμής, τις απαιτήσεις του πληθυσμού στον οποίο απευθύνεται και τις πιθανές αδυναμίες και ελλείψεις της υπηρεσίας.

Η σωστή και ευρεία προβολή της τηλεφωνικής γραμμής υποστήριξης θεωρείται πολύ σημαντική για την ενθάρρυνση τόσο των πιθανών καλούντων, όσο και των επαγγελματιών που δουλεύουν σε αυτήν. Η προβολή μιας τηλεφωνικής γραμμής υποστήριξης πρέπει να είναι σαφής για το είδος της βοήθειας που προσφέρει και τα θέματα που καλύπτει, όπως επίσης και για τους τρόπους με τους οποίους οι καλούντες μπορούν να επικοινωνήσουν, δηλαδή τις ώρες λειτουργίας της τηλεφωνικής γραμμής, τη διεύθυνσή της, την e-mail διεύθυνση ή το web site της γραμμής. Με αυτό τον τρόπο δίνεται η δυνατότητα στο κοινό να κάνει χρήση της

γραμμής με όποιο τρόπο επιλέξει και μπορεί. Ο αντίκτυπος και η αποτελεσματικότητα της προβολής είναι απαραίτητο να εκτιμάται συχνά.

Οι μορφές των παρεχόμενων υπηρεσιών θα μπορούσε να είναι:

Συμβουλευτική: Συμβουλευτική μέσω τηλεφώνου μπορεί να οριστεί η υπηρεσία κατά την οποία ένας εκπαιδευμένος σύμβουλος εργάζεται με έναν πελάτη ή με μία ομάδα πελατών, μέσω τηλεφώνου, ώστε να μπορέσει ο πελάτης (χρήστης της υπηρεσίας) να διερευνήσει και να επεξεργαστεί προσωπικές καταστάσεις, προβλήματα ή κρίσεις στο πλαίσιο μιας και μοναδικής συνεδρίας, μίας βραχυπρόθεσμης ή και μακροπρόθεσμης θεραπευτικής σχέσης. Στις δύο τελευταίες περιπτώσεις θεσπίζεται ένα είδος συμβολαίου ανάμεσα στον πελάτη και το σύμβουλο και υπάρχει περίπτωση να υφίσταται και οικονομική σχέση ανάμεσα στα δύο μέρη.

Πληροφόρηση: Κατά την επιμέρους αυτή λειτουργία της υπηρεσίας παρέχονται συγκεκριμένες πληροφορίες ως απάντηση σε συγκεκριμένα αιτήματα και παρουσιαζόμενες συνθήκες. Αν και θεωρείται χρήσιμος και ωφέλιμος ένας φιλικός τόνος φωνής, δεν είναι υποχρεωτική μία εις βάθος συζήτηση εκτός και αν είναι αναγκαίες περαιτέρω διευκρινίσεις αυτού που ήδη αναφέρθηκε. Το άτομο που απαντάει το τηλέφωνο πρέπει να έχει την ικανότητα να παρέχει άμεσα πληροφορίες επί του θέματος. Στο πλαίσιο αυτό μπορούν να επιλυθούν ζητήματα που αναφέρονται στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας.

Υποστήριξη: Η τηλεφωνική υποστήριξη προϋποθέτει ως δεξιότητα την ενσυναίσθηση από την πλευρά του συμβούλου. Κάποιοι άνθρωποι διαθέτουν αυτή την ικανότητα από τη φύση τους και από πολλούς αμφισβητείται εάν αυτή είναι δυνατόν να διδαχθεί και να αποδώσει στα πλαίσια της συμβουλευτικής.

Ψυχολογική στήριξη μέσω διαδικτύου

Η εξάπλωση της χρήσης του Internet και των εφαρμογών του έχει οδηγήσει στην παροχή επιπλέον υπηρεσιών και πληροφοριών υγείας. Κάτω από τον όρο ηλεκτρονική ψυχική υγεία (e-mental health) εμπεριέχεται ένα ευρύ φάσμα αλληλεπιδράσεων όπως, σχέσεις μεταξύ καταναλωτών και επιστημόνων (διαμέσου χρήσης ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, ζωντανή συμβουλευτική μέσω Internet και αναζήτηση πληροφοριών) ή από επιστήμονα σε επιστήμονα (επίβλεψη, αξιολόγηση υφισταμένων, εξειδικευμένη συμβουλευτική-διάγνωση, εκτίμηση πληροφοριών,

συνεχιζόμενη εκπαίδευση μέσω αμφίδρομων συστημάτων). Η ηλεκτρονική ψυχική υγεία περιλαμβάνει τις ακόλουθες γενικές υπηρεσίες συμβουλευτικής:

- Πληροφόρηση (διαμέσου ηλεκτρονικά διαβιβαζομένων πληροφοριών ή μέσω Internet, αρχεία πελατών και συμβουλές).
- Σύσταση και συνηγορία (διαμέσου προώθησης σε άλλες πηγές υπηρεσιών και πληροφόρησης με βάση δεδομένων επαφής που παρέχονται στο Internet).
- Υποστήριξη και άνοιγμα φιλικών σχέσεων (με τη μορφή εγγράφων που αποστέλλονται σε λίστες αλληλογραφίας και μέσω ομάδων κουβέντας (chat rooms)).
- Άμεση σχέση μεταξύ συμβούλου και πελάτη (δια μέσου ηλεκτρονικής αλληλογραφίας ή ζωντανής κουβέντας (chat)).
- Αμφίδρομο λογιστικό (προγράμματα συμβουλευτικής με οδηγίες χρήσεως που επικεντρώνονται στην υποβοήθηση ανθρώπων μέσω συγκεκριμένων θεμάτων).

Σύμφωνα με το Αμερικάνικο Εθνικό Συμβούλιο Πιστοποιημένων Συμβούλων (NBCC), διαδικτυακή συμβουλευτική είναι η πρακτική επιστημονικής συμβουλευτικής και παροχής πληροφοριών που λαμβάνει χώρα όταν ο πελάτης βρίσκεται σε διαφορετικές τοποθεσίες και χρησιμοποιούνται ηλεκτρονικά μέσα μέσω της χρήσης διαδικτύου. Στη βιβλιογραφία χρησιμοποιούνται διαφορετικοί όροι για να περιγράψουν την διαδικτυακή συμβουλευτική, όπως, e-therapy, cyber therapy, cyber counselling, e-mail counselling. Διακρίνονται πέντε κυρίως μέθοδοι για τη διενέργεια διαδικτυακής συμβουλευτικής: μέσω ηλεκτρονικής αλληλογραφίας, διαδικτυακής κουβέντας (chat) σε πραγματικό χρόνο ανταλλάσσοντας μηνύματα, καθοδηγούμενες συνομιλίες ομάδων, τηλεδιάσκεψη, μεταφορά φωνής μέσω Internet.

- Η ηλεκτρονική αλληλογραφία αποτελεί τον πιο πρόσφατο τρόπο με τον οποίο οι σύμβουλοι αλληλεπιδρούν με τους πελάτες. Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω των κοινών υπηρεσιών ηλεκτρονικής αλληλογραφίας, είτε να συμπληρωθεί από συστήματα διαδικτυακής ασφάλειας.
- Η ανταλλαγή μηνυμάτων σε πραγματικό χρόνο μέσω διαδικτυακής συζήτησης (chat) λαμβάνει χώρα όταν ο πελάτης και ο σύμβουλος είναι συνδεδεμένοι την ίδια χρονική στιγμή και μπορούν να γράφουν ο ένας στον άλλο σαν να κουβεντιάζουν δια ζώσης γράφοντας κείμενα κατ'εναλλαγή.

- Forums, δωμάτια επικοινωνίας (chat rooms) που περιλαμβάνουν αλληλεπίδραση μεταξύ διαφόρων ατόμων υπό την καθοδήγηση ενός συμβούλου.
- Η τηλε-διάσκεψη επιτρέπει στους συμβούλους να αλληλεπιδρούν με τους πελάτες τους, επειδή ο πελάτης και ο σύμβουλος είναι δυνατόν να έχουν δυναμική επικοινωνία με πλήρη ανταλλαγή ήχου και εικόνας βίντεο.
- Η ανταλλαγή φωνής σε πραγματικό χρόνο χρησιμοποιεί ένα εξειδικευμένο ασφαλές πρωτόκολλο διαδικτυακής επικοινωνίας, το οποίο παρέχει στο σύμβουλο και τον πελάτη τη δυνατότητα αμφίδρομης συνομιλίας παρόμοιας με αυτήν μέσω τηλεφώνου, αλλά χωρίς υπεραστική χρέωση.

Τα ασφαλή διαδικτυακά συστήματα βρίσκονται σε φάση ανάπτυξης και απαιτούν εξοπλισμό υψηλών προδιαγραφών (προγράμματα κρυπτογράφησης, μικρόφωνα, κάμερες και σύνδεση υψηλής ταχύτητας). Είναι επίσης δυνατόν η διαδικτυακή πληροφόρηση να συμπληρωθεί με άλλα εργαλεία φωνής και εικόνας συμβατών με υπολογιστή, όπως τα Internet white boards και drawing boards, όπου οι χρήστες μπορούν να κατασκευάζουν εικόνες ή βίντεο που μπορούν ταυτόχρονα μεταδίδονται σε άλλους που χρησιμοποιούν την ίδια εφαρμογή.

Ψυχολογική στήριξη μέσω τηλε-διάσκεψης

Ως τηλε-ψυχιατρική ορίζεται η εφαρμογή των σύγχρονων τηλεπικοινωνιών τεχνολογιών στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Η τηλε-ψυχιατρική είναι ένας από τους πλέον δυναμικά αναπτυσσόμενους κλάδους της τηλε-ιατρικής σήμερα. Η δυνατότητα των σύγχρονων τηλεπικοινωνιακών συστημάτων να μεταφέρουν ήχο και εικόνα παρέχει σε μεγάλη απόσταση το βασικό εργαλείο παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, δηλαδή τη λεκτική και εξωλεκτική επικοινωνία. Με τη βοήθεια σύγχρονων πληροφοριακών συστημάτων μεταφέρονται σε οποιαδήποτε απόσταση δεδομένα που αφορούν τον χρήστη υπηρεσιών ψυχικής υγείας ώστε να έχει άμεση πρόσβαση σε αυτά ο εξεταστής, ο θεραπευτής ή άλλος ειδικός. Επιπλέον, η επιταχυνόμενη ανάπτυξη των υπηρεσιών τηλεψυχιατρικής έρχεται να απαντήσει σε δύο σύγχρονες τάσεις στον τομέα της ψυχικής υγείας: Αφενός, στην συνεχώς αυξανόμενη ανάγκη για παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που συχνά υπερβαίνει το ανθρώπινο

δυναμικό που διατίθεται και αφετέρου, στη σύγχρονη ανάγκη κάλυψης της περιφέρειας με υγειονομικές υπηρεσίες και υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης.

Γενικά, μπορούμε να μιλάμε για τρία αλληλένδετα κομμάτια :

- Βιντεοδιάσκεψη (αμφίδρομη μετάδοση σε πραγματικό χρόνο ψηφιακών εικόνων video μεταξύ δύο ή περισσότερων θέσεων)
- Ηλεκτρονικός ψυχιατρικός φάκελος (λογισμικό για την αποθήκευση, επεξεργασία και μεταφορά δεδομένων του ασθενούς)
- Υπηρεσίες μέσω internet (όπως e-therapy, e-learning κ.α.)

Οι κλινικές και άλλες εφαρμογές των συστημάτων αυτών είναι δυνατόν να υποστηρίζουν βασικές λειτουργικές ανάγκες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη χώρα μας. Οι υπηρεσίες που παρέχονται μέσω των εν λόγω συστημάτων τηλε-ψυχιατρικής μπορούν να συνοψιστούν στις εξής κατηγορίες:

- Υπηρεσίες που απαιτούν την άμεση επικοινωνία του χρήστη με τον ειδικό επιστήμονα (ψυχίατρο, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό), δηλαδή συνεντεύξεις, συνεδρίες, εφαρμογή διαφόρων τεστ ή ερωτηματολογίων. Οι υπηρεσίες αυτές περιλαμβάνουν την εξέταση του ασθενούς, την παρακολούθησή του, καθώς και διάφορες ψυχοθεραπείες.
- Υπηρεσίες που απαιτούν τη συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών της ψυχικής υγείας, όπως για παράδειγμα, η άμεση συμβουλή ειδικού πάνω σε περιστατικά (π.χ ψυχιάτρου από γενικό γιατρό), η συζήτηση μεταξύ επιστημόνων διαφορετικών ειδικοτήτων για τη διαχείριση περιστατικών, και η λειτουργία της «θεραπευτικής ομάδας»
- Υπηρεσίες παροχής πληροφοριών προς τους χρήστες, όπως ειδική βοήθεια, στήριξη και ενημέρωση μέσω ειδικών ιστοσελίδων του internet (πληροφορίες για την ψυχική υγεία, ερωτήματα προς ειδικό).
- Υπηρεσίες τηλε-εκπαίδευσης. Ειδικά στο χώρο της ψυχικής υγείας μπορεί να περιλαμβάνει επίδειξη ζωντανής ή βιντεοσκοπημένης συνέντευξης (μέσω βιντεοδιάσκεψης ή internet), άμεση εποπτεία του εκπαιδευτή κατά τη συνεδρία που διενεργεί ο εκπαιδευόμενος. Περιλαμβάνει επίσης τις γενικές μορφές, όπως μαθήματα μέσω internet, επιστημονικές συζητήσεις, και διαλέξεις μέσω τηλεδιάσκεψης.
- Υπηρεσίες τηλε-διοίκησης. Η τηλεδιάσκεψη και η αποστολή δεδομένων (εγγράφων, στοιχείων κ.λ.π.) επιτρέπουν τη συμμετοχή στελεχών στις διοικητικές λειτουργίες από μακριά.

Οι «χρήστες» (αποδέκτες) των υπηρεσιών τηλε-ψυχιατρικής μπορεί να είναι πρωτοβάθμιες μονάδες υγείας (ομάδες ψυχοκοινωνικής μέριμνας σε

απομακρυσμένες μονάδες, φυλάκια ή περιφερειακά ιατρεία), δευτεροβάθμιες μονάδες υγείας (μονάδες υγειονομικού ή σταθμοί επανακτησίμων που στερούνται υπηρεσιών ψυχικής υγείας, διάφορες κοινοτικές δομές, κέντρα ημέρας, και σωφρονιστικά καταστήματα). Ο «παροχέας» των υπηρεσιών είναι η κεντρική τριτοβάθμια μονάδα ψυχικής υγείας (Ψυχιατρικό Νοσοκομείο ή Ψυχιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου). Μπορούν επίσης να συνεργαστούν και άλλοι φορείς για ειδικές εφαρμογές για την παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών και την εκπαίδευση (ειδικά κέντρα, πανεπιστήμια κλπ).

Βιβλιογραφικές πηγές

Aguilera, D.C. (1997). *Crisis intervention: Theory and methodology* (8th ed.). St. Louis: Mosby.

Gilliland, B.E., & James, R.K. (1998). *Theories and strategies in counseling and psychotherapy* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

James, R.K., & Gilliland, B.E. (2003). *Theories and strategies in counseling and psychotherapy* (5th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Sanders J (1993) *An Incomplete Guide to Using Counselling Skills on the*

Telephone. Manchester: PCCS Books.

Telephone Helplines Association (1993) *Guidelines for Good Practice in*

Telephone Work. London: Telephone Helplines Group/Association.

Wollman, D. (1993). *Critical Incident Stress Debriefing and crisis groups: A review of the literature*. *Group*, 17, 70-83.

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΙ ΣΤΗΡΙΞΗ ΑΠΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ

Σοφία Ροκκά, Ψυχολόγος

Θεώνη Στ Τριανταφύλλου, Ψυχολόγος

Ορέστης Γιωτάκος, Ψυχίατρος,

Διαχείριση τηλεφωνικής κλήσης

Κάθε τηλεφώνημα προς την τηλεφωνική γραμμή ψυχολογικής στήριξης αναμένεται να έχει μια συγκεκριμένη δομή. Θα έχει μία αρχή, μια μέση και ένα τέλος, καθώς και τα παρακάτω αναγνωρίσιμα στάδια.

Εγκαθίδρυση της σχέσης: Η γραμμή θα πρέπει να βρίσκεται σε τέτοιο περιβάλλον που θα επιτρέπει στον σύμβουλο να εστιάσει στον λόγο του καλούντα. Αυτό προϋποθέτει ένα περιβάλλον απαλλαγμένο από κάθε πιθανή και περιττή απόσπαση όπως θόρυβο από το βάθος του δωματίου. Εάν υπάρχει αυτή η ευχέρεια είναι καλό για το σύμβουλο να αφήσει το τηλέφωνο να χτυπήσει 2 ή 3 φορές ώστε να εστιάσει την προσοχή του στον καλούντα και να του δώσει χρόνο να προετοιμαστεί. Για πολλούς καλούντες ο τρόπος που θα απαντηθεί το τηλεφώνημά τους θα καθορίσει και το εάν θα το συνεχίσουν. Ο χαιρετισμός του καλούντα πρέπει να είναι σύμφωνος με την πολιτική της γραμμής.

Διερεύνηση περιεχομένου: Αυτό το στάδιο καλύπτει το κυρίως μέρος του τηλεφωνήματος. Ο σύμβουλος χρειάζεται να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός ώστε να «ακολουθεί», παρά να οδηγεί ή να κατευθύνει τον καλούντα. Πολλοί καλούντες όταν σχηματίζουν τον αριθμό δεν έχουν ακόμα οργανώσει τη σκέψη τους για το τι ακριβώς θέλουν να πουν. Ίσως χρειάζονται πιο προσεκτική ακρόαση ώστε να βοηθηθούν να διακρίνουν τι τους συμβαίνει, όπως επίσης και τι ακριβώς ζητάνε από την γραμμή. Ο σύμβουλος πρέπει να συνεχίσει να ακούει και να ανταποκρίνεται με ένα τρόπο που να βοηθά τον καλούντα να ξεκαθαρίσει την κατάστασή του και τις ανάγκες του καθώς και τα συναισθήματά του σχετικά με την κατάσταση, ενώ παράλληλα να τον διαβεβαιώνει για την συναισθηματική υποστήριξη και ενσυναίσθηση απέναντι του, δηλαδή την προθυμία του να δει τα πράγματα από την δική του πλευρά και να σταθεί δίπλα του στην δυσκολία του αυτή. Για το λόγο αυτό, η βασική εκπαίδευση του

συμβούλου θα πρέπει να περιλαμβάνει την καλλιέργεια δεξιοτήτων ενεργητικής ακρόασης όπως και ανάπτυξη δεξιοτήτων χειρισμού του.

Διευκρίνιση βασικών θεμάτων: Αυτό το στάδιο μπορεί να μην είναι πάντα αναγκαίο αλλά μπορεί να αποβεί το πιο σημαντικό, αν ένα από τα πιο σημαντικά αντικείμενα της γραμμής είναι η συναισθηματική υποστήριξη. Θα πρέπει οι σύμβουλοι να είναι πολύ ευαίσθητοποιημένοι στις αντιδράσεις των καλούντων, ώστε να μπορούν να «ακούσουν» τότε χρειάζεται να κινηθούν προς την μία κατεύθυνση ή την άλλη και ταυτόχρονα να «αφουγκραθούν» τα συναισθήματα των καλούντων, ώστε να μην τους πιέσουν να προχωρήσουν πέρα από το σημείο που αντέχουν στην παρούσα φάση. Θα πρέπει να έχουν υπόψη τους να αναγνωρίζουν θέματα πέρα από αυτά που παρουσιάζονται και στην περίπτωση αυτή θα πρέπει να είναι προετοιμασμένοι να τους βοηθήσουν να τα αναγνωρίσουν και οι ίδιοι.

Κλείσιμο: Κάθε τηλεφώνημα ασφαλώς και θα έχει ένα τέλος και ο τρόπος που θα δοθεί το τέλος αυτό, συχνά καθορίζει το εάν ο καλών θα αισθανθεί άνετα να κάνει χρήση της υποστήριξης ή των πληροφοριών που του προσφέρθηκαν. Ίσως επηρεάσει και τα συναισθήματα του, έτσι, ώστε να τηλεφωνήσει ξανά. Ένα «καλό κλείσιμο» μπορεί να περιλαμβάνει μια περίληψη ή ανακεφαλαίωση του τηλεφωνήματος από το σύμβουλο η οποία να περιέχει αποδοχή και αναγνώριση των συναισθημάτων του καλούντος.

Μετά την κλήση: Αποτελεί ένα σημαντικό μέρος του τηλεφωνήματος, εξίσου σημαντικό με την πραγματική επαφή με τον καλούντα. Θα πρέπει να υπάρχει χρόνος για ανασκόπηση του χειρισμού του τηλεφωνήματος. Δεν υπάρχει «τέλειο» τηλεφώνημα και όσο πιο πρόθυμος είναι κανείς να εξετάσει την πρακτική του και να δεχθεί υποστήριξη και ανατροφοδότηση από τους συναδέλφους, τόσο πιο αποτελεσματικός θα είναι στο μέλλον. Είναι καλό για τον εργαζόμενο να δώσει στον εαυτό σου την ευκαιρία να εξετάσει το τελευταίο τηλεφώνημα και να «συνέλθει» μετά από αυτό, πριν περάσει στο επόμενο. Σε αυτό διευκολύνει η «εσωτερική εποτεία» του τηλεφωνήματος από τον ίδιο το σύμβουλο, ή ακόμη καλύτερα, η συζήτηση για το τηλεφώνημα με κάποιο συνάδελφο. Ο σύμβουλος δεν πρέπει να νοιώθει ποτέ υποχρεωμένος να προχωρήσει στο επόμενο τηλεφώνημα, ειδικότερα αν είναι ακόμα επηρεασμένος ή τον απασχολούν ακόμα τα συναισθήματα του για τον προηγούμενο καλούντα. Επίσης, είναι πάντα προτιμότερο να τελειώνει σύντομα τη σχετική με το τηλεφώνημα γραφική δουλειά. Όσο τη μεταθέτει για αργότερα, τόσο δυσκολότερο θα είναι να συγκεντρώσει πάλι τις λεπτομέρειες του τηλεφωνήματος.

Πρακτικές οδηγίες

Κατάθλιψη

Το καταθλιπτικό συναίσθημα επιδρά καταλυτικά στη σωματική, συναισθηματική και γνωστική/νοητική κατάσταση του ατόμου. Εμφανίζεται πολύ συχνά (πλέον) στις σύγχρονες κοινωνίες, και αφορά όλη τη γκάμα των ηλικιών. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορούν να αποτελούν συνδυασμό των παρακάτω: Έλλειψη ενδιαφέροντος για ασχολίες που θεωρούνταν ευχάριστες προηγουμένως, διαταραχές στον ύπνο (ειδικότερα πρώιμη αφύπνιση και δυσκολία για το άτομο να ξανακοιμηθεί), αλλαγή βάρους, έλλειψη όρεξης για φαγητό, έλλειψη ενεργητικότητας, δυσκολία στη συγκέντρωση, γενικά μείωση των δραστηριοτήτων, συναισθήματα απελπισίας και έλλειψης βοήθειας (ανημπόρια), έλλειψη αυτοεκτίμησης, μελαγχολική διάθεση, απαισιοδοξία, αγωνία, συναισθήματα μειονεξίας, θλίψης, κενού, ενοχής, ανησυχίας, αίσθηση ότι τα περισσότερα πράγματα γίνονται με δυσκολία, αίσθημα αλλοτρίωσης και μοναξιάς (ακόμη και όταν οι άλλοι γύρω είναι διαθέσιμοι), και (σε οξείες περιπτώσεις) παραισθήσεις ή αυτοκτονικός ιδεασμός.

Βασικό μέλημά μας σε αυτές τις περιπτώσεις είναι να προτείνουμε στον καλούντα μια προσέγγιση που να μπορεί να ακολουθήσει μακροπρόθεσμα.

Χρειάζεται να διερευνηθεί εάν ο καλών κάνει αυτοκτονικές σκέψεις. Εστιάστε σε δηλώσεις που μπορεί να υπονοούν αυτοκτονική τάση (π.χ. «Τι οφελεί πιά..», «Δεν υπάρχει κανένας λόγος να συνεχίσω άλλο», «Δεν πειράζει», «Κανείς δεν θα νοιαζόταν, αν δεν ήμουν εδώ»). Καθώς το συναίσθημα ενοχής αποτελεί πυρηνικό συναίσθημα στις περιπτώσεις αυτές, αποφύγετε να υπονοήσετε ότι η κατάθλιψη του καλούντα κάνει τους άλλους να νιώθουν άσχημα (αυτό θα του δημιουργούσε επιπλέον συναισθήματα ενοχής) στην προσπάθειά σας να τον κινητοποιήσετε.

Είναι απαραίτητο να επικυρωθεί η αναγνώριση της δυσκολίας από τον ίδιο τον καλούντα, όπως και να αναγνωριστεί η σημασία της κλήσης στη γραμμή ψυχολογικής υποστήριξης ως το πρώτο βήμα στην αντιμετώπιση του προβλήματος. Μην ξεχνάτε να εκπέμπετε ζεστασιά, ενδιαφέρον, συναισθηματική υποστήριξη, υπομονή και ενσυναίσθηση. Επικεντρωθήτε στο εδώ και τώρα, επιτρέποντας ταυτόχρονα στον καλούντα να ανακαλεί παλαιότερα δυσάρεστα γεγονότα, χωρίς όμως να επιμένει πολύ σε αυτά. Υποδείξτε στον καλούντα τις δυνατότητες που έχει, τους μηχανισμούς υποστήριξης που διαθέτει, καθώς και τους τρόπους με τους οποίους αντιμετώπιζε τα προβλήματά του στο παρελθόν. Προσοχή στην αλληλεπίδραση του συναισθηματικού πόνου του καλούντα και των σωματικών

συμπτωμάτων (επίμονοι πονοκέφαλοι, πεπτικές διαταραχές, διαταραχή στον ύπνο και χρόνιος πόνος που δεν ανταποκρίνεται σε θεραπεία). Ενθαρρύνετε τα μικρά βήματα, καθώς ο καλών μπορεί να νιώθει σχεδόν παραλυμένος για να ενεργήσει, «μουδιασμένος», αποπροσανατολισμένος και αβέβαιος για το πώς θα ανακτήσει την ισορροπία του. Να θυμάστε πάντα ότι το πρόβλημα δεν είναι ο ίδιος ο καλών, αλλά η συναισθηματική κατάσταση στην οποία βρίσκεται. Μην συμφωνείτε με τον καλούντα ότι μπορεί να θεραπευθεί μόνος του ή να στηρίζεται στο αλκοόλ ή σε άλλες ουσίες. Η κατάθλιψη μπορεί να θεραπευτεί με φαρμακευτική αγωγή και/ή ψυχοθεραπεία και το άτομο να συνεχίσει την πορεία της ζωής του. Ενθαρρύνετε τον, λοιπόν, να αναζητήσει συστηματική θεραπευτική βοήθεια. Μέχρι τότε, παροτρύνετε τον να αναγνωρίζει την αρνητική κριτική και κουβέντα με τον εαυτό του και τις απαισιόδοξες σκέψεις του ως μέρος της κατάθλιψης και όχι ως την ακριβή περιγραφή της κατάστασής του, να μην κατηγορεί τον εαυτό του, να χωρίσει τις εργασίες που έχει να κάνει σε μικρότερα μέρη βάζοντας προτεραιότητες, να μην αναμένει «μαγική λύση» (γιατί χρειάζεται χρόνος για να νιώσει κάποιος καλύτερα), να προσπαθεί να βρίσκεται κοντά σε άλλους ανθρώπους (οι οποίοι δεν έχουν κατάθλιψη), να ξεκινήσει μια απλή σωματική δραστηριότητα και να επιχειρήσει να ακολουθήσει κάποια δραστηριότητα που προτιμούσε στο παρελθόν, να καταρτίσει και να ακολουθήσει με μικρά βήματα ένα πρόγραμμα δραστηριοτήτων (ώστε να επανακτηθεί η αίσθηση άσκησης ελέγχου), να αναβάλει να πάρει σημαντικές αποφάσεις προς το παρόν.

Πένθος

Τα στάδια του πένθους ή κάποιας άλλης απώλειας είναι συνήθως τα ακόλουθα:

- «Μούδιασμα» / πάγωμα, άρνηση και δυσπιστία. Τα συναισθήματα σοκ ενισχύονται με θυμό ή τρομερά ξεσπάσματα. Η περίοδος αυτή συνήθως διαρκεί από μερικές ώρες ως μία εβδομάδα.
- Θρήνος. Όταν το άτομο συνειδητοποιήσει την πραγματικότητα της απώλειας, τότε εκδηλώνει θρήνο και θυμό για το πρόσωπο που έχασε. Στην φάση αυτή το άτομο διακατέχεται από θλίψη, επικαλείται αναμνήσεις από το άτομο που έφυγε και προσπαθεί να βρει τρόπους να το αναζητήσει και να το ξαναβρεί.
- Απελπισία και αποδιοργάνωση. Το άτομο στη φάση αυτή χαρακτηρίζεται από απάθεια, κατάθλιψη, ανησυχία, κοινωνική απόσυρση και μια γενική αίσθηση ματαιότητας.
- Αναδιοργάνωση. Στο τελικό στάδιο ο θρήνος φτάνει σε ένα μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό αναδιοργάνωσης.

Ο καλών εκφράζει θλίψη για την απώλεια ή την επικείμενη απώλεια ενός ατόμου, ενός κατοικίδιου, κάποιου ρόλου, αντικειμένου ή κατάστασης ή για τον θάνατο, την αρρώστια, τον χωρισμό ή αποχωρισμό (π.χ. για ένα παιδί που αφήνει το σπίτι). Αυτό που μετρά δεν είναι η αντικειμενική αξιολόγηση της σοβαρότητας της απώλειας, αλλά η ένταση της θλίψης που βιώνει ο καλών. Στόχος σας χρειάζεται να είναι απλώς το να βοηθήσετε το χρήστη της γραμμής να εκφράσει τα συναισθήματά του και να ξέρει ότι κάποιος τον ακούει.

Επιστρατεύστε την ενσυναίσθηση (π.χ. «Πρέπει να είναι σκληρό», «Ακούγεστε να θρηνείτε πραγματικά»), προσφέρετε θετική ανατροφοδότηση στον καλούντα για την απόφασή του να καλέσει στη γραμμή ψυχολογικής υποστήριξης (π.χ. «Είναι καλό που τηλεφωνήσατε. Συχνά βοηθάει τους ανθρώπους να μιλούν για τις απώλειές τους»). Και στην περίπτωση αυτή, να είστε σε επιφυλακή όσον αφορά σε αυτοκτονικό ιδεασμό που μπορεί να οφείλεται σε ενοχές ή στην αίσθηση απώλειας που έχει ο καλών (μην φοβηθήτε να ρωτήσετε: «Έχετε σκεφθεί να κάνετε κακό στον εαυτό σας;»). Μιλήστε με τρόπο που να κάνετε όλα τα συναισθήματα να φαίνονται φυσιολογικά, ως μέρος της διαδικασίας του πένθους (π.χ. «Αυτό που αισθάνεστε είναι αναμενόμενο για την κατάσταση που περνάτε»). Αναγνωρίστε ότι, αν και πιθανόν να νιώθετε ότι δεν προσφέρετε αρκετά, και μόνο που ακούτε τον καλούντα και είστε «εκεί» για αυτόν, μπορεί να είναι ό,τι ακριβώς χρειάζεται τη δεδομένη στιγμή. Διερευνήστε το βάθος της συγκεκριμένης απώλειας (μπορείτε να τον ρωτήσετε: «Είχατε κάποια άλλη απώλεια στο παρελθόν; Πώς διαφοροποιείται η συγκεκριμένη απώλεια;»), και το υποστηρικτικό δίκτυο του καλούντα (να το αναφέρετε αν χρειάζεται, π.χ. μπορείτε να τον ρωτήσετε: «Με ποιον άλλο θα βοηθούσε να μιλήσετε για αυτήν την απώλεια;»).

Δώστε ιδιαίτερη προσοχή, ώστε να μην μπειτε σε διαδικασία να τον παρηγορήσετε με τρόπο τετριμμένο! Μην προσπαθείτε να ελαφρύνετε την απώλεια του καλούντα και τα συναισθήματα θλίψης που έχει για αυτήν. Αποφεύγετε τις κοινοτυπίες, όπως για παράδειγμα: «ο χρόνος θα γιατρέψει τις πληγές». Μην λέτε: «Καταλαβαίνω» (κανείς πραγματικά δεν μπορεί να καταλάβει τη θλίψη του καλούντα, κανείς δεν είναι στη θέση του).

Αυτοκτονικότητα

Το πόσο πιθανή είναι η αυτοκτονική πρόθεση μπορεί να αξιολογηθεί από τα ακόλουθα στοιχεία:

Σε επίπεδο λεκτικής έκφρασης: Δεν έχω καμιά ελπίδα, βοήθεια, δεν αξίζω τίποτα, έχω βαθιά θλίψη, φοβάμαι τα πάντα, είναι εκεί έξω για να με πιάσουν, δεν μπορώ να πάω πουθενά, δεν ανήκω πουθενά, είναι καλύτερα χωρίς εμένα, δε βλέπω κανένα λόγο για να συνεχίσω, δεν πρόκειται να τα καταφέρω

Σε επίπεδο συμπεριφοράς: Προηγούμενες προσπάθειες αυτοκτονίας, επικίνδυνες συμπεριφορές παρα-αυτοκτονικού χαρακτήρα (υπερβολική ταχύτητα, οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ, αυτοακρωτηριασμός), απόσυρση από φίλους και οικογένεια, τελικές διευθετήσεις (π.χ. το να μοιράζει τα υπάρχοντά του), διαταραχή του ύπνου και της όρεξης, αλλαγές στη χρήση αλκοόλ, τσιγάρων, φαγητών, ναρκωτικών, φαρμάκων, στο σεξ, στις αγορές, στην άσκηση, δυσκολία στη λήψη αποφάσεων, αυξημένες φοβίες / θυμός.

Μετά από επιβαρυντικές καταστάσεις: Σοβαρή ασθένεια ή ατύχημα, πραγματική ή συμβολική πρόσφατη απώλεια (εργασίας, ρόλου, νοήματος, υγείας ατόμου, κατοικίδιου), αυτοκτονία φίλου ή μέλους της οικογένειας, νοσηλεία ή θεραπεία ως εξωτερικού ασθενούς, απομόνωση, απώλεια υποστηρικτικού πλαισίου, ομαδικές αλλαγές ή απώλειες

Και βέβαια, όταν τα μέσα αυτοχειρίας είναι ήδη διαθέσιμα (όπλο, χάπια κλπ.).

Οι καταστάσεις αυτές είναι υψηλού κινδύνου. Ο καλών επιχειρεί να αυτοκτονήσει ή αυτοκτονεί, σκέφτεται ή έχει ήδη προσπαθήσει να βάλει τέλος στη ζωή του. Οι περισσότερες αυτοκτονικές συμπεριφορές αποτελούν προσπάθειες να σταματήσουν αβάσταχτα συναισθήματα. Ο ορισμός της λέξης «αβάσταχτα» ποικίλει στην πορεία του χρόνου για το ίδιο το άτομο αλλά και μεταξύ διαφορετικών ατόμων. Το άτομο συχνά αισθάνεται ότι δεν ακούγεται, ότι δεν γίνεται κατανοητό ή ότι δεν βρίσκει ανταπόκριση από άτομα του περιβάλλοντός του. Κατά τη διάρκεια της κρίσης οι δεξιότητες αντιμετώπισης του καλούντος αναστέλλονται. Το κίνητρο του ατόμου μπορεί να μην είναι ο θάνατος αλλά το να ξεφύγει απ' τον ψυχικό πόνο που βιώνει, να κάνει μια αλλαγή στη ζωή του, στη σχέση του ή μια προσπάθεια να ακουστεί (σε πλαίσια περισσότερο χειριστικά).

Το πρώτο πράγμα που χρειάζεται είναι να αξιολογήστε τον άμεσο κίνδυνο της κατάστασης και δράστε αναλόγως. Είναι σημαντικό να δώσετε στον καλούντα αρκετό χρόνο, ώστε να ακουστεί. Ακούστε προσεκτικά τα συναισθήματά του, όντας σε επαγρύπνηση για σημάδια απελπισίας, απόγνωσης, αναξιότητας, αυτοαπομόνωσης και πανικού. Ελέγξτε την φυσική κατάσταση του καλούντα («Έχετε φάει; Έχετε κοιμηθεί;»). Ζητήστε πληροφορίες για να καθορίσετε την πιθανότητα κινδύνου, αλλά και ποια προσέγγιση να χρησιμοποιήσετε: «Τι σας πιέζει αυτή τη στιγμή;» «Γιατί

θέλετε να αυτοκτονήσετε εδώ και τώρα;» «Χάσατε κάποιον/κάτι πρόσφατα απ' τη ζωή σας;» «Τι είναι αυτό που περνά απ' το μυαλό σας, και τι σκοπεύετε να κάνετε;». Προσοχή: Δείξτε συγκρατημένο και όχι υπέρμετρο ενδιαφέρον: «Με απασχολούν πραγματικά αυτά που σου συμβαίνουν.» «Σίγουρα είναι δύσκολο να αντιμετωπίσει κανείς αυτά που αντιμετωπίζεις.» Επειδή οι κλήσεις αυτοκτονικών είναι ουσιαστικά μια μέθοδος επικοινωνίας για αυτούς, υπενθυμίστε με τρόπο στον καλούντα ότι μια κλήση του είναι μια ένδειξη ότι αναζητά βοήθεια. Διαβεβαιώστε τον καλούντα ότι υπάρχουν και άλλες επιλογές και ότι δεν είναι πια μόνος. Βοηθήστε τον καλούντα να δώσει τις δικές του λύσεις. «Τι θα ήθελες να κάνεις;» «Τι φοβάσαι να κάνεις;» «Με ποιον έχεις μιλήσει ως τώρα;» «Σε ποιον θα ήθελες να απευθυνθείς;». Μην ξεχνάτε να διερευνήσετε το ρόλο που μπορεί να παίζουν σημαντικοί άλλοι στην κρίση. «Σε ποιον μπορείς να τηλεφωνήσεις αυτή τη στιγμή, ώστε να ασχοληθεί μαζί σου και να βοηθήσει;» Αν το άτομο οπλοφορεί πείτε: «Ανησυχώ πραγματικά μήπως εκπυρσοκροτήσει κατά λάθος το όπλο, και θα αισθανόμουν πολύ καλύτερα αν το ακουμπούσατε στο πάτωμα στη μέση του δωματίου.». Αν ο καλών διαθέτει χάπια, ζητήστε του να τα βάλει στη μέση του δωματίου, να τα ρίξει στην τουαλέτα ή να τα δώσει σε κάποιον να τα φυλάξει για μερικές μέρες. Κρατήστε τον καλούντα στο τηλέφωνο. Διαπραγματευθείτε μαζί του για να κερδίσετε χρόνο. Προσπαθήστε να πείσετε το άτομο να περιμένει χωρίς να χάσει το δικαίωμά του να πάρει μια απόφαση και χωρίς να παύσει να είναι υπεύθυνος για τη ζωή του. Κάντε μια συμφωνία μαζί του ώστε να περιμένει.

Λόγω της σοβαρότητας της κατάστασης, χρειάζεστε να θυμάστε πάντα ότι δεν βάζουμε μια αυτοκτονική κλήση στην αναμονή!. Δεν μπορούμε να συμπεράνουμε χωρίς επαρκή στοιχεία ότι πρόκειται για φάρσα. Από την άλλη πλευρά, δεν βιαζόμαστε να συμπεράνουμε ότι η ζωή του καλούντα βρίσκεται σε άμεσο κίνδυνο, επειδή έγινε αναφορά σε αυτοκτονία! Δεν πρέπει ποτέ να αντιδρούμε υπερβολικά δείχνοντας ανησυχία και φορτικό ενδιαφέρον γιατί μπορεί να τρομάξουμε τον καλούντα. Επίσης, δεν υποσχόμαστε ποτέ πράγματα για τα οποία δεν μπορούμε να εγγυηθούμε, όπως το ότι τα πράγματα θα πάνε καλύτερα. Δεν απορρίπτουμε ποτέ τα συναισθήματα του καλούντα ούτε υπερτονίζουμε τα θετικά συναισθήματα, ούτε αγνοούμε ή υποβαθμίζουμε τα αρνητικά. Δεν προσπαθούμε να αποθαρρύνουμε έναν αυτοκτονικό λέγοντάς του με ποιο τρόπο θα επηρεάσει η αυτοκτονία του την οικογένειά του, τα αγαπημένα του πρόσωπα, ούτε του ζητούμε να εγκαταλείψει τα σχέδιά του (ζητούμε να τα καθυστερήσει).

Χρειάζεται να έχουμε στο νου μας ότι ένας άνθρωπος δεν είναι προσανατολισμένος απόλυτα προς την αυτοκτονία, αλλά αμφιταλαντεύεται (για το λόγο αυτό, άλλωστε

τηλεφωνεί), δεν πρέπει να παρασυρθούμε από την απελπισία που εκφράζει και να θεωρήσουμε και εμείς ότι δεν έχει άλλες διεξόδους. Δεν υποτιμούμε ποτέ τη δύναμη της συναισθηματικής αντίδρασης του καλούντα.

Χειριστείτε λοιπόν μια προσπάθεια αυτοκτονίας «ενεργητικά»: Επικοινωνήστε την κατανόσή σας για τη δύναμη των συναισθημάτων του ατόμου και την απόγνωση που αισθάνεται. Να είστε ψύχραιμος, μη επικριτικός και να δείξετε ενδιαφέρον. Να αντανakλάτε τα συναισθήματά του. Ακούστε τον! Εκτιμήστε τις δυνατότητες και τα αποθέματα του καλούντος. Ο καλών αισθάνεται συχνά μόνος, χωρίς αποθέματα και παραβλέπει διεξόδους και σημαντικούς «άλλους» στη ζωή του. Βοηθήστε τον καλούντα να αναγνωρίσει και να κινητοποιήσει πηγές εσωτερικές ή μη ώστε να ανακαλύψει άλλες διεξόδους και προσπαθήστε να αναπτύξετε μαζί του ένα θεραπευτικό πλάνο. Κάντε μια συμφωνία θέτοντας την αναβολή της αυτοκτονίας ως επιλογή, αναζητήστε βοήθεια και βρείτε εναλλακτικές λύσεις. Στο τέλος της συνδιάλεξης μην αμελήσετε να κλείσετε νέο τηλεφωνικό ραντεβού (κίνηση που φέρει μεγάλη συμβολική σημασία).

Αυτοτραυματισμός

Πολλά από τα άτομα που προκαλούν βλάβη στον εαυτό τους υποφέρουν από βουλιμία ή ψυχογενή ανορεξία, έχουν πέσει θύματα σεξουαλικής ή άλλων ειδών κακοποίησης, και παρουσιάζουν μια ευρεία γκάμα διαταραχών στη συμπεριφορά. Πολλών τέτοιων ανθρώπων οι οικογένειες είναι διαλυμένες ή δυσλειτουργικές και ο αλκοολισμός, η ψυχική και συναισθηματική κακοποίηση είναι συνήθη. Μπορεί να είναι χρήστες ουσιών, καταθλιπτικοί ή να αισθάνονται μπερδεμένοι με την σεξουαλική τους ταυτότητα. Σε μερικές περιπτώσεις μπορεί το υπόβαθρο να είναι οριακό ή ψυχωτικό (π.χ. απώλεια επαφής με την πραγματικότητα εξαιτίας παραληρηματικών ακουστικών ψευδαισθήσεων).

Οι περισσότεροι βλάπτουν τον εαυτό τους σε εκρήξεις στιγμής, χωρίς βασική αιτία. Άλλοι το κάνουν για να αισθανθούν κάτι πέρα από το κενό που συχνά βιώνουν. Οι περισσότεροι αναφέρουν ότι αισθάνονται από λίγο μόνο πόνο έως και καθόλου. Άλλοι προτιμούν το σωματικό πόνο από τον εσωτερικό συναισθηματικό ή ψυχικό πόνο, και μερικοί αναφέρουν ευχάριστα συναισθήματα που συνδέονται με τα τραύματά τους.

Συνήθεις πρακτικές είναι οι χαράξεις / τομές, κοπή των καρπών, αγκώνων ή ποδιών με ξυραφάκι ή σπασμένο γυαλί, σημάδεμα / κάψιμο από τσιγάρα, εκχυμώσεις από χτυπήματα στο τοίχο ή σε αιχμηρά αντικείμενα, κατάποση μη-νόμιμων ουσιών

δηλητηρίου, συνεχές άνοιγμα ή σκάλισμα παλαιότερων πληγών ή κατάποση μικρών αντικειμένων όπως καρφίτσες.

Το αίμα μπορεί να σημαίνει συμβολικά ότι ο πόνος και τα άσχημα συναισθήματα αφήνουν/ εγκαταλείπουν το σώμα τους ή τους διαβεβαιώνει ότι είναι ακόμα ζωντανοί και ενεργητικοί. Το κόψιμο μπορεί να ανακουφίζει από την ένταση και να επαναφέρει τα άτομα στην πραγματικότητα. Στη συνέχεια μπορεί να βιώνουν ανακούφιση / κάθαρση, ενοχή ή απέχθεια για την πράξη τους.

Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά είναι συνήθως εθιστική και συνεπώς δύσκολο να διακοπεί χωρίς ιατρική και θεραπευτική βοήθεια.

Είναι απαραίτητο να διευκρινίσετε το βαθμό στον οποίο το άτομο προκαλεί κακό στον εαυτό του. Εάν ο καλών δε βρίσκεται σε σωματικό κίνδυνο, προσφέρετέ του υποστήριξη και μία σχέση εμπιστευτικού δεσμού μαζί σας. Διευκρινίστε το βαθμό του αυτοτραυματισμού. Για παράδειγμα, εάν ο καλών κόβει τον εαυτό του, κάντε ερωτήσεις όπως «Πόσο βαθύ είναι το κόψιμο...», «Τρέχει πολύ αίμα;» «Πόσο;» Διευκρινίστε επίσης, εάν ο καλών γνωρίζει τα βασικά για να περιποιηθεί τον εαυτό του και τα τραύματα/πληγές του. Γενικά, ο αυτοτραυματισμός είναι ένα μικρό κόψιμο ή πληγή με λίγο αίμα, το οποίο ο καλών γνωρίζει πώς να χειριστεί. Εάν ο καλών δεν γνωρίζει πώς να παρέχει ο ίδιος βοήθεια στον εαυτό του, τότε καλέστε νοσοκομειακή βοήθεια. Ρωτήστε εάν ο καλών έχει κάποιο αυτοκτονικό ιδεασμό. Όταν ο σωματικός κίνδυνος έχει διευκρινιστεί και αντιμετωπιστεί, προσφέρετε στον καλούντα την ευκαιρία να μιλήσει για το τι συμβαίνει στη ζωή του/της και τα συναισθήματά του για αυτό.

Από την άλλη πλευρά δεν πρέπει να αναλύσετε γιατί το άτομο είναι αυτοκαταστροφικό, ούτε να υποθέσετε ότι είναι απαραίτητα σοβαρά διαταραγμένο. Μην υιοθετείτε ρόλο γιατρού, νοσοκόμας ή φαρμακοποιού! Χρησιμοποιήστε τα επείγοντα περιστατικά ως πηγή πληροφόρησης και βέβαια, μην πανικοβάλλεστε στην περιγραφή των σωματικών λεπτομερειών της κακομεταχείρισης / ακρωτηριασμού.

Κρίσεις Πανικού

Οι κρίσεις πανικού εκδηλώνονται με ξαφνική, έντονη ανησυχία, φόβο ή τρόμο, συχνά συνδεδεμένα με αισθήματα επερχόμενης καταστροφής του ίδιου του ατόμου ή άλλων σημαντικών γι' αυτόν προσώπων . Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν αίσθηση παλμών της καρδιάς, πόνο στο στήθος, αισθήματα ασφυξίας ή πνιξίματος, ζαλάδα, εφίδρωση (γενικά, νευροφυτικά συμπτώματα), φόβο του ατόμου ότι θα πεθάνει ή θα

τρελαθεί. Άτομα με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή (επίμονη ανησυχία με διάρκεια τουλάχιστον ενός μήνα) δείχνουν σημάδια έντασης, υπερδραστηριότητα του κεντρικού νευρικού συστήματος (εφίδρωση , αίσθηση παλμών), φόβο και έντονη αϋπνία.

Στην τηλεφωνική επικοινωνία, χρειάζεται να βοηθήσετε τον καλούντα να επιστρέψει στη σωστή λειτουργία προσφέροντάς του τρόπους να αντιμετωπίσει την ανησυχία / κρίση πανικού.

Θυμηθείτε να μιλάτε σιγά και ήρεμα προσπαθώντας να ηρεμήσετε τον καλούντα. Διαβεβαιώστε τον ότι θα μείνετε μαζί του/της, λέγοντας : «Θα μείνω εδώ μαζί σου και θα περιμένω να περάσει ». Ελέγξτε τους τρόπους που έχει κάθε άτομο να αντιμετωπίζει την ανησυχία/πανικό, κάνοντας ερωτήσεις όπως : «Έχει συμβεί κάτι τέτοιο ποτέ στο παρελθόν; Τι σας είχε βοηθήσει; «Δοκιμάσατε προηγουμένως τις μεθόδους που είχατε χρησιμοποιήσει αυτή τη φορά;». Ενθαρρύνετε τον καλούντα να αποφύγει να «παλέψει » με τον πανικό, λέγοντας: «Περιμένετε και δώστε στο φόβο χρόνο. Θα περάσει. Ο τρόπος για να βγείτε από αυτό είναι να περάσετε μέσα από αυτό». Βοηθήστε τον να παραμείνει στο παρόν και να αντιλαμβάνεται τι συμβαίνει εκείνη τη στιγμή από το να ανησυχεί ότι η κατάσταση θα χειροτερέψει .

Σε πρακτικό επίπεδο, είναι χρήσιμο να προτείνετε στον καλούντα να κάνει τις παρακάτω ενέργειες για να ελέγξει την ανησυχία/πανικό του/της :

Ενθαρρύνετέ τον να παίρνει βαθιές, αργές αναπνοές, εκπνέοντας τελείως κάθε φορά (π.χ. «Πάρτε 10 –15 αναπνοές τη φορά, ξεκουραστείτε, συνεχίστε πάλι. Φουσήξτε μέσα σε μια χάρτινη σακούλα»). Προτείνετέ του καλούντα να ακολουθήσει ένα όχι πολύ περίπλοκο υπόδειγμα που έχει σκοπό να σταματήσει τον πανικό και να κερδίσει τον έλεγχο (π.χ. «Κάθε φορά που αισθάνεστε ότι είστε σε κρίση πάρτε 5 αναπνοές, κάντε 10 βήματα δεξιά, πάρτε 5 ακόμα βαθιές αναπνοές , κάντε 10 βήματα αριστερά»).

Προτείνετέ του να πει τα ακόλουθα στον εαυτό του/της κατά τη διάρκεια της κρίσης πανικού: Η ανησυχία είναι ένα μια φυσιολογική αντίδραση του σώματος στον κίνδυνο/ στο φόβο/ στην πίεση . Η ανησυχία είναι απειλητική αλλά όχι επικίνδυνη .

Προσοχή, όμως, Μην απορρίπτετε ως αναληθή τα αισθήματα και τους φόβους του καλούντα, ούτε να αντανακλάτε την ταραχή του στη δική σας φωνή (το «καθρέπτισμα» αυτό θα επιδεινώσει την κατάστασή του).

Ψυχωτικές καταστάσεις

Ο καλών εμφανίζεται αποπροσανατολισμένος, πιθανόν παρανοϊκός, (έχει αισθήματα καταδίωξης) ή δεν έχει επαφή με την πραγματικότητα. Ο καλών ίσως χαρακτηρίσει τον εαυτό του «ψυχικά άρρωστο». Βασικός στόχος στις περιπτώσεις αυτές είναι να εγκαθιδρύσουμε σχέση συμπάθειας με τον καλούντα και σε δεύτερο χρόνο να αυξήσουμε τα επίπεδα ορθής αντίληψης της πραγματικότητας του καλούντα και τον έλεγχο των παραισθήσεων .

Συνακόλουθα θα χρειαστεί να κρατήστε επικοινωνία σύντομη, περιεκτική και απλή: Χρησιμοποιήστε προτάσεις και όχι μεγάλες παραγράφους . Δίνετε οδηγίες, μία τη φορά. Κάντε ερωτήσεις, μία τη φορά. Μιλάτε αργά και ήρεμα . Να είστε ξεκάθαροι και ευθείς. Χρησιμοποιήστε λέξεις και φράσεις που ο καλών χρησιμοποιεί, αλλά στο πλαίσιο των δικών σας προτάσεων. Για παράδειγμα, αν ο καλών μιλάει για κλάμα και ότι είναι σαν παιδί, χρησιμοποιήστε τις λέξεις «κλάμα» και «παιδί» . Αν ο καλών μιλάει με μεταφορές ή σύμβολα που δεν καταλαβαίνετε, ζητήστε του/της να σας εξηγήσει τη σημασία τους. Για παράδειγμα ο καλών λέει : «Έχω σπάσει». Μπορείτε να ρωτήσετε : «Τι σημαίνει έχω σπάσει ;», «Έχετε νιώσει έτσι ξανά;», «Τι κάνετε για να συγκεντρωθείτε ;».

Μην ξεχνάτε να δείχνετε ενσυναίσθηση. Προσπαθήστε να καταλάβετε τη σωματική κατάσταση του καλούντα και προσανατολιστείτε στις αισθήσεις (αφή, ακοή, γεύση κλπ), αν έχει περιγράψει ο καλών που βρίσκεται , τι φοράει, που κάθεται κ.α.

Αν ο καλών περνάει απότομα από θέμα σε θέμα, ενθαρρύνετε τον να επιμένει σ' ένα θέμα τη φορά. Μιλήστε κι εσείς για ένα θέμα τη φορά .

Προσδιορίστε αν ο καλών εκφράζει απειλή για τον εαυτό του ή τους άλλους και ενεργείστε ανάλογα .

Χρειάζεται προσοχή, ώστε να μην εστιάζετε σε άχρηστες λεπτομέρειες ή αφηρημένες έννοιες.

Αν ο καλών έχει ψευδαισθήσεις, μην προσποιείστε ότι μοιράζετε την εμπειρία μαζί του αλλά και μην προσπαθείτε να διαφωνείτε με ό,τι ο καλών αντιλαμβάνεται, χρειάζεται προσοχή, ώστε να μην κάνετε ιδιαίτερα διερευνητικές ερωτήσεις για την εμπειρία των φαντασιώσεων, καθώς αυτό ίσως αυξήσει τον φόβο του.

Μην προσπαθείτε να πείσετε τον καλούντα να μην πιστεύει σε παραισθήσεις ή να μην φοβάται και κυρίως μην του λέτε ποτέ ότι είναι εκτός ελέγχου.

Χρήση ουσιών

Το Αλκοόλ καταδεικνύεται απ' την κακή άρθρωση του λόγου, κλαψούρισμα, κλάμα, ξέσπασμα οργής, μουρμούρισμα, ανάρμοστες αντιδράσεις, και ενδείξεις αυτοκτονικότητας. Μπορεί να ακούσετε τον ήχο του πάγου στο ποτήρι ή την κατάποση υγρών. Το άτομο μπορεί να τηλεφωνήσει, επειδή η κατάθλιψη εμφανίστηκε, τα αισθήματα ανυψώθηκαν, η σκέψη μπερδεύτηκε ή αποδιοργανώθηκε ή αισθάνεται απώλεια του ελέγχου. Προσοχή: Μην του προτείνετε να πιεί καφέ.

Σε περίπτωση χρήσης Παραισθησιογόνων το άτομο βλέπει ή ακούει πράγματα που προκαλούνται από ουσίες όπως το LSD (οξύ). Προσοχή: Μην κάνετε ανακριτικές ερωτήσεις για την εμπειρία όταν είναι υπό την επήρεια κάποιας ουσίας όπως για παράδειγμα: «Γιατί αισθάνεσαι ότι οι τοίχοι έρχονται κατά πάνω σου;» «Πόσο μεγάλα είναι τα έντομα που βλέπεις;» Κάτι τέτοιο μπορεί να αυξήσει το φόβο του καλούντος.

Σε περίπτωση χρήσης Κατασταλτικών το άτομο φαίνεται εξαιρετικά αργό, σε κατάθλιψη, έχει χαμηλή ενεργητικότητα και δυσκολία στο να εκφραστεί.

Σε περίπτωση λήψης Διεγερτικών το άτομο είναι σε υπερδιέγερση, λόγω της έλλειψης ύπνου. Μπορεί να παρουσιάζει παρανοικότητα στη σκέψη, γρήγορο λόγο και υψηλή ενεργητικότητα.

Στις περιπτώσεις αυτές είναι απαραίτητο να υπολογίσουμε το βαθμό του κινδύνου και να προβούμε σε δραστικά βήματα διάσωσης αν είναι ανάγκη.

Πρώτα από όλα, καθορίστε την κατάσταση του καλούντος καθώς και αν υπάρχει κατάσταση έκτακτης ανάγκης. Να είστε ευθύς. Τι ουσία έχει πάρει ο καλών; Πότε; Πόση; Μπορεί να είναι θανατηφόρο το μείγμα; Πόσο παρορμητικός είναι ο καλών; Υπάρχει κάποιο θανατηφόρο σχέδιο; Καλέστε άμεση βοήθεια αν χρειάζεται.

Οικοδομήστε εμπιστοσύνη. Προσφέρετε επιβεβαίωση και υποστήριξη για όση ώρα το χρειάζεται ο καλών και για όση ώρα η κλήση παραμένει παραγωγική. Μην ξεχνάτε να θέτετε σταθερά όρια. Ζητήστε απ' τον καλούντα να απέχει από το ποτό και τα ναρκωτικά στη διάρκεια της κλήσης: «Όχι, δε θα περιμένω μέχρι να βάλετε άλλο ένα ποτό, θα το εκτιμούσα αν δεν πίνατε ενώ μιλάμε».

Αν η κλήση είναι αντιπαραγωγική προτείνετέ του να καλέσει όταν θα είναι νηφάλιος: «Χαίρομαι που αποφάσισες να τηλεφωνήσεις. Μπορούμε να καθορίσουμε τι ώρα θα μπορούσες να ξανατηλεφωνήσεις; Προτείνω να κοιμηθείς για μερικές ώρες και ύστερα να τηλεφωνήσεις. Τα πράγματα μπορεί να είναι πιο ξεκάθαρα». Αν ο καλών είναι διστακτικός παραπέμψτε τον.

Να μιλάτε αργά και καθαρά ώστε να σας κατανοεί ο καλών. Αποφύγετε να σχετιστείτε με την ουσία. Εστιάστε στο παρόν, «στο εδώ και τώρα». Μείνετε με αυτό που βλέπει και αισθάνεται ο καλών. Κάτι τέτοιο θα τον βοηθήσει να αποκτήσει έλεγχο της κατάστασης. Βοηθήστε τον να μην καταβληθεί απ' την κατάσταση. «Δεν έχεις φάει όλη μέρα; Θα ήταν καλό να τρως κάτι ενώ θα μιλάμε».

Σε πρακτικό επίπεδο, σε ό,τι αφορά τη λήψη Παραισθησιογόνων (πχ. LSD):

Να ελέγχετε σε τακτά διαστήματα τι βιώνει ο καλών. «Τι συμβαίνει τώρα;» «Που είναι το τηλέφωνο;» «Τι συμβαίνει στο σώμα σου;». Διαβεβαιώστε το άτομο για τη διαρκή παρουσία σας. «Είμαι εδώ για να σε βοηθήσω» «Είμαι ακόμα εδώ».

Σε ό,τι αφορά τη χρήση Κατασταλτικών:

Κρατήστε τη συζήτηση ζωντανή. Παρακινήστε τον καλούντα – υπάρχουν στιγμές που το μυαλό του μπορεί να φαίνεται κενό. Προσπαθήστε να τον βοηθήσετε να αυξήσει τα επίπεδα της ενεργητικότητάς του. Προτείνετε του να κινείται, να πάρει λίγο αέρα, κλπ. όχι όμως καφέ. «Κρυώνεις; Τι μπορείς να κάνεις γι' αυτό;» «Τι μπορείς να κάνεις τώρα για να δώσεις στον εαυτό σου λίγη ενεργητικότητα;»

Σε ό,τι αφορά τη χρήση Διεγερτικών:

Να μιλάτε και να απαντάτε αργά. Προτείνετε δραστηριότητες χαλάρωσης. Εστιάστε και κάντε περιλήψεις ώστε να κρατήσετε τη συνοχή της συζήτησης.

Γενικότερα, στις περιπτώσεις λήψης ουσιών χρειάζεται να μην εξάγουμε βιαστικά συμπεράσματα: ο καλών που ακούγεται «φτιαγμένος» ή μεθυσμένος μπορεί στην πραγματικότητα να είναι κουρασμένος ή σε κατάθλιψη, άρρωστος, ή υπό την επήρεια φαρμάκων κλπ.

Δεν κλείνουμε ποτέ το τηλέφωνο πριν δώσουμε στον καλούντα τη δυνατότητα για μια παραγωγική συνομιλία. Δεν προσπαθούμε να πείσουμε τον καλούντα να βρει βοήθεια. Δεν λέμε ποτέ «Θα σας παρακαλούσα να πάτε να δείτε κάποιον ειδικό σύμβουλο για αλκοολικούς το συντομότερο.» Από την άλλη πλευρά, θέτουμε όρια, δηλαδή, δεν δίνουμε στον καλούντα απεριόριστο χρόνο για συνομιλία. Ταυτόχρονα, δεν μπορούμε να απαρνηθούμε το άμεσο πρόβλημα επικεντρώνοντας στα υποβόσκοντα αίτια. Μια τέτοια εστίαση μπορεί να επιδεινώσει το άγχος και τη χρήση ουσιών.

Χειρισμός ενός σοβαρά διαταραγμένου καλούντα

Κατευνάζετε τα συναισθήματα. Ο πελάτης διακατέχεται από πολλά συναισθήματα και δεν χρειάζεται να τα αποκαλύπτετε. Ο καλύτερος χειρισμός είναι να συζητάμε διάφορα θέματα και οι ερωτήσεις να γίνονται με ήρεμο τρόπο ,ώστε ο πελάτης να μπορεί να συγκεντρωθεί σε λεπτομέρειες. Ο στόχος είναι να κατευνάζονται τα συναισθήματα. Χωρίζοντας τη συζήτηση σε μικρότερα θέματα ,ο σύμβουλος διευκολύνει τον πελάτη να αποκτήσει ξανά έλεγχο.

Αρνείστε να μοιραστείτε Παραισθήσεις και Ψευδαισθήσεις. Αν ένας πελάτης έχει παραισθήσεις ή ψευδαισθήσεις , ο ειδικός δεν θα πρέπει να συμμετέχει στην ψύχωση.

Καθορίζετε τη Χρήση Φαρμακευτικής Αγωγής. Εφ 'όσον αυτό είναι δυνατό ,ο ειδικός θα πρέπει να προσπαθήσει να αποσπάσει όσο το δυνατό περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη χρήση οποιασδήποτε φαρμακευτικής αγωγής ,τη δοσολογία και ειδικά τη διακοπή της αγωγής χωρίς τη συμβουλή του θεράποντος γιατρού. Η αλλαγή ,η παράλειψη ή η υποτίμηση της φαρμακευτικής αγωγής είναι από τους πιο συνηθισμένους λόγους για τους οποίους κάποιος γίνεται ψυχωτικός. Επίσης ,η ενημέρωση αυτή θα προσφέρει στον ειδικό μια καλύτερη εικόνα για τη διαταραχή του πελάτη.

Διατηρήστε Ρεαλιστικές Προσδοκίες. Ο ειδικός θα πρέπει να είναι ρεαλιστής: ο πελάτης δεν έγινε διαταραγμένος ξαφνικά. Κανείς λειτουργός κρίσης δεν πρόκειται να αλλάξει τη χρόνια ψυχωτική συμπεριφορά σε μια μόνο κλήση. Στόχος είναι να κερδίζετε χρόνο ,ώστε να αποκτήσει έλεγχο ο πελάτης. Η συζήτηση επίσης θα δείξει αν ο καλών είναι απλά μοναχικός ή έχει ανάγκη από πιο άμεση βοήθεια.

Διατηρήστε Επαγγελματική Απόσταση. Τηλεφωνήματα από σοβαρά διαταραγμένα άτομα μπορεί να προκαλέσουν όλων των ειδών τα απειλητικά συναισθήματα στους τηλεφωνικούς λειτουργούς ,κάνοντας τους να νοιώθουν ανεπαρκείς ,συγχυσμένοι και σε κρίση οι ίδιοι. Το να διατηρήσουν μια επαγγελματική απόσταση όταν έχουν να αντιμετωπίσουν τραγικές και πολύ οδυνηρές ιστορίες είναι δύσκολο ,ακόμη και για τον πιο έμπειρο τηλεφωνικό λειτουργό. Όταν εμφανίζονται τέτοια συναισθήματα ,είναι απολύτως σημαντικό να ζητήσετε εποπτεία. Επίσης, το να περάσετε τη γραμμή σε κάποιον άλλο λειτουργό ,σε καμιά περίπτωση δεν δείχνει ανεπάρκεια. Όσο διαταραγμένοι και να είναι αυτοί οι άνθρωποι ,πολλές φορές αντιλαμβάνονται τα προβλήματα του ίδιου του λειτουργού. Αν αντιδράσετε έντονα ,είτε θετικά είτε αρνητικά , μάλλον θα πρέπει να ζητήσει βοήθεια από κάποιον επόπτη.

Αποφύγετε τον Καθησυχασμό. Το να καθησυχάζετε και να δείχνετε συμπόνια στον πελάτη ,λίγο συνεισφέρει στην πρόοδο του.

Εκτιμήστε την Επικινδυνότητα. Πολλοί πελάτες των τηλεφωνικών γραμμών κρίσης έχουν αυτοκτονική ή δολοφονική συμπεριφορά. Η τηλεφωνική παρέμβαση σε έντονα διαταραγμένα άτομα σαφώς δεν σκοπεύει να είναι θεραπευτική. Είναι απλώς ένας τρόπος να κερδίσουμε χρόνο ώστε να φτάσει η πραγματική βοήθεια. Η συμβουλή μας είναι να αντιμετωπίζετε τους πελάτες αυτούς ως άτομα ,με τα δικά τους ιδιοσυγκρασιακά προβλήματα.

Οι «δύσκολες» κλήσεις

Πολλές γραμμές ψυχολογικής υποστήριξης δέχονται τηλεφωνήματα τα οποία για κάποιους λόγους χαρακτηρίζονται ως «δύσκολα». Οι κλήσεις αυτές μπορεί να επηρεάζουν τον ειδικό που απαντά στο τηλεφώνημα ή και ολόκληρη την υπηρεσία. Στις περιπτώσεις όπου ο σύμβουλος της γραμμής ψυχολογικής υποστήριξης επηρεάζεται από τον καλούντα, πρέπει πρώτα να το συνειδητοποιήσει και στη συνέχεια να ζητήσει υποστήριξη, εποπτεία και ίσως επιπλέον εκπαίδευση. Μια γραμμή ψυχολογικής υποστήριξης μπορεί να αναζητήσει εξωτερικούς συμβούλους για εποπτεία και συμβουλευτική για το προσωπικό.

«Δύσκολες» κλήσεις θεωρούνται:

- κλήσεις που περιέχουν υπερβολικό θυμό,
- οι κλήσεις από άτομα που απειλούν με αυτοκτονία,
- ανάρμοστες κλήσεις με σεξουαλικό περιεχόμενο,
- φάρσες,
- κλήσεις από μεθυσμένους, ρατσιστές, ομοφοβικούς ή με απειλητικό περιεχόμενο,
- επανειλημμένες κλήσεις.

Όλοι οι ειδικοί που εργάζονται σε γραμμές ψυχολογικής υποστήριξης πρέπει να εκπαιδεύονται για να μπορούν να αντιμετωπίσουν τα λεγόμενα «δύσκολα» τηλεφωνήματα, κινούμενοι στα όρια της υπηρεσίας όπου εργάζονται. Πολλές γραμμές ψυχολογικής υποστήριξης θεωρούν χρήσιμο να περιλαμβάνουν ένα ξεχωριστό τομέα «αυτοκτονικών κλήσεων» στο πλαίσιο της πολιτικής τους αναφορικά με την εμπιστευτικότητα. Παρομοίως, μπορεί να σχεδιαστεί ένας συγκεκριμένος τρόπος απάντησης σε κλήσεις με περιεχόμενο υβριστικό, σεξουαλικό, ρατσιστικό ή ομοφοβικό. Οι ειδικοί που παρέχουν ψυχολογικές υπηρεσίες μέσω του τηλεφώνου δεν πρέπει να μένουν αβοήθητοι και χωρίς υποστήριξη στην αντιμετώπιση τέτοιων κλήσεων. Κάποιοι από τους καλούντες, όπως αυτοί που καλούν επανειλημμένα, μπορεί να δημιουργούν προβλήματα σε ολόκληρη την

υπηρεσία, καθώς ξεπερνούν τα συγκεκριμένα όρια της γραμμής ψυχολογικής υποστήριξης. Πιθανόν να προκαλέσουν ακόμα και τον θυμό. Είναι λοιπόν αναγκαίο να καθοριστούν συγκεκριμένοι τρόποι αντιμετώπισης τέτοιων κλήσεων από όλους τους εργαζομένους στη γραμμή, ακόμα και με προσχεδιασμένες γραπτές απαντήσεις. Οι παρακάτω στρατηγικές συχνά αποδεικνύονται ιδιαίτερα βοηθητικές για τις περιπτώσεις «δυσκόλων» κλήσεων:

- Να τηρούνται γραπτά εμπιστευτικά αρχεία, όπου θα έχουν πρόσβαση και οι υπόλοιποι συνάδελφοι της γραμμής και οι επόπτες. Τα αρχεία αυτά πρέπει να ελέγχονται σε τακτά χρονικά διαστήματα.
- Να συμφωνηθεί με τον καλούντα ένα σχέδιο δράσης που θα καταγραφεί στο αρχείο. Αν ο καλών δε συμφωνήσει, πρέπει η άρνησή του να καταγραφεί. Το προσωπικό που θα έρθει στη συνέχεια σε επαφή με τον καλούντα άμεσα ή έμμεσα πρέπει να γνωρίζει το σχέδιο αυτό και να το ακολουθεί.
- Να εμπλακούν και άλλοι ειδικοί στο σχέδιο δράσης. Η συμβουλευτική διαδικασία να είναι συνεχόμενη, καθώς το σχέδιο αναπτύσσεται.
- Να λαμβάνεται υπόψη η προσωπική ασφάλεια του καλούντος και των ατόμων που θα έρθουν σε επαφή, παράλληλα με την προσωπική ασφάλεια των εργαζομένων στη γραμμή. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να είναι αναγκαίο να εμπλακεί η αστυνομία ή άλλες υπηρεσίες.

Συχνές περιπτώσεις προβληματικών καλούντων

Συγκαλυμμένοι καλούντες. Άτομα που τηλεφωνούν δήθεν για βοήθεια σε κάποιον άλλο ,ίσως στην πραγματικότητα να τη ζητούν για τον εαυτό τους. Συνεπώς ,πάντοτε υποθέτετε ότι το τηλεφώνημα γίνεται για τον καλούντα ,ποτέ μην προσπαθείτε να αποδείξετε ότι πρόκειται για κάποιον άλλο. Άλλοι πάλι ,μπορεί με διάφορους τρόπους (όπως το να πουν ότι πήραν λάθος αριθμό) θα προσπαθήσουν να τσεκάρουν τι είδους ανταπόκριση θα έχουν και αν είναι ασφαλείς να μιλήσουν. Η σωστή αντίδραση είναι να μην προσπαθήσετε να τους πιέσετε να μιλήσουν ,αλλά να τους ενθαρρύνετε να το κάνουν όταν είναι έτοιμοι.

<Πλακατζήδες> ή Ενοχλητικοί. Αν το τηλεφώνημα αντιμετωπιστεί σοβαρά ,πιθανόν να κλείσουν το τηλέφωνο και να μην ξαναπάρουν. Αν τους κλείσετε το τηλέφωνο ,θα συνεχίσουν να τηλεφωνούν. Πολλές φορές μπορεί να φαίνονται ενοχλητικοί ,παρ

‘όλα αυτά ,πρέπει να θεωρείται ότι και αυτός ο καλών έχει κάποιο πρόβλημα και να αντιμετωπίζεται σοβαρά.

Σιωπηλοί καλούντες. Από τις πιο εκνευριστικές περιπτώσεις είναι οι σιωπηλοί καλούντες ,οι οποίοι είναι διφορούμενοι: μένουν σιωπηλοί είτε λόγω αμηχανίας ,είτε λόγω προηγούμενης αρνητικής εμπειρίας φοβούνται την απόρριψη και δεν μπορούν να βρουν το θάρρος να μιλήσουν.

Χειραγωγητές. Κάποιοι από τους καλούντες προσπαθούν να εκπληρώσουν κάποιες ανάγκες τους παίζοντας παιχνίδια με τους τηλεφωνικούς λειτουργούς. Τα πιο συνηθισμένα από αυτά περιλαμβάνουν ερωτήσεις για την ικανότητα του λειτουργού ,αντιστροφή ρόλων ,όπου ο λειτουργός παγιδεύεται στο να διηγηθεί λεπτομέρειες από την προσωπική του ζωή ,καθώς και παρενόχληση. Πρέπει να επανακατευθυνθεί η συζήτηση ,ώστε να αναγκαστεί ο πελάτης να δει τους λόγους για την συμπεριφορά του αυτή.

Σεξουαλικά Εκδηλωτικοί Καλούντες. Ο μεγάλος αριθμός <ροζ> διαφημίσεων στη μεταμεσονύκτια τηλεόραση ,στο internet και στα περιοδικά δείχνει και το μεγάλο αριθμό ατόμων ,των οποίων οι ανασφάλειες και τα ψυχολογικά προβλήματα κάνουν τη <σεξουαλική κουβέντα> υπόθεση πολλών δισεκατομμυρίων. Ακόμα πιο λυπηρό είναι το πόσα άτομα χρησιμοποιούν τις τηλεφωνικές γραμμές για τον ίδιο σκοπό. Τα άτομα αυτά χαρακτηρίζονται από χαμηλή αυτοεκτίμηση , και αισθήματα απομόνωσης και έλλειψης εμπιστοσύνης.

Καλούντες με Μόνιμα Σεξουαλικά Προβλήματα. Πολλοί άνθρωποι που αντιμετωπίζουν σοβαρά σεξουαλικά ή σχετικά με το σεξ προβλήματα τηλεφωνούν εξαιτίας της ανωνυμίας ,που τους επιτρέπει να μιλήσουν ελεύθερα για τα πιο προσωπικά τους θέματα. Αυτές οι κλήσεις μπορεί να φέρουν σε δύσκολη θέση τους λειτουργούς που δεν είναι ψυχολογικά προετοιμασμένοι για τόσο προσωπικά τηλεφωνικά τηλεφωνήματα ,αισθάνονται σοκαρισμένοι από όσα ακούνε εξαιτίας της εγκληματικής τους φύσης ή δεν έχουν την τεχνική εξειδίκευση για να τις χειριστούν. Οι τηλεφωνικοί λειτουργοί θα πρέπει να έχουν εκπαίδευση ως προς την αντιμετώπιση των σεξουαλικών προβλημάτων, καθώς και νομική εκπαίδευση για περιπτώσεις που ο καλών αποτελεί απειλή για τρίτους.

Βιβλιογραφικές πηγές

Sanders, Pete (1993) An Incomplete Guide to Using Counselling Skills on the

Telephone. Manchester: PCCS Books

Tehrani, N. & Westlake, R. (1994). Debriefing individuals affected by violence. *Counseling Psychology Quarterly*, 7, 251-259.

Telephone Helplines Association (1993) *Guidelines for Good Practice in Telephone Work*. London: Telephone Helplines Group/Association.

Γιωτάκος Ο & Τριανταφύλλου Θ (2006). *Τηλεφωνική στήριξη απο το τηλέφωνο*. Ελληνικά Γράμματα.

ΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Ορέστης Γιωτάκος, Ψυχίατρος

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΓΧΟΥΣ

Κλινικές εκδηλώσεις του Άγχους

Η ψυχοβιολογική διαδικασία μιας ψυχολογικής κρίσης ταυτίζεται σχεδόν με αυτήν που παρατηρείται στο φάσμα των διαταραχών άγχους. Το άγχος είναι αναπόσπαστο συστατικό της ψυχοσωματικής ιατρικής, όπως και της ψυχιατρικής θεωρίας και πράξης. Ακόμη και οι ασθενείς με σωματικές βλάβες έχουν άγχος ως κυρίαρχο συστατικό της πάθησής τους, που οφείλεται σε αισθήματα ανικανότητας, αβοήθητου και ανεπάρκειας. Το άγχος είναι ένα σήμα για ετοιμότητα, προειδοποιεί για επικείμενο κίνδυνο και καθιστά το άτομο ικανό να πάρει μέτρα ώστε να αντιμετωπίσει την απειλή. Έτσι, το άτομο, εξασφαλίζοντας την εγρήγορση διατηρεί την ισορροπία ανάμεσα σ' αυτό και το περιβάλλον. Το άγχος που αποτελεί αντικείμενο ιατρικής ευθύνης είναι το παθολογικό και κλινικό άγχος. Πρόκειται για ένα διάχυτο, πολύ δυσάρεστο και συχνά ασαφές αίσθημα ανησυχίας, που συνοδεύεται από μία ή περισσότερες σωματικές αισθήσεις (για παράδειγμα, αίσθημα παλμών, σφίξιμο στο στήθος, εφίδρωση, κεφαλαλγία κ.λπ.).

Οι διαταραχές άγχους περιλαμβάνουν τη διαταραχή πανικού, την κοινωνική ή άλλες ειδικές φοβίες, τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, τη ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή, και τη μετατραυματική από στρες διαταραχή. Οι περισσότεροι ασθενείς απαντούν στην ανάλογη αγωγή και είναι σε θέση να επανέλθουν στα προηγούμενα επίπεδα λειτουργικότητας. Το άγχος είναι κυρίαρχο κομμάτι και άλλων ψυχιατρικών διαταραχών, όπως της διεγερτικής κατάθλιψης, του ντελίριου, της άνοιας, της σχιζοφρένειας, των σχετιζόμενων με ψυχαναγκασμό-καταναγκασμό διαταραχών, (όπως παθολογικό παίξιμο, διαταραχή ελέγχου των παρορμήσεων, σωματο-δυσμορφοφοβική διαταραχή, σωματόμορφη διαταραχή), και του αυτισμού, μία αναπτυξιακή διαταραχή με σημαντική νευρολογική συμμετοχή. Ιατρικές καταστάσεις, όπως ανωμαλίες του θυροειδούς, πρόπτωση μιτροειδούς, καρδιακές αρρυθμίες, υπογλυκαιμία, ίλιγγος, και χρήση ή απόσυρση από ουσίες, οδηγούν συχνά σε άγχος και για το λόγο αυτό θα πρέπει να περιλαμβάνονται στη

διαφορική διάγνωση. Επίσης, πολλά κοινά φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν συμπτώματα άγχους. Όμως, η ταυτοποίηση των συμπτωμάτων άγχους θα πρέπει να οδηγήσει στη διάγνωση του ειδικού συνδρόμου άγχους, και συνεπώς, στην κατάλληλη και ειδική θεραπεία.

Συμπτώματα έντονου άγχους περιλαμβάνουν υποκειμενικά συναισθήματα τάσης και εκνευρισμού, υπερβολικής λύπης, ευερεθιστότητας, νευρικότητας, δυσκολίας στη συγκέντρωση, διαταραχές ύπνου, και σωματικά συμπτώματα, όπως αίσθημα παλμών, αίσθημα πνιγμονής, τρόμος, ζάλη, κόπωση, δύσπνοια, πόνος στο στήθος, και σημεία εφίδρωσης από το αυτόνομο. Μπορεί να είναι παρόντα συμπτώματα αυξημένου επιπέδου συνείδησης, όπως αυξημένο αντανακλαστικό τρομάγματος και υπερεπαγρύπνηση. Τα συμπτώματα μπορεί επίσης να περιλαμβάνουν γνωσιακή δυσλειτουργία, όπως έλλειψη προσοχής και πρόβλημα συγκέντρωσης. Επίσης, τα άτομα που βιώνουν άγχος τείνουν να αποφεύγουν καταστάσεις ή ερεθίσματα που σχετίζονται με το άγχος. Για παράδειγμα, άτομα που πάσχουν από μετατραυματική από στρες διαταραχή αποφεύγουν καταστάσεις που ανακινούν την αναβίωση του τραύματος, ενώ αυτοί που πάσχουν από κρίσεις πανικού αποφεύγουν να απομακρυνθούν από το σπίτι τους ή αποφεύγουν καταστάσεις από τις οποίες δεν θα μπορούσαν να αποδράσουν ή η παροχή βοήθειας θα ήταν αδύνατη εάν ένωσαν κρίση πανικού.

Όταν διαγιγνώσκουμε άγχος, αφού αποκλείσουμε τις ιατρικές καταστάσεις και την επίδραση των ουσιών που θα μπορούσαν να προκαλέσουν το σύμπτωμα, ο κλινικός θα πρέπει να προσδιορίσει εάν ο ασθενής έχει :

- * Κρίσεις πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία (διαταραχή πανικού)
- * Φόβο ότι θα μειωθεί στη διάρκεια κοινωνικών καταστάσεων ή καταστάσεων που προϋποθέτουν έκθεση (κοινωνική φοβία)
- * Φόβο από κάποια αντικείμενο ή κατάσταση (ειδική φοβία)
- * Ψυχαναγκασμούς ή καταναγκασμούς (ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή και οι σχετιζόμενες διαταραχές)
- * Έντονη ανησυχία και άγχος για τις καθημερινές καταστάσεις της ζωής (γενικευμένη αγχώδης διαταραχή)
- * Άγχος σαν αντίδραση σε ένα σοβαρό τραυματικό γεγονός (μετατραυματική από στρες διαταραχή).

Η GABA-νεργική υπόθεση του άγχους:

Βασίζεται στα ευρήματα ότι όλες οι βενζοδιαζεπίνες (BZs) αυξάνουν τη λειτουργία του GABA-A υποδοχέα. Δύο κατηγορίες υποδοχέων, οι GABA-A και οι GABA-B διαχωρίζονται με βάση το μηχανισμό δράσης τους. Ο κύρια αποδεκτός τύπος του GABA-A υποδοχέα έχει να κάνει μ' ένα σύμπλεγμα γλυκοπρωτεΐνης, που επιτρέπει την εισροή ανιόντων χλωρίου στο κύτταρο. Από την άλλη, ο GABA-B υποδοχέας δρα ρυθμίζοντας τους μηχανισμούς μεταφοράς των κατιόντων καλίου και ασβεστίου και επιπλέον μειώνοντας το σχηματισμό c-AMP. Συνδεόμενες με ειδικές θέσεις αναγνώρισης για BZ, που βρίσκονται στο σύμπλοκο GABA-A υποδοχέα, οι BZs αυξάνουν τη GABA-νεργική δραστηριότητα. Η θεωρία του GABA για το άγχος υποστηρίζει ότι η μειωμένη GABA-νεργική λειτουργία θα μπορούσε να είναι μεταξύ των παθογενετικών παραγόντων στο γενικευμένο άγχος. Σε συνάρτηση μ' αυτή τη θεωρία είναι και η ανακάλυψη και απομόνωση από τους επιστήμονες του Ινστιτούτου Νευροεπιστημών του Georgetown ενός νευροπεπτιδίου, που ονομάστηκε Diazepam Binding Inhibitor (DBI), ικανό να αντικαθιστά τη διαζεπάμη από τη θέση της. Επιπλέον, αρκετά κλάσματα του DBI πεπτιδίου έχουν δείξει παρόμοια δράση, όπως για παράδειγμα οι β-καρβολίνες. Από αυτά τα δεδομένα φαίνεται ότι η θέση αναγνώρισης BZ μπορεί να παρουσιαστεί σε δύο μορφές: όταν αγχογόνες ουσίες (χορηγούμενες από έξω, όπως οι β-καρβολίνες ή εκκρινόμενες εσωτερικά, όπως η DBI) συνδέονται με το σύμπλοκο του υποδοχέα, ο GABA-εξαρτώμενος διάυλος χλωρίου δυσλειτουργεί. Αντίθετα, όταν οι BZs συνδέονται με τον υποδοχέα, ο διάυλος χλωρίου ανοίγει, εισέρχονται στο κύτταρο αρνητικά φορτισμένα ιόντα χλωρίου, με αποτέλεσμα η κυτταρική μεμβράνη να υπερπολώνεται και να αυξάνεται έτσι ο ουδός ερεθίσματος, που χρειάζεται για να διεγερθεί το κύτταρο.

Η νοραδρενεργική θεωρία

Σχετίζεται περισσότερο με τη διαταραχή πανικού, παρά με το γενικευμένο άγχος. Ηλεκτρικά και φαρμακευτικά ερεθίσματα του υπομέλανα τόπου (locus cerulus), που περιέχει τα κυτταρικά σώματα του μεγαλύτερου μέρους του νορεπινεφρινικού συστήματος, είναι σε θέση να παράγουν αντιδράσεις ίδιες με αυτές που παρατηρούνται στο φόβο και στη διαταραχή πανικού. Διάφοροι παράγοντες με αντιαγχώδεις ικανότητες (όπως η μορφίνη, οι BZs, τα τρικυκλικά) μειώνουν τη δραστηριότητα του υπομέλανα τόπου. Ουσίες όπως η νοχιμβίνη και η πιπεροξάνη, που αυξάνουν τη δραστηριότητα του υπομέλανα τόπου μπλοκάροντας τους α2-αδρενεργικούς αυτοϋποδοχείς, έχουν αγχογόνο δράση. Αυτά τα ευρήματα υποθέτουν την ανάπτυξη μιας ανώμαλης δραστηριότητας του υπομέλανα τόπου με

αυξημένη NE, τουλάχιστον στην αρχή, μερικών τύπων άγχους. Αρκετές κλινικές εργασίες έχουν υποστηρίξει αυτή την άποψη. Αυξημένες τιμές στο πλάσμα και στα ούρα της NE και του κυρίου μεταβολίτη της, της 3-μεθοξυ-4 υδροξυ-φαινυλ-γλυκόλης (MHPG), βρέθηκαν σε ασθενείς με διαταραχές πανικού, αλλά και σε άτομα με υποκειμενικό αίσθημα άγχους. Οι συγκεντρώσεις της MHPG μειώνονταν ως απάντηση στη θεραπεία. Μερικοί ερευνητές μελέτησαν την απάντηση της αυξητικής ορμόνης (GH) στη διέγερση των α2-αδρενεργικών υποδοχέων, μετά από χορήγηση κλονιδίνης και των α2-αγωνιστών σε πληθυσμούς φυσιολογικών καταθλιπτικών και άτομα με διαταραχή πανικού. Βρέθηκε ότι οι καταθλιπτικοί και τα άτομα με διαταραχή πανικού είχαν μειωμένη απάντηση, πράγμα που μπορεί να σημαίνει μια διαταραγμένη λειτουργία των α2-αδρενεργικών προσυναπτικών υποδοχέων. Η ακριβής μέτρηση των α2-αδρενεργικών υποδοχέων στα αιμοπετάλια έδειξε μειωμένο αριθμό στους ασθενείς με διαταραχή πανικού, σε σχέση με τους φυσιολογικούς ή αυτούς που έπασχαν από μείζονα κατάθλιψη. Είναι δύσκολο να προσδιοριστεί η εξειδίκευση αυτών των παρατηρήσεων, επειδή το φαινόμενο αυτό μπορεί να είναι το αποτέλεσμα των αυξημένων επιπέδων των κατεχολαμινών στο πλάσμα, δευτερογενώς, λόγω του άγχους. Πάντως, η υπόθεση ότι η αυξημένη δραστηριότητα NE σε άτομα με διαταραχή πανικού οφείλεται σε προσυναπτική υπορύθμιση των NE-νευρώνων, παραμένει για επιβεβαίωση. Το γεγονός ότι η δραστηριότητα του υπομέλανα τόπου αυξάνεται με ποικίλα μη αγχογόνα ερεθίσματα, δείχνει ότι ο μονοαμινεργικός αυτός πυρήνας επιτελεί μάλλον μια συνολική κατευθυντήρια λειτουργία, παρά το νευροχημικό υπόστρωμα του άγχους.

Η σεροτονινεργική θεωρία

Η σεροτονινεργική θεωρία για το άγχος και τη διαταραχή πανικού, βασίζεται στα ακόλουθα ευρήματα: (α) οι αγχολυτικές δράσεις των ΒΖ στα ζώα μπορεί να αντιδοτηθούν με ενδοφλέβια χορήγηση 5HT, (β) οι περισσότεροι παράγοντες που μειώνουν τη λειτουργία της 5HT, όπως ο 5HT-ανταγωνιστής μεθυσεργίδη, ο αναστολέας σύνδεσης της 5HT παραχλωροφαινυλαλανίνη (PCPA) και η νευροτοξίνη 5-7-διυδροξυτρυπταμίνη έχουν αγχολυτικές δράσεις στα ζώα, (γ) ουσίες που αυξάνουν τη διαθεσιμότητα της 5HT στη συναπτική σχισμή, όπως η πρόδρομη ένωση 5-υδροξυτρυπτοφάνη και ο εκλεκτικός αναστολέας επαναπρόσληψης της 5HT, φλουβοξαμίνη είναι δραστικοί στη θεραπεία της διαταραχής πανικού και (δ) αγχολυτικοί παράγοντες όπως η βουσπιρόνη και η γεπιρόνη δρουν μέσω των 5HT-1A-υποδοχέων.

Τα μέχρι στιγμής δεδομένα δείχνουν μια ασυμφωνία μεταξύ των αποτελεσμάτων στα ζώα και στους ανθρώπους. Η εμπειρία από τις μελέτες στα ζώα έδειξε μια σχέση

μεταξύ μειωμένης 5HT-λειτουργίας και αγχώδους, ενώ στους ανθρώπους ότι η αυξημένη 5HT-λειτουργία έχει αντιπανικές και αγχολυτικές δράσεις. Θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι η θεραπευτική δράση των HT-φαρμάκων είναι διφασική. Έχει αποδειχτεί ότι η χορήγηση των ουσιών επιφέρει μια αρχική χειροτέρευση του άγχους και χρειάζονται 3–4 εβδομάδες για να επιτευχθεί αντιπανικό ή αγχολυτικό αποτέλεσμα. Οι ερευνητές εξήγησαν αυτό το φαινόμενο υποθέτοντας μια υπερευαισθησία των 5HT-υποδοχέων. Υποθέτουν, ότι η απάντηση των υπερευαίσθητων 5HT-υποδοχέων στο νευρομεταβιβαστή είναι υπεύθυνη για την αρχική χειροτέρευση και ότι η επανειλημμένη χορήγηση του φαρμάκου οδηγεί σε αρνητική ρύθμιση των μετασυναπτικών 5HT-υποδοχέων και σε βελτίωση των συμπτωμάτων. Η θεωρία της υπερευαισθησίας των 5HT-υποδοχέων προδικάζει πιθανώς τη χρησιμότητα των 5HT-ανταγωνιστών και άλλων ουσιών, που μειώνουν την 5HT-λειτουργία στη διαταραχή πανικού και ίσως στο γενικευμένο άγχος. Η ικανότητα της βουσπιρόνης να δρα εκλεκτικά μέσω 5HT-1A-υποδοχέων, παρά με το σύμπλεγμα BZ-υποδοχέα/GABA-υποδοχέα, δείχνει ότι στη παθοφυσιολογική βάση του άγχους ενέχεται η 5HT-μεταβίβαση. Αν αυτό είναι αλήθεια, τότε οι εκλεκτικοί παράγοντες του 5HT-1A πιθανά να υπόσχονται πολλά για το μέλλον. Έχει βρεθεί επίσης, ότι οι 5HT-1A-υποδοχείς βρίσκονται κυρίως στον πυρήνα της ραφής και στον ιππόκαμπο. Αφού ο ιππόκαμπος ενέχεται στην υπόθεση του άγχους, η τροποποίηση της νευρομεταβίβασης σε αυτή την περιοχή, μπορεί να είναι το πεδίο δράσης των νέων αγχολυτικών.

Όσον αφορά στη σχέση 5HT, NE και άγχους έχει βρεθεί ότι καταστροφή του μεσεγκεφαλικού τμήματος του συστήματος της ραφής προκαλεί αυξημένο χρόνο δραστηριότητας της NE, μέσω του υπομέλανα τόπου. Επίσης, κατευθείαν εφαρμογή 5HT στον υπομέλανα τόπο μειώνει την ερεθισιμότητά του. Αντίθετα, αυξημένη NE δραστηριότητα αυξάνει την 5HT δραστηριότητα στον πυρήνα της ραφής. Αυτό πιθανώς να δείχνει ότι η αυξημένη NE δραστηριότητα προκαλεί άγχος, μέσω της 5HT-λειτουργίας και επιπλέον ότι η ισορροπία 5HT-NE είναι πιο πιθανό να ευθύνεται στο άγχος, παρά σε μια καθαρή διαταραχή ενός από τα δύο συστήματα. Όσον αφορά τέλος στη σχέση 5HT, GABA και άγχους έχει βρεθεί ότι η συστηματική χορήγηση GABA-αγωνιστών μειώνει τη σύνθεση και μεταβίβαση 5HT, η τοπική έγχυση GABA στον πυρήνα της ραφής μειώνει τη δραστηριότητα της 5HT, ενώ GABA-αγωνιστές και ανταγωνιστές χορηγούμενοι στη μέση ραφή μειώνουν και αυξάνουν, αντίστοιχα, το χρόνο δραστηριότητας της 5HT. Αυτά δείχνουν ότι οι BZs μπορεί να είναι δραστικά αγχολυτικά εξαιτίας, τουλάχιστον κατά ένα μέρος, της αυξημένης GABA-νεργικής δραστηριότητας, η οποία προκαλεί μείωση της 5HT-λειτουργίας. Είναι γεγονός, παρόλα αυτά, ότι το GABA-νεργικό σύστημα παραμένει

το πλέον σπουδαίο νευρωνικό σύστημα που παίζει ρόλο στο άγχος. Μαθαίνοντας περισσότερα για τους μοριακούς μηχανισμούς που ελέγχουν τις ενδονευρωνικές συνδέσεις με τα κατεχολαμινεργικά και σεροτονινεργικά συστήματα, θα οδηγηθούμε σε ανάπτυξη νέων αγχολυτικών φαρμάκων.

Νευροανατομικές υποθέσεις για τις κρίσεις άγχους και πανικού

Η «διαταραχή πανικού» είναι η πιο καλά μελετημένη από τις αγχώδεις διαταραχές και έχουν προταθεί ποικίλα βιολογικά ή ψυχολογικά μοντέλα. Ως προς τη φαινομενολογία θεωρείται ότι αποτελείται από 3 μέρη: την «κρίση πανικού» (αιφνίδια έναρξη με συμμετοχή του αυτόνομου και υποκειμενικό αίσθημα φόβου, διάρκειας 10–30 min, με πλήρη επιστροφή στην προηγούμενη βασική κατάσταση), το «άγχος αναμονής» (μια πιο χρονία κατάσταση, όπου ο ασθενής περιμένει ότι η κρίση θα ξανασυμβεί) και τέλος, η «φοβική-αποφευκτική συμπεριφορά» (όπου ο ασθενής επιλέγει καταστάσεις που θα τον βοηθήσουν σε μια ενδεχόμενη κρίση).

Η περιοχή του στελέχους και πιο ειδικά ο υπομέλας τόπος (στη γέφυρα) είναι υπεύθυνος για όλα τα αυτόνομα συμπτώματα της «κρίσης πανικού». Φαίνεται ότι ο υπομέλας τόπος (locus coeruleus, LC) έχει κατευθείαν εννευρώσεις με (α) οδούς της περιφέρειας, που προβάλλονται μέσω του πνευμονογαστρικού στο μονήρη πυρήνα (προμήκης), (β) με χημειουαίσθητους πυρήνες στο medullary reticulum, μεταξύ αυτών με το nucleus reticularis gigantocellularis (NRG) και (γ) με κατιούσες σεροτονεργικές συνδέσεις από τον πυρήνα της ραφής. Στα συμπεράσματα αυτά κατέληξαν συλλέγοντας τα ποικίλα αποτελέσματα πρόκλησης με ουσίες. Συγκεκριμένα, η υοχιμβίνη, ένας α2-αδρενεργικός ανταγωνιστής διεγείρει τον LC, ενώ συγχρόνως παρατηρείται αύξηση της MHPG, ενώ η κλονιδίνη, ένας α2-αδρενεργικός αγωνιστής μειώνει την ερεθισιμότητα του LC και τα επίπεδα MHPG στους ασθενείς με διαταραχή πανικού. Η εισπνοή CO₂ και έγχυση γαλακτικού νατρίου προκαλούν συχνότερα στους ασθενείς αυτούς κρίσεις πανικού, που μοιάζουν με τις φυσικές. Θεωρείται ότι οι χημειούποδοχείς του προμήκη ερεθίζονται από το CO₂, ερεθίζουν με τη σειρά τους το NRG, ο οποίος με τη σειρά του ερεθίζει τον LC. Όσον αφορά την εμπλοκή της περιοχής της ραχιαίας ραφής και των σεροτονινεργικών νευρώνων, αρκετοί παράγοντες όπως η χλωρομιπραμίνη, η ζιμελιδίνη, η L-5-υδροξυτρυπτοφάνη και η φλουοξετίνη μπλοκάρουν τις κρίσεις πανικού, ενώ ο σεροτονικός αγωνιστής μεθυλ-χλωροφαινυλ-πιπεραζίνη (MCPPE) έχει μια δόσοεξαρτώμενη δυνατότητα παραγωγής κρίσεων πανικού σε ασθενείς με διαταραχή πανικού, που σημαίνει ότι οι ασθενείς αυτοί έχουν διαφορετική ουδό στη MCPPE. Από τα παραπάνω φαίνεται ότι μια προσβολή πανικού μπορεί να ξεκινήσει

με ερεθισμό σε μια από τις τρεις περιοχές του στελέχους: τους προμηκικούς χημειοϋποδοχείς, το νοραδρενεργικό γεφυρικό LC ή τη σεροτονινεργική μεσεγκεφαλική ραχιαία ραφή. Συνδυασμός αυτών μπορεί να υπάρχει, αφού προμηκικοί και μεσεγκεφαλικοί πυρήνες της ραφής έχουν κατευθείαν εννεύρωση με τον LC.

Το «άγχος αναμονής» για την κρίση φαίνεται να έχει την έδρα του στο λιμπικό σύστημα. Η ικανότητα της κρίσης να προκαλεί γενικευμένο άγχος, μπορεί να θεωρηθεί ως ένα kindling φαινόμενο, που διαδραματίζεται στο λιμπικό λοβό με ερεθίσματα που έρχονται από το στέλεχος. Έχουν προταθεί συνδέσεις του LC και του μεσεγκεφάλου με το λιμπικό λοβό (μέσω του ανιόντος ραχιαίου δερμάτιου και του panta circuit, αντίστοιχα), που στηρίζουν το γεγονός αυτό. Οι βενζοδιαζεπίνες θεωρείται ότι δεν έχουν δράση κατευθείαν στην κρίση πανικού (τουλάχιστον σ' αυτήν που προκαλείται από το γαλακτικό νάτριο), έχουν όμως στο άγχος αναμονής και αυτό επιβεβαιώνεται από την πλούσια ύπαρξη θέσεων δέσμησης βενζοδιαζεπινών στην περιοχή του λιμπικού. Οι υψηλής ισχύος μάλιστα βενζοδιαζεπίνες (αλπραζολάμη-κλοναζεπάμη) φαίνεται να έχουν καλύτερα αντιπανικά αποτελέσματα. Εδώ θα πρέπει να σημειωθεί ότι η υποξία, που πιθανό να οφείλεται σε μειωμένη αιμάτωση-εγκεφαλική ροή λόγω της υποκαπνίας που δημιουργείται από την υπέρπνοια στη διάρκεια της κρίσης πανικού, ερεθίζει μέχρι ενός σημείου το λιμπικό λοβό. Η ζάλη και ο αποπροσανατολισμός που παρατηρούνται στη διάρκεια της κρίσης οφείλονται μάλλον σ' αυτόν το μηχανισμό.

Τέλος, ο προμετωπιαίος λοβός είναι πιθανά η έδρα της φοβικής-αποφευκτικής συμπεριφοράς. Η φοβική αποφυγή δε φαίνεται να περιορίζεται μόνο στα ανώτερα θηλαστικά. Εκτεταμένα πειράματα στην Aplysia έδειξαν ότι υπάρχει τουλάχιστον κάποια μνήμη, που διαβαθμίζεται μετά από συγκεκριμένα ερεθίσματα σε ποικίλους χρόνους. Η φοβική συμπεριφορά είναι πράγματι ένα μαθημένο φαινόμενο. Κλινικά, το μπλοκάρισμα των κρίσεων πανικού δε σταματάει απαραίτητα τη φοβική συμπεριφορά, ενώ οι συμπεριφεριολόγοι συνδυάζουν τεχνικές χαλάρωσης και απευαισθητοποίησης, με σκοπό να μειώσουν το άγχος αναμονής τη στιγμή της έκθεσης στο φοβικό αντικείμενο. Υποστηρίζεται ότι ανατομικά υπάρχει ένας κλειστός βρόγχος, που συνδέει τα φαινόμενα έναρξης του πανικού, την εμπλοκή του λιμπικού και τη μάθηση της φοβικής συμπεριφοράς. Αυτός είναι, από τη μια το ανιόν ραχιαίο δερμάτιο, που ξεκινά από τον LC και την προμηκική δικτυωτή περιοχή και καταλήγει στο λιμπικό λοβό και στην προμετωπιαία περιοχή και από την άλλη η φλοιοδουκτιωτή οδός, που ξεκινάει από την προμετωπιαία περιοχή και καταλήγει σε πυρήνες της γέφυρας και στο NRG.

Συμπερασματικά, σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, διαφορετικές θεραπείες για τη

διαταραχή πανικού και την αγοραφοβία επηρεάζουν, όχι μόνο διαφορετικές περιοχές της νόσου, αλλά και διαφορετικές περιοχές του ΚΝΣ. Φαίνεται λοιπόν ότι: (α) τα αντιπανικά φάρμακα (ιμιπραμίνη, φαινελζίνη, αλπραζολάμη) μπλοκάρουν την προσβολή πανικού στο επίπεδο του στελέχους, (β) οι τεχνικές χαλάρωσης, η εξάσκηση της αναπνοής και οι βενζοδιαζεπίνες μπλοκάρουν το άγχος αναμονής και (γ) η απευαισθητοποίηση και οι γνωσιακές θεραπείες μειώνουν τη φοβική-αποφευκτική συμπεριφορά. Εννοείται ότι η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία έχει θέση εδώ, αφού ένα «σήμα άγχους» που γεννιέται από ασυνείδητες συγκρούσεις, όπως ορίστηκε από τον Φρόυντ, μπορεί να οδηγήσει σε προσβολή πανικού, όπως, με παρόμοιο τρόπο μαθημένες συσχετίσεις και καταστροφικές γνωσίες προκαλούν πανικό ερεθίζοντας τελικά το στέλεχος.

Επιπλέον, τα επιδημιολογικά αποτελέσματα για τη διαταραχή πανικού, που δείχνουν μια αυξημένη επικράτηση ανάμεσα στην ηλικία των 18–40, τείνουν να εξηγηθούν με την υπόθεση ότι το NE σύστημα δεν έχει αναπτυχθεί μέχρι την εφηβεία. Η σχετική με την ηλικία πτώση της απαντητικότητας του NE συστήματος περιλαμβάνει την απώλεια NE νευρώνων στον LC, την απώλεια NE υποδοχέων και της μετασυναπτικής ευαισθησίας στη NE, τη μείωση της δραστηριότητας του LC και των επιπέδων NE στον εγκέφαλο, την αύξηση της MAO και τη μειωμένη απαντητικότητα σε ερεθίσματα που διεγείρουν τον LC. Οι αλλαγές αυτές του NE συστήματος με την ηλικία, ίσως είναι η βάση των παρατηρούμενων, σχετικών με την ηλικία, αλλαγών της διαταραχής πανικού.

Το άγχος σε ορμονικό επίπεδο

Οι τρεις κυριότερες ορμόνες που εμπλέκονται στο stress είναι οι κατεχολαμίνες (CA), η αδρενοκορτικοτροπίνη (ACTH) και τα γλυκοκορτικοειδή. Είναι γνωστό ότι η έκκριση της ACTH από την υπόφυση βρίσκεται κάτω από τον έλεγχο ενός πεπτιδίου, του παράγοντα που εκκρίνει κορτικοτροπίνη, που έρχεται από τον υποθάλαμο. Η ACTH, που εκκρίνεται από την υπόφυση, ερεθίζει τα επινεφρίδια συνθέτοντας γλυκοκορτικοειδή. Τα γλυκοκορτικοειδή ελευθερώνονται στο αίμα, αναστέλλοντας τη σύνθεση ή έκκριση της ACTH από την υπόφυση, μέσω αρνητικού μηχανισμού αντίδρασης. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι οι CA μπορούν επίσης να εκκρίνουν ACTH από την υπόφυση, μέσα από τον απευθείας ερεθισμό των β-αδρενεργικών υποδοχέων που βρίσκονται στον αδένα. Η μέσα από το β-αδρενεργικό σύστημα ελευθερούμενη ACTH από την πρόσθια υπόφυση, μπορεί να μπλοκαριστεί από τα γλυκοκορτικοειδή ή και τη σωματοστατίνη (SRIF). Είναι γενικά αποδεκτό, ότι η νευροενδοκρινική απάντηση σε στρεσογόνα ερεθίσματα είναι η αύξηση των επινεφριδιακών ορμονών στη γενική κυκλοφορία, δηλαδή των κατεχολαμινών, της

επινεφρίνης και νορεπινεφρίνης από τη μυελώδη μοίρα των επινεφριδίων και των γλυκοκορτικοειδών (κύρια κορτιζόλη και κορτικοστερόνη) από τη φλοιώδη μοίρα. Το νόημα της αύξησης των, με διαφορετική δράση, ουσιών αυτών μπορεί να εκτιμηθεί μόνο στα πλαίσια της γενικής προσαρμογής του οργανισμού. Αυτό είναι μια παλιά γνώση και σήμερα δύσκολα θα μπορούσε να περιγραφεί με διαφορετικούς όρους.¹⁴ Αφού ο ερεθισμός για επινεφριδιακή παραγωγή ορμονών έχει να κάνει με τη συμπαθητική εννεύρωση της μυελώδους μοίρας και με την προσέγγιση της ACTH στη φλοιώδη μοίρα, η εμπλοκή του υποθαλάμου, ως ένα κέντρο που διαβαθμίζει την προσαρμοστική απάντηση, φαίνεται λογική. Το στρεσογόνο ερέθισμα συγκλίνει στις υποθαλαμικές δομές, καταλήγοντας σε ανακλαστική συμπαθητική έκκριση ή σε αύξηση του υποθαλαμικού CRF, που κινητοποιεί την υποφυσιακή ACTH. Πράγματι, την απάντηση μπορούμε να τη δούμε μετρώντας τα επίπεδα κορτικοστεροειδών πλάσματος ή τα επίπεδα κατεχολαμινών ή στεροειδών στα ούρα. Όμως, είναι γνωστό ότι το stress εμπλέκεται και σε άλλα φυσιολογικά συστήματα (π.χ. αναπαραγωγικό, αυξητικό ισοζύγιο ύδατος), γεγονός που δείχνει ότι συμβαίνουν διαταραχές και σε άλλα ενδοκρινικά συστήματα.

Όταν έγινε δυνατό να μετρώνται στο πλάσμα τα πεπτίδια της υπόφυσης, φάνηκε ότι και άλλες ορμόνες, εκτός της ACTH, μπορεί να εκκρίνονται κατά το stress:

α. Πεπτίδια προερχόμενα από την προ-οπιομελανοκορτίνη (POMC). Η ACTH παράγεται από την πρόδρομο ουσία POMC, από την οποία επίσης παράγονται δύο άλλα πεπτίδια (β -LPH και α -MSH) τα οποία φαίνεται να αυξάνονται σε περίπτωση stress, όπως και η ACTH. Η POMC παράγεται από κορτικοτρόπα κύτταρα του οπίσθιου λοβού της υπόφυσης και από μελανότροπα κύτταρα του μέσου λοβού. Από τον πρόσθιο λοβό παράγονται η ACTH και β -LPH, ενώ από το μέσο λοβό η MSH και η β -ενδορφίνη (β -END). Ο πρόσθιος λοβός ερεθίζεται από τον CRF και αναστέλλεται από τους μηχανισμούς ανάδρασης των κορτικοστεροειδών, ενώ αντίθετα ο μέσος λοβός ερεθίζεται από την επινεφρίνη και αναστέλλεται από ντοπαμινική εννεύρωση.

β. Βαζοπρεσσίνη (AVP). Η ορμόνη αυτή του οπίσθιου λοβού έχει από παλιά θεωρηθεί ως παράγοντας που ελέγχει την έκκριση ACTH και επιπλέον, ότι το stress σχετίζεται με την αντιδιούρηση. Τα τελευταία δεδομένα όμως δείχνουν ότι με ορισμένα τουλάχιστον στρεσογόνα ερεθίσματα υπάρχει μείωση της έκκρισης βαζοπρεσσίνης, ενώ υπάρχουν ενδείξεις ότι η β -ενδορφίνη είναι υπεύθυνη για την αναστολή της έκκρισής της. Παραμένει για διευκρίνηση το αν η βαζοπρεσσίνη, που εκκρίνεται από κύτταρα του παρακοιλιακού πυρήνα, απαντά στα ερεθίσματα με τον ίδιο τρόπο που δρα η CRF, δηλαδή, να ρυθμίζει την έκκριση της ACTH στην πρόσθια υπόφυση.

γ. Προλακτίνη. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει αύξηση της προλακτίνης στο πλάσμα,

μετά από στρεσογόνα ερεθίσματα. Αφού η προλακτίνη είναι ορμόνη του πρόσθιου λοβού κάτω από ντοπαμινική εννεύρωση (όπως και αυτές του μέσου λοβού), το ντοπαμινικό σύστημα φαίνεται να σχετίζεται με το stress και την έκκριση του πεπτιδίου.

δ. Γοναδοτροπίνες. Η FSH, αλλά κυρίως η LH φαίνεται να αυξάνονται στη διάρκεια του stress, ενώ στο χρόνιο stress παρατηρείται πιο συχνά αναστολή του υποφυσιογοναδικού συστήματος, με μείωση των γοναδικών στεροειδών. Δεν είναι ξεκάθαρο κατά πόσον η προλακτίνη εμπλέκεται εδώ.

ε. Αυξητική ορμόνη (GH). Οι έρευνες στα ζώα έδειξαν αντικρουόμενα αποτελέσματα. Επίσης, η αναστολή της έκκρισής της σχετίστηκε με την αύξηση της σωματοστατίνης, ενώ το ντοπαμινικό σύστημα φαίνεται να σχετίζεται με την έκκρισή της.

στ. Θυρεοειδοτρόπος (TSH). Οι περισσότερες μελέτες έδειξαν αναστολή της έκκρισης της TSH μετά από stress (εκτός του ψύχους), τα αποτελέσματα όμως είναι γενικά, αντικρουόμενα.

Φαρμακευτική θεραπεία του άγχους

Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής περιλαμβάνουν φαρμακοθεραπεία και ψυχοθεραπεία, όπως προσανατολισμένη στο εγώ καθώς και γνωσιακές-συμπεριφορικές τεχνικές. Η φαρμακολογική θεραπεία επικεντρώνεται στις βενζοδιαζεπίνες, τη βουσπιρόνη, στα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs), όπως χλωμιπραμίνη (Anafranil), αμυτριπτιλίνη (Saroten), στους εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs), όπως παροξετίνη (Seroxat), σεραλίνη (Zoloft), σιταλοπράμη (Seropram), εσιταλοπράμη (Cipralex, Entact), φλουβοξαμίνη (Dumyrox). και φλουοξετίνη (Ladose) στα άτυπα αντικαταθλιπτικά, όπως νεφαζοδόνη (Nefirel), μιρταζαπίνη (Remeron) και στους αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης & νορεπινεφρίνης (SNRIs), όπως βενλαφαξίνη (Efexor). Μερικές μελέτες βρήκαν ίδια αποτελεσματικότητα για αλπραζολάμη (Xanax) και ιμιπραμίνη (Tofranil*), με την αλπραζολάμη να είναι πιο αποτελεσματική στην αντιμετώπιση των σωματικών συμπτωμάτων και την ιμιπραμίνη των ψυχικών συμπτωμάτων. Οι SSRIs και οι SNRIs έχουν πιο ευνοϊκό προφίλ παρενεργειών, σε σύγκριση με τα τρικυκλικά και η εμπειρία μας έδειξε επίσης ότι οι ασθενείς ανέχονται καλύτερα τους SSRIs και τους SNRIs, με συνέπεια την καλύτερη συμμόρφωση με τη θεραπεία.

Η θεραπεία της Διαταραχής Πανικού περιλαμβάνει γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία και φαρμακοθεραπεία. Στις απλές θεραπευτικές δοκιμές η άμεση ανταπόκριση κυμαίνεται από 50% έως 60%. Οι θεραπείες με στόχο την άμεση ανταπόκριση περιλαμβάνουν τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs), όπως ιμιπραμίνη, τις υψηλής ισχύος βενζοδιαζεπίνες, όπως αλπραζολάμη (Xanax) και κλοναζεπάμη (Rivotril), τους αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAOIs) και τους εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs), όπως φλουοξετίνη (Ladose), παροξετίνη (Seroxat), σιταλοπράμη (Seropram), σερταλίνη (Zoloft), εσιταλοπράμη (Cipralex, Entact) και φλουβοξαμίνη (Dumyrox). Μπορεί επίσης να είναι απαραίτητο στην οξεία φάση να αντιμετωπίσουμε τον ασθενή συγχորηγώντας για λίγες ημέρες μία βενζοδιαζεπίνη. Πλήρης ύφεση των κρίσεων πανικού με τα αντικαταθλιπτικά συνήθως απαιτεί 4 έως 8 εβδομάδες θεραπείας. Η θεραπεία συνήθως συνιστάται για τουλάχιστον 6 μήνες ώστε να προληφθεί η πρώιμη υποτροπή. Δυστυχώς η θεραπεία της οξείας φάσης δεν οδηγεί συνήθως σε μακροχρόνια ύφεση. Σε επανέλεγχο μετά από 1 έως 4 χρόνια μετά την αντιμετώπιση της οξείας φάσης με ιμιπραμίνη βρέθηκε ότι το 80% των ασθενών είχαν συμπτώματα. Σε επανέλεγχο μετά από 3 χρόνια αντιμετώπισης της οξείας φάσης με διαζεπάμη, αλπραζολάμη ή εικονικό φάρμακο, 60% έδειξαν εξακολούθηση των συμπτωμάτων. Συνεπώς, η θεραπεία συντήρησης πιθανόν να ενδείκνυται για πολλούς ασθενείς με διαταραχή πανικού. Θα πρέπει να εξετάζονται σε αραιά διαστήματα ώστε να μειώνεται η δόση στα ελάχιστα εκείνα επίπεδα στα οποία ο ασθενής είναι ασυμπτωματικός.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ

Κλινική εικόνα Κατάθλιψης

Μία ψυχολογική κρίση, απότοκη ενός ψυχικού τραύματος, μπορεί να προκαλέσει παρατεταμένη καταθλιπτική συμπτωματολογία. Τα άτομα που παραπονούνται για κατάθλιψη συχνά αναφέρονται σε μια επίμονη αίσθηση κατάπτωσης ή θλίψης, ή έλλειψη ενδιαφέροντος ή ικανοποίησης (ανηδονία). Εντούτοις, πολλά άτομα με κατάθλιψη δεν αναγνωρίζουν στον εαυτό τους την κατάθλιψη. Αυτό συμβαίνει ιδιαίτερα στα άτομα με νοητική υστέρηση, στα παιδιά, στους εφήβους και στο γηριατρικό πληθυσμό. Τα άτομα αυτά είτε παρουσιάζουν οξυθυμία είτε αναφέρεται από άλλους ότι βρίσκονται σε κατάθλιψη ή ότι έχουν χάσει το ενδιαφέρον τους για ζωή γιατί είναι συχνά δακρυσμένα η λυπημένα ή δεν συμμετέχουν σε δραστηριότητες που, υπό άλλες συνθήκες θα τους προκαλούσαν ευχαρίστηση. Υπάρχουν, όμως, κι άλλα συμπτώματα που συχνά συνοδεύουν την καταθλιπτική διάθεση ή την ανηδονία, που μάλιστα μπορεί να αναφερθούν από τον ασθενή στην πρώτη συνέντευξη. Οι διαταραχές του ύπνου και της όρεξης, τα οποία εμφανίζονται είτε σε ελάχιστο είτε σε υπερβολικό βαθμό, είναι συνηθισμένες. Αλλαγή του βάρους κατά τουλάχιστον 5% μέσα σε ένα μήνα, μπορεί επίσης να συνοδεύει τέτοια συμπτώματα. Οι ασθενείς με κλινικά διαγνωσμένη κατάθλιψη μπορεί επίσης να παραπνευθούν για σχεδόν καθημερινή έλλειψη ενεργητικότητας ή κόπωση, μείωση της ικανότητας συγκέντρωσης και μειωμένη ικανότητα λήψης αποφάσεων. Οι ασθενείς μπορεί να βρίσκονται σε ένταση ή αναστάτωση, ή αντίθετα να έχουν επιβραδυσμένη κινητικότητα. Πολλοί έχουν μειωμένη αυτοεκτίμηση ή νιώθουν υπερβολικές ενοχές και τείνουν να ανακυκλώνουν τα πράγματα: δεν πρόκειται για μια απλή επιτίμηση του εαυτού τους. Επιπλέον, ασθενείς με συνοσηρότητα που παίρνουν παράλληλες φαρμακευτικές αγωγές μπορεί επίσης να εμφανίσουν συμπτώματα παρόμοια με αυτά της κατάθλιψης. (π.χ. αϋπνία, χάσιμο βάρους, κόπωση), πράγμα που περιπλέκει την κατάσταση.

Είναι πολύ σημαντικό ο κλινικός να καταλήξει εάν ο ασθενής έχει επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου (και όχι μόνο φόβο του θανάτου), αν έχει παθητικό αυτοκτονικό ιδεασμό (δηλαδή σκέψεις αυτοκτονίας χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο, ή αν προτιμά να είχε πεθάνει παρά να είναι ζωντανός), ή αν ο ασθενής έχει ενεργό αυτοκτονικό ιδεασμό (δηλαδή συγκεκριμένο σχέδιο αυτοκτονίας ή απόπειρα στο παρελθόν). Η πιο επικίνδυνη στιγμή για τους αυτοκτονικούς ασθενείς είναι όταν αρχίζουν να αισθάνονται περισσότερο ενεργητικοί αλλά εξακολουθούν να έχουν σκέψεις αυτοκτονίας. Η περίοδος αυτή είναι διανύεται συχνότατα κατά την αρχική

θεραπεία και αμέσως μετά το εξιτήριο για όσους ασθενείς έχουν νοσηλευτεί. Το 50% περίπου των ατόμων που αυτοκτονούν έχουν πρότερη διάγνωση κατάθλιψης. Πρώιμοι παράγοντες που αυξάνουν την επικινδυνότητα στους καταθλιπτικούς ασθενείς είναι οι κρίσεις πανικού, ψυχικό άγχος, ανηδονία, χρήση ουσιών και επίμονη αϋπνία. Οι μακροπρόθεσμοι παράγοντες επικινδυνότητας περιλαμβάνουν την απελπισία, τον αυτοκτονικό ιδεασμό και την ύπαρξη προηγούμενων αποπειρών.

Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή, προσβάλλει ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού. Ο δια βίου επιπολασμός κυμαίνεται από 10% έως 25% στις γυναίκες και από 5% έως 12% στους άντρες. Αυτά τα ποσοστά είναι ανεξάρτητα από την εθνικότητα, τη μόρφωση, το εισόδημα και την οικογενειακή κατάσταση. Η μείζων κατάθλιψη έχει υψηλό δείκτη θνησιμότητας: μέχρι και 15 % των ασθενών αυτοκτονούν. Η μείζων κατάθλιψη μπορεί να ξεκινήσει σε οποιαδήποτε ηλικία, αλλά η μέση ηλικία έναρξης είναι περίπου τα 25 έτη. Η πορεία της υποτροπιάζουσας μείζονος κατάθλιψης ποικίλλει. Κάποιοι ασθενείς έχουν μεμονωμένα επεισόδια μεταξύ των οποίων μεσολαβούν πολλά χρόνια, άλλοι βιώνουν ομάδες επεισοδίων και άλλοι έχουν ένα προοδευτικά αυξανόμενο αριθμό επεισοδίων, μεγαλώνοντας. Περίπου οι μισοί από τους ασθενείς με ένα μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο έχουν και ένα δεύτερο. Τα άτομα που έχουν δύο επεισόδια έχουν 70% πιθανότητα να έχουν και τρίτο. Επιπλέον, 5% έως 10% των ασθενών με μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο στην πορεία εμφανίζουν μανιακό επεισόδιο (π.χ. διπολική ή μανιοκαταθλιπτική διαταραχή). Τα συμπτώματα του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου μπορούν να αναπτυχθούν μέσα σε μέρες ή εβδομάδες, ενώ τα πρόδρομα συμπτώματα όπως το άγχος και τα ήπια καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να διαρκέσουν εβδομάδες ή και μήνες. Ένα επεισόδιο που δεν έχει αντιμετωπιστεί συνήθως διαρκεί τουλάχιστον έξι μήνες ανεξάρτητα με την ηλικία έναρξης. Οι περισσότεροι ασθενείς παρουσιάζουν πλήρη ύφεση. Στο 20 έως 30% των περιπτώσεων η ύφεση είναι μόνο μερική και στο 5% έως 10% το μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο μπορεί να διαρκέσει για 2 ή περισσότερα χρόνια.

Φαρμακευτική θεραπεία κατάθλιψης

Βραχυχρόνιες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, όπως η γνωσιακή και η διαπροσωπική θεραπεία, έχουν αποδειχθεί εξίσου αποτελεσματικές με τις φαρμακευτικές θεραπείες στις ήπιες μορφές κατάθλιψης. Όμως, οι πιο βαριές καταθλίψεις ανταποκρίνονται καλύτερα στη φαρμακοθεραπεία (τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά –TCAs-, όπως χλωμιπραμίνη –Anafranil-, αμυτριπτιλίνη –Saroten-,

εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης –SSRIs-, όπως παροξετίνη – Seroxat-, σερταλίνη –Zoloft-, σιταλοπράμη –Seropram-, εσιταλοπράμη –Cipralex, Entact-, φλουβοξαμίνη –Dumyrox- και φλουοξετίνη –Ladose-, άτυπα αντικαταθλιπτικά, όπως νεφαζοδόνη –Nefirel-, μιρταζαπίνη –Remeron- και αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης & νορεπινεφρίνης –SNRIs-, όπως βενλαφαξίνη –Efexor-). Το 60% έως 80% των ασθενών με μείζονα κατάθλιψη ανταποκρίνεται σε μία και μόνη φαρμακοθεραπεία, σε επαρκή δόση, διάρκειας τουλάχιστον 6 εβδομάδων. Από τους υπόλοιπους, οι περισσότεροι θα έχουν τουλάχιστον μια μερική ανταπόκριση. Το 10% -15% των ασθενών δεν βελτιώνονται επαρκώς. Για όσους δεν ανταποκρίνονται πλήρως στην πρώτη φαρμακευτική προσπάθεια ο συνδυασμός φαρμάκων ή η αλλαγή σε διαφορετικό φάρμακο είναι συχνά αποδοτική. Οι περισσότεροι ασθενείς που είναι ανθεκτικοί στη φαρμακευτική θεραπεία συχνά ανταποκρίνονται στο ECT. Πολλοί ασθενείς που θεωρούνται ανθιστάμενοι στη φαρμακευτική αγωγή, συχνά δεν την έχουν λάβει σε επαρκή δόση ή διάρκεια. Επίσης, ασθενείς με συνυπάρχουσες ψυχιατρικές διαταραχές, όπως διαταραχές προσωπικότητας ή ψυχωτικές διαταραχές έχουν χαμηλότερη συχνότητα ανταπόκρισης.

Οι περισσότεροι από τους ασθενείς που πάσχουν από μείζονα κατάθλιψη με ψυχωτικά στοιχεία ανταποκρίνονται καλύτερα σε συνδυασμό ενός αντικαταθλιπτικού και ενός αντιψυχωτικού (70%-80%), από ότι αν αντιμετωπιστούν με ένα μόνο από αυτά (30%-50%). Η άτυπη κατάθλιψη (που χαρακτηρίζεται από αναστροφή των ζωτικών συμπτωμάτων όπως αυξημένος ύπνος και όρεξη, ευαισθησία στην απόρριψη και έντονο άγχος) ανταποκρίνεται καλύτερα στους αναστολείς της μονοαμινικής οξειδάσης (MAOIs) ή στους εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) σε σχέση με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs). Οι πιο βαριές καταθλίψεις σε νοσοκομειακούς ασθενείς τείνουν να ανταποκρίνονται καλύτερα στα τρικυκλικά ή σε ουσίες που επηρεάζουν τόσο τη σεροτονίνη όσο και τη νορεπινεφρίνη (π.χ βενλαφαξίνη – Efexor-), σε σχέση με τους SSRIs. Στους εξωνοσοκομειακούς ασθενείς καμία ομάδα αντικαταθλιπτικών δεν έχει δείξει κάποιο ιδιαίτερο πλεονέκτημα ως προς την αποτελεσματικότητα. Τα περισσότερα από τα παλιά φάρμακα, όπως οι MAOIs και τα TCAs έχουν λιγότερο ευνοϊκό προφίλ παρενεργειών σε σχέση με τα νέα φάρμακα όπως τα SSRIs, τους αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης – νορεπινεφρίνης (SNRIs), και τα άτυπα αντικαταθλιπτικά. Όμως, οι MAOIs και τα TCAs θα πρέπει να αρχίζουν σε χαμηλότερες δόσεις και να αυξάνονται σταδιακά μέχρι την τελική δόση. Από την άλλη πλευρά, πολλοί SSRIs και SNRIs μπορούν να αρχίσουν με την αποτελεσματική δόση. Για κάποια αντικαταθλιπτικά τα επίπεδα στο αίμα μπορούν να υπολογιστούν

ώστε να ελεγχθεί η συμμόρφωση του ασθενή ή να εκτιμηθεί η τοξικότητα και οι παρενέργειες. Όμως, τα επίπεδα αίματος μόνο λίγων αντικαταθλιπτικών (π.χ. νορτριπτιλίνη [Nortrilen], ιμιπραμίνη [Tofranil] και δεσιπραμίνη [Trittico]) σχετίζονται με τη θεραπευτική ανταπόκριση.

Τα αποτελέσματα των περισσότερων αντικαταθλιπτικών θεραπειών εξελίσσονται αργά μέσα σε αρκετές ημέρες ή εβδομάδες. Μία επαρκής θεραπεία θα περιλάμβανε την κατάλληλη δόση για τουλάχιστον 3-6 εβδομάδες. Εάν η ανταπόκριση είναι ανεπαρκής, μπορεί να είναι αποτελεσματική η αλλαγή σε ένα διαφορετικό αντικαταθλιπτικό (μετά από περίοδο διακοπής, αν είναι δυνατόν) ή η ενδυνάμωση του αντικαταθλιπτικού με κάποιον άλλο παράγοντα όπως έναν σταθεροποιητή του συναισθήματος (π.χ. λίθιο [Milithin, Priadel, Lithiofor]), μια θυροειδική ορμόνη (π.χ. λιοθυρονίνη [T3]), κάποιο άλλο αντικαταθλιπτικό (π.χ. συνδυασμός SSRI με αναστολέα επαναπρόσληψης νορεπινεφρίνης ή ντοπαμίνης) ή βουσπιρόνη (Bespar ένας 5-HT_{1A} αγωνιστής). Ασθενείς που παρόλα αυτά δεν ανταποκρίνονται θα πρέπει να επανεκτιμηθούν ως προς την αρχική διάγνωση ή την παρουσία συνοσηρότητας, η οποία θα μπορούσε να επιπλέξει την έκβαση της θεραπείας. Από τη στιγμή που ο ασθενής περιέλθει σε πλήρη ύφεση συνιστάται θεραπεία συντήρησης για τουλάχιστον 6 μήνες ώστε να μειωθεί η πιθανότητα υποτροπής. Όμως, λόγω της ιδιότητας της μείζονος κατάθλιψης να υποτροπιάζει, ενδείκνυται η προληπτική (μακροπρόθεσμη) θεραπεία ειδικότερα σε ασθενείς με περισσότερα από 2 προηγούμενα καταθλιπτικά επεισόδια. Επίσης, η θεραπεία συντήρησης με πλήρη δόση (π.χ. με την ίδια δόση που απαιτείται για να υφεθεί ένα οξύ επεισόδιο) παρατηρήθηκε ότι σε πολλές περιπτώσεις είναι αποτελεσματικότερη κατά της υποτροπής από θεραπείες με μικρότερη δόση.

Συνδυασμοί αντικαταθλιπτικών μπορεί να χρησιμοποιηθούν για την αντιμετώπιση της ανθιστάμενης κατάθλιψης. Συνήθως συνδυάζονται αντικαταθλιπτικά από 2 διαφορετικές ομάδες, ώστε να μεγιστοποιηθεί το αποτέλεσμα, στοχεύοντας σε διαφορετικά νευρομεταβιβαστικά συστήματα. Συνδυάζοντας 2 αντικαταθλιπτικά συνήθως αυξάνονται τα επίπεδα του ενός ή και των δύο, γεγονός που καθιστά αναγκαία την παρακολούθηση των επιπέδων, ιδιαίτερα μάλιστα εάν πρόκειται για TCAs όπου χρειάζεται να προλάβουμε ανεπιθύμητες και τοξικές επιδράσεις, όπως τις επιληπτικές κρίσεις. Αναφορές περιστατικών και ανοικτές δοκιμές έδειξαν ότι ο συνδυασμός ενός TCA με έναν SSRI ήταν αποτελεσματικός στην αντιμετώπιση ανθιστάμενης στη θεραπεία κατάθλιψης. Περισσότερες μελέτες χρειάζονται ώστε να ελεγχθεί η αποτελεσματικότητα των συνδυασμών και οι μακροχρόνιες συνέπειες. Συνδυασμοί ενός SSRI με βουπροπιόνη ή μιρταζαπίνη (Remeron) αναφέρθηκαν επίσης σαν ιδιαίτερα χρήσιμοι.

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς ανέχονται γενικά τις παρενέργειες των εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs), των αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνη-νορεπινεφρίνη (SNRIs), και των άλλων άτυπων αντικαταθλιπτικών, πολύ καλύτερα από τις παρενέργειες των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών (TCAs) και των αναστολέων της μονοαμινοξειδάσης (MAOIs). Οι ασθενείς αυτοί τείνουν να είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι στις αντιχολινεργικές επιδράσεις, οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν δυσκοιλιότητα, κατακράτηση ούρων, και ντελίριο και στις αδρενεργικές επιδράσεις, οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν ορθοστατική υπόταση και συνεπώς πτώσεις στο έδαφος. Επιπρόσθετα, επειδή τα TCAs είναι τύπου 1A αντιαρρυθμικά, αντενδείκνυνται σε ασθενείς με γνωστή καρδιακή νόσο επειδή θα διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για ανάπτυξη προβλημάτων αγωγιμότητας. Επίσης, οι γηριατρικοί ασθενείς μπορεί να είναι γενικά περισσότερο ευαίσθητοι στις καρδιολογικές παρενέργειες από τη χρήση TCAs. Οι πλέον προβληματικές παρενέργειες των σεροτονεργικών φαρμάκων είναι η ευερεθιστότητα και η απώλεια βάρους. Τέλος, οι πιο βαριές καταθλίψεις με μελαγχολικά και ψυχωτικά στοιχεία δεν απαντούν τόσο καλά στα νεώτερα αντικαταθλιπτικά όπως απαντούν στα TCAs ή τα SNRIs. Στις περιπτώσεις αυτές, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία με την κατάλληλη ιατρική υποστήριξη παραμένει μία ασφαλής και αποτελεσματική θεραπεία για τους ηλικιωμένους ασθενείς, ειδικότερα αυτούς με βαριά ψυχωτική κατάθλιψη. Οι δόσεις έναρξης στους γηριατρικούς ασθενείς είναι πολύ χαμηλότερες από ότι στους υγιείς νεώτερους. Επίσης, ο ρυθμός αύξησης της δόσης και το εύρος της θεραπευτικής δόσης είναι χαμηλότερος.

Οι μελέτες τερατογένεσης από τη χρήση αντικαταθλιπτικών κατά την εγκυμοσύνη είναι περιορισμένες. Επειδή υπάρχει μεγαλύτερη κλινική εμπειρία με τα TCAs, εάν ένας ασθενής χρειάζεται να λάβει αγωγή στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, είναι καλύτερο να προτιμηθούν τα TCAs, έναντι των νεώτερων αντικαταθλιπτικών. Δεν βρέθηκε αυξημένος κίνδυνος για ανάπτυξη συγγενών διαμαρτιών μετά από χρήση TCAs κατά την εγκυμοσύνη. Έχουν αναφερθεί μεμονωμένα περιστατικά νεογνών με σημεία απόσυρσης μετά από χρήση TCAs στην περίοδο εγγύς του τοκετού. Τα συμπτώματα αυτά περιλαμβάνουν ευερεθιστότητα και εκνευρισμό. Μελέτες με χρήση φλουοξετίνης (Ladose), φλουβοξαμίνης (Dumyrox), παροξετίνης (Seroxat) και σεραλίνης (Zolof), χορηγούμενες στις συνιστώμενες δόσεις, δεν έδειξαν να αυξάνουν τον κίνδυνο τερατογένεσης.

ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Κλινικές εκδηλώσεις

Περίπου το 1% του πληθυσμού αναπτύσσει σχιζοφρένεια κατά τη διάρκεια της ζωής του. Κατά την διάρκεια ενός έτους περίπου 0,12 ανά 1000 άτομα θα εμφανίσουν για πρώτη φορά σχιζοφρένεια. Στον Ελληνικό πληθυσμό λοιπόν, κάθε χρόνο περιμένουμε ότι 1200 περίπου άτομα θα εμφανίσουν για πρώτη φορά σχιζοφρένεια, 25000 - 50000 άτομα πάσχουν από αυτή μια δεδομένη χρονική στιγμή, ενώ 100.000 περίπου Έλληνες θα αναπτύξουν σχιζοφρένεια κατά την διάρκεια της ζωής τους. Η διαταραχή εμφανίζεται το ίδιο συχνά σε άντρες και γυναίκες, αλλά η ηλικία εμφάνισης των πρώτων ψυχωτικών εκδηλώσεων στους άντρες είναι πιο συχνά μεταξύ 15 - 25 ετών και στις γυναίκες μεταξύ 25 - 35 ετών. Η εμφάνιση της σχιζοφρένειας πριν την ηλικία των 10 ετών και μετά τα 50 είναι εξαιρετικά σπάνια. Λιγότερο φανερά συμπτώματα όπως η κοινωνική απομόνωση ή απόσυρση, ασυνήθιστη ομιλία ή σκέψη ή συμπεριφορά, μπορεί να προηγούνται των πρώτων ψυχωτικών συμπτωμάτων.

Τα συχνότερα και σημαντικότερα συμπτώματα της σχιζοφρένειας είναι οι ψευδαισθήσεις, τα παραληρήματα και η αποδιοργάνωση της σκέψης. Το άκουσμα φωνών που οι άλλοι άνθρωποι δεν ακούν είναι ο πιο συχνός τύπος ψευδαισθήσης στην σχιζοφρένεια. Οι φωνές αυτές μπορεί να σχολιάζουν τις ενέργειες του ασθενή, να μιλούν μεταξύ τους για τον ασθενή, να τον προειδοποιούν για επερχόμενους κινδύνους ή να δίνουν εντολές στον ασθενή για το τι να κάνει. Οι παραληρητικές ιδέες είναι πεποιθήσεις του ασθενή που είναι ψευδείς, δεν υπόκεινται στον έλεγχο της λογικής, παραμένουν παρά τις περί του αντιθέτου αποδείξεις και δεν αποτελούν μέρος του πολιτισμικού περιβάλλοντος του ασθενή. Οι παραληρητικές ιδέες είναι συχνές στην σχιζοφρένεια και μπορεί να έχουν διάφορα θέματα, όπως ιδέες μεγαλείου, ιδέες δίωξης, κ.λ.π. Τα παραληρήματα στη σχιζοφρένεια είναι εξαιρετικά παράξενα - για παράδειγμα, η πεποίθηση ότι οι γείτονες ελέγχουν την συμπεριφορά του ασθενή με την βοήθεια μαγνητικών κυμάτων, ή ότι οι παρουσιαστές της τηλεόρασης απευθύνουν ειδικά στον ασθενή ιδιαίτερα μηνύματα. Οι παραληρητικές ιδέες δίωξης, που είναι συχνές στην παρανοειδή σχιζοφρένεια, είναι ψευδείς πεποιθήσεις των ασθενών που πιστεύουν ότι άλλοι μπορεί να θέλουν το κακό τους,

ότι τους κλέβουν, ότι προσπαθούν να τους δηλητηριάσουν ή ότι συνωμοτούν εναντίον τους.

Μία από τις σημαντικότερες αιτίες των υψηλών ποσοστών υποτροπής είναι η έλλειψη συμμόρφωσης στη θεραπεία. Οι νοσηλευόμενοι ασθενείς έχουν ποσοστά μη συμμόρφωσης από 10 έως 30%, ενώ οι κοινοτικές δομές αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά που κυμαίνονται από 40 έως 50%. Σε κάποιες μελέτες το ποσοστό μη συμμόρφωσης στη θεραπεία στη διάρκεια ενός έτους μετά από το πρώτο επεισόδιο έφτασε το 59%. Το πραγματικό ποσοστό μη συμμόρφωσης πρέπει να είναι υψηλότερο, αφού οι μετρήσεις δεν υπολογίζουν τα άτομα που αρνούνται την αγωγή ή εγκαταλείπουν την παρακολούθηση. Η βιβλιογραφία αναφέρει ότι μόνο το ένα τρίτο των ασθενών με σχιζοφρένεια παρουσιάζουν πλήρη συμμόρφωση στη θεραπεία. Το άλλο τρίτο παρουσιάζει μερική συμμόρφωση, δηλαδή οι ασθενείς αυτοί θα μειώσουν τη δόση του συνταγογραφούμενου φαρμάκου ή μερικές φορές θα παραλείψουν να το πάρουν. Το υπόλοιπο ένα τρίτο των ασθενών δεν θα ακολουθήσουν καθόλου τις συνταγογραφούμενες οδηγίες. Επίσης, οι κλινικοί συχνά υπερεκτιμούν τη συμμόρφωση των ασθενών τους, αφού συχνά δεν θεωρούν την έλλειψη συμμόρφωση ως πιθανή εξήγηση της θεραπευτικής αποτυχίας. Παράγοντες της έλλειψης συμμόρφωσης που σχετίζονται με τον ασθενή είναι η ηλικία, η κοινωνική κατάσταση, και η στάση απέναντι στη νόσο και τη θεραπεία της. Παράγοντες που σχετίζονται με τη νόσο είναι η έλλειψη εναισθησίας, η συμπτωματολογία, η διάρκεια νόσου, και χρήση αλκοόλ και ουσιών. Παράγοντες που σχετίζονται με το γιατρό και τη θεραπεία είναι η παροχή πληροφόρησης, οι παρενέργειες του φαρμάκου και η σχέση με ασθενή. Στις στρατηγικές για την αποφυγή της μη συμμόρφωσης περιλαμβάνονται η εξασφάλιση στενής σχέσης γιατρού-ασθενή, η συνταγογράφηση μίας ή λίγων ημερήσιων δόσεων, η μονοθεραπεία, η άμεση αντιμετώπιση των παρενεργειών, και η χορήγηση άτυπων αντιψυχωτικών.

Φαρμακολογία υποδοχέων και σχιζοφρένεια

Εξετάζοντας τα διάφορα συστήματα των υποδοχέων και των νευροδιαβιβαστών στα οποία δρουν τα αντιψυχωτικά φάρμακα, είναι σημαντικό να είμαστε ενήμεροι ότι αυτά τα συστήματα είναι αλληλοεξαρτώμενα. Πρέπει να λάβουμε υπόψη τις σημαντικές διαφορές των φαρμακολογικών ιδιοτήτων που παρουσιάζουν οι φαρμακευτικοί

παραγόντες για να προσδιορίσουμε τις συνέπειες της αλλαγής των φαρμάκων (π.χ., ανεπιθύμητα αποτελέσματα απόσυρσης από την θεραπεία), τον επιπρόσθετο κίνδυνο παρενεργειών καθώς επίσης να στοχεύσουμε στην ανταπόκριση των συμπτωμάτων. Αν και η κατάληψη και ανταγωνιστική δράση των υποδοχέων της ντοπαμίνης D2 συνδέονται άμεσα με την αντιψυχωτική αποτελεσματικότητα, αυτό δεν είναι το μόνο εμπλεκόμενο σύστημα υποδοχέων που μπορεί να βελτιώσει την ψύχωση.

Ντοπαμινεργικοί D2 υποδοχείς

Έχει βρεθεί ότι όλα τα αντιψυχωτικά φάρμακα, σε ποικίλους βαθμούς, ανταγωνίζονται τους υποδοχείς της ντοπαμίνης D2. Η παραδοσιακή αντιψυχωτική αποτελεσματικότητα έχει συνδεθεί με περίπου ή μεγαλύτερη από 70% κατοχή των D2 υποδοχέων μεταξύ 8 και 12 ωρών μετά από τη χορήγηση της δόσης, όπως αυτή φαίνεται από μελέτες τομογραφίας εκπομπής ποζιτρονίων (PET). Αυτή η κατάληψη είναι επίσης οριακά υπεύθυνη για τις εξωπυραμιδικές αλλαγές και την αύξηση των επιπέδων της προλακτίνης. Επομένως, οι παρενέργειες αυτές παρατηρούνται συχνά στις χαμηλές θεραπευτικές δόσεις των φαρμάκων που ανήκουν σε αυτήν την κατηγορία. Η πρόσφατη έρευνα έχει ξεκαθαρίσει την αντίληψή μας για το σύστημα υποδοχέων της ντοπαμίνης D2. Συγκεκριμένα:

- Η κατοχή των υποδοχέων D2 σε ποσοστό 65% συνδέεται με την αρχική αποτελεσματικότητα
- Οι αυξήσεις στα επίπεδα της προλακτίνης πραγματοποιούνται σε ποσοστό 70% κατοχής των υποδοχέων D2 .
- Εξωπυραμιδικές παρενέργειες παρατηρούνται σε ποσοστό 80% κατοχής των υποδοχέων D2.
- Μεσολιμπτικές επιδράσεις σχετίζονται με την αντιψυχωτική αποτελεσματικότητα.
- Μεσοφλοιώδες μπλοκάρισμα, ιδίως όταν η κατάληψη των υποδοχέων D2 είναι εξαιρετικά υψηλή, μπορεί να οδηγήσει στην επιδείνωση των γνωστικών και αρνητικών συμπτωμάτων.
- Επιδράσεις στα βασικά γάγγλια οδηγούν σε εξωπυραμιδικά συμπτώματα (ΕΠΣ).
- Υποφουσιοχρανικές επιδράσεις οδηγούν σε υπερπρολακτιναιμία.

Οι μελέτες από τους Seeman, Tallerico και Karur παρέχουν περαιτέρω στοιχεία και πιθανές κλινικές συνεισφορές για τις διαφορές σχετικά με τον τύπο του δεσμού συγγένειας, όπως διαφαίνεται από τα διάφορα αντιψυχωτικά φάρμακα στους υποδοχείς D2. Στοιχεία από μελέτες in vitro και in vivo υποδεικνύουν ότι η «πιο τέλεια» ατυπικότητα που παρατηρείται με την κουετιαπίνη (Seroquel) και την κλοζαπίνη (Leronepex), μη εμφάνιση εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων σε οποιαδήποτε δόση, μπορεί να ερμηνευθεί εν μέρει από την χαμηλή συγγένεια (χαλαροί δεσμοί με γρήγορη αποδέσμευση) του υποδοχέα D2. Η κλοζαπίνη έχει παρουσιάσει αντιψυχωτική δράση με μόνο περίπου 50-70 % κατοχή των υποδοχέων D2 (8-12 ώρες μετά την χορήγηση) ακόμη και στις υψηλότερες δόσεις χορήγησης, και συνδέεται με πολύ χαμηλή πιθανότητα για ΕΠΣ. Οι παρατηρήσεις δείχνουν ότι τα χαμηλής συγγένειας αντιψυχωτικά έχουν παροδικές περιόδους κατάληψης των υποδοχέων D2, παράλληλες με τις φαρμακοκινητικές ιδιότητες του φαρμάκου (π.χ., επίπεδα αίματος). Τόσο η κλοζαπίνη όσο και η κουετιαπίνη παρουσιάζουν κατάληψη υποδοχέων D2 σε ποσοστά 60-70% σε διάστημα δύο ωρών μετά από τη χορήγηση, πέφτοντας σε 20-55% σε 12 έως 24 ωρών μετά τη χορήγηση. Η ανύψωση προλακτίνης είναι παροδική με τα φάρμακα αυτά να δημιουργούν τον πιο αδύναμο δεσμό με τους D2 υποδοχείς. Η ολανζαπίνη (Zyrgexa) έχει μειωμένες παρενέργειες από τον D2 αποκλεισμό επειδή παρουσιάζει ενδιάμεση συγγένεια με τους D2 υποδοχείς και φαρμακολογική πολυπλοκότητα που είναι η παρόμοια με την κλοζαπίνη. Ομαλοποίηση της υπερπρολακτιναιμίας και άλλων σχετικών ορμονικών αλλαγών έχει αναφερθεί όταν οι ασθενείς αλλάζουν από αντιψυχωτικά φάρμακα ή την ρισπεριδόνη σε ολανζαπίνη, κλοζαπίνη ή κουετιαπίνη. Οι έννοιες «χαλαροί» και «στενοί» δεσμοί μπορούν να χρησιμοποιηθούν ώστε να προβλεφθούν τα κλινικά χαρακτηριστικά των αντιψυχωτικών φαρμακευτικών αγωγών. Τα χαρακτηριστικά του δεσμού με τον D2 υποδοχέα που βασίζονται σε αυτά τα δεδομένα υποδεικνύουν τις ακόλουθες εκτιμήσεις κατά τη διαδικασία αλλαγής των αντιψυχωτικών φαρμακευτικών αγωγών: Τα φάρμακα που έχουν «χαλαρούς» δεσμούς δεν πρέπει να διακόπτονται απότομα, αλλά να γίνεται αργή παράλληλη αντικατάστασή τους. Το φαινόμενο επανεμφάνισης (rebound) μπορεί να εμφανιστεί ως αποτέλεσμα της γρήγορης απελευθέρωσης του υποδοχέα D2. Όταν ένας ασθενής αλλάζει φάρμακο από έναν ισχυρό ανταγωνιστή του D2 υποδοχέα με χαλαρού δεσμού φάρμακο μπορεί να μην παρέχεται ικανοποιητική επίδραση στον D2 υποδοχέα ώστε να μπορεί να αποτρέψει την δυσκινησία από απόσυρση ή την ψύχωση λόγω υπερευαισθησίας. Η αλλαγή από ένα φάρμακο χαλαρού δεσμού σε ένα άλλο απαιτεί τον προσεκτικό έλεγχο του ασθενή για υποτροπή της ψύχωσης, περιλαμβανομένης της επιδείνωσης προς το τέλος του διαστήματος χορήγησης της δόσης, ειδικά εάν τα

φάρμακα χορηγούνται σε μια ημερήσια δόση. Θα πρέπει να χορηγούνται διαιρεμένες δόσεις κατά τη διάρκεια της έναρξης ενός φαρμάκου «χαλαρού» δεσμού, ενώ η αλλαγή σε μια θεραπευτική αγωγή μίας ημερήσιας δόσης θα πρέπει ξεκινάει μόνο όταν η κατάσταση του ασθενή είναι κλινικά σταθεροποιημένη. Κατά την αλλαγή της αντιψυχωτικής φαρμακευτικής αγωγής, ο γιατρός θα πρέπει να λάβει υπόψη ώστε να επιλέξει φάρμακα με δυνητικές διαφορές στην επίδραση των τεσσάρων περιοχών του εγκεφάλου. Αν γίνει αλλαγή σε φάρμακο με παρόμοιες φαρμακολογικές ιδιότητες, θα χρειαστεί ιδιαίτερη προσοχή με τις διασταυρούμενες δόσεις προκειμένου να αποφευχθούν παρενέργειες ή ανεπιθύμητες ενέργειες.

Σεροτονεργικοί Υποδοχείς

Η επιτυχία της κλοζαπίνης οδήγησε τους ερευνητές στο να αναζητήσουν παρόμοιους φαρμακολογικούς μηχανισμούς. Σύμφωνα με τον Meltzer, το κεντρικό φαρμακολογικό προφίλ για την ατυπικότητα είναι η υψηλή αναλογία αποκλεισμού υποδοχέων σεροτονίνης (5-υδροξυτριπταμίνη [5-HT]) 2^α : D2 , η οποία καταλήγει σε λειτουργικό ανταγωνισμό των ανεπιθύμητων ενεργειών που ρυθμίζεται από τον ανταγωνισμό των D2 υποδοχέων στο ραβδωτό, καθώς επίσης και από τα ευεργετικά θεραπευτικά αποτελέσματα στις μεσοφλοιικές οδούς. Η απελευθέρωση των νευρώνων ντοπαμίνης, ως συνέπεια της σεροτονεργικής αναστολής από τον αποκλεισμό των μετασυναπτικών 5-HT_{2α} υποδοχέων, οδηγεί σε αυξημένη μεταβίβαση στο ραβδωτό και στο φλοιό, γεγονός που αποτρέπει τα ΕΠΣ, απαλύνει τα αρνητικά συμπτώματα και βελτιώνει τη γνωστική λειτουργία. Εναλλακτικά, η αναστολή της μεταβίβασης σεροτονίνης και οι μετασυναπτικές επιδράσεις, οι οποίες αυξάνουν τη μεταβίβαση της ντοπαμίνης σε αυτές τις περιοχές ενδιαφέροντος, μπορεί να επιτευχθεί με την ενεργοποίηση των προσυναπτικών και μετασυναπτικών υποδοχέων 5-HT_{1α}. Οι αντιψυχωτικοί παράγοντες που ενεργούν ως μερικοί αγωνιστές στους υποδοχείς 5-HT_{1α}, περιλαμβανομένης και της ζιπρασιδόνης (αυτός ο παράγοντας δρα εντονότερα από την κλοζαπίνη αλλά και από την κουετιαπίνη, οι οποίοι έχουν ίση αγωνιστική δράση στους υποδοχείς 5-HT_{1α}), οδηγούν σε αυξημένη απελευθέρωση ντοπαμίνης στις φλοιικές περιοχές. Επιπλέον, αυτή η σεροτονεργική αγωνιστική επίδραση, όταν συνδυάζεται με την ανταγωνιστική επίδραση στον υποδοχέα 5-HT_{2α}, μιμείται τις αντικαταθλιπτικές και αγχολυτικές δράσεις πολλών ευρέως χρησιμοποιημένων ψυχοτρόπων παραγόντων (π.χ., εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης [SSRIs], νεφαζοδόνη και μπουσπιρόνη).

Το διεγερτικό σύστημα του γλουταμινικού αμινοξέος

Οι NMDA γλουταμινεργικοί ανταγωνιστές, όπως η φαινκυκλιδίνη και η κεταμίνη, μπορεί να προκαλέσουν ψύχωση και διαταραχές συμπεριφοράς που έχουν πολλά χαρακτηριστικά γνωρίσματα παρόμοια με τη σχιζοφρένεια, περιλαμβανομένων ψευδαισθήσεων και αρνητικών συμπτωμάτων. Αυτή η κατάσταση, χαρακτηριζόμενη από μειωμένη μετωπιαία λειτουργία και αυξημένη δραστηριότητα μεσεγκεφάλου, έχει προταθεί ως μοντέλο της σχιζοφρένειας. Αυτό το μοντέλο υποθέτει ότι η υπολειτουργία των υποδοχέων γλουταμικού μπορεί να παρεμβαίνει γενετικά ή περιβαντολογικά νωρίς στη ζωή και να εκφράζεται με τις αλλαγές ωρίμανσης στον εφηβικό εγκέφαλο. Η υπολειτουργία των υποδοχέων NMDA προκαλεί ανωμαλία στη ρύθμιση των διεγερτικών υποδοχέων ακετυλοχολίνης και γλουταμάτης στον εγκεφαλικό φλοιό. Ο υπερ-ερεθισμός ή υπο-ερεθισμός των μετασυναπτικών υποδοχέων στη συνέχεια προκαλεί διαταραχές τόσο στη σκέψη όσο και στη συμπεριφορά, ενώ μπορεί επίσης να προκαλέσει την τοξική ζημιά εάν η έκθεση είναι παρατεταμένη. Τα περισσότερα άτυπα αντιψυχωτικά φάρμακα που τροποποιούν τους 5-HT_{2a} υποδοχείς, έχει αποδειχθεί ότι ομαλοποιούν και αυξάνουν την λειτουργία της γλουταμίνης σε ποικίλα ζωικά και ανθρώπινα μοντέλα για τη σχιζοφρένεια και τη νοητική λειτουργία. Οι έρευνες που χρησιμοποιούν τη γλυκίνη, έναν αλλοστερικό τροποποιητή του NMDA υποδοχέα ή την κυκλοσερίνη, έναν πλήρη αγωνιστή στη θέση της γλυκίνης, ως ενισχυτικούς παράγοντες στα κλασσικά αντιψυχωτικά φάρμακα, έδειξαν ότι έχει παρουσιάσει θετικές επιδράσεις στα αρνητικά συμπτώματα και στη γνωστική λειτουργία, αλλά καμία βελτίωση στα θετικά συμπτώματα. Επιπλέον, οι επιδράσεις της κλοζαπίνης δεν αυξάνονται από την πρόσθεση της γλυκίνης, αλλά αυξάνονται με ενίσχυση με τοπιραματης. Αυτά τα στοιχεία έχουν ερμηνευθεί ως απόδειξη για την άμεση επίδραση της κλοζαπίνης στο NMDA, το οποίο δεν αποτελεί χαρακτηριστικό γνώρισμα της συμβατικής αντιψυχωτικής θεραπείας. Αντίθετα, η λαμοτριγίνη δρα στα ηλεκτροευαίσθητα κανάλια νατρίου για να σταθεροποιήσει τις νευρωνικές μεμβράνες και να αναστείλει την απελευθέρωση γλουταμικού. Τέλος, τα άτυπα αντιψυχωτικά (ειδικά η ολανζαπίνη, η κλοζαπίνη και η κουετιαπίνη) έχουν δείξει δόσοξεαρτώμενη ικανότητα να ανταγωνίζονται τις επιβλαβείς επιδράσεις της χορήγησης κεταμίνης τόσο σε ζώα όσο και σε ασθενείς με σχιζοφρένεια.

Ανδρενεργικοί υποδοχείς

Οι παρενέργειες που οφείλονται στον ανταγωνισμό του α₁- ανδρενεργικού υποδοχέα περιλαμβάνουν την μειωμένη αρτηριακή πίεση, με συνοδό ορθοστατική υπόταση και

την οξεία καταστολή. Παρουσιάζεται ταχεία προσαρμογή σε αυτές τις παρενέργειες και αυτό σπάνια αποτελεί λόγο αλλαγής από την μία θεραπεία στην άλλη, εκτός εάν πρόκειται για εξασθενημένους, ή ευαίσθητους, ηλικιωμένους ασθενείς. Στο σταθερό και με καλή ανοχή ασθενή η αλλαγή από έναν ανταγωνιστή του α-αδρενοϋποδοχέα σε έναν άλλο είναι δυνατή συνήθως χωρίς προβλήματα, με την προϋπόθεση ότι η δόση της τρέχουσας θεραπείας μειώνεται αρκετά ώστε να αντισταθμίσει τη δράση της νέας θεραπείας. Ο α-αδρενεργικός υποδοχέας έχει αποτελέσει αντικείμενο πρόσφατου ενδιαφέροντος ως ένας πιθανός μεσολαβητής της αντιψυχωτικής επίδρασης, με το ενδιαφέρον να στρέφεται κυρίως στον ανταγωνιστικό ρόλο του α2-αδρενεργικού υποδοχέα στην παραγωγή ντοπαμίνης στο φλοιό. Η αναλογία συγγένειας α2c-αδρενοϋποδοχέα και D2-υποδοχέων έχει προταθεί ως σημαντική νέα παράμετρος στον προσδιορισμό των φαρμάκων με ενδεχόμενες άτυπες ιδιότητες. Η κλοζαπίνη και η κουετιαπίνη φαίνεται να έχουν την μέγιστη επιλεκτικότητα στις μελέτες ανταγωνιστών των υποδοχέων *in vitro*. Μελλοντική έρευνα απαιτείται για να διευκρινίσει το ρόλο του α2-αδρενοϋποδοχέα στη θεραπεία της σχιζοφρένειας και της ψύχωσης.

Μουσκαρινικοί Υποδοχείς

Υπάρχει μια αντίστροφη σχέση μεταξύ της συγγένειας με τους μουσκαρινικούς υποδοχείς και την δυνατότητα πρόκλησης ΕΠΣ. Η ανταγωνιστική δράση στους υποδοχείς μουσκαρίνης συνδέεται με μειωμένη εμφάνιση ΕΠΣ κατά τη χορήγηση των αντιψυχωτικών παραγόντων. Η ανταγωνιστική δράση στους μουσκαρινικούς M1 υποδοχείς συνδέεται επίσης με τις αντιχολινεργικές παρενέργειες, οι οποίες απεικονίζονται στα κλασικά συμπτώματα ατροπίνης. Πιο συγκεκριμένα, για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια, οι αντιμουσκαρινικές επιδράσεις μπορεί να οδηγήσουν σε ανεπιθύμητες ενέργειες στη μνήμη και σε άλλες γνωστικές λειτουργίες. Οι εκτιμήσεις για την πιθανότητα πρόκλησης παρενεργειών λόγω της αντιμουσκαρινικής M1 δράσης των αντιψυχωτικών φαρμακευτικών αγωγών χρησιμοποιώντας μόνο μετρήσεις συγγένειας με *in vivo* μεθόδους είναι παραπλανητικές, επειδή οι δράσεις της μουσκαρίνης διαμορφώνονται από τους σεροτονεργικούς και άλλους χολινεργικούς υποδοχείς που επηρεάζονται δυνητικά από τα αντιψυχωτικά φάρμακα. Αντιδραστική μουσκαρινική εμφάνιση συμπτωμάτων μπορεί να συμβεί όταν ένας αντιψυχωτικός παράγοντας με ανταγωνιστική δράση στον M1 υποδοχέα, είτε διακόπτεται απότομα είτε συγχορηγείται και ταυτόχρονα μειώνεται πάρα πολύ γρήγορα. Αυτά τα αντιδραστικά συμπτώματα περιλαμβάνουν γαστροεντερικές

κράμπες, διάρροια, αϋπνία με εφιάλτες και νευρική κατάσταση. Αυτές οι παρενέργειες είναι πιθανότερο να εμφανιστούν εάν ο αντιψυχωτικός παράγοντας στον οποίο αλλάζει ο ασθενής έχει ελάχιστη ή καμία δράση αποκλεισμού των M1 υποδοχέων (π.χ., ρισπεριδόνη, ζιπρασιδόνη ή κουετιαπίνη). Στην περίπτωση αυτή απαιτείται πιο αργή μείωση του πρώτου παράγοντα κατά το διάστημα της συγχορήγησης.

Νευροπεπτίδια: νευροτενσίνη και ουσία P

Τα νευροπεπτίδια, περιλαμβανομένων της νευροτενσίνης, της εγκεφαλίνης και της ουσίας P, έχουν υποδειχθεί ως συστήματα νευροδιαβιβαστών που ενέχονται στη σχιζοφρένεια. Η σχετικότητα αυτών των νευροδιαβιβαστών σε κλινικό πλαίσιο, και συγκεκριμένα στην περίπτωση αλλαγής των αντιψυχωτικών φαρμάκων δεν έχει διευκρινιστεί ακόμα, αλλά η μελλοντική έρευνα μπορεί να προσδιορίσει τις διαφορετικές επιδράσεις των διαθέσιμων φαρμάκων που διαμεσολαβούνται μέσω ενός ή περισσότερων από αυτά τα συστήματα. Συγκεκριμένα, ανταγωνισμός της νευροτενσίνης παρατηρείται με τους αντιψυχωτικούς παράγοντες και εμφανίζεται να επηρεάζεται διαφορετικά από τους άτυπους αντιψυχωτικούς παράγοντες έναντι των κλασσικών αντιψυχωτικών παραγόντων. Η νευροτενσίνη είναι εντοπισμένη στους ντοπαμινεργικούς νευρώνες. Η αλοπεριδόλη, αλλά όχι η κλοζαπίνη ή η ολανζαπίνη, προκαλούν αύξηση στις συγκεντρώσεις της νευροτενσίνης στο ραβδωτό. Η κλοζαπίνη και ολανζαπίνη όμως, επηρεάζουν τις συγκεντρώσεις της νευροτενσίνης στον επικλινή πυρήνα. Οι ανταγωνιστές νευροτενσίνης είναι στο στάδιο κλινικής ανάπτυξης για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας, και η φάση II των εκτιμήσεων συνεχίζεται. Ανταγωνιστές της ουσίας P έχουν δοκιμαστεί στη σχιζοφρένεια χωρίς επιτυχία, αλλά φαίνονται ότι κάτω από διάφορες συνθήκες μπορούν να μειώνουν τις αντιδράσεις άγχους.

Φαρμακευτικές θεραπείες σχιζοφρένειας

Οι κύριοι λόγοι για την αλλαγή αντιψυχωτικών φαρμακευτικών αγωγών είναι η μη ικανοποιητική αποτελεσματικότητα της αγωγής ή η προσπάθεια του γιατρού να αντιμετωπίσει τις δυσάρεστες παρενέργειες που προκαλούνται από την ισχύουσα θεραπεία συντήρησης, η οποία έχει ήδη φτάσει στο καλύτερό της επίπεδο και έχει φτάσει σε ισορροπία. Αν και η απόφαση αλλαγής των αντιψυχωτικών φαρμάκων δεν μπορεί να λαμβάνεται από τους γιατρούς χωρίς πολλή σκέψη, πολλοί ασθενείς που

αντιπαλεύουν με τα υπολειμματικά συμπτώματα της ασθένειας ή με τις αφόρητες παρενέργειες των φαρμάκων μπορεί συχνά να επωφεληθούν από μια δοκιμή με μία νέα φαρμακευτική αγωγή. Αν και τα επίμονα θετικά συμπτώματα είναι ακόμα σημαντικά, η αλλαγή των ενδείξεων σήμερα περιλαμβάνει τα επίμονα αρνητικά, γνωστικά και συναισθηματικά συμπτώματα. Αν και τα ΕΠΣ είναι ακόμα σημαντικά, οι παρενέργειες στις μέρες μας περιλαμβάνουν επίσης ηπιότερες υποκειμενικές εκδοχές των ΕΠΣ, αντιχολινεργικές παρενέργειες, καταστολή και, κυρίως, αύξηση του σωματικού βάρους, και αύξηση ή επιδείνωση των μεταβολικών παραγόντων που αποτελούν κίνδυνο για καρδιακές παθήσεις και διαβήτη.

Συνολικά, περίπου δύο τρίτα των ασθενών που αλλάζουν αγωγή από το ένα αντιψυχωτικό φάρμακο σε άλλο, το κάνουν για λόγους σχετικούς με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Στο παρελθόν, ο πιο συχνός λόγος που σχετιζόταν με την αποτελεσματικότητα για την αλλαγή θεραπείας από ένα αντιψυχωτικό σε ένα άλλο, ήταν τα επίμονα θετικά συμπτώματα. Αν και τα επίμονα θετικά συμπτώματα έχουν παραμείνει μία από τις κύριες ενδείξεις αποτελεσματικότητας για την αλλαγή φαρμακευτικών αγωγών, πιο πρόσφατα υπάρχει αυξανόμενη συνειδητοποίηση των διαφορών πάνω στο πώς ανταποκρίνεται ο κάθε ασθενής στις συγκεκριμένες φαρμακευτικές αγωγές από άποψη αρνητικών, γνωστικών και συναισθηματικών συμπτωμάτων. Επομένως, μια εξήγηση για την άνοδο των ποσοστών αλλαγής φαρμακευτικών αγωγών στους εξωτερικούς ασθενείς που η κατάστασή τους παραμένει σταθερή, αποτελεί το γεγονός ότι το ευρύτερο φάσμα αποτελεσματικότητας των νεότερων φαρμάκων επιτρέπει περισσότερες ευκαιρίες, ώστε να καλυφθούν οι μέχρι τώρα ανικανοποίητες ανάγκες του ασθενή.

Το υπόλοιπο ένα τρίτο των ασθενών, αλλάζουν φαρμακευτικές αγωγές κυρίως λόγω των μη ανεκτών παρενεργειών. Όταν τα άτυπα αντιψυχωτικά φάρμακα εμφανίστηκαν αρχικά, η μεγάλη πλειοψηφία τέτοιου τύπου αλλαγών των φαρμάκων γινόταν με σκοπό να μειώσουν το μέγεθος των ΕΠΣ (π.χ., ακαθυσία και παρκινσονικές παρενέργειες). Σήμερα, στους περισσότερους ασθενείς χορηγούνται άτυποι παράγοντες, έτσι ώστε παρόλο που μερικοί ασθενείς συνεχίζουν να υποφέρουν από τα ΕΠΣ, η πλειοψηφία των αλλαγών αντιψυχωτικών φαρμάκων που συνδέονται με τις παρενέργειες, πραγματοποιούνται για λόγους που δεν σχετίζονται με τα εξωπυραμιδικά συμπτώματα (ΕΠΣ). Κατά προσέγγιση, η συχνότητα των αλλαγών από το ένα άτυπο σε ένα άλλο άτυπο αντιψυχωτικό φάρμακο που σχετίζονται με τις παρενέργειες γίνονται λόγω: της αύξησης του σωματικού βάρους, επιμονής εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων, καταστολής, σεξουαλικής δυσλειτουργίας, και προβλημάτων εμμηνορροίας που σχετίζονται με την αύξηση των επιπέδων της προλακτίνης. Οι γιατροί επίσης ενημερώνονται περισσότερο για τις μεταβολικές

ανωμαλίες που συνδέονται με μερικά από τα άτυπα αντιψυχωτικά φάρμακα, ειδικά την κλοζαπίνη και την ολανζαπίνη, και επίσης αλλάζουν την θεραπεία με ένα άλλο αντιψυχωσικό φάρμακο, ως αποτέλεσμα της αύξησης των επιπέδων τριγλυκεριδίων και χοληστερόλης, ή εξαιτίας στοιχείων που αποδεικνύουν την ύπαρξη λανθάνοντος ή εκδηλωμένου διαβήτη.

Αντιμετώπιση θετικών συμπτωμάτων

Εξατομικευμένες μελέτες αποτελεσματικότητας έχουν δείξει ότι η κλοζαπίνη παραμένει το μοναδικό πιο αποτελεσματικό αντιψυχωτικό φάρμακο για τα αντιστεκόμενα στην θεραπεία θετικά συμπτώματα. Μετά από την κλοζαπίνη, τα άτυπα αντιψυχωτικά φάρμακα ολανζαπίνη (Zyprexa), αριπιπραζόλη (Abilify), ρισπεριδόνη (Risperdal), κουετιαπίνη (Seroquel), σουλπιρίδη (Solian), ζιπρασιδόνη (Geodon), και παλιπεριδόνη (Invega), είναι κατά προσέγγιση ίσα μεταξύ τους, καθώς και με την αλοπεριδόλη (Aloperidin), όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα στα θετικά συμπτώματα. Επομένως, η κλοζαπίνη είναι η τελευταία «στάση» όταν γίνεται αλλαγή θεραπείας για λόγους αποτελεσματικότητας. Αυτό το χαρακτηριστικό της κάνει την κλοζαπίνη να είναι αυτό το αντιψυχωτικό φάρμακο που ο γιατρός θα πρέπει τελικά να συστήσει, εάν οι άλλες προσπάθειες στην αλλαγή θεραπείας μεταξύ της πρώτης γραμμής αντιψυχωτικών αποτύχουν να ελέγξουν τα επίμονα θετικά συμπτώματα.

Τα πρώτης γραμμής άτυπα αντιψυχωσικά φάρμακα, ενώ μπορεί κατά μέσο όρο να έχουν ισοδύναμη αποτελεσματικότητα, μπορεί να έχουν ελαφρά διαφοροποιημένο φαρμακοδυναμικό προφίλ, αλλά και εντυπωσιακά διαφορετικές εξατομικευμένες επιδράσεις. Για παράδειγμα, το άτυπο αντιψυχωτικό αμισουλπρίδη, εκλεκτικό ως προς τους υποδοχείς D2-D3 της ντοπαμίνης, σε χαμηλές δόσεις αυξάνει τη ντοπαμινεργική μεταβίβαση μπλοκάροντας τους προσυναπτικούς υποδοχείς D2,D3, ενώ σε υψηλές δόσεις ανταγωνίζεται τους μετασυναπτικούς υποδοχείς D2,D3 μειώνοντας τη ντοπαμινεργική μεταβίβαση στο μεταιχμιακό σύστημα ,αλλά όχι στο ραβδωτό σώμα. Η αμισουλπρίδη δεν έχει συγγένεια με άλλους υποτύπους ντοπαμινεργικών υποδοχέων, όπως επίσης με ισταμινεργικούς, μουσκαρινικούς , σερετονινεργικούς και αδρενεργικούς υποδοχείς. Τέλος, το νέο αντιψυχωτικό παλιπεριδόνη, παράγωγο της βενζισοξαζόλης, περιέχει ένα ρακεμικό μίγμα (+) και (-) παλιπεριδόνης, που είναι ενεργός μεταβολίτης της ρισπεριδόνης. Είναι ανταγωνιστής των D2, 5-HT2A, α1- και α2-αδρενεργικών και H1 υποδοχέων, ενώ δεν έχει σχέση με τους μουσκαρινικούς ή τους β1- και β2-αδρενεργικούς υποδοχείς.

Αντιμετώπιση γνωστικών και αρνητικών συμπτωμάτων

Η βελτίωση των γνωστικών συμπτωμάτων πρόσφατα έχει συνδέσει τα θετικά και τα αρνητικά συμπτώματα ως μια ένδειξη για αλλαγή θεραπείας. Ενώ οι βελτιώσεις στα αρνητικά συμπτώματα μπορεί να αναμένονται μετά από την αλλαγή από ένα τυπικό παράγοντα σε έναν άτυπο αντιψυχωσικό παράγοντα, μπορεί επίσης να φανούν και στους ασθενείς που αλλάζουν θεραπεία από ένα άτυπο αντιψυχωσικό παράγοντα σε έναν άλλο. Η αμισουλπρίδη, για παράδειγμα, ενώ ενδείκνυται για την αντιμετώπιση οξείας και χρόνιας σχιζοφρένειας, σε χαμηλές δόσεις έχει ένδειξη στα πρωτογενή αρνητικά συμπτώματα. Η φαρμακολογική εξήγηση για την ελαφρά διαφοροποιημένη αποτελεσματικότητα των άτυπων είναι άγνωστη. Είναι πιθανό ότι οι παραλλαγές στο προφίλ των υποδοχέων-δεσμών αλληλεπιδρούν με τις ατομικές διαφορές στις προ ή μετά συναπτικές νευροχημικές ανωμαλίες που σχετίζονται με την ψύχωση. Οι διαφορές στη συγγένεια ισταμίνης με τον υποδοχέα H1, οι διάφοροι υποδοχείς της σεροτονίνης και ντοπαμίνης αποτελούν ξεχωριστά μοντέλα αποτελεσματικότητας για τις διαφορετικές περιοχές συμπτωμάτων. Εντούτοις, δεν υπάρχει αυτήν την περίοδο κανένας τρόπος που θα μπορούσε να προβλέψει από πριν ποιός θα ανταποκριθεί σε ποιά φαρμακευτική αγωγή. Ο μόνος τρόπος που θα μας επέτρεπε να προβλέψουμε είναι να έχουμε ένα προηγούμενο ιστορικό έκθεσης σε μία πλήρη θεραπευτική δοκιμή, κάτι το οποίο δεν είναι συχνά δυνατό στην καθημερινή κλινική πρακτική. Ευτυχώς, στο εγγύς μέλλον, η πρόοδος της φαρμακογενετικής θα δώσει την ευκαιρία στους συγκεκριμένους ασθενείς να βρουν το αντιψυχωτικό φάρμακο που τους αντιστοιχεί. Μέχρι τότε, λοιπόν, η διαδικασία αυτή θα είναι μια διαδικασία δοκιμής και λάθους, και περιλαμβάνει το στοιχείο της τύχης για την επιλογή του πιο αποτελεσματικού αντιψυχωτικού φαρμάκου συντομότερα παρά αργότερα.

Αντιμετώπιση παρενεργειών

Ενώ τα νεότερα αντιψυχωτικά φάρμακα είναι σε γενικές γραμμές πιο βελτιωμένα από άποψη νευρολογικών παρενεργειών, υπάρχει μεγαλύτερη συνειδητοποίηση των σοβαρών συνεπειών της αύξησης του σωματικού βάρους και των μεταβολικών παρενεργειών που συνδέονται με μερικές, αλλά όχι όλες, νεότερες φαρμακευτικές αγωγές. Επιπλέον, σε σύγκριση με τους ασθενείς που έκαναν θεραπεία με τα

παλαιότερα φάρμακα, οι ασθενείς που κάνουν θεραπεία με τα νεότερα αντιψυχωτικά φάρμακα είναι λιγότερο πιθανό να παρουσιάζουν τις πιο σοβαρές μορφές ΕΠΣ, αλλά παραμένουν ακόμα μερικοί ασθενείς που έχουν πιο έντονες μορφές υποκειμενικών ή συμπεριφορικών ΕΠΣ, ή ακαθυσία. Παρ'όλα αυτά, καθώς το μέγεθος των ΕΠΣ μειώνεται από την συνηθισμένη χρήση των νεότερων φαρμάκων, το σχετικό μέγεθος των παρενεργειών έχει μετατοπιστεί από τις νευρολογικές παρενέργειες σε άλλα προβλήματα, όπως η καταστολή, η σεξουαλική δυσλειτουργία, και η αύξηση σωματικού βάρους, η οποία συνδέεται με τα σχετικά με αυτό προβλήματα υγείας. Ευτυχώς, υπάρχει ιδιαίτερη ποικιλία στα προφίλ των παρενεργειών των νεότερων παραγόντων, ενώ ο βαθμός αυτών των παρενεργειών ποικίλει από παράγοντα σε παράγοντα. Σε αντίθεση με την αλλαγή θεραπείας για λόγους αποτελεσματικότητας, οι διαφορετικότητα παρενεργειών των νέων αντιψυχωτικών φαρμάκων οδηγούν σε πιο αξιόπιστη δυνατότητα αλλαγής.

Αντιμετώπιση εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων

Τα εξωπυραμιδικά συμπτώματα είναι μια από τις πιο χαρακτηριστικές και βλαβερές παρενέργειες που συνδέονται με τους παλαιότερους τυπικούς παράγοντες. Όταν εισήχθησαν αρχικά τα άτυπα αντιψυχωτικά φάρμακα, τα εξωπυραμιδικά συμπτώματα ήταν ένας από τις πιο κοινές αιτίες για την αλλαγή της φαρμακευτικής αγωγής σε ένα νεότερο παράγοντα. Στις μέρες μας, στην εποχή πλέον των άτυπων αντιψυχωτικών φαρμάκων, η αλλαγή θεραπείας εξαιτίας των ΕΠΣ είναι λιγότερο συχνή.

Αντιμετώπιση της αντιχολινεργικής επιβάρυνσης

Στην εποχή των τυπικών αντιψυχωτικών φαρμάκων, η συνεχιζόμενη χορήγηση αντιχολινεργικών φαρμακευτικών αγωγών θεωρήθηκε το τίμημα που έπρεπε να πληρωθεί για τον επαρκή έλεγχο των ΕΠΣ. Ακόμα και τότε, η συνεχόμενη χορήγηση των αντιχολινεργικών φαρμάκων ήταν αμφισβητούμενη εξαιτίας των ανησυχιών για τις ανεπιθύμητες συνέπειες των αντιχολινεργικών φαρμακευτικών αγωγών. Η χορήγηση αντιχολινεργικών φαρμάκων στη θεραπεία της σχιζοφρένειας έχει συνδεθεί με καθυστερημένη ανταπόκριση στην αντιψυχωτική θεραπεία, και προβλήματα μνήμης και προσοχής. Επιπλέον, πολλές από τις περιφερικές αντιχολινεργικές παρενέργειες προκαλούν δυσφορία στους ασθενείς. Με την αυξανόμενη γνώση των προβλημάτων που συνδέονται με τη χορήγηση αντιχολινεργικών φαρμάκων και τη σπουδαιότητα της βελτίωσης της γνωσιακής

ικανότητας, πολλοί γιατροί πλέον αποφεύγουν συνειδητά όποτε είναι δυνατό τη χορήγηση μακροπρόθεσμης αντιχολινεργικής θεραπείας. Αντ' αυτού, θεωρούν σωστό να μειώσουν την αντιψυχωτική δόση στο σημείο που τα ΕΠΣ παύουν να εμφανίζονται και, αν αυτό αποτύχει, να αλλάξουν σε άλλα αντιψυχωτικά που μπορεί να έχουν μικρότερη προδιάθεση πρόκλησης εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων.

Αντιμετώπιση της ακαθησίας

Η αιτιολογία για την ακαθησία δεν είναι η ίδια όπως αυτή που ισχύει για άλλα εξωπυραμιδικά συμπτώματα. Επίσης, η ακαθησία δεν σχετίζεται πάντα με τα ΕΠΣ σε όλους τους ασθενείς. Φαίνεται ότι η σχετική πιθανότητα εμφάνισης ακαθησίας είναι κάπως διαφορετική από αυτήν των κλασικών ΕΠΣ που προκαλούνται από την αντιψυχωτική θεραπεία. Η ακαθησία εμφανίζεται πιθανά πιο συχνά με την χορήγηση ρισπεριδόνης ή σουλπιρίδης, αλλά η σχετική προδιάθεση για την πρόκληση ακαθησίας από τα άλλα άτυπα αντιψυχωτικά φάρμακα δεν μπορούμε να πούμε ότι είναι ακριβώς παράλληλη με την προδιάθεσή τους για την πρόκληση ακινησίας, τρέμουλων, δυσκαμψίας, ή άλλων παρκινσονικών παρενεργειών. Επίσης, η αριπιπραζόλη και η ζιπρασιδόνη μπορεί να έχουν μεγαλύτερη τάση να προκαλούν ακαθησία από ότι η ολανζαπίνη ή η κουετιαπίνη.

Αντιμετώπιση της αύξησης βάρους

Για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια, που μπορεί ήδη να έχουν κακή υγεία, οι επιπρόσθετοι κίνδυνοι που συνδέονται με την αύξηση του σωματικού βάρους πρέπει να αποφευχθούν όποτε αυτό είναι δυνατόν. Αν και η αύξηση του σωματικού βάρους είναι προφανής και εύκολο να μετρηθεί, οι σημαντικές αυξήσεις του σωματικού βάρους συνοδεύονται συχνά από αλλαγές στο μεταβολισμό των λιπιδίων και της πίεσης, και αυξάνουν τον κίνδυνο πρόκλησης πολλών ιατρικών προβλημάτων, συμπεριλαμβανομένου και του διαβήτη. Μεταξύ των πρώτης-γραμμής άτυπων παραγόντων, η ολανζαπίνη έχει την μεγαλύτερη δυνατότητα να προκαλέσει αύξηση του σωματικού βάρους, και ακολουθεί η ρισπεριδόνη. Η ζιπρασιδόνη και η αριπιπραζόλη προκαλούν μικρότερη ή και καμία αύξηση βάρους. Η αλοπεριδόλη θεωρείται ως πρότυπο 'χαμηλού βάρους' τυπικό αντιψυχωτικό φάρμακο. Η αύξηση του σωματικού βάρους που συνδέεται με την ολανζαπίνη και, σε μικρότερο βαθμό, με τη ρισπεριδόνη και την κουετιαπίνη, παρουσιάζεται συχνά αμέσως μετά από την

έναρξη της θεραπείας και τα στοιχεία αναφέρουν ότι μάλλον δεν ανταποκρίνεται στις μειώσεις της δόσης.

Αντιμετώπιση των μεταβολικών κινδύνων

Η πιθανότητα για μεταβολικές και άλλες παρενέργειες με τη χορήγηση άτυπων αντιψυχωτικών φαρμάκων έχει αφυπνίσει τους ψυχιάτρους και άλλους γιατρούς ψυχικής υγείας ώστε να εστιάσουν περισσότερο στη σωματική καθώς επίσης και στην ψυχική υγεία των ασθενών τους. Η κλοζαπίνη και η ολανζαπίνη προκαλούν αύξηση των λιπιδίων, ενώ υπάρχουν κάποια στοιχεία ότι αυτό το πρόβλημα μπορεί επίσης να εμφανίζεται και με την κουετιαπίνη. Δεδομένου ότι η αύξηση των λιπιδίων θεωρείται ένας ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για καρδιακές παθήσεις, τα λιπίδια και η χοληστερόλη θα πρέπει να μετρηθούν πριν από την αλλαγή σε ένα αντιψυχωτικό φάρμακο που τείνει να οδηγεί σε αύξηση αυτών των επιπέδων. Όταν υπάρχει αύξηση σε λιπίδια και χοληστερόλη που συνδέεται με ένα από αυτά τα αντιψυχωτικά, τότε η αλλαγή φαρμάκου μπορεί να είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος για να μειωθούν ή ακόμα και να ομαλοποιηθούν αυτοί οι μεταβολικοί παράγοντες κινδύνου. Είναι πάντα απαραίτητες οι οδηγίες και η ενημέρωση σε όλους τους ασθενείς υπό αντιψυχωτική αγωγή για συγκρατημένη διατροφή ή ακόμα και η σύσταση για παρακολούθηση από ειδικό διαιτολόγο αν χρειαστεί.

Αντιμετώπιση της καταστολής

Βραχυπρόθεσμα, η καταστολή μπορεί να είναι μια επιθυμητή θεραπευτική επίδραση. Παρ' όλα αυτά, μακροπρόθεσμα, η επίμονη καταστολή μπορεί να παρεμποδίσει τη γνωστική ικανότητα, και την κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα. Η καταστολή είναι μια παρενέργεια που σχετίζεται με την δοσολογία, και, μπορεί επίσης να εμφανιστεί προσωρινά κατά τη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων ή των μηνών που ο ασθενής λαμβάνει ένα νέο φάρμακο. Όταν η καταστολή επιμένει πέρα από αυτήν την περίοδο και δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί με την μείωση των δόσεων, τότε αποτελεί έναν κατάλληλο στόχο για την αλλαγή των αντιψυχωτικών φαρμάκων. Τα πιο πρόσφατα διαθέσιμα άτυπα αντιψυχωτικά φάρμακα προκαλούν πολύ μικρότερη καταστολή από άλλα.

Αντιμετώπιση των επιδράσεων της προλακτίνης

Η αύξηση των επιπέδων της προλακτίνης είναι κλινικά σιωπηλή. Οι κλινικές επιδράσεις της υπερπρολακτιναιμίας είναι εν δυνάμει σοβαρές και περιλαμβάνουν την γαλακτόρροια, την αμηνόρροια, την υποοιστρογοναιμία, κ.ά. Οι συνέπειες των αυξημένων επιπέδων της προλακτίνης στις γυναίκες μπορούν να προκαλέσουν δυσφορία και συχνά σε περιπτώσεις εξετάσεις για λόγους διάγνωσης πιθανών όγκων που προκαλούν ανωμαλίες στην έκκριση προλακτίνης. Με την εξαίρεση της ρισπεριδόνης, τα άτυπα αντιψυχωτικά, όπως και η κλοζαπίνη, συνδέονται με την μικρότερη αύξηση των επιπέδων της προλακτίνης σε σχέση με τα συμβατικά αντιψυχωτικά φάρμακα. Οι μελέτες αλλαγής των παραγόντων ολανζαπίνη, κουετιαπίνη, ζιπρασιδόνη και αριπιπραζόλη, παρουσίασαν ομαλοποίηση των επιπέδων της προλακτίνης στον ορό στους ασθενείς που άλλαξαν τη θεραπεία από τυπικά αντιψυχωτικά φάρμακα ή ρισπεριδόνη. Επομένως, ενώ θεωρητικά υπάρχουν εργαστηριακές διαφορές για την αύξηση της προλακτίνης μεταξύ των άτυπων παραγόντων, στην πράξη - με σημαντικότερη εξαίρεση τη ρισπεριδόνη – αυτές οι διαφορές δεν είναι συνήθως κλινικά σημαντικές. Ενώ τα επίπεδα προλακτίνης στον ορό φθάνουν ξανά σε φυσιολογικά επίπεδα μέσα σε κάποιες εβδομάδες, τα κλινικά οφέλη για την αναστροφή της αμηνόρροιας και της γαλακτόρροιας μπορεί να χρειαστούν αρκετούς μήνες για να εμφανιστούν. Η αλλαγή σε κουετιαπίνη ή αριπιπραζόλη μπορεί να βοηθήσει στο σπάνιο γεγονός μιας κλινικά σημαντικής αύξησης της προλακτίνης που προκαλείται από την ολανζαπίνη ή την ζιπρασιδόνη.

ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Κλινικές εκδηλώσεις

Η διπολική διαταραχή περιλαμβάνει την παρουσία ενός ή περισσότερων επεισοδίων μανίας (στην περίπτωση της διπολικής διαταραχής τύπου I) ή υπομανίας (στην περίπτωση της διπολικής διαταραχής τύπου II), με ή χωρίς μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια. Η μονοπολική μανία, η οποία συμβαίνει σπάνια, αποτελείται μόνο από μανία χωρίς καμία μείζονα κατάθλιψη, η διπολική διαταραχή τύπου I αποτελείται από μανία με μείζονα κατάθλιψη και η διπολική διαταραχή τύπου II αποτελείται από υπομανία με μείζονα κατάθλιψη. Εντούτοις, η μονοπολική μανία συμβαίνει πολύ σπάνια. Η νοσηρότητα και η θνησιμότητα που συνδέονται με τη

διπολική διαταραχή είναι σημαντικές. Για παράδειγμα, μια γυναίκα που έχει ηλικία έναρξης της διπολικής διαταραχής τα 25 έτη, σε περίπτωση που δε λάβει θεραπεία, θα χάσει συνολικά 9.2 χρόνια ζωής και 14.2 χρόνια σημαντικής κοινωνικής δραστηριότητας. Το 10-15% των διπολικών ασθενών αυτοκτονούν. Η βία, όπως, π.χ. η κακοποίηση συζύγων και παιδιών, είναι συχνό φαινόμενο κατά τη διάρκεια μανιακών και υπομανιακών επεισοδίων. Επίσης, με αυτή σχετίζεται η εγκατάλειψη του σχολείου, η σχολική αποτυχία και η αντικοινωνική συμπεριφορά.

Ο επιπολασμός της διπολικής διαταραχής I για όλη τη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου είναι 1.2% και της διπολική διαταραχή II είναι 0.5 %. Η διπολική διαταραχή I αποτελεί σχεδόν το 20% των μειζόνων διαταραχών της διάθεσης. Η ηλικία έναρξης της διπολικής διαταραχής κορυφώνεται στα 18 έτη για τους άντρες και στα 20 για τις γυναίκες. Το να πρωτοεμφανίζεται η μανία στην τρίτη ηλικία δεν είναι σπάνιο αλλά συνδέεται συχνά με κάποια οργανική αιτιολογία. Η διπολική διαταραχή δεν εμφανίζεται περισσότερο σε κάποιο από τα δύο φύλα, εκτός από την περίπτωση του ταχέως κύκλου (rapid cycling), δηλαδή 4 τουλάχιστον μανιακά ή υπομανιακά επεισόδια το χρόνο, όπου οι γυναίκες υπερεκπροσωπούνται.

Η διπολική διαταραχή είναι υποτροπιάζουσα. Πάνω από το 90% των ασθενών με ένα επεισόδιο μανίας θα υποτροπιάσουν στο μέλλον. Τα μανιακά και τα υπομανιακά επεισόδια συνήθως προηγούνται ή έπονται ενός καταθλιπτικού επεισοδίου και ακολουθούν ένα ατομικό μοντέλο επανάληψης για κάθε ασθενή. Το διάστημα μεταξύ επεισοδίων τείνει να μικραίνει με την ηλικία. Οι περισσότεροι διπολικοί ασθενείς μετά από ένα μανιακό / υπομανιακό επεισόδιο επιστρέφουν στην προηγούμενη ομαλή συναισθηματική τους κατάσταση. Εντούτοις, 15%-30% των ασθενών παρουσιάζουν μόνο μερική υποχώρηση και έχουν συμπτώματα και μεταξύ των επεισοδίων. Η ατελής επιστροφή στην προηγούμενη ομαλή συναισθηματική κατάσταση συμβαίνει συνηθέστερα στους ασθενείς με συνυπάρχοντα ψυχωτικά συμπτώματα κατά τη μανία. Μεταξύ 10% και 15% των εφήβων με υποτροπιάζοντα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια αναπτύσσουν διπολική διαταραχή. Τα μικτά επεισόδια μανιακών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων τείνουν να είναι συχνότερα στους έφηβους και τους νέους ενήλικες από ότι στους μεγαλύτερους ενήλικες. Οι γυναίκες με διπολική διαταραχή βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης επιλόχειων επεισοδίων, τα οποία συχνά είναι ψυχωτικά.

Φαρμακευτικές θεραπευτικές προσεγγίσεις

Τελευταία, διαθέτουμε πολλές νέες θεραπείες και οι γιατροί είναι τώρα πιο ικανοί να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τις διάφορες φάσεις της διαταραχής. Εντούτοις, δεδομένου ότι το εύρος των κλινικών επιλογών συνεχίζει να αυξάνεται, η ιατρική παρέμβαση γίνεται μια ακόμα πιο σύνθετη διαδικασία. Επειδή η πολυφαρμακία εφαρμόζεται συχνά στους ασθενείς με διπολική διαταραχή, είναι ουσιαστική η εξατομικευμένη βελτιστοποίηση των θεραπευτικών συνδυασμών ούτως ώστε να επιτευχθεί το πιο ικανοποιητικό συνολικό αποτέλεσμα για τον κάθε ασθενή. Επιπλέον, πρέπει να εξεταστεί το σύνθετο προφίλ των παρενεργειών του κάθε φαρμακευτικού παράγοντα, ώστε να επιτευχθεί η καλύτερη σωματική καθώς επίσης και ψυχολογική υγεία. Οι βασικοί στόχοι της θεραπείας για την διπολική διαταραχή, περιλαμβάνουν την κλινική ανταπόκριση, την ανάκτηση της λειτουργικότητας των ασθενών, την ύφεση και έλλειψη υποτροπών. Μέχρι πρόσφατα, οι φαρμακολογικές επιλογές για τη θεραπεία των οξέων εκδηλώσεων της διπολικής διαταραχής στόχευαν κυρίως μόνο σε μια από τις φάσεις, την μανιακή (σταθεροποιητές διάθεσης, αντιεπιληπτικά, άτυπα αντιψυχωτικά φάρμακα), ή την καταθλιπτική (αντικαταθλιπτική αγωγή), αλλά συχνά απαιτείται η συνδυαστική θεραπεία για την αντιμετώπιση και των δύο φάσεων. Οι σταθεροποιητές της διάθεσης (λίθιο, βαλπροϊκό) είναι χρήσιμοι στη φάση συντήρησης με σκοπό την πρόληψη υποτροπών, ενώ τα άτυπα αντιψυχωτικά φάρμακα φαίνεται να έχουν ιδιότητες σταθεροποίησης της διάθεσης.

Λίθιο: Παρά την εισαγωγή πολλών νέων παραγόντων, το λίθιο, που εγκρίθηκε από την Food and Drug Administration—FDA το 1971, συνεχίζει να παίζει έναν κεντρικό ρόλο στη θεραπεία της διπολικής διαταραχής. Τα περισσότερα ερευνητικά στοιχεία που υπάρχουν αναφέρονται στο λίθιο, τόσο για την βραχυπρόθεσμη όσο και για την μακροπρόθεσμη θεραπεία της διπολικής διαταραχής. Το λίθιο χρησιμοποιείται επίσης για να αυξήσει τις αντικαταθλιπτικές ιδιότητες των αντικαταθλιπτικών σε όσους παρουσιάζουν αντίσταση στην θεραπεία μονοπολικής κατάθλιψης. Εντούτοις, το λίθιο δεν είναι ανεκτό από πολλούς ασθενείς λόγω των παρενεργειών που προκαλεί όπως, τρόμο, πρόκληση υποθυρεοδισμού, πιθανότητα πρόκλησης διαταραχών των ηλεκτρολυτών, νεφρική τοξικότητα, καθώς και διάφορες παρενέργειες του κεντρικού νευρικού συστήματος. Λόγω των περιοριστικών θεραπευτικών παράθυρων του λιθίου, πρέπει να γίνεται τακτικός έλεγχος των επιπέδων λιθίου στον ορό ώστε να εξασφαλίσουμε ότι θα διατηρείται μεταξύ 0.6 και 1.2 meq/L.

Αντιεπιληπτικοί Παράγοντες: Πολυάριθμες μελέτες τεκμηριώνουν την αποτελεσματικότητα των αντιεπιληπτικών φαρμάκων στη μανία, περιλαμβανομένων της καρμπαμαζεπίνης και του βαλπροϊκού οξέος. Παρ' όλα αυτά και οι δύο αυτοί κλασσικοί σταθεροποιητές της διάθεσης παρουσιάζουν κάποιες παρενέργειες. Η καρμπαμαζεπίνη (Tegretol) συνδέεται με ακοκκιοκυττάρωση και απλαστική αναιμία και απαιτεί τακτικό αιματολογικό έλεγχο. Επιπλέον, παρουσιάζει πολλές αλληλεπιδράσεις με τα άλλα φάρμακα, λόγω της ιδιότητάς της να ανάγει τα ένζυμα του κυτοχρώματος P450 3A4 στο ήπαρ. Οι φαρμακοκινητικές ιδιότητες πολλών άλλων αντιεπιληπτικών και ψυχοτρόπων παραγόντων επηρεάζονται και αυτό μπορεί να οδηγήσει σε κλινικά σημαντική μείωση των θεραπευτικών επιπέδων των φαρμάκων καθώς και μείωση της κλινικής αποτελεσματικότητας.

Το βαλπροϊκό οξύ (Depakine) ήταν το πρώτο σπασμολυτικό που εγκρίθηκε από το FDA για την θεραπεία της διπολικής διαταραχής. Η καρμπαμαζεπίνη είναι εγκεκριμένη στις ΗΠΑ για τη θεραπεία της μανίας και η λαμοτριγίνη για τη θεραπεία συντήρησης. Στο παρελθόν, το βαλπροϊκό συνδέθηκε με ηπατοτοξικότητα και παγκρεατίτιδα, αλλά οι περισσότερες από αυτές τις επιδράσεις παρατηρήθηκαν περισσότερο σε παιδιά παρά σε ενήλικες.

Η λαμοτρογίνη (Lamictal) είναι το πιο πρόσφατο αντιεπιληπτικό φάρμακο που έχει εγκριθεί για θεραπεία συντήρησης της διπολικής διαταραχής, αλλά όχι για οξέα επεισόδια, και φαίνεται ότι είναι ιδιαίτερα χρήσιμο για την θεραπεία των καταθλιπτικών φάσεων που συνδέονται με την διαταραχή. Η τιτλοποίηση θα πρέπει να γίνει αργά λόγω του κινδύνου σοβαρών περιπτώσεων αναφυλαξίας, όπως το σύνδρομο Stevens-Johnson.

Ικανοποιητική δράση στην θεραπεία πρόληψης υποτροπών της διπολικής διαταραχής έχει η οξκαρμπαμαζεπίνη (Trileptal), ενώ αμφισβητούμενη αποτελεσματικότητα παρουσιάζουν η γκαμπαπεντίνη (Neurontin) και η τοπιραμάτη (Topamax).

Άτυπα αντιψυχωτικά φάρμακα και Διπολική Διαταραχή

Κλοζαπίνη (Leronex): Υπάρχουν πολλά δεδομένα που αποδεικνύουν ότι η χρήση της κλοζαπίνης είναι αποτελεσματική στη διπολική διαταραχή και έχει αποδειχθεί ότι βοηθά σημαντικά στις περιπτώσεις ασθενών ανθεκτικών στη θεραπεία. Οι παρενέργειες που εμφανίζονται με την χρήση αυτού του παράγοντα, όπως ο κίνδυνος θανατηφόρας ακοκκιοκυτταραιμίας, απαιτεί τον εβδομαδιαίο αιματολογικό έλεγχο. Άλλες παρενέργειες περιλαμβάνουν αύξηση σωματικού βάρους, διαβήτη, δυσλιπιδημία, σπασμούς, καταστολή, υπόταση και υπερσιελόρροια.

Ολανζαπίνη (Zyprexa): Η ολανζαπίνη ήταν ο πρώτος από τους άτυπους παράγοντες που εγκρίθηκε από τον FDA περί τα τέλη του 2000 για την θεραπεία οξείας μανίας. Η ολανζαπίνη δείχνει επίσης να είναι χρήσιμη ως βοηθητική θεραπεία στους ασθενείς που ανταποκρίνονται μερικώς όταν αντιμετωπίζονται μόνο με βαλπροϊκό ή λίθιο. Μελέτες σύγκρισης με αλοπεριδόλη έδειξαν ότι τα ποσοστά ύφεσης ήταν σημαντικά μεγαλύτερα για την ομάδα που αντιμετωπίστηκε με ολανζαπίνη, η μετάβαση στην κατάθλιψη εμφανίστηκε σημαντικά συντομότερα με την αλοπεριδόλη απ' ό,τι με την ολανζαπίνη, η αύξηση βάρους ήταν σημαντικά μεγαλύτερη στην ομάδα που έλαβε ολανζαπίνη, και η ομάδα που αντιμετωπίστηκε με ολανζαπίνη παρουσίασε σημαντική βελτίωση της ποιότητας ζωής σε διάφορα επίπεδα έναντι της ομάδας της αλοπεριδόλης. Τα στοιχεία από τις μελέτες δείχνουν ότι η ολανζαπίνη δεν διαφέρει από την αλοπεριδόλη στη συνολική ύφεση της διπολικής μανίας. Εντούτοις, η αλοπεριδόλη συνοδεύεται από υψηλότερο ποσοστό εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων, ενώ η ολανζαπίνη συνδέεται με την αύξηση βάρους.

Ρισπεριδόνη (Risperdal): Η ρισπεριδόνη είναι επίσης αποτελεσματική ως παράγοντας που μπορεί να χρησιμοποιηθεί αυτόνομα στη θεραπεία της οξείας μανίας. Ο FDA ενέκρινε περί τα τέλη του 2003 την ρισπεριδόνη ως μονοθεραπεία και ως βοηθητική θεραπεία για την θεραπεία της μανίας. Σε ανοιχτές μελέτες βρέθηκε ότι είναι χρήσιμη ως ένας πρόσθετος παράγοντας στην υπάρχουσα θεραπεία σε ασθενείς με διπολική διαταραχή ή διπολικό τύπο σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής κατά τη διάρκεια ενός μανιακού επεισοδίου.

Κουετιαπίνη (Seroquel): Η κουετιαπίνη εγκρίθηκε από τον FDA τον Ιανουάριο του 2004 για τη θεραπεία της οξείας μανίας, βασισμένη στα στοιχεία που προέρχονται από δύο ελεγχόμενες μελέτες αποτελεσματικότητας. Η δόση της κουετιαπίνης έφτανε μέχρι τα 800 mg, με μέσο όρο 600 mg/ημερησίως. Σημαντική βελτίωση έναντι του εικονικού φαρμάκου παρατηρήθηκε από την τέταρτη κιόλας ημέρα στις δοκιμές της συνδυασμένης με κουετιαπίνη μονοθεραπείας. Προσθήκη κουετιαπίνης στο λίθιο ή στο βαλπροϊκό φαίνεται να οδηγεί σε υψηλότερο ποσοστό ανταπόκρισης, σε σύγκριση με οποιονδήποτε σταθεροποιητή της διάθεσης που χρησιμοποιείται από μόνος του. Η κουετιαπίνη δείχνει καλή αποτελεσματικότητα στα καταθλιπτικά συμπτώματα και ιδιαίτερα στην καταθλιπτική φάση της διπολικής διαταραχής.

Ζιπρασιδόνη (Geodon): Η ζιπρασιδόνη φαίνεται επίσης ότι είναι αποτελεσματική και καλά ανεκτή στη θεραπεία της οξείας μανίας σε δόσεις από 40 έως 80 mg δύο φορές την ημερησίως. Σε κάποιες αναφορές περιστατικών, η ζιπρασιδόνη έχει συνδεθεί με εμφάνιση μανίας, αν και κανένα στοιχείο επιδείνωσης της μανίας δεν παρουσιάστηκε στις τυχαίοποιημένες με χρήση εικονικού φαρμάκου δοκιμές που έγιναν σε ασθενείς

με μανία. Το φαινόμενο αυτό μπορεί να σχετίζεται με τις ιδιότητες του φαρμάκου στα συστήματα σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης.

Αριπιπραζόλη (Abilify): Η αριπιπραζόλη είναι ένα από τα πιο πρόσφατα άτυπα αντιψυχωτικά φάρμακα που εμφανίστηκαν και παρουσιάζεται αποτελεσματική, συγκρινόμενη με εικονικό φάρμακο, στην θεραπεία οξείας μανίας ή μικτών επεισοδίων, σε δόσεις από 15 έως 30 mg.

Αμισουλπρίδη (Solian) : Δείχνει αποτελεσματικό στα συμπτώματα μανίας και κατάθλιψης των συναισθηματικών διαταραχών, ενώ σε ελεγχόμενες μελέτες έχει δείξει αποτελεσματικότητα και στη μονοπολική μείζονα κατάθλιψη και δυσθυμία. Επιπλέον, δεν προκαλεί σημαντική αύξηση βάρους και δεν επηρεάζει το λιπιδαιμικό προφίλ, αλλά ως D2 & D3 ανταγωνιστής έχει πιθανότητα αύξησης των επιπέδων προλακτίνης.

Βιβλιογραφικές πηγές

American Psychiatric Association, Practice Guideline for the treatment of patients with schizophrenia, 2nd edn. Arlington, VA:APA, 2004.

Bloom FE, Kupfer DJ (1994). Psychopharmacology. NY Raven Press

Costa E (ed). GABAergic transmission and anxiety. NY Raven Press, 1986:80–95

Gold PW et al. Possible role for CRH in panic disorder. J Psych Res 1990, 1(Suppl 24):86–87

Gorman JM et al. A neuroanatomical hypothesis for panic disorder. Am J Psychiatry 1989, 146:148–161

Griez EL et al. Lactate, CO₂ and other provocation techniques. J Psych Res 1990, 1(Suppl 24):51–52

Heninger GR et al. Noradrenergic mechanism in the pathogenesis and treatment of panic disorder. J Psych Res 1990, 1(Suppl 24):92–93

Kapur S , Zypursky R, Jones et al. (2000) Relationship between Dopamine D2 occupancy, clinical response, and side effects. Am J Psychiatry, 157: 514-520.

Marder S (2004). Switching antipsychotic medication. Current Medicine Group, London

Meltzer HY (ed). Psychopharmacology. NY Raven Press, 1987: 183–193, 265–273, 977–983

Meltzer HY. (1990). Defining treatment refractoriness in schizophrenia. Schizophr Bull; 16: 563-565.

Racagni G, Sarteli E (eds). Anxious depression. Assessment and treatment. NY Raven Press, 1987:32–112

Reiman EM et al. PET, panic disorder and normal anticipatory anxiety. J Psych Res 1990, 1(Suppl 24):50

Peuskens J, Amisulpride improves depressive symptoms in acute exacerbation of schizophrenia : comparison with haloperidol and risperidone. Eur.Neuropsychophar 2002;12:305-310

Sartorius N et al. WHO collaborative study: Assessment of depressive disorders. Psychol Med 1980, 10:743–749

Usdin E, Kvetnansky R, Axelbord J (eds). Stress: The role of catecholamines and other neurotransmitters. NY Gordon and Breach Science Publishers, 1984:95–128

Zorumski CF, Isenberg KE. Insights into the structure and function of GABA-benzodiazepine receptors: ion channels and psychiatry. Am J Psychiatry 1991, 148:162–173

ΜΕΡΟΣ Β

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

ΑΠΩΛΕΙΑ ΚΑΙ ΘΑΝΑΤΟΣ

Νίκος Αμβρόσιος, Παιδοψυχίατρος

Τα δυναμικά της απώλειας

Η απώλεια αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ανθρώπινης ζωής. Το ξεπέρασμα σημαντικών απωλειών, όπως ο θάνατος συζύγου, παιδιού ή γονέα μπορεί να απαιτήσει πολλά χρόνια και τέτοιας βαρύτητας γεγονότα πιθανώς να έχουν σοβαρές επιπτώσεις στο υπόλοιπο της ζωής εκείνου που τα βιώνει. Ακόμα όμως και λιγότερο καταστροφικά συμβάντα - χρόνιες παθήσεις, αναπηρίες, ακρωτηριασμός, χρεοκοπία, καταστροφή ακίνητης ή κινητής περιουσίας από φυσικά αίτια, αλλαγή σχολείου, υποχρεωτική μετακόμιση, απόλυση από την εργασία - προξενούν πολλές επιπλοκές. Η αναπόφευκτη εμπειρία ποικίλης σοβαρότητας απωλειών κατά την ανάπτυξη και ωρίμαση, που κάθε άνθρωπος πρέπει να μάθει να αποδέχεται, παίζει καθοριστικό ρόλο στη συναισθηματική του συγκρότηση και στην εκμάθηση τρόπων «ανάκτησης του εαυτού του» και της προσωπικής του ακεραιότητας.

Θα πρέπει να διευκρινιστούν τρεις σημαντικές έννοιες συνυπάρχουσες με την παρέμβαση στην κρίση τη σχετική με την απώλεια. Πρόκειται για την αποστέρηση, την αντικειμενική δηλαδή κατάσταση αποχωρισμού, οφειλόμενου ειδικά σε θάνατο και συνοδευόμενου από θλίψη, τη θλίψη αυτή καθαυτή, την κατάσταση, δηλαδή, ψυχικής οδύνης ή συναισθηματικού πόνου, ως αποτέλεσμα ή αντίκτυπο της αποστέρησης και, τέλος, το πένθος, μια πολιτισμική ή κοινωνική κατάσταση που εκφράζει τη θλίψη ή άλλα συναισθήματα εξαιτίας της αποστέρησης. Το τελευταίο βήμα για την αντιμετώπιση της απώλειας γίνεται, όταν ο πένθων καταπιαστεί με τη δική του θνητότητα. Η οριστική απώλεια - ο θάνατος - αποτελεί το τελικό στάδιο της ανάπτυξής μας. Όλα τα ζωντανά πλάσματα περνούν μέσα από τις φάσεις της γέννησης, της ανάπτυξης και του θανάτου και οι ανθρώπινες απώλειες, μικρές ή μεγάλες, συνιστούν προσθήκες στο ταξίδι της ζωής. Παρά το ότι η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου μπορεί να μείνει αλησμόνητη, η ομαλή εξελικτική διαδικασία επούλωσης του πένθους ολοκληρώνεται, όταν, κατά τη διάρκεια του τελικού σταδίου της θλίψης, ο βιώσας την απώλεια ανακαλύπτει ότι ίσως καινούργια όνειρα και νέες ευκαιρίες θα προκύψουν μέσα από την τραυματική του εμπειρία.

Πολιτισμικά δυναμικά : Το πένθος και η αποστέρηση μετά από απώλεια λόγω θανάτου είναι τα περισσότερο επικαθοριζόμενα από το πολιτισμικό πλαίσιο ζητήματα που απασχολούν την παρέμβαση στην κρίση. Ενώ η αντίδραση στη θλίψη είναι σε μεγάλο βαθμό βιολογική και ευρύτερα κοινή, το πένθος και ο θρήνος ποικίλλουν από κοινωνία σε κοινωνία και ανάλογα με το ευρύτερο πολιτισμικό πλαίσιο. Η εμπειρία της απώλειας επηρεάζεται ιδιαίτερα από παράγοντες, όπως το φύλο, η φυλή, η θρησκεία, η κοινωνικοοικονομική τάξη, ο σεξουαλικός προσανατολισμός και ο γεωγραφικός τόπος διαβίωσης. Κάθε πολιτισμός και κάθε εποχή διαμορφώνουν ανάλογους τρόπους πένθους, καθώς διαφοροποιούνται αντιστοίχως οι κανόνες, οι πεποιθήσεις, οι τύποι, τα ήθη, τα έθιμα και οι στάσεις απέναντι στο φαινόμενο του θανάτου. Ακόμα όμως και στο ίδιο πολιτισμικό περιβάλλον, διαφορετικής προέλευσης ομάδες ατόμων μπορεί να έχουν σημαντικά αποκλίνουσες απόψεις για το θάνατο. Σε όλες τις κοινωνίες φαίνεται πως υπάρχουν τρία γενικά μοντέλα απόκρισης στο θάνατο: η παραδοχή, η απώθηση και η άρνηση του θανάτου. Η σύγχρονη δυτική κοινωνία χαρακτηρίζεται από το ότι απωθεί για το θάνατο (Rando, 1984).

Σύμφωνα με την Kubler-Ross, ο πολιτισμός μας μοιάζει να πιστεύει ότι ο θάνατος αποτελεί ένα τρομακτικό και απαίσιο θέμα, το οποίο θα πρέπει να αποφεύγεται με κάθε μέσο, πιθανώς επειδή υπενθυμίζει την ανθρωπινή μας ευαλωτότητα παρά τα τεχνολογικά μας επιτεύγματα. Ο φόβος ή η άρνηση του θανάτου αποτελεί βασικό παράγοντα της ανθρωπίνης συμπεριφοράς, γιατί ο τρόπος που ενεργεί το άτομο, όσον αφορά στην πολιτισμική και επιστημονική εξέλιξη, είναι σχεδιασμένος, ώστε να αποφεύγει την ευθεία αντιμετώπιση της οριστικότητας του θανάτου. Εκτιμάται πως υπάρχει στους ανθρώπους ένας έμφυτος φόβος θανάτου που τους ωθεί να στήνουν διάφορων ειδών και μορφών ηρωποιοητικά συστήματα και σύμβολα, όπως μνημεία, για να τον υπερβούν.

Κοινωνικοπολιτισμικά ήθη: Με το πέρασμα των χρόνων οι κοινωνικές αντιλήψεις και τα ήθη απέναντι στη ζωή και στο θάνατο άλλαξαν, παράλληλα με τη μετάβαση του δυτικού κόσμου από τον αγροτικό στον αστικό τρόπο ζωής και από έναν αδιάφορο σε έναν αρνητικό προς το θάνατο πολιτισμό. Ενώ οι αγροτικές οικογένειες έχουν άμεση επαφή με τη γέννηση, τη ζωή και το θάνατο ανθρώπων και ζώων, οι κάτοικοι των πόλεων σπανίως έρχονται σε αντίστοιχη θέση. Σε αντίθεση με ό,τι συμβαίνει κατά κανόνα στα αστικά κέντρα, όσοι διαμένουν στην επαρχία φροντίζουν οι ίδιοι για τους νεκρούς οικείους τους - περιποιούνται τις σορούς για την κηδεία, τις εκθέτουν μέσα στο σπίτι, ξενυχτούν γύρω από το νεκρό μνημονεύοντας τη ζωή του, σκάβουν μόνοι τους τάφους, όπου τους θάβουν οι ίδιοι. Η κοινωνική οργάνωση και αντίδραση

απέναντι στην αποστέρηση και απώλεια των αγαπημένων προσώπων μεταβλήθηκαν εν μέρει λόγω των αλλαγών στα ηλικιακά μοντέλα θνησιμότητας. Παλαιότερα το προσδόκιμο επιβίωσης των ενηλίκων ήταν χαμηλό και η παιδική θνησιμότητα υψηλή, καθώς επιδημίες και λιμοί εξολόθρευαν μεγάλο αριθμό ανθρώπων. Οι κοινότητες ήταν μικρές και τα μέλη τους δεμένα μεταξύ τους, ο θάνατος ήταν προσωπική υπόθεση για όλους και οι πένθιμες τελετές ήταν γεγονότα που αφορούσαν σε ολόκληρη την κοινότητα. Στη σύγχρονη εποχή η διαδικασία του πένθους τείνει να καθοριστεί από νόμους, κανόνες και την εμφάνιση ειδικών που υλοποιούν αυτούς τους νόμους και κανόνες. Ο θάνατος επέρχεται συνήθως στο νοσοκομείο ή στο γηροκομείο, ο εκλιπών είναι ηλικιωμένος, παροπλισμένος και αποσυρμένος για χρόνια από κοινωνικές δραστηριότητες, με αποτέλεσμα να μην είναι ευρύτερα γνωστός. Το πένθος μετατοπίστηκε από τα σπίτια στα γραφεία κηδειών και στα παρεκκλήσια των νοσοκομείων. Οι νόμοι που αφορούν στο ρόλο των εργολάβων κηδειών, αλλά και των εργοδοτών επηρεάζουν τον τρόπο που πενθεί η κοινωνία. Υπάρχουν όροι οι οποίοι διέπουν το χρόνο εργασίας που μπορεί να διαθέσει ένας υπάλληλος στον αποχαιρετισμό ενός αποθανόντος οικείου του, ενώ οι καθιερωμένοι κανόνες συμπεριφοράς επιβάλλουν κοινωνική ομοιομορφία στα ποικίλα κατά το παρελθόν μοντέλα πένθους και αποστέρησης. Οι κοινωνικοπολιτισμικές μεταβολές που επήλθαν κατά τον εικοστό αιώνα έφεραν σημαντικές αλλαγές στην εξάρτηση όσων βιώνουν απώλεια από τη βοήθεια ψυχολόγων, γιατρών, κοινωνικών λειτουργών, νοσηλευτών, εργαζομένων σε ιδρύματα και εξειδικευμένων στην επανένταξη επαγγελματιών. Διάφορες παράμετροι, όπως τα ηλικιακά μοντέλα, οι μεταβολές στη συχνότητα των διαζυγίων, ο έλεγχος των γεννήσεων και οι μέθοδοι ανατροφής των παιδιών, η μετανάστευση, η αγορά εργασίας, η επανεμφάνιση επιδημικών ή και η ύπαρξη δυνητικά επιδημικών ασθενειών, όπως το AIDS, η σταθερότητα των γάμων, η διάδοση και η διαδικασία της πληροφόρησης και, τέλος, οι βελτιώσεις, τα επιτεύγματα και η πρόοδος στην ιατρική και στις διατροφικές συνήθειες, έχουν επιδράσει στις κοινωνικές αντιλήψεις και μεθόδους αντιμετώπισης του άγχους, της απώλειας και του πένθους.

Θεωρητικές προσεγγίσεις

Το μοντέλο της Kubler-Ross : Στο μοντέλο της η Kubler-Ross αναφέρει σε πέντε στάδια τις αντιδράσεις ή αποκρίσεις που εμφανίζει ένα άτομο στην προσπάθειά του να αναμετρηθεί με το δικό του επικείμενο θάνατο, σχήμα που ισχύει επίσης στη διαδικασία του πένθους και της αποστέρησης ως επακόλουθο των περισσότερων

προσωπικών απωλειών. Το μοντέλο αυτό δεν είναι εφαρμόσιμο σε κάθε περίπτωση, αλλά αποσκοπεί στην παροχή προς τους αποθνήσκοντες τρόπων διδασκαλίας των όσων αισθάνονται και χρειάζονται οι ίδιοι στην οικογένειές τους και στους έχοντες τη φροντίδα των.

Πρώτο στάδιο: Άρνηση και απομόνωση. Η αρχική άρνηση του ασθενούς να συνειδητοποιήσει την επιθανάτια κατάστασή του θεωρείται υγιής αντίδραση στα επώδυνα και ανησυχητικά νέα, καθώς, λειτουργώντας ως προστατευτική ασπίδα, επιτρέπει στον ασθενή να συγκεντρωθεί και, με το χρόνο, να κινητοποιήσει άλλες, λιγότερο δραστικές άμυνες. Στη φάση αυτή δημιουργεί ένα σύστημα προφύλαξης και απομονώνεται από πληροφορίες ή άτομα που θα επιβεβαίωναν τη σοβαρότητα της κατάστασής του, μπορεί όμως να δραστηριοποιηθεί, συλλέγοντας αποδείξεις και αποζητώντας υποστήριξη από τους άλλους, ότι ο θάνατός του τελικά δε θα επέλθει.

Δεύτερο στάδιο: Θυμός. Καθώς ο ασθενής αδυνατεί να συνεχίσει το μύθο της άρνησης, εκδηλώνει οργή, πικρία, ζήλια και εχθρότητα, στάση που καθιστά δύσκολο το χειρισμό του. Ο θυμός είναι μια φυσιολογική προσαρμογή, καθώς, μέσω αυτού, επιχειρεί απελπισμένα να κερδίσει την προσοχή, να διεκδικήσει σεβασμό και κατανόηση, όπως και να εγκαταστήσει ένα βαθμό ελέγχου της κατάστασης, για το λόγο αυτό δεν πρέπει οι οικείοι του ή οι επαγγελματίες που τον φροντίζουν να παίρνουν τη στάση του προσωπικά. Με την έκφραση του θυμού και της εχθρότητάς του προς τον κόσμο, τους άλλους και το Θεό ο ασθενής συνήθως φωνάζει για αποδοχή και αγάπη.

Τρίτο στάδιο: Διαπραγμάτευση. Στη διάρκεια αυτού του σταδίου, ο ασθενής διαπραγματεύεται με τους γιατρούς ή το Θεό για μία ακόμη ευκαιρία, μια παράταση ζωής ή λίγο ακόμη χρόνο, για να κάνει κάτι τελευταίο. Αποτελεί άλλη μία περίοδο αυταπάτης του, ελπίζοντας σε ανταμοιβή των υποσχέσεών του για καλή συμπεριφορά ή καλές πράξεις και πρόκειται για μια φυσιολογική προσπάθεια να αναβάλει το θάνατό του. Ο ευαίσθητοποιημένος επαγγελματίας που τον φροντίζει πρέπει να ακούσει τις ανησυχίες οι οποίες βρίσκονται πίσω από τη συμπεριφορά του αυτή και να μην αγνοήσει τη διαπραγμάτευση του ασθενούς, γιατί μπορεί να έχει ανάγκη να αντιμετωπίσει κάποιες ενochές ή άλλα κρυμμένα συναισθήματά του.

Τέταρτο στάδιο: Κατάθλιψη. Οι περισσότεροι ασθενείς αντιμετωπίζουν πολλές απώλειες ως απόρροια του επικείμενου θανάτου τους, όπως χρήματα, σταδιοδρομία, αγαπητά τους πρόσωπα, διαδικασία που προετοιμάζει το έδαφος για την εγκατάσταση της κατάθλιψης, η οποία διακρίνεται σε δύο είδη στους τελικού σταδίου αρρώστους: στην αντιδραστική κατάθλιψη, που συνιστά απάντηση στην αμετάκλητη απώλεια, και στην προπαρασκευαστική κατάθλιψη, που αποτελεί εσωτερη συναισθηματική προεργασία παραίτησης. Ασθενείς ευρισκόμενοι στη δεύτερη αυτή

μορφή κατάθλιψης θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με φροντίδα, αγάπη και συμπάθεια, με ελάχιστα ή καθόλου λόγια, ενώ προσπάθειες να ευθυμήσει ο ασθενής έρχονται σε σύγκρουση με την προπαρασκευαστική του θλίψη.

Πέμπτο στάδιο: Αποδοχή. Οι ασθενείς, αφού περάσουν από τα προηγούμενα τέσσερα στάδια, φτάνουν σε ένα σημείο όπου, αδύναμοι, κουρασμένοι και ολοκληρώνοντας το θρήνο τους, συμβιβάζονται με την απώλειά τους και αποδέχονται την κατάστασή τους. Δεν είναι ευχάριστο το στάδιο αυτό, καθώς έρχεται η ώρα οι ασθενείς να αποσυρθούν στον εαυτό τους και δε χρειάζονται συζητήσεις και πολυκοσμία. Οι συγγενείς και οι επαγγελματίες που τους φροντίζουν πρέπει να τους δείξουν αγάπη και υποστήριξη απλώς με την παρουσία τους, παραμένοντας σιωπηλοί, κρατώντας τους το χέρι και ανταποκρινόμενοι ήρεμα στις ανάγκες και στα αιτήματά τους. Θα πρέπει, τέλος, να τους παρέχεται στο στάδιο αυτό περίθαλψη τέτοια, που θα κάνει τη ζωή τους κατά το δυνατό ανώδυνη και άνετη.

Το μοντέλο του Schneider : Ο John Schneider(1984) ανέπτυξε ένα περιεκτικό μοντέλο οκτώ σταδίων, το οποίο αποκαλεί «διαδικασία της θλίψης». Το μοντέλο του Schneider συγχωνεύει σωματικές, γνωσιακές, συναισθηματικές και πνευματικές απαντήσεις των ανθρώπων στην απώλεια. Η θεώρηση του Schneider για την απώλεια περιλαμβάνει εσωτερικά γεγονότα, συστήματα πεπιοθήσεων, τις διαδικασίες της ανάπτυξης και ενηλικίωσης, όπως επίσης τις εύκολα αναγνωριζόμενες απώλειες, όπως ο θάνατος και το διαζύγιο.

Πρώτο στάδιο: Η αρχική συνειδητοποίηση της απώλειας. Ο αρχικός αντίκτυπος της απώλειας είναι γενικά ένας σημαντικός παράγοντας άγχους, απειλητικός για την αίσθηση ομοιόστασης του σώματος. Οι ολιστικές διαστάσεις αυτού του σταδίου, τυπικά, περιλαμβάνει σωματικές, συμπεριφορικές, συναισθηματικές, γνωσιακές και πνευματικές παραμέτρους. Ο συγκλονισμός, η σύγχυση, το μούδιασμα, η απάθεια, η δυσπιστία και ο αποπροσανατολισμός είναι μόνο μερικά από την ποικιλία συμπεριφορών, συναισθημάτων ή εντυπώσεων τα οποία μπορεί το άτομο να βιώσει ως μια φυσιολογική προσαρμοστική απάντηση στη συνειδητοποίηση της σημαντικής απώλειας που έχει προκύψει.

Δεύτερο στάδιο: Απόπειρα περιορισμού της συναίσθησης της απώλειας μέσω της καθήλωσης στην επένδυση, δηλαδή την επικέντρωση της σκέψης και της συναισθηματικής ενέργειας κάποιου σε οποιεσδήποτε θετικές πλευρές της απώλειας μπορεί να αναγνωρίσει και τη χρησιμοποίηση οποιωνδήποτε εσωτερικών αποθεμάτων, για να αναχαιτίσει την ακινητοποίηση και την ανισορροπία. Οι στρατηγικές αναμονής / καθήλωσης στην επένδυση είναι φυσιολογικές διαδικασίες που το άτομο υιοθετεί στην προσπάθειά του να χρησιμοποιήσει συμπεριφορές

ανταπόκρισης που είχαν λειτουργήσει κατά το παρελθόν, ώστε να αντεπεξέλθει στην απώλεια, στη ματαίωση, στο άγχος και στη σύγκρουση. Αυτό το στάδιο έχει ως αποτέλεσμα να παρέχει στον πενθούντα χρόνο για την τοποθέτηση της παρούσας απώλειας στις πραγματικές της διαστάσεις, την ανανέωση δυνάμεων και τον περιορισμό των συναισθημάτων ανικανότητας και απελπισίας. Μερικές συμπεριφορές, ορισμένα συναισθήματα και κάποια συμπτώματα που συνοδεύουν την αναμονή / καθήλωση στην επένδυση είναι η μυϊκή τάση, οι διαταραχές του ύπνου, η αναζήτηση αναπλήρωσης, η νοσταλγία, ο ιδεομηρυκασμός, η ευφορία, η διαπραγμάτευση και η ενοχή.

Τρίτο στάδιο: Απόπειρες για περιορισμό της συναίσθησης της απώλειας μέσω της παραίτησης. Η παραίτηση περιγράφεται από τον Schneider ως αναγνώριση των προσωπικών ορίων αναφορικά με την απώλεια και ως εγκατάλειψη εξωπραγματικών στόχων, άσκοπων υποθέσεων και περιττών αυταπατών. Το στάδιο αυτό καθιστά τα άτομα ικανά να διαχωρίσουν τους εαυτούς τους από την εξάρτηση ή την προσκόλληση στο πρόσωπο ή στο αντικείμενο που έχει αποστερηθεί, προετοιμάζοντας το έδαφος για μελλοντικές προσαρμοστικές συμπεριφορές και στάσεις. Μερικές χαρακτηριστικές συμπεριφορές, συναισθήματα και εντυπώσεις, που ίσως προκύψουν κατά την παραίτηση, είναι η κατάθλιψη, η απόρριψη, η αηδία, η ανησυχία, η ντροπή, η απαισιοδοξία, ο αυτοκαταστροφικός ιδεασμός, ο κυνισμός, η λήθη και ο ηδονισμός.

Τέταρτο στάδιο: Συναίσθηση της έκτασης της απώλειας. Ο Schneider περιγράφει το στάδιο της συναίσθησης ως το ευκολότερα αναγνωριζόμενο ως θρήνος - την πιο επώδυνη, μοναχική, απελπιστική και αδιέξοδη φάση από την οποία περνά αυτός που υποφέρει από μία απώλεια. Το άτομο μπορεί να βιώσει μια κατακλυσμαία συνειδητοποίηση, συναισθήματα αποστέρησης και υπέρμετρη θλίψη και ίσως νιώσει ανήμπορο να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα της απώλειας. Μερικές τυπικές συμπεριφορές, συναισθήματα και εντυπώσεις παρατηρούμενα στους πενθούντες είναι η εξουθένωση, ο πόνος, η σιωπή, η μοναξιά, η αφαίρεση και απορρόφηση σε βαθιές σκέψεις, η στενοχώρια, η μοναχικότητα, η απελπισία, η απουσία μέλλοντος χρόνου, η υπαρξιακή κρίση, το αίσθημα κενού και η αδυναμία.

Πέμπτο στάδιο: Απόκτηση προοπτικής πάνω στην απώλεια. Η φυσιολογική λειτουργία του σταδίου απόκτησης προοπτικής περιγράφεται από τον Schneider ως προσέγγιση ενός σημείου αποδοχής του γεγονότος και παροχής στους πενθούντες χρόνου, για να συμφιλιωθούν με το παρελθόν τους. Αυτή η απόκτηση προοπτικής μπορεί να προσλάβει δύο μορφές: α) την ανακάλυψη της ισορροπίας μεταξύ των θετικών και αρνητικών όψεων της απώλειας, συνυπολογίζοντας, τόσο το βαθμό ωρίμασης του πενθούντος, όσο και τι έχει οριστικά χαθεί, και β) την απόκτηση

προοπτικής πάνω στην έκταση και τα όρια της ευθύνης του πενθούντος και των άλλων για την απώλεια. Οι τυπικές συμπεριφορές, τα συναισθήματα και οι εντυπώσεις που οι άνθρωποι βιώνουν στο στάδιο αυτό είναι η υπομονή, η απομόνωση, η αποδοχή, η συγχώρηση, η ευθύτητα, οι αναμνήσεις, η επούλωση του τραύματος και η γαλήνη.

Έκτο στάδιο: Ξεπέρασμα της απώλειας. Ο Schneider επισημαίνει ότι το πένθος έχει ξεπεραστεί, όταν ο πενθών μπορεί να εντοπίσει και να ακολουθήσει δραστηριότητες άσχετες με την απώλεια, χωρίς αυτό να αποτελεί αντίδραση εναντίον του εκλιπόντος προσώπου ή αντικειμένου (παραίτηση) ή ταύτιση με αυτό (καθήλωση στην επένδυση). Το έκτο στάδιο είναι ο χρόνος για αυτοσυγχώρηση, αποκατάσταση, δέσμευση, αποδοχή της ευθύνης πράξεων και πεποιθήσεων, διεκπεραίωση εκκρεμοτήτων και αποχαιρετισμό. Μερικές χαρακτηριστικές συμπεριφορές, συναισθήματα και εντυπώσεις του έκτου σταδίου είναι η αυτοφροντίδα, η εγκατάλειψη, η συγχώρεση του εαυτού και των άλλων, η αποφασιστικότητα και η ηρεμία.

Έβδομο στάδιο: Αναπλαισίωση της απώλειας σε μια διαδικασία ανάπτυξης. Ο Schneider βλέπει τον ανασχηματισμό / αναπλαισίωση της απώλειας ως ολοκλήρωση του ξεπεράσματος του πένθους. Όταν το πένθος αντιμετωπίζεται και βιώνεται μέσα από τη διεργασία υπέρβασής του, μπορεί να προσφέρει την κινητήρια ώθηση για προσωπική ωρίμαση, υπενθυμίζοντας στους πενθούντες τις δυνάμεις, τα όρια, τη θνητότητα και το πεπερασμένο του χρόνου που διαθέτουν. Το στάδιο του ανασχηματισμού / αναπλαισίωσης εστιάζει περισσότερο στην ανακάλυψη των δυνατοτήτων παρά στον προσδιορισμό των ορίων του πενθούντος, όπως επίσης και στην προσέγγιση των προβλημάτων ως προκλήσεων, στην ανάκτηση του διερευνητικού του ενδιαφέροντος και στην αναζήτηση μιας ισορροπίας μεταξύ διαφόρων όψεων του εαυτού του. Συμπεριφορές και συναισθήματα που συνοδεύουν το έβδομο στάδιο είναι η ενισχυμένη αισθητηριακή επίγνωση, η κατηγορηματικότητα, η υπομονή, η ισορροπία, η ακεραιότητα, η επικέντρωση, η αναγνώριση των ψευδαισθήσεων, το διερευνητικό ενδιαφέρον και η αυξημένη ανθεκτικότητα στον πόνο.

Όγδοο στάδιο: Μετασχηματισμός της απώλειας σε νέα επίπεδα προσκόλλησης. Το στάδιο του μετασχηματισμού είναι μια απαρτίωση της σωματικής, συναισθηματικής, γνωσιακής, συμπεριφορικής και πνευματικής πλευράς του ατόμου ως αναπόσπαστο κομμάτι της διαδικασίας αναπλαισίωσης που οδηγεί σε ανώτερα επίπεδα κατανόησης και αποδοχής της απώλειας. Αποτελεί ίσως ειρωνεία το ότι, μέσα από τη μεγαλύτερη απώλεια ζωής, μπορεί να αναδυθεί μια διεργασία αναπλαισίωσης και μετασχηματισμού, που προάγει αυξημένη ικανότητα ωρίμασης σε σχέση με το

παρελθόν. Το στάδιο του μετασχηματισμού συνοδεύεται από συμπεριφορικές και συναισθηματικές παραμέτρους, όπως η επίγνωση των αλληλοσυσχετίσεων, η άνευ όρων αγάπη, η δημιουργικότητα, η ακεραιότητα, η ολόψυχη συμπαράσταση, το τέλος της αναζήτησης και η δέσμευση.

Το μοντέλο του Dutton : Ο Dutton έχει περιγράψει πώς οι αντιλήψεις μας για το πένθος και την απώλεια έχουν γίνει περισσότερο δυναμικές, μετακινούμενος από ιατρικές ή νοσολογικές θεωρίες προς περισσότερο διαδραστικά μοντέλα. Το ολιστικό και δυναμικό μοντέλο του βλέπει το πένθος και την απώλεια με βάση την οπτική ότι το κάθε άτομο βιώνει την απώλεια σύμφωνα με ψυχοσωματικούς, συγκινησιακούς, γνωσιακούς και συμπεριφορικούς παράγοντες, όπως ο τρόπος του θανάτου, η σχέση με τον εκλιπόντα, οι προηγούμενες απώλειες που βίωσε και οι κυρίαρχες πολιτισμικές νόρμες. Οι παράγοντες αυτοί παρουσιάζονται μέσα στο δυναμικό δομικό μοντέλο του πένθους που, σύμφωνα με τον Dutton, είναι προσαρμοσμένο στην κοινωνικοπολιτισμική ζωή του εικοστού πρώτου αιώνα. Η έρευνα της πρόσφατης βιβλιογραφίας που πραγματοποίησε αντικρούει πολλές ιδέες για το πένθος, οι οποίες έχουν σχετιστεί με παλαιότερες θεωρίες. Για παράδειγμα αναφέρεται ότι οι διαδεδομένες αντιλήψεις που αφορούν σε στάδια πένθους είναι αστήρικτες, η τοποθέτηση χρονικών περιορισμών στο πένθος δεν ενδείκνυται και η θεώρηση της αποσιώπησης ή κατάπνιξης της λύπης, ως παθολογικής απόκρισης στην απώλεια, είναι λανθασμένη. Αντιθέτως το πένθος εκλαμβάνεται ως μία πολυπαράγοντική, διαδραστική και ιδιαίτερη για κάθε άτομο που έχει πληγεί από την απώλεια εμπειρία, η οποία βασίζεται σε ένα περίπλοκο σύνολο συνυφασμένων μεταβλητών.

Απώλεια εργασίας

Καθοριζόμαστε σε μεγάλο βαθμό από την εργασία μας και ενδεικτικό αυτής της πραγματικότητας είναι το γεγονός πως το πρώτο πράγμα που ρωτούμε κάποιον άγνωστο μετά το όνομά του είναι το επάγγελμά του. Τα επαγγέλματα και η ταύτιση κάποιου με μια εργασία έχει να κάνει με περισσότερα πράγματα από τη δουλειά και τα μισθολογικά παρεπόμενά της. Εκτός του ότι τα επαγγέλματα καθορίζουν πόσα λεφτά βγάζουμε και ποιο είναι δυνητικά το εισόδημά μας, δομούν την ημέρα μας και χαράσσουν ένα τακτικό και απαιτούμενο σύνολο δραστηριοτήτων, καθώς προετοιμαζόμαστε, μεταβαίνουμε στον χώρο της δουλειάς και ολοκληρώνουμε την

ημέρα της εργασίας μας. Το επάγγελμά μας εξηγεί την κοινωνική μας επιφάνεια και ταυτότητα, την αίσθηση της συμμετοχής και του σκοπού, όπως επίσης και της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και δικτύωσης που επιφέρει η εργασία. Η απώλεια της εργασίας, κάτω από ορισμένες συνθήκες, συνιστά μία κρίση, πολύ περισσότερο, όταν η απώλεια αυτή είναι αναπαισιολόγητη ή αποδίδεται σε παράγοντες άσχετους με την επαγγελματική απόδοση. Η τεχνολογική πρόοδος και η οικονομία της ελεύθερης αγοράς έχουν μεταβάλει δραματικά το πλαίσιο εργασίας. Μείζονα συνέπεια αυτής της αλλαγής αποτελεί η απώλεια εκατομμυρίων καλοπληρωμένων θέσεων υπαλληλικής και χειρωνακτικής εργασίας που παρείχαν στους μισθωτούς εισόδημα, επαγγελματική ασφάλεια και τον καθαγιασμένο και προβλεπόμενο τρόπο ζωής της μεσαίας τάξης. Οι κυματόμορφες επιπτώσεις μιας τέτοιας εξέλιξης απλώνονται στην οικογένεια του τέως εργαζόμενου και καταλήγουν σε μια ποικιλία παθολογικών αντιδράσεων, καθώς ο αρχικός κουβαλητής της οικογένειας συνειδητοποιεί ότι πλέον ακολουθεί καθοδική πορεία, με ελάχιστες πιθανότητες να ανακτήσει την προηγούμενη επαγγελματική του επιφάνεια. Ο αλκοολισμός, η χρήση ναρκωτικών, οι ξυλοδαρμοί, η παιδική κακοποίηση, το διαζύγιο, η αυτοκτονία και ο φόνος είναι μόνο μερικές από τις χειροπιαστές επιπτώσεις της απώλειας εργασίας στην οικογένεια. Σε προσωπικό επίπεδο, η κατάθλιψη, ο θυμός, η μομφή, η προβολή, η έλλειψη αυτοεκτίμησης, η απώλεια της προσωπικής ταυτότητας, η χαμηλότερη αυτοαντίληψη, η απώλεια κοινωνικών υποστηρικτικών συστημάτων, ο στιγματισμός, η απώλεια του ελέγχου, η αποσύνθεση της ατομικής ακεραιότητας και προπάντων η κακή ψυχική υγεία είναι τα συναισθηματικά αποτελέσματα για τον απολυθέντα, που μπορεί να υφίσταται δευτερογενή καταδυνάστευση, μη διαφέρουσα από αυτή θυμάτων βιασμού ή άλλων επιθέσεων (Price, Frieland & Vinokur, 1998). Αυτή η καταδυνάστευση μπορεί να προκύψει από τον χειρισμό των άλλων, που έχουν την ανάγκη να εκλογικεύουν, θεωρώντας το άτομο άχρηστο, τεμπέλη ή αλλιώς ανίκανο να αντεπεξέλθει στην εργασία του. Προκειμένου μάλιστα να εκτιμηθούν οι ίδιοι διαφορετικά από το περιβάλλον τους, θα έθεταν τους εαυτούς τους σε κίνδυνο και θα έλεγαν ξεκάθαρα ότι δεν έχουν κανέναν απολύτως έλεγχο πλέον στο πεπρωμένο τους, όπως και ο απολυμένος συνάδελφός τους. Επιδεινώνοντας περισσότερο το πρόβλημα, το θύμα της απόλυσης συχνά αντιδρά κατά τρόπο όμοιο με αυτών που το καταδυναστεύουν, αναλίσκόμενο σε μια μάταιη προσπάθεια να βρει κάποιο νόημα σε ό,τι συνέβη.

Χωρισμός – Διαζύγιο

Το ποσοστό των γάμων που καταλήγουν σε διαζύγιο είναι ιδιαίτερος υψηλό, με τάση αυξητική τα τελευταία χρόνια. Ο χωρισμός είναι γεγονός συντριπτικό, τόσο για τους ενήλικες, όσο και για τα παιδιά και συχνά η κρίση και οι πικρόχολες διαμάχες για την κηδεμονία, που επακολουθούν, φέρνουν τα παιδιά σε μετέωρη θέση, προξενώντας τους συναισθήματα σύγχυσης, ανασφάλειας, φόβου, παγίδευσης, θυμού, έλλειψης αγάπης και ενοχής. Η κατάθλιψη είναι κυρίαρχη μεταξύ αντρών και γυναικών που βιώνουν τη διάλυση του γάμου τους. Όλοι σχεδόν οι χωρισμοί δημιουργούν αρνητικά συναισθήματα και απρόσμενες συνέπειες και στις δύο πλευρές. Ακόμα και όταν ο χωρισμός είναι επιθυμητός και επιζητείται, επισπεύδει μια αίσθηση ματαίωσης, αποτυχίας, απώλειας και θρήνου. Ο Schneider (1984) αναφέρει ότι άνθρωποι που υποφέρουν από απώλεια οφειλόμενη σε διαζύγιο ή χηρεία εμφανίζουν σημαντική και σταθερά υψηλότερη ευαλωτότητα σχεδόν σε κάθε σωματική και ψυχική διαταραχή, ιδιαίτερος στις καρδιακές παθήσεις. Η επούλωση που ακολουθεί μια τέτοια απώλεια ξεκινά με την άμεση αναγνώριση και αντιμετώπιση της απώλειας και την έναρξη του πένθους σε παρόντα χρόνο. Πιο συγκεκριμένα, ο σύζυγος που εγκαταλείπεται κατέχεται από συναισθήματα θλίψης, ενοχής, απαξίωσης και αποτυχίας και ότι πλέον η ζωή του δεν έχει κανένα νόημα. Δε θα θελήσει πιθανώς να αντιμετωπίσει τη ζωή μόνος, θα βυθιστεί στο πένθος και θα αισθανθεί καταδικασμένος να περάσει το υπόλοιπο της ζωής του ανικανοποίητος, χωρίς σύντροφο ή παιδιά.

Ακολουθούν παραδείγματα στρατηγικών παρέμβασης κατά το χρονικό διάστημα που επακολουθεί την ανακοίνωση της πρόθεσης χωρισμού:

Ατομική συμβουλευτική και παρέμβαση: Αξιολογείται το επίπεδο αυτοκτονικότητας του πενθούντος, όπως επίσης η ικανότητά του να αντεπεξέλθει και οι εφεδρείες του. Λαμβάνεται πρόνοια για μία ασφαλή ατμόσφαιρα, ώστε να εξωτερικεύσει τα συναισθήματά του και να ξεσπάσει σε λυγμούς. Το ενδιαφέρον εστιάζεται στα συναισθήματα αναξιοσύνης, φόβου, αποτυχίας, ενοχής, θυμού, κατάθλιψης, αυτολύπησης και ανεπαρκούς ικανοποίησης του πενθούντος. Χρησιμοποιούνται συμπεριφορικά μοτίβα, προκειμένου να βοηθηθεί ο πενθών να αναγνωρίσει και να αντικρούσει επιτυχώς τις αρνητικές, μάταιες και αναποτελεσματικές πεποιθήσεις του και ανάλογους αυτοπροσδιορισμούς του. Ομαδική υποστηρικτική εργασία: Προσδιορίζονται ομάδες αυτοβοηθούμενων διαζευγμένων, που δύνανται να λειτουργήσουν υποστηρικτικά προς τον πενθούντα, και εκτιμώνται οι κοινωνικές του ανάγκες σε ένα συνεχές χρόνο, από το παρόν ως αρκετά χρόνια μετά. Οι ανωτέρω ομάδες αξιοποιούνται, ώστε να βοηθηθεί ο πενθών στη χάραξη ρεαλιστικών σχεδιασμών για την προσωπική και κοινωνική του προσαρμογή στη νέα του κατάσταση.

Υποστηρικτικές πηγές: Εκτιμάται η ανάγκη του διαζευγμένου για νομική, επαγγελματική και οικονομική βοήθεια. Αν κριθεί απαραίτητο, προσδιορίζονται συγκεκριμένα άτομα αναφοράς, στα οποία μπορεί να απευθυνθεί αμέσως. Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης αξιολογούνται προσεκτικά φράσεις που αντικατοπτρίζουν την αυτονομία και την ικανότητά του να επιτυγχάνει τους στόχους του στην παρούσα φάση. Ως παράδειγμα, αναφέρεται είτε η πρόθεσή του να βρει διαφορετικό δικηγόρο ή λογιστή από εκείνον που είχε από κοινού με τον πρώην σύζυγό του, είτε η ανάγκη, που αισθάνεται, να βρει μία εργασία ή εκπαίδευση, που θα τον βοηθήσει να γίνει οικονομικά αυτόνομος, κάτι που συνιστά μια δύσκολη και αιφνίδια στροφή για τον πενθόντα, λόγω δε της ευαλωτότητας του τελευταίου σε αυτή τη φάση του χωρισμού ο ειδικός θα πρέπει να είναι ευαίσθητος, υποστηρικτικός, ρεαλιστής και δυναμικός.

Ο απροσδόκητος τερματισμός σχέσεων με χωρισμό συνοδεύεται από συναισθηματικές αποκρίσεις, οι οποίες είναι τραυματικές σε βαθμό ανάλογο εκείνων που επακολουθούν μετά από τον θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου. Άτομα που βιώνουν την εμπειρία ενός διαζυγίου ίσως εκδηλώσουν shock, δυσπιστία, άρνηση, θυμό, απόσυρση, ενοχή και κατάθλιψη. Η θεώρηση της συναισθηματικής προσκόλλησης υποδεικνύει ότι ο χωρισμός και τα συνεπακόλουθα της απώλειας συναισθήματα μπορούν να εμφανιστούν ποικιλοτρόπως και πως οι συναισθηματικές αντιδράσεις σε ένα διαζύγιο είναι παραπλήσιες αυτών που προκύπτουν σε περίπτωση θανάτου του συντρόφου, κάθε άτομο δε τις εκφράζει με τον δικό του ιδιαίτερο τρόπο. Η απώλεια εξαιτίας ενός χωρισμού μπορεί να είναι το αποτέλεσμα ρήξης στα πλαίσια ενός γάμου, μίας ετεροφυλοφιλικής ή ομοφυλοφιλικής ερωτικής σχέσης, μίας μακροχρόνιας φιλίας, ενός επαγγελματικού συνεταιρισμού ή οποιασδήποτε άλλης στενής συναισθηματικής διασύνδεσης. Η βοήθεια προς ανθρώπους, οι οποίοι καταβάλλουν προσπάθεια να ξεπεράσουν τις συναισθηματικές και συμπεριφορικές επιπτώσεις της απώλειας μιας σχέσης, για να είναι αποτελεσματική, προϋποθέτει δεξιότητες παρέμβασης στην κρίση ανάλογες με εκείνες που χρειάζονται σε άλλες μορφές πένθους και απώλειας. Ο πενθών ορισμένες φορές αναζητεί βοήθεια, αφού περάσει ένα διάστημα κλήρης, κλαίγοντας και πενθώντας, ευχόμενος ακόμα και να πεθάνει μετά την οριστική εγκατάλειψή του από τον σύντροφό του, διακατέχεται από προφανή άρνηση, επιδιώκοντας να αποκρύψει τον χωρισμό από γονείς και φίλους, αρνούμενος να συζητήσει το θέμα με οποιονδήποτε και πιστεύοντας ότι τίποτα δεν έχει χαθεί, πως ο χωρισμός τους είναι προσωρινός και ότι θα επιστρέψει ο σύντροφός του. Βιώνει επίσης ενοχές, διερωτώμενος ποιο λάθος διέπραξε, αν ήταν σωστή η συμπεριφορά του, αν παραμέλησε τις ανάγκες του άλλου, ή εξετάζοντας το ενδεχόμενο, αν ο ίδιος

σκοτωνόταν σε κάποιο δυστύχημα, ο σύζυγος να συνέχιζε τη ζωή του κανονικά και να είχε αποφευχθεί η επώδυνη διαδικασία του χωρισμού. Μπορεί επίσης να εκδηλώσει θυμό, πραγματοποιώντας σκέψεις εκδικητικές και επιθυμώντας να ανταποδώσει στον πρώην σύζυγό του το κακό που του έκανε.

Κύρια μέριμνα του ειδικού είναι η ασφάλεια του πενθούντος. Παρά το ότι μπορεί να διαφανεί από στοιχεία της λεκτικής και εξωλεκτικής επικοινωνίας του πως είναι αισιόδοξος και συναισθηματικά σταθεροποιημένος, όπως επίσης να εκτιμηθεί θετικά το γεγονός ότι προσέρχεται οικειοθελώς να εκθέσει και να συζητήσει τα προβλήματα που τον απασχολούν, επιβάλλεται ο έλεγχος της θνησιμότητάς / του κινδύνου για τη ζωή του από ενδεχόμενη αυτοκτονική απόπειρα. Ο ειδικός παρεμβαίνει, χρησιμοποιώντας στοιχεία λογικοθυμικής συμπεριφορικής θεραπείας, η οποία περιγράφεται από τους Ellis και Grieger (1977). Με τον τρόπο αυτόν επιχειρεί να κλονίσει τις παράλογες πεποιθήσεις του πενθούντος, όσον αφορά στο χωρισμό, και να τον βοηθήσει στην επικέντρωση της συναισθηματικής του ενέργειας στα ουσιώδη και πραγματικά ζητήματα. Ανεξαρτήτως της ικανότητας του πενθούντος να ανταποκριθεί ταχέως στις λογικές ιδέες που του παρουσιάζονται από τον θεραπευτή, ο τελευταίος γνωρίζει ότι, σε περιπτώσεις αντιμετώπισης της συναισθηματικής κατάστασης του ατόμου κατά τη διάρκεια της απώλειας που αυτό βιώνει, χρειάζεται επανάληψη, εξάσκηση, υποστήριξη και ενθάρρυνση και απαιτούνται πολύ περισσότερες συνεδρίες λογικοθυμικής και συμπεριφορικής θεραπείας, ώστε ο πενθών να υπερβεί την κρίση και να επανέλθει σε μια κατάσταση ισορροπίας. Επίσης, ο ειδικός χρησιμοποιεί συμπεριφορικές τεχνικές αυτοελέγχου (Williams & Long, 1983), προκειμένου να βοηθήσει τον πενθούντα να αναλώσει τη θλίψη του σε ένα χρονικό διάστημα αρκετών εβδομάδων. Στα πλαίσια αυτά ο πενθών φτιάχνει μία σειρά μαγνητοφωνημένων κασετών μόνος στο σπίτι, κατά τρόπο διαδοχικό και συστηματικό, η ενέργεια δε αυτή αποβλέπει στην εξυπηρέτηση ενός μηχανισμού αυτοκάθαρσης, στην παρουσίαση της πλήρους προσωπικής του ιστορίας στον ειδικό, στη διευκρίνιση και νοητική επεξεργασία των σταδίων του πένθους μέσα από τα οποία διέρχεται, και στην τεκμηρίωση της προόδου του σε αυτή την προσπάθεια που καταβάλλει με τη μαγνητοφώνηση των κασετών αυτών, οι οποίες θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν από άτομα που βιώνουν ανάλογες απώλειες. Η κύρια αξία αυτού του συμπεριφορικού πλάνου είναι ότι παρέχει στον πενθούντα το στόχο και την εμπειρία διεκπεραίωσής του, καθώς του επιτρέπει να περιγράψει λεπτομερώς τα συναισθήματα και τις ενέργειές του μέσα από αρκετά στάδια: shock και δυσπιστία, άρνηση, θυμό, απόσυρση, ενοχή, κατάθλιψη, αναζήτηση και επίλυση. Συνήθως αναφέρεται από τον ίδιο ως χρήσιμη και βοηθητική πλευρά αυτής της δραστηριότητας η επαναλαμβανόμενη ακρόαση των μαγνητοφωνημένων κασετών,

παρά όμως την, κατά κανόνα, αρχικώς δεδηλωμένη πρόθεση του πενθούντος να εμμένει στη συνήθεια αυτή, την εγκαταλείπει μετά την αποδρομή της κρίσης. Είναι πιθανό επίσης να συμφωνήσει με τον ειδικό και να ενταχθεί σε ομάδες υποστήριξης διαζευγμένων, οι οποίες προσφέρουν υποστήριξη κατά την κρίσιμη αυτή περίοδο, μοντέλα ρόλων επιβίωσης, μονοπάτια προσαρμογής και νέα κοινωνικά δίκτυα. Επισημαίνεται η ιδιαίτερη σημασία της χρήσης των ομάδων αυτών στα πλαίσια μιας καθολικής κρίσης και η αξία του συγκεκριμένου θεραπευτικού μοντέλου παρέμβασης κατά τη διάρκειά της, καθώς συνιστούν καίριο κομμάτι της απόκρισης στην απώλεια και υπάρχουν αποδείξεις ότι λειτουργούν ευεργετικά, ως κοινωνική και επουλωτική διεργασία για τον πενθούντα (Raphael & Dobson, 2000; Kitzman & Gaylord, 2001).

Θάνατος συζύγου

Ο θάνατος του ή της συζύγου είναι ένα από τα περισσότερο αγχογόνα και συντριπτικά γεγονότα της ζωής. Οι γυναίκες που βιώνουν μια τέτοια απώλεια – χήρες - είναι περισσότερες από τους άντρες που περιέρχονται σε αντίστοιχη θέση - χήροι - και ο εναπομείναν σύζυγος αντιμετωπίζει κατά κανόνα έναν αριθμό προβλημάτων και σταδίων πένθους μόνος του (Kubler-Ross, 1969). Πέρα από τον άμεσο ψυχικό κλονισμό και το άγχος, πολλοί πληγέντες αντιμετωπίζουν σοβαρά προσωπικά, συναισθηματικά, οικονομικά, κοινωνικά, επαγγελματικά, οικογενειακά και κοινοτικά προβλήματα. Οι ξαφνικοί θάνατοι εμπεικλείουν τη δική τους ποιότητα προβλημάτων και η ικανότητα των επιζήσαντων να χρησιμοποιήσουν προσαρμοστικούς μηχανισμούς αντιμετώπισής τους καταλύεται. Ο αιφνίδιος θάνατος είναι συχνά βίαιος, γεγονός που συνεπάγεται εμπλοκή των αρχών, αυτοψίες, ανακρίσεις, αναγνωρίσεις και μια σειρά άλλων νομικών διαδικασιών. Η γνωσιακή δυσπροσαρμογή στον ξαφνικό και ιδίως στον βίαιο θάνατο είναι σχεδόν πάντα έντονη. Αυτός ο τύπος θανάτου κείται εκτός λογικής και ο νους αδυνατεί να τον συλλάβει και να τον κατανοήσει ως γεγονός. Τα συναισθήματα και οι συμπεριφορές βρίσκονται συχνά εκτός ελέγχου, εξαιτίας της μομφής και του εντοπισμού λαθών, μέσω των οποίων ο πενθών - εσφαλμένα - πιστεύει ότι θα ερμηνεύσει λογικά το απίστευτο συμβάν. Αρχικώς, ο επιζήσας, αν και συναισθηματικώς σοκαρισμένος, δεν βρίσκεται εκτός ελέγχου, είναι ελάχιστα ικανός να διεκπεραιώσει ζητήματα σχετικά με τον θάνατο του ή της συντρόφου του και η διαδικασία της σκέψης υπόκειται στην επίδραση της κρίσης την οποία βιώνει ο πενθών, ελέγχεται όμως εκουσίως και είναι σύντονη της πραγματικότητας. Παρά την ανισορροπία που επακολουθεί αμέσως μετά την αιφνίδια απώλεια του συζύγου, ο επιζήσας αποκαθιστά συγχρόνως μία νέα ψυχολογική

ισορροπία. Μόνον αργότερα θα εισπράξει την επίπτωση της απώλειας και θα βιώσει σοβαρή γνωσιακή, συμπεριφορική και συναισθηματική βλάβη, μέχρι τότε όμως είναι σε θέση να διαχειριστεί την κατάσταση, όσο και αν η παρέμβαση ενός ειδικού είναι αναγκαία και ευπρόσδεκτη.

Η παρέμβαση περιλαμβάνει βραχύχρονες συνεδρίες, στις οποίες μπορούν να εμπλακούν από τη δεύτερη ήδη συνάντηση ομάδες φροντίδας, που περιλαμβάνουν τον ειδικευμένο στην κρίση επαγγελματία, τον θεράποντα ιατρό, την ψυχιατρική νοσηλεύτρια και τον εφημέριο του νοσοκομείου. Οι ομάδες αυτές είναι σημαντικές, γιατί αποτελούν μια απάντηση στα σύνθετα βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα που προκύπτουν σε καταστάσεις αιφνίδιου θανάτου, οι οποίες απαιτούν βοήθεια περισσότερων του ενός ειδικών επαγγελματιών. Σκοπός αυτών των συνεδριών είναι να παράσχουν ενσυναισθητική κατανόηση και αναγνώριση των ειδικών προβλημάτων, που σχετίζονται με τον αιφνίδιο θάνατο του συζύγου, διαβεβαίωση προς τον ή τους επιζήσαντες πως έγινε ό,τι το ιατρικώς δυνατό και χρησιμοποιήθηκε κάθε ενδεδειγμένο μέσο επείγουσας παρέμβασης, προκειμένου να διασωθεί ο εκλιπών, συναισθηματική υποστήριξη προς τους οικείους από την θεραπευτική ομάδα, διασφάλιση πως οι οικείοι θα έχουν διαθέσιμο χρόνο να μείνουν μόνοι με το σώμα του εκλιπόντος, πριν το τελευταίο παραληφθεί για αυτοψία / νεκροψία, πληροφορίες σχετικές με το νομικό καθεστώς και τις διαδικασίες της αυτοψίας / νεκροψίας, σε περίπτωση που τις αιτηθεί ο πενθών, επαφή με τον ιερέα της οικογένειας, αν ζητηθεί, και άμεση ιατρική και ψυχολογική βοήθεια στα ανήλικα ιδίως μέλη της οικογένειας του εκλιπόντος.

Οι παρακάτω στρατηγικές παρέμβασης προσφέρουν την ευκαιρία διερεύνησης θεμάτων που απασχολούν τον πενθούντα, αναλύοντάς τα σε έναν μακροπρόθεσμο θεραπευτικό σχεδιασμό από την ομάδα φροντίδας. Οι χειρισμοί όμως αυτοί δεν υπάγονται σε ένα προκαθορισμένο, θεωρητικό ή επιστημονικό χρονοδιάγραμμα, αλλά προσαρμόζονται στους ρυθμούς και στις ανάγκες του πενθούντος.

Άμεση παρέμβαση στην κρίση: Ασχολείται με τις επείγουσες πρακτικές αναγκαιότητες, που σχετίζονται με τον θάνατο του εκλιπόντος, όπως οι αυτοψίες, η νεκροψία, η δωρεά οργάνων, οι ρυθμίσεις για την κηδεία, οι επαφές με τους εργοδότες και τους συγγενείς. Επίσης αξιολογείται συνεχώς η ικανότητα του πενθούντος να αντεπεξέλθει στην κρίση και υπάρχει η πρόνοια ανεύρεσης ατόμων υποστηρικτικών προς τον επιζήσαντα, προερχόμενων από το νοσοκομείο, την εκκλησία, την οικογένεια ή τον φιλικό του κύκλο. Τέλος, συζητείται και προτείνεται η άμεση και προσωρινή νοσηλεία περισσότερο ευάλωτων στην απώλεια στενών

συγγενών, ώστε να εκτιμηθεί το ενδεχόμενο ύπαρξης αυτοκτονικών ή ετεροκαταστροφικών τάσεων.

Η κατά τη διάρκεια της κρίσης ατομική συμβουλευτική και παρέμβαση: Αναφέρεται σε θέματα μοναξιάς και πένθους, σχετιζόμενα με την απουσία του εκλιπόντος, σε εμπλοκές ως προς την ανάκτηση της ισορροπίας και συνέχισης της ζωής του πενθούντος και στην ταυτοποίηση λειτουργιών και ρόλων εντός της οικογένειας, που προηγουμένως διεκπεραιώνονταν από τον εκλιπόντα και πλέον πρέπει να επανεκτιμηθούν και να επαναπροσδιοριστούν. Συμβάλλει ακόμη στην επεξεργασία του πένθους, όσον αφορά στην ταυτότητα του επιζήσαντος, χωρίς τον εκλιπόντα. Αναγνωρίζει και διαχειρίζεται τομείς, όπου αναδεικνύεται η ευαλωτότητα του πενθούντος, εξαιτίας της απώλειας που βίωσε, αξιολογούνται δε μέθοδοι ανάκλησης και αξιοποίησης θετικών πλευρών της ζωής του εκλιπόντος, κατά τρόπο υγιή και ευνοϊκό για την ωρίμαση του επιζήσαντος συζύγου και των υπολοίπων μελών της οικογένειας που επλήγη από το τραγικό συμβάν.

Ομαδική υποστηρικτική εργασία προς τον επιζήσαντα σύζυγο: Εκτιμώνται οι συνολικές επιπλοκές της χηρείας, όπως η απώλεια κάποιων κοινωνικών δεσμών. Η εφαρμογή της συγκεκριμένης στρατηγικής αρχίζει, όταν ο πενθών αισθανθεί έτοιμος. Του παρέχονται εναλλακτικές προτάσεις, όσον αφορά στη διεκπεραίωση των νέων ρόλων που καλείται να αναλάβει και στην αντιμετώπιση της μοναξιάς και των άλλων συναισθημάτων που εκπηγάζουν από την απουσία του συντρόφου.

Ο ειδικός πρωταρχικό στόχο έχει να βοηθήσει τον επιζήσαντα στην αντιμετώπιση επείγουσών αναγκών ανά περιόδους, έχοντας υπόψη του ότι, καθώς περνά ο χρόνος, χρειάζεται να αντιμετωπιστούν άμεσα τα στάδια του θυμού, της διαπραγμάτευσης, της κατάθλιψης και της αποδοχής. Η βραχυπρόθεσμη παρέμβαση, εστιαζόμενη στον επιζήσαντα, πρέπει να διαχειριστεί το πρώτο στάδιο του πένθους, ενώ ο ειδικός καλό είναι να τον διευκολύνει να συναισθανθεί το μέγεθος της απώλειάς του, όπως και να αποφύγει την με οποιοδήποτε τρόπο - μεθόδευση, αναβολή, επίσπευση - παρεμβολή στη διαδικασία πένθους του επιζήσαντος. Η βραχυπρόθεσμη παρέμβαση στηρίζει περισσότερο υπαρξιακά τον πενθούντα, παρά σε ό,τι αφορά στη φανερή δραστηριοποίησή του και στις ενέργειες που προβαίνει. Μετά την πάροδο κάποιου χρονικού διαστήματος και την αρχική προσαρμογή του στο θάνατο του συζύγου, ο επιζών εισπράττει τον πλήρη αντίκτυπο της απώλειας. Η θλίψη και το αίσθημα αδυναμίας, που τον κυριεύουν, πιθανώς να τον οδηγήσουν σε ραγδαία συναισθηματική, γνωσιακή και συμπεριφορική επιβάρυνση - εξέλιξη συνήθως σε άτομα που βιώνουν την ξαφνική απώλεια αγαπημένου προσώπου - και στην άμεση παραπομπή του σε ειδικό, για τη μακροπρόθεσμη θεραπευτική αντιμετώπιση του πένθους του.

Θάνατος παιδιού

Κάθε γονέας είναι μοναδικός, όσον αφορά στις ανάγκες, στο ιστορικό, στην προσωπικότητα, στον τρόπο αντιμετώπισης, στις σχέσεις με τους άλλους, στα κοινωνικά ενδιαφέροντα, στην οικογενειακή κατάσταση και στην αίσθηση του μέσου όρου σχετικά με το θάνατο του παιδιού, για αυτό και βιώνει την απώλειά του διαφορετικά. Ο θάνατος ενός παιδιού είναι τραυματικός για τους γονείς, είτε πρόκειται για ενδομήτριο θάνατο, είτε προκύπτει ως αιφνίδιος θάνατος κατά τη βρεφική ηλικία, είτε αποτελεί επακόλουθο ατυχήματος ή ασθένειας στην εφηβεία ή στην πρώτη νεότητα. Το ίδιο τραυματικό είναι και για τους ηλικιωμένους γονείς να χάσουν παιδιά που μπορεί να είναι μεσήλικα ή και μεγαλύτερα.

Δύο είναι τα κύρια στοιχεία που σχετίζονται με τις μακροχρόνιες επιπτώσεις της απώλειας ενός παιδιού. Το πρώτο είναι ότι ο θάνατος ενός παιδιού είναι αποπροσανατολιστικός. Ο ανθρώπινος νους είναι δομημένος κατά τρόπο που να επινοεί πρότυπα και να συσχετίζει νοήματα, να συνδυάζει παρόμοια πράγματα, να γενικεύει από το ένα παράδειγμα στο άλλο, με λίγα λόγια να έχει λογική αντίληψη των πραγμάτων. Ο θάνατος των παιδιών δεν έχει λογική, ούτε προηγούμενο και δεν αποτελεί μέρος κάποιου προκαθορισμένου προτύπου, είναι γεγονός αφύσικο και άτοπο. Έτσι οι γονείς έχουν να αντιπαλέψουν τη διανοητική τους λειτουργία, το λογικό ειρμό της σκέψης τους, να αλλάξουν τις προοπτικές και αντιλήψεις τους και να προσαρμοστούν σε μια πραγματικότητα από την οποία δε βγαίνει και πολύ νόημα. Το δεύτερο στοιχείο είναι πως η αποδέσμευση από το παιδί είναι αδύνατη. Η πρωιμότερη και μονιμότερη αντίδραση του γονέα στο θάνατο του παιδιού είναι η έκπληξη. Συνειδητοποιεί την τεράστια σημασία που είχε για αυτόν και αρνείται να το σκεφτεί. Ο δεσμός αίματος του γονέα με το παιδί του δεν καταλύεται με το θάνατο του παιδιού, καθώς οι γονείς βρίσκουν ανεπαίσθητους και προφανώς υποσυνείδητους τρόπους να τον διατηρούν.

Ο τραυματικός θάνατος του παιδιού συνεπάγεται για τους γονείς βαθιά θλίψη, πόνο, σύγχυση, ενοχή, αδυναμία, ψυχικό τέλμα, ευαλωτότητα και διαρκή αναζήτηση απαντήσεων και νοημάτων. Μετά από κάποιο χρονικό διάστημα είναι πιθανό να απευθυνθούν σε ειδικό επαγγελματία κρίσης, ο οποίος κατά κανόνα προβαίνει σε μακροπρόθεσμη θεραπευτική παρέμβαση, βασισμένη στο να διευκολυνθεί η αποδέσμευση του καταθλιπτικού φορτίου, να διαβεβαιωθούν ότι τα συναισθήματά τους είναι αναμενόμενα, να έλθουν σε επαφή με άλλους πένθοντες γονείς, και να εκτιμηθεί το ενδεχόμενο ύπαρξης μετατραυματικής αγχώδους διαταραχής και

αντιδράσεων επιπλεγμένου πένθους. Στα πλαίσια αυτά, οι στρατηγικές παρέμβασης είναι οι εξής:

Εκτίμηση ύπαρξης μετατραυματικής αγχώδους διαταραχής: Η αιφνίδια επέλευση θανάτου με τραυματικά και παραμορφωτικά για το θύμα αποτελέσματα και η ύπαρξη ίσως της δυνατότητας αποτροπής του, είναι στοιχεία που συνθέτουν την έννοια του τραυματικού θανάτου, βάσει των κριτηρίων του Rando (1996), και συνιστούν ιδανικές συνθήκες ανάπτυξης αγχώδους αντιδραστικής συνδρομής, σύμφωνα με τον Horowitz (1986). Δεν θα πρέπει να γίνει παράλειψη ελέγχου της προδιάθεσης για μετατραυματική αγχώδη διαταραχή, και που μπορεί να επικαλύπτει το πένθος. Αν διαπιστωθεί αυτό, θα πρέπει να εφαρμοστεί ευρείας κλίμακας παρέμβαση για τη μετατραυματική αγχώδη διαταραχή, πριν καν εμφανιστεί το πένθος.

Παρέμβαση στο ζευγάρι: Οι συνθήκες θανάτου του παιδιού ευνοούν την καλλιέργεια ενοχών και αυτομομφής ενός ή και των δύο γονέων. Στην περίπτωση που ο εκλιπών έχει και αδερφό, απαιτείται ο ενδεδειγμένος χειρισμός από τους γονείς, ώστε να μην αισθανθεί παραμελημένος όσο αυτοί πενθούν, ή υπερπροστατευμένος, εξαιτίας του φόβου τους μήπως πεθάνει κι αυτός. Αξιολόγηση των δυνατοτήτων της οικογένειας: Περιλαμβάνει την εκτίμηση των σχέσεων στο συζυγικό και οικογενειακό πλαίσιο μετά τον θάνατο του παιδιού, όπως επίσης και τη διερεύνηση τρόπων αντιμετώπισης των επιπτώσεων του πένθους στην οικογένεια και στον γάμο, καθώς είναι εξαιρετικά πιθανό, όταν πεθαίνει ένα παιδί, να επακολουθήσουν σοβαρά συζυγικά προβλήματα εντός των αμέσως επόμενων μηνών. Οι γονείς ίσως αποπειραθούν να αλληλοστηριχτούν, λέγοντας ο ένας στον άλλο πως δεν φταίει, κατά τρόπο που ο καθένας από τους συζύγους να εκλαμβάνει αυτά τα λόγια ως απλή προσπάθεια του συντρόφου του να κατευνάσει τα δικά του συναισθήματα. Οι πενθούντες γονείς διαβεβαιώνονται πως το πένθος και η θλίψη θα συνεχιστούν για πολύ καιρό - κάτι απολύτως φυσιολογικό -, ότι θα θυμούνται πάντα την απώλεια αυτή, πως θα απαγκιστρωθούν, όταν έρθει η ώρα, από την καθήλωσή τους στο πένθος τους αυτό, προχωρώντας στη ζωή τους και, τέλος, ότι δεν υπάρχει συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα εντός του οποίου θα πρέπει να ολοκληρώσουν το πένθος τους.

Ομαδική θεραπευτική δουλειά υποστήριξης: Οι πενθούντες γονείς μπορούν να ενταχθούν σε θεραπευτική ομάδα, η οποία εστιάζει στην απώλεια παιδιού. Η κοινωνική υποστήριξη είναι ζωτικής σημασίας και χρειάζεται να είναι διαθέσιμη για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα μετά την κηδεία. Στο πλαίσιο αυτό, είναι σημαντικό οι πενθούντες να έρχονται σε επαφή με υποστηρικτικές παρεμβάσεις του τύπου των ομάδων γονικής αυτοβοήθειας (Bordow, 1982; Dickens, 1985). Οι ομαδικές συζητήσεις, το μοίρασμα του πένθους και των αναμνήσεων βοηθούν τους χαροκαμένους γονείς να δημιουργήσουν δεσμούς με άτομα που είχαν παρόμοιες

εμπειρίες. Τους παρέχεται επίσης ένα σημείο αναφοράς, καθώς βλέπουν παλαιότερα μέλη της ομάδας να πραγματοποιούν πρόοδο και νεότερα μέλη να παλεύουν με ζητήματα, τους οποίους πλέον οι ίδιοι έχουν ξεπεράσει (Cable, 1996).

Έντυπο και οπτικοακουστικό υλικό: Οι πενθούντες γονείς προμηθεύονται βιβλία και άλλα έντυπα, CD και βίντεο που αναφέρονται στο πένθος και την απώλεια, τόσο στα παιδιά και στους νέους, όσο και στους γονείς.

Η πρώτη συνεδρία παρέμβασης στην κρίση με τους πενθούντες κινείται συνήθως σε συναισθηματικά χαμηλούς τόνους συγκριτικά με τις επόμενες, διότι οι γονείς βρίσκονται ακόμα στο επίπεδο της άρνησης και της απομόνωσης. Αρχικά, μπορεί να εμφανίσουν σημάδια φυσικής και συναισθηματικής εξουθένωσης, κυμαινόμενοι μεταξύ πολύ κακής διάθεσης και καλοπροαίρετης επιφυλακτικότητας, χωρίς όμως κάποια ένδειξη μετακίνησης στα επόμενα στάδια, του θυμού, της διαπραγμάτευσης ή της κατάθλιψης. Σκοπός του θεραπευτή δεν είναι τόσο η διευκόλυνση της μετάβασης των πενθούντων σε επόμενο στάδιο του πένθους, όσο η κατανόηση των τρεχουσών ανησυχιών τους και η παροχή σε αυτούς ευκαιριών ταυτοποίησης και ανοιχτής έκφρασης των επιφανειακών και βαθύτερων συναισθημάτων τους.

Ο ειδικός χρησιμοποιεί κατά κανόνα λέξεις άμεσες και σαφείς, όπως «θάνατος» - αντί για ηπιότερες εκφράσεις, σαν το «έφυγε» ή «αναπαύτηκε», οι οποίες αρνούνται και αμβλύνουν το νόημα του θανάτου -, αναγνωρίζοντας με αυτόν τον τρόπο ευθέως ό,τι συνέβη. Οι πενθούντες οφείλουν να μάθουν να αντιμετωπίζουν τις οδυνηρές πλευρές της απώλειας και αυτές οι υποτιθέμενα ευγενέστερες εκφράσεις αποτελούν παγίδα που οι ειδικοί πρέπει να αποφεύγουν. Αρχικώς ο θεραπευτής προσπαθεί να ανταποκριθεί με τρόπο που θα παράσχει στους γονείς την αυτονομία να βιώσουν την παρούσα κατάσταση της απώλειας και του πένθους τους και ταυτοχρόνως να τους ενθαρρύνει να ανοιχτούν και να προσφέρουν αμοιβαία υποστήριξη ο ένας στον άλλο. Δεν είναι ασύνηθες για τους δύο γονείς να έχουν τελείως διαφορετικές απόψεις και μεθόδους αντιμετώπισης της κατάστασης. Η ανάγκη κάποιου από τους δύο να μιλήσει για το δυστύχημα, είναι ένα απλό παράδειγμα κάθαρσης, ενώ και η καθοδήγησή του, ώστε να κατανοήσει τι συνέβη, συνιστά σημαντικό αντικείμενο εργασίας για τον σύμβουλο, που τον παρακολουθεί. Η ανοιχτή επικοινωνία θεωρείται, όσον αφορά στο πένθος των γονέων, το ίδιο σημαντική με αυτή καθαυτή τη σχέση τους. Εφόσον ο ειδικός πετύχει και τους βοηθήσει να μοιραστούν τις ανησυχίες τους, αυτό με τη σειρά του θα τους καταστήσει ικανούς να προχωρήσουν σε άλλα σημαντικά για αυτούς ζητήματα, όπως η ύπαρξη ή μη πίστης, θέμα ζωτικής σημασίας στους περισσότερους τραυματικούς θανάτους. Η προσπάθεια ανεύρεσης κάποιου νοήματος στον τραγικό τυχαίο θάνατο ενός παιδιού δοκιμάζει ακόμα και τον πιο αφοσιωμένο πιστό. Η αντίληψη ότι μια ζωή σύμφωνη με τους νόμους και κανόνες

της θρησκείας, ειδικότερα η ζωή ενός παιδιού, μοιάζει φαινομενικά να μην έχει αξία, προξενεί τεράστιο θυμό προς τον Θεό και δημιουργεί δευτερογενή απώλεια σε σχέση με τις θρησκευτικές πεποιθήσεις του ατόμου. Η θρησκεία δεν προσφέρει ασφάλεια απέναντι στο φοβερό πλήγμα του θανάτου, ούτε αποτρέπει την οδύνη, ενώ η αμφιβολία είναι ένα μέρος του κύκλου της πίστης. Πρέπει να γίνεται πολύ προσεκτική χρήση εκφράσεων του τύπου «ήταν θέλημα Θεού» και «πήγε στον παράδεισο», διότι ελάχιστη παρηγοριά προσφέρουν στο γονέα που υποφέρει και επιθυμεί διακαώς να γυρίσει κοντά του το νεκρό παιδί του. Συνεπώς, ο ειδικός δεν αποβλέπει στην παροχή πνευματικού ή θρησκευτικού περιεχομένου απαντήσεις, αλλά στην ανεύρεση τρόπων προσφοράς ενθάρρυνσης και υποστήριξης στους πενθούντες, όσον αφορά στην αναζήτηση του νοήματος αυτού του συγκεκριμένου τραγικού γεγονότος. Φαίνεται πως υπάρχει τεράστια ανακούφιση στην προσευχή, στις θρησκευτικές τελετουργίες, στις θρησκευτικές πεποιθήσεις και στην πνευματική πίστη και είναι καλό να ενθαρρύνονται οι πενθούντες να εκλάβουν και να εξετάσουν τη θρησκεία και ευρύτερα τη μεταφυσική ως εναλλακτικές επιλογές τους.

Θάνατος κατοικίδιου

Στην εποχή μας υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός κατοικίδιων ζώων και ο δεσμός αυτός μεταξύ ανθρώπου και ζώου έχει πλέον αναγνωριστεί ως αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής των ιδιοκτητών των κατοικίδιων και είναι σημαντικό για τους ειδικούς να αναγνωρίσουν και να εκτιμήσουν το πένθος που βιώνουν τα άτομα αυτά, όταν πεθαίνουν τα αγαπημένα τους ζώα που τούς συντροφεύουν. Ο Weisman (1990-1991) συνέκρινε το πένθος που ακολουθεί τον θάνατο ενός κατοικίδιου με το βίωμα της απώλειας ενός άλλου ανθρώπου. Όταν τα κατοικίδια πεθαίνουν ή υποφέρουν από θανατηφόρες ασθένειες και πρέπει να υποστούν ευθανασία, οι ιδιοκτήτες τους μπορεί να υποφέρουν από θλίψη, ενοχή και άλλες συναισθηματικές αντιδράσεις, παρόμοιες με αυτές που βιώνονται στο θάνατο ανθρώπων μελών της οικογένειάς τους. Αυτά τα συναισθήματα και οι αποκρίσεις ενδεχομένως είναι ιδιαίτερας οξείας στους ηλικιωμένους εκείνους, των οποίων το κύριο αντικείμενο στοργής είναι ένα κατοικίδιο ή σε άτομα που ζουν μόνα τους. Ο θάνατος ενός κατοικίδιου δυνατόν να παρέχει μια φυσιολογικά προκύπτουσα ευκαιρία στους ενήλικους της οικογένειας να εισαγάγουν τα ανήλικα μέλη της στην έννοια του θανάτου και της επιθανάτιας κατάστασης. Ειδικότερα, όταν επιβάλλεται η ευθανασία ενός ζώου, εξαιτίας ενδεχομένως ανίατης ασθένειάς του, ενδείκνυται η παρουσία των παιδιών στη διαδικασία, όσο τρομακτικό και αν ακούγεται αυτό, καθώς αποτελεί μια εξαιρετη ευκαιρία για μια ειλικρινή συζήτηση σχετικά με την κατάσταση

του κατοικίδιου και την αναγκαιότητα θανάτωσής του, ένας χειρισμός ιδιαίτερος σημαντικός, κατά την άποψη των Butler και Lagoni (1996). Τα παιδιά ανταποκρίνονται καλά στις ευθείες και σαφείς εξηγήσεις, χωρίς τη χρήση ωραιοποιημένων, αμβλυμένων και ανακουφιστικών εκφράσεων του τύπου «κοιμίσαμε το ζώακι», καθώς, δυνητικά, ωθούνται με τον τρόπο αυτό σε εκφοβιστικούς συνειρμούς, ότι, αν φέρονται άσχημα τα ίδια, θα τα βάλουν για ύπνο οι γονείς τους και μετά δεν πρόκειται να ξυπνήσουν ξανά. Στις περιπτώσεις αυτές εφαρμόζονται οι ακόλουθες στρατηγικές παρέμβασης:

Εξατομικευμένη συμβουλευτική και παρέμβαση: Εκτιμώνται τα επίπεδα πένθους, ενοχής και άγχους καθενός από τα μέλη της οικογένειας, όπως επίσης και του βαθμού κατανόησης από το παιδί του θανάτου του κατοικίδιου ως γεγονότος. Λαμβάνεται, επίσης, μέριμνα για μια περίοδο πένθους και αποφόρτισης από τα αντίστοιχα συναισθήματα. Τέλος, πραγματοποιούνται, συμπληρωματικά, θεραπείες με τη χρησιμοποίηση παιχνιδιών και διάφορες τελετουργίες, ως διέξοδοι για τα παιδιά, όπως επίσης έκθεση αντικειμένων με ιδιαίτερο νόημα για το παιδί, τα οποία το συνδέουν με το νεκρό του κατοικίδιο.

Ομαδική θεραπεία: Στα πλαίσιά της παρέχεται η ευκαιρία στην οικογένεια να συζητήσει για τον θάνατο του κατοικίδιού της, κατά τρόπο ρεαλιστικό, τεκμηριωμένο και ειλικρινή. Επίσης, με αφορμή το συγκεκριμένο γεγονός, αρχίζει να καλλιεργείται η αντίληψη των παιδιών για τον θάνατο, μακριά από την όποια παραπληροφόρηση. Προσφέρονται ευκαιρίες και δραστηριότητες στην οικογένεια, ώστε να τιμά τη μνήμη του κατοικίδιού της και να επεξεργαστεί εκ νέου τον θάνατο μέσα από μια διαδικασία ωρίμασης. Η άμεση απόκτηση νέων κατοικίδιων δεν είναι πάντα η καλύτερη ιδέα. Τα παιδιά, αλλά και οι ενήλικες, χρειάζονται χρόνο, προκειμένου να πενήθουν για την απώλεια του κατοικίδιού τους, όπως ακριβώς και για κάθε άλλη σημαντική τους απώλεια.

Βιβλιογραφικές πηγές

Butler, C. S., & Lagoni, L. S. (1996). Children and pet loss. In C. A. Corr & D. M. Corr(Eds.), Handbook of childhood death and bereavement (σελ.179-200). New York: Springer.

Dutro, K. R. (1994, April). A dynamic, structural model of grief. Paper presented at the Eighteenth Annual convening of Crisis Intervention Personnel, Chicago.

Ellis, A. & Grieger, R. (1977). Handbook of rational-emotive therapy. New York: Springer.

Horowitz, M. j. (1986). Stress response syndromes (2nd ed.). Northvale, NJ: Jason Aronson.

Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonnanno, G., Milbrath, C., & Stinson, C. h. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. American Journal of Psychiatry, 154(7), 904-910.

James R & Gilliland B. (2005) Crisis Intervention Strategies. Thomson Learning.

Kitzman, K. M. & Gaylord, N. K. (2001). Divorce counseling. In E. R. Welfel & R. E. Ingersoll (Eds.), The mental health desk reference (σελ.32-37). New York: Wiley.

Kubler-Ross, E. (1969). On death and dying. New York: Macmillan.

Kubler-Ross, E. (1983). On children and death. New York: Macmillan.

Price, R. H., Friedland, D. S. & Vinokur, A. D. (1998). Job loss: Hard times and eroded identity. J. H. Harvey (Ed.), Perspective on loss: A sourcebook (σελ.225-236). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.

Raphael, B. & Dobson, M. (2000). Bereavement. In J. H. Harvey & E. D. Miller (Eds.), Loss and trauma: General and close relationship perspectives (σελ.45-61). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.

Rando, T. A. (1984). Grief, dying, and death: Clinical interventions for caregivers. Champaign, IL: Research Press.

Rando, T. A. (1986). Parental loss of a child. Champaign, IL: Research Press.

Rando, T. A. (1993). Treatment of complicated mourning. Champaign, IL: Research Press.

Schneider, J. (1984). Stress, loss, and grief: Understanding their origins and growth potential. Baltimore: University Park Press.

Weisman, A. D. (1990-1991). Bereavement and companion animals. Omega: Journal of Death and Dying, 22, 241-248.

Weiss, R. S. (1998). Issues in the study of loss and grief. In J. H. Harvey (Ed.), Perspectives on loss: a sourcebook (σελ. 343-353). Philadelphia, PA: Brunner / Mazel.

Williams, R. J. & Stafford, W. B. (1991). Silent casualties: Partners, families, and spouses of persons with AIDS. Journal of Counseling and Development, 69, 423-427.

Williams, R. L. & Long, J. D. (1983). Toward a self-managed life style (3rd ed.). Boston: Houghton Mifflin.

ΠΕΝΘΟΣ

Νίκος Αμβρόσιος, Παιδοψυχίατρος

Το πένθος στην παιδική ηλικία

Τα παιδιά που βιώνουν το θάνατο ενός γονέα ή αδερφού μπορεί να δείξουν έκδηλα σημεία πένθους, αλλά μερικές φορές η θλίψη τους είναι συγκεκαλυμμένη, οδηγώντας τους φροντιστές τους να υποθέσουν ότι τα παιδιά δεν επηρεάζονται από την απώλεια. Τα σημεία και συμπτώματα συμπεριφορικής και ψυχολογικής δυσκολίας διαφοροποιούνται αναλόγως με την ηλικία - προσχολική ή σχολική - στην οποία βρίσκονται τα παιδιά που πενθούν. Τα μεγαλύτερα παιδιά, με αντίληψη της μονιμότητας του θανάτου και προσωποποίηση της δικής τους θνητότητας, βιώνουν σε μεγαλύτερο βαθμό ανησυχία, κατάθλιψη και σωματικά συμπτώματα σε σχέση με τα μικρότερα παιδιά. Τα μικρότερα παιδιά όμως βιώνουν επιπλέον ισχυρές αντιδράσεις στην απώλεια και μπορεί να εκδηλώσουν συναισθήματα λύπης, θυμού, τύψεις και ενοχές, σωματοποίηση και άγχος αποχωρισμού. Παιδιά που αρχίζουν να περπατούν, ηλικίας μεταξύ 18 μηνών και 3 ετών, δεν κατανοούν πώς διαφοροποιείται ο θάνατος από τη φυγή. Καθώς ζουν σε έναν εγωκεντρικό κόσμο, μπορούν πολύ εύκολα να υποθέσουν ότι προκάλεσαν αυτά το θάνατο. Καθώς ο θάνατος δεν έχει αυτός καθαυτός νόημα για αυτά, καταλαβαίνουν τότε κάτι έχει χαθεί και η απώλεια αυτή μπορεί να είναι πολύ οδυνηρή. Στην ηλικία των τεσσάρων, τα παιδιά έχουν μια περιορισμένη και ασαφή αντίληψη του θανάτου. Μπορεί, μάλιστα, να πιστεύουν πως προξένησαν το θάνατο, επειδή παραμένουν επικεντρωμένα στο εγώ τους. Καθώς έχουν περισσότερο ξεκάθαρα το ποιος πέθανε και την αίσθηση της απώλειας στη ζωή τους, ερμηνεύουν συνήθως σχεδόν κυριολεκτικά το τι σημαίνει να πάει κάποιος στον παράδεισο, διερωτώμενα, ενδεχομένως, αν «τα αγγελάκια τον επισκέπτονται στα γενέθλιά του».

Στην ηλικία περίπου των 6 ή 7 ετών, τα περισσότερα παιδιά κατανοούν την οικουμενικότητα και το μη αναστρέψιμο του θανάτου. Ο θάνατος είναι πλέον πιο εξειδικευμένος, ακριβής και τεκμηριωμένος. Τα παιδιά του δημοτικού αναφέρουν αδιάφορα ανατριχιαστικές λεπτομέρειες για ένα ζώο που χτυπήθηκε από αυτοκίνητο,

με αποτέλεσμα οι ενήλικες να τα βλέπουν ως ψυχρά και ασυγκίνητα. Ακόμη, μπορούν, πιθανώς, να οργανώσουν έναν ισολογισμό και να δουν ότι, ενώ ο θάνατος, για παράδειγμα, της αδερφής τους είναι ένα λυπηρό γεγονός, οι γονείς τους πλέον θα μπορούν να ξοδεύουν για αυτά περισσότερο χρόνο και περισσότερα χρήματα. Παρόλα αυτά, είναι λάθος να υποθέσει κανείς ότι η αντίληψη των παιδιών για το θάνατο εξελίσσεται με κάποια ορισμένη χρονολογική σειρά. Οι εμπειρίες ζωής έχουν σε μεγάλο βαθμό να κάνουν με την αντίληψη και την κατανόηση του παιδιού σχετικά με το τι ακριβώς είναι ο θάνατος. Ανάλογα με την ηλικία και τη γνωσιακή ανάπτυξη του παιδιού, η αντίληψη του τελευταίου για το θάνατο μπορεί να διαφοροποιείται σημαντικά. Από τη σκοπιά του Piaget, η προ-λειτουργική (preoperational) εγωκεντρική άποψη του παιδιού για τον θάνατο μπορεί να συνδέεται με μαγική σκέψη και φαντασία, χωρίς ξεκάθαρη αντίληψη του αμετάκλητου του θανάτου, ενώ τα παιδιά που βρίσκονται στο τυπικά λειτουργικό (formal operational) στάδιο είναι σε θέση να αντιληφθούν το τελεσίδικό και μη αναστρέψιμο του θανάτου και διατυπώνουν όλων των ειδών τις ερωτήσεις αναφορικά με τα «γιατί» του μείζονος αυτού γεγονότος ζωής. Οι γνωσιακές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές απαντήσεις των παιδιών πρέπει να προσεγγίζονται όχι με όρους ενήλικων απόψεων, αλλά με τους όρους της κατανόησης και του αναπτυξιακού σταδίου κάθε παιδιού (Rando, 1984). Τα παιδιά είναι ιδιαίτερος ευάλωτα σε περιόδους μείζονος απώλειας, επειδή η απειρία και ανώριμες προσωπικότητές τους είναι δυνατό να τα οδηγήσουν σε σύγχυση, σε παρερμηνεία των γεγονότων και σε απουσία πένθους. Καθώς οι προσωπικότητες των παιδιών αναπτύσσονται και απορροφούν κοινωνικά ερεθίσματα με έναν πολύ γρήγορο και συγκεντρωτικό ρυθμό, πρέπει να ληφθεί μέριμνα, ώστε να τους παρασχεθεί καθησύχαση και υποστήριξη κατά τη διάρκεια του οικογενειακού πένθους. Μπορεί να κάνουν τις ίδιες ερωτήσεις συνεχώς σχετικά με την απώλεια, όχι τόσο για την τεκμηριωμένη πληροφόρησή τους, όσο για τη διασφάλιση ότι η αντίληψη της πραγματικότητας από τους ενήλικους παραμένει σταθερή, πως τα γεγονότα δεν έχουν αλλάξει και ότι οι πενθούντες, ενήλικες και παιδιά, είναι ασφαλείς. Τα παιδιά έχουν ανάγκη να ακούσουν επανειλημμένως τις απλές, αληθοφανείς, καθησυχαστικές λέξεις των ενήλικων, που είναι σχετικά ασφαλείς και καταδεικνύουν γνήσιο ενδιαφέρον για τα συναισθήματα των παιδιών.

Μερικοί πιστεύουν ότι τα παιδιά πρέπει να είναι θωρακισμένα και προστατευμένα από την έκθεση στον θάνατο και στην απώλεια. Η έρευνα, ωστόσο, εισηγείται ότι τα πενθούντα παιδιά θα προσαρμοστούν ομαλότερα στην απώλεια, εφόσον ενημερωθούν για αυτήν ειλικρινά και ενεργώς. Παρά το ότι τα παιδιά ενδεχομένως επιδείξουν συμπεριφορικές αποκρίσεις κατά τη διεργασία του πένθους, οι οποίες είναι δυνατό να ερμηνευτούν από τους ενήλικες ως ενδεικτικές αδιαφορίας

και ελλειμματικής κατανόησης, θα πρέπει να τούς επιτρέπεται να προχωρήσουν και να εμβαθύνουν στο πένθος τους σε επίπεδο και ρυθμό που αντιστοιχούν στην ανάπτυξή τους. Ειδικό ενδιαφέρον παρουσιάζει ο τρόπος αντιμετώπισης από το παιδί του θανάτου ενός αδερφού του λόγω ανίατης νόσου. Στα πλαίσια του ανακύψαντος οικογενειακού πένθους, το παιδί ίσως επιβαρυνθεί και από ενοχικά συναισθήματα, επειδή ευχήθηκε να θεραπευτεί και να συνέλθει ο νεκρός πλέον αδερφός του, ευχή για την οποία εσφαλμένα πιστεύει πως συνέβαλε στο τραγικό γεγονός. Μπορεί να αισθάνεται επίσης ότι δε δικαιούται να ζήσει περισσότερο από τον αδερφό του, φοβούμενο για το ενδεχόμενο να κολλήσει την ασθένεια του εκλιπόντος. Διακατεχόμενο από την ενοχή και το φόβο, το παιδί μπορεί να πιστέψει πως το ίδιο αποτελεί είδος υπό εξαφάνιση, να απομονωθεί, τόσο στο σπίτι, όσο και στο σχολείο, η επίδοσή του στα μαθήματα να πέσει κατακόρυφα και να εμφανίσει σωματικά συμπτώματα, παρόμοια με αυτά του νεκρού του αδερφού, κάτι σύνηθες σε τέτοιες περιπτώσεις. Η παρέμβαση ενός σχολικού συμβούλου, με σημαντική εμπειρία σε αντίστοιχα θέματα, πιθανώς να καταστεί αναγκαία.

Ελάχιστη προσοχή δίνεται στα παιδιά αυτά, που χάνονται μέσα στη δίνη της ασθένειας του αδελφού τους και του πένθους που κατακλύζει τους γονείς τους μετά τον θάνατό του, σε σημείο που να αισθάνονται εγκαταλελειμμένα (Brown, 1988). Οι γονείς μπορεί να επιβάλουν την απαγόρευση κάθε αναφοράς στον εκλιπόντα, καθώς αυτό τους είναι επώδυνο. Οι συγγενείς ενδεχομένως τα ρωτούν πώς κρατιούνται οι γονείς τους, αδιαφορώντας τελείως για τα δικά τους συναισθήματα. Η οικογενειακή πειθαρχία καταλύεται και μένουν με την εντύπωση πως δεν τα υπολογίζουν, επειδή κανείς δε νοιάζεται για ό,τι κάνουν. Επιπλέον, αν φοβούνται ότι θα υποστούν ό,τι πέρασε και ο νεκρός αδερφός τους, ίσως γίνουν παρανοϊκά ή αναπτύξουν εμμονή να είναι πολύ προσεκτικά στη συμπεριφορά τους, ώστε να αποφύγουν τις συνέπειες ενός στραβοπατήματός τους. Τέλος, μπορεί να νομίσουν ότι οι γονείς τους είναι πολύ ευάλωτοι και δεν είναι σε θέση να αντέξουν το βάρος της δικής τους παρουσίας, με αποτέλεσμα να παραστήσουν πως είναι άψογα ή να καταβάλλουν προσπάθειες προς αυτήν την κατεύθυνση. Στρατηγικές παρέμβασης που ενδείκνυνται στο χειρισμό της συγκεκριμένης κρίσης είναι οι ακόλουθες:

Ατομική συμβουλευτική και παρέμβαση: Εκτιμάται η αντίληψη την οποία έχει το παιδί, που έχασε τον αδερφό του, για τον θάνατο και διασφαλίζονται η ενεργός συμμετοχή και η πληροφόρησή του, όσον αφορά στα ιατρικά δεδομένα που σχετίζονται με την ανίατη ασθένεια του αδερφού του κατά τρόπο ειλικρινή και ρεαλιστικό. Η χρήση της επικεντρωμένης στο παιδί συμβουλευτικής αποβλέπει στη στήριξή του, ώστε να αντιμετωπίσει και να αντικρούσει τα ενοχικά του συναισθήματα, που σχετίζονται με τον θάνατο του αδερφού του, και περιλαμβάνει ως τεχνικές το κουκλοθέατρο, τη

χειροτεχνία, το παιχνίδι με την άμμο και το ψυχόδραμα. Αξιολογείται επίσης ο αντίκτυπος του τραγικού γεγονότος, τόσο στους γονείς, όσο και στον αδερφό του εκλιπόντος. Το παιδί συμπεριλαμβάνεται στους σχεδιασμούς της κηδείας και στις επιμνημόσυνες δραστηριότητες. Παρέχεται έτσι η ευκαιρία σε κάθε μέλος της οικογένειας να απελευθερώσει και να εκφράσει ανοιχτά το πένθος του. Εκτιμάται, τέλος, η επίδραση της ασθένειας και του θανάτου του εκλιπόντος στον γάμο και υπάρχει πρόνοια για ατομική θεραπεία των γονέων, εφόσον παραστεί ανάγκη.

Συστημική οικογενειακή θεραπεία: Εκτιμώνται ο βαθμός άγχους της οικογένειας, όπως επίσης και οι εφεδρείες αντιμετώπισης της κατάστασης. Μία σειρά νοσηρών αντιδράσεων μπορεί να προκύψουν ως αποτέλεσμα της μακροχρόνιας νόσου ενός μέλους της οικογένειας, ιδιαίτερος όταν ο πάσχων είναι παιδί. Η μετατροπή σε αποδιοπομπαίο τράγο, η αδιαφορία, η ενοχή και ο μαζοχισμός είναι μερικοί από τους μηχανισμούς άμυνας που ενδεχομένως θα παρατηρηθούν. Λαμβάνεται πρόνοια, ώστε να παρασχεθούν ευκαιρίες στην οικογένεια για μία από κοινού διερεύνηση σημαντικών θεμάτων, σχετιζόμενων με τον θάνατο του παιδιού, το νόημα του τραγικού γεγονότος, τις καλές στιγμές και αναμνήσεις, την ενοχή, τη μομφή, το θυμό, την απόρριψη, τις εκκρεμότητες και τις νέες ενδοοικογενειακές ισορροπίες (Silverman, 2000). Εστιάζοντας στο παιδί, που πενθεί λόγω του θανάτου του αδερφού του, εξασφαλίζουμε ότι γνωρίζει πως οι γονείς του το αγαπούν και η μέριμνά τους για αυτό δεν μειώθηκε καθιονδήποτε τρόπο, εξαιτίας του χρόνου και της ενέργειας που αφιέρωναν στον εκλιπόντα. Συζητούνται τα συναισθήματά του ανοιχτά και ειλικρινά, λαμβάνοντας πάντα υπόψη τις αναπτυξιακές ικανότητες του πενθούντος παιδιού. Εξασφαλίζεται ότι όλα τα μέλη της οικογένειας έχουν την άδεια να θρηνησουν ανοιχτά. Είναι βάσιμη η υπόθεση πως ο θάνατος του αδερφού του θα έχει μια διαρκή επίδραση στο παιδί, κάτι που, ενδεχομένως, θα δηλώνεται μέσα από τα παιχνίδια του, τις φαντασιώσεις του και τις σχέσεις του με τους γονείς του. Η χρήση του κουκλοθέατρου μπορεί να βοηθήσει το παιδί στην αμφισβήτηση της παράλογης και μαγικής του πεποίθησης ότι η κρυφή του ευχή προκάλεσε τον θάνατο του αδερφού του, αφού πρώτα αναπτύξει σχέση εμπιστοσύνης με τον ειδικό που παρεμβαίνει στην κρίση και αποκτήσει επίσης αξιοσημείωτη δεξιότητα και ευκολία στο χειρισμό των κούκλων. Με την προεργασία και τη συζήτηση που έχει προηγηθεί, ο ειδικός, μέσω της τεχνικής αυτής, εστιάζει σε δύο μόνο διαστάσεις του πένθους κατά την παιδική ηλικία: στην ενοχή και στο φόβο του πενθούντος παιδιού ότι θα πεθάνει από ό,τι και ο αδερφός του. Υπάρχουν ελάχιστες παράμετροι του πένθους που δεν αντιμετωπίζονται με το παιχνίδι και θα ήταν ισοδύναμης αποτελεσματικότητας η εξειδικευμένη παρέμβαση που θα πραγματοποιούσε ένας κατάλληλα εκπαιδευμένος θεραπευτής, χρησιμοποιώντας τη χειροτεχνία, τις κούκλες,

την αφήγηση παραμυθιών, την πηλοπλαστική, το παιχνίδι στην άμμο ή το ψυχόδραμα (Brown, 1999). Κάθε ανησυχία ή ζήτημα που σχετίζεται με το πένθος στην παιδική ηλικία μπορεί να προσεγγιστεί μέσω επικεντρωμένων στο παιδί μεθόδων. Αυτό που πρέπει να επισημανθεί είναι ότι η παρέμβαση στις περιπτώσεις αυτές πραγματοποιείται με χειρισμούς διαφορετικούς από εκείνους που επιλέγονται στους ενήλικες, γεγονός που επιβάλλει την αναγκαιότητα οι ειδικοί, που αναλαμβάνουν τέτοια περιστατικά, να είναι πολύ καλά εκπαιδευμένοι και πληροφορημένοι, όσον αφορά στις επικεντρωμένες στο παιδί συμβουλευτικές θεραπευτικές τεχνικές με εργαλείο το παιχνίδι.

Το Πένθος στην Εφηβεία

Οι έφηβοι σήμερα αντιμετωπίζουν τον θάνατο και την απώλεια συχνότερα από ποτέ και το γεγονός αυτό συνιστά πρόκληση, τόσο για τους ίδιους τους εφήβους, όσο και για τους κηδεμόνες τους. Άλλες κρίσεις, όπως οικογενειακές αποσταθεροποιήσεις και απολύσεις γονέων, δημιουργούν στους εφήβους συναισθήματα απαισιοδοξίας, απώλειας προοπτικής για το μέλλον, σύγχυσης, κατάθλιψης και απομόνωσης. Συχνά οι έφηβοι αισθάνονται αποκλεισμένοι, για παράδειγμα, από τον ξαφνικό θάνατο ενός παππού. Οι έφηβοι, αν και μπορεί να διαθέτουν βαθιά αίσθηση της οδύνης, του φόβου, της ενοχής, της ανημπόριας / αδυναμίας και του πένθους, ίσως δε γνωρίζουν πώς να εκφράσουν τα συναισθήματα αυτά ή να νιώσουν άνετα εκφράζοντάς τα. Χρειάζονται ευκαιρίες, ώστε να περιληφθούν σε συζητήσεις, στο θρήνο και στις νεκρώσιμες και επιμνημόσυνες δραστηριότητες. Οι Guerriero-Austrom & Fleming (1990), ερευνώντας τις επιπτώσεις του αδελφικού πένθους στους εφήβους, βρήκαν ότι σωματικά και συναισθηματικά συμπτώματα διακυμαίνονται με το χρόνο, εμφανίζοντας μεγαλύτερη βαρύτητα στους πρώτους 6 με 12 μήνες μετά τον αδελφικό θάνατο και επιτείνονται εκ νέου σε χρονική απόσταση 18 με 24 μηνών από το τραγικό συμβάν. Οι έφηβες εμφάνισαν εντονότερο άγχος θανάτου και περισσότερα προβλήματα υγείας σε σχέση με τους εφήβους. Οι εφηβικές αντιδράσεις στο πένθος έχει τεκμηριωθεί πως διαρκούν μέχρι και 3 χρόνια μετά τον αδερφικό θάνατο. Το πρόβλημα με αυτές τις αντιδράσεις είναι ότι ο θάνατος αναδεικνύει μια σκοτεινή πραγματικότητα σε έναν ήδη κυνικό έφηβο, που μπορεί να εκδηλώσει θυμό και κατάθλιψη, μέσω επικίνδυνων, απειλητικών για τη ζωή του τρόπων.

Το πένθος στους ηλικιωμένους

Από αναπτυξιακής σκοπιάς, το πένθος στους ηλικιωμένους επιδεινώνεται με την ελάττωση της αισθητηριακής οξύτητας, τη γενική έκπτωση της υγείας και τη μειωμένη κινητικότητά τους. Το γεγονός ότι έχουν μικρότερα εισοδήματα και λιγότερους ανθρώπους διαθέσιμους να τούς υποστηρίξουν από ό,τι στα νεανικά τους χρόνια, αντιπροσωπεύει επίσης αλλαγές που μπορεί να τούς επηρεάσουν. Τα ηλικιωμένα άτομα, γενικά, βιώνουν περισσότερες απώλειες από ό,τι οι νεότεροι ομοιοπαθείς τους, όπως το χαμό συγγενών και φίλων, την απώλεια εργασίας, κοινωνικής επιφάνειας και χρημάτων, τον περιορισμό των σωματικών λειτουργιών και ικανοτήτων και, τέλος, την απώλεια της ανεξαρτησίας και του αυτοσεβασμού τους. Η περισσότερο προφανής και καταλυτική απώλεια, που μπορεί να αντιμετωπίσουν οι μεγαλύτεροι σε ηλικία άνθρωποι, είναι ο θάνατος του ή της συζύγου. Φαίνεται πως η προχωρημένη ηλικία τείνει να συσχετίζεται με μειωμένες υποστηρικτικές στρατηγικές, αλλά δεν είναι γνωστό αν αυτή η μείωση σχετίζεται με τη μεγαλύτερη επίγνωση του επικείμενου θανάτου, την έκπτωση της σωματικής αντοχής και λειτουργικότητας ή με άλλους παράγοντες. Ο Schoenberg (1980), συνοψίζει τα ακόλουθα συμπεράσματα, που αντλούνται από τη βιβλιογραφία, για το πένθος και την ηλικία: Οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν περισσότερα σωματικά παρά ψυχολογικά προβλήματα, δεν υπάρχει ένδειξη ότι η ένταση του πένθους ποικίλλει σημαντικά σε συνάρτηση με την ηλικία του ηλικιωμένου ατόμου, ενώ το πένθος και η συνεπακόλουθη μοναχικότητα και απομόνωση των ηλικιωμένων διαρκούν και παρατείνονται για μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα σε σχέση με τους νεότερους τους ομοιοπαθείς.

Ο Crase (1994) εκτιμά ότι οι τρόποι που οι ηλικιωμένοι διαχειρίζονται γενικά την απώλεια εμπίπτει στις ακόλουθες τρεις μεγάλες ομάδες: Η πρώτη ομάδα αγνοεί ολοκληρωτικά το αναπότρεπτο του θανάτου και δεν κάνει καμιά προετοιμασία για αυτόν. Τα άτομα και ιδίως οι άντρες αυτής της κατηγορίας, εμπλέκονται ελάχιστα ή καθόλου σε ανοιχτές συζητήσεις για τον θάνατο. Παραβλέποντας θέματα σχετικά με τον θάνατο, οι ηλικιωμένοι αυτοί επιδιώκουν να αποφύγουν αρνητικά συναισθήματα, χρησιμοποιώντας την άρνηση ως αμυντικό μηχανισμό. Όντας απροετοίμαστοι, είναι ευάλωτοι, όταν πληγούν από μία νόσο που προκαλεί αναπηρία, μία κρίση, μία καταστροφή ή το θάνατο του ή της συζύγου τους. Η δεύτερη ομάδα σκέφτεται τον θάνατο σε υπερβολικό βαθμό και κάνουν ασυνήθιστες προετοιμασίες για το αναπότρεπτο του θανάτου. Τα άτομα της συγκεκριμένης ομάδας φτάνουν στα άκρα, κάνοντας σχολαστικά σχέδια για κάθε λεπτομέρεια της εξασθένησής τους, του θανάτου και της κηδείας τους. Η τρίτη ομάδα δείχνει μία υγιέστερη ισορροπία. Οι ηλικιωμένοι που ανήκουν στην κατηγορία αυτή είναι εναρμονισμένοι με τις αναπτυξιακές εμπλοκές της ολοκληρωτικής απώλειας, προχωρώντας σε κατάλληλους σχεδιασμούς και αποφάσεις και συνεχίζοντας κανονικά τη ζωή τους. Οι

ενδεικνυόμενες στρατηγικές παρέμβασης σε περιπτώσεις πένθους σε ηλικιωμένα άτομα είναι οι ακόλουθες:

Εξατομικευμένη συμβουλευτική και παρέμβαση: Εκτιμάται η βαρύτητα του πένθους και η ικανότητα διαχείρισής του από τον πενθούντα, παρέχονται δε σε αυτόν ευκαιρίες, ώστε να απελευθερώσει τα συναισθήματά του. Αξιολογείται, επίσης, η σωματική και πνευματική ικανότητα του ηλικιωμένου να αντεπεξέλθει και εξετάζονται οι οικονομικές, ιατρικές και νομικές του ανάγκες. Χρησιμοποιούνται ειδικές θεραπευτικές τεχνικές, όπως η γνωσιακή-πνευματική και νοοκατασκευαστική-αφηγηματική θεραπεία, ώστε να βοηθηθεί ο πενθών στην επανεκτίμηση του εαυτού του ως ατόμου που εξακολουθεί να διατηρεί την αξία του, χωρίς τον εκλιπόντα.

Ομαδική θεραπευτική εργασία, η οποία διενεργείται, τόσο σε ομάδες εντός του γηροκομείου, όσο και σε κοινωνικές ομάδες εκτός ιδρυμάτων. Πόλοι αναφοράς, όπως οι ιατρικοί και θρησκευτικοί οργανισμοί, η νομική αρωγή, η ενορία του πενθούντος, τα παιδιά του, οι οικείοι του και οι κοινωνικές υπηρεσίες για ηλικιωμένα άτομα, για παράδειγμα τα ΚΑΠΗ.

Ο πενθών, παρά τους ευνοϊκούς παράγοντες που πιθανώς υπάρχουν για αυτόν - οικονομική άνεση, καλή σωματική υγεία, ανεπτυγμένη κοινωνικότητα, πολλές φιλίες, εξωστρεφής και αισιόδοξος χαρακτήρας, υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον - , μπορεί να βιώσει έκδηλες περιόδους άρνησης, απομόνωσης, μοναξιάς, φόβου, θυμού, διαπραγμάτευσης και κατάθλιψης. Στόχος του ειδικού είναι ο πενθών να διέλθει μέσα από τα διάφορα στάδια του πένθους του, επιτυγχάνοντας έναν ικανοποιητικό βαθμό αποδοχής και συμφιλίωσης με την ιδέα του θανάτου του εκλιπόντος, όπως επίσης και τη δημιουργία και εδραίωση μιας ζωής αρμόζουσας σε ένα πρόσωπο που αξίζει πολλά μετά την απώλεια που βίωσε. Μέσω της αναπλαισίωσης και της προώθησης ολοκληρωμένων δράσεων, ο ειδικός που παρεμβαίνει στην κρίση επιχειρεί να αναχαιτίσει και να ανακόψει τη διαρκώς επιδεινούμενη δίνη της απομόνωσης και της απελπισίας, που πλήττει έντονα τον πενθούντα, όταν χάσει τον επί πολλά χρόνια σύντροφό του. Ειδικά για τους ηλικιωμένους, είναι κρίσιμο να αποκτήσουν αντοχές και να βρουν ένα νέο νόημα ζωής. Αρκετοί θεραπευτές είναι προσεκτικοί όσον αφορά στην εισαγωγή της πνευματικότητας στη θεραπευτική διαδικασία. Παρόλα αυτά, ο συνδυασμός της γνωσιακής με την πνευματική (spiritual) θεραπεία μπορεί να αποδειχθεί εξαιρετικά δραστικός και αποτελεσματικός. Ακόμη, ο ειδικός, χρησιμοποιώντας την αναπόληση του παρελθόντος, εστιάζει στην ανασυγκρότηση και επιστράτευση των θετικών εφοδίων και εφεδρειών του πενθούντος, που είχε αξιοποιήσει και παλαιότερα, προκειμένου να αντιμετωπίσει το παρόν και το μέλλον. Από κοινού, ο θεραπευτής και ο πενθών ξαναγράφουν την πλοκή της προσωπικής ιστορίας του τελευταίου,

αποδομώντας την πραγματικότητα σε θετικότερες περιγραφές από τον πένθουντα, οι οποίες είναι πλησιέστερες στην πραγματικότητα της ζωής του, σε αντιδιαστολή προς την παρούσα φοβερή εξαίρεση που βιώνει (Ramsey & Blieszner, 2000).

Το πένθος σε περιστατικά AIDS

Από τη δεκαετία του 1980 το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS) και ο ιός ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV), που προκαλεί και συνοδεύει το AIDS, έχουν καταστεί πανδημικά και κατέδειξαν ότι οι επιδημικές ασθένειες σπανίως συνιστούν απλώς και μόνο νόσους. Ο ειδικός πρέπει να είναι προετοιμασμένος, ώστε να εκτιμήσει μια ποικιλία δευτερευουσών απωλειών του ασθενούς, όπως ο στιγματισμός, η προσωπική απόρριψη, η προκατάληψη, η θρησκευτική απόρριψη, η απώλεια της εργασίας, η οικονομική υστέρηση, οι διακρίσεις, η νομική καταπίεση, ο φόβος της μετάδοσης, η ενοχή, η ντροπή και η έλλειψη αυτοεκτίμησης. Το συναισθηματικό τραύμα αρχίζει, όταν ο ασθενής ενημερώνεται πρώτη φορά για το ότι είναι οροθετικός. Οι κατά κανόνα αναμενόμενες κλινικές αποκρίσεις του πάσχοντος περιλαμβάνουν αποδιοργάνωση του εαυτού, ειδικά στις πρώτες εβδομάδες μετά την κοινοποίηση των αποτελεσμάτων, επεισοδιακές περιόδους ανησυχίας, κατάθλιψη, αυτομομφή, shock, άρνηση, αυτοκτονικό ιδεασμό, αποθάρρυνση, ψυχοσωματικά συμπτώματα, χαμηλή αυτοεκτίμηση, επιδείνωση των προϋπαρχουσών της νόσου ενδοοικογενειακών συγκρούσεων και κοινωνική απόσυρση τους μήνες που έπονται της ιδιαίτερως τραυματικής ανακάλυψης. Περιπλέκοντας το πρόβλημα, το AIDS πλήττει δυσανάλογα υψηλό ποσοστό ανθρώπων που έχουν λιγότερα μέσα καταπολέμησής του, καθώς οι φτωχοί, οι μειονότητες, οι γυναίκες, οι νέοι, οι ομοφυλόφιλοι και αμφιφυλόφιλοι άντρες, οι ναρκομανείς, οι άστεγοι και οι διανοητικά ανάπηροι εμφανίζουν υψηλότερο κίνδυνο προσβολής από τη νόσο. Τα ιδιαίτερα ζητήματα, που σχετίζονται με το AIDS, το προσδιορίζουν ως νόσο που πυροδοτεί καταστάσεις κρίσης. Το συνδεόμενο με την ασθένεια στίγμα δεν είναι δυνατό να παραβλεφθεί, γιατί χρωματίζει κάθε πλευρά της ζωής του ασθενούς. Η προκαλούμενη από την ασθένεια απομόνωση πιθανώς να οδηγήσει σε ακραία προβλήματα ως προς τη διατήρηση στενών σχέσεων - σεξουαλικών και πλατωνικών. Το απρόβλεπτο της πορείας της καθιστά τη λήψη αποφάσεων - αναφορικά με την εργασία, τις σχέσεις, ακόμα και το σχεδιασμό του τέλους τους - μια εφιαλτική, γεμάτη συναισθηματικές μεταπτώσεις διαδικασία. Το πρώτο πράγμα που κάνει ο θεραπευτής είναι η διερεύνηση του βαθμού αυτοκτονικότητας του προσβεβλημένου από τον ιό ατόμου.

Οι φορείς βιώνουν μια μεγάλη ποικιλία περιστασιακών, ιατρικών και περιβαλλοντικών προβλημάτων, για το λόγο αυτό οι ειδικοί πρέπει να καθορίζουν επισταμένως το συνολικό πεδίο των προβλημάτων, εγγυώμενοι τη σωματική και ψυχική τους ασφάλεια και παρέχοντάς τους συναισθηματική υποστήριξη. Η παρέμβαση στην κρίση που αφορά σε μολυσμένα με τον ιό του AIDS άτομα πρέπει να αρχίζει με ευαίσθητη και ενσυναισθητική ακρόαση από τον θεραπευτή των όσων περιγράφουν.

Η θεμελιώδης μορφή παρέμβασης με συντρόφους και ενήλικα μέλη της οικογένειας ενός οροθετικού είναι η χρησιμοποίηση ομόλογων ομάδων ατόμων, προκειμένου να καταρρεύσουν τα επικυρίαρχα συναισθήματα απομόνωσης, να ενισχυθεί το μοίρασμα του προσωπικού πένθους και να προαχθεί η επούλωση του τραύματος. Οι ομάδες υποστήριξης είναι απολύτως κρίσιμες για την ενημέρωση του ατόμου σχετικά με τη νόσο, το μοίρασμα έντονων συναισθημάτων, την παρατήρηση του τρόπου που οι άλλοι χειρίζονται - αποτελεσματικά ή ατελέσφορα - την κατάσταση, το συμβιβασμό / τη συμφιλίωση με την ασθένειά του και τα «τρομερά» θέματα που σχετίζονται με τη νόσο και την είσπραξη, αλλά και προσφορά βοήθειας. Δύο ακόμη κρίσιμα ζητήματα πρέπει να αντιμετωπιστούν. Πρώτον, το ασφαλές σεξ και οι γενικές πρακτικές βελτίωσης της ατομικής υγιεινής. Είναι ζωτικής σημασίας να σταματήσει η εξάπλωση της νόσου και ένα από τα μείζονα ηθικά διλήμματα, που έχει να αντιμετωπίσει ο ειδικός, είναι να καθοδηγήσει το μολυσμένο άτομο να κάνει ασφαλές σεξ. Ανεξαρτήτως αν είναι ετεροφυλόφιλος ή ομοφυλόφιλος ο φορέας, αποτελεί κεντρικό ζήτημα η εκπαίδευσή του στο ασφαλές σεξ και η αποκάλυψη της πραγματικής κατάστασης της υγείας του στους γονείς του και στους πιθανούς ερωτικούς συντρόφους του. Λόγω εκδικητικότητας, αξιοπρέπειας, εγωισμού, ντροπής, μοναξιάς ή και σεξουαλικού προσανατολισμού, είναι δύσκολο ο ασθενείς να πειστεί, ώστε να συμμορφωθεί σε πρακτικές ασφαλούς σεξ. Οι ψυχολογικές εμπλοκές, που συνυφαίνονται με την καταστροφή του φαντασιωσικού κόσμου του, σχετίζονται με την ερμηνεία του εγκλωβισμού κάποιων ανθρώπων στην υιοθέτηση παράτολμης συμπεριφοράς και την αιτιολόγηση της περιορισμένης αποτελεσματικότητας της δημόσιας εκστρατείας αποθάρρυνσης αυτής της ριψοκίνδυνης δραστηριότητας. Το τελευταίο πράγμα που θέλει να κάνει ένας νέος άνθρωπος είναι να παραδεχτεί σε έναν πιθανό ερωτικό του σύντροφο ότι είναι μολυσμένος από AIDS. Το δεύτερο ζήτημα είναι η πνευματική και θρησκευτική προσαρμογή του ατόμου στην ασθένεια. Η καλή πνευματική κατάσταση μοιάζει να συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με θετική συμπεριφορική και συναισθηματική προσαρμογή του οροθετικού. Ασφαλώς το θρησκευτικό στίγμα της αμαρτωλότητας, που συνδέεται με τη νόσο του AIDS, έχει οδηγήσει τους φορείς του ιού σε ακραία αντιπαράθεση με την οργανωμένη θρησκεία και τους επίσημους εκπροσώπους της.

Οι ειδικοί που παρεμβαίνουν στην κρίση μπορούν να καταστούν περισσότερο βοηθητικοί, όταν προτίθενται να εισέλθουν σε αυτό που αποκαλείται «πνευματική συντροφικότητα» με τους θεραπευόμενους.

Κρυφό πένθος

Όταν ένα άτομο έχει βιώσει μία βαθιά και ουσιαστική σύνδεση και σχέση, εν συνεχεία έχει την εμπειρία μίας απώλειας σχετιζόμενης με το συγκεκριμένο δεσμό και δεν είναι σε θέση, είτε να αναγνωρίσει ανοιχτά και να πενθήσει αυτήν την απώλεια, είτε να την επικυρώσουν άλλα πρόσωπα, ως μάρτυρες της επέλευσής της, το συνεπαγόμενο πένθος του καθίσταται μη νομιμοποιημένο. Θα μπορούσε να θεωρηθεί, εσφαλμένα, ότι το μη νομιμοποιημένο πένθος προκύπτει μόνο σε κρυφές σχέσεις μεταξύ ομοφυλοφίλων ή παντρεμένων που διατηρούν εξωσυζυγικούς δεσμούς. Παρόλα αυτά, οι πολιτισμικές και κοινωνικές νόρμες ενδεχομένως απαγορεύουν επίσης - ή τουλάχιστον δεν εγκρίνουν - την εκδήλωση του πένθους μεταξύ συνεργατών, αντρών, διαφόρων ειδών επαγγελματιών, όπως των κλινικών γιατρών, σε περιπτώσεις όπου θα πρέπει να μείνει μεταξύ τους ό,τι συμβαίνει ή να μη νοιάζονται τόσο πολύ για όλα. Περαιτέρω, από μια ενδοψυχική σκοπιά, τα άτομα μπορεί να ντρέπονται για τη σχέση που έχουν συνάψει, να φοβούνται πως μια φανερή εκδήλωση συναισθήματος μπορεί να τους βλάψει επαγγελματικά ή να βιώνουν συναισθήματα που αναχαιτίζουν τη διαδικασία του πένθους. Πολλοί πιθανώς πιστεύουν ότι είναι ανόητο και υπερβολικά συναισθηματικό να πενθείς για ένα κατοικίδιο. Ίσως κρατούν τα συναισθήματά τους για τον εαυτό τους, εκτός και αν νιώσουν απολύτως ασφαλείς να τα μοιραστούν. Ακόμη και το να συμπεριφέρονται να μη σημαίνει τίποτα για αυτούς ο θάνατος, προκειμένου να δείξουν ψύχραιμοι, μπορεί να αποτελεί μια βλαπτική παραλλαγή συγκεκριμένου πένθους - ειδικά για τα παιδιά και τους μεγαλύτερους ενήλικες. Από την άποψη αυτή, είναι εξαιρετικά σημαντικό να χρησιμοποιηθεί ορθά η ενσυναίσθηση στην ήπια, προσεκτική προσέγγιση των υποκείμενων συναισθημάτων τους και στην αποκάλυψη του πένθους των αποστερημένων του δικαιώματος έκφρασής του ανθρώπων - αποστέρηση που αφήνει ανικανοποίητη την ανάγκη τους να εξωτερικεύσουν τα συναισθήματά τους.

Επιπεπλεγμένο πένθος

Όταν ένα άτομο είναι ανίκανο να θρηνήσει μια απώλεια και να προχωρήσει σε μία διαδικασία ανανέωσης και ωρίμασης, προκύπτει η πιθανότητα ενός όψιμου ή χρόνιου πένθους. Τα ανωτέρω συνιστούν προδρομικούς παράγοντες για το επιπλεγμένο πένθος και την αντίδραση πένθους, που περιλαμβάνουν διαρκείς βασανιστικές επιθυμίες, αιφνίδιες εκδηλώσεις σοβαρού άγχους αποχωρισμού, έντονες και ενοχλητικές σκέψεις, συναισθήματα αυξημένης μοναξιάς και κενού, υπερβολική αποφυγή θεμάτων σχετιζόμενων με τους εκλιπόντες, απώλεια ενδιαφέροντος για προσωπικές δραστηριότητες και διαταραχές ύπνου και όρεξης. Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να παρουσιάζονται ύστερα από πάροδο διαστήματος μεγαλύτερου του έτους μετά από την απώλεια. Υπάρχει μια συνεχής και αυξημένη αίσθηση δεσμού με τον εκλιπόντα, που παρεμποδίζει την ικανότητα του πενθούντος να λειτουργήσει με έναν φυσιολογικό, κοινωνικά και επαγγελματικά, τρόπο (Horowitz et al., 1997). Σε όλες τις αντιδράσεις επιπλεγμένου πένθους επικρατούν δύο δυναμικές που δεν επιτρέπουν στο άτομο να προχωρήσει στη ζωή του. Πρώτον, ο πενθών αρνείται, καταπιέζει ή αποφεύγει πλευρές της απώλειας, τον πόνο που αυτή συνεπάγεται και την πλήρη συνειδητοποίηση των εμπλοκών της για τον ίδιο. Δεύτερον, το άτομο καθηλώνεται στην επένδυση, προσκολλάται στο εκλιπόν αγαπημένο του πρόσωπο και αποφεύγει να αποδεσμευτεί από αυτό (Rando, 1996).

Όταν ο θάνατος προκαλείται από τραυματικά αίτια, όπως ένα τροχαίο δυστύχημα, μία δολοφονία και κάποια φυσική ή άλλη καταστροφή, η πιθανότητα για επιπλεγμένο πένθος αυξάνεται ραγδαία. Ο βαθμός του τραύματος αυξάνεται από το αιφνίδιο και το απρόσμενο του γεγονότος, τη βιαιότητα με την οποία επήλθε, τον ακρωτηριασμό και την καταστροφή που επέφερε στον εκλιπόντα, τη δυνατότητα πρόληψής του ή και την τυχαιότητά του, τη συνύπαρξη και άλλων πολλαπλών θανάτων και την αντιπαράσταση του ίδιου του πενθούντος με τον θάνατο και τη μαρτυρία της βιαιότητάς του ή του ακρωτηριασμού που επέφερε στο θύμα. Οι επιβιώσαντες, που δεν έχουν ξεκινήσει ή ολοκληρώσει το πένθος τους για τους εκλιπόντες, είναι ευεπίφοροι στο να υποφέρουν από υπολειμματικό τραύμα, επώδυνη διέλευση μέσα από την κρίση που βιώνουν, εξασθενημένη λειτουργικότητα ή από ακόμα χειρότερες καταστάσεις. Τα προαναφερθέντα θυμίζουν προκλητικά αίτια μετατραυματικής αγχώδους διαταραχής και είναι γεγονός ότι η αντίστοιχη θεραπεία, σε συνδυασμό με τη συμβουλευτική του πένθους, συνιστάται, όταν προκύπτει μακροχρόνια αντίδραση επιπλεγμένου πένθους. Οι Rando (1996) και Worden (1991) έχουν εντοπίσει στοιχεία για την αναγνώριση της αντίδρασης επιπλεγμένου πένθους, τα οποία μπορεί να αποδειχτούν χρήσιμα στους ειδικούς

που παρεμβαίνουν στην κρίση στις περιπτώσεις εκείνες, όπου οι επιβιώσαντες μιας κρίσης βρίσκονται σε σοβαρή άρνηση, όπως για παράδειγμα

- όταν ένας γονέας, που βίωσε την απώλεια του παιδιού του, αρνείται να αντιμετωπίσει το γεγονός ότι το παιδί έχει φύγει, διατηρώντας το παιδικό του δωμάτιο, όπως ακριβώς ήταν, επί χρόνια μετά τον θάνατό του,
- όταν ένας σύζυγος ή σύντροφος, του οποίου το ταίρι, είτε έχει πεθάνει, είτε τον έχει εγκαταλείψει οριστικά, συνεχίζει να ενεργεί στη ζωή του, σα να έχει πάει ο σύντροφός του απλώς μέχρι τη γωνία, στο περίπτερο, πιστεύοντας ότι θα επιστρέψει σύντομα και
- όταν ένας ενήλικος, ο οποίος έχασε έναν από τους γονείς του, είχε εκκρεμότητες μαζί του, τις οποίες, πλέον, δεν είναι σε θέση να επιλύσει, είναι θυμωμένος για το γεγονός αυτό και προβάλλει τον θυμό του σε όλους τους άλλους.

Αυτή η λίστα ενδείξεων μπορεί να βοηθήσει τους επαγγελματίες που παρεμβαίνουν στην κρίση να αναγνωρίσουν και να προσφέρουν βοήθεια σε ανθρώπους οι οποίοι εκδηλώνουν τόσο σοβαρή άρνηση ή άλλες εξουθενωτικές αντιδράσεις. Τέτοιες ενδείξεις είναι οι ακόλουθες:

- Το άτομο δεν μπορεί να μιλήσει για τον εκλιπόντα, χωρίς να βιώσει ένταση και ζωντανό πόνο
- Μερικά σχετικώς ελάσσονος σημασίας γεγονότα πυροδοτούν έντονη αντίδραση πένθους
- Ο επιζών δεν μπορεί να απομακρύνει υλική ιδιοκτησία ή προσωπικά αντικείμενα του εκλιπόντος
- Θέματα απώλειας ανακύπτουν διαρκώς κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων
- Ο πένθων εκδηλώνει τα ίδια σωματικά συμπτώματα με αυτά που είχε ο εκλιπών
- Το άτομο εμφανίζει ριζικές αλλαγές στον τρόπο ζωής του μετά τον επελθόντα θάνατο ή αποκλείει την οικογένεια, τους φίλους του, τις δραστηριότητες και τις επισκέψεις σε τόπους σχετιζόμενους με τον εκλιπόντα
- Ο επιζών βιώνει μακράς διάρκειας κατάθλιψη μετά την απώλεια, συχνά χαρακτηριζόμενη από επίμονη ενοχή και μειωμένη αυτοπεποίθηση
- Μια παρόρμηση μίμησης του νεκρού είναι διαδεδομένη σε άτομα που βιώνουν επιπλεγμένο πένθος
- Οι αυτοκαταστροφικές παρορμήσεις ή ο αυτοκτονικός ιδεασμός του πένθοντος είναι εμφανείς
- Εκδηλώνεται ανεξήγητη λύπη σε συγκεκριμένες περιόδους του έτους από το πρόσωπο που βιώνει την απώλεια

- Το άτομο έχει φοβίες σχετικές με την αρρώστια ή τον θάνατο
- Υπάρχει σαφής αποφυγή των σχετιζόμενων με το θάνατο ιεροτελεστιών ή δραστηριοτήτων
- Διαπιστώνεται έμμομη αναπαράσταση γεγονότων που περιβάλλουν τον θάνατο
- Η απώλεια εστιάζει πάνω σε ό,τι συνέβαινε στη σχέση του πενθούντος με τον εκλιπόντα κατά τον χρόνο του θανάτου του (συνήθως στα αρνητικά), σε σημείο που να απορρίπτεται / να απωθείται η σχέση αυτή στην ολότητά της, συμπεριλαμβανομένων των θετικότερων στοιχείων της
- Δευτερεύουσες απώλειες, όπως η απώλεια ενός σπιτιού ή αποταμιεύσεων, εξαιτίας ελλιπούς σχεδιασμού, παρορμητικής σπατάλης ή εκμετάλλευσης από κοινωνικά αποβράσματα, ανακύπτουν και δημιουργούν οικονομικά προβλήματα στον πενθούντα
- Καταβάλλονται καταναγκαστικές και έμμονες προσπάθειες από την πλευρά του ατόμου που βιώνει την απώλεια να καθοριστεί μία κατηγορία / μομφή και να αποδοθεί ευθύνη, εφόσον ο θάνατος προκλήθηκε από άνθρωπο

Μία απώλεια που δυνητικά μπορεί να οδηγήσει σε επιπλεγμένο πένθος - τη δυσκολότερη ως προς την αντιμετώπισή της μορφή πένθους - είναι ο θάνατος της μητέρας του πενθούντος. Ένα τέτοιο τραγικό γεγονός είναι πιθανό να τον ωθήσει σε κατάχρηση αλκοόλ και αυτοκαταστροφική οδηγική συμπεριφορά, ενέργειες που αποδίδονται στο απρόσμενο της απώλειας την οποία βιώνει το άτομο. Είναι σύνηθες να πραγματοποιούνται αυτοκτονίες με αυτοκίνητο, όπως επίσης και να είναι μεθυσμένοι όσοι προβαίνουν σε τέτοιες πράξεις. Ο αυτοκτονικός ιδεασμός είναι ένα από τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του επιπλεγμένου πένθους και η αυτοκτονική συμπεριφορά αποτελεί ένα από τα κριτήρια αυτής της δυσμενούς κατάστασης. Όταν ο ειδικός εντοπίσει την απελπισία και την αδυναμία του πενθούντος, οι οποίες βρίσκονται πίσω από την κατάχρηση αλκοόλ, και αρχίζει να τις καταπολεμά, αναλαμβάνει αυτομάτως τη διαχείριση και αντιμετώπιση της κρίσης. Οι διερευνητικές κινήσεις του θεραπευτή στρέφονται προς την εκλιπούσα μητέρα του πενθούντος, γνωρίζοντας πολύ καλά ότι, ενδεχομένως, ο θεραπευόμενος θα πει πράγματα για το αποθανόν αγαπημένο του πρόσωπο τα οποία αποκλίνουν από τα πραγματικά του συναισθήματα. Πιθανές εκκρεμούσες υποθέσεις αποτελούν σημαντικό πρόβλημα στη συμβουλευτική του πένθους, γεγονός που ισχύει πολύ περισσότερο, όταν ο θάνατος του αγαπημένου προσώπου επέρχεται αιφνιδίως. Ανεξαρτήτως εάν οι εκκρεμότητες είναι σχετικές με ενοχές για κάτι που έγινε ή δεν έγινε, είτε για κάτι που ειπώθηκε ή δεν ειπώθηκε, αποτελούν σύνηθες ζήτημα, που καθίσταται ιδιαίτερος προβληματικό, εξαιτίας, είτε του δισταγμού του πενθούντος να

μιλήσει για όσα αφορούν σε ένα νεκρό πρόσωπο, είτε της αντικειμενικής αδυναμίας του να απευθυνθεί στην εκλιπόντα.

Ο θεραπευτής χρησιμοποιεί τη δοκιμασμένη (Gestalt) θεραπευτική τεχνική της «άδειας καρέκλας», επιχειρώντας να επιτρέψει την αποδέσμευση κάποιων ισχυρών και απωθημένων συναισθημάτων του θεραπευόμενου, σχετικών με τη δυσμενή θέση στην οποία εγκαταλείφθηκε από την εκλιπούσα μητέρα του (Cable, 1996). Η τεχνική αυτή θεωρείται ως η καλύτερη από τις εφαρμοζόμενες για την αντικειμενικοποίηση των συναισθημάτων και χρησιμοποιείται σε πολλές εξαιρετικά δύσκολες στην αντιμετώπισή τους καταστάσεις κρίσεως. Ο ειδικός, για παράδειγμα, μπορεί να προβεί σε μια προσωπική δήλωση που στοχεύει στον θυμό του πενθούντος, σε μια προσπάθεια να τον ωθήσει να απευθυνθεί στο συναίσθημά του. Η διαδικασία αυτή δεν ολοκληρώνεται σε ένα βήμα, αλλά απαιτεί επανειλημμένες προσπάθειες, ώστε να αποκαλυφθούν τα συγκαλυμμένα συναισθήματά του και ίσως απαιτήσει αρκετό χρόνο ή, ακόμη, μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να μην πραγματοποιηθεί με άτομα που έχουν περιέλθει σε συναισθηματικό τέλμα. Πολλές φορές ο πενθών αλλάζει δρόμο, για να αποφύγει να βρεθεί στον τάφο του εκλιπόντος προσώπου, ανίκανος να ελέγξει τα συναισθήματά του. Διαφορετικά, τα συναισθήματά του πιθανώς να καταστούν τόσο ανεξέλεγκτα, ώστε να φτάσει στο σημείο να ιεροποιήσει τον χώρο ταφής του αγαπημένου προσώπου και να τον επισκέπτεται πολύ συχνά. Ο πενθών θα πρέπει ο ίδιος να θέλει να επισκεφθεί τον τάφο και όχι να πιεστεί, κάτι ιδιαίτερος σημαντικό, το οποίο πρέπει να λάβει υπόψη κατά το χειρισμό του ο ειδικός. Ο τελευταίος οφείλει να προθυμοποιηθεί και να τον συνοδέψει ως εκεί, σε περίπτωση επιπλεγμένου πένθους. Κατά την παραμονή τους στο νεκροταφείο, ο πενθών μπορεί να γράψει ένα γράμμα και μετά να το κάψει ή να βάλει ένα μήνυμα σε ένα μπαλόνι ηλίου και να το αφήσει να πετάξει. Μετά την επίσκεψη στο νεκροταφείο, είναι χρήσιμο ο θεραπευόμενος να κάνει κάτι θετικό, να ξεκουραστεί και να ενθαρρυνθεί στην ολοκλήρωση της επίσκεψής του στον τάφο, τελικός σκοπός της οποίας είναι, κυριολεκτικά, η σωματική ξεκούραση του πενθούντος και ο τερματισμός των εκκρεμοτήτων που τον ταλαιπωρούν.

Αν και μοιάζει παράξενο να συνομιλεί κανείς με έναν νεκρό άνθρωπο, από τον οποίο σε καμιά περίπτωση δεν αναμένει απάντηση, η αλήθεια είναι πως ο θεραπευόμενος μπορεί κάλλιστα να έχει ένα γόνιμο διάλογο με τον εκλιπόντα και να αρχίσει την αποσαφήνιση διάχυτων και αφηρημένων συναισθημάτων, που μέχρι τούδε παρέμεναν απρόσιτα. Η αντικειμενικοποίηση ενδεχόμενων εκκρεμών υποθέσεων μπορεί να επιτευχθεί με διάφορους τρόπους, όπως με τη συγγραφή επιστολών, τη διαλογική συζήτηση, το παίξιμο μουσικής, τη ζωγραφική, τη δημιουργία λευκωμάτων, τη γλυπτική και τη χαρακτηριστική ή με την επινόηση άλλων

συμβολικών οδών ανακούφισης του πόνου και του θυμού για τις εκκρεμότητες αυτές (Attig, 2000). Παρά το ότι υπάρχει μία εναντίωση προς την καθιονδήποτε τρόπο χρήση της προσευχής, η τελευταία στη συγκεκριμένη περίπτωση εξυπηρετεί απλώς και μόνο την αναχαίτιση των πραγματικών συναισθημάτων που τρέφει ο πενθών για την εκλιπούσα μητέρα του. Μέχρι να το επιτύχει αυτό, ο θεραπευόμενος θα διέρχεται διαρκώς από κρίσεις κατά τη διάρκεια της ζωής του, κάτι δυνητικά θανάσιμο για τον ίδιο. Η περίπτωση αυτή είναι αντιπροσωπευτική ατόμων ευρισκόμενων φαινομενικώς σε μια μορφή κρίσης, ενώ υποβόσκει μια σοβαρότερη κατάσταση, η οποία συχνά συνίσταται από επιπλεγμένο πένθος και αποστέρηση λόγω θανάτου, χωρίς ανταπόκριση στα συνυπάρχοντα απωθημένα συναισθήματα των υφιστάμενων την απώλεια. Το επιπλεγμένο πένθος είναι ένα λεπτό, ευαίσθητο και προβληματικό ζήτημα, που συνοδεύεται από συναισθηματικές συγκρούσεις και απαγορευμένα πολιτισμικά σύμβολα. Ακόμα και αν ο θεραπευτής υποψιάζεται την ύπαρξη ανεκδήλωτου προβλήματος πένθους, αυτό ακριβώς, παρά τις όποιες αναστολές του ειδικού, αποτελεί το ενδεδειγμένο πεδίο παρέμβασης του. Εφόσον διστάζει και αδυνατεί να ενεργήσει κατά τον τρόπο αυτό - κάτι που δεν συμβαίνει σπάνια -, τότε πρέπει να παραπέμψει τον πενθούντα σε άλλο συνάδελφό του.

Στρατηγικές Παρέμβασης

Ακολουθούν τα στάδια και οι τρόποι παρέμβασης στα με άτομα που βιώνουν απώλεια, πένθος και αποστέρηση. Στο πρώτο στάδιο κυριαρχεί η κατάπληξη, θλίψη, ανησυχία και απομόνωση. Ιδιαίτερως τις πρώτες μέρες μετά την απώλεια, είναι ζωτικής σημασίας να εξασφαλιστεί βοήθεια για τις καθημερινές εργασίες, όπως η φροντίδα των παιδιών και των ηλικιωμένων, η οποία καθίσταται ξαφνικά πολύ δύσκολη ή και αδύνατη να επιτευχθεί για το άτομο που υποφέρει από μια απώλεια. Κατά τη διάρκεια του πρώτου αυτού σταδίου, οι επαγγελματίες κρίσεων ενθαρρύνουν τους πενθούντες να συνδεθούν με την οικογένεια και φίλους τους, προκειμένου να βρουν υποστήριξη, ενόσω υφίστανται το shock. Στο δεύτερο στάδιο κυριαρχεί η θλίψη. Μετά το shock έρχονται τα δάκρυα της έντονης θλίψης. Το στάδιο αυτό χαρακτηρίζεται από μια δραματική πλημμυρίδα συναισθηματικής απελευθέρωσης. Τα άτομα που πενθούν συχνά εκδηλώνουν τη θλίψη τους μέσα από μία υπερχείλιση δακρύων, ξέσπασμα στο οποίο σπανίως εξωθούνται με τέτοια ένταση σε άλλες περιστάσεις της ζωής τους. Στο τρίτο στάδιο επικρατεί η μοναξιά. Τη θλίψη ακολουθεί η μοναξιά. Αυτής της μορφής η μοναξιά μπορεί να εκδηλωθεί σωματικά, μέσα από

ασυνήθιστη νευρική κατάσταση, αϋπνία και ανορεξία. Στο στάδιο αυτό οι επαγγελματίες κρίσεων συμβουλεύουν τους πενθούντες να επωφελούνται από όσο το δυνατόν περισσότερη ξεκούραση και χαλάρωση μπορούν, να πίνουν άφθονα υγρά και να ακολουθούν κάποιας μορφής σωματική δραστηριότητα κάθε μέρα. Στο τέταρτο στάδιο επικρατούν ο θυμός και η ενοχή. Μετά το στάδιο της μοναξιάς, τα πράγματα συνήθως αλλάζουν ραγδαία για τους περισσότερους πενθούντες. Ανακαλύπτουν ότι δεν έχουν τι να κάνουν και αισθάνονται ανίκανοι να εστιάσουν πάνω στις συνήθεις εργασίες τους στο σπίτι και στη δουλειά. Η ματαιώση από αυτό το αδιέξοδο συχνά οδηγεί σε ισχυρά συναισθήματα θυμού ή και ενοχής. Επειδή ο θυμός και η ενοχή απορροφούν δυνάμεις, οι επαγγελματίες της κρίσης συμβουλεύουν τους πενθούντες να εστιάσουν, όσο γίνεται, σε θετικές, υγιείς και καλές σκέψεις και συναισθήματα, προκειμένου να τους βοηθήσουν να αναπλαισιώσουν την απώλεια σε μια θετικότερη κατεύθυνση. Στο πέμπτο στάδιο επικρατεί η κατάθλιψη. Αναπόφευκτα, οι πενθούντες συμπεραίνουν ότι ο χαμένος τους αγαπημένος δεν γυρίζει πίσω και αυτό έχει ως αποτέλεσμα συχνά να καταθλιβονται. Αυτό είναι το στάδιο στο οποίο η παρέμβαση στην κρίση μπορεί να είναι η αποτελεσματικότερη βοήθεια. Οι ενσυναισθητικά ενεργούντες σύμβουλοι, που ξοδεύουν χρόνο με τους πενθούντες, ακούν την αφήγησή τους για την απώλειά τους, δεν τους πιέζουν και εκδηλώνουν γνήσιο ενδιαφέρον για αυτούς, προσφέρουν τεράστια ανακούφιση και βοήθεια στα άτομα που υποφέρουν από μία απώλεια. Τέλος, στο έκτο στάδιο το άτομο επανεστίαση στο μέλλον. Στην κάπως δραματική περίοδο κοντά στο τέλος του προηγούμενου σταδίου, οι επιζήσαντες συνήθως αρχίζουν να βιώνουν στιγμές χαράς. Αυτές οι στιγμές είναι πρόδρομοι του τελικού σταδίου του πένθους: της επανεστίασης στο μέλλον. Μέσα από το βίωμα της απώλειας του αγαπημένου και, ακολούθως, την εξελικτική πορεία των έξι αυτών σταδίων προς μία κατάσταση όμοια με την ισορροπία που υπήρχε πριν την κρίση, οι πενθούντες μπορούν συνήθως να ανακαλύψουν νέα όνειρα και νέες ευκαιρίες. Στο σημείο αυτό, οι επιζήσαντες της απώλειας αναλαμβάνουν νέες πρωτοβουλίες, με σθένος, ενθουσιασμό και ανανεωμένη ελπίδα.

Σε αντίθεση προς την προσέγγιση της παρέμβασης στην κρίση μέσω ενός μοντέλου που εμπερικλείει καθορισμένα στάδια, ο Rando (1993) έχει προτείνει έξι εστιακές διεργασίες πένθους. Αυτές είναι:

Να αναγνωρίσει ο πενθών την απώλεια και να παραδεχτεί τον θάνατο.

Να αντιδράσει στον χωρισμό, βιώνοντας τον πόνο. Να αισθανθεί, να ταυτοποιήσει, να αποδεχτεί και να δώσει μια μορφή έκφρασης σε όλες τις ψυχολογικές αντιδράσεις στην απώλεια. Επίσης να ταυτοποιήσει και να θρηνηήσει δευτερεύουσες απώλειες.

Να θυμηθεί και να ξαναζήσει την παρουσία του εκλιπόντος και τη σχέση του μαζί του, να επανεξετάσει και να ανακαλέσει στην μνήμη του τα γεγονότα κατά τρόπο ρεαλιστικό και να ξαναζωντανέψει και να βιώσει εκ νέου όλα τα θετικά και αρνητικά συναισθήματα.

Να εγκαταλείψει τους παλαιούς συνδέσμους του με τον εκλιπόντα και την παρελθούσα, μη υφιστάμενη πλέον πραγματικότητα.

Να αναπροσαρμοστεί, ώστε να κινηθεί αποτελεσματικότερα στη νέα πραγματικότητα, χωρίς να λησμονεί την παρελθούσα. Να αναθεωρήσει την ασύμβατη με τα δεδομένα του παρόντος αντίληψή του για τον κόσμο και να αναπτύξει νέα σχέση με τον εκλιπόντα. Να υιοθετήσει νέους τρόπους ύπαρξης μέσα στον κόσμο και να διαμορφώσει μια καινούργια ταυτότητα.

Να επενδύσει και πάλι σε νέες σχέσεις, πεποιθήσεις, σκοπούς, αντικείμενα και επιδιώξεις.

Το πένθος του ειδικού

Η επαγγελματική ενασχόληση με την προσωπική απώλεια και το πένθος είναι πολύ πιθανό να οδηγήσει σε εξουθένωση (burn out). Ο ειδικός είναι αδύνατο να διευκολύνει την ωρίμαση πλευρών της αποστέρησης του πένθους, αν ο ίδιος δεν ωριμάζει σε σχέση με τις προσωπικές του απώλειες. Η γνώση και η προοπτική, που αποκτήθηκαν μέσα από την επακόλουθη του πένθους ωρίμαση, θα πρέπει να λειτουργήσουν ως σιωπηλή εφεδρεία δυνάμεων για τους ειδικούς, οι προσωπικές τους όμως εμπειρίες πένθους δεν πρέπει να προβάλλονται ή να επιβάλλονται στους θεραπευόμενους. Λεπτομέρειες στην πρόληψη και αντιμετώπιση της εξουθένωσης του προσωπικού παρουσιάζονται σε επόμενο κεφάλαιο του βιβλίου. Εδώ θα τονιστούν τα στοιχεία εκείνα που σχτίζονται με την απώλεια και το πένθος. Υπάρχουν αρκετοί λόγοι για τους οποίους οι παρέχοντες φροντίδα θα πρέπει να εξασφαλίσουν ότι δε θα επιτρέψουν το προσωπικό τους πένθος και οι δικές τους απόψεις να επιφορτίσουν τη δύναμη και την ενέργεια που διαθέτουν για τη χορήγηση βοήθειας στους άλλους:

Η συναισθηματική επένδυση στον πενθούντα: Ένας ορισμένος βαθμός συναισθηματικής επένδυσης στους πενθούντες είναι φυσιολογικός και αναγκαίος. Η υπέρμετρη επένδυση των ειδικών σε εκείνους που βοηθούν ίσως απαιτήσει από αυτούς να δαπανήσουν μια ασυνήθιστα μεγάλη ποσότητα ενέργειας για τη διαχείριση των δικών τους αντιδράσεων πένθους, όταν εμπλέκονται ως θεραπευτές σε περιπτώσεις ατόμων που πεθαίνουν ή βιώνουν μια απώλεια.

Η υπερφόρτιση από την απώλεια: Αν ο ειδικός δημιουργεί στενούς δεσμούς με ένα μεγάλο αριθμό απευθυνόμενων σε αυτόν πενθούντων, το συναισθηματικό φορτίο ίσως εμπερικλείει πολλούς κινδύνους και έντονες αντιδράσεις πένθους από την πλευρά του ίδιου. Οι θεραπευτές μπορούν να αντιμετωπίσουν την προσωπική τους υπερφόρτιση από την απώλεια, υπό την προϋπόθεση ότι την αντιλαμβάνονται την ώρα που τους συμβαίνει και κινητοποιούνται, ανταποκρινόμενοι στα εσωτερικά τους ερεθίσματα, ώστε να πάρουν κάποια βοήθεια ή και να κάνουν βήματα, προκειμένου να επιτύχουν τη δική τους προσωπική ανανέωση, προτού τους καταβάλουν οι πολυποίκιλες απώλειες ανθρώπων, με τους οποίους δημιουργούν θεραπευτικές σχέσεις.

Η αντιμεταβίβαση: Μερικές φορές οι ειδικοί, που εμπλέκονται στην αντιμετώπιση του πένθους των άλλων, ανακαλύπτουν ότι η ενασχόληση αυτή αφυπνίζει τα δικά τους συναισθήματα και τις δικές τους σκέψεις, αναμνήσεις και φαντασιώσεις, οι οποίες σχετίζονται με προσωπικές τους απώλειες. Οι θεραπευτές που βιώνουν αντιμεταβίβαση αποδυναμώνονται σημαντικά στην προσπάθειά τους να βοηθήσουν τους άλλους. Προκειμένου να αντιμετωπίσουν την αντιμεταβίβαση, οι παρέχοντες φροντίδα θα πρέπει να εμπλακούν σε ανάλογη εποπτεία για να μειωθεί η συναισθηματική υπερφόρτιση, που προκαλείται από την ενασχόληση με το πένθος του θεραπευόμενου.

Η συναισθηματική αναπλήρωση: Οι ειδικευμένοι θεραπευτές, που ασχολούνται με το πένθος και την απώλεια ως πεδία εργασίας, πρέπει να μεριμνήσουν ιδιαίτερα για τις δικές τους συναισθηματικές ανάγκες. Χρειάζονται υποστηρικτικά συστήματα, τα οποία θα τους διασφαλίζουν την καλή φυσική, συναισθηματική και ψυχολογική τους κατάσταση. Η συναισθηματική αναπλήρωση ενός ατόμου συμπεριλαμβάνει τη φροντίδα του εαυτού του, του εσωτερικού του κόσμου από τον ίδιο και, συγχρόνως, την υποστήριξη από κάποιους σημαντικούς για αυτόν ανθρώπους - έναν επόπτη, τους φίλους του, την οικογένειά του, τους συναδέλφους του - , όπως και από ουσιώδεις, ενέχουσες κάποια λογική και νόημα σωματικές και συναισθηματικές δραστηριότητες, οι οποίες απομακρύνουν το άτομο από την απώλεια και το επαναφέρουν σε μια θετική συναισθηματική και φυσική κατάσταση.

Η αντιμετώπιση της δικής του θνητότητας: Μια σημαντική πλευρά της ενασχόλησης με την απώλεια είναι η πιθανή αφύπνιση της υπαρξιακής ανησυχίας του ατόμου για το δικό του θάνατο. Προτεινόμενοι μηχανισμοί αντιμετώπισής της είναι οι υποστηρικτικές ομάδες, η εποπτεία, η εκπαίδευση μέσα στην υπηρεσία, στο χώρο εργασίας του (inservice training) και η μελέτη. Οι δραστηριότητες πνευματικής ωρίμασης αποτελούν εναλλακτική πρόταση, που αξίζει τον κόπο, ενδεικνυόμενη για αρκετούς θεραπευτές.

Η αίσθηση εξουσίας: Οι θεραπευτές, όπως όλοι οι άλλοι άνθρωποι, έχουν ανάγκη την αίσθηση εξουσίας ή ελέγχου. Η επαγγελματική ενασχόληση με άτομα που πεθαίνουν, πένθουν και βιώνουν κάποια αποστέρηση μπορεί να οδηγήσει τους ειδικούς να ταυτιστούν vicariously με τις απώλειες των θεραπευόμενων. Μια τέτοια ταύτιση πιθανώς να καταλήξει σε μια αίσθηση απώλειας εξουσίας ή ελέγχου εκ μέρους των θεραπευτών, η αποτροπή της οποίας επιτυγχάνεται με στρατηγικές ουσιαστικά όμοιες με αυτές που συνιστώνται για την αντιμετώπιση της αντιμεταβίβασης.

Η τάση του θεραπευτή να διασώζει τους άλλους: Είναι ουσιώδες οι ειδικοί να παραιτηθούν από τη φαντασίωση διάσωσης των άλλων, ιδιαίτερα όταν αντιμετωπίζουν ζητήματα πένθους ή απώλειας, καθώς η διάσωση κάποιου, που έχει βιώσει ή πρόκειται να υποφέρει από μια απώλεια, σημαίνει την άρνηση του αναπόφευκτου της απώλειας από την πλευρά του.

Βιβλιογραφικές πηγές

Attig, T. (2000). *The heart of grief. Death and the search for lasting love*. New York: Oxford University Press.

Brown, E. B. (1988). *Sunrise tomorrow: Coping with a child's death*. Grand Rapids, MI: Baker Bookhouse.

Cable, D. G. (1996). Grief counseling for survivors of traumatic loss. In K. J. Doka (Ed.), *Living with grief after sudden loss: Suicide, homicide, accident, heart attack, stroke* (σελ. 117-126). Washington, DC: Hospice Foundation of America.

Cruse, D. (1994). Important consumer issues surrounding death. *Thanatos*, 19(1), 22-26.

Guerrero-Austrom, M. G., & Fleming, S. J. (1990). Effects of sibling death on adolescents' physical and emotional well-being: A longitudinal study. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Boston.

Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonnanno, G., Milbrath, C., & Stinson, C. h. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154(7), 904-910.

James R & Gilliland B. (2005) *Crisis Intervention Strategies*. Thomson Learning.

Rando, T. A. (1984). *Grief, dying, and death: Clinical interventions for caregivers*. Champaign, IL: Research Press.

Rando, T. A. (1986). *Parental loss of a child*. Champaign, IL: Research Press.

Rando, T. A. (1993). *Treatment of complicated mourning*. Champaign, IL: Research Press.

Schoenberg, B. M. (Ed.). (1980). *Bereavement counseling: A multidisciplinary handbook*. Westport: CT: Greenwood Press.

Silverman, P. R. (2000). *Never too young to know: Death in children's lives*. New York: Oxford University Press.

Worden, J. W. (1991). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (2nd ed.). New York: Springer.

ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Άγγελος Καφές, Ψυχολόγος

Το φάσμα των αυτοκτονικών κρίσεων

Όπως και με άλλα θέματα που αναλύθηκαν προηγουμένως, έτσι και το φαινόμενο των αυτοκτονιών έχει τις δικές του στατιστικές αναλύσεις, οι οποίες είναι πραγματικά σοκαριστικές. Υπολογίζεται ότι σε καθημερινή βάση περίπου 2.000 άτομα αυτοκτονούν παγκοσμίως με τις χώρες γύρω από τη Βαλτική, την Ουγγαρία και τη Σρι Λάνκα να έχουν τα περισσότερα θύματα (Lester, 2001). Στις Ηνωμένες Πολιτείες περίπου 30.000 άτομα αυτοκτονούν κάθε χρόνο, ενώ από εκείνους που αποπειρώνται και τελικά αποτυγχάνουν περίπου 19.000 μένουν ανάπηροι. Οι νέοι μεταξύ 15-24 ετών αποτελούν την ηλικιακή ομάδα, που παρουσιάζει την μεγαλύτερη αύξηση σε απόπειρες αυτοκτονίας τα τελευταία 30 χρόνια. Επίσης έχει βρεθεί πως οι άνδρες αυτοκτονούν σε ποσοστό τετραπλάσιο του αντίστοιχου των γυναικών. Αναφορικά με τα άτομα της τρίτης ηλικίας, έχει βρεθεί πως το 25% όλων των αυτοκτονιών επιχειρείται από άτομα άνω των 65 ετών με τις γυναίκες να παρουσιάζουν έναν ρυθμό ανάπτυξης διπλάσιο του γενικού πληθυσμού και τους άνδρες τέσσερις φορές επάνω από το μέσο όρο. Τέλος υπολογίζεται πως οι αυτοκτονίες κατέχουν μια από τις τρεις πρώτες θέσεις στον κατάλογο με τις αιτίες θανάτου παιδιών και εφήβων τόσο στις Ηνωμένες Πολιτείες, όσο και παγκοσμίως.

Η αυτοκτονία και το ηθικό δίλημμα

Ο αυτοκτονικός ιδεασμός καθώς και η ακόλουθη αυτού συμπεριφορά έχουν κατά καιρούς εγείρει πολλά και περίπλοκα ηθικά, νομικά και φιλοσοφικά ερωτήματα που αφορούν την παρέμβαση στην κρίση αυτή. Ο θάνατος από δολοφονία δεν φέρει κανένα απολύτως στίγμα και θεωρείται από όλους τραγωδία, ο τυχαίος θάνατος δικαιολογείται απόλυτα, ο θάνατος από φυσικά αίτια επιτρέπουν το θρήνο, ενώ λιγότερο δικαιολογημένος θεωρείται ο θάνατος που οφείλεται σε αμέλεια ή καταχρήσεις. Ιστορικά όμως, η αυτοκτονία θεωρείται αμαρτωλή πράξη από όλες τις μεγάλες θρησκείες της ανθρωπότητας, ενώ για την κοινότητα θεωρείται ακύρωση του συμβολαίου που έχει ο καθένας για να υπηρετεί το κοινωνικό σύνολο. Στον μεσαίωνα η πράξη αυτή υποτίθεται ότι στρεφόταν εναντίον του θρόνου και όλα τα υπάρχοντα του εκλιπόντος περιέρχονταν στην κατοχή του βασιλιά μετά το θάνατό

του. Γνωστή είναι εξάλλου και η στάση της εκκλησίας απέναντι στο φαινόμενο αυτό, η οποία θεωρεί πως εκείνος που αυτοκτονεί δεν δικαιούται νεκρώσιμης ακολουθίας και ταφής, καθώς διαπράττει μεγάλο αμάρτημα απέναντι στο Θεό, Εκείνον που δίνει και παίρνει τη ζωή από όλα τα δημιουργήματά Του.

Υποβοηθούμενη αυτοκτονία και ευθανασία

Κατά τη διάρκεια του δεύτερου μισού του 20^{ου} αιώνα δόθηκε μεγάλη προσοχή σε αυτό που ονομάζεται αυτοκτονία με βοήθεια ή ευθανασία τόσο στη λογοτεχνία, όσο και στα μέσα ενημέρωσης. Στην περίπτωση της αυτοκτονίας με τη βοήθεια κάποιου, ένα τρίτο πρόσωπο παρέχει τα μέσα αλλά το άτομο που πεθαίνει εξακολουθεί και τα διαχειρίζεται μέχρι τέλους, ενώ στην ευθανασία τα διαχειρίζεται αποκλειστικά κάποιος άλλος. Πριν τον 20^ο αιώνα οι άνθρωποι, κατά κανόνα, πέθαιναν εξαιρετικά νέοι και με πολύ γρήγορο τρόπο στα σπίτια τους. Ο θάνατος ήταν αποτέλεσμα κάποιας μεταδοτικής ασθένειας ή κάποιου τραυματισμού. Σήμερα το 70 με 80 τοις εκατό των ενηλίκων πεθαίνουν σε κάποιο ίδρυμα, όπως νοσοκομείο ή οίκο ευγηρίας, ως αποτέλεσμα κάποιας εκφυλιστικής ασθένειας, όπως καρδιακό νόσημα, διαβήτης, εγκεφαλικό ή καρκίνος. Αυτή η μορφή θανάτου απλά επιμηκύνει, είναι εξαιρετικά οδυνηρή και εξαντλεί οικονομικά τις οικογένειες. Έχουμε το δικαίωμα να αρνούμαστε την ιατρική φροντίδα, να αρνούμαστε διάφορες "ηρωικές" ή άλλου είδους τεχνητές παρεμβάσεις, όταν δεν υπάρχει ελπίδα για βελτίωση της κατάστασής μας ή έστω για την επιβίωσή μας; Επιπλέον έχουμε εμείς ως θεραπευτές το δικαίωμα να παρεμβαίνουμε, όταν είναι σαφές πως κάποιος επιθυμεί να τερματίσει τη ζωή του προκειμένου να πάψει να υποφέρει; Αυτά τα ερωτήματα θα πρέπει να εξεταστούν από όλους, καθώς η κοινωνία μας έρχεται σταδιακά αντιμέτωπη με τα νέα δεδομένα που φέρνει στο χώρο της υγείας η νέα χιλιετία.

Θεωρίες περί αυτοκτονίας

Από ψυχοδυναμικής άποψης η αυτοκτονικότητα ενεργοποιείται σαν συμπεριφορά από την εσωτερική αναταραχή που συχνά προκύπτει, όταν κάποιος βιώνει περιόδους έντονου άγχους. Μερικές φορές αυτό το άγχος οφείλεται είτε σε παλινδρόμηση προς ένα πιο πρώιμο στάδιο του Εγώ, είτε σε αναχαίτιση της επιθετικότητας προς ένα άλλο άτομο ή προς το κοινωνικό σύνολο με αποτέλεσμα τα επιθετικά αυτά συναισθήματα να στρέφονται προς τον ίδιο μας τον εαυτό. Ο Freud ονόμασε αυτό το στάδιο, στάδιο της μελαγχολίας, γνωστότερο σήμερα ως κατάθλιψη.

Σε ακραίες περιπτώσεις, η μελαγχολία γίνεται τόσο έντονη σε σημείο να επιλέγεται ο δρόμος της αυτοκαταστροφής κα της αυτοτιμωρίας, προκειμένου τα δυσάρεστα αυτά συναισθήματα να εκτονωθούν.

Στη προσέγγιση του Durkheim οι κοινωνικές πιέσεις και επιρροές αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες της αυτοκτονικότητας. Ο Durkheim εντόπισε τρεις τύπους αυτοκτονικότητας: τον εγωιστικό, τον άνομο και τον αλτρουιστή. Ο εγωιστικός σχετίζεται με την αποτυχία κάποιου να ενσωματωθεί και να αναγνωριστεί μέσα σε μια κοινωνική ομάδα. Ο άνομος συνδέεται με τη μη συμμόρφωση κάποιου με τις νόρμες της κοινωνίας και ο αλτρουιστής με την εμφάνιση του φαινομένου της αυτοκτονίας σαν μια πράξη συμπαράστασης και αλληλεγγύης, όπως συμβαίνει για παράδειγμα με τα μέλη των εξτρεμιστικών ομάδων της Μέσης Ανατολής. Πολύ συχνά κάποιος που δεν έχει κανένα σκοπό να αυτοκτονήσει μπορεί να το πράξει αν ριψοκινδυνεύσει σε εξαιρετικό βαθμό. Τέτοια φαινόμενα προκύπτουν όταν για παράδειγμα κάποιος έφηβος σε μια τεταμένη στιγμή αποφασίσει να αυτοκτονήσει παίρνοντας χάπια και αφού το κάνει και λιποθυμήσει, εν συνεχεία πνίγεται από τον ίδιο του τον εμετό. Το ίδιο ισχύει και για κάποιον καταθλιπτικό, ο οποίος ενώ οδηγεί το αυτοκίνητό του μεθυσμένος βγαίνει από την πορεία του και πέφτει από μια γέφυρα.

Η βιοχημική ή νευρολογική θεωρία προβάλλει τη δυσλειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος σαν την κύρια αιτία για αυτοκτονικές ή/και ανθρωποκτονικές συμπεριφορές. Η αυτοκτονία και η επιθετικότητα συνδέονται σε πολύ μεγάλο βαθμό. Η αύξηση της σεροτονίνης έχει εξεταστεί ενδελεχώς εξαιτίας της εμφανούς σύνδεσης που έχει με παρορμητικές και επιθετικές συμπεριφορές, οι οποίες συνδέονται με τη σειρά τους με την αυτοκτονικότητα και τις ανθρωποκτονίες.

Μύθοι που αφορούν την αυτοκτονία

Υπάρχουν αρκετοί μύθοι, που έχουν αναπτυχθεί γύρω από τις αυτοκτονίες και τις οποίες ένας θεραπευτής που ενδέχεται να αντιμετωπίσει τέτοια περιστατικά καλό είναι να γνωρίζει. Κάποιοι από αυτούς είναι:

Η συζήτηση γύρω από την αυτοκτονία θα οδηγήσει τον πελάτη στο να το επιχειρήσει. Κι όμως αληθεύει το αντίθετο. Η συζήτηση του θέματος με κάποιον που έχει ανεπτυγμένη ενσυναίσθηση θα κάνει τον πελάτη να αισθανθεί ανακούφιση καθώς και μια επιθυμία να κερδίσει χρόνο προκειμένου να ανακτήσει τον έλεγχο.

Τα άτομα που απειλούν να αυτοκτονήσουν συνήθως δεν το κάνουν. Ένα μεγάλο ποσοστό εκείνων που αυτοκτονούν έχουν προηγουμένως απειλήσει ότι θα το κάνουν είτε έχουν αποκαλύψει τις προθέσεις τους σε άλλους.

Η αυτοκτονία είναι μια πράξη παραλογισμού. Σχεδόν όλες οι αυτοκτονίες καθώς και οι αποτυχημένες απόπειρες φαίνονται απολύτως λογικές μέσα από το πρίσμα του ατόμου που τις διαπράττει.

Τα άτομα που διαπράττουν αυτοκτονίες είναι διαταραγμένες προσωπικότητες. Σίγουρα υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν την σύνδεση ανάμεσα στην αυτοκτονικότητα και τις ψυχικές ασθένειες, κυρίως τις χρόνιες, όπως τη σχιζοφρένεια, τις διαταραχές πανικού και τη χρήση ουσιών. Ωστόσο, τα περισσότερα άτομα που οδηγούνται σε τέτοια σημεία είναι άτομα απολύτως φυσιολογικά, τα οποία αισθάνονται κυρίως μοναξιά, απογοήτευση, απελπισία, έλλειψη συμπαράστασης και γενικότερα πασχίζουν να βγουν από μια έντονη συναισθηματικά φορτισμένη κατάσταση.

Η αυτοκτονικότητα είναι μία τάση που κληρονομείται. Ορισμένες φορές περισσότερα από ένα μέλη της ίδιας οικογένειας αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν. Όμως δεν έχει εντοπιστεί ένας ανεξάρτητος γενετικός παράγοντας στον οποίο να οφείλεται κάτι τέτοιο. Οι τάσεις αυτοκαταστροφής μπορεί να γίνουν αντικείμενο μίμησης ή να συνδεθούν με την κατάθλιψη ή άλλες καταστάσεις.

Μια φορά αυτοκτονικός, πάντα αυτοκτονικός. Πολλοί άνθρωποι επιχειρούν να αυτοκτονήσουν σε κάποια φάση της ζωής τους. Οι περισσότεροι από αυτούς ξεπερνούν επιτυχημένα το γεγονός, μαθαίνουν τρόπους αντίδρασης και ελέγχου και ζουν μια ήρεμη και επιτυχημένη ζωή, απαλλαγμένοι από την απειλή της αυτοκαταστροφής.

Όταν κάποιος επιχειρεί να αυτοκτονήσει και καταφέρει να επιβιώσει, τότε ο κίνδυνος εξαφανίζεται. Οι πιο πολλές αυτοκτονίες γίνονται κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου που ακολουθεί μετά τη λεγόμενη "βελτίωση". Ένα προειδοποιητικό σημάδι είναι η περίοδος ευφορίας που ακολουθεί ένα αυτοκτονικό επεισόδιο, που σημαίνει συνήθως ότι το άτομο έχει οργανώσει τα πάντα, ενώ έχει συμβιβαστεί πλήρως με την ιδέα της αυτοκτονίας.

Ένα αυτοκτονικό άτομο που δείχνει γενναιοδωρία και μοιράζεται τα υπάρχοντά του με τους γύρω του βρίσκεται στο δρόμο της ανανέωσης και της ανάκαμψης. Αρκετοί είναι εκείνοι που αρχίζουν να μοιράζουν τα πιο πολύτιμα αντικείμενα που διαθέτουν μόλις κατορθώσουν και βρουν το κουράγιο να οργανώσουν ένα σχέδιο αυτοκτονίας. Αυτή η προσφορά των υπάρχόντων τους ισοδυναμεί πολλές φορές με την τελευταία τους επιθυμία, δηλαδή τη διαθήκη τους.

Ο αυτοκτονικός είναι πάντα παρορμητικό άτομο. Υπάρχουν πολλοί τύποι αυτοκτονιών. Κάποιες εμπεριέχουν παρορμητικές συμπεριφορές ενώ άλλες είναι πολύ προσεκτικά σχεδιασμένες και εκτελεσμένες.

Οι αυτοκτονίες αφορούν μόνο τα ευκατάστατα άτομα. Η αυτοκτονικότητα είναι ένα πάρα πολύ δημοκρατικό φαινόμενο που αφορά όλα τα κοινωνικά στρώματα. Μια σύντομη ματιά στην παγκόσμια βιβλιογραφία των τελευταίων 30 ετών δείχνει ότι οι λιγότερο προνομιούχοι άνθρωποι διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο.

Η αυτοκτονία γίνεται χωρίς προειδοποίηση. Οι άνθρωποι συνήθως δείχνουν αρκετά σημάδια που σχετίζονται με τις αυτοκτονικές σκέψεις και προθέσεις τους.

Στοιχεία που υποδεικνύουν αυτοκτονία

Όσοι εργάζονται στο χώρο της παρέμβασης στην κρίση πρέπει να αναζητούν σε όλη τη διάρκεια της επαφής τους με τα άτομα που ζητούν βοήθεια, σημάδια και ενδείξεις των στοιχείων και των παραγόντων που υποδεικνύουν θανατηφόρα συμπεριφορά. Ευτυχώς για τους θεραπευτές, τέτοια στοιχεία είναι έκδηλα σε άτομα που έχουν σκοπό να βλάψουν τους εαυτούς τους ή άλλους. Τα στοιχεία αυτά, τα οποία συνήθως φανερώνουν και μια έντονη εσωτερική διαμάχη, μπορεί να συνδέονται με λέξεις, συμπεριφορές, καταστάσεις ή διάφορα σύνδρομα. Τα λεκτικά μπορεί να εκφράζονται είτε προφορικά, είτε γραπτά και να είναι είτε άμεσες δηλώσεις "αυτή τη φορά θα το κάνω, θα αυτοκτονήσω", είτε έμμεσες "δεν είμαι χρήσιμος σε κανέναν πια». Τα στοιχεία που άπτονται συμπεριφορών μπορεί να αφορούν από την αναζήτηση ενός γραφείου κηδείων, μέχρι το κόψιμο των φλεβών σαν δοκιμή για την τελική απόπειρα ή ένδειξη προειδοποίησης. Οι ενδείξεις εκείνες που αφορούν καταστάσεις μπορεί να προέρχονται μέσα από περιστατικά όπως την απώλεια ενός συζύγου, ένα διαζύγιο, έναν οδυνηρό τραυματισμό, μια ανίατη ασθένεια, μια ξαφνική χρεοκοπία και γενικά από οποιοσδήποτε δραστηκές αλλαγές στη ζωή κάποιου. Στην τελευταία κατηγορία ανήκουν η κατάθλιψη, η μοναξιά, η απελπισία, οι εξαρτήσεις και γενικότερα ο δυσλειτουργικός τρόπος ζωής.

Η Αμερικανική Ένωση Αυτοκτονικότητας (American Association of Suicidology) έχει εντοπίσει και καταγράψει έναν αριθμό παραγόντων που μπορούν να βοηθήσουν τον παρεμβαίνοντα στην κρίση να αναγνωρίσει πιθανή προοπτική απόπειρας αυτοκτονίας. Κάθε φορά που 5 έως 6 από αυτούς τους παράγοντες εμφανίζονται τότε το επιστημονικό "καμπανάκι" του ειδικού θα πρέπει να χτυπά προειδοποιώντας τον για τον κίνδυνο αυτοκτονικού επεισοδίου:

Έχει ιστορικό προηγούμενων αποπειρών
Έχει συγκροτήσει συγκεκριμένο σχέδιο
Έχει οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονιών, απειλών ή πρόκλησης βλάβης σε τρίτους
Είναι ψυχωσικός (με πολύχρονη συνταγογραφία)
Έχει ιστορικό χρήσης ουσιών ή/και αλκοολισμού
Ζει μόνος και είναι απομονωμένος απ' όλους
Μοιράζει πολύτιμα αντικείμενα και διευθετεί τις υποχρεώσεις του
Βιώνει έντονα συναισθήματα μοναξιάς και απελπισίας
Αντιμετωπίζει το φάσμα της πτώχευσης
Αντιμετωπίζει μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη
Δυσκολεύεται να δεχθεί τη σεξουαλική του ταυτότητα
Αναφέρει ότι δεν φα λείψει από κανέναν εάν και εφόσον αποχωρήσει
Βιώνει χρόνιο και έντονο στρες
Υπέστη πρόσφατα την απώλεια ενός πολύ αγαπητού προσώπου
Βιώνει έντονα την επέτειο ενός τραυματικού περιστατικού

Σίγουρα ο κάθε ένας από τους παραπάνω παράγοντες από μόνος του δεν φανερώνει πρόθεση εκ μέρους ενός ατόμου να αυτοκτονήσει. Η αξιολόγηση μιας επικίνδυνης κατάστασης και η εξαγωγή ενός τέτοιου συμπεράσματος εκ μέρους του ειδικού θεραπευτή αποτελεί μια κρίσιμη και υπεύθυνη διαδικασία. Ωστόσο η ύπαρξη των παραγόντων αυτών συντελεί στο να βοηθηθεί ο θεραπευτής στην έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση του προβλήματος, καθώς και στη ορθή διαχείριση του περιστατικού.

Το άτομο σε κίνδυνο αυτοκτονίας δείχνει να αντιμετωπίζει μια κατάσταση που θεωρεί πως είναι άλυτη, ανυπόφορη και ατέρμονη (τα λεγόμενα τρία α της αυτοκτονίας). Στην περίπτωση αυτή ο σκοπός της παρέμβασης είναι να αλλαχθούν ένας ή παραπάνω από τους προαναφερθέντες παράγοντες. Στην αρχή της συνέντευξης ο ειδικός θεραπευτής πρέπει να δώσει μια αίσθηση κατανόησης και εμπιστοσύνης, ώστε να δημιουργηθεί η θεραπευτική εκείνη σχέση που θα επιτρέψει στον πελάτη να αποκτήσει εξάρτηση με τη ζωή. Είναι επίσης πολύ σημαντικό το άτομο να ξαναβρεί μέσα του τη χαμένη ελπίδα και να εξαλείψει αν είναι δυνατόν το αίσθημα της απελπισίας και της έλλειψης βοήθειας και να γίνουν άμεσα βήματα προκειμένου να μιλήσει για αυτά και να δουλέψει επάνω τους. Ο πιο αποτελεσματικός τρόπος για επιτευχθούν τα παραπάνω είναι να αποφεύγεται η άμεση αναφορά στην τάση για αυτοκτονία αλλά να επιδιώκεται η επικέντρωση επάνω στην ταραχή που προκαλούν οι τρεις "α" παράγοντες. Όταν τα επίπεδα έντασης που προκαλούν αυτοί οι παράγοντες μειωθούν και επανακτηθεί σε μεγάλο βαθμό η

αίσθηση του ελέγχου και της ηρεμίας τότε η τάση για αυτοκτονία θα περιοριστεί κάτω από τα επικίνδυνα επίπεδα. Αυτό σημαίνει ότι στην περίπτωση αυτή δεν ασχολούμαστε παθητικά με τα ζητήματα που απασχολούν εσωτερικά το άτομο αλλά και ενεργητικά με όλα εκείνα που προέρχονται από εξωτερικούς παράγοντες και φορτίζουν επιπλέον το άτομο. Τα άτομα πρέπει να διδαχθούν στο να χρησιμοποιούν είτε υπαρκτές δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων, είτε να δημιουργήσουν νέες προκειμένου να αποβάλουν το αδιέξοδο των δυσεπίλυτων προβλημάτων. Είναι αναγκαίο να αναπτύξουν μηχανισμούς αυτο-παρατήρησης και αυτο-αφύπνισης, ώστε να παρατηρούν τις οποιοσδήποτε αυξομειώσεις στα επίπεδα του πόνου προκειμένου να ενεργούν με τρόπο που θα τους κάνει να νιώθουν κάπως καλύτερα. Σαν αποτέλεσμα αυτού θα μάθουν πως ο συναισθηματικός πόνος δεν είναι συνεχώς το ίδιο έντονος, ούτε χωρίς τέλος. Επιπλέον είναι σημαντικό για εκείνους να κατανοήσουν πως τα αρνητικά τους συναισθήματα μπορούν να τα διαχειριστούν με κατάλληλους τρόπους και να τα δουν έτσι ως μέρος της καθημερινής τους ζωής και όχι σαν κάτι που τους κυριεύει και δεν μπορούν με τίποτα να τα ελέγξουν.

Υπερήλικες

Οι αυτοκτονίες των ηλικιωμένων είναι σχεδόν διπλάσιοι από τους αντίστοιχους των νεαρών ενηλίκων. Συνήθως ο δράστης είναι άνδρας, ο οποίος αφού σκοτώσει τη γυναίκα ή κάποιον άλλο συγγενή του αυτοκτονεί. Όλες οι τεχνικές που εφαρμόζονται σε ανάλογες περιπτώσεις από τις παιδικές ηλικίες έως τους ώριμους ενήλικες είναι κατάλληλες και για αυτή την ηλικιακή ομάδα. Ο ειδικός στη διαχείριση κρίσεων πρέπει να έχει πάντοτε κατά νου ότι η έρευνα που αφορά παράγοντες που διαφοροποιούνται από την ηλικία έχει δείξει το εξής: η ένταση της επιθυμίας (και για τα δύο φύλα) για να σκοτώσουν ή να σκοτωθούν μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας, ενώ η ένταση της επιθυμίας του θανάτου αυξάνεται καθώς η ηλικία μεγαλώνει. Επίσης οι έρευνες έδειξαν πως το ποσοστό των αποτυχημένων προσπαθειών μειώνεται καθώς αυξάνεται η ηλικία, ενώ το ποσοστό των αντίστοιχων επιτυχημένων αυξάνεται παράλληλα με την ηλικία. Ωστόσο για πολλούς ιδιαίτερους λόγους το έργο του ειδικού αναφορικά με τους ανθρώπους της τρίτης ηλικίας προκαλεί έναν έντονο προβληματισμό. Η ενασχόληση του με άτομα αυτής της ηλικιακής ομάδας θα πρέπει να εμπεριέχει τη γνώση πως ίσως να εμπλέκονται παράγοντες που αποδυναμώνουν την αυτογνωσία όπως χρόνιες ή πρόσφατες

αναπηρίες και διανοητικές ασθένειες, κακοποίηση, ακλοολισμός, χρόνιο άγχος και μη ανταπόκριση σε χορηγούμενες θεραπείες. Ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών παραγόντων όπως μικρός αριθμός φίλων, μοναχικός βίος, κοινωνικός αποκλεισμός η μειωμένη συμμετοχή στα οικογενειακά δρώμενα μπορούν εξάλλου να συνεισφέρουν στην δημιουργία αυτοκτονικών τάσεων. Επιπλέον υπάρχουν και οι ψυχοδυναμικοί παράγοντες όπως ο πόνος και το άγχος που προκαλεί η απώλεια ενός συντρόφου, φίλων, εργασιακής ταυτότητας και ενός μόνιμου εισοδήματος (Stone, 1999).

Τι δεν ενδείκνυται

Οι Hipple (1985), και Kirk (1993) εντόπισαν κάποιους ιδιαίτερους χειρισμούς οι οποίοι δεν ενδείκνυται κατά τη διάρκεια της επαφής ενός ειδικού με κάποιο αυτοκτονικό επεισόδιο. Τα σημεία αυτά έχουν εφαρμογή στο σύνολο σχεδόν των αυτοκτονικών περιστατικών.

- Να αποφεύγονται το "κήρυγμα", οι κατηγορίες και οι διάφορες συμβουλές προς τον ενδιαφερόμενο. Αν όλα αυτά είχαν αποδώσει δεν θα ζητούσε τώρα τη βοήθειά σας.
- Να αποφεύγονται οι επικρίσεις για αποφάσεις και συμπεριφορές τους. Πρέπει πάντοτε να υπάρχει κατά νου πως όσο ακραίες και αν φαίνονται, αυτές οι θανατηφόρες αντιδράσεις φαίνονται απολύτως λογικές στο ίδιο το άτομο.
- Να αποφεύγεται ο διάλογος σχετικά με τα θετικά και τα αρνητικά της αυτοκτονίας. Η φιλοσοφία δεν έχει καμία σχέση με την τάση προς αυτοκτονία.
- Να αποφεύγεται η αποδοχή των λεγομένων του αυτοκτονικού ατόμου ως αληθινά. Οι φράσεις "όλα είναι καλύτερα τώρα" και "νιώθω διαφορετικά πια" συνήθως δεν έχουν καμία βάση.
- Να αποφεύγεται η απόρριψη των αυτοκτονικών ισχυρισμών του ατόμου που ζητά βοήθεια. Ακόμα και όταν κάποιος εκφράζει αυτοκτονικές τάσεις με μη σοβαρό ή πρόχειρο τρόπο πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπ'όψιν από τον ειδικό που χειρίζεται την υπόθεση.
- Να αποφεύγεται η απομόνωση και η απομάκρυνση του αυτοκτονικού από τον ειδικό που τον παρακολουθεί. Είναι ανάγκη να υπάρχει πρόβλεψη προκειμένου το άτομο να είναι ασφαλές, να προστατεύεται και να βρίσκεται υπό συνεχή παρακολούθηση.

- Να αποφεύγονται οι διαγνώσεις και οι αναλύσεις της συμπεριφοράς κυρίως στις φάσεις όπου υπάρχει μεγάλη ένταση. Οι ψυχοδυναμικές ερμηνείες που αφορούν κατά βάση τα αίτια μιας κατάστασης είναι περιττές σε αυτό το σημείο.
- Να αποφεύγονται οι υπερβολικές αντιδράσεις. Οι αυτοκτονικές τάσεις σίγουρα προκαλούν αμηχανία, πρόκειται όμως για συμπεριφορές που μπορούν να ελεγχθούν. Η διατήρηση του αυτοελέγχου και η εφαρμογή των διδαχθέντων είναι τα σημαντικά σημεία στις περιπτώσεις αυτές
- Να αποφεύγεται η απόκρυψη τέτοιων συμπεριφορών. Ο εντοπισμός αυτοκτονικών τάσεων είτε γίνεται από κάποιο στενό φίλο, είτε από τον ειδικό επιστήμονα πρέπει να αναφέρεται στις αρμόδιες υπηρεσίες, ώστε να γίνεται η λήψη των αναγκαίων μέτρων προστασίας του ατόμου.
- Να αποφεύγεται η επικέντρωση του θεραπευτή σε οποιαδήποτε άλλο φανταστικό ή υπαρκτό πρόβλημα του ατόμου που ζητά βοήθεια. Εφόσον αναγνωριστεί ο κίνδυνος απόπειρας αυτοκτονίας το ενδιαφέρον και η δράση του ειδικού είναι αναγκαίο να στραφεί αποκλειστικά προς τα εκεί. Τα υπόλοιπα ζητήματα θα πρέπει να βρίσκονται εν γνώσει του θεραπευτή χωρίς περαιτέρω ενέργειες.
- Να αποφεύγεται με κάθε τρόπο ο εξευγενισμός, η εξύψωση και η λεκτική επιβράβευση ατόμων που έχουν αυτοκτονήσει πρόσφατα ή κατά το παρελθόν. Ο κίνδυνος να το επιχειρήσει κάποιος επειδή θέλει να μιμηθεί κάποιο φίλο ή κάποιο διάσημο άτομο είναι μεγάλος.
- Να αποφεύγεται ο τερματισμός της παρέμβασης του ειδικού προτού εξασφαλιστεί η θετική ανταπόκριση και δέσμευση του ατόμου σε ικανοποιητικό επίπεδο. Ακόμα και αν το άτομο μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης αυτοκτονήσει ή προκαλέσει το θάνατο κάποιου άλλου είναι σημαντικό να υπάρξουν πριν από το ίδιο κάποιες σημαντικές δεσμεύσεις.
- Να αποφεύγεται η απώλεια επαφής με τον αυτοκτονικό μετά την παρέμβαση. Η παρακολούθηση είναι σημαντικό να συνεχίζεται μέχρι τον τερματισμό της κρίσης.
- Να αποφεύγεται η έλλειψη επικοινωνίας και προσβασιμότητας του αυτοκτονικού ατόμου προς το θεραπευτή. Ο ειδικός θα πρέπει, από τη στιγμή που έρθει σε επαφή με ένα τέτοιο άτομο, να διατηρεί ανοικτό το δίαυλο επικοινωνίας, να είναι πάντοτε διαθέσιμος και φυσικά να έχει φροντίσει ώστε να υπάρχει εφεδρική υποστήριξη σε περίπτωση αδυναμίας του ιδίου.

Η Ψυχολογική Αυτοψία

Ο Shneidman (1987, 1993) ανέπτυξε την τεχνική της ψυχολογικής αυτοψίας προκειμένου να συντάσσει λεπτομερή ιστορικά μετά από θανάτους ή αυτοκτονίες των οποίων τα αίτια δεν μπορούσαν να προσδιοριστούν. Η αυτοψία αυτή θα αποκάλυπτε, όταν ολοκληρωνόταν, τις πραγματικές προθέσεις του εκάστοτε εκλιπόντα. Η διαδικασία περιλαμβάνει διαφορές ερωτήσεις που θα οδηγήσουν τελικά στη δημιουργία του ψυχολογικού προφίλ του ατόμου και κατ'επέκτασιν θα καθορίσουν το αν πρόκειται για αυτοκτονία ή όχι. Οι παρακάτω ερωτήσεις, λοιπόν, τίθενται προς τους συγγενείς και τα λοιπά οικεία πρόσωπα: Για ποιο λόγο το έκανε; Με ποιο τρόπο; Πότε ακριβώς; Γιατί διάλεξε τη συγκεκριμένη στιγμή; Εκτός από τα παραπάνω η αυτοψία αναζητά να καθορίσει την προσωπικότητα του εκλιπόντα και τον τρόπο ζωής του, το πώς αντιδρούσε σε καταστάσεις άγχους και συναισθηματικών εντάσεων, σε περιόδους αστάθειας και όλα αυτά κυρίως στο τελευταίο διάστημα. Επίσης, αν υπήρχε σχέση του ατόμου με τα ναρκωτικά και το αλκοόλ, ποιο ήταν το είδος των διαπροσωπικών του σχέσεων, ποιες ήταν οι φαντασιώσεις, τα όνειρα και οι επιθυμίες του και ποιοι οι φόβοι του σχετικά με το θάνατο, τα ατυχήματα, ακόμα και την αυτοκτονία. Αν είχαν παρατηρηθεί κάποιες αλλαγές στις συνήθειές του, τα χόμπι, τον τρόπο που έτρωγε, κοιμόταν και άλλα καθημερινά πράγματα. Όλες αυτές οι ερωτήσεις μπορούν, όχι μόνο να προσδιορίσουν αν ο θάνατος ήταν αυτοκτονία, αλλά και το πώς τα άτομα που συναναστρέφονται με κάποιον που έχει αντίστοιχες τάσεις μπορούν να αποτρέψουν την αυτοκτονία. Επιπλέον, ο Shneidman εντόπισε και μια δευτερεύουσα συνισταμένη της ψυχολογικής αυτοψίας. Η παρουσία κάποιου κοντά στους συγγενείς, η συμπεριφορά με ενσυναίσθηση και η υποβοήθηση να εξωτερικεύουν το συναισθηματικό τους φορτίο λειτουργεί θεραπευτικά για το οικογενειακό περιβάλλον του εκλιπόντα. Έτσι λοιπόν, η ψυχολογική αυτοψία συγκέντρωνε πληροφορίες για το πώς μπορούν να αποφεύγονται οι αυτοκτονίες στο μέλλον και από την άλλη λειτουργούσε ως μέθοδος που βοηθούσε τους συγγενείς είτε να κατανοήσουν καλύτερα τα πραγματικά αίτια του γεγονότος, είτε να μειώσουν τα αισθήματα ενοχής που είχαν για το χαμό του αγαπημένου τους προσώπου. Το θύμα μιας αυτοκτονίας όμως δεν είναι μόνο ο εκλιπών αλλά και η οικογένειά του και τα αγαπημένα πρόσωπα που αφήνει πίσω. Οι συγγενείς ενός ατόμου που αυτοκτονεί έχουν πολύ

μεγαλύτερες πιθανότητες να παρουσιάσουν σωματικές και ψυχικές ασθένειες σε σχέση με εκείνους που θρηνούν άτομα που χάθηκαν από φυσικά αίτια. Η φύση και η ένταση της θλίψης των συγγενών και των φίλων εξαρτάται από διάφορους παράγοντες όπως οι πολιτιστικές τους αξίες, η σχέση τους με τον εκλιπόντα, η ηλικία και κατάσταση της υγείας του εκλιπόντα, ο τρόπος που έγινε η αυτοκτονία καθώς και από τα στοιχεία της προσωπικότητάς τους, την πνευματική τους διαύγεια και το ιδιαίτερο δέσιμο που είχαν όταν το άτομο βρισκόταν εν ζωή.

Παρέμβαση

Προτείνεται η παρέμβαση στην κρίση να γίνεται σε τρεις φάσεις. Στην πρώτη φάση της αναβίωσης, μέσα σε 24 ώρες ο ειδικός θα πρέπει να επισκεφτεί τους συγγενείς προκειμένου να τους στηρίξει και να τους βοηθήσει να διαχειριστούν το αρχικό σοκ, τη θλίψη, το θυμό και πολύ πιθανό τις ενοχές που ίσως έχουν για το περιστατικό. Η φάση αυτή μπορεί να διαρκέσει εβδομάδες. Στη δεύτερη φάση επιχειρείται η ανασύνθεση. Ο ειδικός βοηθά τους συγγενείς να μάθουν νέους τρόπους αντιμετώπισης της απώλειας και εμποδίζει την ανάπτυξη παθολογικών αντιδράσεων μέσα στην οικογένεια. Η διαδικασία αυτή ολοκληρώνεται μετά από αρκετούς μήνες. Η τρίτη φάση είναι η φάση της αναδόμησης. Εδώ ο ειδικός καλείται να βοηθήσει την οικογένεια να αναμορφώσει το περιεχόμενό της και τον τρόπο εξέλιξής της ανεξάρτητα από το περιστατικό της αυτοκτονίας. Η φάση αυτή διαρκεί περίπου για ένα χρόνο και συνήθως ολοκληρώνεται την ημερομηνία όπου συνέβη το περιστατικό.

Οι ομάδες στήριξης των συγγενών βοηθούν τους ανθρώπους να αντιμετωπίζουν το αίσθημα της απώλειας που δημιουργείται όταν αυτοκτονεί κάποιο μέλος της οικογένειάς τους ή κάποιος αγαπημένος φίλος (Farberow, 2001). Τα άτομα που συμμετέχουν στις ομάδες αυτές χρειάζονται βοήθεια προκειμένου να κατανοήσουν τους εσωτερικούς παράγοντες και τους εξωτερικούς παράγοντες που οδηγούν κάποιον στην αυτοεξόντωσή του. Η δομημένη συμβουλευτική που παρέχεται στις ομάδες αυτές, μέσω ατόμων που έχουν χάσει παλαιότερα δικούς τους ανθρώπους, είναι η πλέον κατάλληλη για συγγενείς που βιώνουν την απώλεια κάποιου δικού τους από αυτοκτονία. Ειδικότερα, αυτός ο τρόπος αντιμετώπισης συνιστάται σε περιπτώσεις μικρών παιδιών που έχασαν τους γονείς τους από περιστατικά αυτοκτονιών, νιώθουν έντονα συναισθήματα ντροπής και άρνησης και εν συνεχεία βιώνουν την απομόνωση από τους κύκλους των συνομηλίκων τους. Αν δεν τους

δοθεί η κατάλληλη βοήθεια είναι πιθανόν με την πάροδο του χρόνου να θεωρήσουν πως η μοίρα τους είναι συνυφασμένη με εκείνη των γονιών τους και ότι τελικά θα έχουν την ίδια κατάληξη. Για τους λόγους αυτούς οι σχολικοί σύμβουλοι, οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι ψυχολόγοι δίνουν μεγάλο βάρος στην κατανόηση των επιπτώσεων που έχει η αυτοκτονία ενός γονέα στη ζωή του παιδιού του, παρεμβαίνοντας τόσο στα ίδια, όσο και στις παρέες τους. Ωστόσο και οι γονείς που χάνουν τα παιδιά τους από αυτοκτονικά επεισόδια υφίστανται σοβαρότατες ψυχολογικές επιπτώσεις. Η άμεση αντίδραση του γονέα που έχανε με αυτόν τον τρόπο το παιδί του ήταν η εχθρότητα που έβγαζε προς τους γύρω του, η άρνηση της αυτοκτονίας και η εκλογίκευση του θανάτου, θεωρώντας τον ως ατύχημα. Η ενοχή και η απογοήτευση σύντομα ακολουθούν και η πιθανότητα για δυσλειτουργία της οικογένειας στο τρόπο εξέλιξής της αυξάνεται.

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις με γονείς που βιώνουν θλίψη, ενοχές, σύγχυση, αμφιβολίες και απομόνωση, στοχεύουν κυρίως στην έκφραση και εκτόνωση των συναισθημάτων. Οι γονείς αυτοί θεωρούν ότι ο υπόλοιπος κόσμος είναι εχθρικός και ανίκανος να καταλάβει τον πόνο τους. Η προσπάθεια του ενός γονέα να μοιραστεί τον πόνο του έστω και με τη σύζυγό του ανακόπτεται από το φόβο ότι η θλίψη θα γινόταν ακόμα μεγαλύτερη. Οι γονείς αυτοί επίσης βιώνουν κρίση ταυτότητας και αμφισβητούσαν τις ικανότητές τους να διαχειριστούν μια οικογένεια αλλά και τους ίδιους τους, τους εαυτούς. Οι περισσότερες συνεδρίες αφορούν τη διαχείριση της θλίψης. Σε αυτές παρέχεται στήριξη και ασφάλεια στους γονείς, αναζητούνται νέοι μηχανισμοί αντιμετώπισης του άγχους, δημιουργείται μια καινούργια οπτική του αυτοκτονικού επεισοδίου, ερευνούνται οι συνέπειες του περιστατικού στα υπόλοιπα παιδιά της οικογένειας και αναλύεται ο θυμός που υπήρχε έναντι του κοινωνικού συνόλου και των αρχών γενικότερα. Στις τελευταίες συνεδρίες γίνεται αναπόληση των καλών στιγμών του παρελθόντος, δημιουργείται ένας προσανατολισμός προς το μέλλον, αφήνοντας πίσω την οργή και τη θλίψη τους. Αυτή η ομαδική υποστήριξη είναι παρόμοια με οποιαδήποτε άλλη που αφορά γονείς που βιώνουν απώλεια.

Η παρέμβαση όμως στην κρίση δεν αποδίδει πάντα. Μερικές φορές ακόμα και οι πιο ικανοί επαγγελματίες στη διαχείριση κρίσεων δεν μπορούν να τα καταφέρουν. Πρέπει πάντα να υπάρχει κατά νου πως, αν κάποιος θέλει πραγματικά να αυτοκτονήσει, ανεξάρτητα από τις προσπάθειες που θα καταβάλουν οι ειδικοί, μπορεί τελικά να το επιτύχει. Οργανωμένες εποπτείες από εξειδικευμένους επιστήμονες είναι απαραίτητες για τους θεραπευτές που έχουν χάσει κάποιον ασθενή. Η αυτοκτονία ενός ασθενούς είναι ένα από τα πιο στρεσογόνα περιστατικά που μπορεί να αντιμετωπίσει στη καριέρα του ένας ειδικός που επεμβαίνει σε

κρίσεις. Η ενοχές, οι αντεγκλήσεις και οι δεύτερες σκέψεις που βασανίζουν συνεχώς το νου οδηγούν στη διατύπωση υποθετικών ερωτημάτων. Το τι θα 'πρεπε, τι θα μπορούσε και τι θα όφειλε να έχει γίνει τον καθιστούν απέναντι στον εαυτό του ως τον αποκλειστικά υπεύθυνο. Με τη βοήθεια πεπειραμένων συναδέλφων, ο ειδικός που βιώνει την απώλεια ενός ασθενούς του ή την απώλεια ενός τρίτου προσώπου από τον ίδιο του τον ασθενή πρέπει με ρεαλιστικό τρόπο να εξετάσει το τι ακριβώς συνέβη, να εξάγει από το γεγονός αυτό πολύτιμα συμπεράσματα που θα μπορέσει να χρησιμοποιήσει στο μέλλον και να αποτινάξει από επάνω του την ενοχή και την ευθύνη που θεωρεί ότι έχει για το τραγικό συμβάν.

Βιβλιογραφικές πηγές

American Association of Suicidology. 1997. Youth suicide fact sheet (revised). Washington, DC: Author.

Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.

Cohen, D. (2003). Homicide-suicide in older persons: How you can help prevent a tragedy. Retrieved November 15, 2003.

Durkheim, E. (1951). *Suicide*. New York: Free Press.

Farberow, N. (2001). Helping suicide survivors. In D. Lester, *Suicide prevention: Resources for the millennium* (pp. 189-212).

Hipple, J. (1985). *Suicide: The preventable tragedy* (mimeographed monograph, 25pp.). Denton: North Texas State University

Kirk, W. D. (1993). *Adolescent suicide: A school-based approach to assessment and intervention*. Champaign, IL: Research Press.

Leenaars, A. a. (1994). *Crisis intervention with highly lethal suicidal people*. Washington, DC: Taylor & Francis.

Lester, D. (1991). *Making sense of suicide*. Philadelphia, PA: Charles Press

Moore, M. M., & Freeman, S. J. (1985). Counseling survivors of suicide: Implications for group postvention. *Journal for Specialists in Group Work*, 20(1), 40-47.

Rando, E. T. (1984). *Parental loss of a child*. Champaign, IL: Research Press.

Shneidman, E. S. (1980). *Voices of death*. New York: Harper & Row.

Shneidman, E. S. (1987, March). At the point of no return: Suicidal thinking follows a predictable path. *Psychology Today*, pp. 54-58.

Shneidman, E. S. (1993). Suicide as psychache. *Journal of Nervous and Mental*, 181, 147-149.

Shneidman, E. S., Farberow, N. L. & Litman, R. E. (1976). *The psychology of suicide*. New York: Aronson.

Stack, S. (2001). Sociological research into suicide. In D. Lester (Ed), *Suicide prevention: Resources for the millennium* (pp. 17-30). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.

ΧΡΗΣΗ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

Γιάννης Τσισκάκης, Ψυχολόγος

Ορέστης Γιωτάκος, Ψυχίατρος

Επιδημιολογικά δεδομένα

Δεδομένα στην Ελλάδα: Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση του ποσοστού των ενηλίκων που έχουν κάνει χρήση παράνομης ουσίας τουλάχιστον μια φορά στη ζωή τους. Συγκεκριμένα, από 4% που κατεγράφη στην αντίστοιχη έρευνα του 1984, έφθασε στο 12,2%, δέκα χρόνια αργότερα. Το ποσοστό των ανδρών είναι τρεις φορές υψηλότερο από αυτό των γυναικών, ενώ από πλευράς ηλικίας το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάζεται στην ηλικιακή ομάδα των 18-35. Η κάνναβη είναι πιο διαδεδομένη παράνομη ουσία (12,2% επί του συνολικού δείγματος), ενώ όλες οι υπόλοιπες παράνομες ουσίες παρουσιάζουν πολύ χαμηλή επικράτηση (όχι περισσότερο από 1,1% η κάθε μια). Στην κατηγορία των νόμιμων ψυχοδραστικών ουσιών των οποίων γίνεται χρήση χωρίς συνταγογράφηση, παρατηρείται σημαντική μείωση από το 1984 (13,5% το 1984, 9,2% το 1998). Οι γυναίκες έχουν το προβάδισμα με ποσοστό το 10,6% έναντι 7,7% των ανδρών. Στο μαθητικό πληθυσμό, σε σχέση με την αντίστοιχη έρευνα του 1993 παρατηρείται σημαντική αύξηση της χρήσης παράνομων ουσιών τουλάχιστον μια φορά στη ζωή τους (6% το 1993 και 13,7% το 1998) με διπλάσια ποσοστά στα αγόρια από ότι στα κορίτσια (17,9% και 9,9% αντίστοιχα), ενώ αυξητικές τάσεις παρουσιάζονται όσο μεγάλωνε η ηλικιακή ομάδα. Η πιο δημοφιλής παράνομη ουσία στο μαθητικό πληθυσμό είναι οι διαλύτες (13,8%) με δεύτερη την κάνναβη (12,6%). Μείωση παρουσιάζεται στις νόμιμες ψυχοδραστικές ουσίες των οποίων γίνεται χρήση χωρίς συνταγογράφηση (από 43,7% το 1993 στο 31,8% το 1998) προφανώς λόγω της αυστηρότερης νομοθεσίας για συνταγογράφηση που εφαρμόστηκε τα τελευταία χρόνια. Η χρήση της κοκαΐνης έχει αυξηθεί, ενώ η χρήση ηρωίνης παραμένει σε χαμηλά γενικά επίπεδα. Παρα ταύτα ο αριθμός των ηρωινοεξαρτημένων εμφανίζει σημαντική αύξηση. Η έκσταση πρωτοεμφανίστηκε στην Ελλάδα τη δεκαετία του '90 και η χρήση

της είναι περιορισμένη σε συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού, κυρίως νέων στα μεγάλα αστικά κέντρα.

Δεδομένα στην Ευρωπαϊκή Ένωση : Η κάνναβη παραμένει η συχνότερα χρησιμοποιούμενη παράνομη ουσία στη ΕΕ, με υψηλό επίπεδο διακυμάνσεων από χώρα σε χώρα. Πρόσφατες μελέτες σε μαθητές ηλικίας 15 ετών έδειξαν ότι το ποσοστό επικράτησης της χρήσης τουλάχιστον μια φορά σε όλη τη ζωή κυμαίνεται από κάτω του 10% έως άνω του 30%, με τα υψηλότερα ποσοστά να αφορούν τα αγόρια στο Ηνωμένο Βασίλειο (42,5%). Η επικράτηση της πρόσφατης (εντός του τελευταίου έτους) χρήσης κάνναβης συναντάται σε νέους ενήλικους (15-34 ετών) και κυμαίνεται μεταξύ 5 και 20% στις περισσότερες χώρες. Τα ποσοστά της επικράτησης της χρήσης έκστασης τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή κυμαίνονται γενικά από 0,5 έως 7% του ενήλικου πληθυσμού. Τα ποσοστά της επικράτησης της χρήσης έκστασης τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή στους νέους άνδρες ηλικίας 15-24 ετών κυμαίνονται μεταξύ 11 και 17% στην Τσέχικη Δημοκρατία, την Ισπανία, τις Κάτω Χώρες και το Ηνωμένο Βασίλειο. Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι 0,5 έως 6% των ενηλίκων παραδέχεται ότι έχει δοκιμάσει κοκαΐνη (δοκιμή τουλάχιστον μια φορά σε όλη τη ζωή). Στους νεαρούς 15-34 ετών, τα ποσοστά επικράτησης της χρήσης σε όλη τη ζωή κυμαίνονται από 1 έως 10%. Συνήθως, οι μισοί περίπου από εκείνους που δηλώνουν ότι έχουν δοκιμάσει κοκαΐνη αναφέρουν χρήση εντός του τελευταίου έτους. Οι τάσεις στη χρήση κοκαΐνης είναι δύσκολο να καταγραφούν σε εθνικό επίπεδο, αλλά από τα υπάρχοντα στοιχεία προκύπτει ότι η πρόσφατη χρήση κοκαΐνης στους νέους αυξήθηκε ελαφρώς στη Δανία, τη Γερμανία, την Ισπανία, τις Κάτω Χώρες και το Ηνωμένο Βασίλειο, ενώ η Ελλάδα, η Ιρλανδία, η Ιταλία και η Αυστρία αναφέρουν επίσης αυξημένη χρήση βάσει τοπικών ή ποιοτικών πληροφοριών. Η χρήση οπίουχων εξακολουθεί να αποτελεί την κύρια αιτία των θανάτων που συνδέονται με τη χρήση παράνομων ουσιών στην Ευρώπη. Κάθε χρόνο καταγράφονται 8.000-9.000 θάνατοι από υπερβολική δόση, αλλά ο πραγματικός αριθμός είναι σίγουρα μεγαλύτερος. Τα περισσότερα θύματα είναι νέοι άνδρες ηλικίας 25-35 ετών, αν και η ηλικία θανάτου φαίνεται να παρουσιάζει αύξηση. Η επικράτηση της ενέσιμης χρήσης ναρκωτικών κυμαίνεται από δύο έως έξι περιπτώσεις ανά 1.000 άτομα του ενήλικου πληθυσμού. Τέλος, οι εκτιμήσεις για την επικράτηση της χρήσης ναρκωτικών τουλάχιστον μια φορά σε όλη τη ζωή, όσον αφορά τους κρατούμενους, ποικίλλουν από 22 έως 86%, ανάλογα με τον πληθυσμό κρατουμένων και το κέντρο κράτησης και τη χώρα.

Ορισμοί

Ναρκωτικό: Είναι μια ψυχοδιεγερτική ουσία που έχει άμεση επίδραση στις διεργασίες του εγκεφάλου, στη σκέψη, στη δράση και στα συναισθήματα. Ο όρος «ναρκωτικό» αποτελεί ένα τεχνητό πολιτισμικό και κοινωνικό κατασκευάσμα διότι υποδηλώνει κάτι που έχει αυθαίρετα οριστεί από ορισμένα κοινωνικά στρώματα ως ναρκωτικό.

Χρήση: Η εισαγωγή χημικής ουσίας στο ανθρώπινο σώμα με σκοπό τη συνειδησιακή διαφοροποίηση.

Ανοχή: Η βιολογική ικανότητα του σώματος να μετατρέπει και να εκκρίνει χημικές ουσίες, ώστε να αυξάνεται η «αναισθησία» του κεντρικού νευρικού συστήματος στα διάφορα ερεθίσματα που δέχεται.

Απόσυρση: Η παραγωγή ψυχολογικών και σωματικών συμπτωμάτων μετά από μείωση ή εξάλειψη της χρήσης ναρκωτικών.

Κατάχρηση: Η χρήση χημικών ουσιών με αρνητικά σωματικά, κοινωνικά, νομικά ή ψυχολογικά αποτελέσματα. Επίσης, κατάχρηση θεωρείται ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω γεγονότα σε ένα δυσπροσαρμοστικό διάστημα 12 μηνών: αποτυχία στην εκπλήρωση εργασιακών ή σχολικών υποχρεώσεων, φυσική εξασθένηση που εγκυμονεί κινδύνους, επαναλαμβανόμενα νομικά ή κοινωνικά προβλήματα (American Psychiatric Association, 2000).

Εξάρτηση: Αυτός ο ορισμός περιγράφει τα άτομα που εθίζονται στις ναρκωτικές ουσίες σε σημείο που δεν μπορούν να ελέγξουν τη ζωή τους, αφού κλονίζονται οι ψυχολογικές και φυσιολογικές ικανότητες και λειτουργίες τους. Είναι μια ομάδα γνωστικών, συμπεριφοριστικών και φυσιολογικών συμπτωμάτων που υποδεικνύει ότι το άτομο συνεχίζει να κάνει χρήση ουσιών παρά τις δυσάρεστες συνέπειες που βιώνει εξαιτίας της. Πέρα από τις καθαρά ψυχοβιολογικές της διαστάσεις, χρησιμοποιείται ακόμα και για άλλες προβληματικές συμπεριφορές όπως η εξάρτηση στην αγάπη, στον τζόγο και στην τροφή.

Χημική εξάρτηση: Η χημική εξάρτηση είναι μια κυτταρική αλλαγή η οποία συμβαίνει όταν και χρονίζει ή και αυξάνεται η χρήση των ναρκωτικών.

Εθισμός: Με αυτόν τον όρο περιγράφεται ο βαθμός ή η συχνότητα που λαμβάνει κάποιος ένα συγκεκριμένο ναρκωτικό.

Εθιστική συμπεριφορά: Πολλοί ψυχολόγοι χρησιμοποιούν αυτόν τον όρο για να τονίσουν την μεγαλύτερη έμφαση που δίνουν στη συμπεριφορά της κατάχρησης και της εξάρτησης. Αυτή η εθιστική «συμπεριφορά» λοιπόν μπορεί

να διευρυνθεί πέρα από την εξάρτηση από ουσίες και περιλαμβάνει συμπεριφορές όπως ο τζόγος, το φαγητό και το σεξ.

Υποτροπή: Η παλινδρόμηση κάποιου ατόμου σε μια κατάσταση ανεξέλεγκτης κατανάλωσης ψυχοδραστικών ουσιών.

Αλκοολισμός: Χαρακτηρίζεται από χωρίς έλεγχο κατανάλωση αλκοόλ σε επίπεδα μέθης με κατάληξη μια προοδευτικά χρόνια κατάσταση και με τάση για παλινδρόμηση. Σχετίζεται με φυσική ανικανότητα και επιβλαβείς επιπτώσεις στις επαγγελματικές, συναισθηματικές και κοινωνικές ισορροπίες του ανθρώπου, λόγω της συστηματικής χρήσης.

Συνεξάρτηση: Η συνεξάρτηση βασίζεται, αφενός στη βιολογική ανάγκη του εξαρτημένου για φροντίδα ώστε να επιβιώσει, και αφετέρου στην ανάγκη του να αισθανθεί ότι κάποιος ενδιαφέρεται για εκείνον ώστε να κατορθώσει να ελέγξει τη συμπεριφορά του. Συνεξαρτημένος θεωρείται το κάθε σημαντικό άτομο στη ζωή του χημικά εξαρτημένου όπως ο σύζυγος, ο εραστής, ο γονέας ή το παιδί. Η συνεξάρτηση χαρακτηρίζεται από έντονη απορρόφηση και εξάρτηση (κοινωνική, συναισθηματική και μερικές φορές σωματική) από ένα άτομο ή αντικείμενο. Με την πάροδο του χρόνου, αυτή η εξάρτηση γίνεται παθολογική κατάσταση που επηρεάζει τον συνεξαρτημένο σε όλες τις υπόλοιπες σχέσεις του.

Τρέχουσες θεωρίες

Κοινωνικές συνιστώσες: Από διάφορες έρευνες γίνεται αντιληπτό ότι η στάση και το περιβάλλον επιδρούν σε μεγάλο βαθμό στη συμπεριφορά του χρήστη. Στάση ονομάζεται η διανοητική και συναισθηματική κατάσταση του χρήστη όπως οι προσδοκίες, τα συναισθήματα και η προσωπικότητα. Περιβάλλον είναι ο φυσικός και κοινωνικός περίγυρος του χρήστη κατά τη διάρκεια της χρήσης. Η στάση και το περιβάλλον καθορίζουν τις καταστάσεις που οδηγούν σε χρήση ουσιών. Ακόμη, αν ένα μέλος μιας κοινωνίας βρεθεί σε διαφορετικό πολιτισμικό περιβάλλον είναι πιθανό να συμπεριφερθεί με ασυνήθιστους τρόπους όταν πίνει. Η κατανάλωση αλκοόλ διέπεται από συγκεκριμένους πολιτισμικούς κανόνες, κυρώσεις, νοθεσίες, απαγορεύσεις και εγκρίσεις.

Βιοψυχοκοινωνικά μοντέλα: Όπως η ίδια η λέξη προϋποθέτει, ο εθισμός δεν έχει μόνο μια συντεταγμένη, αλλά εμπεριέχει αρκετά άλλα μοντέλα. Ίδια βαρύτητα αποδίδεται στις βιολογικές, στις ψυχολογικές αλλά και στις κοινωνικές αποχρώσεις του εθισμού.

Συμπεριφοριστικό μοντέλο μάθησης: Η χρήση προκαλείται κ συντηρείται από τη συσχέτισή της με θετικές εμπειρίες ανταμοιβής. Σύμφωνα λοιπόν με το συμπεριφοριστικό μοντέλο μάθησης ο εθισμός σταδιακά ισχυροποιείται από την επαναλαμβανόμενη χρήση, με σκοπό να καταπολεμηθεί το άγχος.

Γνωστικά μοντέλα: Το γνωστικό μοντέλο λειτουργεί με γνώμονα την πεποίθηση, ότι δηλαδή οι γνωσίες και οι πεποιθήσεις είναι οι πρωταρχικοί αιτιολογικοί παράγοντες της κατάχρησης ουσιών. Από μόνο του ένα αρνητικό γεγονός, όπως ένα σοβαρό οικονομικό, ιατρικό ή κοινωνικό πρόβλημα δεν ωθεί το άτομο στον εθισμό. Αντίθετα, μια ειδική συναισθηματική αντίδραση προκαλεί πεποιθήσεις που καταλήγουν σε εθιστική συμπεριφορά.

Μοντέλο γενετικής προδιάθεσης: Το γενετικό μοντέλο θεωρεί ότι μια κληρονομούμενη και μεταδιδόμενη προδιάθεση γίνεται ένας μηχανισμός κατάχρησης ουσιών. Έρευνες έδειξαν ότι υιοθετημένα παιδιά από αλκοολικό γονέα, μονοζυγωτικά δίδυμα από αλκοολικό γονέα και παιδιά από οικογένειες με διάφορα προβλήματα με αλκοολικό γονέα είχαν 5 φορές πιο πολλές πιθανότητες να γίνουν αλκοολικοί από παιδιά παρόμοιων ομάδων που δεν είχαν όμως αλκοολικούς γονείς.

Μοντέλο απόδρασης: Το μοντέλο απόδρασης ή αποφυγής προτείνει μια μεθοδική ακολουθία από το ένα ναρκωτικό στο επόμενο και παρατηρείται ιδίως στους νέους.

Μοντέλο γονικής επιρροής: Η χρήση ναρκωτικών από γονείς δημιουργεί αρνητικά πρότυπα στα παιδιά αποκαλύπτοντας με αυτόν τον τρόπο την υποκρισία τους όταν δίνουν συμβουλές στα παιδιά τους του τύπου «κάνε όπως το λέω, όχι όπως το κάνω», με επακόλουθο να θέλουν τα παιδιά τους να τους μιμηθούν.

Μοντέλο ζωής: Για τους ανθρώπους που ακολουθούν αυτό το μοντέλο, «η ζωή χωρίς ναρκωτικά είναι ισοδύναμη με ανυπαρξία».

Ηθικό μοντέλο: Η εξάρτηση αντιμετωπίζεται ως συνέπεια «προσωπικής επιλογής». Σε γενικότερα πλαίσια, το συγκεκριμένο μοντέλο αρνείται την ανάγκη για οποιαδήποτε θεραπευτική προσέγγιση άλλη από την ενίσχυση της θέλησης του ατόμου.

Μοντέλο ομότιμης ομάδας: Αυτό το μοντέλο συνδέει τη χρήση ναρκωτικών με μικρές ομάδες ανθρώπων –όπως ζευγάρια φίλων ή ανδρόγυνα- που μοιράζονται στάσεις, αξίες, πεποιθήσεις και λογική όσον αφορά στη χρήση ναρκωτικών.

Μοντέλο προβληματικής συμπεριφοράς: Όσο πιο προβληματική είναι η συμπεριφορά του ατόμου, τόσο πιο πιθανό είναι να έρθει το ίδιο σε επαφή με ανθρώπους, περιστάσεις και μέρη όπου τα ναρκωτικά είναι διαθέσιμα.

Ψυχοδυναμικό μοντέλο: Το μοντέλο αυτό επιβεβαιώνει την ύπαρξη ορισμένων παθολογικών ιδιομορφιών της προσωπικότητας τα οποία σχηματίζονται νωρίς κατά την παιδική ηλικία και προδιαθέτουν το άτομο στην χρήση.

Ψυχοκοινωνικό μοντέλο: Ένας συγκερασμός παραγόντων, μεταξύ των οποίων η προσωπικότητα, η συμπεριφορά και το περιβάλλον, οργανώνονται έτσι ώστε να αναπτύσσουν μια δυναμική που ονομάζεται κλίση (ροπή). Αυτές οι μεταβλητές καθορίζουν τα προσωπικά προβλήματα και το κοινωνικό περιβάλλον που είναι πιθανό να σχετίζονται με τη χρήση ναρκωτικών ουσιών.

Μοντέλο έγκρισης (συγκατάθεσης): Αφού κάποια φάρμακα χορηγούνται με συνταγή γιατρού και θεωρούνται φυσιολογικά γιατί τα υπόλοιπα ναρκωτικά που προσφέρουν ευφορία να θεωρούνται επιβλαβή? Χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι η χρήση της αμφεταμίνης από αεροπόρους κατά τη διάρκεια του δεύτερου παγκοσμίου πολέμου και η μνημειώδης εξάπλωση του Valium όταν πρωτοβγήκε στην αγορά.

Κοινωνικοπνευματικά μοντέλα: Αυτά τα μοντέλα εξετάζουν τους εξωτερικούς παράγοντες, όχι το ίδιο το άτομο. Το περιβάλλον αντιμετωπίζεται ως πρωταρχικός παράγοντας και συμπεριλαμβάνει εθνογραφικές και δημογραφικές μεταβλητές όπως ηλικία, φυλή, εργασία, μόρφωση, κοινωνικοπολιτική κατάσταση, οικογενειακή οργάνωση, θρησκεία, εγκληματικότητα, κοινωνικοί κανόνες, δείκτες κατανάλωσης, συμπεριφορά υπό την επήρεια αλκοόλ. Εξαιτίας της έμφασης που δίνουν τα μοντέλα αυτά στους περιβαλλοντικούς παράγοντες, αυτή η προσέγγιση πρακτικά αμφισβητεί το μοντέλο ασθένειας.

Μοντέλο αντιδότη (υποκατάστατου) του άγχους: Η χρήση ναρκωτικών θεωρείται υποκατάστατο της ενεργούς συμπεριφοριστικής και γνωστικής ικανότητας όταν το άτομο καταλαμβάνεται από άγχος. Όσο περισσότερο ατονούν αυτές οι ικανότητες του ατόμου, τόσο αυξάνεται η πιθανότητα να γίνουν τα ναρκωτικά γιατρικό για το άγχος τους.

Μηχανισμοί άμυνας

Μετάθεση: Είναι η διοχέτευση της εχθρότητας σε πρόσωπο ή αντικείμενο, ανεξάρτητα από το αν το αξίζει ή όχι.

Άρνηση: Πρόκειται για μια ομαλή προσαρμοστική διαδικασία για αυτοπροστασία που όμως μέσω του αλκοολισμού γίνεται αυστηρή και δυσπροσαρμοστική.

Προβολή: Οι αλκοολικοί, αλλά και οι λοιποί χρήστες, συχνά προβάλλουν στους άλλους ευαισθησία, εχθρότητα ή καχυποψία ως εκδήλωση της αποξένωσης και της έλλειψης επικοινωνίας που τους διέπει.

Φαντασία: Οι χρήστες αρκετές φορές χρησιμοποιούν τη φαντασία τους για να αποδράσουν από απειλητικές για τους ίδιους καταστάσεις και συναισθήματα, γεγονός που φαίνεται ότι τους ανταμείβει περισσότερο από τον αληθινό κόσμο.

Διανοητικοποίηση: Οι χρήστες μιλούν με γενικολογίες ή θεωρητικά και απρόσωπα. Με αυτόν τον τρόπο αποφεύγουν τις αρνητικές σκέψεις και συναισθήματα.

Εκλογίκευση: Εφευρίσκουν διάφορες δικαιολογίες για να υποστηρίξουν την εξάρτησή τους καθώς και τις ανεπαρκείς συμπεριφορές ή πράξεις τους.

Σχηματισμός αντίδρασης: Αποτελεί μια άμυνα ενάντια στη διαφανόμενη απειλή. Αποδεικνύεται ένας από τους πιο επιβλαβείς αμυντικούς μηχανισμούς γιατί απομακρύνει τους εξαρτημένους από τα πραγματικά τους συναισθήματα.

Ελαχιστοποίηση: Οι αλκοολικοί δίνουν σε ζητήματα μικρότερη βαρύτητα από όση πραγματικά έχουν.

Απώθηση: Οι αλκοολικοί συχνά θάβουν αρνητικά γεγονότα στο ασυνείδητό τους όταν είναι νηφάλιοι, χωρίς να θυμούνται έτσι την αλλαγή της συμπεριφοράς τους όταν μεθούν.

Παλινδρόμηση: Οι αλκοολικοί αρκετές φορές γίνονται εγωκεντρικοί ή ανώριμοι και τα συναισθήματά τους θυμίζουν άτομα σε προ-εφηβεία.

Σε μια οικογένεια όπου υπάρχει εξάρτηση γεννιέται συχνά ένα περίεργο φαινόμενο με σκοπό να διατηρηθεί η οικογενειακή ισορροπία. Συγκεκριμένα, τα μέλη της αρχικά απορρίπτουν και έπειτα ανέχονται τον εθισμένο με συνέπεια κάποιες φορές να μεγεθύνουν την εξάρτησή του. Τα μέλη της οικογένειας σταδιακά γίνονται συνεξαρτημένοι και χρησιμοποιούν ασυνείδητους και δυσπροσαρμοστικούς μηχανισμούς άμυνας όπως οι παρακάτω.

Αποσύνδεση/ Διάσχιση: Πρόκειται για τη συναισθηματική ή και μερικές φορές γεωγραφική αποσύνδεση από το πρόβλημα.

Αποσιώπη: Η τάση των συνεξαρτημένων να μην αφήνουν τα προβλήματά τους να βγουν στην επιφάνεια.

Απόδραση στη θεραπεία: Οι συνεξαρτημένοι αναζητούν θεραπευτική βοήθεια για να βιώσουν την κάθαρση, όχι για να αντιμετωπίσουν ρεαλιστικά τα προβλήματά τους.

Απώθηση: Η τοποθέτηση των προβλημάτων στην ασυνείδητη μνήμη για να αποφευχθούν δυσάρεστες σκέψεις και γεγονότα.

Διανοητικοποίηση: Η υπερβολική έμφαση, καταναγκαστικός σχεδιασμός και ενασχόληση με λεπτομέρειες που αφορούν δυσάρεστα γεγονότα, με σκοπό την αποφυγή της αναστάτωσης που προκαλούν.

Σχηματισμός αντίδρασης: Ενώ οι χρήστες γίνονται όλο και πιο ανεύθυνοι, τυπική αντίδραση των συνεξαρτημένων είναι να γίνονται όλο και πιο υπεύθυνοι.

Μετάθεση: Η μεταφορά των συναισθημάτων του συνεξαρτημένου από την εστία του προβλήματος (συμπεριφορά του εξαρτημένου) σε λιγότερο αρνητικά και ανησυχητικά θέματα ή καταστάσεις.

Υποχονδρίαση: Η συγκεκριμένη άμυνα μετατρέπει το θυμό σε φυσικά παράπονα. Αποτελεί μια πολύ αποτελεσματική τιμωρία των άλλων καθώς όση παρηγοριά και να δεχτούν οι συνεξαρτημένοι, αγωνίζονται έντονα για να διατηρήσουν αυτόν τον αμυντικό μηχανισμό, θεωρώντας ότι με αυτόν τον τρόπο αποσπούν την προσοχή των άλλων.

Παθητική επιθετικότητα: Ο συνεξαρτημένος μπορεί να προκαλεί αναστάτωση στους άλλους με το να καυγαδίζει και να φεύγει, να υπονοεί αυτοκτονικό ιδεασμό, να ξεχνά ή να ξοδεύει ακαταλόγιστα.

Γενικές θεραπευτικές προσεγγίσεις

Οι χρήστες βρίσκονται σε διαφορετικά στάδια επιθυμίας και ετοιμότητας να δεχθούν θεραπευτική βοήθεια. Το στάδιο της άρνησης του προβλήματος, κατά την διάρκεια του οποίου ο χρήστης δεν δέχεται ότι έχει κάποιο πρόβλημα και απορρίπτει κάθε πληροφορία. Το στάδιο της αποδοχής του προβλήματος όπου ο χρήστης αντιλαμβάνεται την κατάστασή του και αρχίζει να σκέπτεται πιθανές λύσεις. Το στάδιο του τερματισμού όπου ο χρήστης αισθάνεται επιτακτικά την υποχρέωση να προβεί σε πράξεις με σκοπό την διακοπή της χρήσης. Το στάδιο της διατήρησης της αποχής όπου ο χρήστης προσπαθεί να ενισχύσει και να διατηρήσει σταθερές, για μακρό χρόνο, τις νεοαποκτημένες συμπεριφορές.

Είναι χρήσιμο να καθορίζονται από τον θεραπευτή, αρχικά βραχυπρόθεσμοι θεραπευτικοί στόχοι που να είναι εύκολοι και αποδεκτοί από τον χρήστη και να

παρέχουν την δυνατότητα να αναπτυχθεί μια σχέση ανάμεσα στο θεραπευτή και στο θεραπευόμενο. Έτσι μελλοντικά θα δοθεί η ευκαιρία να τεθούν πιο μακροχρόνιοι στόχοι. Ως άμεσα θεραπευτικοί στόχοι θα μπορούσαν να αναφερθούν : Η γρήγορη εισαγωγή σε νοσοκομείο στην περίπτωση οξείας ψυχωσικόμορφης αντίδρασης ή έντονων στερητικών συμπτωμάτων και η διατήρηση της σωματικής υγείας, ασφάλειας, διατροφής και υγιεινής φροντίδας του χρήστη. Ο χρήστης μπορεί να ωφεληθεί από διάφορους τύπους θεραπευτικών προσεγγίσεων σε διάφορες χρονικές στιγμές της πορείας του. Σωματική απεξάρτηση είναι η διαδικασία μέσω της οποίας ένα σωματικά εθισμένο άτομο διακόπτει την χρήση της ουσίας. Αυτό μπορεί να γίνει απότομα ή σταδιακά, να χρησιμοποιηθεί η ίδια ή άλλη συγγενής ουσία ή καμία να χορηγηθούν φάρμακα με σκοπό την συμπτωματική αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου ή τέλος να δοθούν ουσίες που επιδρούν στους νευροχημικούς μηχανισμούς δια μέσου των οποίων εκφράζεται το σύνδρομο.

Τελευταία έχει αυξηθεί η τάση για ατομικού τύπου συμβουλευτική ψυχοθεραπεία η οποία γίνεται από επαγγελματίες υγείας. Μέσα από επανειλημμένες συναντήσεις με τον χρήστη γίνεται προσπάθεια να του δοθεί η κατάλληλη ενημέρωση, να συζητηθούν τα προβλήματα και οι σχέσεις του και να κατανοηθούν οι συμπεριφορές που τον οδηγούν στην χρήση. Η συμβουλευτική ψυχοθεραπεία στοχεύει στην ανάπτυξη κινήτρων για διακοπή της χρήσης, με προσπάθειες που θα καλλιεργήσουν τα θετικά στοιχεία που υπάρχουν στην προσωπικότητα του χρήστη και θα αξιοποιήσουν τις κοινωνικές του ευκαιρίες. Στα αρχικά στάδια η ατομική προσέγγιση έχει σαν στόχο την κάμψη των αντιστάσεων του χρήστη για θεραπεία την παραμονή του στην θεραπευτική προσπάθεια και τον προσανατολισμό του σε μακράς βάσης θεραπευτικά προγράμματα.

Η παρέμβαση στην οικογένεια του χρήστη θεωρείται από τα πλέον βασικά εργαλεία στην θεραπευτική παρέμβαση της ουσιοεξάρτησης. Η θεραπεία αυτού του τύπου επικεντρώνεται σε τρόπους παρέμβασης στα προβλήματα της οικογένειας με μία μεθοδολογία που να αφορά άμεσα τον χρήστη και χωρίς να τον αποκλείει από τις διαδικασίες. Βασικοί στόχοι της θεραπευτικής παρέμβασης στην οικογένεια του χρήστη είναι να παροτρύνουμε την οικογένεια να συνεργαστεί με σκοπό να διακόψει ο χρήστης τις ουσίες και να ενεργοποιήσουμε όλα τα μέλη της ώστε να υποστηρίξουν σταθερά την απόφαση του χρήστη να ακολουθήσει ένα από τα θεραπευτικά προγράμματα. Παρέχοντας γνώσεις στην οικογένεια σχετικά με την ουσιοεξάρτηση την καθιστούμε πιο ενεργητική στην αντιμετώπιση του προβλήματος.

Στις ομαδικού τύπου προσεγγίσεις γίνεται προσπάθεια να χρησιμοποιηθεί η επίδραση της θετικής δυναμικής που υπάρχει στους πρώην χρήστες, ώστε να

αναπτυχθεί η ικανότητα των υπολοίπων μελών της ομάδας για ρεαλιστικού τύπου προσαρμογές και επανατοποθετήσεις. Οι ομάδες αυτές μπορεί να οργανωθούν σε πλαίσιο νοσοκομείου, θεραπευτικής κοινότητας ή άλλων θεραπευτικών κέντρων. Θα πρέπει να ακολουθεί κάποιο συγκεκριμένο σκεπτικό, να έχει συγκεκριμένη χρονική διάρκεια και να είναι προσανατολισμένος σε καθορισμένους στόχους.

Οι θεραπευτικές κοινότητες λειτουργούν ως σχετικά αυτόνομοι οργανισμοί. Η βασική θεραπευτική τεχνική είναι η ομαδικού τύπου ψυχοθεραπευτική παρέμβαση μέσω της δυναμικής η οποία αναπτύσσεται από τις διάφορες ομάδες των θεραπευομένων και των θεραπευτών. Ο όλος σχεδιασμός στηρίζεται στην άποψη ότι οι θεραπευόμενοι έχουν πάντα ανάγκη εικοσιτετράωρης παραμονής στην κοινότητα. Τα μέλη είναι όλοι πρώην χρήστες και όλο το σύστημα είναι αυστηρά ιεραρχημένο με επικεφαλής έναν αρχηγό. Οι καθημερινές δραστηριότητες είναι προσδιορισμένες και συγκεκριμένες και καλύπτουν όλη την ημέρα από το πρωί έως το βράδυ. Τα μέλη της ομάδας περνούν όλο σχεδόν το χρόνο τους μαζί και αποθαρρύνονται οι μοναχικές δραστηριότητες. Η κοινότητα λειτουργεί μέσα σε σύστημα ενίσχυσης και τιμωρίας. Όταν ο θεραπευόμενος συμμορφώνεται με συμπεριφορές που καθορίζει η κοινότητα αυξάνονται τα προνόμια του, ενώ αντίθετα στις περιπτώσεις που παραβαίνει τους κανόνες και τις αρχές της υφίσταται διάφορες μορφές τιμωρίας.

Κάνναβη

Παράγοντες: Μαριχουάνα και τα παράγωγά της-χασίς, χασισέλαιο, THC (δέλτα-9-τετραϋδροκανναβινόλη)

Ειδικοί παράγοντες, κοινές ονομασίες: μαριχουάνα, pot, grass, weed, Mary Jane, THC, Acapulco Gold, dope, hemp, rope, sinsemilla, Colombian, Jamaican. Τσιγάρο μαριχουάνας, joint, reefer, roach, bit, bomber hashish, black Russian, hash. Χασισέλαιο, oil.

Σύνδρομο δηλητηρίασης: Αύξηση καρδιακού ρυθμού, πιθανόν ορθοστατική υπόταση, ανορεξία, που ακολουθείται από αυξημένη όρεξη, ευφορία, ονειρική κατάσταση, παραμόρφωση χρόνου-τόπου, σπάνια ψευδαισθήσεις, περιστασιακά πανικού ή άγχους. Σε χρόνια χρήση παρατηρείται έλλειψη κινητοποίησης και ενεργητικότητας. Φυσιολογικό μέγεθος κόρης, με αργή αντίδραση στο φως, υπεραιμία επιπεφυκότα. Οι μεταβολίτες μπορεί να είναι ανιχνεύσιμοι στα ούρα μέχρι και πολλές εβδομάδες μετά τη χρήση.

Αντιμετώπιση της δηλητηρίασης: Δεν απαιτείται ειδική θεραπεία. Τα συμπτώματα άγχους μπορούν να αντιμετωπιστούν με προσπάθεια καθησυχασμού ή με

βενζοδιαζεπίνες. Οι άτυπες ψυχωσικές καταστάσεις μπορεί να χρειαστούν θεραπεία με αντιψυχωτικά.

Σύνδρομο στέρησης: Μη ειδικά συμπτώματα που περιλαμβάνουν ανορεξία, ναυτία, αϋπνία, ανησυχία, ευερεθιστότητα, άγχος και κατάθλιψη.

Κατασταλτικά Κεντρικού Νευρικού Συστήματος

Παράγοντες: Αλκοόλ, βαρβιτουρικά, βενζοδιαζεπίνες, γλουτεθιμίδη, μεπροβαμάτη, μεθακουαλόνη, αιθοχλωροβυνόλη, αιθυναμάτη, υδροχλωράλη και παραλδεύδη.

Ειδικοί παράγοντες, κοινές ονομασίες: βαρβιτουρικά, barbs, candy, downers, reds and blues. Σεκοβαρβιτάλη, M and M's, reds, red devils. Συνδυασμός σεκοβαρβιτάλης και αμοβαρβιτάλης, Christmas trees. Χλωροδιαζεποξίδη, green and whites. Αιθοχλωροβυνόλη, dyls. Μεθακουαλόνη, ludes.

Σύνδρομο Δηλητηρίασης: Καταστολή αναπνοής, πτώση της αρτηριακής πίεσης, σε υπερδοσολογία shock, υπνηλία, σύγχυση, κώμα, παραλήρημα. Διαστολή κόρης με την γλουτεθιμίδη ή σε υπερδοσολογία. Νυσταγμός, αργή αντίδραση στο φως, μείωση τενοντίων αντανάκλασεων, αταξία, μασημένος λόγος. Σπασμοί ή ευερεθιστότητα, με την μεθακουαλόνη. Σημεία αντιχολινεργικής τοξικότητας, με την γλουτεθιμίδη. Καρδιακές αρρυθμίες, με την υδροχλωράλη. Η υπερδοσολογία οδηγεί σε υπεραερισμό, άπνοια και θάνατο. Τα δείγματα αίματος και ούρων συνήθως είναι θετικά σε δηλητηρίαση με βαρβιτουρικά και άλλα κατασταλτικά του ΚΝΣ. Η οξεία δηλητηρίαση με αλκοόλ μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της γ-γλουταμιλοτρανσφεράσης. Ο χρόνιος αλκοολισμός συχνά συνοδεύεται από αύξηση των επιπέδων των ενζύμων του ήπατος, αύξηση των τριγλυκεριδίων του ορού, αύξηση του μέσου όγκου ερυθρών και μείωση του αριθμού των ερυθρών αιμοσφαιρίων και του αιματοκρίτη.

Αντιμετώπιση της δηλητηρίασης: Για την ήπια δηλητηρίαση, μόνο παρακολούθηση και αντιμετώπιση του συνδρόμου στέρησης, εάν εμφανιστεί. Σε περίπτωση υπερδοσολογίας, διατήρηση των αεροφόρων οδών και θεραπεία με IV χορήγηση υγρών, εάν ο ασθενής βρίσκεται σε κατάσταση shock. Ο καθετηριασμός και η πλύση στομάχου με την ενστάλαξη ενεργού άνθρακα μπορεί να απομακρύνει κάποια ποσότητα φαρμάκου.

Σύνδρομο στέρησης: Ποιοτικά, το σύνδρομο στέρησης όλων των κατασταλτικών του ΚΝΣ είναι ίδιο, αλλά η έναρξη και η σοβαρότητά του ποικίλλουν ανάλογα με τον παράγοντα κατάχρησης. Οι πιο σοβαρές καταστάσεις στέρησης χαρακτηρίζονται από τρόμο, αϋπνία, υπεριδρωσία, πυρετό, άγχος και διέγερση, που μπορεί να εξελιχθούν

σε παραλήρημα, ψευδαισθήσεις, αποπροσανατολισμό, καρδιαγγειακή ανεπάρκεια, επιληπτικές κρίσεις και shock. Το σύνδρομο στέρησης των βενζοδιαζεπινών ποικίλει πολύ και εξαρτάται από το χρόνο ημίσειας ζωής του φαρμάκου, από τη δόση και τη διάρκεια έκθεσης.

Αντιμετώπιση του Συνδρόμου Στέρησης από Κατασταλτικά του ΚΝΣ: Η απότομη διακοπή ισχυρών κατασταλτικών παραγόντων μπορεί να οδηγήσει σε επικίνδυνες για τη ζωή επιληπτικές κρίσεις ή παραλήρημα. Ο παράγοντας πρέπει να μειωθεί ή να αντικατασταθεί από ένα βαρβιτουρικό διασταυρούμενης ανοχής ή από μια βενζοδιαζεπίνη και στη συνέχεια να μειωθεί ο παράγοντας στην κατάλληλη δόση, ώστε να ελαχιστοποιηθούν τα συμπτώματα στέρησης. Μπορεί να εμφανιστεί παρατεταμένη αντίδραση στέρησης, ιδιαίτερα με τη γλουτεθιμίδη και τη φαινοβαρβιτάλη.

Το σύνδρομο στέρησης των βενζοδιαζεπινών είναι ιδιαίτερα περίπλοκο, διότι μπορεί να μοιάζει με τα συμπτώματα άγχους, για τα οποία χορηγήθηκε το φάρμακο. Η στέρηση από αιθυλική αλκοόλη είναι παρόμοια με τη στέρηση άλλων κατασταλτικών παραγόντων, εκτός από το γεγονός ότι η ηπατική βλάβη και η κακή θρέψη μπορεί να επιδεινώσουν ή να προκαλέσουν τρομώδες παραλήρημα, εγκεφαλοπάθεια Wernicke (χαρακτηρίζεται από την τριάδα παραλήρημα, οφθαλμοπληγία και αταξία) ή σύνδρομο Korsakoff.

Διεγερτικά Κεντρικού Νευρικού Συστήματος

Παράγοντες: Αμφεταμίνες, κοκαΐνη, διαιθυλπροπιόνη, μεθυλφαινουδάτη, φαιδιμετραζίνη, STP (2,5-διμεθοξυ-4-μεθυλαμφεταμίνη), MDMA (3,4-μεθυλενεδιοξυαμφεταμίνη), βρωμο-DMA (4-βρωμο-2,5-διμεθοξυαμφεταμίνη) και αμφεταμινούχα διεγερτικά, μερικά φάρμακα κατά της παχυσαρκίας, εφεδρίνη (ma huang), ψευδοεφεδρίνη, φαινυλπροπανολαμίνη.

Ειδικοί παράγοντες, κοινές ονομασίες: κοκαΐνη, coke, C, blow, cola, crack, freebase, gold dust, lady, lady snow, nose, nose candy, nose powder, rock, rock candy, toot, white horse. αμφεταμίνες, speed, uppers, black beauties, bennies, brown και clears, pep pills, white cross. Μεθαμφεταμίνη, meth, crank, crystal meth, ice, dice. MDMA, ecstasy

Συμπτώματα Δηλητηρίασης και Υπερδοσολογία: Αύξηση καρδιακού ρυθμού, αύξηση αρτηριακής πίεσης, ασταθής αναπνοή, αύξηση της θερμοκρασίας. Ευφορία, υπερκινητικότητα, έλλειψη αναστολών, ιδέες μεγαλείου, άγχος, παρορμητικότητα, ευερεθιστότητα, υπερδραστηριότητα, παράνοια, πανικός, υπομανία/μανία,

ψευδαισθήσεις, παραλήρημα, στερεότυπες κινήσεις. Διαστολή κόρης, αύξηση αντανάκλασεων, ξηροστομία, ιδρώτας, τρόμος, αρρυθμίες, έμφραγμα μυοκαρδίου και επιληπτικές κρίσεις. Σε χρόνια χρήση κοκαΐνης μπορεί να παρουσιαστεί διάβρωση του ρινικού διαφράγματος, απώλεια βάρους και ανοραξία. Το κάπνισμα κρακ μπορεί να προκαλέσει αποφρακτική βρογχιολίτιδα, που οργανώνεται σε πνευμονία. Η IV χρήση συνοδεύεται από τους κινδύνους των μη αποστειρωμένων βελόνων. Ο έλεγχος της ουσίας στα ούρα και στον ορό υποδεικνύει τοξικότητα στη διάρκεια της δηλητηρίασης και μπορεί να μείνει θετικός μέχρι και 2 με 3 ημέρες μετά τη χρήση της κοκαΐνης.

Σύνδρομο Στέρησης: Στα σημεία και στα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνονται μυαλγίες, κοιλιακά άλγη, ρίγος, τρόμος, πείνα, άγχος, αϋπνία, περίοδοι παρατεταμένου ύπνου, χαμηλή ενεργητικότητα, εξάντληση, κατάθλιψη και αυτοκτονικός ιδεασμός. Τα διεγερτικά μπορούν να κοπούν απότομα. Τυπικά, δεν απαιτούνται φάρμακα για την αντιμετώπιση της διακοπής των διεγερτικών. Η χρόνια βαριά χρήση καφεΐνης, η οποία έχει διεγερτικές ιδιότητες, πρέπει να ελαττώνεται σταδιακά, ώστε να αποφεύγονται τα δυσάρεστα συμπτώματα της κεφαλαλγίας, της κόπωσης και της ευερεθιστότητας.

Παραισθησιογόνα

Παράγοντες: Διαιθυλαμιδικό D-λυσεργικό οξύ (LSD), ψιλοσυβίνη, μεσκαλίνη, φαινκυκλιδίνη (PCP).

Ειδικοί παράγοντες, κοινές ονομασίες: LSD, acid, dot, microdot, blotter, barrels, mellow yellows, sugar lump, white lightning. Ψιλοσυβίνη, mushroom, shrooms. μεσκαλίνη, peyote, button, mesc. PCP, angel dust, anger hair, animal tranquilizer, Cadillac, crystal joints

Σύνδρομο Δηλητηρίασης: Αύξηση θερμοκρασίας, αύξηση καρδιακού ρυθμού, αύξηση αρτηριακής πίεσης, ευφορία, άγχος ή πανικός, παράνοια, απρόσφορο συναίσθημα, παραισθήσεις, χρονικές και οπτικές παραμορφώσεις, οπτικές ψευδαισθήσεις, αποπροσωποποίηση. Με το PCP μπορεί να παρατηρηθεί υπερτασική εγκεφαλοπάθεια. Διαστολή κόρης (φυσιολογική ή σε μύση με το PCP), αύξηση τενοντίων αντανάκλασεων. Με το PCP-νυσταγμός (κάθετος, οριζόντιος ή κυκλικός), κατατονία ή έντονη υπερδραστηριότητα, εκροή σίελου από το στόμα, αλαλία, αμνησία, αναλγησία, μυϊκή δυσκαμψία, αταξία βάδισης, παρορμητικότητα ή βίαιη συμπεριφορά, πιεστικός λόγος. Η ανίχνευση του LSD είναι γενικά αδύνατη λόγω των

μικρών ποσοτήτων που υπάρχουν. Το PCP ανιχνεύεται στα ούρα. Η ανίχνευση άλλων παραισθησιογόνων στον ορό και στα ούρα είναι δύσκολη.

Αντιμετώπιση Δηλητηρίασης: Η πιο οξεία δηλητηρίαση μπορεί να αντιμετωπιστεί καθησυχάζοντας ήρεμα τον ασθενή σε ήσυχο περιβάλλον. Οι χρήστες PCP μπορεί να είναι ιδιαίτερα ευέξαπτοι και πρέπει να παρακολουθούνται σε ήσυχο περιβάλλον χωρίς διακοπή. Η διέγερση μπορεί να αντιμετωπιστεί με βενζοδιαζεπίνες. Μπορεί να εμφανιστεί υπερθερμία και πρέπει να αντιμετωπιστεί ταχέως με ψυχρά επιθέματα. Τα αντιψυχωτικά προτιμώνται για τη θεραπεία των ψυχωσικών συμπτωμάτων.

Σύνδρομο Στέρησης: Κανένα

Αντιμετώπιση του Συνδρόμου Στέρησης: Δεν χρειάζεται μετά την αποτοξίνωση.

Παθολογικές Επιπλοκές της Χρόνιας Χρήσης: Μπορεί να εμφανιστούν φλας-μπακ, ψύχωση ή αγχώδη σύνδρομα (συμπεριλαμβανομένων των κρίσεων πανικού). Η χρήση συχνά προάγει μόνιμη ψυχοπαθολογία σε ευαίσθητα άτομα.

Οπιοειδή

Παράγοντες: Όπιο, μορφίνη, ηρωίνη, κωδεΐνη, μεθαδόνη, προποξυφαΐνη, φαινταλίνη, μεπεριδίνη, (Demerol), υδρομορφόνη, υδροκωδώνη και διϋδροκωδεΐνη. Στους μερικώς αγωνιστές ανήκουν η βουτορφανόλη, η ναλβουφίνη, η οξυμορφόνη και η πενταζοσίνη.

Ειδικοί παράγοντες, κοινές ονομασίες: Ηρωίνη, high, horse, China white, dope, hard stuff, poison, smack, junk, brown, snow, poppy, juice, perks, black tar

Τύποι Υποδοχέων Οπιοειδών και Δράσεις:

Mu: Αναλγησία, ευφορία, καταστολή, μύση, υποθερμία, βραδυκαρδία, αναπνευστική καταστολή και αύξηση προλακτίνης και αυξητικής ορμόνης (υψηλή εκλεκτικότητα και συγγένεια με μορφίνη, ηρωίνη, μεπεριδίνη, υδρομορφόνη και μεθαδόνη)

Κάππα: Αναλγησία, μικρότερη αναπνευστική καταστολή και καθόλου ευφορία (υψηλή συγγένεια με πενταζοσίνη και βουτορφανόλη)

Σίγμα: Δυσφορία, ψευδαισθήσεις, ψυχοκινητική διέγερση, καθόλου αναλγησία

Σύνδρομο Δηλητηρίασης: Ελάττωση θερμοκρασίας, αναπνευστική καταστολή, πτώση αρτηριακής πίεσης, μερικές φορές shock. Ευφορία, καταστολή, stupor και κώμα. Μπορεί να υπάρχουν τσιμπήματα βελόνας κατά μήκος των φλεβών, κόρες σε μύση που δεν αντιδρούν στο φως (μπορεί να είναι σε διαστολή με την μεπεριδίνη ή σε σοβαρή υποξία), ελάττωση έως απουσία τενόντιων αντανάκλασεων, μείωση ή απουσία εντερικών ήχων, υποαερισμός, βραδυκαρδία (καρδιακές αρρυθμίες με την προποξυφαΐνη ή τη μεπεριδίνη), κώμα, επιληπτικές κρίσεις (με την προποξυφαΐνη

και την μεπεριδίνη), άπνοια, κυάνωση ή θάνατος. Η κατασταλτική επίδραση των οπιοειδών στην αναπνοή είναι μεγαλύτερη όταν χρησιμοποιούνται με άλλα κατασταλτικά του κεντρικού νευρικού συστήματος. Ο έλεγχος του φαρμάκου στα ούρα τυπικά περιλαμβάνει τη μορφίνη και την κωδεΐνη, που μπορούν να μετρηθούν ποσοτικά, αν και ο χρόνος ημίσειας ζωής περιορίζει την ανίχνευση σε 12 με 48 ώρες μετά την ένεση. Τα ημισυνθετικά οπιοειδή (οξυκοδώνη, οξυμορφόνη, υδροκοδώνη, υδρομορφόνη) είναι πιο δύσκολο να προσδιοριστούν με τις εμπορικές αναλύσεις των ούρων. Στα άλλα εργαστηριακά ευρήματα που υποδηλώνουν εξάρτηση περιλαμβάνονται η αύξηση της κρεατινίνης, που παρατηρείται σε χρόνια χορήγηση μεπεριδίνης, η αύξηση της συγκέντρωσης των ηπατικών ενζύμων, που υποδηλώνει ενεργό ηπατίτιδα, ο θετικός έλεγχος για ηπατίτιδα. Ο τίτλος του ιού της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας μπορεί να είναι θετικός σε ασθενείς που χρησιμοποιούν μολυσμένες βελόνες.

Αντιμετώπιση της Δηλητηρίασης: Πρέπει να δίνεται προσοχή για την σταθεροποίηση των αεραγωγών, της αναπνοής και της κυκλοφορίας. Η θεραπεία με ναλοξόνη (Narcan) αναστρέφει την άπνοια και το κώμα που προκαλούνται από την οξεία δηλητηρίαση με ηρωίνη, μορφίνη, κωδεΐνη και με συνθετικά ναρκωτικά αναλγητικά (η πενταζοσίνη μπορεί να αποτελεί εξαίρεση). Η ναλοξόνη δεν αναστρέφει το πνευμονικό οίδημα. Η αρχική ενδοφλέβια ή ενδομυϊκή δόση των 0.4 έως 2.0 mg ναλοξόνης μπορεί να επαναλαμβάνεται με μεσοδιαστήματα 2- ή 3- λεπτών, μέχρι να επιτευχθεί ικανοποιητική κλινική απάντηση. Η ναλοξόνη αρχίζει να χάνει τη δράση της 2 με 3 ώρες μετά τη χορήγηση. Για το λόγο αυτό στη δηλητηρίαση με ηρωίνη συνεχίστε την παρακολούθηση για 24 ώρες και με μεθαδόνη για 72 ώρες. Τιτλοποιήστε τη δόση προσεκτικά, περίπου κάθε 2 με 3 ώρες. Η μεγάλη δόση μπορεί να προκαλέσει αιφνίδιο σύνδρομο στέρησης σε ασθενείς εξαρτημένους από οπιοειδή.

Αντιμετώπιση του Συνδρόμου Στέρησης: Η στέρηση, αν και ιδιαίτερα δυσάρεστη, είναι γενικά επικίνδυνη για τη ζωή μόνο στα νεογέννητα. Έτσι, οι έγκυες γυναίκες θα πρέπει να διακόπτουν τα οπιοειδή αργά, στη διάρκεια του πρώτου ή δεύτερου τριμήνου ή να παραμένουν σε μεθαδόνη στη διάρκεια του τρίτου τριμήνου, ώστε να αποφύγουν την ανεξέλεγκτη στέρηση του εμβρύου στη μήτρα. Οι περισσότεροι εξαρτημένοι από οπιοειδή ασθενείς μπορούν να αντιμετωπιστούν με μεθαδόνη από το στόμα. Πρώτα, επιβεβαιώστε τις αρχικές απαιτήσεις με βάση το ιστορικό και τις αντικειμενικές ενδείξεις της πρόσφατης χρήσης και στη συνέχεια προσαρμόστε τη δόση εμπειρικά, ανάλογα με τα αντικειμενικά σημεία στέρησης (και όχι τις υποκειμενικές ενοχλήσεις). Εάν η αρχική δόση δεν μπορεί να υπολογιστεί, μπορείτε

να δώσετε 15 με 20 mg μεθαδόνης, ως δοκιμαστική δόση και να παρακολουθήσετε την κατάσταση του ασθενούς.

Χρήση Κλονιδίνης για την Αποτοξίνωση από Οπιοειδή: Η κλονιδίνη (Catapresan) είναι ένα εναλλακτικό της μεθαδόνης φάρμακο, για την αποτοξίνωση ασθενών που νοσηλεύονται ή όχι. Η κλονιδίνη δρα ως α_2 -αδρενεργικός αγωνιστής, μειώνοντας την υπερδιέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, που συνοδεύει την διακοπή των οπιοειδών. Η κλονιδίνη πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή σε όσους παίρνουν αντιυπερτασικά φάρμακα, σε όσους είναι υποτασικοί ή σε όσους πάσχουν από ορθοστατική υπόταση.

Ισοδύναμα Μεθαδόνης για τη Στέρηση: Η ισοδύναμη δοσολογία της μεθαδόνης με τα άλλα οπιοειδή, για την πρόληψη της στέρησης δεν είναι η ίδια με την αναλγητική ισοδυναμία για τον έλεγχο του πόνου. Ένα χιλιοστογραμμάριο μεθαδόνης ισοδυναμεί με: 0.5 mg λεβορφανόλης (Levo-Dromoran), 0.5 mg υδρομορφόνης (Dilaudid), 1-2 mg ηρωίνης, 3-4 mg θειικής μορφίνης, 3-5 mg οξυκωδώνης (Percodan), 20 mg μεπεριδίνης (Demerol), 30 mg κωδεΐνης.

Πτητικά Εισπνεόμενα

Παράγοντες: Υποξείδιο του αζώτου, νιτρώδη, τολουένιο, εξάνιο, τρίχλωροαιθυλένιο, βουτάνιο, προπάνιο, φθοριοανθρακικά, τετραχλωροαιθυλένιο, τριχλωροαιθάνιο, ακετόνη. Αυτά τα χημικά είναι προσιτά στα ακόλουθα πτητικά προϊόντα: κόλλες, βαφές παπουτσιών, βενζίνες, διαλυτικά χρωμάτων, διαλύτες, αεροζόλ και σε διορθωτικά και καθαριστικά υγρά. Κοινές ονομασίες: rush, poppers, locker room, terms for inhaling: sniffing, huffing, bagging.

Επίπτωση: Εκτιμάται ότι το 10% περίπου των εφήβων και το 16% των νεαρών ενηλίκων στις ΗΠΑ κάνουν χρήση διαλυτών. Ο εθισμός υπολογίζεται στο 3% με 4% εκείνων που έχουν δοκιμάσει εισπνεόμενα. Είναι συχνή η χρήση και άλλων φαρμάκων και οι διαταραχές συμπεριφοράς.

Σύνδρομο Δηλητηρίασης: Ποικίλλει ανάλογα με τον παράγοντα και την ποσότητα που χρησιμοποιείται αλλά μοιάζει με τη δηλητηρίαση από αλκοόλ. Μπορεί να αυξηθεί ο καρδιακός ρυθμός και να μειωθεί η αρτηριακή πίεση. Αρχικά, έξαψη, ζάλη, υπνηλία και έλλειψη αναστολών. Η σοβαρή δηλητηρίαση μπορεί να προκαλέσει: αταξία, αποπροσανατολισμό, αυπνία, αδυναμία, δυσαρθρία, νυσταγμό και ψευδαισθήσεις. Η οξεία χρήση μπορεί να εκδηλωθεί με διαστολή της κόρης ή με ενδείξεις αναπνευστικού ερεθισμού. Η χρόνια χρήση μπορεί να υποδηλώνεται με απώλεια βάρους, μυϊκή αδυναμία, αφηρημάδα και απώλεια συνέργειας. Η οξεία δηλητηρίαση

σπάνια οδηγεί σε θάνατο. Μπορεί να παρατηρηθούν διαταραχές των εξετάσεων ηπατικής λειτουργίας (η γ-γλουταμυλοτρανσφεράση είναι πιο ευαίσθητη). Ο έλεγχος φαρμάκων είναι αναξιόπιστος.

Αντιμετώπιση: Παθολογική σταθεροποίηση. Τα σύνδρομα στέρησης είναι σπάνια. Μπορεί να χρειαστεί μια τυπική θεραπεία κατάχρησης φαρμάκου.

Αντιχολινεργικά

Παράγοντες: Ατροπίνη, μπελλαντόνα, henbane, διφαινυδραμίνη, σκοπολαμίνη, τριεξιφαινυδρίλη, βενζοτροπίνη mesylate, προκυκλιδίνη, προπρανθελίνη, βρωμίδη, jimsonweed seed.

Ειδικοί παράγοντες, κοινές ονομασίες: μπελλαντόνα, donna.

Σύνδρομο Δηλητηρίασης: Αύξηση θερμοκρασίας, αύξηση καρδιακού ρυθμού, πιθανή μείωση αρτηριακής πίεσης. Υπνηλία ή κώμα, αισθητηριακή σύγχυση, αμνησία, αποπροσανατολισμός, οπτικές ψευδαισθήσεις, παραμόρφωση της θέας του σώματος, σύγχυση, μερικές φορές ανησυχία, παράνοια, έξαψη. Κόρες σε διαστολή χωρίς αντίδραση, μείωση εντερικών ήχων, ερυθρότητα προσώπου, ξηρότητα δέρματος και βλεννογόνων, βίαιη συμπεριφορά, επιληπτικές κρίσεις. Με την προπρανθελίνη μπορεί να παρατηρηθεί κυκλοφοριακή ανεπάρκεια, αναπνευστική ανεπάρκεια, παράλυση, κώμα. Τα αντιχολινεργικά ανιχνεύονται στα ούρα.

Αντιμετώπιση της Δηλητηρίασης: Συνήθως αρκεί η προσεκτική παρακολούθηση και η συμπτωματική υποστήριξη. Η φυσοστιγμίνη (σε δόση 1 mg IM ή 2 mg, όχι γρηγορότερα από 1mg /λεπτό) πρέπει να χρησιμοποιείται για τα σημεία της επικίνδυνης για τη ζωή αντιχολινεργικής δηλητηρίασης (μη ελεγχόμενες επιληπτικές κρίσεις, αναπνευστική καταστολή ή σοβαρή υπέρταση). Μπορεί να χρειαστεί επανάληψη της δόσης. Οι ασθενείς μπορεί να χρειαστούν υποστήριξη των αεροφόρων οδών, ψυχρά επιθέματα, καρδιολογική υποστήριξη και διαζεπάμη.

Σύνδρομο Στέρησης: Εμφανίζεται δυσανεξία και κακή κινητικότητα του γαστρεντερικού συστήματος και μυοσκελετικά συμπτώματα.

Αντιμετώπιση του Συνδρόμου Στέρησης: Δεν απαιτείται ειδική αντιμετώπιση μετά την οξεία αποτοξίνωση.

Παθολογικές Επιπλοκές της Χρόνιας Χρήσης: Μπορεί να παρατηρηθεί αυξημένος κίνδυνος γλαυκώματος, διαταραχή κινητικότητας του γαστρεντερικού συστήματος ή επιπλοκές στην κατακράτηση ούρων.

Βιβλιογραφικές πηγές

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., Text Rev.). Washington, D.C

Borges G, Walters EE, Kessler RC. (2000) Associations of substance use, abuse, and dependence with suicidal behavior. *Am J Epidemiol* ,151: 781-789.

Cable, L. C., Noel, N. E., & Swanson, S. C.(1986). Clinical intervention with children of alcohol abuse. In D. C. Lewis & C. N. Williams (Eds.), *Providing care for children of alcoholics: Clinical and research perspectives* (pp. 65-80). Pompano Beach, FL: Health Communications.

Donovan, D. M., & Mattson, M. E. (1994). Alcoholism treatment matching research: Methodological and clinical approaches. *Journal of Studies on Alcohol*, 12(December Suppl.), 5-14.

Doweiko, H. E. (1996). *Concepts of chemical dependency* (3rd ed.). Pasific Grove, CA: Brooks/Cole.

Ellis, A. (1987, January). Employee assistance training workshop: A rational – emotive approach. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.

Fisher, G. L., & Harrison, T. C. (2000). *Substance abuse* (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Kaufman, E., & Pattison, E. M. (1982). The family and network therapy in alcoholism. In E. M. Pattison & E. Kaufman (Eds.), *Encyclopedic handbook of alcoholism* (pp. 1022-1032). New York: Gardner Press.

Madianos MG, Gefou-Madianou D, Stefanis CN (1994). Symptoms of depression, suicidal behavior and use of substances in Greece: a nationwide general population survey. *Acta Psychiatr Scand*, 89: 159-166.

ΒΙΑΙΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Μαριάννα Περδικάρη, Ψυχολόγος

Η βίαη συμπεριφορά στο χώρο της ψυχικής υγείας

Ο κάθε εργαζόμενος σε υπηρεσία παροχής ψυχικής υγείας έχει 50% πιθανότητες να δεχτεί επίθεση κατά τη διάρκεια της καριέρας του (Blumenreich ,1993). Ένα σύνολο παραγόντων βάζει τους εργαζόμενους σε κοινωνικές υπηρεσίες σε μεγάλο κίνδυνο να γίνουν θύματα βίαης συμπεριφοράς. Με το κίνημα για ένα «ελάχιστο περιοριστικό περιβάλλον» και την αποϊδρυματοποίηση των ασθενών από τη δεκαετία του 1970 και μετά, τα κέντρα ημερήσιας φροντίδας και τα προστατευμένα διαμερίσματα προσπάθησαν να καλύψουν το κενό που δημιουργήθηκε από το κλείσιμο των κρατικών ιδρυμάτων. Επιπλέον , αφού τόσο η κοινωνία όσο και το δικαστικό σύστημα είναι πλέον ενήμεροι για το ρόλο της ψυχικής ασθένειας στην παραβατικότητα , ένας αριθμός ανθρώπων που παλαιότερα θα φυλακίζονταν , τώρα παραπέμπονται σε ψυχιατρικές υπηρεσίες. Επίσης , λόγω του κορεσμού των φυλακών, βίαη ενδεχομένως άνθρωποι , αφήνονται ελεύθεροι με την υπόσχεση ότι δεν θα παρανομήσουν. Η αστυνομία επίσης , χρησιμοποιεί κατά κόρον τα νοσοκομεία για κρατούμενους διαταραγμένους και βίαηους. Έτσι ζητείται πλέον από τους εργαζόμενους σε κοινωνικές υπηρεσίες να χειριστούν έναν αριθμό παραβατικών ανθρώπων πολύ ευρύτερο από ότι παλιότερα. Η βίαη συμπεριφορά μεταξύ συμμοριών μπορεί να βρεθεί από τα επείγοντα περιστατικά των νοσοκομείων ως τα κρατητήρια ανηλίκων. Η ακραία βία των μελών τους όπως εκδηλώνεται είτε σαν μύηση προκειμένου να μπει κάποιος στη συμμορία , είτε σαν αντεκδίκηση , γίνεται χωρίς φόβο ή τύψεις εναντίον οποιουδήποτε , κάθε στιγμή και σε κάθε μέρος. Επίσης, ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων που βρίσκονται σε ιδρύματα και νοσοκομεία , έχει δημιουργήσει ένα νέο πληθυσμό εν δυνάμει βίαηων ατόμων.

Εξαιτίας της ίδιας της φύσης τους , τα ινστιτούτα είναι προσβάσιμα στους χρήστες τους και έχουν πολύ χαμηλό βαθμό ελέγχου ασφάλειας. Συχνά λοιπόν , μπορεί να γίνουν στόχος διαταραγμένων μελών οικογενειών , συμμοριών ,

συντρόφων ασθενών και πελατών που είναι αναστατωμένοι από την μακρά αναμονή και τη φαινομενική έλλειψη υπηρεσιών. Επίσης, η εκπαίδευση των ατόμων και η εφαρμογή μέτρων ασφαλείας απαιτεί χρόνο και χρήμα. Οι επικεφαλής εκπαιδεύονται μόνο στη διαχείριση οικονομικών, λογιστικών και θεμάτων προσωπικού των ινστιτούτων, με την ευθύνη να διατηρούν την παρεχόμενη φροντίδα σε ικανοποιητικό επίπεδο και είναι ανενημέρωτοι στο τι χρειάζεται προκειμένου να εξασφαλίσουν και ένα επαρκώς ασφαλές περιβάλλον για το προσωπικό τους. Οι μη διακριτοί ρόλοι του προσωπικού, οι ανεπαρκείς δραστηριότητες, η μείωση του προσωπικού, το ασαφές πρόγραμμα, είναι παράγοντες που κλιμακώνουν το stress για έναν πιθανά βίαιο πελάτη. Επίσης, ελλιπής αριθμός εργαζομένων, φόρτος εργασίας, κακή κατάσταση των χώρων, ανεπαρκώς εκπαιδευμένο προσωπικό, συχνή αλλαγή των εργαζομένων, συνεχείς απουσίες, ατυχήματα που συμβαίνουν στον εργασιακό χώρο, ανεπαρκής επικοινωνία μεταξύ της διοίκησης και του προσωπικού, ελλιπής εκπαίδευση του προσωπικού στο να αναγνωρίζει και να διαχειρίζεται την κλιμακούμενη εχθρική και προσβλητική συμπεριφορά και έλλειψη μιας ενιαίας θεραπευτικής φιλοσοφίας, δημιουργούν απελπισία στο προσωπικό και διαταράσσουν τη θεραπευτική ρουτίνα. Καθώς το προσωπικό μεταφέρει τη ματαίωσή του στους ασθενείς, αυτοί νιώθουν ακόμα πιο απειλημένοι και αρχίζουν να δοκιμάζουν τα όρια των δομών. Όταν το προσωπικό προσπαθεί να επιβάλλει όρια σε αυτές τις ασταθείς συνθήκες, το αποτέλεσμα συχνά είναι βίαιη συμπεριφορά εκ μέρους των ασθενών. Καταλήγοντας, η δευτερογενής θυματοποίηση συμβαίνει όταν, μετά από επίθεση κάποιου ασθενή, υπάρχει η υπέρπουσα αντίληψη ότι «ο ίδιος δε χειρίστηκε καλά το περιστατικό». Έτσι, ο εργαζόμενος όχι μόνο βιώνει την πραγματική επίθεση και όλα τα ψυχολογικά επακόλουθα από αυτή αλλά και γίνεται ο «αποδιοπομπαίος τράγος» για μια διοίκηση ανίκανη να χειριστεί την κλιμακούμενη ένταση (Blumenreich, 1993).

Τα δυναμικά που προάγουν τη βία στις κοινωνικές υπηρεσίες, είναι σύνθετα. Δεν περιλαμβάνουν μόνο τους ίδιους τους ασθενείς, αλλά επίσης τους εργαζόμενους και το ίδρυμα. Η δυνατότητα να προβλεφθεί το ποιος θα είναι βίαιος, τότε και κάτω από ποιες συνθήκες, είναι γενικά αβέβαιη. Οι προβλέψεις θα είναι μάλλον λανθασμένες όταν οι ειδικοί έχουν λίγες πληροφορίες για τους πελάτες και ίσως δεν έχουν ούτε χρόνο για κάτι περισσότερο από τη στιγμιαία εκτίμηση μιας κατάστασης, πριν αναγκαστούν να δράσουν. Η προσεκτική παρατήρηση από τα μέλη του προσωπικού της υπηρεσίας κάποιων σωματικών ενδείξεων συχνά δίνει στοιχεία για καταστάσεις που προδιαθέτουν για σωματική βία. Πρώιμα προειδοποιητικά σημάδια περιλαμβάνουν τάση των μυών, γρήγορες κινήσεις των οφθαλμών, επίμονο κοίταγμα στα μάτια ή αποφυγή της βλεμματικής επαφή, «κλειστή», αμυντική στάση

του σώματος , νευρική σύσπαση των μυών , των δακτύλων και των βλεφάρων , τρόμος του σώματος και ατημέλητη εμφάνιση. Αν ο ασθενής πλησιάζει και απομακρύνεται εναλλάξ , από τον εργαζόμενο , αυτό μπορεί να είναι σημάδι ότι προετοιμάζεται για επίθεση. Ένα πλήθος λεκτικών στοιχείων προδιαθέτουν για βίαιες πράξεις από τον ασθενή. Υψηλός τόνος φωνής και γρήγορη ομιλία μπορεί να εκδηλωθούν , ειδικά αν ο ασθενής έχει χρησιμοποιήσει αμφεταμίνες ή άλλα ψυχοτρόπα. Η μπερδεμένη ομιλία μπορεί να αντανακλά συγχιτική σκέψη και ψυχωτικά στοιχεία. Ο ασθενής ίσως χρησιμοποιεί αισχρά λόγια ή λεκτικές απειλές στους οικείους του , τους εργαζόμενους ή σε όλο τον κόσμο γενικά. Να σημειωθεί ότι υπάρχει υψηλή συσχέτιση μεταξύ απειλών για άσκηση βίας και πραγματοποίηση αυτών των απειλών. Όσο πιο συγκεκριμένη είναι η απειλή ως προς το πρόσωπο , τη τρόπο και τον χρόνο , τόσο πιο σοβαρά θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη.

Αίτια

Βιολογικά , ψυχολογικά και κοινωνικά στοιχεία προδιαθέτουν στη βία. Βιολογικά όπως, χαμηλή νοημοσύνη , ορμονικές διαταραχές , οργανικές διαταραχές του εγκεφάλου , νευρολογικές αλλαγές και αλλαγές ψυχιατρικής φύσεως στα διάφορα συστήματα του οργανισμού , ασθένειες , χημικά , έντονος και χρόνιος πόνος ή τραύματα στο κεφάλι , μπορεί να οδηγήσουν σε ενδεχομένως πιο βίαιες συμπεριφορές (Fishbain et al., 2000). Ψυχολογικά όπως, ψυχώσεις και χαρακτηρολογικές διαταραχές , προδιαθέτουν για βία. Κοινωνικά όπως, βίαιες συμπεριφορές στην οικογένεια , μεταξύ των συντρόφων και το περιβάλλον μέσα στο οποίο κάποιος μπορεί να εξωθηθεί στη βία. Τέλος , ειδικά στρεσογόνα περιβαλλοντικά φαινόμενα , όπως η ζέστη , το πλήθος , ο θόρυβος , οι συγκρούσεις και η κακή επικοινωνία , είναι καταστάσεις που μπορεί να πυροδοτήσουν τη βία (Anderson , 2001).

Οι άνδρες ηλικίας μεταξύ 15 και 30 ετών συνήθως είναι πιο επιρρεπής στη βία και ακολουθούν οι ηλικιωμένοι ασθενείς. Επίσης, δεν υπάρχει ψυχοτρόπος ουσία , νόμιμη ή παράνομη , που δε συσχετίζεται με βίαιες εκδηλώσεις όταν χρησιμοποιείται υπέρ του δέοντος. Το αλκοόλ έχει συνδεθεί με περισσότερα από τα μισά περιστατικά βίας που έχουν αναφερθεί στα επείγοντα περιστατικά και με το ¼ των αναφερόμενων περιστατικών σε ψυχιατρικά ιδρύματα. Η πιθανότητα για εκδήλωση βίας αυξάνει ακόμα περισσότερο όταν ασθενείς με ιστορικό ψύχωσης εμπλέκονται με τη χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών. Ιστορικό σοβαρού επεισοδίου βίας , ανθρωποκτονίας , σεξουαλικής βίας , επίθεσης ή απειλής με φονικό όπλο είναι οι πιο

σίγουροι παράγοντες για την πρόβλεψη μελλοντικών βίαιων περιστατικών. Κάθε περιστατικό που έχει ιστορικό εμπλοκής με το δικαστικό σύστημα για κακουρηματικά περιστατικά , κατοχή όπλων , απειλές εναντίων μελλοντικών θυμάτων ή ιστορικό επιθετικής συμπεριφοράς κατά τη διάρκεια νοσηλείας , θα πρέπει αυτόματα να κινητοποιεί τον εργαζόμενο σε κοινωνική υπηρεσία , ώστε να είναι εξαιρετικά προσεκτικός με τον συγκεκριμένο ασθενή. Το ισχυρότερο προγνωστικό στοιχείο είναι η εισαγωγή ενός ασθενή σε μια δομή για βίαιη συμπεριφορά ως μέρος μιας συναισθηματικής διαταραχής ή ψυχικής ασθένειας.

Διάφορες ψυχικές διαταραχές μπορεί να προδιαθέτουν για βία: η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας με ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς , η συναισθηματική αναλγησία , η παρορμητικότητα και η χειριστική συμπεριφορά. Η μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας που δεν διαθέτει ικανή δύναμη στο κομμάτι του εγώ ώστε να ελέγξει έντονες συναισθηματικές παρορμήσεις και παρουσιάζει επαλειημένα συναισθηματικά ξεσπάσματα. Η παρανοϊδής διαταραχή προσωπικότητας , που είναι «φρουρός» και σταθερά αντιτίθεται σε εξωτερικές απειλές. Ο ασθενής σε μανιακό επεισόδιο , που έχει ανεβασμένη διάθεση , υπέρ-ενεργητικότητα και εκτεταμένη εμπλοκή σε δραστηριότητες που ενδεχομένως έχουν επόδυνες συνέπειες. Η εκρηκτική προσωπικότητα , που έχει αναπάντεχες, κλιμακούμενες περιόδους οργής. Ο σχιζοφρενικός ασθενής , που βιώνει παραισθήσεις και παράδοξες , έντονες ψευδαισθήσεις. Το άτομο με τις κρίσεις πανικού , που είναι φοβισμένο , απομονωμένο και έχει ακραίες αντιδράσεις «φυγής ή πάλης» (flight – or –fight). Και τέλος ο καταθλιπτικός ασθενής με αυτοκτονικό ιδεασμό , χωρίς ελπίδα , διαταραγμένος και κάνοντας σχέδια για αυτοκτονία.

Η απώλεια της εργασίας , το άγχος της δουλειάς , η διάλυση μιας σχέσης , ένα παλιό ιστορικό σωματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης , αλλαγές στα οικονομικά , είναι ορισμένοι κοινωνικοί στρεσογόνοι παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν ραγδαίες μεταβολές και ένα πλήθος κοινωνικών συμπεριφορών εκτός ελέγχου , που μπορεί να οδηγήσουν στη βία. Ιστορικό βίας μέσα στην οικογένεια συχνά μπορεί να εκδηλωθεί και σε άλλα μέρη. Μια παιδική ηλικία που χαρακτηρίζεται από ένα ασταθές και βίαιο περιβάλλον είναι ένα ασφαλές μοντέλο για εκδήλωση μελλοντικής βίας. Επίσης, ιστορικό κοινωνικής απομόνωσης ή έλλειψης οικογένειας και υποστήριξης από το περιβάλλον, ενδέχεται να αυξήσει την πιθανότητα για βία.

Η χρονική στιγμή είναι κρίσιμη σε σχέση με την εισαγωγή ενός ατόμου σε κάποιο νοσηλευτικό ίδρυμα και τη διάρκεια παραμονής του σε αυτό. Μια εισαγωγή το βράδυ της Παρασκευής ή του Σαββάτου , κατά τη διάρκεια του χρόνου που οι άνθρωποι διασκεδάζουν, αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα βίας. Στα γηριατρικά και ψυχιατρικά νοσοκομεία , κατά τις βραδινές ώρες , όταν αρχίζει να σκοτεινιάζει ,

αλλάζουν οι βάρδιες του προσωπικού και μειώνεται ο αριθμός των εργαζομένων , συχνά οι ασθενείς αντιμετωπίζουν φαινόμενα αποπροσανατολισμού και σύγχισης (« το σύνδρομο της δύσης του ήλιου» (sundown syndrome)). Άλλες ώρες που επίσης είναι πιθανές για βίαια ξεσπάσματα είναι η ώρα του φαγητού , της χρήσης της τουαλέτας και του μπάνιου. Η βίαιη συμπεριφορά μπορεί να συσχετιστεί και με αυτούς που φέρνουν το άτομο στο ίδρυμα. Τα μέλη της οικογένειας ή οι φίλοι που φέρνουν τους ασθενείς στο ίδρυμα για θεραπεία , συχνά φέρονται στο προσωπικό με ασταθή τρόπο , ιδιαίτερα αν θεωρήσουν ότι είναι σκληρό και αναίσθητο και συμπεριφέρεται είτε στον ίδιο τον ασθενή είτε στους δικούς του ανθρώπους με απότομο ή αδιάφορο τρόπο. Διαφωνίες που μπορεί να υπάρξουν μεταξύ του ασθενή και των οικείων του μπορούν εύκολα να μεταφερθούν στο προσωπικό.

Πρόληψη βίαιης συμπεριφοράς στους χώρους ψυχικής υγείας

Ένα από τα πρώτα βήματα για την πρόληψη της βίας , είναι να κατανοήσουμε ποια μέτρα έχει πάρει το ίδρυμα προκειμένου να προάγει την ασφάλεια των ασθενών και του προσωπικού. Η δέσμευση της διεύθυνσης και η συμμετοχή του προσωπικού είναι βασική για την ασφάλεια του εργασιακού χώρου. Το ίδρυμα θα πρέπει να δείχνει μηδενική ανοχή στη βία όσον αφορά τόσο τους ασθενείς όσο και τους εργαζόμενους. Θα πρέπει να είναι ξεκάθαρο σε όλα τα μέλη του προσωπικού το τί αναμένεται από αυτούς , να τους παρέχεται η δυνατότητα να εκπληρώνουν τις υποχρεώσεις τους και να είναι υπόλογοι αν δε το κάνουν. Συγκεκριμένα προληπτικά μέτρα πρέπει να λαμβάνονται για να διασφαλιστεί ότι οι εργαζόμενοι δε διακινδυνεύουν εξαιτίας των ασθενών τους. Πρώτο και κυριότερο , η διεύθυνση πρέπει να δρομολογήσει εκτίμηση της ασφάλειας από ειδικούς στον τομέα αυτό. Οι άνθρωποι με την πληρέστερη γνώση είναι αυτοί που δουλεύουν στην πρώτη γραμμή , που έρχονται καθημερινά σε επαφή με τους ασθενείς του κέντρου και πρέπει να τους λάβει υπόψη ακόμα και αν φοβάται ή δε θέλει να ακούσει αυτά που έχουν να πουν. Θα πρέπει να υπάρχουν διάλογοι επικοινωνίας , προκειμένου οι εργαζόμενοι να ενημερώνουν για τις ανησυχίες τους τη διεύθυνση και να λαμβάνουν ανατροφοδότηση χωρίς τον κίνδυνο αντιποίνων ή επικρίσεων. Ένα σχέδιο ασφαλείας θα πρέπει να είναι απλό και κατανοητό , ξεκάθαρο ως προς το ποιος είναι υπεύθυνος για τι ακριβώς και κάτω από ποιες προϋποθέσεις. Το σχέδιο θα πρέπει να καλύπτει

όλες τις δραστηριότητες του ιδρύματος , αρχίζοντας από το χώρο στάθμευσης , συνεχίζοντας στην πόρτα και τον χώρο υποδοχής και καταλήγοντας στα κτίρια της ημερήσιας φροντίδας , τα γραφεία του προσωπικού , τον χώρο του φαγητού , το φαρμακείο του ιδρύματος και τους θαλάμους των ασθενών. Αν και θα ήταν χρήσιμοι σύμβουλοι με εμπειρία σε τομείς ανάσχεσης της βίας, ο σχεδιασμός θα πρέπει να ξεκινήσει από την ομάδα προσωπικού όλων των ειδικοτήτων, ορίζοντας έναν συντονιστή. Τα καθήκοντα αυτής της ομάδας και του συντονιστή θα είναι: να σκιαγραφήσουν το πεδίο δράσης και τις δραστηριότητες μιας πολιτικής διαχείρισης των απειλών. Να καταλήξουν σε μια ξεκάθαρη δήλωση κατά της βίας ακόμα και αν αυτή λέει ότι «αυτός ο οργανισμός δεν ανέχεται τη βία και την επιθετική συμπεριφορά από οπουδήποτε και αν προέρχεται (προσωπικό ή πελάτες)». Να αναθέσει σε ένα άτομο να συγκεντρώνει τέτοιου είδους καταγγελίες. Να οριστεί η σύγκληση της ομάδας κάθε φορά που υπάρχουν σοβαρές απειλές. Να εκπαιδευτεί όλο το προσωπικό. Να καταρτιστεί ένα πρωτόκολλο για μείωση της βίας που να κατονομάζει ανεπίτρεπτους τύπους συμπεριφοράς και τις ανάλογες κυρώσεις για αυτούς (Kinney, 1995).

Μέτρα ασφαλείας πρέπει να λαμβάνονται στα τμήματα των ιδρυμάτων , στα οποία τα μέλη του προσωπικού είναι πιο πιθανό να εμπλακούν σε βίαια επεισόδια με τους ασθενείς. Δύο βασικά σημεία είναι , ο χώρος υποδοχής και το γραφείο ενός εργαζόμενου. Ο χώρος υποδοχής ή η αίθουσα αναμονής , καλό είναι να διαθέτουν τηλεόραση , έντυπα και να είναι κοντά σε κυλικείο. Η δυνατότητα να περάσει ευχάριστα ο χρόνος της αναμονής , δίνει στους ασθενείς και επισκέπτες την ευκαιρία να αντισταθμίσουν τα δυσάρεστα συναισθήματα που προέρχονται από τα προβλήματά τους και να μειώσουν το άγχος τους. Μία προειδοποίηση είναι απαραίτητη , όσον αφορά το φαγητό και το ποτό: οι ασθενείς που ήταν αντίθετοι στην εισαγωγή τους στο ίδρυμα , ίσως προσπαθήσουν να πνιγούν με το φαγητό τους ή να καταπιούν μεταλλικά κομμάτια από τις συσκευασίες του φαγητού. Το προσωπικό υποδοχής καλό είναι να ελέγχει προσεκτικά αν θα τους επιτρέψει να φάνε ή να πιουν. Ο χώρος υποδοχής πρέπει να είναι καθαρός και περιποιημένος. Η πρώτη εντύπωση είναι καθοριστική. Αν στην πρώτη επαφή ο ασθενής αντιληφθεί ότι το προσωπικό αδιαφορεί και δε σέβεται το ίδρυμα , ο ίδιος δε θα έχει λόγο να σέβεται αυτά που συντελούνται στον χώρο αυτό. Δεν πρέπει να είναι διαθέσιμα αιχμηρά αντικείμενα , ακόμα και έπιπλα που να μπορούν να μετακινηθούν και τα οποία δυνητικά θα χρησιμοποιηθούν ως όπλα. Θα πρέπει να έχει εξασφαλιστεί ότι θα υπάρχει μόνο μία δίοδος που οδηγεί από το χώρο υποδοχής στο εσωτερικό του ιδρύματος. Ανάλογα με το επίπεδο ασφαλείας που χρειάζεται , ο χώρος υποδοχής μπορεί να έχει πόρτες που κλειδώνουν ηλεκτρονικά και τον απομονώνουν από τους υπόλοιπους χώρους

του ιδρύματος , διαδικασίες ελέγχου της ταυτότητας των ατόμων , κοίλους καθρέφτες και ανιχνευτές μετάλλου. Ο υπάλληλος της υποδοχής θα έχει την πρώτη επαφή με τον πελάτη. Αυτή είναι θεωρητικά μία από τις πιο επίφοβες στιγμές για την εκδήλωση βίας. Ο εργαζόμενος λοιπόν στη θέση αυτή θα πρέπει να είναι πολύ επιδέξιος σε τεχνικές παρέμβασης σε κρίση και το κύριο καθήκον του να είναι το να παραμένει μαζί και να προσέχει τον νέο ασθενή που εισάγεται. Κατά κανέναν τρόπο δεν πρέπει το έργο αυτό να γίνεται από κάποιον γραμματέα , ρεσεψιονίστ ή βοηθητικό προσωπικό , που δεν είναι καλά εκπαιδευμένο στην παρέμβαση σε κρίση ή που είναι επιφορτισμένο με άλλα καθήκοντα , όπως να δακτυλογραφεί ή να απαντά στο τηλέφωνο. Ο εργαζόμενος στην υποδοχή δε θα πρέπει να αφήνει τον πελάτη μόνο έως ότου ολοκληρωθούν οι διαδικασίες εισαγωγής και πραγματοποιηθεί η εγκατάστασή του με ασφάλεια. Επίσης , ο εργαζόμενος στην υποδοχή ποτέ δεν πρέπει να βρίσκεται απομονωμένος από το υπόλοιπο προσωπικό. Μπορεί το ίδρυμα να διαθέτει και εξοπλισμό ασφαλείας όπως ατομικό συναγερμό, άμεση κλήση από το τηλέφωνο στην ασφάλεια ή στο 100 , κυρτούς καθρέφτες που να καλύπτουν όλη την αίθουσα υποδοχής , και κλειστό κύκλωμα τηλεόρασης.

Το εργασιακό περιβάλλον πρέπει επίσης να παρέχει ασφάλεια. Τα γραφεία να επιτρέπουν τον διαχωρισμό πελάτη – εργαζόμενου , έστω και αν αυτός ο τρόπος επικοινωνίας δεν είναι ο πιο ενδεδειγμένος και επιθυμητός για το ξεκίνημα της θεραπευτικής συνεργασίας. Η επίπλωση να είναι βαριά και να μη μετακινείται εύκολα. Ο χώρος να επιτρέπει τόσο στον εργαζόμενο όσο και στον πελάτη την εύκολη πρόσβαση στην έξοδο χωρίς ο ένας να στριμώχνεται και να παραβιάζει τον προσωπικό χώρο του άλλου. Καλό είναι να μην υπάρχουν αντικείμενα που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν σαν όπλα , όπως χαρτοκόπτες , βαριά διακοσμητικά ή καλοξυσμένα μολύβια , ή αν υπάρχουν να μη μπορεί εύκολα να τα φτάσει ο ασθενής. Ο υπάλληλος υποδοχής ή άλλοι μέσα στο κτήριο πρέπει να μπορούν να ειδοποιήσουν τον κάθε εργαζόμενο αν υπάρχει άμεσος κίνδυνος και το αντίστροφο. Πρέπει να είναι διαθέσιμα ένα panic button και ένα τηλέφωνο που μπορεί να χρησιμοποιήσει ο εργαζόμενος προκειμένου να επικοινωνήσει με κάποιον έξω από το ίδρυμα.

Ο οποιοσδήποτε σχεδιασμός όμως θα έχει πτωχά αποτελέσματα αν δε συνοδευτεί από κατάλληλη εκπαίδευση. Το προσωπικό που έχει εκπαιδευτεί με τον κατάλληλο τρόπο και γνωρίζει τεχνικές και μεθόδους , έχει αυξημένη αυτοπεποίθηση στις ικανότητές του να αποκλιμακώνει τη βία και τελικά αντιμετωπίζει σημαντικά λιγότερη βίαιη ή απειλητική συμπεριφορά. Η εκπαίδευση πρέπει να περιλαμβάνει τόσο τη θεωρητική γνώση όσο και πρακτικές δεξιότητες και να είναι συνεχής , με άμεση εκπαίδευση για τα νέα μέλη της θεραπευτικής ομάδας και follow-up για τα

παλιότερα. Κάθε εργαζόμενος πρέπει να καταλάβει ότι η βία είναι κάτι αναμενόμενο αλλά μπορεί να αποφευχθεί ή να μειωθεί , μέσω της κατάλληλης προετοιμασίας. Η εκπαίδευση πρέπει να ξεκινά από δεξιότητες παρέμβασης στην κρίση και επιπλέον να καλύπτει νομικά ζητήματα , θεωρίες για την επιθετικότητα , αναφορά και καταγραφή περιστατικών , εκτίμηση των παραγόντων που απορρέουν από τον περιβάλλοντα χώρο , λεκτικές τεχνικές εκτόνωσης , παράγοντες που πυροδοτούν την ένταση , προειδοποιητικά σημεία , χρήση του εξοπλισμού ασφαλείας , αυτοάμυνα και τεχνικές καθήλωσης , επικοδομητική παρατήρηση , και συμβουλευτική , συνέχεια στην επικοινωνία του προσωπικού. Πρωταρχικός στόχος της εκπαίδευσης δεν είναι να μιλήσουμε απλώς για το πρόβλημα αλλά να μάθουμε πρακτικούς τρόπους να το λύσουμε. Ο καλύτερος τρόπος για να γίνει αυτό είναι το role-play και η προσομοίωση τέτοιων περιστατικών , που μπορούν να παρουσιαστούν μαγνητοσκοπημένα προκειμένου να αναλυθούν και να συζητηθούν από τους συντονιστές και το ακροατήριο.

Ειδικά μέτρα πρόληψης βίαιης συμπεριφοράς στους χώρους ψυχικής υγείας

- μην αποκλείετε την πιθανότητα βίας όταν διακρίνονται πρώιμα σημάδια ταραχής στον ασθενή.
- μην απαλείφετε προειδοποιήσεις από τα αρχεία και μην κρύβετε από την οικογένεια και τους οικείους , τις αρχές και τους συναδέλφους σας ότι ο ασθενής είναι βίαιος.
- μην απομονώνετε με έναν δυνητικά βίαιο ασθενή , εκτός αν έχετε σιγουρέψει ότι έχουν παρθεί τα κατάλληλα μέτρα προστασίας για να αποτρέψουν ή να οριοθετήσουν ένα βίαιο ξέσπασμα.
- μην εκδηλώνετε συμπεριφορές που μπορεί να θεωρηθούν επιθετικές , όπως , να πλησιάζετε πολύ κοντά στον ασθενή , να τον κοιτάζετε επίμονα στα μάτια για μεγάλο χρονικό διάστημα , να κάνετε χειρονομίες , μορφασμούς και κινήσεις που ίσως φαίνονται απειλητικές.
- αποφεύγετε να αλληλεπιδρούν ταυτόχρονα πολλοί εργαζόμενοι με τον ασθενή γιατί του δημιουργούν σύγχυση , ειδικά , με πολύπλοκους διαλόγους.
- μην υπόσχεστε πράγματα που δεν θα πραγματοποιήσετε.
- μην αφήνετε δικά σας συναισθήματα φόβου , θυμού ή εχθρότητας να παρεμβαίνουν στον αυτοέλεγχο και την επαγγελματική κατανόηση για τον ασθενή.

- αποφεύγετε να διαπληκίζεστε , να δίνετε εντολές ή να διαφωνείτε αν δεν είναι απολύτως απαραίτητο.
- μην προσπαθείτε να εξευμενίσετε τον ασθενή συμφωνώντας με όλα τα πραγματικά ή φανταστικά πράγματα που αναγκάζεται να υπομένει στο ίδρυμα.
- μη γίνεστε συγκαταβατικοί επιδεικνύοντας συμπεριφορά ανώριμη, κυνική , σατιρική ή οποιαδήποτε άλλη γελοιοποιεί τον ασθενή.
- μην αυτοεπαίρεστε και μη φέρεστε σαν να τα γνωρίζετε όλα.
- αποφεύγετε να σηκώνετε τον τόνο της φωνής σας , να απαντάτε απότομα ή να απειλείτε για να υπακούσει ο ασθενής.
- αντιστρόφως , μη μουρμουρίζετε , μην απαντάτε διστακτικά ή τόσο χαμηλόφωνα που ο ασθενής να μην καταλαβαίνει τι του λέτε.
- μη διαπληκίζεστε για ασήμαντα θέματα δίνοντάς τους δυσανάλογα μεγάλη σημασία.
- μην προσπαθείτε να μιλήσετε λογικά με ασθενή που έχει κάνει χρήση κάποιας ψυχοτρόπου ουσίας.
- μην ελπίζετε ότι ο ασθενής θα υπακούσει σε κάτι , επειδή βλέπει τα πράγματα λογικά όπως εσείς.
- μην αφήνετε έναν ασθενή να περιμένει ή μην τον αφήνετε μόνο να τριγυρίζει στον χώρο αν υπάρχει ενδεχόμενο να είναι βίαιος.
- σε έναν καυγά , μην επιτρέπετε να παραβρίσκονται άλλοι ως θεατές.
- αποφεύγετε να κάνετε ερωτήσεις «τι» και «γιατί» που κάνουν τον ασθενή αμυντικό.
- μην αφήνετε τον ασθενή να στέκεται ανάμεσα σε εσάς και την έξοδο.
- μην απορρίπτετε τις έντονες αιτιάσεις του ασθενή θεωρώντας τες απλώς σαν τρόπο για να τραβήξει την προσοχή , να εκφράσει την οργή του ή σαν ναρκισσιστική συμπεριφορά.
- μη μπαίνετε σε έναν χώρο με άγνωστους ασθενείς απότομα. Μπείτε πιο αργά και αποκτήστε σταδιακά οπτική επαφή μαζί τους.
- μη μένετε μετά τις εργάσιμες ώρες με έναν εν δυνάμει βίαιο ασθενή , αν δεν έχουν εξασφαλιστεί τα κατάλληλα μέτρα προστασίας.
- μην παραλείπετε να προετοιμαστείτε για βίαια περιστατικά. Πάρτε στα σοβαρά την προσωπική σας ασφάλεια παίζοντας στο μυαλό σας αλλά συζητώντας και με άλλους σενάρια «τι θα συνέβαινε αν...».
- το πιο σημαντικό: μην προσπαθήσετε να γίνετε ήρωας.

Ειδικά μέτρα πρόληψης βίαιης συμπεριφοράς σε άλλους χώρους

- αν είναι δυνατό , να πηγαίνει ο εργαζόμενος μαζί με έναν συνεργάτη του ή το λιγότερο να έχει μαζί του ένα κινητό τηλέφωνο ή κάποιον άλλο τρόπο επικοινωνίας.
- πληροφορήστε κάποιον στο γραφείο για το που πηγαίνετε και πότε θα επιστρέψετε.
- ελέγχετε τον χώρο γύρω σας. Αν και ο χρόνος είναι πολύτιμος για την παρέμβαση σε κρίση , κινηθείτε ήρεμα και προσεκτικά , και δώστε προσοχή στο τί συμβαίνει κοντά σας.
- σχεδιάστε πώς θα αντιμετωπίσετε το συμβάν , πριν πάτε. Μάθετε κάθε βίαιο περιστατικό , χρήση ουσιών ή οποιαδήποτε άλλη , ενδεχομένως απειλητική συμπεριφορά από το φάκελλο του ασθενή. Καλό είναι να μαζεύεται η ομάδα παρέμβασης στην κρίση και να συζητά τα δεδομένα πριν την παρέμβαση.
- μην παρκάρετε μπροστά ακριβώς από το μέρος που συμβαίνει η κρίση. Ελέγξτε τη γύρω περιοχή καθώς οδηγείτε και παρκάρετε λίγο πιο μακριά. Αν χρειαστεί να απομακρυνθείτε γρήγορα , αυτή η θέση θα σας επιτρέψει να το κάνετε χωρίς να γίνετε άμεσα αντιληπτός από κάποιον που ενδεχομένως να θέλει να σας βλάψει.
- πριν χτυπήσετε την πόρτα και μπείτε στο χώρο , ακούστε προσεκτικά για λίγα δευτερόλεπτα τι γίνεται μέσα.
- ποτέ μη στέκεστε ακριβώς μπροστά στην πόρτα. Χτυπήστε και , όπως κάνει η αστυνομία , σταθείτε λίγο λοξά , ώστε να μη σας χτυπήσουν ή πυροβολήσουν από μέσα.
- δώστε προσοχή στο ντύσιμό σας από την πλευρά της ασφάλειας. Μια γραβάτα ή μια αλυσίδα στο λαιμό πιθανά σας κάνει να δείχνετε πιο «επαγγελματίας» , αλλά ίσως χρησιμοποιηθούν για να σας στραγγάλισουν. Τα ψηλά τακούνια είναι κομψά αλλά δεν σας επιτρέπουν να τρέξετε. Τα άνετα , λειτουργικά και μη φανταχτερά ρούχα , είναι το ζητούμενο.
- αν η πόρτα είναι ανοιχτή , κοιτάξτε αμέσως το χώρο για να δείτε ποιος είναι μέσα και που είναι οι υπόλοιποι. Συνδυάστε αυτό που βλέπετε με τις πληροφορίες που ήδη έχετε για την κατάσταση. Μη θεωρήτε τίποτα και κανέναν δεδομένο , ειδικά τα ηλικιωμένα άτομα που ίσως δείχνουν άκακα. Ρωτήστε αν βρίσκονται και άλλοι στο σπίτι , ποιοι και που είναι.

- δώστε σημασία στη λεκτική και εξω-λεκτική συμπεριφορά όλων όσων βρίσκονται στο χώρο. Τί κάνουν και τι πρέπει να κάνετε εσείς για να σταθεροποιήσετε την κατάσταση.
- μείνετε κοντά στην πόρτα αρχικά , ώστε να έχετε εύκολη πρόσβαση στην έξοδο αν χρειαστεί να απομακρυνθείτε άμεσα.
- μην επιτρέψετε σε περιέργους ή σε γείτονες να παραβρίσκονται στο χώρο. Ζητήστε τους ευγενικά να φύγουν. Αν αρνηθούν καλέστε την αστυνομία.
- ενημερώστε τον ασθενή που ήρθατε να επισκεφτήτε ή τον υπεύθυνο του κτηρίου ή την ασφάλεια του οικήματος.
- αν υπάρχει λεκτικός διαπληκτισμός , το βασικότερο είναι η ασφάλειά σας. Αν είναι απαραίτητο φύγετε και καλέστε την αστυνομία. Αν πιστεύετε ότι μπορείτε να ελέγξετε την κατάσταση ή δεν υπάρχει εναλλακτική λύση , προσπαθήστε να αναλάβετε τον έλεγχο το συντομότερο δυνατό. Χωρίστε τους εμπλεκόμενους και βάλτε τους να καθίσουν. Μείνετε ήρεμοι και ξεκαθαρίστε σύντομα και περιεκτικά τί ζητάτε από αυτούς. Αν δεν ακολουθήσουν τις οδηγίες σας μπορείτε να το απαιτήσετε με πιο έντονο τρόπο. Αν όλα τα προηγούμενα αποτύχουν , καλέστε την αστυνομία.
- καθίστε κάπου από όπου να μπορείτε να παρακολουθείτε τί συμβαίνει. Τοποθετήστε το σώμα σας έτσι που να γέρνει μπροστά και να μπορείτε να σηκωθείτε γρήγορα αν χρειαστεί. Αν αισθανθείτε ότι η κατάσταση ξεφεύγει από τον έλεγχο , φύγετε. Μην παριστάνετε τον ήρωα!

Παρέμβαση στη βίαιη συμπεριφορά

Έχουν περιγραφεί τρία κύρια επίπεδα παρέμβασης (Barret et al, 1997, Belak & Busse, 1993). Στο πρώτο επίπεδο , το ζητούμενο είναι η πρόληψη περαιτέρω κλιμάκωσης. Στο δεύτερο επίπεδο η παρέμβαση σκοπεύει στην μείωση της εκδήλωσης συμπεριφορών. Στο τρίτο επίπεδο η παρέμβαση εξασφαλίζει την μη βλάβη των ασθενών και του προσωπικού. Μέσα σε αυτά τα τρία γενικά επίπεδα , προτείνεται η διαδικασία των παρακάτω εννέα βημάτων, για καθένα απο τα οποία η προσωπική ευθύνη αποτελεί θεμελιώδη κανόνα. Τα βήματα 1 έως 5 , βασίζονται κατά κύριο λόγο στη συνομιλία και όχι στην πράξη , εναρμονιζόμενα με έναν από τους βασικούς σκοπούς της παρέμβασης στην κρίση με εν δυνάμει βίαια άτομα: προσπαθείστε να τους κάνετε να μιλήσουν αντί να δράσουν.

Βήμα 1: Ενημέρωση: Οι ασθενείς χρειάζονται να γνωρίζουν τι πρόκειται να τους συμβεί , το γιατί και το πώς , με λογικά επιχειρήματα και καθησυχαστικό τρόπο. Εκφράσεις που καταδεικνύουν το ενδιαφέρον για την κατάσταση του ασθενή , είναι ένα καλό πρώτο βήμα. Μπορούμε να υποθέσουμε ότι σε ένα νέο , ξένο και περίεργο περιβάλλον , το πρωταρχικό συναίσθημα του ασθενή ενδεχομένως είναι φόβος και θυμός. Ανοιχτές ερωτήσεις και αντανάκλαση του συναισθήματος είναι βασικά , προκειμένου να πειστεί ο ασθενής ότι τα δικά του συναισθήματα έχουν σημασία και λαμβάνονται υπόψη. Ο θεραπευτής, αφού έχει ενημερωθεί για το ιστορικό του νέου ασθενή , τον παρατηρεί καθώς πλησιάζει και συστήνεται. Αν αντιληφθεί ότι είναι αρνητικός ή επιθετικός μπορεί να κάνει αναγνώριση των συναισθημάτων του , ακόμα και αν είναι αρνητικά , αλλά και να μεταφέρει την πίστη ότι ο πελάτης μπορεί να τα ελέγξει και ότι αυτό αναμένει από αυτόν. Επίσης θέτει όρια αλλά και δίνει κάποιες εναλλακτικές προοπτικές και του επιτρέπει να αποφασίσει κάνοντας γνωστές τις συνέπειες για το κάθε τι. Ο θεραπευτής κρίνει πόσο ευθύς μπορεί να είναι με τον συγκεκριμένο πελάτη αλλά δεν δίνει ψεύτικες ελπίδες και υποσχέσεις. Μπορεί , αν το κρίνει σωστό , να τον φέρει σε επαφή με άλλους νοσηλευόμενους , προκειμένου να δει και μόνος του πως λειτουργούν τα πράγματα. Καλό είναι το πρόγραμμά του να είναι δομημένο και να μην αφήνει πολύ ελεύθερο χρόνο. Πολλές φορές οι νοσηλευόμενοι δεν ξέρουν πώς να τον διαχειριστούν και ορισμένοι χρειάζονται ιδιαίτερα την πειθαρχία. Ο θεραπευτής εξηγεί κάποιους κανόνες του ιδρύματος στον ασθενή και τις συνέπειες σε περίπτωση παραβίασής τους. Ότι π.χ. είναι υποχρεωμένος να σέβεται τους άλλους ασθενείς και το προσωπικό και είναι και αυτοί υποχρεωμένοι να σέβονται τον ίδιο. Η ενημέρωση ενός ασθενή για το τι θα του συμβεί φαρμακευτικά και ψυχολογικά , χρειάζεται να γίνει αργά , μεθοδικά και με μη επιστημονικούς όρους. Δίνοντας απλές και κατανοητές εξηγήσεις , βοηθούμε τον ασθενή να καταλάβει ενώ αντίθετα η πολυπλοκότητα στις εξηγήσεις αυξάνει την πιθανότητα για βίαιη συμπεριφορά.

Βήμα 2: Αποφυγή της σύγκρουσης: Η σύγκρουση και η αντιπαράθεση αποφεύγονται όποτε είναι δυνατό. Η διατύπωση απειλών είναι πιθανό να φέρει το αντίθετο αποτέλεσμα από τον έλεγχο και τη συνεργασία που επιθυμεί ο εργαζόμενος. Εργαζόμενοι που συνεχώς πιέζουν και κλιμακώνουν διάφορα θέματα με τους ασθενείς, δεν χρησιμοποιούν κακή θεραπευτική πρακτική και σίγουρα θα δημιουργήσουν προβλήματα. Αν ο ασθενής φτάσει σε οριακό σημείο , αφήστε τον να εκτονωθεί λεκτικά. Αν και οι φωνές και οι απειλές είναι δυσάρεστες , ωστόσο είναι καλύτερες από το πέρασμα σε πράξη βίας. Καλό είναι ο εργαζόμενος να

απομακρύνει τον εξαγριωμένο ασθενή από τους άλλους πριν δημιουργηθεί κάποια ομαδική αντίδραση. Ενδεχομένως το δωμάτιο του ασθενή είναι το ενδεδειγμένο μέρος για συζήτηση. Αν πάλι δεν είναι αρκετό για να ηρεμήσει , καλό είναι να υπάρχει από πριν ένας χώρος χωρίς πολλά ερεθίσματα , ειδικά διαμορφωμένος για τέτοιες περιπτώσεις. Ο εργαζόμενος μπορεί να μιλάει με ήρεμο τόνο φωνής και να εξηγήσει ότι η βία στο ίδρυμα δεν είναι αποδεκτή είτε προέρχεται από τους ασθενείς είτε από τους εργαζόμενους. Καλό είναι να εξηγείται με κάθε ειλικρίνεια στον ασθενή ποιες θα είναι οι συνέπειες των επιλογών του. Σε αυτό το στάδιο το χάσιμο της αξιοπιστίας θα μπορούσε να αποβεί επιζήμιο. Οι ασθενείς πρέπει να αντιμετωπίζουν τις συνέπειες της ακατάλληλης συμπεριφοράς τους αλλά με έναν φροντιστικό , υποστηρικτικό και πυροσβεστικό τρόπο , που δεν είναι καθόλου σαρκαστικός ή ανταγωνιστικός. Αν η κατάσταση χειροτερεύει ραγδαία και ο εργαζόμενος νιώθει ότι η επικοινωνία δεν επιτυγχάνει , ίσως είναι καλό να μπει ένα νέο πρόσωπο στο περιστατικό ως ουδέτερο. Αυτή η τακτική βέβαια , εμπεριέχει και ρίσκο , από την πλευρά του εργαζόμενου. Ανταμοίβει τον ασθενή για το ξέσπασμά του με το να του δίνεται προσοχή και από άλλο άτομο και δείχνει ότι η κατάσταση ελέγχεται από τον ίδιο και όχι από το ίδρυμα.

Βήμα 3: Κατευνασμός: Τα βήματα 3 και 4 είναι πιο κατάλληλα για επείγουσες καταστάσεις , κατά τις οποίες ο εργαζόμενος αντιμετωπίζει άμεσα την επιθετικότητα του ασθενή και δεν μπορεί να εξασφαλίσει την ίδια στιγμή , βοήθεια. Ο κατευνασμός δεν είναι πάντα κατάλληλος τρόπος αντιμετώπισης καταστάσεων κάτω από κανονικές συνθήκες. Παρόλα αυτά , είναι καλύτερο να επιδεικνύεται πραότητα από την πλευρά του εργαζόμενου ακόμα και αν είναι λάθος , παρά να προβάλλεται μια εικόνα σκληρότητας , ακόμα και όταν ο ασθενής παρουσιάζεται απειλητικός προσβλητικός και γενικά , παραφέρεται. Αυτή η σύσταση δε σημαίνει ότι ο εργαζόμενος πρέπει να γίνει πειθήνιο όργανο του θεραπευόμενου. Σημαίνει ότι πρέπει να ενεργεί με έναν ενσυναισθητικό τρόπο που θα του επιτρέψει να δει πόσο φοβισμένος και ταραγμένος είναι ο ασθενής. Από την άλλη πλευρά , κάθε προσπάθεια του εργαζόμενου να αντιμετωπίσουν μια τέτοια κατάσταση με απειλές , το πιο πιθανό είναι να επιβεβαιώσει την υποψία του ασθενή ότι θα του συμβούν άσχημα πράγματα. Σε ορισμένες περιπτώσεις είναι πιο απλό να γίνει δεκτή μια επιθυμία ενός ασθενή που είναι πραγματοποιήσιμη και δεν έρχεται σε μεγάλη αντίθεση με τους κανονισμούς του ιδρύματος , παρά να αγνοηθεί.

Βήμα 4: Προσπάθεια εκτόνωσης της έντασης: Η εκτόνωση του θυμού σκοπεύει στην μετατόπισή του σε λιγότερο απειλητικά θέματα. Ο θεραπευτής μπορεί να ζητήσει από τον ασθενή να καθίσει κάτω , προκειμένου να πάψει να είναι τόσο απειλητικός. Επίσης , με αυτό τον τρόπο θέτει τα όρια ήρεμα αλλά σταθερά. Η συναισθηματική

κατάσταση του ασθενή ίσως απαιτήσει από τον εργαζόμενο να επαναλάβει την υπόδειξη του περισσότερες φορές. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιήσει και μια παλιά τεχνική που χρησιμοποιείται σε παιδιά κατά την οποία λέμε στον ασθενή π.χ. να καθίσει πρώτα κάτω και μετά θα του δώσουμε αυτό που ζητά. Χρησιμοποιώντας τεχνικές επίλυσης προβλημάτων , χωρίς να έχει σημασία πόσο μικρή είναι η πραγματική ή φανταστική αδικία , ο εργαζόμενος αποδεικνύει στον ασθενή το ενδιαφέρον του σε αυτόν ως άτομο και όχι σαν ένα ακόμα όνομα στον κατάλογο του ιδρύματος. Ξεχωρίζοντας τα προβλήματα σε μικρότερα , ο εργαζόμενος μπορεί να τα επιλύσει πιο εύκολα. Μέχρι να βεβαιωθεί ποιο είναι το πρόβλημα , δεν πρέπει να υπόσχεται οτιδήποτε , προκειμένου να ηρεμήσει τον ασθενή Σε πολλές περιπτώσεις ενδεχομένως ο ασθενής θέλει να δικιμάσει τα όρια. Αυτό είναι δεδομένο για πολλούς ασθενείς και ο εργαζόμενος πρέπει να είναι προετοιμασμένος ότι θα γίνει ξανά και ξανά. Κάτι που επίσης μπορεί να βοηθήσει στην εκτόνωση , είναι η σωματική δραστηριότητα. Ταυτόχρονα ο εργαζόμενος ενισχύει θετικά την ενασχόληση με του ασθενή με πιο αποδεκτούς τρόπους έκφρασης. Αν και είναι μακροχρόνια πιο αποτελεσματικό να μάθουμε στον ασθενή τρόπους διαχείρισης του θυμού, η φυσική άσκηση προκειμένου να κατευναστεί η ένταση , είναι μια αποτελεσματική στιγμιαία λύση).

Βήμα 5: Διακοπή: Όταν ο ασθενής δε μπορεί να διαχειριστεί τα συναισθήματά του εκείνη τη στιγμή της έντασης , μπορούμε να του ζητήσουμε να πάει σε έναν χώρο όπου δεν υπάρχουν πολλά ερεθίσματα , είναι μόνος και μπορεί να σκεφτεί. Σε αυτό το σημείο πρέπει να γίνει μια καθαρή εκτίμηση του πόσο οργισμένος είναι ο ασθενής. Είναι διατεθειμένος να αποχωρήσει από μια έντονη κατάσταση για έναν χώρο όπου μπορεί να μείνει για λίγα λεπτά και να σκεφτεί; Αν δεν αντιδράσει , καλό είναι ο εργαζόμενος να του ζητήσει να κάνει αυτή τη διακοπή. Αν ο ασθενής απειλήσει ευθέως κάποιον εργαζόμενο ή άλλον ασθενή , η αντιμετώπιση πρέπει να είναι υποχρεωτική διακοπή και απομάκρυνση με σταθερό και ξεκάθαρο τρόπο. Ο εργαζόμενος καλό είναι να δίνει σαφείς οδηγίες και να μην πιέζει αν ο ασθενής δεν επιθυμεί να το συζητήσει εκείνη τη στιγμή. Αν ο ασθενής είναι τόσο οργισμένος που δεν έχει επαφή με την πραγματικότητα και αρνείται να συμμορφωθεί , ο εργαζόμενος χρειάζεται βοήθεια προκειμένου να διαχειριστεί την κατάσταση.

Βήμα 6: Επίδειξη πυγμής: Αν ο ασθενής δεν είναι ικανός να διακόψει , δε συμμορφώνεται και γενικά παραφέρεται , χρειάζεται να επιδειχτεί πυγμή. Αν ο εργαζόμενος νιώσει ότι ο ασθενής είναι τόσο ταραγμένος που ίσως χρειαστεί βοήθεια, η συζήτηση καλό είναι να γίνει σε ανοιχτό χώρο , με τη διακριτική παρουσία και άλλων μελών του προσωπικού , που μπορούν να βοηθήσουν στον περιορισμό

του , αν είναι απαραίτητο. Η επίδειξη πυγμής καταδεικνύει ότι οποιαδήποτε κίνηση ή απειλή βίας δεν είναι ανεκτή και συχνά βοηθά τους αποδιοργανωμένους ασθενείς να ανακτήσουν τον έλεγχο του εαυτού τους. Αν φτάσει αυτή η στιγμή , είναι υψηλός ο κίνδυνος για βία και καλό είναι ο εργαζόμενος να μην προσπαθήσει να αντιμετωπίσει μόνος την κατάσταση. Χρειάζεται να μπορέσει να δείξει έμπρακτα , ότι η υπακοή τώρα στους κανόνες είναι απαραίτητη. Η ακόλουθη διαδικασία θα βοηθήσει τον εργαζόμενο να αποφύγει τον κίνδυνο.

- Μείνετε ήρεμος και χαλαρός. Η ένταση των μυών και οι απειλητικές κινήσεις μπορεί να πυροδοτήσουν την κατάσταση και να κάνουν τον ασθενή να σκεφτεί ότι κάτι κακό θα του συμβεί. Τεχνικές χαλάρωσης όπως η βαθιά αναπνοή , είναι πολύ βοηθητικές καθώς συμβάλλουν να μείνετε χαλαρός , προλαμβάνουν την αντίδραση του ασθενή και ενεργούν άμεσα.
- Μην κοιτάζετε έντονα τον ασθενή. Κρατάτε κανονική βλεμματική επαφή μαζί του. Μπορείτε να επικεντρωθείτε σε κάποιο σημείο στο ύψος του λαιμού και να κοιτάζετε σποραδικά τα μάτια ή σε άλλα σημεία πάνω στο άτομο.
- Σταθείτε σε απόσταση ασφαλείας. Εκτιμήστε πόσο περίπου είναι το άνοιγμα των χεριών του ασθενή και σταθείτε πιο μακριά. Θυμηθείτε ότι ένας οργισμένος ασθενής , γενικά , δεν μπορεί να εκτιμήσει σωστά τον προσωπικό του χώρο και νιώθει ότι απειλείται όταν τον πλησιάσετε πιο πολύ.
- Σταθείτε στην μη-κυρίαρχη πλευρά του ασθενή. Μάθετε ποιο χέρι χρησιμοποιεί και μείνετε από την άλλη πλευρά. Ειδικά στους άνδρες , η κατεύθυνση της ζώνης τους και το ρολόι χεριού , υποδεικνύουν ποιο χέρι χρησιμοποιούν κυρίως. Αν δε μπορείτε να το καταλάβετε , μείνετε στην δεξιά πλευρά , μια και οι περισσότεροι άνθρωποι είναι δεξιόχειρες. Σε έναν καυγά το άτομο χρησιμοποιεί και τα δύο του πόδια. Αν ο εργαζόμενος βρίσκεται στην «αδύναμη» πλευρά , είναι πιθανότερο το χτύπημα να έχει λιγότερη δύναμη και να αντιληφθεί την πρόθεση πιο νωρίς.
- Κρατείστε τα χέρια σας χαμηλά. Τα χέρια σταυρωμένα στο στήθος ή στη μέση είναι κακό για δύο λόγους. Υπονοούν εχθρότητα ή εξουσία και βάζουν τον εργαζόμενο σε μειονεκτική θέση αφού χρειάζεται κάποιος χρόνος μέχρι να κατεβάσει τα χέρια του και να αμυνθεί.
- Υιοθετείστε μια αμυντική στάση. Σταθείτε με τα πόδια ελαφρά ανοιχτά , πρόσωπο με πρόσωπο με τον ασθενή και προς την πιο «αδύναμη» πλευρά του. Να είστε σε ετοιμότητα μήπως χρειαστεί να τρέξετε. Αν λυγίσετε ελαφρά το γόνατο , έχετε μεγαλύτερες πιθανότητες να μείνετε όρθιος σε κάθε περίπτωση.

- Αποφύγετε να εγκλωβιστείτε. Αν ο ασθενής εγκλωβιστεί ανάμεσα σε δύο τοίχους ή άλλα αντικείμενα και στέκεστε μπροστά του , ο μόνος τρόπος για να φύγει είναι περνώντας από πάνω σας!
- Αποφύγετε τις εντολές. Όταν ένας ασθενής απειλεί , το να ακούσει μια εντολή ή διαταγή , κλιμακώνει την ένταση. Οι βασικές ικανότητες ενσυναισθητικής ακρόασης και ανταπόκρισης που αναφέρονται σε όλο το σύγγραμμα , είναι πιθανότερο να οδηγήσουν σε ικανοποιητικά αποτελέσματα,
- Κάντε αντιληπτικό έλεγχο. Ζητήστε τη βοήθεια του ασθενή. Αν η λεκτική του ανταπόκριση οξύνει την κατάσταση ζητήστε του λύσεις ή τεχνικές που θα αποκλιμακώσουν την κατάσταση.
- Παραδεχτείτε σφάλματα. Αν έχετε κάνει κάποιο λάθος στην κρίση σας , παραδεχτείτε το και ζητήστε συγγνώμη.
- Μην κάνετε τίποτα. Αν με το να κάνετε κάτι χειροτερέψετε την κατάσταση , μην κάνετε τίποτα. Αν ο ασθενής είναι αποφασισμένος να φύγει και δε μπορείτε να έχετε άμεση βοήθεια , αφήστε τον να φύγει. Ποτέ μην προσπαθήσετε να αγγίξετε έναν ασθενή κάτω από αυτές τις συνθήκες χωρίς πρώτα να του κάνετε κατανοητό γιατί θα το κάνετε και πάρετε τη συγκατάθεσή του για αυτό.
- Δώστε στον ασθενή αξία. Με ειλικρινή και ενσυναισθητικό τρόπο , αναγνωρίστε ότι έχει λόγους που νιώθει έτσι και αφήστε τον να φύγει.
- Όλοι οι εργαζόμενοι σε τέτοιους χώρους και ειδικά οι εξειδικευμένοι στην αντιμετώπιση κρίσεων πρέπει να εκπαιδεύονται σε βασικές τεχνικές αυτοάμυνας. Αν και συμβουλευόμαστε κάθε εργαζόμενο να γνωρίζει αυτές τις βασικές δεξιότητες της αυτοάμυνας , πιστεύουμε ότι μόνο κάτω από εξαιρετικές περιπτώσεις θα πρέπει να προσπαθήσει να επιβληθεί σωματικά στον ασθενή.

Βήμα 7: Απομόνωση: Η απομόνωση μπορεί να διαφοροποιηθεί από την διακοπή (βήμα 5) ως προς τη χρονική της διάρκεια , το πλαίσιο και τη μη εθελοντική της φύση. Η απομόνωση είναι ένας σκληρός τρόπος θέσης ορίων , σε ένα ασφαλές και σίγουρο περιβάλλον , όπου μπορεί ο ασθενής να αναδιοργανώσει τη σκέψη του , τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά του. Όταν κατά τη διάρκειά της χρησιμοποιείται σωματική ή χημική καθήλωση , πρέπει να ακολουθούνται κάποιοι θεμελιώδεις κανόνες. Να χρησιμοποιείται μόνο όταν υπάρχει άμεσος κίνδυνος για τον ίδιο τον ασθενή ή για άλλους και να μη γίνεται αν υπάρχουν άλλες εναλλακτικές λύσεις διαθέσιμες. Ενδείξεις για απομόνωση υπάρχουν όταν ο ασθενής είναι ταραγμένος , υπερκινητικός , απειλεί λεκτικά ή καταστρέφει

αντικείμενα, όταν ο ασθενής είναι παρορμητικός ή κάνει φασαρία και δεν ανταποκρίνεται σε παραινήσεις, όταν είναι αυτοκτονικός ή αυτοκαταστροφικός και δε μπορεί ή δε θέλει να συμφωνήσει λεκτικά ότι δε θα κάνει κακό στον εαυτό του. Παρόλα αυτά, η παρέμβαση αυτή επιτρέπει στον ασθενή να έχει κάποιο βαθμό ελέγχου στην κινητικότητά του, τη σκέψη και την αυτονομία του. Η απομόνωση μπορεί να είναι προς όφελός του, όταν είναι διεγερτικός από την επαφή με άλλους. Αρνητικά συναισθήματα όπως θυμός, ενοχή, σύγχυση, αβοηθησία και χάσιμο του ελέγχου είναι συνηθισμένες αντιδράσεις στο μέτρο αυτό.

Ο εργαζόμενος όταν έχει εξασφαλίσει βοήθεια, μπορεί να δώσει στον ασθενή την επιλογή να απομονωθεί με τη θέλησή του στο δωμάτιό του ή να τον συνοδεύσουν στην απομόνωση. Αν αρνηθεί να φύγει, ο επικεφαλής της πενταμελούς ομάδας κρίσης δίνει το σύνθημα προκειμένου να μεταφερθεί στην απομόνωση. Ένα άτομο κρατά το κεφάλι του και οι άλλοι τέσσερις το σώμα του, προκειμένου να μην τραυματιστεί. Αφού τον βάλουν στο δωμάτιο, τον ενημερώνουν για την περαιτέρω διαδικασία και ένας από την ομάδα αναλαμβάνει να τον ελέγχει κατά τακτά χρονικά διαστήματα. Ο έλεγχος γίνεται κάθε 15, 30 ή 60 λεπτά, ανάλογα με την κατάσταση του ασθενή. Γενικές οδηγίες δίνονται τόσο στο προσωπικό όσο και τον ίδιο τον ασθενή. Ο χώρος της απομόνωσης έχει λίγα ερεθίσματα και δίνεται έμφαση στις βιολογικές ανάγκες. Χαμηλό επίπεδο ερεθισμάτων δε σημαίνει πλήρη αποστέρηση. Είναι σημαντικό να μην προκληθούν συναισθήματα εγκατάλειψης. Ο ασθενής πρέπει να νιώσει αποδοχή από τους εργαζόμενους και να καταλάβει ότι η απομόνωση είναι απαραίτητη και προσωρινή και ότι θα επιστρέψει στις δραστηριότητές του όταν ηρεμήσει. Σε μια ακραία κατάσταση ταραχής, δεν υπάρχει λόγος να συζητούνται συναισθήματα και συγκρούσεις εκείνη τη στιγμή. Η συζήτηση πρέπει να είναι σύντομη, άμεση, συγκεκριμένη και καλοπροαίρετη. Δεδομένου ότι ο ασθενής είναι διεγερμένος, ο ύπνος είναι ένας πολύ καλός θεραπευτικός δρόμος.

Βήμα 8: Καθήλωση: Οι καθήλωσεις είναι πιο συχνές σε ψυχιατρικές δομές και εφαρμόζονται από κοινού, από το νοσηλευτικό προσωπικό και τον υπεύθυνο γιατρό. Όταν ένας ασθενής καθηλωθεί, η επίβλεψη είναι απολύτως απαραίτητη. Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει οι ασθενείς να καθελώνονται χωρίς αυτές τις προϋποθέσεις και χωρίς την παρουσία ιατρικού προσωπικού. Αν ο ασθενής είναι εκτός ελέγχου και αρνείται να πάει σε απομονωμένο χώρο, τότε μπορεί να χρησιμοποιηθεί η καθήλωση, η οποία μπορεί να είναι είτε σωματική είτε χημική. Η καθήλωση είναι αμφιλεγόμενη και η χρήση της καθορίζεται αυστηρά τόσο από το νόμο, όσο και από τη δεοντολογία. Γίνεται μόνο όταν είναι φανερό ότι ο ασθενής

μπορεί να βλάψει τους άλλους ή τον εαυτό του. Αν πρόκειται κάποιος ασθενής να καθηλωθεί , πρέπει να υπάρχει το κατάλληλο προσωπικό , που αποτελείται από τέσσερα , τουλάχιστον , άτομα και έναν επικεφαλής , σύνολο δηλαδή , πέντε άτομα. Γραπτές οδηγίες και συχνή πρακτική εξάσκηση της διαδικασίας με παρατήρηση και κριτική , πρέπει να γίνεται προκειμένου το προσωπικό να είναι έτοιμο για τέτοια περιστατικά. Η απομόνωση και η καθήλωση δεν πρέπει ποτέ να χρησιμοποιούνται σαν τρόπος ελέγχου των ασθενών , για να διευκολυνθεί το προσωπικό ή σαν τιμωρία. Πραγματικά , αποτελεί το έσχατο μέσο , γιατί η χρήση του ενδέχεται να προκαλέσει εχθρικά συναισθήματα στον ασθενή. Αν είναι δυνατό , ο εργαζόμενος σε κρίση δεν πρέπει να εμπλέκεται σε τέτοιου είδους επεισόδια , γιατί αυτό ίσως δημιουργήσει εμπόδια σε μελλοντική θεραπευτική προσπάθεια.

Βήμα 9: Φαρμακευτική καθήλωση: Αν όλα τα προηγούμενα αποτύχουν , χρειάζεται ο ασθενής να κατασταλεί φαρμακευτικά , με εντολή του γιατρού. Σε αυτό το στάδιο το πρόβλημα έχει γίνει καθαρά ιατρικό και μέχρι το προσωπικό να εκτιμήσει την κατάσταση και να αποφανθεί ότι πρέπει να σταματήσει αυτού του είδους η φαρμακευτική αγωγή , τι ίδιο λίγα μπορεί να προσφέρει. Αν κάποιος ασθενής φτάσει σε αυτό το στάδιο , δε σημαίνει ότι είναι το τέλος της πορείας του. Το βήμα αυτό είναι θεμελιώδες για μια ολοκληρωμένη διακοπή , τόσο από την πλευρά του ασθενή όσο και από αυτή του προσωπικού. Από την πλευρά του ασθενή , θα του επιτρέψει να μειώσει τα υπερβολικά ερεθίσματα που βιώνει και να επιστρέψει σε φυσιολογικά πλαίσια. Στο προσωπικό θα δοθεί χρόνος να αναδιοργανώσει τις σκέψεις του ως προς το πώς θα αντιμετωπίσει έναν ταραγμένο ενήλικο. Όταν ο ασθενής βγει από τη φαρμακευτική καθήλωση , το προσωπικό θα ξαναρχίσει τη θεραπεία μαζί του και θα έχει διαμορφώσει ένα νέο θεραπευτικό πλάνο προκειμένου να τον αντιμετωπίσει πιο αποτελεσματικά.

Τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας ως θύματα βίας

Τα μέλη του προσωπικού που υπήρξαν θύματα επιθέσεων βίας από ασθενείς, ίσως παρουσιάσουν συναισθηματικές αντιδράσεις που συμπεριλαμβάνουν συνεχή επαγρύπνηση , τρομαγμένες αντιδράσεις , επίμονες σκέψεις , θυμό που δεν μπορεί να εκδηλωθεί και γενικά λιγότερη ψυχική ευεξία και μικρότερο έλεγχο στον θυμό τους. Μπορεί να μοιάζουν με τα θύματα που πάσχουν από διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD). Μετά την επίθεση , αρχικά τα μέλη του προσωπικού ίσως αποδώσουν ευθύνες στο θύμα , προκειμένου να ανακουφίσουν

την ταραχή και τον φόβο τους για την πιθανότητα το περιστατικό να είχε συμβεί στους ίδιους. Αυτό δεν πρέπει να επιτραπεί με κανέναν τρόπο. Η συμπόνια και η υποστήριξη για το θύμα είναι ζωτικές. Ο οίκτος , η συγκατάβαση και η υπονόηση ότι το θύμα προκάλεσε το περιστατικό , πρέπει να αποφεύγονται. Καλό είναι να υπάρχουν διαθέσιμες ομάδες μέσα από το ίδρυμα , προκειμένου να συμπαραστέκονται σε θύματα επιθέσεων. Αλλά και το προσωπικό πρέπει να είναι προετοιμασμένο να δώσει άμεση βοήθεια , να δώσει λύση σε προβλήματα και να πάρει αποφάσεις άμεσα , για θέματα όπως η εκτίμηση της σοβαρότητας των τραυμάτων , οι πρώτες βοήθειες , η συμπαράσταση στο θύμα , η παροχή ηθικής υποστήριξης και η βοήθεια με τις ιατρικές , νομικές και αστυνομικές αναφορές. Ολόκληρη η πτέρυγα του ιδρύματος , καλό είναι να λάβει συμβουλευτική βοήθεια , προκειμένου να αποφευχθεί ο στιγματισμός του θύματος. Αμέσως μόλις το θύμα νιώσει έτοιμο , καλό είναι να γίνεται μια ανοιχτή συζήτηση για το περιστατικό. Μια «ψυχολογική αυτοψία» εξετάζει λεπτομερώς τα γεγονότα που οδήγησαν σε αυτό. Όλα τα μέλη του προσωπικού που ασχολούνται με τον συγκεκριμένο ασθενή , πρέπει να παρίστανται στη συνάντηση αυτή. Η λεπτομερής ανασκόπηση του τι έκανε το προσωπικό και ο ασθενής πριν , κατά τη διάρκεια και μετά το περιστατικό , είναι πολύ σημαντική. Επιπλέον , χρήσιμο είναι να δίνεται σημασία στους περιβαλλοντικούς παράγοντες , προκειμένου να καθοριστεί αν ή πόσο συνέβαλλαν στην επιθετική συμπεριφορά του ασθενή. Αυτή η αυτοψία θα βοηθήσει ενδεχομένως , να έρθουν στο φως στοιχεία που αφορούν στο πως , το γιατί και το τι συνέβει , ώστε να μην επαναληφθούν. Πρέπει βέβαια να ζητηθεί και η γνώμη του θύματος και να ακουστεί με πολύ σεβασμό. Το προσωπικό να συζητήσει τι συνέβει , να δουλέψει τα συναισθήματα για το συμβάν και να μοιραστεί απόψεις για να αποφευχθούν τέτοια γεγονότα στο μέλλον. Ανασκοπώντας αυτή την τραυματική εμπειρία , δίνεται η ευκαιρία στο θύμα να συμβιβαστεί με τα συναισθήματα της ανασφάλειας και της απώλειας του ελέγχου.

Η «ανάλυση κρίσιμων στρεσογόνων περιστατικών» (critical incident stress debriefing) πρέπει να γίνεται ταυτόχρονα με την ψυχολογική ανάλυση , προκειμένου να βοηθηθεί ο εργαζόμενος που έπεσε θύμα της επίθεσης , να ανακτήσει την χαμένη του ισορροπία και ομοιόσταση.

Βιβλιογραφικές πηγές

Anderson , C.A.(2001). Heat and violence. *Current Directions in psychological science* , 10(1) , 33-38.

Barret , K.E., Riggat , T.G. & Flowers , C.R. (1997). Violence in the workplace. Preparing for the age of rage. *Journal of Rehabilitation Administration* , 21(3) , 171-188.

Beck , J.C.(1988). The therapist' s legal duty when the patient may be violent. *Psychiatric Clinics of North America* , 11 , 665-679.

Becker , W.C. (1971). *Parents and teachers*. Champaign , IL: Research Press.

Belak , A.G. & Busse , D. (1993). Legal issues. In P.E. Blumenreich & S. Lewis (Eds.) , *Managing the violent patient : A clinician's guide* (pp. 137-149). New York : Brunner-Mazel.

Blumenreich P.E. (1993). Assessment . In Blumenreich P.E. & S. Lewis (Eds.) , *Managing the violent patient: A clinician's guide* (pp. 35-40). New York : Brunner-Mazel.

Blumenreich P.E. (1993). Etiology. In Blumenreich P.E. & S. Lewis (Eds.) , *Managing the violent patient: A clinician's guide* (pp.21-33). New York : Brunner- Mazel.

Fishbain , D.A., Cutler , R.B., Rosomoff , H.L.& Steele- Rosomoff , R. (2000). Risk for violent behavior in patients with chronic pain: Evaluation and management in the pain facility setting. *Pain Medicine* , 1(2) , 140-155.

ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗ ΒΙΑ ΚΑΙ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Ελένη Παπαδομαρκάκη, Ψυχολόγος

Μορφές συζυγικής κακοποίησης

Το φαινόμενο της γυναικείας κακοποίησης έχει αναγνωρισθεί στις περισσότερες χώρες της Δυτικής Ευρώπης και τις Η.Π.Α., ως κοινωνικό πρόβλημα ευρύτατα διαδεδομένο. Τα στοιχεία που έχουμε παγκοσμίως καταδεικνύουν ότι η κακοποίηση διαπερνά τις φυλές, τις εθνικότητες και τις τάξεις. Η γυναικεία κακοποίηση αποτελεί την πιο συχνή μορφή ενδοοικογενειακής βίας. Τα θύματα αυτής είναι κυρίως γυναίκες. Έχουν σημειωθεί και περιστατικά κακοποίησης ανδρών σε διαπροσωπικές σχέσεις, αλλά αυτά καλύπτουν μάλλον μικρό ποσοστό, σε σχέση με το αντίστοιχο των γυναικών. Η κακοποίηση μιας γυναίκας από έναν σύζυγο ή σύντροφο μπορεί να πάρει τρεις μορφές: α) σωματική, β) ψυχολογική - συναισθηματική και γ) σεξουαλική. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πανελλαδικής έρευνας που διοργανώθηκε από το ΚΕΘΙ (2003) με δείγμα 1.200 γυναικών, το 56% των ερωτηθέντων βιώνει ψυχολογική βία, το 3,6 υφίσταται σωματική βία και το 3,5 εξαναγκάζεται σε σεξουαλική επαφή. Ας δούμε όμως την κάθε μία μορφή πιο αναλυτικά:

Σωματική Κακοποίηση: Πρόκειται για την πιο συχνή μορφή κακοποίησης και την πιο συχνά αναφερόμενη στις Αρχές. Η άσκηση σωματικής βίας συνήθως περιλαμβάνει σπρώξιμο, χαστούκια, κλωτσιές, γροθιές, τσιμπιές, τράβηγμα μαλλιών, καψίματα, φράξιμο της αναπνοής μέχρι λιποθυμίας, στραμπούλιγμα ή σπάσιμο χεριών, απειλή ή επίθεση με όπλο, ακρωτηριασμός, άρνηση τροφής, ύπνου ή ιατρικής περίθαλψης και κλείδωμα μέσα ή έξω από το σπίτι. Επίσης, ο δράστης μπορεί να παρατάει το θύμα του σε επικίνδυνα μέρη, να του πετάει αντικείμενα ή να οδηγεί με ιλιγγιώδη ταχύτητα προκειμένου να το τρομοκρατήσει. Μεταξύ των βίαιων περιστατικών, μεσολαβούν ενδιάμεσα στάδια. Ο «κύκλος της βίας» περιλαμβάνει τα εξής: Επίθεση, Μετάνοια και συγχώρεση, Φροντίδα του θύματος και υπόσχεση ότι δεν θα επαναληφθεί, Περίοδος συμφιλίωσης και εξιλέωσης, και Επίθεση. Όσο πιο συχνά επαναλαμβάνεται, τόσο συντομεύει η διάρκειά του και παραλείπονται τα ενδιάμεσα στάδια, όπως η φάση της μετάνοιας και της συμφιλίωσης. Οι περισσότεροι από τους

άνδρες που κακοποιούν σωματικά τις γυναίκες τους δεν έχουν συναισθηματική διαταραχή ή ιστορικό εγκληματικών πράξεων. Συχνά, το κοινωνικό του προφίλ είναι εντελώς διαφορετικό από την συμπεριφορά στην προσωπική τους ζωή. Πιο πιθανό είναι στην παιδική τους ηλικία να είχαν πέσει θύματα κακοποίησης, την οποία αναπαραγάγουν και στην ενήλικη ζωή. Οι γυναίκες, που κακοποιούνται σωματικά, συχνά προέρχονται από οικογένειες που προάγουν την παθητικότητα και αποθαρρύνουν την διεκδικητικότητα και τον έλεγχο γύρω από τα συναισθήματα. Παράλληλα, έχει διαπιστωθεί ότι γυναίκες που είχαν ως παιδιά τύχει σκληρής διαπαιδαγώγησης από τους γονείς τους δείχνουν μεγαλύτερη ανεκτικότητα σε έναν βίαιο σύζυγο. Κάποιοι παράγοντες που μπορούν να αυξήσουν την πιθανότητα για άσκηση σωματικής βίας στις γυναίκες είναι η διαφορά του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, ο αλκοολισμός και η τοξικοεξάρτηση, η ζήλια, οι στερεότυποι ρόλοι («δυνατός άνδρας-αδύναμη γυναίκα»), τα αισθήματα απειλής ή ματαίωσης του άνδρα στο σπίτι, στη δουλειά ή στις σχέσεις του, και η εγκυμοσύνη της συζύγου (Bergen, 1996. Gelles, 1997).

Ψυχολογική – Συναισθηματική Κακοποίηση: Η ψυχολογική βία είναι το προοίμιο της άσκησης της σωματικής και σεξουαλικής βίας. Πρόκειται για τη χειρότερη μορφή κακοποίησης. Μπορεί να λαμβάνει χώρα, όχι μόνο στο ιδιωτικό χώρο του ζευγαριού, αλλά συχνά και δημόσια, ιδιαίτερα σε στιγμές που η γυναίκα είναι απροετοίμαστη να αντιδράσει, ενώ μπορεί να συνεχίζεται και αφού ο δράστης έχει αποχωρίσει από το σπίτι (Walker, 1984, 1987, 1997). Η ψυχολογική βία μπορεί να είναι λεκτική, κοινωνική και οικονομική

Λεκτική Βία: Η λεκτική βία εκφράζεται με ύβρεις, απειλές και εκφράσεις μειωτικές. Ένας σύντροφος που κακοποιεί λεκτικά τη γυναίκα του μπορεί να την γελοιοποιεί, να την κριτικάρει, να την κατηγορεί, να αμφισβητεί τη νοητική και ψυχική της κατάσταση, να κατακρίνει την εξωτερική της εικόνα, να υποστηρίζει ότι αξίζει την κακοποίησή της και ότι αυτή ευθύνεται γι' αυτή και να τη διαβεβαιώνει πως δεν μπορεί να τα βγάλει πέρα χωρίς εκείνον στο πλάι της. Συχνό επακόλουθο των λεκτικών καυγάδων είναι η σωματική βία (Martin, 1981). Η λεκτική βία μοιάζει με πλύση εγκεφάλου και μπορεί να τραυματίσει πολύ σοβαρά την αυτοεικόνα μιας γυναίκας, καθώς εκείνη τείνει να ενδοβάλλει την κριτική του συντρόφου της και να πιστεύει ότι, ό,τι της προσάπτει, ανταποκρίνεται στην αλήθεια (Dekeseredy & Hinch, 1991. Haley & Brann - Haley, 2000). Στην κατηγορία της λεκτικής βίας θα μπορούσε να συγκαταλεχθεί και αυτό που η Hirigoyen (2000), αναφέρει ως διαστροφική βία ή ηθική παρενόχληση. Πρόκειται για την προσπάθεια ψυχικής εξόντωσης του άλλου με λόγια, νεύματα, υπονοούμενα, φέματα. Η διαφορά της με τις άλλες μορφές βίας είναι ότι στη

διαστροφική βία δεν υπάρχει ποτέ ανοιχτή σύγκρουση. Τα θύματα δεν συνειδητοποιούν αμέσως την κακόβουλη αυτή μεταχείριση. Στόχος του δράστη είναι η πρόκληση άγχους στο θύμα με υπαινιγμούς, που το κάνουν να αισθάνεται απροστάτευτο. Ο θύτης δεν ολοκληρώνει τις φράσεις του, αφήνει αιχμές και περιθώρια να παρερμηνευτούν τα λόγια του από το θύμα, το οποίο στο μεταξύ αισθάνεται ενοχές («τι του έχω κάνει και μου φέρεται έτσι;»). Και επειδή οι δράστες αυτοί έχουν συνήθως μία γοητευτική εικόνα, το κοινωνικό περιβάλλον δεν συμμερίζεται τη σύγχυση του θύματος.

Κοινωνική Βία: Στην περίπτωση αυτή, ο δράστης στοχεύει στη σταδιακή μείωση της αυτονομίας του θύματος με τελικό στόχο την εξάρτηση από αυτόν και την αποξένωση του. Γι' αυτό το σκοπό, μπορεί να αναγκάζει την γυναίκα να απομονώνεται από συγγενείς, γείτονες και φίλους, να κατακρίνει τις μεταξύ τους σχέσεις, να ελέγχει τις κινήσεις της, να περιορίζει τις δραστηριότητες της εκτός σπιτιού, να της στερεί την τηλεφωνική επικοινωνία και το δικαίωμα της να οδηγεί (Walker, 1989, 1997).

Οικονομική Βία: Πρόκειται για μία μορφή κακοποίησης που χαρακτηρίζεται από τον έλεγχο των οικονομικών εσόδων και εξόδων του θύματος και στοχεύει στην πλήρη οικονομική εξάρτησή του από τον δράστη. Αυτός στερεί από τη σύζυγό τα χρήματά της, την κρατά σε άγνοια για τα οικογενειακά έσοδα, την υποχρεώνει να παρακαλά για να της δώσει χρήματα για την κάλυψη ακόμη και των βασικών αναγκών (φαγητό, είδη υγιεινής, απαραίτητα αγαθά για τη φροντίδα των παιδιών), την αναγκάζει να δίνει λεπτομερή αναφορά για τα έξοδά της, προσπαθεί να την εμποδίσει να εργαστεί έξω από το σπίτι, ενώ, αν εργάζεται, της αφαιρεί το δικαίωμα να διαχειρίζεται το μισθό της. Η κρίση της γυναίκας πάνω στην αξιολόγηση των εξόδων αμφισβητείται. Η χρήση της οικονομικής αποστέρησης καταλήγει σε παζαρέματα και συναλλαγές, σε καθημερινή ή εβδομαδιαία βάση.

Σεξουαλική Κακοποίηση: Η σεξουαλική κακοποίηση αποτελεί την πιο σιωπηρή μορφή ενδοοικογενειακής βίας. Οι πιο συνηθισμένες μορφές της είναι: η απαίτηση του άνδρα για σεξ, τα ερωτικά αγγίγματα όταν η γυναίκα δεν το επιθυμεί και με τρόπο που την κάνει να υποφέρει, ο εξαναγκασμός σε σεξ με άλλους (άνδρες, γυναίκες, ακόμα και ζώα) και ενδεχομένως η παρακολούθηση κατά τη διάρκειά του, η προσθήκη αντικειμένων στα γεννητικά της όργανα, η πράξη του σεξ με την απειλή όπλου - γενικά, η υποβολή σε οποιαδήποτε σεξουαλική επαφή ενάντια στη θέλησή της υπό το κράτος δύναμης και εξουσίας. Συχνά, η σεξουαλική κακοποίηση συνοδεύεται από οργή και ζήλια του δράστη για το θύμα (λόγω υποψίας ότι συνουσιάζεται με τον οποιονδήποτε), κριτική για την ερωτική του συμπεριφορά και χυδαία διακωμώδηση της γυναικείας φύσης.

Σεξουαλική Κακοποίηση και Συζυγικός Βιασμός

Η έννοια του συζυγικού βιασμού έγινε κοινωνικά γνωστή από τα μέσα της δεκαετίας του '70. Ως τη στιγμή εκείνη δεν αναγνωριζόταν ως ποινικό αδίκημα, συχνά ούτε καν από τα θύματα αυτού (Bergen, 1999). Σήμερα, ο συζυγικός βιασμός ποινικοποιείται στη Γερμανία, στη Μεγάλη Βρετανία, στην Ιταλία, στη Γαλλία, στην Ισπανία, στη Πορτογαλία, στη Φιλανδία, στη Δανία, στη Νορβηγία, στη Σουηδία, στην Αυστραλία, στο Καναδά, σε όλες τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, στην Ιαπωνία, στη Νέα Ζηλανδία και στη Πολωνία. Αξίζει να σημειώσουμε ότι και στην Ελλάδα μόλις πέρυσι ο συζυγικός βιασμός αναγνωρίστηκε ως ποινικό αδίκημα στο πλαίσιο της νέας νομοθεσίας για την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας μετά από επίπονες και μακροχρόνιες προσπάθειες του γυναικείου κινήματος και της κοινωνίας των πολιτών. Χώρες όπως η Ουγγαρία, η Αίγυπτος, η Νιγηρία, η Ινδία και το Πακιστάν, συνεχίζουν να μην τον θεωρούν πράξη εγκληματική. Αυτή τη στιγμή στον ελλαδικό χώρο, παρατηρείται παντελής έλλειψη έρευνας σχετικά με το συζυγικό βιασμό, ενώ ένας μεγάλος αριθμός από πληροφορίες, λόγω της φύσης του προβλήματος και της αμφίβολης συνειδητοποίησής του, παραμένει άγνωστος. Γι' αυτό, οποιαδήποτε σχετικά στοιχεία κατατίθενται, προέρχονται από αντίστοιχες μελέτες του εξωτερικού. Πρόκειται για κάθε ανεπιθύμητη συνουσία ή διείσδυση που γίνεται με την επιβολή βίας ή απειλής βίας. Αποτελεί τη χειρίστη μορφή σεξουαλικής κακοποίησης (Bergen, 1996. Russell, 1990).

Ο βιασμός στα πλαίσια του γάμου δεν είναι μία πράξη που συμβαίνει μία και μόνο φορά. Συνήθως, επαναλαμβάνεται συχνά και διαρκεί χρόνια. Ακριβώς πόσες γυναίκες υφίστανται σεξουαλική κακοποίηση και βιασμό από τους άνδρες τους είναι δύσκολο να καθορίσει κανείς σε εθνικό ή παγκόσμιο επίπεδο. Σε κάθε περίπτωση, πάντως, επειδή είναι μάλλον σπάνιο να αναφέρουν το βιασμό τους, τα ποσοστά είναι υψηλότερα από αυτά που απεικονίζουν οι διάφορες έρευνες. Η Russell (1990) πήρε συνέντευξη από τυχαίο δείγμα 930 γυναικών, ηλικίας από 18 ετών και πάνω, στο San Francisco των Η.Π.Α., και βρήκε ότι το πιο συχνό είδος σεξουαλικής επίθεσης που αναφέρθηκε ήταν ο συζυγικός βιασμός, με ποσοστό 8%, σε αντίθεση με ένα 3%, που είχε υποστεί βιασμό από έναν άγνωστο. Οι αριθμοί αυτοί είχαν υπολογιστεί για όλες τις γυναίκες του δείγματος, ακόμη και για εκείνες που ήταν ανύπαντρες. Αν υπολογίσουμε μόνο αυτές που είχαν παντρευτεί (644), το 14% είχε υποστεί βιασμό ή

απόπειρα βιασμού από σύζυγο, πρώην ή νυν. Σε παρόμοια αποτελέσματα είχαν καταλήξει οι Finkelhor & Yllo (1985), οι οποίοι διεξήγαγαν έρευνα πάνω σε 326 γυναίκες στη Βοστώνη των Η.Π.Α.. Αυτοί βρήκαν ότι το 10% των παντρεμένων γυναικών ανέφερε σεξουαλική επίθεση από το σύζυγο, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό από άγνωστο ήταν 3%. Στοιχεία που αυξάνουν τον κίνδυνο βιασμού είναι η περίοδος του χωρισμού (στο τέλος του έγγαμου βίου), μία ασθένεια ή αναπηρία, μία εγκυμοσύνη ή / και μία μακρά περίοδος χωρίς σεξουαλική δραστηριότητα (Bergen, 1996, Finkelhor & Yllo, 1983. Mahoney & Williams, 1998).

Οι Finkelhor & Yllo (1983) διακρίνουν τρεις τύπους βιασμού από σύντροφο: Ο βιασμός συνοδευόμενος από σωματική κακοποίηση (Battering Rape) είναι η πιο συχνή μορφή συζυγικού βιασμού. Στην περίπτωση αυτή, η σεξουαλική βία είναι μία έκφανση της γενικότερης κακοποίησης. Οι δράστες αυτής της κατηγορίας επίσης χτυπούν, βρίζουν, εξευτελίζουν και καταπιέζουν τις γυναίκες τους. Στόχος τους είναι η απόκτηση ελέγχου και επιβολής, και όχι η ικανοποίηση των σεξουαλικών τους αναγκών. Στον βιασμό χωρίς σωματική κακοποίηση (Nonbattering Rape / Force - Only Rape), ο θύτης χρησιμοποιεί τόση δύναμη, όση είναι αρκετή για να εξαναγκάσει τη γυναίκα να κάνει σεξ μαζί του. Ο βιασμός συμβαίνει σαν «απάντηση» σε επαναλαμβανόμενους καυγάδες ή διαφωνίες σχετικά με τη συχνότητα και τον τύπο της σεξουαλικής πράξης. Στόχος του δράστη είναι η συνουσία και όχι η κακοποίηση της συζύγου. Αυτό το είδος βιασμού δεν είναι απαραίτητα λιγότερο εξευτελιστικό και τρομαχτικό από τα άλλα, απλώς περιλαμβάνει την άσκηση πρόσθετης βίας λιγότερο συχνά. Στην περίπτωση βιασμού λόγω εμμονής με το σεξ και σαδιστικών τάσεων (Obsessive / Sadistic Rape), οι δράστες έχουν εμμονή με το σεξ. Ενδιαφέρονται ιδιαίτερα για πορνογραφικό υλικό, όχι μόνο να το διαβάζουν ή να το βλέπουν, αλλά και να το αναπαραγάγουν, συνήθως βγάζοντας γυμνές φωτογραφίες τις γυναίκες τους. Ο τρόμος των θυμάτων τους αυξάνει τη διέγερσή τους. Οι γυναίκες αντιμετωπίζονται σαν σεξουαλικά αντικείμενα, που ρόλος τους είναι η ικανοποίηση των γενετήσιων αναγκών των συζύγων. Ο εξευτελισμός τους είναι βασική προϋπόθεση, ώστε να μπορέσουν να ευχαριστηθούν αυτοί το σεξ. Συχνά, οι δράστες αυτοί έχουν ιστορικό σεξουαλικών προβλημάτων, όπως δυσκολίες στη στύση, ή ενοχές για παρελθούσες ομοφυλοφιλικές σεξουαλικές εμπειρίες.

Εκτός από το θυμό, την ανάγκη επιβολής δύναμης και το σαδισμό, πολλοί άνδρες πιστεύουν ότι το σεξ είναι μία απαραίτητη υποχρέωση των συζύγων τους, με αποτέλεσμα το «όχι» σαν απάντηση στη σεξουαλική πράξη να μην γίνεται κατανοητό και ανεκτό. Πολλοί δράστες επίσης χρησιμοποιούν το βιασμό σαν μία μορφή τιμωρίας με στόχο τη συμμόρφωση για κάτι που τα θύματα έκαναν ή δεν έκαναν.

Τρίτον, ο βιασμός μπορεί να αποσκοπεί στην απόκτηση ελέγχου πάνω σε αυτά. Από την πλευρά των γυναικών, είναι πιθανόν ένα μεγάλο ποσοστό αυτών που εξαναγκάζονται να κάνουν σεξ, να μην αντιλαμβάνονται αυτή την άσκηση πίεσης ως βιασμό. Η εικόνα τους περί βιασμού είναι μία πράξη που μπορεί να συμβεί μόνο μεταξύ ξένων. Μερικές από αυτές είναι τόσο εξαρτημένες οικονομικά και συναισθηματικά από τους συζύγους τους, ώστε το να τους θεωρήσουν βιαστές και να συνεχίσουν να ζουν μαζί τους, θα ήταν πολύ οδυνηρό. Σε άλλες περιπτώσεις, τα θύματα οδηγούνται στη συναίνεση από το φόβο σωματικής βίας ή απιστίας του συντρόφου (Finkelhor & Yllo, 1980. Gelles, 1977. Walker, 1984). Φαίνεται να υπάρχει ανεπάρκεια επιστημονικών δεδομένων σχετικά με το προφίλ του συντρόφου - βιαστή. Από τα λίγα στοιχεία, που αναφέρονται στην προσωπικότητα και την ιδιοσυγκρασία αυτών των ανδρών, γνωρίζουμε ότι πρόκειται για άτομα όλων των εθνικοτήτων, κοινωνικοοικονομικών τάξεων και ηλικιών, που ζηλεύουν παθολογικά, χρησιμοποιούν το σεξ, είτε για να εκτονώσουν την επιθετικότητά τους, είτε για να τονώσουν τη χαμηλή τους αυτοεκτίμηση και αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης από ουσίες (Russell, 1990. Στην έρευνα των Finkelhor & Yllo (1985), το 70% των ερωτηθέντων γυναικών ανέφεραν ότι ο άνδρας τους βρισκόταν υπό το καθεστώς μέθης, τουλάχιστον σε ένα επεισόδιο σεξουαλικής κακοποίησης.

Έχει αποδειχτεί ότι οι γυναίκες με παραδοσιακές και στερεοτυπικές απόψεις σχετικά με τους γυναικείους ρόλους, είναι λιγότερο πιθανό να ορίσουν ένα περιστατικό βίαιης συνουσίας ως βιασμό, σε σύγκριση με τις γυναίκες με λιγότερο παραδοσιακές απόψεις. Συχνά τα θύματα συζυγικού βιασμού έχουν παντρευτεί σε νεαρή ηλικία, έχουν σύντομη περίοδο γνωριμίας πριν από το γάμο, δεν εργάζονται και είναι εξαρτημένα οικονομικά. Η Walker (1997) πρεσβεύει ότι αυτές οι γυναίκες είχαν πολύ λίγες γνώσεις για τη φυσιολογική σεξουαλική συμπεριφορά πριν γνωρίσουν τον άνδρα τους. Είχαν μεγαλώσει σε οικογένειες, όπου η οποιαδήποτε συζήτηση για σεξ ήταν απαγορευμένη, και δεν είχαν λάβει κανενός είδους ενημέρωση γύρω από το θέμα αυτό. Πολλές από αυτές δεν είχαν σεξουαλικές εμπειρίες πριν δεσμευτούν με τους δράστες. Όταν οι γυναίκες - θύματα επιλέγουν να μην εγκαταλείψουν το δράστη, μπορεί να συντρέχει ένας ή περισσότεροι από τους παρακάτω λόγους: ντροπή, φόβος για αντίποινα, αίσθημα δέσμευσης προς τη σχέση, ύπαρξη παιδιών, ισχυρά θρησκευτικά πιστεύω εναντίον του διαζυγίου, οικονομική εξάρτηση από το σύζυγο, έλλειψη υποστήριξης από την πατρική οικογένεια και από φίλους, ανησυχία για κοινωνικό στιγματισμό, μειωμένη αυτοπεποίθηση που περιστρέφεται γύρω από το συζυγικό τους ρόλο, ελλιπή ενημέρωση ως προς τα δικαιώματά τους στο σεξ, κ.α. (Diloreto, 2001).

Η βία, με όποια μορφή κι αν αυτή εμφανίζεται, έχει σοβαρές συνέπειες, τόσο στη σωματική, όσο και στην ψυχική υγεία των γυναικών. Οι γυναίκες που έχουν βιαστεί από το σύζυγό τους, πολύ συχνά, παρουσιάζουν τραύματα στα γεννητικά όργανα, μελανιές, σχισμένους μύς και κοψίματα. Όσες γυναίκες, εκτός από σεξουαλική, υφίστανται και σωματική κακοποίηση, μπορεί να έχουν και «μαυρισμένα» μάτια, πληγές από μαχαίρι, «ανοιγμένες» μύτες, σπασμένα κόκαλα και απώλεια της όρασης ή της ακοής. Οι κυριότερες ψυχολογικές συνέπειες στη γυναίκα είναι: άγχος, σοκ, θυμός, φόβος, άρνηση του συμβάντος, κατάθλιψη, ενοχή, ντροπή. Μακροπρόθεσμα, μπορεί να εμφανιστούν μετατραυματικό στρες, διαταραχές του ύπνου, διαταραχές της πρόσληψης τροφής, διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες, προβλήματα στη δημιουργία σχέσεων, σεξουαλικά προβλήματα, τραυματισμένη εικόνα εαυτού και αδυναμία να εμπιστευτεί τους άλλους. Η καθημερινή επαφή με το βιαστή είναι μία πραγματικά στρεσογόνο κατάσταση, καθώς το θύμα υποβάλλεται σε ένα καθεστώς διαρκούς τρόμου μίας νέας επίθεσης, είτε είναι ξύπνιο, είτε κοιμάται (Bergen, 1996, Finkelhor, & Yllo, 1980. Haley & Brann - Haley, 2000. Russell, 1990. Walker, 1989) (Shields & Hanneke, 1983).

Παρέμβαση

Το φαινόμενο του συζυγικού βιασμού μπορεί να αντιμετωπιστεί καλύτερα μέσα στα πλαίσια ενός σχεδίου με στόχο την εξάλειψη της συντροφικής βίας. Σε επίπεδο πρόληψης και θεραπείας, προτείνονται τα εξής (Haley & Brann - Haley, 2000. Walker, 1989):

Πρωτοβάθμια πρόληψη: Σκοπός είναι ο περιορισμός των αιτιών που προκαλούν άμεσα ή έμμεσα το πρόβλημα. Το καλύτερο μέσο πρωτογενούς πρόληψης είναι η ευαισθητοποίηση μέσω της πληροφόρησης. Μέσου αυτής, ελπίζουμε ότι θα επιτευχθούν οι παρακάτω στόχοι:

α. Μείωση των φυλετικών στερεοτύπων: Μία οργανωμένη προσπάθεια μέσω έντυπου υλικού, κινηματογραφικών ταινιών, διαφημίσεων και τηλεοπτικών προγραμμάτων θα πρέπει να γίνει προκειμένου να αποτυπωθεί στη συνείδηση του κοινού η ισότητα ανδρών και γυναικών.

β. Μείωση της αυταρχικότητας στη διαπαιδαγώγηση: Η σωματική τιμωρία θα πρέπει να αντενδείκνυται από όλους τους φορείς. Η χρήση βίας μεταδίδει το μήνυμα στα

παιδιά ότι το «ξύλο» είναι ο μοναδικός τρόπος επίλυσης των συγκρούσεων και ικανοποίησης των προσωπικών αιτημάτων και διεκδικήσεων.

γ. Η αναγνώριση μίας βίαιης συμπεριφοράς: Πολλές κακοποιημένες γυναίκες δέχονται την άσκηση βίας από το σύντροφο σαν κάτι το φυσιολογικό. Μέσω την ενημέρωσης, θα ανακαλύψουν ότι δεν υπάρχει τίποτα που να δικαιολογεί μία τέτοια πράξη και θα δύνανται να αναγνωρίσουν μία μειωτική συμπεριφορά.

δ. Σε επίπεδο πρωτογενούς πρόληψης, είναι απαραίτητο να αυξηθεί η ευαισθητοποίηση φορέων, όπως η Αστυνομία και η Εκκλησία. Έρευνες έχουν αποδείξει ότι η αστυνομία παρεμβαίνει σε περιστατικά κακοποίησης συνήθως με δυσαρέσκεια και ύστερα από επίμονες προσκλήσεις, γεγονός που καθιστά το ρόλο των Αρχών σε θέματα συντροφικής βίας, ανεπαρκή. Κάποιες προτάσεις για περισσότερη ευαισθητοποίηση περιλαμβάνουν την επιμόρφωση των αστυνομικών γύρω από το φαινόμενο της συντροφικής σεξουαλικής κακοποίησης και τον τρόπο συμπεριφοράς στα θύματα αυτής, καθώς και την ουσιαστική εμπλοκή περισσότερων γυναικών αστυνομικών σε υποθέσεις ενδοοικογενειακής βίας. Πολλές γυναίκες προτιμούν να συμβουλευονται ανθρώπους του κλήρου, από το να έλθουν σε επαφή με τις Αρχές. Υπάρχει ο κίνδυνος, όμως, εκείνοι να τις προτρέπουν να υπακούουν τους συζύγους τους και να στηλιτεύουν την άρνησή τους να συμμετέχουν στην ερωτική πράξη. Οι γυναίκες θα πρέπει να ενθαρρύνονται να μιλήσουν ανοιχτά, χωρίς να αισθάνονται ενοχές και ντροπή (Bergen, 1999).

Δευτεροβάθμια πρόληψη: Σ' αυτό το επίπεδο είναι καταλληλότερες οι πιο περιορισμένες παρεμβάσεις: ενημερωτικές καμπάνιες κατά της ενδοοικογενειακής βίας, δημιουργία τηλεφωνικών γραμμών ΣΟΣ, νομική συμβουλευτική και παροχή πληροφοριών. Βασικός στόχος των παρεμβάσεων είναι να συνειδητοποιήσει η γυναίκα ότι είναι θύμα.

Τριτοβάθμια πρόληψη: Σε περίπτωση κρίσης μετά από επεισόδιο κακοποίησης, συνιστάται αυτός ή αυτοί που θα έλθουν σε επαφή με το θύμα:

α. να το ακούσουν προσεχτικά χωρίς να διακόπτουν.

β. να το πιστέψουν.

γ. να του δώσουν να καταλάβει ότι δεν φταίει.

δ. να το ενημερώσουν για τις υπηρεσίες που μπορούν να το βοηθήσουν.

ε. να το προτρέψουν να ζητήσει βοήθεια και να πάει σε κάποιο ασφαλές μέρος.

Η νοσηλεία και η διαμονή σε ξενώνα αποτελούν τα αμεσότερα μέσα που μπορεί να χρησιμοποιήσει μία κακοποιημένη προκειμένου να πάρει κάποιες κρίσιμες αποφάσεις. Η ψυχοθεραπεία και η εύρεση εργασίας (σε περίπτωση ανεργίας) είναι κινήσεις στις οποίες μπορεί να προβεί σε δεύτερο χρόνο. Η νοσοκομειακή περίθαλψη δεν βοηθά μόνο στην ανάρρωση από τα τραύματα, αλλά λειτουργεί και σαν προσωρινό καταφύγιο. Στη διάρκεια της νοσηλείας στο νοσοκομείο, η κακοποιημένη γυναίκα και ο δράστης αναγκάζονται να αντιμετωπίσουν τις συνέπειες της βίας. Μολονότι, οι περισσότερες γυναίκες επιστρέφουν σπίτι τους μετά την αποθεραπεία, για μερικές η νοσηλεία αποτελεί το πρώτο βήμα για την κατάκτηση της ανεξαρτησίας τους. Επαρκής επίσης μπορεί να είναι ένας ξενώνας που διαθέτει προσωπικό εξαιρετικά ενημερωμένο και προσανατολισμένο προς τις κατάλληλες τεχνικές στήριξης των θυμάτων συντροφικής βίας. Σε επίπεδο θεραπείας, θα μπορούσε να παρέχεται ατομική, αλλά και ομαδική συμβουλευτική, φέρνοντας τις κακοποιημένες συζύγους, με άλλες με τις ίδιες εμπειρίες. Η σημασία των ξενώνων είναι ότι παρέχουν την αίσθηση της επικοινωνίας και ένα σύστημα υποστήριξης. Οι γυναίκες εκεί αρχίζουν να αισθάνονται ότι έχουν κάποιο έλεγχο πάνω στη ζωή τους, ότι οι άλλοι άνθρωποι ενδιαφέρονται γι' αυτές και ότι θέλουν να τις βοηθήσουν. Η απομάκρυνση από το σύζυγο και η διαμονή σε ένα χώρο με ειδικούς (ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, ιατρούς, νοσηλευτές) που μπορούν να συμπαρασταθούν στις κακοποιημένες γυναίκες, μπορεί να τις κάνει να αισθανθούν πιο ασφαλείς και να ανακαλύψουν εναλλακτικές δυνατότητες ζωής.

Ψυχοθεραπεία: Τις περισσότερες φορές, είθισται στις κακοποιημένες γυναίκες να παρέχεται ψυχολογική στήριξη και όχι ψυχοθεραπεία. Παρόλα αυτά, η ψυχοθεραπεία μπορεί να έχει πολλά οφέλη για τα θύματα κακοποίησης. Μέσω της ψυχοθεραπείας, μία γυναίκα που έχει κακοποιηθεί από τον ερωτικό της σύντροφο θα συνειδητοποιήσει τι της έχει συμβεί και, στη συνέχεια, θα «δουλέψει» πάνω στη χαμένη της αυτοπεποίθηση και αυτοκυριαρχία, ώστε να αποτινάξει τη στάση του θύματος και να πραγματοποιήσει μία θετική αλλαγή στη ζωή της. Στα πλαίσια μιας ψυχοθεραπευτικής σχέσης, ένας ειδικός πρέπει να κινηθεί προς τη δημιουργία ενός κλίματος οικειότητας και εμπιστοσύνης, προκειμένου ένα θύμα να νιώσει άνετα να συζητήσει για τις εμπειρίες του, κάτι που μπορεί να μην έχει ξανακάνει ως τότε. Είναι απαραίτητο αυτός να διευκολύνει τη διαδικασία της «αποκάλυψης» και να είναι υποστηρικτικός, κάνοντας το να καταλάβει ότι είναι φυσιολογικό να αισθάνεται θυμό, προδοσία ή σύγχυση. Επιπλέον, κρίνεται επιβεβλημένο, οι θεραπευτές που ασχολούνται με περιστατικά συντροφικής κακοποίησης, να είναι πλήρως ενημερωμένοι γύρω από το θέμα αυτό και να κατανοούν τη δυναμική της σχέσης της

γυναίκας με το σύζυγό της. Αν ένας κλινικός δεν έχει εμπειρία στις βίαιες σχέσεις, μπορεί λανθασμένα να εστιάσει τη θεραπεία στη συμπεριφορά του θύματος. Οι γυναίκες, θέλοντας απεγνωσμένα να πιστέψουν ότι, αν αλλάξουν τη δική τους συμπεριφορά, θα αλλάξουν προς το καλύτερο και τη βίαιη σχέση, ακολουθούν τις συχνά ακατάλληλες οδηγίες ενός μη έμπειρου θεραπευτή. Τελικά, βλέποντας ότι η κατάσταση δεν βελτιώνεται, βυθίζονται σε μεγαλύτερη απελπισία.

Είναι απαραίτητο, οι θεραπευτές που ασχολούνται με θύματα συζυγικού βιασμού, να αντιμετωπίσουν τις δικές τους τυχόν προκαταλήψεις γύρω από το θέμα αυτό, ενώ στην περίπτωση που νιώθουν άβολα συζητώντας σεξουαλικά ζητήματα, θα πρέπει να αναζητήσουν εποπτεία από έναν εμπειρότερο θεραπευτή (Mahoney & Williams, 1998). Ο τρόπος προσέγγισης των γυναικών που βιάζονται από το σύντροφό τους, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή. Ένας ειδικός θα πρέπει να αποφύγει ερωτήσεις που θα φαίνονται ότι κατηγορούν το θύμα για την κατάστασή του (όπως: «γιατί άργησες τόσο να έρθεις εδώ;» ή «γιατί έμεινες;») καθώς μπορεί να πυροδοτήσουν αισθήματα ενοχής και ντροπής. Συχνά, οι σεξουαλικά κακοποιημένες σύζυγοι δεν αναγνωρίζουν την επίθεση που έχουν δεχτεί από τον άνδρα τους ως βιασμό και είναι μπερδεμένες. Έτσι, η ερώτηση «έχετε ποτέ βιαστεί από το σύντροφό σας;», κρίνεται ανεπιτυχής. Αντί αυτής, μπορούν να γίνουν οι παρακάτω ερωτήσεις, οι οποίες θα φέρουν στην επιφάνεια την ύπαρξη σεξουαλικής βίας:

- Σας έχει συμβεί ποτέ να κάνετε έρωτα με το σύντροφό σας χωρίς να το επιθυμείτε;
- Έχετε ποτέ έρθει σε δύσκολη θέση, επειδή ο σύντροφός σας, σας ζήτησε κάτι κατά τη διάρκεια του σεξ, που δεν σας άρεσε, αλλά αναγκαστήκατε να το κάνετε παρόλα αυτά;
- Ενδώσατε ποτέ στο σεξ με το σύντροφό σας, επειδή φοβόσασταν να πείτε όχι / επειδή δεν σταματούσε να σας παρενοχλεί σεξουαλικά;

Η διαδικασία της ψυχοθεραπείας σε γυναίκες που έχουν βιαστεί από τους άνδρες τους είναι δύσκολη, καθώς μία σύζυγος μπορεί να διατηρεί ακόμα δυνατά συναισθήματα για το δράστη και να θέλει να συνεχίσει να έχει μία σχέση μαζί του. Η αποκάλυψη ότι είναι θύμα βιασμού από αυτόν δεν σημαίνει και ότι θα τον εγκαταλείψει. Τίποτα δεν είναι πιο ματαιωτικό για έναν θεραπευτή, από το να επιστρέφει μία κακοποιημένη γυναίκα στο σύντροφό της ή να αρνείται να τον αφήσει. Το χρέος ενός ψυχολόγου είναι το να προσφέρει την κατάλληλη υποστήριξη. Το αν αυτή θα αποδεχτεί ή όχι τη βοήθειά του, είναι δική της επιλογή. Είναι πολύ ουσιώδες να καταλάβουμε και να αποδεχτούμε τις αμφιταλαντεύσεις της κακοποιημένης

γυναίκας. Οι περισσότερες από αυτές χρειάζονται πολύ χρόνο για να προχωρήσουν σε θετικές αλλαγές (Diloreto, 2001).

Προγράμματα Επαγγελματικής Κατάρτιση: Η απόκτηση μιας δουλειάς μακριά από το σπίτι είναι μία τεχνική επιβίωσης για τις κακοποιημένες γυναίκες, γιατί μειώνει την οικονομική, κοινωνική και συναισθηματική εξάρτησή τους από τον άνδρα. Συνεπώς, η δημιουργία προγραμμάτων εκπαίδευσης γι' αυτές θα τους παρείχε μία ευκαιρία να ενισχύσουν την αυτοπεποίθησή τους και να κινηθούν προς την αυτονόμηση.

Παράρτημα:

1. Υπηρεσίες Βοήθειας Για Τις Κακοποιημένες Γυναίκες Στην Ελλάδα (ενδεικτικά):

- Αστυνομικά Τμήματα.
- Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.) : 197
- Εισαγγελίες Πρωτοδικών: Αθήνα: Πρώην Σχολή Ευελπίδων, Κτίριο Νο 16, τηλ.: 2108828744. Θεσσαλονίκη: 26^{ης} Οκτωβρίου 3, τηλ.: 2310520092.
- Ιατροδικαστικές Υπηρεσίες: Αθήνα: Αναπαύσεως 10, Μετς, τηλ.: 2109244900.
- Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής: Αθήνα: Βασ. Ηρακλείου 8, τηλ.: 2108210222. Θεσσαλονίκη: Καυτατζόγλου 36 και Παπάφη, τηλ.: 2310845132.
- Δήμος Αθηναίων Γραφείο Ισότητας: Αθήνα: Σοφοκλέους 70 και Πειραιώς, τηλ.: 2105244657.
- Δίκτυο Γυναικών Ευρώπης, Γραμμή ΣΟΣ Κατά της Ενδοοικογ. Βίας: 800-1188881.
- Συμβουλευτικά Κέντρα για τη Βία Κατά Των Γυναικών της Γενικής Γραμματείας Ισότητας: Αθήνα: Νίκης 11, Σύνταγμα, τηλ.: 2103317305-6. Πειραιάς: Αλκιβιάδου 76, τηλ.: 2104112091.
- Αλληλεγγύη, Γραμμή ΣΟΣ: 8001137777.
- Κέντρο Στήριξης Οικογένειας Ιεράς Αρχιεπισκοπής Αθηνών : Αθήνα: Ακαδημίας 95, τηλ.: 2103811274.
- Κέντρο Έρευνας και Στήριξης Θυμάτων Κακοποίησης, Ευπαθών Κοινωνικών Ομάδων και Προστασίας Μονογονεϊκών Οικογενειών: Πρέβεζα: Ελ. Βενιζέλου 15, τηλ.: 2682061481.

Βιβλιογραφικές πηγές

- Bergen, R. K. (1999). Marital Rape. *The New Criminologist*, March.
- Bergen, R. K. (1996). *Wife Rape. Understanding the Response of Survivors and Service Providers*. U.S.A.: Sage.
- Dekeseredy, W.S. & Hinch, R. (1991). *Woman Abuse. Sociological Perspectives*. Canada: Thompon Educational Publishing.
- Diloreto, S. (2001). Domestic Violence : Detection and Treatment. *Patient Care*, April 15.
- Finkelhor, D. & Yllo, K. (1995). Types of Marital Rape. In Searles, P. & Bergen R. J. (Eds), *Rape & Society: Reading on the Problem of Sexual Assault*. (152-159). U.S.A.: Westview Press.
- Finkelhor, D. et al (Eds) (1983). *The Dark Side of Families: Current Family Violence Research*. U.S.A.: Sage.
- Gelles, R. J. (1997). *Intimate Violence In Families*. Third Edition. U.S.A.: Sage.
- Gelles, R. J. (1980). *Power, Sex and Violence : The Case of Marital Rape*. In
- Haley, S. D. & Brann - Haley, E. (2000). *War on the Home Front. An examination of wife abuse*. U.S.A.: Bergnahn Books.
- Hirigoyen, M.F. (2000). *Ηθική παρενόχληση. Η κρυμμένη βία στην καθημερινή ζωή*. Αθήνα: Πατάκη.
- Mahoney, P. & Williams, L. M. (1998). *Sexual Assault in Marriage: Prevalence, Consequences and Treatment of Wife Rape*. National Network for Family Resistency.
- Martin, D. (1981). *Battered Wives*. U.S.A.: Volcano Press.
- Russell, D (1990). *Rape in Marriage*. U.S.A.: Indiana University Press.
- Walker, L. E. (1997). *Όταν η αγάπη σκοτώνει*. Αθήνα. Εκδόσεις Φυτράκη.
- Walker, L. E. (1989). *Η κακοποιημένη γυναίκα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Walker, L. E. (1984). *The Battered Woman Syndrome*. U.S.A.: Springer Publishing Company.

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Ορέστης Γιωτάκος, Ψυχίατρος

Αιτιολογία

Τουλάχιστον 10-20% των ενήλικων γυναικών πέφτουν θύματα σεξουαλικής επίθεσης, ενώ παρόμοια θεωρούνται τα ποσοστά για τη σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία. Στα μισά περίπου περιστατικά σωματικής κακοποίησης συνυπάρχει και σεξουαλική κακοποίηση, ενώ μόνο ένα στα δέκα θύματα βιασμού αναφέρουν σε κάποιον το γεγονός (Finkelhor, 1994). Ποικίλες θεωρίες έχουν αναπτυχθεί για τη σεξουαλική επιθετικότητα και το βιασμό. Η ψυχοδυναμική άποψη, αναφέρεται σε αισθήματα φόβου και ανεπάρκειας, σεξουαλικά ή διαπροσωπικά, μαζί με την πιθανή ύπαρξη μη αναγνωρισμένων ομοφυλοφιλικών τάσεων, που αλληλεπιδρούν με την επιθετικότητα και κατευθύνονται στο θύμα το οποίο λειτουργεί ως υποκατάστατο της μητέρας. Οι συμπεριφορικές απόψεις αναφέρονται στο μοντέλο της συναισθηματικής ενίσχυσης και στην παυλοβιανή σύνδεση επιθετικότητας και σεξουαλικής διέγερσης. Οι φεμινιστικές απόψεις υποστηρίζουν ότι πρόκειται για ψευδοσεξουαλική πράξη η οποία παρακινείται βασικά από την κοινωνικοπολιτική κυριαρχία των ανδρών. Επισημαίνουν επίσης ότι, όχι μόνο ο βιασμός αλλά και ο φόβος για ενδεχόμενο βιασμό εξυπηρετεί ένα μηχανισμό κοινωνικού ελέγχου. Τέλος, οι κοινωνιο-βιολογικές απόψεις στηρίζουν την επιχειρηματολογία τους στα ευρήματα που δείχνουν ότι οι άντρες τείνουν να μεγιστοποιούν την αναπαραγωγική τους ικανότητα συνουσιαζόμενοι με πολλές σεξουαλικές συντρόφους. Επίσης, στις έρευνες σε ζώα οι οποίες δείχνουν ότι τα αρσενικά βιώνουν την ανάγκη για έλεγχο και κυριαρχικότητα-κτητικότητα πιο έντονα από τα θηλυκά, ενώ συγχρόνως επισημαίνουν το ρόλο των ορμονών, όπως της τεστοστερόνης (Γιωτάκος, 2004).

Συχνά, ένα άτομο που έχει κακοποιηθεί σεξουαλικά προσπαθεί να αποφύγει ό,τι υπενθυμίζει σε αυτό την τραυματική εμπειρία του. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει το κράτημα των σκέψεών και των συναισθημάτων του χωριστά, επιλέγοντας μόνο να σκέφτεται αντί να αισθάνεται και την αποσύνδεση από τον γύρω κόσμο του. Συχνά αναπτύσσεται η μετατραυματική από στρες διαταραχή (Post Traumatic Stress Disorder, PTSD), η οποία περιλαμβάνει συμπτώματα όπως, αναδρομές στο παρελθόν, έντονες μνήμες και εφιάλτες που είναι τόσο ζωντανά και αισθητά ωςάν το τραύμα να συμβαίνει ξανά, Προβλήματα ύπνου και κυρίως αϋπνία, απόσυρση από

τους ανθρώπους και τις καταστάσεις, απώλεια ενδιαφέροντος για τη ζωή, αυξανόμενη ανησυχία και αίσθηση του χαμένου χρόνου, νευρικότητα, συναισθήματα ανικανότητας ή απόγνωσης, οξυθυμία, επιθετικότητα, βαριά κατάθλιψη ή απονέκρωση των συγκινήσεων: απώλεια μιας πλήρους σειράς των συγκινήσεων του, προβλήματα με τη συγκέντρωση, τη μνήμη, την εκμάθηση νέων δεξιοτήτων, αίσθημα αβεβαιότητας, προβλήματα με τις στενές σχέσεις, απώλεια όρεξης, σωματικές ενοχλήσεις που δεν έχουν μια φυσική αιτία, και αυτοκτονικό ιδεασμό.

Βιασμός

Η παλαιότερη θέση των νομικών για το βιασμό ήταν η “βίαση και παρά τη θέληση της γυναίκας σαρκική εμπειρία”, όπου ως σαρκική εμπειρία αναφερόταν στην διείσδυση του πέους στον κόλπο. Πρόσφατες απόψεις, περιλαμβανομένων και αυτών που αφορούν στο Ελληνικό Ποινικό Δίκαιο, δεν προσδιορίζουν φύλο, περιγράφοντας ως βιασμό τον “εξαναγκασμό άλλου σε συνουσία εξώγαμη ή επίχειρηση ασελγούς πράξης”. Η παρορμητικότητα, η πολλαπλή παραπτωματικότητα και η δυσκολία συναίσθησης των συναισθημάτων των άλλων αποτελούν κοινά χαρακτηριστικά των βιαστών (Γιωτάκος, 2006). Διάφορες έρευνες έδειξαν ότι η μία στις τέσσερις γυναίκες αναφέρουν μη επιθυμητές σεξουαλικές εμπειρίες (Koss et al, 1987) και επιπλέον ότι, οι γυναίκες έχουν τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να βιαστούν από ένα γνωστό πρόσωπο παρά από έναν άγνωστο, ότι τα δύο τρίτα των μη επιθυμητών σεξουαλικών εμπειριών διαπράττονται σε συνθήκες κάποιου τύπου ετεροφυλικής σχέσης, ενώ το ποσοστό ανέρχεται σε 83% αν συμπεριληφθούν οι γνωστοί, οι πρώην σύζυγοι, οι πρώην φίλοι και οι πρώην εραστές.

Η ποσότητα και η ποιότητα της επιθετικότητας (aggression) θεωρείται ότι διαφοροποιεί τους σεξουαλικούς παραπτωματίες που χρησιμοποιούν την ισχύ τους με σκοπό να κάμψουν την αντίσταση του θύματος. Η παρορμητικότητα (impulsivity) των ατόμων αυτών έχει ειδωθεί, τόσο ως μέρος μιας ευρύτερης οντότητας, για παράδειγμα ψυχοπαθητική διαταραχή προσωπικότητας, όσο και ως ανεξάρτητη διάσταση. Υποστηρίζεται ότι η παρορμητικότητα παραμένει σταθερή στη διάρκεια της ζωής, σχετίζεται με ποικίλες ψυχιατρικές καταστάσεις και αποτελεί ισχυρό προγνωστικό παράγοντα για υποτροπή της σεξουαλικής παραπτωματικότητας. Η παράμετρος των παράλογων πεποιθήσεων / γνωσιακής διαστρέβλωσης (irrational attitudes / cognitive distortion) αποτελεί ενδιαφέρουσα περιοχή έρευνας και, όπως και στην περίπτωση των σεξουαλικών φαντασιώσεων, η θεραπευτική παρέμβαση

εστιάζεται στην τροποποίηση των πεπιοθήσεων αυτών (Hudson et al, 1998). Ο ρόλος της ψυχοπαθητικότητας στη σεξουαλική επιθετικότητα έχει προσελκύσει έντονα τη προσοχή των ερευνητών. Η ψυχοπαθητικότητα σχετίζεται με μία ομάδα συναισθημάτων, διαπροσωπικών και συμπεριφορικών χαρακτηριστικών όπως, σημαντική έλλειψη τύψεων ή ενοχών και δυσκολία συναίσθησης των αισθημάτων και δικαιωμάτων των άλλων. Οι βιαστές παρουσιάζουν επίσης ιστορικό διαταραχής διαγωγής και διαταραχής ελαττωμένης προσοχής στην παιδική ηλικία, καθώς και συνοσηρότητα με κατάχρηση ουσιών, ιδιαίτερα κατάχρηση αλκοόλ, αγχώδη-καταθλιπτική διαταραχή, και διαταραχή κοινωνικής φοβίας με συνοδό διαταραχή στις κοινωνικές δεξιότητες.

Έχει βρεθεί επίσης σημαντική συνοσηρότητα τόσο με παραφιλικές διαταραχές όσο και με κοινωνικά μη αποκκλίνουσες μορφές σεξουαλικότητας, π.χ. καταναγκαστική αυτοϊκανοποίηση (Kafka, 1997). Σε δείγμα βιαστών βρέθηκε ότι στο 28% συνυπήρχε επιδειξιμανία, στο 18% ηδονοβλεψία και στο 11% εφασιομανία (Abel (1988). Τα άτομα που έχουν φυλακιστεί για το αδίκημα του βιασμού δεν φαίνεται να διαφέρουν σημαντικά από τα άτομα με άλλου τύπου παραπτωματικότητα. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι και οι δύο ομάδες προέρχονται από χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα, έχουν σταματήσει την εκπαίδευση στο γυμνάσιο, παρουσιάζουν ασταθές επαγγελματικό ιστορικό και είναι συνήθως ανειδίκευτοι. Επίσης, εμφανίζουν αρκετές ομοιότητες στο ψυχιατρικό ιστορικό και στις κοινωνικές δεξιότητες, αλλά παρουσιάζουν ελλείματα στην ικανότητα να επιδιώκουν και να ζητούν ανοιχτά αυτό που επιθυμούν (assertiveness). (Marshall et al, 1998).

Πολλές μελέτες έχουν περιγράψει την λίγο έως πολύ επιτυχημένη αντιμετώπιση της σεξουαλικής επιθετικότητας και παραφιλίας με τα αντιανδρογόνα οξείκη μεθοξυπρογεστερόνη και οξείκη κυπροτερόνη. Η πρώτη αναστέλλει την έκκριση γοναδοτροπινών, επιδρώντας έμμεσα στην τεστοστερόνη, ενώ η δεύτερη ανταγωνίζεται άμεσα τη δράση της τεστοστερόνης στους υποδοχείς του οργάνου-στόχος, με αποτέλεσμα την πτώση των επιπέδων τεστοστερόνης καθώς και την πτώση της LH και FSH. Επίσης, καταστολή του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-γονάδες με έναν GnRH αγωνιστή έδειξε να μειώνει σημαντικά τα επίπεδα τεστοστερόνης και παράλληλα τις παρεκκλίνουσες σεξουαλικές φαντασιώσεις και συμπεριφορές σε άτομα με σεξουαλική επιθετικότητα. Συγκεκριμένα, το μακράς δράσης GnRH αγωνιστικό ανάλογο (GnRH-a) τριπτορελίνη βελτιώνει σημαντικά τη σεξουαλική επιθετικότητα και τη σεξουαλική παρεκκλίνουσα συμπεριφορά χωρίς ιδιαίτερες παρενέργειες, πέραν αυτών του υποανδρογονισμού (Rosler & Witzum, 1998).

Παραφιλίες

Οι παραφιλίες χωρίζονται από τους κλινικούς σε δύο μεγάλες κατηγορίες: αυτές με προτίμηση παθολογικού ερωτικού στόχου, και αυτές με παθολογική ερωτική δραστηριότητα ή διαδικασία. Στην ομάδα της παθολογικής προτίμησης σε ερωτική δραστηριότητα ανήκουν η ηδονοβλεψία, η επιδειξιμανία, η εφασιμανία, και μία κατηγορία βιασμού που χαρακτηρίζεται από μη-σαδιστικού τύπου βιασμούς. Σύμφωνα με το DSM-IV, τα κριτήρια για τη διάγνωση μιας παραφιλίας απαιτούν: Α. Την ύπαρξη για τουλάχιστον έξι μήνες επαναλαμβανόμενων σεξουαλικών τάσεων, φαντασιώσεων ή συμπεριφορών σχετικών με παθολογική ερωτική προτίμηση ή διαδικασία, και Β. Αυτές οι φαντασιώσεις, τάσεις και συμπεριφορές προκαλούν σημαντική κλινική δυσφορία ή διαταραχή στην κοινωνική, εργασιακή ή άλλη σημαντική περιοχή της λειτουργικότητας. Αρκετές μελέτες έδειξαν την υψηλή συχνότητα συνύπαρξης των διάφορων παραφιλιών. Επίσης, τα άτομα με παραφιλική διαταραχή φαίνεται να αναφέρουν συχνότερα αυξημένη σεξουαλική διέγερση, κατάσταση που χαρακτηρίστηκε από τους κλινικούς ως σεξουαλική εξάρτηση (sexual addiction), σεξουαλικός καταναγκασμός (sexual compulsivity), σεξουαλική παρορμητικότητα (sexual impulsivity) και ανδρικός υπερσεξουαλισμός (Kafka, 1997).

Ο Freund (1990), σε δείγμα 240 επιδειξιών βρήκε ότι το 32% επιδιόταν συγχρόνως σε ηδονοβλεπτικές δραστηριότητες, το 30% σε εφασιμανικές, και το 15% είχε διαπράξει βιασμό. Οι Abel και Osborn (1992), σε δείγμα 120 επιδειξιών, βρήκαν ότι στο 27% συνυπήρχε ηδονοβλεψία, στο 39% παιδοφιλία, στο 17% εφασιμανία, ενώ το 14% είχε διαπράξει βιασμό. Επίσης, ότι το 93% των επιδειξιμανών έχει πάνω από μία παραφιλική διάγνωση, ενώ το 73% έχει πάνω από τρεις παραφιλικές διαγνώσεις. Οι Abel et al (1988), μελετώντας 560 παραφιλικούς, βρήκαν ότι μόνο 21% των ατόμων με εφασιμανία είχαν σαν μοναδική δραστηριότητα την εφασιμανία ενώ οι υπόλοιποι είχαν κατά μέσο όρο επιπλέον 5 διαγνώσεις παραφιλίας. Βρήκαν επίσης ότι ο μέσος όρος των εφασιμανικών πράξεων των 62 ατόμων με πρώτη διάγνωση την εφασιμανία, που μελέτησαν, ήταν 850. Σε δείγμα ατόμων που είχαν συλληφθεί για ηδονοβλεπτική δραστηριότητα το 66% είχαν παράλληλα επιδειξει εφασιμανική δραστηριότητα.

Μελετώντας την περίπτωση του σεξουαλικού σαδισμού, οι Kinsey et al (1953), βρήκαν ότι το 3-12% των γυναικών και το 10-20% των ανδρών δείχνουν να διεγείρονται σε σαδομαζοχιστικού τύπου διηγήσεις. Οι Crepault & Couture (1980), μελετώντας άνδρες γενικού πληθυσμού βρήκαν ότι το 15% είχαν φαντασιώσεις κακοποίησης γυναίκας και το 10,% φαντασιώσεις να χτυπούν γυναίκα. Οι Arndt et al

(1985), βρήκαν ότι το ένα τρίτο των γυναικών και το ήμισυ των ανδρών είχαν σεξουαλικές φαντασιώσεις να δένουν τον/την σύντροφό τους, χωρίς να είναι ξεκάθαρο αν αυτές οι συμπεριφορές αφορούν προτίμηση ή απλώς είναι μέρος ενός σεξουαλικού ρεπερτορίου δραστηριοτήτων που συμβαίνουν ενίοτε. Επιπλέον, βρέθηκε ότι το 5% των ανδρών και το 2% των γυναικών ανέφεραν ότι έπαιρναν σεξουαλική ικανοποίηση προκαλώντας πόνο.

Οι πρώιμες συμπεριφορικές θεωρίες για την ανάπτυξη παρεκκλινόντων σεξουαλικών προτύπων εστιάστηκαν αρχικά στη θεωρία της ενεργητικής ή κλασσικής μάθησης. Οι θεωρίες αυτές προτείνουν ότι το σύστημα κλασσικής εξαρτημένης μάθησης μπορεί να επηρεαστεί από ποικίλα ερεθίσματα τα οποία μοιάζουν συνήθως με κάποια χαρακτηριστικά του δυνητικού συντρόφου. Οι Rachman & Hodgson (1968), δείχνοντας σε δείγμα φυσιολογικών ατόμων εικόνες με γυναικείες μπότες και εικόνες με γυμνές γυναίκες οδήγησαν σε αυξημένη σεξουαλική διέγερση όταν αργότερα σαν ερέθισμα ήταν μόνο οι μπότες, δημιουργώντας έτσι έμμεσα ένα φετιχιστικό αντικείμενο. Η απάντηση όμως αυτή έδειξε ότι ελαττώνεται σύντομα με το χρόνο, γεγονός που υποδεικνύει ότι το μοντέλο αυτό δεν είναι σε θέση να δικαιολογήσει την δια βίου πορεία του φετιχισμού. Άλλοι ερευνητές απέτυχαν να επαναλάβουν το πείραμα αυτό, εστίασαν όμως στη σπουδαιότητα του αυνανισμού στην ανάπτυξη παραφιλικού προτύπου, θεωρώντας ότι ο επαναλαμβανόμενος συνδυασμός οργασμού μέσω αυνανισμού με ένα παραφιλικό ερέθισμα μπορεί να οδηγήσει σε εξαρτημένη διέγερση. Τέλος, οι Freund και Kolarsky (1965), περιέγραψαν την ιδανική διαδικασία μιας ερωτικής σχέσης που αποτελείται από 4 στάδια : την εντόπιση του στόχου-συντρόφου, την φάση μη-λεκτικής και λεκτικής προσέγγισης, την φάση όπου αναπτύσσεται κάποια σωματική επαφή, και τέλος τη φάση της σεξουαλικής επαφής. Στην περίπτωση της εφαισιμανίας, για παράδειγμα, η διαταραχή τοποθετείται στην τρίτη φάση, τη φάση της αλληλεπίδρασης δια της αφής.

Αρκετές υποθέσεις συνέδεσαν την αποκλίνουσα σεξουαλική συμπεριφορά με εγκεφαλική δυσλειτουργία, και ιδιαίτερα με δυσλειτουργία του κροταφικού λοβού. Παλαιότερες έρευνες έδειξαν ότι περισσότερα από τα μισά των ατόμων με διαταραχές στο κροταφικό λοβό παρουσίαζαν υποσεξουαλικότητα, αν και σε μερικές περιπτώσεις επιχειρήθηκε συσχέτιση μεταξύ δυσλειτουργίας κροταφικού λοβού και παραφιλίας. Κάποια άτομα παρουσιάζουν ενδοκρινικές ή και χρωμοσωματικές ανωμαλίες, όπως άτομα με σεξουαλική σαδιστική δραστηριότητα και σύνδρομο Klinefelter. Κάποιες έρευνες έδειξαν αυξημένα ποσοστά ατόμων με υπεράριθμο Ψ χρωμόσωμα, δηλαδή με χρωμοσωμιακή ανωμαλία ΧΨΨ, σε ομάδες σεξουαλικών δραστών (Bricken et al, 2006). Υπήρχε η άποψη ότι ο σεξουαλικός σαδισμός, όπως

όλες οι παραφυλίες, οφείλονται σε εγκεφαλικές διαταραχές, αλλά τα μέχρι στιγμής δεδομένα δείχνουν ότι δεν υπάρχει κάποια εμφανής ειδική εγκεφαλική βλάβη.

Σε μία ανασκόπηση της θεραπευτικής αντιμετώπισης των παραφυλιών (Balon, 1998), τονίζεται ότι τα σεροτονεργικά αντικαταθλιπτικά δείχνουν να είναι αποτελεσματικά στην παραφυλία με συνοσηρότητα κατάθλιψης ή ψυχαναγκαστικής διαταραχής, το λίθιο είναι κατάλληλο για παραφυλία με συνοσηρότητα μανίας, οι παραφυλίες με έντονα στοιχεία επιθετικότητας ανταποκρίνονται καλά στις ορμόνες, ενώ οι παραφυλίες με συνοσηρότητα ψύχωσης ή οργανικού ψυχοσυνδρόμου ανταποκρίνονται στα νευροληπτικά .

Σεξουαλική κακοποίηση παιδιών

Το φαινόμενο της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης συμβαίνει σε πολύ μεγαλύτερη κλίμακα από όσο γνωρίζουμε όμως καλύπτεται από έντονη μυστικότητα. Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Βρετανικού Οργανισμού Stopitnow για την πρόληψη της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης τα 3/4 των παιδιών που κακοποιούνται σεξουαλικά δε θα μιλήσουν σε κανένα κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας για αυτήν. Ακόμη από όσα παιδιά μιλήσουν, ελάχιστα θα φθάσουν να απασχολήσουν τις αστυνομικές αρχές, τις κοινωνικές υπηρεσίες ή τους επαγγελματίες υγείας

Η παιδική σεξουαλική κακοποίηση περιλαμβάνει δραστηριότητες με ή χωρίς άγγιγμα. Οι δραστηριότητες με άγγιγμα περιλαμβάνουν το άγγιγμα των γεννητικών οργάνων του παιδιού για σεξουαλική ευχαρίστηση, Το να υποχρεώσει κανείς ένα παιδί να αγγίξει τα γεννητικά όργανα ενός ενήλικου, και το να τοποθετεί κανείς αντικείμενα ή μέρη σώματος μέσα στον κόλπο, πρωκτό ή στόμα του παιδιού για σεξουαλική ευχαρίστηση. Οι δραστηριότητες χωρίς άγγιγμα περιλαμβάνουν το να δείχνει κανείς πορνογραφία σε ένα παιδί, το να εκθέτει κανείς τα γεννητικά του όργανα σε ένα παιδί επίτηδες, το να φωτογραφίζει κανείς ένα παιδί σε σεξουαλικές στάσεις, και το να ενθαρρύνει κανείς το παιδί να παρακολουθεί ή να ακούει σεξουαλικές πράξεις

Οι προβλέψεις για τη σεξουαλική κακοποίηση ανηλικού περιλαμβάνονται στο κεφάλαιο ΙΘ΄ του Ποινικού Κώδικα (ΠΚ) που αφορά εγκλήματα κατά της γενετήσιας ελευθερίας και εγκλήματα οικονομικής εκμετάλλευσης της γενετήσιας ζωής. Άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 15 ετών θεωρούνται ικανά να δώσουν τη συγκατάθεσή τους για σεξουαλική πράξη και επομένως η σεξουαλική κακοποίηση αυτών εμπίπτει στο

άρθρο 336 ΠΚ περί βιασμού. Άτομα ηλικίας μικρότερης των 15 ετών δεν θεωρούνται ικανά προς συγκατάθεση και έτσι οι σεξουαλικές σχέσεις οποιασδήποτε μορφής θεωρούνται ποινικά κολάσιμες και χαρακτηρίζονται ως σεξουαλική κακοποίηση ανηλικού ανεξαρτήτως εφαρμογής βίας. Η βαρύτητα των ποινικών κυρώσεων σχετικά με τη σεξουαλική κακοποίηση ανηλικού κυμαίνεται ανάλογα με την ηλικία του θύματος, την ηλικία του δράστη, τη σχέση του δράστη με το θύμα και το είδος της ασελγούς πράξης. Σύμφωνα με το άρθρο 339 ΠΚ ασελγής πράξη με ανήλικο τιμωρείται με κάθειρξη τουλάχιστον 10 ετών εάν ο ανήλικος είναι μικρότερος των 10 ετών, κάθειρξη μέχρι 10 έτη αν ο ανήλικος είναι 10-13 ετών και με φυλάκιση αν είναι 13-15 ετών. Αν ο δράστης είναι μικρότερος των 17 ετών το δικαστήριο μπορεί να του επιβάλλει μόνο αναμορφωτικά ή θεραπευτικά μέτρα. Επίσης, αν μεταξύ δράστη και θύματος τελέστηκε γάμος, δεν ασκείται ποινική δίωξη, και αν τυχόν είχε ασκηθεί δεν συνεχίζεται, αλλά κηρύσσεται απαράδεκτη. Η ποινική δίωξη ασκείται ή συνεχίζεται μετά την ακύρωση του γάμου. Αν ο δράστης είναι συγγενής εξ αίματος του ανήλικου και έχει προβεί σε συνουσία, τότε τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών, ανεξαρτήτως ηλικίας του θύματος (άρθρο 345 ΠΚ, αιμομιξία). Αν έχει προβεί σε άλλη ασελγή πράξη τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι ενός έτους (άρθρο 346 ΠΚ, ασέλγεια μεταξύ συγγενών). Αν ο δράστης είναι συγγενής εξ αγχιστείας, θετός γονέας, κηδεμόνας, δάσκαλος, παιδαγωγός ή οποιοδήποτε άλλο άτομο στο οποίο έχει παραδοθεί ο ανήλικος προς φύλαξη ή ανατροφή (έστω και προσωρινή), η ποινή είναι φυλάκιση τουλάχιστον ενός έτους (άρθρο 342 ΠΚ, κατάχρηση ανηλικών σε ασέλγεια). Η πάρα φύση ασέλγεια μεταξύ ενήλικος ανδρός με ανήλικο αγόρι τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών (άρθρο 347 ΠΚ, πάρα φύση ασέλγεια μεταξύ αρρένων). Είναι προφανές ότι τα άρθρα 342, 345, 346 και 347 αφορούν ασελγείς πράξεις με ανήλικους μεγαλύτερους των 13 ετών, αφού για ανήλικους μικρότερους των 13 ετών η βαρύτητα των ποινών καθορίζεται από το προαναφερόμενο άρθρο 339 ΠΚ. Η πορνογραφία ανηλικών τιμωρείται για οποιονδήποτε συμμετέχει στην παρασκευή, διακίνηση, μεταφορά ή αγορά πορνογραφικού υλικού, με φυλάκιση τουλάχιστον ενός έτους και χρηματική ποινή. Αν κάποια από τις πράξεις της πρώτης παραγράφου αφορά πορνογραφικό υλικό που συνδέεται με την εκμετάλλευση της ανάγκης, της πνευματικής αδυναμίας, της κωφότητας ή της απειρίας ανηλικού ή με την άσκηση σωματικής βίας κατ' αυτού, επιβάλλεται κάθειρξη μέχρι δέκα ετών και χρηματική ποινή και αν η πράξη είχε ως αποτέλεσμα τη βαριά σωματική βλάβη του παθόντος, επιβάλλεται κάθειρξη τουλάχιστον δέκα ετών και χρηματική ποινή. Εξυπακούεται ότι, και για την πορνογραφία ανηλικών, αν το άτομο είναι μικρότερο των 13 ετών, ισχύουν οι προβλέψεις του άρθρου 339 ΠΚ.

Παιδοφιλία

Ο όρος “παιδοφιλία” χρησιμοποιήθηκε επίσημα για πρώτη φορά στο DSM-III (1980) για να περιγράψει μία ειδική κατηγορία ατόμων που κακοποιούν σεξουαλικά τα παιδιά (child molesters), και παρουσιάζουν κάποια ειδικά χαρακτηριστικά. Τόσο το DSM-III όσο και το DSM-III-R (1987), όριζαν την παιδοφιλία σαν “επαναλαμβανόμενες και επίμονες σεξουαλικές τάσεις και φαντασιώσεις που αφορούν σεξουαλική δραστηριότητα με παιδιά”. Σύμφωνα με το κριτήριο αυτό δεν απαιτείται σωματική δραστηριότητα και επομένως η διάγνωση της παιδοφιλίας θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί σε άτομα που έχουν επιθυμία αλλά δεν την διαπράττουν, ενώ δεν θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί σε άτομα που δεν έχουν παρεκκλίνουσες φαντασιώσεις και επιθυμίες αλλά έχουν κακοποιήσει σεξουαλικά ένα παιδί. Ο Marshal (1997), βρήκε ότι δεν υπήρχαν επαναλαμβανόμενες επιθυμίες και φαντασιώσεις στο 60% των παιδοφίλων και στο 75% των αιμομικτών. Επομένως οι επαναλαμβανόμενες επιθυμίες και φαντασιώσεις δεν είναι παθογνωμονικές για όλα τα άτομα που κακοποιούν σεξουαλικά τα παιδιά. Συχνά, οι κλινικοί παραβλέπουν τα κριτήρια του DSM, ιδίως όταν πρόκειται να εισάγουν τα άτομα αυτά σε θεραπεία, και χρησιμοποιούν τον όρο “child molesters” (άτομα που κακοποιούν σεξουαλικά τα παιδιά) αντί του όρου “pedophiles” (παιδόφιλοι).

Αρκετοί κλινικοί εκδηλώνουν τον προβληματισμό τους σχετικά με την ικανότητα των διαγνωστικών κριτηρίων. Το γεγονός ότι για να διαγνωστεί παιδοφιλία απαιτείται η ύπαρξη σημαντικής δυσφορίας ή διαταραχής στη λειτουργικότητα μπορεί να δυσχεράνει τη διάγνωση κάποιων περιστατικών. Για παράδειγμα, ένα άτομο που κακοποιεί σεξουαλικά τα παιδιά και οδηγείται σ’ αυτό από συνεχείς φαντασιώσεις και επιθυμίες αλλά δεν παρουσιάζει δυσφορία ή ενοχλήσεις από τη συμπεριφορά αυτή, μπορεί να μην χαρακτηριστεί παιδόφιλος; Η ηλικία του παιδιού επίσης φαίνεται να δημιουργεί προβλήματα. Αν και η ύπαρξη ορίου ηλικίας είναι απαραίτητη, ο καθορισμός της έναρξης της εφηβείας στα 13 δείχνει λίγο αυθαίρετος.

Έρευνες σε διάφορες χώρες δείχνουν ότι τουλάχιστον 7% των γυναικών και 3% των ανδρών έχουν κάποια εμπειρία σεξουαλικής κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία. Οι κοινωνικές επιπτώσεις αναγνωρίζονται όλο και περισσότερο, αφού έχει φανεί ότι μπορεί να προκληθούν ποικίλες ψυχολογικές καταστάσεις. Στις ΗΠΑ υπολογίζονται 300.000 περίπου περιπτώσεις παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης ανά έτος. Τα θύματα υπολογίζονται ότι στο 77% είναι κορίτσια μέσης ηλικίας 9,2 έτη. Οι δράστες στο 82% υπολογίζεται ότι είναι άνδρες (American Humane Association, 1988). Είναι γενικά γνωστό ότι τα δεδομένα από τις επίσημες αναφορές τείνουν να

υποεκτιμούν σημαντικά τη πραγματική συχνότητα της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης.

Από όλες τις στατιστικές μελέτες φαίνεται ότι οι άνδρες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να κακοποιήσουν, σε σχέση με τις γυναίκες. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει ο παράγοντας της ενσυναίσθησης (empathy). Βρέθηκε ότι, τα άτομα που κακοποιούν σεξουαλικά τα παιδιά έχουν ιδιαίτερη έλλειψη ενσυναίσθησης απέναντι στα θύματά τους, παρουσιάζουν κάποια ενσυναίσθηση απέναντι στα θύματα των άλλων δραστών, και δείχνουν φυσιολογική ενσυναίσθηση απέναντι σε όλα τα υπόλοιπα παιδιά. Ανιχνεύθηκαν διαταραγμένες σχέσεις στη παιδική ηλικία, μεταξύ δράστη και γονέων του, γεγονός που προδιαθέτει σε ανεπιτυχή πρότυπα για μελλοντικές σχέσεις. Ο νέος ενήλικας συνεπώς, αναπτύσσοντας δυσπιστία ή αμφιβολία στις ερωτικές σχέσεις, θα οδηγηθεί εύκολα σε σχέσεις με παιδιά τα οποία ελέγχονται εύκολα και δεν φαντάζουν απειλητικά. Συχνές επίσης είναι οι αναφορές για πρώιμη σεξουαλική κακοποίηση των δραστών στη διάρκεια της παιδικής τους ηλικίας. Τα ποσοστά κυμαίνονται από 0-67%, ανάλογα με τον ορισμό της σεξουαλικής κακοποίησης.

Αιμομιξία

Η λέξη αιμομιξία είναι μία από τις πλέον συναισθηματικά φορτισμένες λέξεις στη βιβλιογραφία της παιδικής κακοποίησης. Τα αναφερόμενα ποσοστά επιπολασμού σπάνια αναπαριστούν τα πραγματικά μεγέθη. Επίσης, τα αναφερόμενα ποσοστά στις μελέτες είναι πολύ μικρότερα αυτών που αναφέρονται από την αστυνομία. Το National Research Center of Child Sexual Abuse (ΗΠΑ) ανέφερε ότι περί το ένα εκατομμύριο παιδιά κακοποιούνται ετησίως στη χώρα αυτή. Στο 85% των περιπτώσεων, ο δράστης ανήκε στο περιβάλλον της οικογένειας, ενώ η σεξουαλική δραστηριότητα περιελάμβανε έκθεση γεννητικών οργάνων, φιλία, χάδεμα, αυνανισμό, στοματικό σεξ και διείσδυση. Η ίδια ερευνητική διαδικασία σε δείγμα ενηλίκων έδειξε ότι το 27% των γυναικών και το 16% των ανδρών είχαν βιώσει εμπειρία σεξουαλικής κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία.

Αποτελεί σύνηθες λάθος η αντίληψη της αιμομιξίας ως αμιγώς σεξουαλική πράξη. Στην πραγματικότητα η αιμομιξία είναι ένα σύνθετο φαινόμενο που εμπεριέχει επίσης επιθετικότητα, εξάρτηση και φόβο εγκατάλειψης. Στην περίπτωση της αιμομιξίας, η σεξουαλική δραστηριότητα έναντι του παιδιού συχνά αποτελεί το μέσο με το οποίο εκφράζεται μία οικογενειακή διαταραχή. Επίσης, η δραστηριότητα αυτή τίθεται σε εφαρμογή μέσα από μία σειρά ψυχολογικών μηχανισμών, οι οποίοι

χρησιμεύουν στο να προστατεύουν την εικόνα του εαυτού καθώς και την αυτοεκτίμηση του δράστη. Η φύση της πράξης, ο βαθμός συγγένειας και οι ηλικίες των εμπλεκομένων, είναι οι παράγοντες που θα πρέπει να συνυπολογίζονται σε περιστατικά αιμομιξίας. Ο στενός ορισμός της αιμομιξίας, από νομικής πλευράς, αφορά γενετήσια επαφή μεταξύ στενών συγγενών. Ο ευρύτερος όμως ορισμός περιλαμβάνει στάσεις, κοίταγμα του ατόμου ή βιβλίων, χάδεμα των ειδικών περιοχών κλπ. Για παράδειγμα, το χάδεμα του στήθους μιας έφηβης κόρης από τον πατέρα μπορεί να καταλήξει σε σεξουαλική διέγερση ή οργασμό του ενός ή και των δύο εμπλεκομένων. Η σχέση συγγένειας επίσης ορίζεται με ιδιαίτερα στενή έννοια, αφού υπάρχουν αρκετές περιπτώσεις σεξουαλικής εμπλοκής παιδιών με θετούς γονείς.

Η ηλικία των εμπλεκομένων επίσης δημιουργεί προβλήματα ορισμού. Η διαφορά ηλικίας θεωρητικά θα πρέπει να είναι μικρότερη από 4-5 έτη. Η σεξουαλική επαφή μεταξύ νέων προεφηβικής ηλικίας θα μπορούσε να θεωρηθεί σεξουαλικό παιγνίδι. Σεξουαλικό παιγνίδι θα μπορούσε επίσης να διεξαχθεί ανάμεσα σε δύο εφήβους διαφορετικής ηλικίας, ως αποτέλεσμα ενδεχόμενης παρορμητικότητας, σεξουαλικού άγχους ή φόβου που σχετίζεται με την επερχόμενη ενηλικίωση. Θα πρέπει όμως να σημειωθεί ότι το σεξουαλικό παιγνίδι είναι αποδεκτό και από τους δύο και δεν χαρακτηρίζεται από άσκηση βίας (Shaw, 1999).

Στις αιμομικτικές οικογένειες έχουν παρατηρηθεί κάποιες δυσλειτουργικές δομές, οι οποίες φαίνεται να υποκινούν την έναρξη και τη διατήρηση του φαινομένου. Βασικά επικρατεί ένα πρότυπο ασαφών ορίων μεταξύ των μελών της οικογένειας, το οποίο μάλιστα δείχνει να μεταβιβάζεται από γενιά σε γενιά. Συνήθως πρόκειται για οικογένειες απομονωμένες από την κοινότητα και αυτοτροφοδοτούμενες συναισθηματικά, με μέλη που χαρακτηρίζονται από έλλειψη κοινωνικών δεξιοτήτων. Στο πλαίσιο αυτό τα παιδιά τριγωνοποιούνται σε ένα γονεϊκό σύστημα συναισθηματικά αποστασιοποιημένο όπου η διαταραχή σχέσης των γονέων φαίνεται από τις συχνές εκδραματίσεις και αλληλοκατηγορίες, καθώς και από την αδυναμία ανεύρεσης λύσεων. Συγχρόνως, επικρατεί ένα γενικότερο κλίμα μυστικότητας σε πολλά ζητήματα, με αποτέλεσμα τη δημιουργία συμμαχιών. Τα παιδιά, άλλοτε αυτενεργούν, άλλοτε συγχέουν τους ρόλους μεταξύ τους, αλλά σχεδόν πάντα εμφανίζονται ως ψευδο-ενήλικες χωρίς την ανάλογη συναισθηματική ωριμότητα. Η έντονη και συνεχής άρνηση των συναισθημάτων δημιουργεί μία ατμόσφαιρα συνεχούς αμφιβολίας και αμφισβήτησης της πραγματικότητας. Μέσα στο κλίμα αυτό, τα παιδιά-θύματα μαθαίνουν το ρόλο του θύματος, ο οποίοςς εμπεριέχει αισθήματα αβοήθητου και φόβου απέναντι στην αποκάλυψη (Alexander, 1990).

Θεραπευτικές παρεμβάσεις σε σεξουαλικούς δράστες

Παραδείγματα ολοκληρωμένων προγραμμάτων σε σεξουαλικούς δράστες προέρχονται από τις ΗΠΑ, τον Καναδά, την Αυστραλία και την Αγγλία. Γενικά, οι παρεμβάσεις αντιμετώπισης των σεξουαλικών δραστών διακρίνονται σε αυτές που πραγματοποιούνται μέσα στις φυλακές και σε αυτές που πραγματοποιούνται στην κοινότητα, δηλαδή σε άτομα που βρίσκονται σε διαδικασία δικαστικής επιτήρησης ή παρακολούθησης ή έχουν μόλις αποφυλακιστεί.

Τα προγράμματα θεραπευτικής αντιμετώπισης κρατουμένων για σεξουαλικά αδικήματα πραγματοποιούνται με τη μορφή ομαδικής θεραπείας. Πρωταρχικοί στόχοι είναι: (1) η επίλυση θεμάτων ελαχιστοποίησης και η ανάληψη υπευθυνότητας (2) ο καθορισμός του κύκλου ή της διαδικασίας που καταλήγει στο έγκλημα (3) ο καθορισμός και η παρακολούθηση των ατομικών θεραπευτικών στόχων (4) η εκμάθηση μεθόδων πρόληψης και (5) η βοήθεια ενσωμάτωσης θεραπευτικού υλικού από άλλες ομάδες. Η ομάδα λαμβάνει επίσης εκπαίδευση σε βασικές κοινωνικές δεξιότητες, όπως, δεξιότητες επικοινωνίας, ενσυναίσθηση θύματος, χειρισμός του θυμού, χειρισμός του άγχους, υγιεινή της σεξουαλικότητας κλπ. Το κάθε μέλος της ομάδας λαμβάνει επίσης διαπροσωπική θεραπεία, η οποία σχετίζεται κυρίως με τη διάθεση, τις φοβίες ή την ατομική διαδικασία εξαρτημένης σεξουαλικής διέγερσης. Περί το τέλος της θεραπείας αναμένεται ότι ο θεραπευόμενος θα έχει αναγνωρίσει τους παράγοντες εκείνους που συμβάλλουν στη διαδικασία της σεξουαλικής εγκληματικής πράξης, θα είναι ικανός να ανιχνεύει τις καταστάσεις εκείνες που αυξάνουν τον κίνδυνο υποτροπής και θα έχει μάθει δεξιότητες που θα του επιτρέπουν τη διαφυγή από τις καταστάσεις υψηλού κινδύνου. Η θεραπευτική αυτή παρέμβαση είναι σκόπιμο να συνεχίζεται και μετά την αποφυλάκιση. Οι Αμερικανοί θεραπευτές υποστηρίζουν ότι για να υπάρχει ικανοποιητική αποτελεσματικότητα θα πρέπει τα προγράμματα να διαρκούν τουλάχιστον 2 έτη. Τα ποσοστά υποτροπής που βρέθηκαν ήταν 4 % και 11%, τέσσερα και οκτώ έτη αντίστοιχα μετά την αποφυλάκιση (Marshall, 1998).

Στα κοινοτικά προγράμματα μετέχουν σεξουαλικοί δράστες που είναι υπό δικαστική επιτήρηση ή παρακολούθηση και την διενέργεια των προγραμμάτων αυτών αναλαμβάνουν οι αντίστοιχες υπεύθυνες υπηρεσίες (Probation Services). Τα προγράμματα αυτά, όπως και τα προηγούμενα, χρησιμοποιούν ως βασικούς θεραπευτικούς άξονες τη μείωση της άρνησης και την ενίσχυση της ικανότητας ανάληψης ευθύνης, την αύξηση της ικανότητας αυτοκριτικής και την ενίσχυση ενσυναίσθησης προς το θύμα. Χρησιμοποιούνται επίσης αντίστοιχες γνωσιακές και

συμπεριφορικές τεχνικές. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι μισοί περίπου από τους μετέχοντες, μετά από 54 ώρες θεραπείας, δείχνουν μείωση των παραμέτρων της γνωσιακής διαστροφής, της ενσυναίσθησης στο θύμα και της σεξουαλικής καταναγκαστικότητας, σε επίπεδα ανάλογα με αυτά των μη σεξουαλικών παραπτωμάτων (Marshall , 1998).

Παράλληλα με τις ψυχοθεραπευτικού τύπου προσεγγίσεις, άλλες θεραπευτικές μέθοδοι έχουν δοκιμαστεί και στοχεύουν κυρίως στη μείωση της σεξουαλικής επιθετικότητας. Η χειρουργική αντιμετώπιση, τα νευροληπτικά, και τα οιστρογόνα έχουν εγκαταληφθεί λόγω παρενεργειών. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, ιδιαίτερα οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης, έδωσαν ικανοποιητικά αποτελέσματα. Οι ορμονικές θεραπείες με τα αντιανδρογόνα οξική κυπροτερόνη και οξική μεδροξυπρογεστερόνη έδειξαν επίσης σημαντική αποτελεσματικότητα στη μείωση της σεξουαλικής επιθετικότητας. Τέλος, τα GnRH αγωνιστικά ανάλογα, όπως η τριπτορελίνη, έδειξαν να υπερέχουν στην αποτελεσματικότητα, προκαλώντας αντιστρεπτό υποανδρογονισμό, ενώ οι προκαλούμενες παρενέργειες φαίνεται να ελέγχονται με εναλλακτικές στρατηγικές.

Κάποια εργαλεία εκτίμησης, όπως η SORAG (Sex Offender Risk Appraisal Guide) και η Static-99, που καταγράφουν ποικίλες προγνωστικές παραμέτρους, έδειξαν ισχυρή ικανότητα πρόγνωσης της υποτροπής σε σεξουαλικού ή και γενικού τύπου αδίκημα. Πρόσφατη έρευνα στο Βέλγιο (Ducro & Pham, 2006) σε 147 σεξουαλικούς δράστες έδειξε την ικανότητα των εργαλείων αυτών και επιπλέον φάνηκε ότι σε διάστημα παρακολούθησης 4 ετών η υποτροπή σε σεξουαλικού τύπου αδίκημα ήταν 25%, ενώ η υποτροπή σε γενικού τύπου αδίκημα 33%. Σε έρευνα αποφυλακισθέντων από φυλακές της Σουηδίας διάρκειας 5 ετών (Langstrom, 2004) βρέθηκε ότι τα εργαλεία αυτά εκτίμησης και πρόγνωσης της υποτροπής είχαν παρόμοια δυνατότητα εκτίμησης στους Σουηδούς και στους λοιπούς Ευρωπαίους, αλλά δεν μπορούσαν να διαχωρίσουν την εκτίμηση εγκληματικότητας των αφρικανών και ασιατών. Πιθανόν, διαφορετικοί παράγοντες κινδύνου ενέχονται στην ανάπτυξη σεξουαλικής παραπτωματοκότητας σε μειονότητες ή μετανάστες.

Μία πρόσφατη έρευνα στην Αγγλία (Langton et al, 2006) σε 418 σεξουαλικούς δράστες που παρακολούθησαν θεραπευτικό πρόγραμμα συμπεριφορικής-γνωσιακής κατεύθυνσης, βρέθηκε ότι μετά από περίοδο παρακολούθησης 5 ετών, η παράμετρος της αντικοινωνικότητας (ψυχοπαθητικότητας) ήταν ο πλέον σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για υποτροπή στο αδίκημα. Επιπλέον, βρέθηκε ότι τα υψηλότερα επίπεδα αντικοινωνικότητας συνδέονταν με πιο σύντομη υποτροπή. Τέλος, μία πρόσφατη μετα-ανάλυση 82 ερευνών που διερεύνησαν την υποτροπή σε σεξουαλικού τύπου

αδικήματα σε 29.450 συνολικά άτομα (Hanson & Morton-Bourgon, 2005), έδειξε ότι η παρεκκλίνουσα σεξουαλική συμπεριφορά και η αντικοινωνική (ψυχοπαθητική) δομή προσωπικότητας αποτελούν τους δύο μείζονες παράγοντες υποτροπής. Επίσης, η αντικοινωνικότητα-ψυχοπαθητικότητα αποτελεί προγνωστικό παράγοντα τόσο για τα πλέον βίαια σεξουαλικά αδικήματα όσο και για την υποτροπή σε γενικού τύπου αδικήματα. Μάλλον έκπληξη αποτέλεσε το εύρημα ότι οι συνήθεις αναφερόμενες παράμετροι ψυχολογική δυσφορία, άρνηση ανάληψης ευθύνης, ενσυναίσθηση έναντι του θύματος και αναφερόμενο κίνητρο για θεραπεία, είχαν από μικρή έως καθόλου συσχέτιση με την υποτροπή σε σεξουαλικά αδικήματα.

Η μετα-ανάλυση επίσης των ίδιων συγγραφέων σε έρευνες που διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ της ηλικίας και της υποτροπής στο αδίκημα έδειξαν ότι όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία κατά την αποφυλάκιση τόσο μικρότερη είναι η πιθανότητα υποτροπής

Θεραπευτικές παρεμβάσεις σε θύματα σεξουαλικής κακοποίησης

Ένα από τα χαρακτηριστικά του τραύματος σεξουαλικής κακοποίησης είναι το γεγονός ότι επειδή το θέμα παραμένει ταμπού στην κοινωνία μας και καταπιέζεται από το άτομο, συνήθως δε φαίνεται να είναι αυτό το πρόβλημα. Στις περισσότερες περιπτώσεις, άνθρωποι που έχουν κακοποιηθεί σε παιδική ηλικία απευθύνονται στους ειδικούς για διάφορα άλλα ζητήματα, όπως για παράδειγμα σεξουαλικά προβλήματα, προβλήματα στις σχέσεις τους με το άλλο φύλλο, διατροφικές διαταραχές, κατάχρηση ουσιών, φοβίες, αυτοκαταστροφικές τάσεις και άλλες καταστροφικές συμπεριφορές.

Στο στάδιο της αποκάλυψη της κακοποίησης ο θεραπευτής θα πρέπει να φροντίσει να πιστέψει τον θεραπευόμενο και όχι να τον κατηγορήσει, να τονίσει στον θεραπευόμενο πως η ευθύνη της κακοποίησης βαρύνει εκείνον που τη διέπραξε, να του δείξει πως έκανε ό,τι μπορούσε για να επιβιώσει υπό τις περιστάσεις αυτές, και πως μπορεί να θεραπευτεί ώστε να ξεπεράσει το αίσθημα ντροπής. Είναι πολύ σημαντικό να αναγνωρίσουμε την εμπειρία του θεραπευόμενου, σε περίπτωση που εκείνος νιώσει χειρότερα μετά την αποκάλυψη, αλλά και να τον βοηθήσουμε να καταλάβει ότι πρόκειται για μια παροδική αντίδραση και ότι μετά την αποκάλυψη θα αρχίσει να νιώθει καλύτερα. Άλλος ένας ρόλος του θεραπευτή είναι να βοηθήσει τον θεραπευόμενο να εκδηλώσει τον θυμό και τη θλίψη που νιώθει. Θα υπάρχουν έντονα συναισθήματα θυμού και θλίψης και ο θεραπευτής θα πρέπει να ενθαρρύνει την εξωτερικεύσή τους κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Στο στάδιο της επανασύνδεσης βοηθούμε τον θεραπευόμενο να βρει κάποιο νόημα στο παρόν και στη δημιουργία του μέλλοντος. Τονίζουμε την φροντίδα του εαυτού και του σώματος, την αποκατάσταση του αυτοσεβασμού, και την ανάκτηση της εμπιστοσύνης. Μπορεί να ανακύψουν θέματα εμπιστοσύνης εάν ο θεραπευόμενος φοβάται τη κακομεταχείριση, την εκμετάλλευση, την προδοσία ή την εγκατάλειψη εκ μέρους του θεραπευτή. Ο θεραπευόμενος μπορεί να νιώσει επίσης ανυπεράσπιστος εάν φοβάται ότι ο θεραπευτής μπορεί να κυριαρχήσει πάνω του ή να προσπαθήσει να τον ελέγξει με άλλον τρόπο παρά τη θέλησή του, εάν αισθάνεται αβοήθητος σε σχέση με τον θεραπευτή ή εάν αισθάνεται εξαρτημένος από αυτόν.

Κριτήρια για την πλήρη αντιμετώπιση του τραύματος παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης αποτελούν: Τα σωματικά συμπτώματα της κακοποίησης να περιοριστούν, ο πελάτης να μπορεί να ανέχεται τα συναισθήματα που συνδέονται με την κακοποίηση, να έχει τον έλεγχο των αναμνήσεών του και να μπορεί να επιλέγει να τις θέσει στο περιθώριο, εφόσον το επιθυμεί, η αυτοεκτίμησή του να αποκατασταθεί, και τέλος να υιοθετήσει και να αποδεχτεί ένα νέο σύστημα εννοιών και πεποιθήσεων, στο οποίο να εντάσσεται και το ιστορικό της κακοποίησης (Σωτηροπούλου 2006, Σταθοπούλου 2006).

Ανησυχητικά σημάδια ότι ένα παιδί κακοποιείται σεξουαλικά περιλαμβάνουν την ακατάλληλη σεξουαλική δραστηριότητα με παιχνίδια ή αντικείμενα, εφιάλτες, προβλήματα ύπνου, απόσυρση ή έντονη προσκόλληση σε κάποιον ενήλικα, ξαφνικές αλλαγές στη διάθεση και προσωπικότητα, παλινδρόμηση, ανεξήγητος φόβος, απώλεια όρεξης, αδικαιολόγητη ευαισθησία, πόνος ή μώλωπες στη στοματική ή γεννητική περιοχή, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, φυγές και εγκυμοσύνη. Ανησυχητικά σημάδια στη συμπεριφορά ενήλικα ή εφήβου για σεξουαλικά κακοποιητική συμπεριφορά σε παιδιά περιλαμβάνουν την έλλειψη διακριτικότητας μαζί τους, εκδηλώσεις σωματικής στοργής, όπως φιλία, αγκαλιές, ή «να παλέψουν» ακόμη κι όταν το παιδί δεν θέλει, επιμονή να περάσουν χρόνο μόνοι με το παιδί κ.ά. Θα πρέπει να διδάξουμε στα παιδιά, Όταν βγαίνουν έξω μόνα, να φροντίζουν να είναι σε παρέες και να μη τριγουρίζουν μόνα, να μην δέχονται χρήματα ή χάρες από άγνωστους, να φωνάζουν και να τρέξουν γρήγορα αν κάποιος προσπαθήσει να τα βάλει μέσα σε αυτοκίνητο ή να τα παρασύρει σε απόμερο σημείο, να προσέχουν τις δημόσιες τουαλέτες και να πηγαίνουν μαζί με ένα φίλο αν είναι δυνατόν, και επίσης μαζί τους πάντα κάρτα συγκοινωνίας ή κινητό με δυνατότητα αντίστροφης κλήσης. Αν υποπτευόμαστε ότι υπάρχει κακοποίηση μιλάμε με το παιδί, κρατάμε την ψυχραιμία μας και το καθησυχάζουμε, ακούμε προσεκτικά, προσπαθούμε να μη δείξουμε θυμό ή στεναχώρια, και τονίζουμε στο παιδί ότι είναι πολύ γενναίο που σας

μίλησε και ότι είστε ευχαριστημένος/η που σας το είπε. Ανάλογα με τις περιστάσεις, Τηλεφωνούμε στην αστυνομία, στο Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας (197) ή σε άλλους οργανισμούς, όπως: Χαμόγελο του Παιδιού (1056), Ιατροδικαστική Υπηρεσία Αθηνών (210 3613340), Ιατροδικαστική Υπηρεσία Πειραιά (210 4177876), Υπηρεσία Επιμελητών Ανηλίκων Υπουργείου Δικαιοσύνης (210 8701319), Συνήγορος του Πολίτη (210 7289600), Συνήγορος του Πολίτη-Κύκλος για τα δικαιώματα του Παιδιού (8001132000), ΕΠΙΨΥ (801-801-1177), (Τμήμα Ηλεκτρονικού Εγκλήματος (1890 ή ccu@ath.forthnet.gr).

Κοινοτικά προγράμματα πρόληψης της σεξουαλικής κακοποίησης

Τυπικό παράδειγμα κοινοτικού προγράμματος πρόληψης της σεξουαλικής κακοποίησης αποτελεί η οργάνωση Stop it Now, στην Αγγλία. Οι στόχοι του Stop it Now! αφορούν στην προστασία των παιδιών και στην πρόληψη της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης, μέσω της ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του κοινού για τη φύση και έκταση της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης, της αλλαγής νοοτροπίας, ώστε οι άνθρωποι να δουν την πρόληψη ως πραγματική δυνατότητα και ευθύνη τους, της αλλαγής της συμπεριφοράς, ώστε οι άνθρωποι να αναζητούν βοήθεια αν ανησυχούν για τον εαυτό τους ή άλλους, και της προσέγγιση του θέματος ως πρόβλημα δημόσιας υγείας, το οποίο χρειάζεται συστηματική και σε ευρεία κλίμακα αντιμετώπιση. Τονίζεται επίσης η ανάληψη ευθυνών από τους ενήλικες για την προστασία των παιδιών η οποία μπορεί να επιτευχθεί μόνο όταν οι ενήλικες κατανοήσουν το πρόβλημα και τον τρόπο με τον οποίο λειτουργούν οι δράστες, ενώ τέλος τονίζεται η συνεργασία με άλλους κυβερνητικούς και μη οργανισμούς στους τομείς της παιδικής προστασίας, ποινικού δικαίου και υγείας. Ομάδες-στόχοι αποτελούν οι ενήλικες που έχουν κακοποιήσει ή σκέφτονται να κακοποιήσουν ένα παιδί, η οικογένεια και φίλοι των δραστών, καθώς και οι γονείς παιδιών και εφήβων με ανησυχητική σεξουαλική συμπεριφορά. Τα τοπικά projects βασίζονται σε συνεργασίες μεταξύ της τοπικής κοινότητας και φορέων που εργάζονται για την προστασία παιδιών, συμπεριλαμβανομένης της αστυνομίας, των κοινωνικών υπηρεσιών παιδικής προστασίας, υπηρεσιών υγείας και στέγασης, δικαστήρια, εθελοντικές οργανώσεις και υπηρεσίες probation. Αυτές οι δραστηριότητες υποστηρίζονται από τη λειτουργία δωρεάν τηλεφωνικής γραμμής στήριξης, με στόχο την ενημέρωση των ενηλίκων με τις απαραίτητες πληροφορίες για να αναγνωρίσουν ανησυχητική συμπεριφορά στον εαυτό τους και στους άλλους και να αναλάβουν την ανάλογη δράση όταν υποψιαστούν ότι κάτι δεν πάει καλά.

Το NSPCC (National Society for the Prevention of Cruelty to Children, Μεγάλη Βρετανία) είναι ο κυριότερος μη κυβερνητικός φορέας στη Μεγάλη Βρετανία που ειδικεύεται στην παιδική προστασία και την παρεμπόδιση της παιδικής κακοποίησης. Ο φορέας λειτουργεί και κάνει εκστρατείες με αυτόν τον στόχο από το 1884 και είναι ο μόνος μη κυβερνητικός φορέας στη Μεγάλη Βρετανία, που έχει την νομική ισχύ να αναλάβει δράση για την προστασία παιδιών που κινδυνεύουν από κακοποίηση. Οι άξονες δράσης του NSPCC αποτελούν την ενημερωτική εκστρατεία, τις ομάδες και τα προγράμματα παιδικής προστασίας, και την Γραμμή τηλεφωνικής υποστήριξης

Τέλος, το ECPAT (End Child Prostitution, Child Pornography and Trafficking of Children for Sexual Purposes,) αποτελεί ένα δίκτυο 73 ομάδων σε 67 κράτη που συνεργάζονται με στόχο την εξάλειψη της σεξουαλικής εμπορικής εκμετάλλευσης των παιδιών και εδρεύει στην Μπαγκόκ της Ταϊλάνδης. Κατέχει την Ιδιότητα του Ειδικού Συμβούλου στο Οικονομικό και Κοινωνικό Συμβούλιο του ΟΗΕ (ECOSOC), ενώ συνεργάζεται με διεθνείς κυβερνητικές και μη οργανώσεις, όπως η Ιντερπόλ, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Τουρισμού και η UNICEF. Στόχους και δραστηριότητες αποτελούν η ανάπτυξη του δικτύου παγκοσμίως, η καταπολέμηση του τουρισμού παιδικού σεξ, η πρόληψη της παιδικής πορνογραφίας στο διαδίκτυο και του Trafficking παιδιών, η εκπαίδευση επαγγελματιών που ασχολούνται με το παιδί, και η έρευνα.

Βιβλιογραφικές πηγές

Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 18, 409-417.

Russell, D. E. H. (1984). *Sexual exploitation: Rape, child sexual abuse, and workplace harassment*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Koss, M. P., & Cidycz, C. A., & Wisniewski, N. (1987). The scope of rape: Incidence and prevalence of sexual aggression and victimization in a national sample of higher education students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 162-170.

Hudson S. M., Wales D. S., & Ward T. (1998). *Kia Marama: A treatment program for child molesters in New Zealand*. In W., L. Marshall, Y., M. Fernandez S. M. Hudson, & T Ward: *Searchbook of Treatment Programs for Sexual Offenders*, New York, Plenum Press.

Kafka, M. P. (1997). A monoamine hypothesis for the pathophysiology of paraphilic disorders. *Arch. Sex Behav.* 26: 4, 343-58.

Abel, G. G., Becker, J. V., Cunningham-Rathner, J., Mittleman, M., & Rouleau, J. (1988). Multiple paraphilic diagnoses among sex offenders. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 16, 153-168.

Marshall W, Fernandez Y, Hudson S, Ward T (1998). *Sourcebook of Treatment Programs for Sexual Offenders*. Plenum Press, New York and London.

Christiansen K. (1998). Behavioral correlates of testosterone. In *Testosterone: action, deficiency, substitution*. Nieschlag E & Behre HM (Eds). pp.107-142, Springer, NY.

Olweus, D., Mattsson, Å., Schalling, D., & Löw, H. (1988). Circulating testosterone levels and aggression in adolescent males: A causal analysis. *Psychosomatic Medicine*, 50, 261-272.

Dabbs, J. M. Jr, Frady, R. L., Carr, T. S. & Besch, N. F. (1987). Saliva testosterone and criminal violence in young adult prison inmates. *Psychosom. Med.*, 49, 174-182.

Rosler, A., & Witztum, E. (1998). Treatment of men with paraphilia with a longacting analogue of gonadotropin-releasing hormone. *N. Engl. J. Med.*, 338, 416-422.

Freund, K. (1990). Courtship disorder. In W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assaults: Issues, theories, and treatment of the offender* (pp. 195-207). New York: Plenum Press.

Abel, G. G., & Osborn, C. (1992). The paraphilias: The extent and nature of sexually deviant and criminal behavior, *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 675-687.

Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., & Martin, C. E. (1980). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: W. B. Saunders Co., pp. 606-651.

Crepault, E., & Coutoure, M. (1980). Men's erotic fantasies. *Archives of Sexual Behavior*, 9, 565-581.

Arndt, W., Foehl, J., & Good, F. (1985). Specific sexual fantasy themes: A multidimensional study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 472-480.

Allen DW. (1980). A psychoanalytic view. In DJ Cox & RJ Daitzman (Eds), *Exhibitionism : Description, assessment and treatment* (pp 59-82). New York. Garland

Freud, S. (1953). Three essays on the theory of sexual deviation. In *The complete psychological works of Sigmund Freud* (J. Strachey, Ed. & Trans.; Vol. 7). London: Hogarth Press. (Original work published 1905)

Rachman, S., & Hodgson, R. J. (1968). Experimentally induced "sexual fetishism": Replication and development. *Psychological Record*, 18, 25-27.

Freund, K., & Kolarsky, A. (1965). Grundzuge eines einfachen Bezugssystems fur die Analyse sexueller Deviationen [A simple reference system for the analysis of sexual dysfunctions]. *Psychiatrie, Neurologie, und medizinische Psychologie*, 17, 221-225.

Briken P, Habermann N, Berner W, Hill A. XΨΨ chromosome abnormality in sexual homicide perpetrators. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*, 2006, 14(2), 198-200.

Studer IH, Aylwin AS, Reddon JR. Testosterone, sexual offence recidivism, and treatment effect among adult sex offenders. *Sex Abuse*, 2005, 17(2), 171-181.

Balon R: Pharmacological treatment of paraphilias with a focus on antidepressants. *J Sex Marital Therapy*, 1998, 24: 241-254.

Ducro C, Pham T. Evaluation of the SORAG and the Static-99 on Belgian sex offenders committed to a forensic facility. *Sex Abuse*, 2006, 18(1): 15-26.

Langstrom N, Sjostedt G, Grann M. Psychiatric disorders and recidivism in sexual offenders. *Sex Abuse*, 2004, 16(2), 139-150.

Langton CM, Barbaree HE, Harkins L, Peacock EJ. Sex offenders' response to treatment and its association with recidivism as a function of psychopathy. *Sex Abuse*, 2006, 18(1): 99-120.

Hanson RK, Morton-Bourgon KE. The characteristics of persistent sexual offenders: a metaanalysis of recidivism studies. *J Consult Clin Psychol*, 2005, 73(6) : 1154-1163.

Γιωτάκος Ο. (2004). Σεξουαλική επιθετικότητα και Παραφιλίες: Αιτιολογία, Εκτίμηση, Αντιμετώπιση. Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ.

Πρεκατέ Β, Γιωτάκος Ο. (2005) Οδηγός εκπαιδευτικών και γονέων για την ανίχνευση της παιδικής κακοποίησης. Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ

Γιωτάκος Ο (2006). Το ψυχολογικό και βιολογικό προφίλ των σεξουαλικών δραστών. Στο «Σεξουαλική Κακοποίηση, Μυστικό όχι πια», Επιμ: Γιωτάκος Ο. Πρεκατέ Β. Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα, σελ 449-467.

Σταθοπούλου Τ (2006). Η θεραπευτική διαδικασία ενηλίκων που έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση. Στο «Σεξουαλική Κακοποίηση, Μυστικό όχι πια», Επιμ: Γιωτάκος Ο. Πρεκατέ Β. Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα, σελ 65-86.

Σωτηροπούλου Α (2006). Θεραπεία του τραύματος από παιδική σεξουαλική κακοποίηση. Στο «Σεξουαλική Κακοποίηση, Μυστικό όχι πια», Επιμ: Γιωτάκος Ο. Πρεκατέ Β. Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα, σελ 86-99.

ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Χρύσα Λεχουρίτη, Ψυχολόγος

Ορέστης Γιωτάκος, Ψυχίατρος

Ιστορικά στοιχεία

Η μετατραυματική διαταραχή είναι από τις πιο συνήθεις κρίσεις που ένας ειδικός ψυχικής υγείας καλείται να αντιμετωπίσει. Η σεξουαλική κακοποίηση, ο ξυλοδαρμός, η απώλεια, η βία και η ομηρεία επισπεύδουν την εμφάνιση της διαταραχή μετατραυματικού στρες . Το ψυχικό τραύμα είναι μια διαδικασία που ξεκινά από ένα τραυματικό γεγονός που κατακλίζει το άτομο με έναν οξύ και ανυπόφορο φόβο. Όταν συμβαίνει το γεγονός ,το άτομο χάνει την ικανότητα του να ελέγχει τις αποδιοργανωτικές επιπτώσεις της συγκεκριμένης εμπειρίας. Το τραύμα διαλύει τις ατομικές ψυχολογικές σταθερές του ατόμου που έως τότε ρυθμιζόνταν σταθερά από ότι είχε βιώσει στο παρελθόν και ότι συνέβαινε στο παρόν. Η μετατραυματική από στρες διαταραχή – ΜΤΣΔ - (post traumatic stress disorder, PTSD) συμπεριελήφθη στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Οδηγό των Ψυχικών Διαταραχών από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία στο DSM – III, το 1980.

Μελέτες σε άτομα που είναι σε κίνδυνο έδειξαν επικράτηση που κυμαίνεται από 3% έως 58%. Η μετατραυματική από στρες διαταραχή μπορεί να προσβάλλει μέχρι και το 30% των θυμάτων μιας καταστροφής. Έχουν παρατηρηθεί μακροχρόνιες σωματικές επιδράσεις σε άτομα ακόμα και 30 χρόνια μετά από παραμονή τους σε στρατόπεδα συγκέντρωσης. Η συχνότητα στο γενικό πληθυσμό κυμαίνεται από 1% έως 34%. Επιδημιολογική κοινοτική έρευνα στις ΗΠΑ έδειξε ότι η δια βίου επικράτηση είναι 1%, με συχνότητα 0,5% για τους άνδρες και 1,3% για τις γυναίκες. Μία άλλη κοινοτική έρευνα σε νέους ενήλικες έδειξε ότι η δια βίου επικράτηση είναι 9,2%, με 11,3% για τις γυναίκες και 6% για τους άνδρες. Η φύση του τραύματος που προδιέθεσε τη διαταραχή διέφερε επίσης μεταξύ των φύλων. Το πρωτεύον τραύμα για τους άνδρες ήταν η μάχη και η προσωπική μαρτυρία του θανάτου κάποιου, ενώ στις γυναίκες η σωματικού τύπου επίθεση ή απειλή αφορούσε περισσότερες από τις μισές περιπτώσεις τραυματικής εμπειρίας.

Παλαιότερα οι παθολόγοι, καθώς και οι πρώτοι ψυχίατροι έπρεπε να αντιμετωπίσουν τα μη αναγνωρίσιμα από παθολογικής πλευράς συμπτώματα των θυμάτων από τα ατυχήματα. Ο όρος που χρησιμοποιούσαν τότε οι ψυχολόγοι για τα αντίστοιχα εκείνα περιστατικά ήταν "αντιδραστική νεύρωση" και εστίαζε στην περιγραφή μιας χρόνιας ασθένειας και την εξασφάλιση αποζημίωσης από τους ασφαλιστές. Ο Freud κατασκεύασε τον όρο "υστερική νεύρωση" για να περιγράψει περιπτώσεις τραυμάτων σε νεαρές Βικτωριανές γυναίκες. Ανέφερε συμπτώματα που συνοδεύονταν από αποτρεπτικές ιδέες, άρνηση, απώθηση στο ασυνείδητο, συναισθηματική αποφυγή, καταναγκαστική επανάληψη συμπεριφορών σχετικών με το τραύμα και περιοδικά επαναλαμβανόμενες προσβολές από σχετικές με το τραύμα αισθήσεις. Αργότερα χρησιμοποιήθηκαν νέοι όροι όπως «σοκ από οβίδες» και «κόπωση μάχης» σε μια προσπάθεια να δοθεί μια εξήγηση την κατάσταση των τραυματισμένων στρατιωτών που δεν είχαν εμφανή σωματικά τραύματα. Πολλές υποθέσεις είχαν γίνει σχετικά με αυτές τις ασθένειες αλλά ο Freud θεώρησε πιο δόκιμο τον όρο "νεύρωση του πολέμου" σαν την πιο κατάλληλη να περιγράψει την συναισθηματική διαταραχή διαχωρίζοντας την από τη νευρολογική πλευρά της διάγνωσης. Το υγειονομικό σώμα του αμερικανικού στρατού μετά από τον 2^ο παγκόσμιο και τον πόλεμο στην Κορέα αναγνώρισε την κόπωση της μάχης σαν μια θεραπεύσιμη ψυχολογική ενόχληση. Η θεραπευτική τους προσέγγιση βασίστηκε στο ότι η κόπωση της μάχης χαρακτηριζόταν από οξύτητα και θα έπρεπε η θεραπεία να γίνει το συντομότερο και πολύ κοντά στο πεδίο της μάχης. Η βασική ιδέα πίσω από αυτό ήταν η σύντομη επιστροφή στο καθήκον. Η πανωλεθρία του Βιετνάμ ήταν εκείνη που έφερε τη ΜΤΣΔ στο προσκήνιο σοβαρότερης έρευνας. Οι βετεράνοι που επέστρεψαν από τις αποστολές άρχισαν να παρουσιάζουν μια σειρά από ψυχικά προβλήματα χωρίς να υπάρχει η ανάλογη βάση για ανάλυση και θεραπεία στην έως τότε σχετική βιβλιογραφία της ψυχολογίας. Καθώς ο πόλεμος συνεχιζόταν όλο και περισσότεροι βετεράνοι υπέφεραν από ψυχολογικά προβλήματα. Αυτοί οι βετεράνοι σχημάτισαν τμήματα αυτοβοήθειας –self help groups- για να αντιμετωπίσουν τα ψυχολογικά τους προβλήματα. Αυτά τα γκρούπ πολύ γρήγορα συνασπίστηκαν και έγιναν μια πολιτική δύναμη που πίεζε τις ομοσπονδιακές κυβερνήσεις να δώσει λύσει στα προβλήματα τους. Ένα από τα αποτελέσματα αυτού του συνασπισμού δυνάμεων ήταν η δημιουργία των κέντρων βετεράνων Βιετνάμ όπου μπορούσαν να ζητήσουν βοήθεια για μια μεγάλη γκάμα προβλημάτων προσαρμογής.

Κλινική εμφάνιση

Η ΜΤΣΔ είναι μια σύνθετη διαταραχή. Για να διαγνωστεί κάποιος ότι έχει μετατραυματικό θα πρέπει να έχει τα παρακάτω συμπτώματα και να πληρεί τις παρακάτω προϋποθέσεις σύμφωνα με το DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). Αρχικά, το άτομο θα πρέπει να έχει εκτεθεί ή να έχει αντιμετωπίσει ένα τραυματικό γεγονός από το οποίο απειλήθηκε από έναν πραγματικό ή εν δύναμη κίνδυνο προς τον ίδιο ή άλλους και χρειάστηκε να προστατεύσει την σωματική του ακεραιότητα . Τέτοια τραυματικά γεγονότα δεν είναι μόνο οι πολεμικές επιθέσεις αλλά και τόσα άλλα όπως η σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση, η απαγωγή, η ομηρία, τα θανατηφόρα αυτοκινητιστικά ατυχήματα, οι σεισμούς και οι τυφώνες, η μετανάστευση μετά από πόλεμο στον τόπο καταγωγή κάποιου, η διαδικασία της ανίχνευσης σε στρατόπεδο συγκεντρώσεων και η νόσηση από μια αρρώστια που απειλεί τη ζωή κάποιου. Η αντίδραση σε ένα τραύμα είναι έντονος πόνος, αίσθημα αβοηθησίας ή τρόμος /φρίκη.

Σαν αποτέλεσμα, το άτομο έχει μόνιμα συμπτώματα άγχους και ανησυχίας τα οποία δεν προϋπήρχαν του τραυματικού γεγονότος. Κατά δεύτερο λόγο το άτομο ξαναβιώνει επίμονα το τραυματικό γεγονός με το λιγότερο με έναν από τους ακόλουθους τρόπους : Επαναλαμβανόμενες παρειασθητικές αναμνήσεις από το γεγονός, παρειασθητικούς εφιάλτες με το γεγονός, απεισώδεια αναδρομής συμπεριλαμβανομένων και αυτών που συμβαίνουν στο ξύπνημα ή μετά από μέθη και μπορεί να περιλαμβάνει όλους τους τύπους των αισθητικών παρειασθησεων ή ψευδαισθησεων που προκαλούν στο άτομο απώλεια της παρούσας πραγματικότητας και το οδηγούν να δρα και να αισθάνεται σαν το γεγονός να συμβαίνει πάλι. Επίσης, έντονη ψυχολογική καταπόνηση όταν εκτίθεται σε εσωτερικούς ή εξωτερικούς παράγοντες που συμβολίζουν ή ομοιάζουν με κάποιες πλευρές του τραύματος, σωματική επαναδραστηριοποίηση σε κάθε έκθεση σε γεγονότα που συμβολίζουν ή ομοιάζουν με πλευρές του τραύματος όπως η περίπτωση ενός θύματος ανεμοστρόβιλου- τυφώνα που άρχισε να κινείται βίαια όταν πλησίαζε μία καταιγίδα. Το άτομο επίσης, επίμονα και συστηματικά, αποφεύγει τέτοια ερεθίσματα με τουλάχιστον τρεις από τους ακόλουθους τρόπους: Προσπαθεί να αποφεύγει σκέψεις, διαλόγους ή συναισθήματα που συνδέονται με το τραύμα, προσπαθεί να αποφεύγει δραστηριότητες ,ανθρώπους ή καταστάσεις που δραστηριοποιούν-ενεργοποιούν αναμνήσεις του τραύματος, έχει σοβαρή αδυναμία να θυμηθεί σημαντικές πλευρές του τραύματος, έχει πολύ μειωμένο ενδιαφέρον σε σημαντικές για αυτόν στο παρελθόν δραστηριότητες, αισθάνεται συναισθηματικά αποκομμένος και αποστασιοποιημένος κοινωνικά από τον περίγυρο του, έχει ένα πολύ περιορισμένο φάσμα συναισθημάτων με το μούδιασμα κάθε συναισθήματος, έχει μια πολλή βραχυπρόθεσμη και συμπυκνωμένη αντίληψη του μέλλοντός του

όπως καθόλου ή περιορισμένη καριέρα, όχι γάμο, όχι παιδιά ή φυσιολογικό κύκλο ζωής. Επίσης το άτομο μπορεί να έχει επίμονα συμπτώματα αυξημένης διέγερσης του νευρικού συστήματος που δεν ήταν παρόντα πριν από τα τραύμα ,όπως καταδεικνύεται από τουλάχιστον δύο από τα συμπτώματα που ακολουθούν: δυσκολία να κοιμηθεί ή να παραμείνει κοιμισμένος, ευρεθιστότητα ή εκρήξεις θυμού, δυσκολία να συγκεντρωθεί σε ένα καθήκον, παρακολουθεί και ελέγχει για φανταστικούς ή πραγματικούς κινδύνους που πιθανόν να μην έχουν πραγματική βάση, παρουσιάζει υπερβολική αντίδραση σε ασήμαντα ή μη απειλητικά ερεθίσματα. Η διαταραχή προκαλεί κλινικά σημαντική δυσλειτουργία στην κοινωνική ,επαγγελματική ή και άλλες σημαντικές παραμέτρους στη ζωή του ατόμου.

Η ΜΤΣΔ δεν περιορίζεται μόνο στους ενήλικους. Τα παιδιά εμφανίζουν και αυτά αυτή την διαταραχή, τόσο με κοινά συμπτώματα με αυτά των ενηλίκων, όσο και με κάποια άλλα. Τα παιδιά συχνά δεν έχουν την αίσθηση ότι απαναβιώνουν το παρελθόν αλλά πιθανόν να το ξαναζούν μέσα από το επαναλαμβανόμενο παιχνίδι. Οι εφιάλτες από το τραυματικό γεγονός μπορεί να δώσουν τη θέση τους σε πιο γενικούς εφιάλτες με τέρατα ή νέες μορφές. Το συμπυκνωμένο μέλλον για ένα παιδί γενικά εμπεριέχει την πεποίθηση ότι δεν θα καταφέρει να φτάσει στην ηλικία την ενηλικίωσης. Επιπρόσθετα τα παιδιά μπορεί να πιστεύουν ότι μπορούν να προβλέψουν το μέλλον και να προβλέψουν δυσοίωνα γεγονότα. Σωματικά συμπτώματα πιθανόν να κάνουν την εμφάνιση τους όπως πονοκέφαλοι από τους οποίους δεν υπέφεραν πριν.

Για μια σειρά από πολιτικούς και κοινωνικούς λόγους η κοινωνία αρνείται να δεχθεί ότι τα θύματα ενός πολέμου, τα θύματα οικογενειακής βίας ή γενικότερα τα θύματα της ανθρώπινης βιαιότητας μπορεί να οδηγηθούν στην ψυχική πάθηση. Τα θύματα του Βιετνάμ που ζήτησαν βοήθεια από τους τα νοσοκομεία για Συνδέσμους Βετεράνων έλαβαν μια άστοχη διάγνωση ή θεώρησαν πως πάσχουν από μια υπάρχουσα ψυχοπαθολογία ή χαρακτηρολογική διαταραχή. Σαν αποτέλεσμα αυτής της συμπεριφοράς ήταν η επανα-θυματοποίηση τους από το συντηρητικό και άκαμπτο σύστημα ψυχικής υγείας και η προσθήκη της προβολής του ψυχισμού του θύματος στην ήδη υπάρχουσα ψυχική δυσκολία. Τα θύματα οικογενειακής βίας θεωρούνταν "μαζοχιστικές" προσωπικότητες που υποσυνείδητα λάμβαναν ευχαρίστηση από την βία που εξασκούνταν πάνω τους. Αυτή η επανα-θυματοποίηση και η αποδοκιμασία παρόλι την "φροντίδα" από τους ειδικούς οδήγησε στην επιδείνωση των προβλημάτων του επιζώντα.

Παρέμβαση

Η μετατραυματική από στρες διαταραχή μπορεί να συμβεί σε κάθε ηλικία, περιλαμβανομένης της παιδικής. Τα συμπτώματα συνήθως ξεκινούν τους πρώτους τρεις μήνες μετά το τραύμα, αν και όταν η έναρξη είναι καθυστερημένη, τα συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν ακόμα και χρόνια μετά το συμβάν. Τα θύματα των καταστροφών τείνουν επίσης να έχουν καθυστερημένη έναρξη της νόσου. Οι περισσότεροι των ασθενών πληρούν τα κριτήρια για διαταραχή από οξύ στρες αμέσως μετά το συμβάν. Οι μισοί από αυτούς τους ασθενείς όμως παρουσιάζουν ύφεση των συμπτωμάτων μέσα σε τρεις μήνες με την κατάλληλη θεραπεία. Έχουν περιγραφεί 3 στάδια της νόσου από τον Scignar. Το πρώτο στάδιο αφορά στην απάντηση στο τραύμα. Το δεύτερο στάδιο (οξεία μορφή της διαταραχής) συμβαίνει όταν τα συμπτώματα επιμένουν περισσότερο από 4 εβδομάδες. Στη διάρκεια του σταδίου αυτού μπορεί να υπάρξουν συμπτώματα ή συναισθήματα αβοήθητου, έλλειψης ελέγχου, υπερδιεγερσιμότητας, επαναβίωσης του τραύματος, φοβικής αποφυγής, αυξημένου αντανακλαστικού τρομάγματος, και σωματικά ενοχλήματα. Το τρίτο στάδιο περιγράφεται σαν χρόνια μετατραυματική από στρες διαταραχή, όταν ο ασθενής αλλάζει εστιασμό από το οξύ τραύμα στις σωματικές ανικανότητες λόγω του τραύματος. Στη διάρκεια του σταδίου αυτού, η χρήση ουσιών, το άγχος, και η κατάθλιψη είναι συνήθεις παράγοντες που επιπλέκονται. Το ιστορικό ύπαρξης συναισθηματικής διαταραχής είναι παράγοντας κινδύνου ανάπτυξης της μετατραυματικής από στρες διαταραχής στις γυναίκες, ενώ το ιστορικό ύπαρξης διαταραχής άγχους καθώς και η ύπαρξη γονεϊκής ψυχικής διαταραχής είναι παράγοντας κινδύνου στους άνδρες.

Η θεραπεία της μετατραυματικής από στρες διαταραχής στη γενική κλινική πράξη περιέχει συνήθως συνδυασμό φαρμακοθεραπείας, υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας, γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας και ψυχοεκπαίδευση, αν και μπορεί να χρησιμοποιηθούν εξειδικευμένες θεραπείες για ειδικούς πληθυσμούς που είναι θύματα κάποιου ειδικού τραύματος. Όσον αφορά τη φαρμακοθεραπεία, η συνήθης προσέγγιση είναι η έναρξη με ένα αντικαταθλιπτικό το οποίο είναι αποτελεσματικό έναντι της ψυχικής αδράνειας και των άλλων συνοδών ενοχλημάτων. Παρατηρείται θετικό αποτέλεσμα στο 60%-70% των περιπτώσεων. Επιπλέον, τα αντικαταθλιπτικά δείχνουν θετικό αποτέλεσμα στο 60% έως 70% των περιπτώσεων που είναι σε ψυχοθεραπεία. Οι θεραπευτικές προσπάθειες θα πρέπει να διαρκούν τουλάχιστον 12 εβδομάδες.

Η θεραπεία της ΜΤΣΔ έχει τρία βασικά συστατικά: την επεξεργασία και αντιμετώπιση των τρομακτικών και ανυπόφορων εμπειριών, το χειρισμό και τον έλεγχο των φυσιολογικών και βιολογικών αντιδράσεων στρες και την εγκαθίδρυση

ασφαλών κοινωνικών επαφών και διαπροσωπικών σχέσεων. Οι Brende and Parson (1985) πρότειναν τα πέντε στάδια ανάνηψης/ανάκαμψης στον ασθενή με ΜΤΣΔ: 1. Οξεία φάση: Το θύμα βιώνει οξυμμένη την αίσθηση "πολέμησε ή πέταξε" σε μία περίπτωση απειλητική για την ζωή του. Ο παλμός, η αρτηριακή πίεση, η αναπνοή και η μυική δραστηριότητα είναι αυξημένα, ενώ κυριαρχούν συναισθήματα φόβου και αβοήθητου. 2. Το συναισθηματικό μούδιασμα και φάση της άρνησης. Ο επιζών προστατεύει την ψυχική του υγεία με το θάψιμο/το καταχώνιασμα της εμπειρία του στην υποσυνείδητη μνήμη. Με την αποφυγή της εμπειρίας, το θύμα παροδικά μειώνει το άγχος του και τα συμπτώματα στρες. Πολλά θύματα παραμένουν για πάντα σε αυτό το στάδιο εκτός και εάν λάβουν παρέμβαση από ειδικό. 3. Η παραισθητική φάση: Ο επιζών έχει εφιάλτες, ευμετάβλητη διάθεση, παραισθητικές εικόνες και αντιδράσεις ξαφνιάσματος. Σε αυτή την κατάσταση το στρες γίνεται κατακλυσμιαίο και το θύμα ωθείται να ζητήσει βοήθεια. 4. Η μεταβατική φάση: Ο επιζών αναπτύσσει μια προσωπική οπτική πάνω στο τραυματικό γεγονός και γίνεται θετικός και παραγωγικός, με μια διάθεση για προχώρημα και όχι προσκόλληση στα παρελθόντα γεγονότα. 5. Η φάση ολοκλήρωσης: Ο επιζών ενσωματώνει το τραύμα με όλες τις εμπειρίες του παρελθόντος και επαναφέρει στο προσκήνιο την αίσθηση της συνέχειας της ζωής μετά από ένα τραύμα. Το τραυματικό γεγονός τοποθετείται πια επιτυχώς στα παρελθόντα γεγονότα. Η μετάβαση από το ένα στάδιο στο άλλο με την συγκεκριμένη σειρά είναι συνήθως η εξαίρεση και όχι ο κανόνας.

Γενικά τα θύματα με τραύμα αρνούνται την αρχική παρέμβαση επειδή βλέπουν το γεγονός σαν κάτι πολύ δύσκολο να το αντιμετωπίσουν ή πιστεύουν ότι άνθρωποι με δυνατό χαρακτήρα οφείλουν να μπορούν να αντιμετωπίζουν τέτοια γεγονότα αποτελεσματικά από μόνοι τους χωρίς εξωτερική παρέμβαση. Αυτές οι λανθασμένες υποθέσεις τοποθετούν τα θύματα στην καθυστερημένη φάση της διαταραχής, εκεί όπου εμφανίζεται και τοποθετείται και η πλειοψηφία των ασθενών. Δεδομένων των αρνητικών και ποικίλων συναισθηματικών φορτίων που φέρουν τα θύματα στις συνεδρίες, είναι πολύ σημαντικό οι ειδικοί της ψυχικής υγείας να προσφέρουν στο θύμα μια ατμόσφαιρα αποδοχής έτσι ώστε να αρχίσουν να αφηγούνται την εμπειρία τους και να αντιμετωπίζουν το τραύμα.

Η θεραπεία των βετεράνων είτε μεμονωμένα είτε σε ομάδες γίνεται ιδανικά εάν οι βετεράνοι κρατούν κυριαρχικό ρόλο, δεδομένου ότι θεωρούν τους ειδικούς πως δεν έχουν ιδέα του τι θα πει μάχη. Το ίδιο μπορεί εξαχθεί συμπερασματικά στη ομαδική θεραπεία και με άλλες ομάδες θυμάτων από διαφορετικά τραύματα. Το κέντρο βετεράνων του Μεμφις έχει εκδόσει μια λίστα για την βελτίωση του κύρους των μη βετεράνων που δουλεύουν θεραπευτικά μαζί τους (Memphis Vietnam Veterans Center, 1985). Αυτοί οι νόμοι μπορούν να προσαρμοστούν σε κάθε άλλη

ομάδα όπως αστυνομικούς , διασώστες , και όλους όσους μοιράζονται την εμπειρία της ΜΤΣΔ.

- Ο πελάτης έχει την εξειδικευμένη γνώση του αντικειμένου που ο θεραπευτής δεν έχει. Ο θεραπευτής έχει τη τεχνική και κλινική γνώση που ο βετεράνος δεν έχει. Μαζί μπορείτε να συνάψετε μια θεραπευτική συμμαχία.
- Χρησιμοποίησε την επιθυμία σου να μάθεις και να καταλάβεις εποικοδομητικά μειώνοντας με αυτό τον τρόπο τα κενά εμπειριών.
- Ο πελάτης θέλει να σε βοηθήσει να τον καταλάβεις και χρειάζεται και την δική σου βοήθεια σε αυτό.
- Ένας θεραπευτής του αντιθέτου φύλου χρησιμεύει σαν ρόλος μοντέλο δηλαδή στη περίπτωση ενός άντρα βετεράνου, μια γυναίκα που μπορεί να καταλάβει και να δεχθεί το θύμα χωρίς να το κριτικάρει για αυτό που είναι και για ο,τι του έχει συμβεί, χωρίς να προβάλλει προκαταλήψεις.
- Η κλινική εμπειρία και η εξειδίκευση είναι κάτι που επιτυγχάνεται με τον καιρό, οπότε και γίνεται περισσότερο αποδεκτός από το άτομο ή το γκρουπ που είναι σε θεραπεία.
- Καθώς οι ιστορίες ξεδιπλώνονται βγαίνουν στην επιφάνεια πολλά ηθικά διλήμματα που σε αγγίζουν προσωπικά. Συγκρατήσου από όποιες εκφράσεις που εκφράζουν αποστροφή καθώς ο πελάτης περιγράφει ακρότητες. Μείνε αμέτοχος και απέφυγε κάθε υποκειμενική κρίση.
- Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται ώστε να αποφευχθεί η ταύτιση και η λατρεία κάποιου ήρωα και έτσι να οδηγηθείτε στην άμβλυση του προβλήματος και στην υπονόμηση της ικανότητας σου στην επίλυση προβλημάτων.
- Απαίτησε να υπάρχει έλεγχος και ενίσχυσε τον για το καλό το δικό σου αλλά και των πελατών-μην προσπαθήσεις να κάνεις θεραπεία σε κάποιο πελάτη που είναι είτε μεθυσμένος είτε κάτω από την επίρροια ναρκωτικών, αρνήσου να είσαι παρόν σε τηλεφωνικούς διαπληκτισμούς ,κράτησε μακριά τα όπλα και παρέμεινε στην σταθερός στην τήρηση αυτών των ορίων.
- Μην αμελείς να παρατηρείς οποιοδήποτε σημάδι burnout-εξουθένωσης.

Δυσκολίες στην πορεία της θεραπείας

Μπορεί να υπάρξει μόνο μερική ύφεση. Δεν υπάρχουν μαγικές θεραπείες για τόσο επίμονα προβλήματα.

Εξαιτίας της τάσης επιμονής των συμπτωμάτων μπορεί να απαιτούνται πολλές συνεδρίες.

Καθώς η κάθαρση προχωρά, είναι πιθανό να δούμε υποτροπή ή χειροτέρευση. Ο φόβος εμφάνισης ενός ψυχωσικού επεισοδίου είναι ισχυρός.

Η όποια αλλαγή της προσωπικότητας μπορεί να προκαλέσει επιβάρυνση στις διαπροσωπικές σχέσεις.

Ο ψυχικός πόνος μπορεί να γίνει αβάσταχτος καθώς το θύμα ξαναζεί ενοχλητικές εμπειρίες και συναισθήματα, και τα οποία εάν γίνουν φανερά, και εκφραστούν πιθανόν να προκαλέσουν απόρριψη από φίλους και θεραπευτές.

Ο ασθενής φοβάται ότι η όποια εκδήλωση των συναισθημάτων του θα οδηγήσει σε ανεξέλεγκτο θυμό

Το θύμα δυσκολεύεται στην αποδοχή των δικών του προσωπικών δυσκολιών-ατελειών.

Παρέμβαση σε παιδιά και μετατραυματικό στρές

Η παρέμβαση στα παιδιά με ΔΜΤΣ ξεκινά με την αξιολόγηση. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση αλλά και την θεραπεία στα παιδιά είναι διαφορετικές από αυτές που χρησιμοποιούνται στους ενήλικες. Η έγκαιρη διάγνωση είναι πολύ σημαντική για τη εκτίμηση του τραύματος. Έχει αποδειχθεί ότι όταν αφήνεις τα παιδιά να μιλήσουν στην συνέντευξη για την εμπειρία τους βοηθά αποτελεσματικά στην μείωση των μακρόχρονων συμπτωμάτων της ΜΤΣΔ. Είναι βασικό κατά την συνέντευξη να αποσαφηνιστεί ο βαθμός και η σοβαρότητα της έκθεσης στο τραύμα και ποια ήταν η αντίδραση του παιδιού σαυτό. Έτσι καταγράφονται συγκεκριμένες αναφορές σχετικά με το τραυματικό γεγονός όπως φωνές που καλούσαν σε βοήθεια, άσχημες μυρωδιές, εγκύτητα με τον τρόπο, καταστάσεις παγίδευσης, κλπ. Έχοντας το υλικό του τραυματικού γεγονότος ο ειδικός πρέπει να προχωρήσει με πολλή υπομονή, φροντίδα και ενσυναίσθηση.

Ο Terr (1995) διαχώρισε τα παιδικά τραύματα σε δύο κατηγορίες: Τον τύπο I που αναφέρεται σε μια ξαφνική και ξεχωριστή τραυματική εμπειρία και τον τύπο II που αναφέρεται σε τραύματα με μεγαλύτερη διάρκεια και επαναλαμβανόμενες τραυματικές δοκιμασίες. Τα παιδιά αντιδρούν διαφορετικά στο τραύμα ανάλογα με την γνωστική και ηθική τους ανάπτυξη. Υπάρχουν ενδείξεις ότι ακόμα και τα μωρά θυμούνται τραυματικές εμπειρίες τους. Τα παιδιά με τραύμα τύπου I εμφανίζουν διαφορετικά συμπτώματα από αυτά του τύπου II διαφοροποιώντας την όλη εικόνα και κατάσταση τους από την πιο περίπλοκη του τύπου II. Τα περιστατικά που

απασχολούν τα παιδιά με τύπου I χαρακτηρίζονται από λεπτομερείς χαραγμένες μνήμες, αναδρομική περισυλλογή ,και γνωστικές επαναποτιμήσεις. Σε αντίθεση με τον τύπο I ,τα τραύματα του τύπου II οδηγούν στην ανάπτυξη ενός ψυχισμού με αμυντικούς μηχανισμούς και στρατηγικές αντιμετώπισης ικανούς να προστατεύσουν το άτομο από τις επαναλαμβανόμενες προσβολές. Μαζική-ολική άρνηση, ψυχικό μούδιασμα, απώθηση, διαχωρισμός -dissociation,αυτό-αναισθησία, αυτό ύπνωση, ταύτιση με τον δράστη, και επιθετικότητα στρεφόμενη προς τον ίδιο είναι μερικά από τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά του τραύματος τύπου II.Τα τραύματα τύπου II δημιουργούν έλλειψη συναισθημάτων και αίσθηση οργής ή θλίψης. Σε παιδιά με τραύμα τύπου I διαπιστώθηκε ότι είχαν συναισθήματα τραυματικού άγχους ακόμα και μετά από χρόνια. Όταν τους ζητήθηκε να μιλήσουν για το γεγονός γενίκευαν την ανησυχία τους σχετικά με το γεγονός με δηλώσεις όπως ' φοβάμαι το συναίσθημα του να είμαι φοβισμένος ' .Αντίθετα από τους βετεράνους πολέμου που πιθανόν να καυχηθούν για τις δύσκολες εμπειρίες τους τα παιδιά στεναχωρούνται από την εμπειρία τους αυτή ,δεν ήθελαν να μιλήσουν για γεγονός και ντρέπονταν αποφεύγοντας την δημοσιότητα. Κάθε φορά που τους ζητούσαν να μιλήσουν για αυτό ένοιωθαν να ταπεινώνονται και να ντροπιάζονται. Η τυπική τους αντίδραση ήταν να μισούν αυτό το συναίσθημα της αβοηθήσιας και ήθελαν να έχουν τον έλεγχο της κατάστασης. Όλα τα παιδιά θυμούνταν κάθε λεπτό και δευτερόλεπτο του περιεχομένου του γεγονότος. Επιπρόσθετα μπορούσαν να θυμηθούν λίγα ,αν υπήρχαν κάποια από τα συναισθήματα ή τις συμπεριφορές που βίωσαν κατά την δοκιμασία. Αυτή η αξιοσημείωτη ανάκτηση της ακριβούς λεκτικής μνήμης σχεδόν σε όλα τα τύπου I τραύματα δείχνει ότι αυτές οι μνήμες είναι ανεξίτηλα χαραγμένες μέσα στην ψυχή ανεξάρτητα από το πόσο τα παιδιά προσπάθησαν να τις καταστείλουν και τις φέρουν μαζί τους μέχρι την εφηβεία.

Το τραύμα μπορεί να έχει δραματικές συνέπειες στις προσδοκίες για σωστή ανάπτυξη του παιδιού και την απόκτηση των αναγκαίων ικανοτήτων. Η συνεχής 'παρουσία' ενός τραυματικού γεγονότος και η παρουσία ενός γνωστικού στυλ λήθης επηρεάζουν σαφώς την σχολική επίδοση. Τα παιδιά που βίωσαν τραύμα πολύ πιθανόν να έχουν πρόβλημα με τον 'αφηγηματικό ειρμό' και την ικανότητα να οργανώνουν την αφήγηση τους με αρχή, μέση και τέλος. Αυτή η δυσκολία να οργανώσει μια 'γραμμική ιστορία' έχει άμεσο αντίκτυπο στην ανάγνωση, το γράψιμο και την επικοινωνιακή ικανότητα του παιδιού. Σε κάποιες περιπτώσεις οι επιζώντες ανέφεραν περιστατικά που συνέβησαν μετά το τραύμα ως να είχαν γίνει πριν από αυτό. Όλες αυτές οι χρονικές παρανοήσεις γίνονται μέρος της υπο διαμόρφωση προσωπικότητας του παιδιού, με συνοδά συμπτώματα ενοχών. Το τραύμα πιθανόν να δημιουργήσει αγχώδη προσκόλληση στους φροντίζοντες το παιδί και άγχος

αποχωρισμού. Αναπτυξιακά το παιδί παρουσιάζει έλλειμμα κοινωνικότητας που σταδιακά μπορεί να οδηγήσει σε επιφανειακούς φιλικούς δεσμούς, κοινωνική απομόνωση και αποφυγή του σχολείου. Οι γονείς πιθανόν να προβοκάρουν αυτή τη συμπεριφορά εξαιτίας των δικών τους άλυτων φόβων σχετικά με το δραματικό γεγονός και να γίνουν υπερπροστατευτικοί. Στα πολύ μικρά παιδιά με ΜΤΣΔ αναφέρεται παλινδρόμηση από δεξιότητες που έχουν εδραιωθεί, γεγονός που θα υποχρεώσει σε επανεκπαίδευση. Διαταραχές στον ύπνο καθώς και ξαφνιάσματα πιθανό να δυσκολέψουν την κοινωνικοποίηση και την πρόοδο στο σχολείο. Ως έφηβοι μπορεί να έχουν παραβατική συμπεριφορά που μπορεί να κυμαίνεται από σκασιαρχείο, σεξουαλική δραστηριότητα, κλοπές, ριψοκίνδυνη οδήγηση, κατάχρηση αλκοόλ και κατοχή όπλων.

Παιδιά που έχουν υποστεί συνεχή σωματική κακοποίηση και σεξουαλική κακοποίηση καθώς και παιδιά μετανάστες από χώρες σε εμπόλεμη κατάσταση είναι τυπικά θύματα τραύματος τύπου II. Αυτά τα παιδιά αποφεύγουν να μιλάνε για τους εαυτούς τους ,περνάνε χρόνια χωρίς αναφορά στη δοκιμασία τους και προσπαθούν να δείξουν όσο πιο φυσιολογικά μπορούν. Ακόμα και όταν μοιραστούν την εμπειρία τους πιθανόν αργότερα να αρνηθούν ότι το έκαναν. Αυτό το σημείο είναι πολύ διαφορετικό από τα παιδιά με τραύμα τύπου I τα οποία τείνουν να επαναλαμβάνουν τις ιστορίες τους πάλι και πάλι. Η άρνηση στα παιδιά τραύματος τύπου II μπορεί να είναι τόσο έντονη που να ξεχνούν ολόκληρα κομμάτια –χρονικές περιόδους – της παιδικής τους ηλικίας. Τα παιδιά τύπου II είναι αδιάφορα στον πόνο, δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν τα συναισθήματά τους, και αποφεύγουν κάθε συναισθηματική εγγύτητα. Στην ενήλικη ζωή αυτή η μαζική άρνηση, αποτελεί χαρακτηριστικό των ναρκισσιστικών, αντικοινωνικών, οριακών, και αποφευκτικών διαταραχών προσωπικότητας. Στην ενήλικη ζωή τους αυτά τα παιδιά εμφανίζουν επίσης συχνά διασχιστικές διαταραχές, ενώ μπορεί να δημιουργηθούν άμυνες με τις οποίες το παιδί να εμφανίζεται παθητικό ή να ταυτίζεται με τον θύτη. Κάποιες φορές μπορεί να παρατηρηθεί αλλαγή και κάποιο παιδί που ήταν στην ομάδα τύπου I να γίνει τύπου II, όπως στις περιπτώσεις ατυχημάτων όπου τα θύματα χρειάζονται μακρόχρονη νοσηλεία και πολλές εγχειρήσεις. Παιδιά δηλαδή που βγαίνουν από τραύματα τύπου I με μόνιμες σωματικές αναπηρίες ,παραμορφώσεις, μακρόχρονο πόνο ή έχουν χάσει σημαντικά πρόσωπα, μπορεί να εισέλθουν στη διαδικασία προσαρμογής τύπου II. Έτσι, η εκκρεμής θλίψη συνεχίζεται και το παιδί πολύ πιθανό να αναπτύξει καταθλιπτική διαταραχή.

Βιβλιογραφικές πηγές

- Armstrong, M.W., & Holaday, M. (1993). The effects of psychological trauma on children and adolescents. *Journal of Counseling and Development*, 72(1), 49-56.
- Brende J.O & Parson E.R. (1985). *Vietnam veterans: The road to recovery*. New York, Plenum.
- Burgess-Watson, I.P., Hoffman, L., & Wilson, G.V. (1988). The neuropsychiatry of posttraumatic stress disorder, *British Journal of Psychiatry*, 152, 164-73.
- Cormier, W.H. & Cormier, L.S (1991). *Interviewing strategies for helpers: Fundamental skills and cognitive behavioral interventions (3rd ed.)* Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Flannery, Jr., R.B. (1994). *Post-Traumatic Stress Disorder: The victim's guide to healing and recovery*. New York: Crossroad Press.
- Egan, G. (1986). *The skilled helper: Models, skills, and methods for effective helping (4th ed.)*. Pacific Grove, C.A: Brooks/Cole.
- Terr L.C (1995). Childhood traumas, an outline and overview. In Everly G.S and Lating J M (eds), *Psychotraumatology* (pp 301-320). New York, Plenum.
- Van der Kolk, B.A. (1996). The body keeps the score: Approaches to the psychobiology of posttraumatic stress disorder. In B.A. van der Kolk, A.C. Mc

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΟΜΗΡΙΑΣ

Καλλιόπη Κάτρη, Ψυχολόγος

Γιώργος Στεφανόπουλος, Ψυχολόγος

Περιγραφή

Τα τελευταία χρόνια έχουν αυξηθεί τα περιστατικά ομηρίας. Το 95% των περιστατικών ομηρίας λύνονται χωρίς σοβαρούς τραυματισμούς, συνήθως λόγω της παρέμβασης και επιδεξιότητας του διαπραγματευτή. Το 10% των περιστατικών όπου κάποιο άτομο οχυρώνεται και αρνείται να παραδοθεί, εμπλέκει και ομήρους. Πολλά τέτοια περιστατικά συμβαίνουν συνήθως στο σπίτι, όπου εμπλέκεται ο σύζυγος που είναι εξαγριωμένος ύστερα από κάποιο καυγά. Η αυξημένη συχνότητα καταστάσεων ομηρίας και οχύρωσης οδηγεί στην ανάγκη ειδικής αντιμετώπισης αυτών των περιστατικών από τις αρχές και περιλαμβάνει τη χρήση ομάδας διαπραγματευτών και τακτικών δυνάμεων. Στόχος είναι η λήξη του περιστατικού χωρίς να προκληθεί βλάβη σε καμία από τις εμπλεκόμενες πλευρές (τακτικές δυνάμεις, όμηροι, ομηροκράτες και περαστικοί), μέσω της τακτικής των διαπραγματεύσεων. Η ομάδα των διαπραγματευτών, περιλαμβάνει στη σύνθεση της ειδικούς διαπραγματευτές και συμβούλους ψυχικής υγείας, ψυχολόγους και σε περιπτώσεις ψυχικής διαταραχής του δράστη και ψυχιάτρους. Η ομάδα διαπραγμάτευσης χρησιμοποιεί τη μεθοδολογία της διαπραγμάτευσης κρίσης (crisis negotiation), είτε για να δώσει λύση στο περιστατικό, ή για να προετοιμάσει το έδαφος για τις ειδικές δυνάμεις, εκεί όπου η επικοινωνία, έχει καταστεί αδύνατη. Σύμφωνα με τα αρχεία του FBI η λύση του περιστατικού γίνεται από την διαπραγμάτευση (56,3%), τις ειδικές δυνάμεις (7,6%) και τον συνδυασμό των δύο (33,5%). Η διάρκεια των περιστατικών είναι ιδιαίτερα σύντομη, αφού μόνο το 3% υπερβαίνει τις 18 ώρες, η έναρξη των περισσότερων περιστατικών είναι μεταξύ 12.00 και 24.00, ενώ η λήξη είναι σπανιότερη μεταξύ 06.00 και 12.00, πιθανώς για λόγους που σχετίζονται με τους αυξημένους βιορυθμούς και την αντοχή των δραστών την συγκεκριμένη περίοδο της ημέρας. Η ημέρα έναρξης μπορεί να είναι οποιαδήποτε με σχεδόν ίδιες πιθανότητες, οι δράστες είναι συνήθως άνδρες, τα θύματα είναι συνήθως γυναίκες, ενώ στην πλειοψηφία των περιστατικών δεν υπάρχουν θύματα από καμία πλευρά. Το γεγονός ότι περισσότεροι όμηροι σκοτώνονται, παρά τραυματίζονται οφείλεται στην μικρή απόσταση τους με τους δράστες, γεγονός που καθιστά δύσκολη την κατάσταση αν ο ομηροκράτης

αποφασίσει να πυροβολήσει. Το μικρό ποσοστό νεκρών δραστών σε σχέση με τους τραυματίες οφείλεται στην πρακτική των αρχών να στοχεύουν (και πολύ σωστά) στην εξουδετέρωση και όχι στο θάνατο των ομηροκρατών.

Γενικά χαρακτηριστικά των δραστών

Οι δράστες, διαφέρουν όπως είναι φυσικό σημαντικά μεταξύ τους και απαιτούν εξατομικευμένο χειρισμό, αλλά ανάλογα με τα κίνητρα και την προσωπικότητα μπορούν να ενταχθούν σε κάποιες γενικές κατηγορίες μερικές από τις οποίες μπορεί να είναι οι ακόλουθες:

Τρομοκράτες: Με θρησκευτικά, εθνικιστικά-πατριωτικά ή πολιτικά κίνητρα. Μπορεί να επιθυμούν να ζήσουν οπότε η διαπραγμάτευση μαζί τους να είναι αποτελεσματική, ή να θέλουν να θυσιαστούν (περίπτωση που αφορά κυρίως περιπτώσεις θρησκευτικής τρομοκρατίας) με συνέπεια η διαπραγμάτευση να είναι δυσχερής. Ακόμη όμως και σε αυτή την περίπτωση η ομάδα διαπραγμάτευσης μπορεί να επιτύχει να σωθούν πολλές ζωές ομήρων.

Ψυχικά ασθενείς: Για τους ο χειρισμός είναι προσανατολισμένος στις αντίστοιχες νοσολογικές οντότητες που αναφέρονται παρακάτω. Οι απόπειρες αυτοκτονίας με πτώση λήγουν σε ποσοστό 94% με την παράδοση του υποψήφιου αυτόχειρα.

Εγκληματίες: Πληρούν σε σημαντικό βαθμό τα χαρακτηριστικά της αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας. Η αντιμετώπιση βασίζεται σε τεχνικές επίλυσης προβλημάτων (problem solving). Το κίνητρό τους είναι κατά κανόνα υλικό, οι απαιτήσεις τους συγκεκριμένες, οι όμηροι αποτελούν διαπραγματευτικά αντικείμενα (rocker chips) και οι ίδιοι επιθυμούν να ζήσουν, γεγονός που καθιστά ιδιαίτερα αποτελεσματική την διαπραγμάτευση.

Απελπισμένοι: Αν και θεωρητικά οποιοσδήποτε κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες θα μπορούσε να βρεθεί σε αυτή την κατηγορία, η πράξη δείχνει ότι οι συγκεκριμένοι δράστες πληρούν ένα προφίλ προσωπικότητας που χαρακτηρίζεται από ανώριμη συμπεριφορά, παρορμητικότητα και φτωχό προγραμματισμό. Τα αιτήματά τους δεν είναι συγκεκριμένα και μεταβάλλονται γρήγορα. Η χρήση των τεχνικών της ενεργούς ακρόασης (αντανάκλαση, δηλώσεις του «εγώ», παράφραση, κλπ) που χρησιμοποιούν οι ψυχοθεραπευτές στην κλινική τους πρακτική, φέρνουν καταπληκτικά αποτελέσματα σε σχετικά σύντομο χρόνο σε αυτές της περιπτώσεις.

Άτομα σε κρίση: Ο συγκεκριμένος δράστης γνωρίζει προσωπικά τον όμηρο, που μπορεί να είναι η σύζυγος, η ερωμένη ή και το παιδί του. Προβαίνει σε μία τέτοια πράξη, ύστερα από μία συναισθηματική κατάρρευση στην εν λόγω ενδοπροσωπική του σχέση. Αυτά τα ξεσπάσματα οδηγούν σε

επαναλαμβανόμενους καυγάδες που κλιμακώνονται και μπορούν να φτάσουν σε κατάσταση ομηρίας ακόμη και μέσα στο σπίτι του δράστη. Στόχος του είναι το αίσθημα κυριαρχίας και εξουσίας πάνω σε σημαντικά για αυτόν άτομα. Σε τέτοιες περιπτώσεις ο διαπραγματευτής θα πρέπει να χρησιμοποιήσει δεξιότητες όπως η ενεργητική ακρόαση η εμπάθεια και η αντανάκλαση συναισθήματος. Σύνηθες είναι και η συμπαράσταση μέσω της αποκάλυψης παρόμοιων προβλημάτων από τη προσωπική ζωή του διαπραγματευτή. Μία αίσια έκβαση προϋποθέτει να νιώσει ο δράστης ότι υπάρχει διέξοδος στο πρόβλημα του και στις συνέπειες της πράξης του.

Το αδικημένο άτομο: Το άτομο αυτό είναι δυσαρεστημένο είτε με το γενικότερο κοινωνικό σύστημα ή με κάποια συγκεκριμένη γραφειοκρατία. Αισθάνεται θύμα που "σηκώνει πολλά βάρη στη ζωή του" και θεωρεί ότι δέχεται άνιση μεταχείριση από την κοινωνία και τους διάφορους φορείς της. Εδώ ο διαπραγματευτής θα πρέπει να δώσει στο άτομο την ευκαιρία να ακουστεί το παράπονο του μέσω των ΜΜΕ σε ανώτερους φορείς εξουσίας. Παρόμοια ψυχολογία απογοητευμένων ατόμων που αισθάνονται ότι κανένας υπεύθυνος με κάποια μορφή εξουσίας δεν νοιάζεται να επανορθώσει τη ζημία που έχουν υποστεί μπορεί να αντιμετωπίσει ο ψυχολόγος όχι μόνο ως δράστες αλλά και ως όμηροι σε μία παρέμβαση στην κρίση ύστερα από τη λήξη της κατάστασης ομηρίας τους.

Ψυχολογικά χαρακτηριστικά των δραστών

Γενικότερα, τα άτομα που φέρονται ως δράστες σε μία κατάσταση ομηρίας, είναι άνθρωποι που αισθάνονται αποτυχημένοι και θεωρούν πως προβαίνοντας σε μία τέτοια πράξη, θα εκβιάσουν μία λύση για το πρόβλημα τους μέσω της προβολής τους στα ΜΜΕ ή θα παζαρέψουν από την αστυνομία και κατ'επέκταση από το κράτος να εκπληρώσει τα αιτήματά τους. Τα άτομα αυτά παρουσιάζουν δυο τύπους συμπεριφοράς, τον αποφασιστικό (instrumental) και τον εκφραστικό (expressive). Στον αποφασιστικό τύπο συμπεριφοράς ο δράστης έχει ένα συγκεκριμένο στόχο που θέλει να εκπληρώσει και επιδιώκει να διαπραγματευτεί με τις αρχές- ειδικό διαπραγματευτή. Στον εκφραστικό τύπο, ο δράστης προσπαθεί να επιδείξει την δύναμη του και η διαπραγμάτευση στοχεύει περισσότερο στην επίδραση των συναισθημάτων και των σχέσεων. Αυτός ο τύπος συμπεριφοράς είναι ο πιο συχνός

αλλά και ο πιο πιθανός να καταλήξει σε τραυματισμό, αφού ο δράστης παρουσιάζει συναισθηματική αστάθεια. Ένας καλός διαπραγματευτής- ψυχολόγος θα πρέπει αρχικά να διακρίνει με τι τύπο συμπεριφοράς δράστη έχει να κάνει και ύστερα να προβεί στην τεχνική διαπραγμάτευσης που απαιτείται, όπως θα δούμε παρακάτω.

Αφού ο διαπραγματευτής διακρίνει αρχικά τον τύπο συμπεριφοράς του δράστη θα σκιαγραφήσει το ψυχολογικό του προφίλ. Όταν πρόκειται για δράστες με εγκληματικό παρελθόν που φέρουν κάποιο συγκεκριμένο αίτημα προς εκπλήρωση, χρησιμοποιείται προσέγγιση με στόχο τον συμβιβασμό. Όταν όμως πρόκειται για κάποιον ψυχικά διαταραγμένο δράστη τότε χρησιμοποιούνται τεχνικές που προωθούν την αλληλεξάρτηση μεταξύ του διαπραγματευτή και του δράστη. Ακολουθούν οι βασικές διαγνωστικές κατηγορίες ψυχικά διαταραγμένων δραστών που ο διαπραγματευτής – ψυχολόγος θα συναντήσει και θα πρέπει να διακρίνει.

Άτομα με σχιζοφρένεια: Τα άτομα αυτά χαρακτηρίζονται από σοβαρή έκπτωση του ελέγχου της πραγματικότητας, απώλεια των ορίων του εγώ, διαταραχές στη σκέψη με τη μορφή παραληρητικών ιδεών, διαταραχές στην αντίληψη με τη μορφή παραισθήσεων (οπτικές, ακουστικές, οσφρητικές, γευστικές), αμβλύ ή απρόσφορο συναίσθημα και διαταραχή στην αυτόνομη στοχοκατευθυνόμενη δραστηριότητα. Τα άτομα με παρανοϊκού τύπου σχιζοφρένεια είναι τα πιο επικίνδυνα, αφού πολλές φορές απαγάγουν ανθρώπους και τους θέτουν σε κατάσταση ομηρίας επειδή πιστεύουν ότι εκτελούν κάποιο “θεϊκό” σχέδιο. Επίσης μπορεί να έχουν παράλογες απαιτήσεις όπως η απομάκρυνση των ανθρώπων από το πλανήτη μέσα σε 24 ώρες. Ο διαπραγματευτής-ψυχολόγος θα πρέπει σε πρώτη φάση να κρατήσει τον διάλογο σε ήπιους τόνους και σε ένα πραγματικό-ρεαλιστικό πλαίσιο, χωρίς όμως να προσπαθεί να πείσει το παρανοϊκό δράστη ότι έχει εσφαλμένες αντιλήψεις αλλά ούτε και να συμφωνήσει με αυτές. Απαραίτητες δεξιότητες είναι η ενσυναίσθηση και η αντανάκλαση του συναισθήματος.

Άτομα με κατάθλιψη: Οι καταθλιπτικοί δράστες μοιάζουν ανίκανοι να χειριστούν την κατάσταση και δεν έχουν σαφή αιτήματα. Είναι μπερδεμένοι και αναποφάσιστοι. Χαρακτηρίζονται από χαμηλόφωνο και αργό λόγο, αρνητική στάση για τη ζωή και απαιτήσεις αναμειγμένες με αναφορές στο θάνατο. Συνήθως οι όμηροι που απαγάγουν δεν είναι γνωστά τους πρόσωπα. Κλινικά πρόκειται για εξαιρετικά απρόβλεπτα και επικίνδυνα άτομα που πολλές φορές είναι αυτοκτονικά και χρησιμοποιούν κάποιο όμηρο για να αναγκάσουν την αστυνομία να τα πυροβολήσει. Αυτό το φαινόμενο ονομάζεται “αυτοκτονία από μπάτσο” (suicide by cop) και αποτελεί τακτική των καταθλιπτικών που δεν έχουν το θάρρος να αυτοκτονήσουν. Σε

αυτές τις περιπτώσεις μία διαπραγματεύση που θα στοχεύει στην λύση του προβλήματος είναι μάταια. Ο διαπραγματευτής – ψυχολόγος θα πρέπει να είναι χειριστικός και να δίνει σαφείς οδηγίες στο δράστη. Αν πρόκειται για αυτοκτονικό άτομο θα πρέπει να του αποσπάσει την υπόσχεση ότι δεν θα πραγματοποιήσει κακό στον εαυτό του και ύστερα να αλλάξει θέμα συζήτησης για να τον μετατοπίσει από τον αυτοκτονικό ιδεασμό. Όλες οι στρατηγικές θα πρέπει να λαμβάνουν χώρα σε ήπια και χαμηλών τόνων συζήτηση. Εάν υπάρξει στιγμιαία μικρή βελτίωση στην εξέλιξη της κρίσης, ο διαπραγματευτής δεν θα πρέπει να επαναπαυτεί, αφού πολλές φορές έχει αποδειχτεί ότι μία τέτοιου είδους αλλαγή στην διάθεση του δράστη σημαίνει ότι πήρε τελικά την απόφαση να αυτοκτονήσει.

Άτομα με ανωριμότητα: Πρόκειται για άτομα που χαρακτηρίζονται από ανεπαρκείς αντιδράσεις σε σημαντικές κοινωνικές και συναισθηματικές απαιτήσεις, αστάθεια, φτωχή κρίση, ελαττωμένη ικανότητα να αντεπεξέρχονται στις ανάγκες και γενικευμένη ανικανότητα παρά την απουσία οποιουδήποτε σωματικού ή ψυχικού ελλείμματος. Εμπλέκονται ως δράστες σε μία κατάσταση ομηρίας γιατί επιζητούν την προσοχή και την αναγνώριση. Μπορεί για αυτούς μία τέτοια πράξη να είναι το σημαντικότερο επίτευγμα στην ζωής τους, και θα χρησιμοποιήσουν εκφράσεις όπως “θα δουν όλοι ποιος είναι το αφεντικό και τι είμαι ικανός να κάνω”. Πολλές φορές αποπροσανατολίζουν το διαπραγματευτή γιατί αρχικά θέτουν κάποια σαφή αιτήματα και ύστερα ανακαλούν ή προβάλλουν νέα αιτήματα και εναλλακτικές. Το πρώτο βήμα του διαπραγματευτή είναι να παρουσιάσει τις λύσεις και τις προτάσεις του για να μην δημιουργήσει στο δράστη το αίσθημα ότι απέτυχε πάλι. Κατόπιν θα πρέπει με λεπτούς χειρισμούς να ενισχύσει τα ναρκισσιστικά του στοιχεία, δεδομένου ότι ένα τέτοιο πλήγμα στον ναρκισσισμό ενός ανώριμου δράστη μπορεί να καταλήξει σε τραυματισμό των ομήρων ως αντίποινα.

Άτομα με αντικοινωνική προσωπικότητα: Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από την ανικανότητα του ατόμου να κάνει ομαλές σχέσεις με τα άλλα μέλη της κοινωνίας και από επαναλαμβανόμενες συγκρούσεις με διάφορα άτομα και κοινωνικές ομάδες. Κοινές ιδιότητες είναι η παρορμητικότητα, ο εγωκεντρισμός, η ανικανότητα για αίσθημα ενοχής ή για μάθηση από τις εμπειρίες ή την τιμωρία, ο ηδονισμός, η χαμηλή αντοχή στη στέρηση, η ανευθυνότητα και η απόρριψη της εξουσίας και της πειθαρχίας. Ένας αντικοινωνικός δράστης σε μία κατάσταση ομηρίας συμπεριφέρεται άσχημα και επιθετικά στους ομήρους, και θα προβεί σε αρκετούς διαπληκτισμούς με το διαπραγματευτή. Μη έχοντας κανένα ενδιαφέρον στο να κάνει το οτιδήποτε, αν αποφασίσει ότι οι όμηροι αποτελούν βάρος, θα τους σκοτώσει χωρίς δεύτερη σκέψη. Ο διαπραγματευτής αρχικά θα πρέπει να παρέχει

συνεχή παρακίνηση στο δράστη να λογικευτεί και να τον φέρνει αντιμέτωπο με τις αρνητικές συνέπειες των πράξεων του. Κατά αυτό τον τρόπο θα τον κρατάει απασχολημένο μη δίνοντας του την ευκαιρία να ασχοληθεί με τους ομήρους. Επίσης δεν θα πρέπει να αναφέρεται η απειλή της φυλακής ή του ιδρύματος και σε καμία περίπτωση να μην προσπαθήσει να ξεγελάσει τον δράστη με κάποιο τρικ ή απάτη.

Άτομα με οριακή-μεταιχμιακή προσωπικότητας: Πρόκειται για διαταραχή προσωπικότητας που χαρακτηρίζεται από αστάθεια σε διάφορες περιοχές όπως διαπροσωπικές σχέσεις, συμπεριφορά, συναίσθημα και εικόνα του εαυτού. Οι σχέσεις είναι έντονες και ασταθείς. Υπάρχει παρορμητική και απρόβλεπτη συμπεριφοράς με συχνές αυτοκαταστροφικές τάσεις, έντονες διακυμάνσεις της διάθεσης από το φυσιολογικό στο καταθλιπτικό ή σε έντονα ξεσπάσματα θυμού. Βαθιά διαταραχή της ταυτότητας και των αξιών και σκοπών του ατόμου, χρόνια αισθήματα κενού ή ανίας ή βραχεία επεισόδια ψύχωσης. Στα αρχικά στοιχεία μιας καλής διαπραγματεύσεως με τέτοια άτομα είναι να τεθούν όρια και να δομηθούν οι στόχοι. Χρειάζεται προσεκτική αντιμετώπιση της χειριστικής συμπεριφοράς του ατόμου και παροχή ψυχολογικής υποστήριξης από το διαπραγματευτή χωρίς όμως διάθεση αλληλεξάρτησης.

Συνοψίζοντας τα παραπάνω κατανοούμε ότι η ιδανική σχέση του διαπραγματευτή-ψυχολόγου με το ψυχικά διαταραγμένο δράστη χαρακτηρίζεται από αλληλεξάρτηση, ενσυναίσθηση και συναισθηματικό δέσιμο, που καταλήγει σε αμοιβαία εμπιστοσύνη. Όσο πιο γρήγορα αναπτυχθεί αυτή η σχέση μεταξύ των δυο πλευρών, τόσο πιο αίσιο θα είναι το τέλος της κρίσης.

Τα στάδια της ομηρίας

Τέσσερα είναι τα στάδια που διαδέχονται κατά την διάρκεια μιας κατάστασης ομηρίας.

Το στάδιο του συναγερμού-ταραχής (alarm): Πρόκειται για το πιο τραυματικό και επικίνδυνο στάδιο και τυπικά διαρκεί γύρω στη μία ώρα. Σε αυτό το στάδιο τα συναισθήματα του δράστη μεταβάλλονται πολύ γρήγορα και μπορεί να γίνει πολύ επιθετικός προς τους ομήρους αν αισθανθεί ότι τον απειλεί η αστυνομία. Για να επιβληθεί στους ομήρους αισθάνεται ότι πρέπει να χρησιμοποιήσει βία και

τρομοκρατία. Ο όμηρος σε αυτό το στάδιο βρίσκεται σε σύγχυση, αφού από μία ήρεμη κατάσταση εμπλέκεται χωρίς να το καταλάβει σε μία κατάσταση κρίσης που απειλείται η ζωή του. Σύνηθες μηχανισμός άμυνας είναι η άρνηση της κατάστασης. Από κείνη τη στιγμή ο δράστης γίνεται το σημαντικότερο άτομο στη ζωή του θύματος και οι πράξεις του πρώτου καθορίζουν την ψυχολογία του δεύτερου. Αν ο διαπραγματευτής χειριστεί καλά, χωρίς να δημιουργήσει πανικό αυξάνονται κατά πολύ οι πιθανότητες η ομηρία να λήξει χωρίς τραυματισμούς, μιας και σε αυτό το στάδιο γίνονται οι περισσότεροι.

Το στάδιο της κρίσης: Το στάδιο αυτό αρχίζει όταν ο δράστης θα θέσει το αίτημα του και θα ξεκινήσει η διαπραγμάτευση. Σε αυτή τη φάση ο διαπραγματευτής θα θέσει στο επίκεντρο της προσοχής το δράστη και θα του αναθέσει να αποφασίσει. Αν και φαίνεται παράξενη μία τέτοια κίνηση παρέχει δυο οφέλη στον διαπραγματευτή. Πρώτον, η διαδικασία του να σκέφτεται συνεχώς ο δράστης τι απόφαση θα πάρει τον κουράζει γνωστικά και συναισθηματικά και δεύτερον του ικανοποιεί την ανάγκη για δημοσιότητα και προβολή σε κοινό, αποπροσανατολίζοντας παράλληλα την προσοχή του από τους ομήρους. Για τους ομήρους αυτό είναι το πλέον κρίσιμο στάδιο γιατί προδιαγράφει το πώς θα εξελιχθεί η κρίση. Εκτός από την άρνηση που έχουν οι όμηροι, μπορεί να αντιμετωπίσουν προβλήματα όπως η μόνωση – ασυνείδητος αμυντικός μηχανισμός που συνίσταται στον αποχωρισμό μιας ιδέας ή μνήμης από τη συνοδό συναισθηματική της επένδυση - , η κλειστοφοβία – φοβία κλειστών χώρων- και η απώλεια της αίσθησης του χρόνου.

Το στάδιο του συμβιβασμού- προσαρμογής: Πρόκειται για το μεγαλύτερο σε διάρκεια αλλά και το πιο ήπιο. Οι όμηροι εμφανίζουν σημάδια ανίας και κόπωσης. Ο δράστης έχει πλέον καταφέρει να επιβληθεί στους ομήρους , να τους περιορίσει και να τους καθηλώσει. Έτσι οι όμηροι, έχουν εγκαταλείψει κάθε ιδέα σχεδιασμού διαφυγής και το μόνο που τους ενδιαφέρει είναι να παραμείνουν ζωντανοί. Αν αυτό το στάδιο παραταθεί αρκετά, είναι πολύ πιθανό να εμφανιστεί το Σύνδρομο της Στοκχόλμης, ένα σύνδρομο στο οποίο οι αιχμάλωτοι-όμηροι ταυτοποιούνται και τρέφουν συμπάθεια προς αυτούς που τους αιχμαλώτισαν. Περιγράφηκε για πρώτη φορά σε μία ληστεία τράπεζας στη Στοκχόλμη όπου οι όμηροι επηρεάστηκαν με αυτό τον τρόπο από τους ληστές της τράπεζας που τους αιχμαλώτισαν. Το σύνδρομο αυτό για να εμφανιστεί προϋποθέτει παρατεταμένη χρονική περίοδο κράτησης, και παραμονή στον ίδιο χώρο τόσο του δράστη όσο και του θύματος. Η θετική επαφή μεταξύ τους περιλαμβάνει θετικά συναισθήματα των ομήρων προς το δράστη και αρνητικά συναισθήματα προς την αστυνομία,

αλλά και θετικά συναισθήματα των δραστών προς τους ομήρους. Το σύνδρομο αυτό αποτελεί ένα

ασυνείδητο τέχνασμα των ομήρων, ούτως ώστε να διασφαλίσουν τη συμπάθεια του δράστη και κατ'επέκτασιν την ζωή τους. Πρόκειται για αυτόματο, ασυνείδητο φαινόμενο όπου ο μείζων αμυντικός μηχανισμός είναι γνωστός σαν ταυτοποίηση με τον επιτιθέμενο (identification with the aggressor).

Το στάδιο της λύσης: Σε αυτό το τελευταίο στάδιο η ψυχική και σωματική κούραση έχει καταβάλλει τους ομήρους αλλά περισσότερο το δράστη. Οι μεγάλες προσδοκίες του για τα αιτήματα του έχουν εξασθενήσει μιας και διαμέσου της διαπραγματεύσεως- παζαριού έχει αναγκαστεί να συμβιβαστεί. Το αν η λύση είναι αίσια ή όχι εξαρτάται κατά πολύ από το διαπραγματευτή και τις ικανότητες του. Συγκεκριμένα πρέπει εξ αρχής να έχει καταλάβει αν ο δράστης σκοπεύει να παραδοθεί, τον τύπο συμπεριφοράς του και τον τύπο προσωπικότητας του που είδαμε παραπάνω. Αν σε αυτό το τελευταίο στάδιο ο δράστης ξαφνικά εμφανίσει αυτοκτονικό ιδεασμό πρέπει να υιοθετήσει το αντίστοιχο τρόπο πρόληψης και αντιμετώπισης.

Στρατηγικές παρέμβασης

Ο διαπραγματευτής οφείλει να αξιολογεί τα κίνητρα και τη συναισθηματική κατάσταση του δράστη, να συλλέξει όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες μπορεί. Η αξιολόγηση είναι μία δύσκολη διαδικασία αν σκεφτούμε ότι ο διαπραγματευτής- ψυχολόγος πρέπει να κάνει το ψυχολογικό προφίλ ενός ατόμου που δεν γνωρίζει μέσω τηλεφώνου ή μέσω περιγραφών άλλων, και μάλιστα κάτω από αντίξοες συνθήκες. Για αυτό πάνω από όλα πρέπει να είναι καλός ακροατής, να διαθέτει δεξιότητες συμβουλευτικής, να είναι δημιουργικός, να ρισκάρει αλλά με προσοχή, να διαθέτει υπομονή αλλά και να ξέρει πότε χρειάζεται να δράσει αποφασιστικά. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω σε μία κλασική περίπτωση ομηρίας η αρχική έμφαση δίνεται στο να εκτιμηθεί αν η συμπεριφορά του δράστη είναι αποφασιστικού ή εκφραστικού τύπου. Επειδή όμως η διαπραγματεύση αποτελεί μία επικοινωνιακή διαδικασία πρέπει να δοθεί έμφαση και στα αλληλεπιδραστικά δυναμικά. Αυτά είναι κάποια αναγνωριστικά στοιχεία , όπως η φήμη του δράστη , το πώς αυτοπαρουσιάζεται, το προσωπικό του στυλ και να κρατάει το γόητρο του. Σε

δεύτερη φάση θα προσδιοριστεί το πρόβλημα. Τα αιτήματα και κίνητρα του δράστη, με τη βοήθεια της ενεργητικής ακρόασης από το διαπραγματευτή. Κατά τη διαδικασία της διαπραγμάτευσης ο διαπραγματευτής είναι ο μεσάζων μεταξύ του δράστη και των αρχών. Όπως σε όλες τις αστυνομικές επιχειρήσεις αυτό που προέχει είναι η ασφάλεια , για αυτό και σε μία κατάσταση ομηρίας οι αρχές φυλάνε περιμετρικά το χώρο με ειδικές εκπαιδευμένες και εξοπλισμένες ομάδες, έτοιμες να εκτελέσουν εντολές. Οι αρχές δεν πρέπει να δίνουν την εντύπωση στο δράστη ότι είναι ανοργάνωτες και μπερδεμένες. Επιπλέον προφυλάσσουν και το χώρο από το να πλησιάσουν πολύ κοντά άλλα άτομα ή τα ΜΜΕ.

Για να φτιάξει το προφίλ του δράστη ο διαπραγματευτής θα προβεί σε ερωτήσεις που θα αφορούν την ταυτότητα του, τις προσωπικές του σχέσεις, το ψυχιατρικό ιστορικό του, ποινικό μητρώο, τις ικανότητές του σε όπλα , εκρηκτικά , ηλεκτρονικά , αν είναι εθισμένος σε εξαρτήσεις, τις θρησκευτικές και πολιτικές του πεποιθήσεις, τις σεξουαλικές του προτιμήσεις, αν ανήκει σε κάποια συμμορία, αν έχει οικονομικά προβλήματα. Όλα αυτά τα κομμάτια θα απαρτίσουν το παζλ της προσωπικότητας του. Πληροφορίες όμως θα συλλέξει και για τους ομήρους. Ποιοι είναι, ηλικία, φύλλο, τη συναισθηματική τους κατάσταση, αν χρειάζονται ιατρική βοήθεια, αν είναι έξυπνοι, αν σχετίζονται με το δράστη ή του είναι τελείως άγνωστοι.

Τα τρία πρώτα λεπτά της ομηρίας είναι τα πιο καθοριστικά για το τι θα επακολουθήσει. Ο διαπραγματευτής πα προσπαθήσει να ηρεμήσει το δράστη και να ανοίξει δίαυλο επικοινωνίας μαζί του. Ο τόνος της φωνής του, η επιλογή των λέξεων, οι εκφράσεις του προσώπου και οι χειρονομίες του πρέπει να αποπνέουν ηρεμία και σιγουριά. Σημαντικό είναι κατά αυτό τον τρόπο να δώσει στο δράστη τη δυνατότητα να εκφράσει τα συναισθήματα του αποφορτίζοντας μέρος της ψυχικής του έντασης. Μέσω των ανοιχτών ερωτήσεων θα προσπαθήσει να κατανοήσει το δράστη χωρίς όμως να εισβάλλει στο ψυχολογικό του χώρο .Οποιαδήποτε σχόλια για τα κίνητρα της πράξης του ή τη ψυχική του υγεία θα δημιουργήσουν εχθρότητα και θα αυξήσουν την ένταση. Σε καμία περίπτωση δεν μπαίνει σε διαδικασία αμφισβήτησης και αντιπαράθεσης με το δράστη. Μια καλή τεχνική είναι να του αποσπά την προσοχή από το θέμα που τον διεγείρει και να τον ρωτά για άσχετα θέματα ή να προτείνει μία λύση που να είναι αντίθετη με αυτή που θεωρούσε ο δράστης ότι θα ήθελε η αστυνομία. Τέλος όπως ένας καλός θεραπευτής έτσι και ένας καλός διαπραγματευτής θα πρέπει να κάνει επαναδιατυπώσεις και περιλήψεις του υλικού που δέχεται από το δράστη, κτίζοντας μία σχέση εμπιστοσύνης και κατανόησης.

Υπάρχουν ορισμένα βήματα που ακολουθεί ο διαπραγματευτής για να καταφέρει να πείσει το δράστη να παραδοθεί. Όπως :

- Συμφωνεί με μερικές από τις ιδέες του για να το πάρει με το μέρος του
- Ξεκινάει να διαπραγματεύεται τα ζητήματα ξεκινώντας από εκείνο με τη μικρότερη σημασία και συνεχίζει κλιμακωτά
- Όση λιγότερη προσοχή δίνει στους ομήρους τόσο το καλύτερο
- Βάζει τον δράστη στη λογική κάτι μου δίνεις κάτι σου δίνω
- Προσπαθεί σε ένα μετέπειτα στάδιο να τον πείσει πως οι όμηροι του είναι άχρηστοι. Σε αυτό το σημείο χρησιμοποιούνται μόνο κλειστές ερωτήσεις.

Συχνά συμβαίνει να φτάνει πρώτος ο ψυχολόγος σε μία κατάσταση ομηρίας και να πρέπει να μπει λίγο στο ρόλο του διαπραγματευτή μέχρι εκείνος να έρθει. Αν συμβεί κάτι τέτοιο, ακολούθησε τα παρακάτω βήματα :

- Διασφάλισε την δική σου σωματική ακεραιότητα. Μην γίνεις ήρωας
- Μη κάνεις παραχωρήσεις που αργότερα ο διαπραγματευτής δεν θα μπορεί να ικανοποιήσει
- Άκουσε τα στοιχεία που αφορούν τη συναισθηματική κατάσταση του δράστη για να τα μεταφέρεις αργότερα στον διαπραγματευτή
- Μην προσφέρεις το οτιδήποτε υλικό στο δράστη.
- Μπορείς να υποσχεθείς ότι όταν έρθουν οι αρχές δεν θα ορμήσουν βίαια στο κτίριο
- Ελαχιστοποίησε τη σοβαρότητα της πράξης του δράστη
- Μη χρησιμοποιείς τη λέξη όμηροι αλλά άνθρωποι
- Μην προσπαθήσεις να ξεγελάσεις το δράστη ή να φανείς αναξιόπιστος
- Ποτέ μη λες απόλυτα ναι ή όχι.
- Μην επιχειρηματολογείς βάζοντας ιδέες στο δράστη
- Αν μοιάζει αυτοκτονικός, υιοθέτησε την ανάλογη στάση πρόληψης
- Μην φέρεις κανέναν συγγενή ή φίλο του δράστη. Αν βρίσκονται από πριν εκεί απομάκρυνε τους
- Μην προσφερθείς να ανταλλάξεις τον εαυτό σου με κάποιο όμηρο.

Σε περίπτωση που βρεθεί κάποιος σε θέση ομήρου:

- Μην προσπαθήσεις να γίνεις ήρωας. Δέξου την κατάσταση και περίμενε υπομονετικά
- Ακολούθησε τις οδηγίες ειδικά κατά τα πρώτα λεπτά της κρίσης
- Μην μιλάς εκτός αν σου μιλήσουν

- Μην κάνεις προτάσεις. Θα φαίνεται σαν να ανταγωνίζεσαι τους δράστες
- Προσπάθησε να φας και να ξεκουραστείς, θα σου χρειαστεί ψυχική και σωματική ενέργεια
- Εκτίμησε προσεκτικά τους τρόπους διαφυγής, αν υπάρχουν
- Ζήτη ιατρική βοήθεια αν τη χρειάζεσαι
- Να είσαι παρατηρητικός, αν απελευθερωθείς πρώτος θα σου ζητηθούν χρήσιμες πληροφορίες από τις αρχές
- Μην επιχειρηματολογείς. Θα τραβήξεις πάνω σου τη προσοχή και μπορεί να θεωρηθείς ως απειλή για τους δράστες
- Να είσαι υπομονετικός. Όσο περνάει ο χρόνος είναι υπέρ σου και των αρχών
- Κράτα ήπιους τόνους, μην κάνεις πράγματα που μπορεί να σε κάνουν να ξεχωρίσεις από τους άλλους ομήρους
- Να φέρεσαι στους δράστες με σεβασμό και μην προσπαθήσεις να διακωμωδήσεις την σοβαρότητα της κατάστασης.

Μετά τη λύση της ομηρίας

Για πολλούς λόγους μετά την απελευθέρωση κάποιου ομήρου μπορεί να συμβεί μία μετά-κρίση, μιας και το άτομο βρίσκεται ακόμα σε σύγχυση. Δεν είναι λίγοι οι ομήροι που συνέχιζαν να ζουν τρομοκρατημένοι ακόμα και όταν οι δράστες είχαν μπει φυλακή. Τα άτομα που επιζούν ύστερα από μία κατάσταση ομηρίας παρουσιάζουν μια ποικιλία σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων. Μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης μετά από τέτοιες καταστάσεις έχει η διαταραχή από οξύ στρες. Πρόκειται για τη κλινική κατάσταση που συμβαίνει σαν απάντηση σε ένα ακραίο τραυματικό γεγονός και που συνοδεύεται από τυπικά διασχιστικά συμπτώματα (όπως συναισθηματικό μούδιασμα, αποπραγματοποίηση, αποπροσωποποίηση και αμνησία), από έντονο άγχος και από επαναβίωση του γεγονότος. Τα κλινικά συμπτώματα της μοιάζουν πολύ με αυτά της διαταραχής μετά από ψυχοτραυματικό στρες με βασική διαφορά ότι στην πρώτη οι ενοχλήσεις διαρκούν το λιγότερο 2 μέρες και το περισσότερο 4 εβδομάδες (μέσα σε ένα μήνα από το τραυματικό γεγονός). Αν το άτομο δεν καταφέρει με επιτυχία να ξεπεράσει αυτές τις ψυχολογικές ενοχλήσεις και τα συμπτώματα συνεχιστούν, υπάρχει πιθανότητα εμφάνισης της γενικευμένης αγχώδης διαταραχής. Για αυτό συστήνεται στα άτομα αυτά να παρέχεται ψυχολογική υποστήριξη όσο το δυνατό πιο σύντομα από τη λύση της κρίσης. Δυο τεχνικές που χρησιμοποιούνται για να ανακτήσουν τα άτομα αυτά τη ψυχική τους ισορροπία είναι η μετά το γεγονός συνέντευξη και

διάφορες στρατηγικές διαχείρισης του άγχους. Η αποκατάσταση εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ταχύτητα με την οποία θα παρασχεθεί βοήθεια. Η συμπαράσταση επίσης των συγγενών φαίνεται να έχει μεγάλη σημασία.

Βιβλιογραφικές πηγές

Bisson J, Searle M, Srinivasan (1998). Follow-up study of British military hostages and their families held in Kuwait during the Gulf War. *British J of Medical Psychology*, 71(3), 247-252.

Fuselier GN. (1981). A practical overview of hostage negotiations. *The FBI Law Enforcement Bulletin*, 50, 2-6.

Hatcher C, Mohandie K, Turner J, Gelles M. (1998). The role of the psychologist in crisis/hostage negotiations. *Behavioral Sciences and the Law*, 16(4), 455-472.

James R & Gilliland B. (2005) *Crisis Intervention Strategies*. Thomson Learning.

Stalkin A (2003). Suicide risk and hostage/barricade situations involving other people. *The FBI Law Enforcement Bulletin*, 72, 8-16.

Strentz T (1995). Strategies for victims of hostage situations. In Roberts (ed) *Crisis intervention and time limited cognitive treatment* (pp 127-147). Newbury Park, CA: Sage

ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Παπακίτσου Ιωάννα, Ψυχολόγος

Ψυχοσωματική εξουθένωση σε εργαζομένους ανθρωπιστικών υπηρεσιών

Η ψυχοσωματική εξουθένωση δεν είναι απλώς ένας ψυχολογικός όρος, αλλά ένα πολυσύνθετο ατομικό και κοινωνικό φαινόμενο που επηρεάζει την ευημερία όχι μόνο εκατομμυρίων εργαζομένων στις ανθρωπιστικές υπηρεσίες και στους χώρους της ψυχικής υγείας, αλλά επίσης σε δεκάδες εκατομμύρια πελατών ή αρρώστων (Farber, 1983). Πολλές σχετικές έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί για τη μελέτη και παρατήρηση των εργαζομένων στους χώρους αυτούς. Τα σημάδια και τα συμπτώματα από την ψυχοσωματική εξουθένωση περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, αλλαγή στη συμπεριφορά, απουσία απ' την εργασία, χαμηλή παραγωγικότητα και ψυχολογικά προβλήματα (Golembiewski, et al, 1986, Riggat, 1985). Ωστόσο, αν και δεν μπορεί να θεωρηθεί ασθένεια, θεωρείται ως κάτι το «μεταδοτικό», με την έννοια ότι όταν ένας εργαζόμενος είναι εξουθενωμένος, μπορεί να επηρεάζει με τη συμπεριφορά του και εν συνεχεία ν' αγχώσει και άλλους συναδέλφους. Αν και το φαινόμενο αυτό παρουσιάζεται σε όλα τα επαγγέλματα, είναι ενδημικό στα επαγγέλματα παροχής βοήθειας, ψυχολογικής υποστήριξης και γενικά στους εργαζομένους σε ανθρωπιστικές υπηρεσίες και σε χώρους ψυχικής υγείας.

Η ψυχοσωματική εξουθένωση τείνει να επηρεάζει τα άτομα εκείνα που εισέρχονται στην εργασία, όντας υψηλά καταρτισμένα και αυτούς οι οποίοι περιμένουν η εργασία να προσδώσει νόημα στη ζωή τους (Pines & Aronson, 1988). Όταν πολλοί από τους εξυπηρετούμενους χειροτερεύουν αντί να πηγαίνουν καλύτερα, παρά τις επιδεξιότητες και τις προσπάθειες των εργαζομένων, η ψυχοσωματική εξουθένωση είναι πολύ πιθανό να εμφανιστεί. Όταν λοιπόν υπάρχουν πολύ χαμηλά επίπεδα επιτυχίας, η εργασία στις υπηρεσίες παροχής βοήθειας γίνονται πολύ δύσκολη. Είναι πιθανό οι εργαζόμενοι να δουλεύουν με ανθρώπους οι οποίοι έχουν ψυχολογικά προβλήματα ή να έχουν υποστεί κάποιο τραυματικό γεγονός. Άλλα προβλήματα μπορεί επίσης να συνδέονται με σεξουαλική παρενόχληση ή οποιαδήποτε άλλη κακοποίηση, να έχει διαπράξει φόνο, να πάσχει από Alzheimer ή και Aids. Τα άτομα αυτά χρειάζονται σίγουρα πολύ φροντίδα και

πολύ προσεκτικό χειρισμό. Έτσι, οι εργαζόμενοι που αναλαμβάνουν και χειρίζονται τέτοια περιστατικά, οφείλουν να επιδείξουν πολύ μεγάλη υπευθυνότητα, ενώ παράλληλα απαιτείται να επιδείξουν σκληρότητα και ανθεκτικότητα καταναλώνοντας αρκετή ενέργεια. Η καθημερινή επαφή με τα προβλήματα αυτά, καθώς και η σκληρότητα τους, μπορούν να καταβάλλουν την αισιοδοξία και το κίνητρο κάθε εργαζόμενου. Ένα πολύ χαρακτηριστικό παράδειγμα όλων αυτών, είναι οι άνθρωποι που εργάζονται ως σύμβουλοι για το Aids. Οι εργαζόμενοι αυτοί αντιμετωπίζουν πολλές δυσκολίες και έχουν αρκετές ανησυχίες στη δουλειά τους, που πηγάζουν αρχικά από τη φύση της ίδιας της ασθένειας και που σχετίζονται άμεσα με το φόβο της μόλυνσης, την ένταση που μπορεί να επιδείξει ένας ασθενής, την πιθανότητα θανάτου του ασθενή, πολλά μεταβαλλόμενα γεγονότα, ο αυξανόμενος αριθμός εξυπηρετούμενων από την υπηρεσία, καθώς και η έλλειψη υποστήριξης από άλλους οργανισμούς ή φορείς.

Όλα τα παραπάνω προβλήματα παρουσιάζονται συχνά σε επαγγελματίες υπηρεσιών παροχής βοήθειας, κάνοντάς τους οπωσδήποτε πιο επιρρεπείς στο άγχος. Είναι όμως γεγονός, ότι στα επαγγέλματα αυτά παρουσιάζεται μια ποικιλία σύνθετων προβλημάτων, όπως η αντιμετώπιση κάποιων δύσκολων πελατών ή αρρώστων, η έλλειψη οργάνωσης, η γραφειοκρατία καθώς και η αντιμετώπιση χιλιάδων αιτημάτων. Άλλη δυσκολία που μπορεί να αντιμετωπίσουν οι εργαζόμενοι, είναι ότι τα κέντρα αυτά καθώς και οι υπηρεσίες με τις ομάδες παρέμβασης στην κρίση είναι γνωστά για τις πολλές και αλλοπρόσαλλες ώρες εργασίας, για τις χαμηλές αμοιβές τους, για τους χαμηλά λειτουργικά εξυπηρετούμενους, για τις άμεσες προθεσμίες διεκπεραίωσης της κάθε υπόθεσης καθώς και για την έλλειψη- πολλές φορές- παραπάνω ελέγχου. Οι επαναλαμβανόμενες κλήσεις ασθενών με χρόνια προβλήματα, η αντιμετώπιση και η εργασία με ανθρώπους εχθρικούς και απότομους και σε συνδυασμό με την αντιμετώπιση γραφειοκρατικών δυσκολιών, είναι μερικοί μόνο παράγοντες άγχους για τους εργαζομένους στους χώρους αυτούς, οι οποίοι μπορούν στη συνέχεια να τους οδηγήσουν στην ψυχοσωματική εξουθένωση (Distler, 1990). Προκύπτει ωστόσο το ερώτημα αν η ψυχοσωματική εξουθένωση είναι εύκολα αναγνωρίσιμη. Οι Paine και Maslach (1982) αναφέρουν πως η ψυχοσωματική εξουθένωση αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της εργασίας κυρίως στους χώρους ψυχικής υγείας.

Είναι επομένως φανερό, ότι αν ένας επαγγελματίας δεν μπορεί να αντέξει, οφείλει να σταματήσει, καθώς υπάρχει πολύ μεγάλη ευθύνη και κινδυνεύει να κάνει λάθος χειρισμούς. Αν δεν μπορεί ν' ανταπεξέλθει στις δύσκολες αυτές συνθήκες, τότε υπάρχει πολύ άγχος και φυσικά ο εργαζόμενος δεν μπορεί να μείνει ανεπηρέαστος. Η ψυχοσωματική εξουθένωση είναι συνδεδεμένη τόσο με την μείωση της απόδοσης

και της παραγωγικότητας, της έλλειψης ευχαρίστησης σε προσωπικό επίπεδο, αλλά συνδέεται και με μια σειρά από προβλήματα υγείας.

Ορισμός της ψυχοσωματικής εξουθένωσης

Ο ορισμός χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά ως όρος εργασίας από τον Herbert Freudenberger, θέλοντας να περιγράψει νέους εθελοντές, που εργάζονταν μαζί του σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας και που άρχισαν να νιώθουν- πολλές φορές- χειρότερα και από τους ασθενείς (1975). Αλλά ακόμη και σήμερα δεν είναι εύκολος ο ορισμός της ψυχοσωματικής εξουθένωσης. Ωστόσο, ένας ευρύτατα αποδεκτός ορισμός, που προτάθηκε από την Maslach, απεικονίζει το σύνδρομο της ψυχοσωματικής εξουθένωσης ως μια κατάσταση κατά την οποία υπάρχει τόσο σωματική κόπωση όσο και ψυχική εξάντληση.

Περιγράφεται ως μια μορφή φυσικής, πνευματικής και συναισθηματικής εξάντλησης, που προκαλείται από μακρόχρονη συμμετοχή και εμπλοκή σε συναισθηματικές καταστάσεις. Συνοδεύεται από μια σειρά συμπτωμάτων που περιλαμβάνουν φυσική εξάντληση, αίσθημα ανικανότητας και απελπισίας, αρνητική εικόνα εαυτού, έλλειψη αυτο-εκτίμησης και αρνητική συμπεριφορά απέναντι στην εργασία, στους ανθρώπους και στην ίδια τη ζωή.

Φυσικά, η κατάσταση αυτή δεν παρουσιάζεται ξαφνικά στη ζωή του εργαζόμενου, αλλά γίνεται σταδιακά, αργά και σταθερά. Ο εργαζόμενος αρχίζει να έχει αρνητικά συναισθήματα για τους πελάτες ή αρρώστους που εξυπηρετεί, αρχίζει να χάνει σταδιακά το ενδιαφέρον του για τη δουλειά και έτσι δεν έχει κίνητρα για να συνεχίσει, ενώ παράλληλα δεν έχει περαιτέρω προσδοκίες (Maslach, 1982B). Δεν πρέπει σ' αυτό το σημείο να ξεχνάμε ότι, αρχικά, ο νεοεισερχόμενος στο χώρο της ψυχικής υγείας έχει συχνά υψηλές προσδοκίες από τον εαυτό του, ενώ παράλληλα προσδοκά πολλά από αυτήν.

Η ψυχοσωματική εξουθένωση ξεκινά αργά και ύπουλα. Είναι μια αργή και σταθερή διάβρωση του πνεύματος και της ενέργειας ως αποτέλεσμα του καθημερινού στρες, που είναι χαρακτηριστικό της καθημερινής ζωής και της εργασίας. Λόγω της δυσκολίας αναγνώρισης των συμπτωμάτων και της κατάστασης γενικότερα, είναι πολύ εύκολο να θεωρηθεί από κάποιο άτομο ως χαρακτηριστικό του ή κάποιο έλλειμμα και μειονέκτημα του χαρακτήρα. Μια κρίση μπορεί να εμφανιστεί μόνο όταν οι άνθρωποι είναι τόσο εξαντλημένοι από το περιβάλλον τους. Ίσως χρειαστεί να προβούν σε ακραίες λύσεις για να ανακουφιστούν, όπως να παρατήσουν μια δουλειά ή να απομακρυνθούν από κάποιο πεδίο απασχόλησης, ενώ

παράλληλα μπορεί να εμφανίσουν σοβαρή ψυχοσωματική ασθένεια, να γίνουν χρήστες ουσιών ή ίσως –σε ακραίο σημείο πάντα- και να φτάσουν σε αυτοκτονία. Εξίσου δύσκολη ωστόσο, είναι και η ανάρρωση από την ψυχοσωματική εξουθένωση, η οποία μπορεί να γίνει χαοτική, καθώς το άτομο καταπιάνεται με διάφορα θέματα σχέσεων και προσωπικότητας και να δυσκολεύεται πολύ να τα αξιολογήσει και να τα διαχειριστεί. Στον επαγγελματικό τομέα, ψυχοσωματική εξουθένωση μπορεί να υπάρξει όταν προβλήματα ή θέματα άλυτα από το παρελθόν και το παρόν δεν επιλύονται και συνεχίζουν να συσσωρεύονται. Τα προβλήματα αυτά μπορεί να προέρχονται από ποικίλα αίτια όπως: αυταρχικά και απαιτητικά αφεντικά, πολύς φόρτος εργασίας, πολλοί πελάτες ή άρρωστοι, προβλήματα επικοινωνίας και συνεργασίας και πολλές ώρες εργασίας. Η ανακούφιση και η διάθεση για εργασία καθυστερούν να εμφανιστούν στη ζωή τους και οι εργαζόμενοι να αγχώνονται ακόμη πιο πολύ.

Παράγοντες εμφάνισης

Σύμφωνα με σχετικές έρευνες, παράγοντες γενετικοί, βιολογικοί και ψυχολογικοί παίζουν σημαντικό ρόλο στον τρόπο εκδήλωσης και αντιμετώπισης του άγχους γενικότερα (Selye, 1974).

Οι βιο- γενετικοί παράγοντες είναι ικανοί να προκαλέσουν άγχος σε κάποια άτομα λόγω λανθασμένης ερμηνείας. Διάφορα περιβαλλοντικά γεγονότα μπορούν επίσης να προκαλέσουν την εμφάνιση του άγχους ή και να καθορίσουν τον τρόπο που αντιλαμβάνεται κανείς το άγχος, ανάλογα με την αυτογνωσία του. Όταν εμφανίζεται το στρες δραστηριοποιούνται ταυτόχρονα ποικίλοι ψυχολογικοί μηχανισμοί. Η υπερδιέγερση οδηγεί το σχετικό άγχος σε δυσλειτουργία και σε τελικό στάδιο είναι πιθανό να προκαλέσει κάποια ψυχοσωματική ασθένεια. Αν ο αγχώδης άνθρωπος είναι επίμονος, προσπαθεί και ξεπερνάει τα όρια, μην έχοντας αρκετά αποθέματα ενέργειας, είναι πολύ πιθανή η εξάντληση. Το τελικό αποτέλεσμα αυτής της ψυχολογικής πίεσης, μπορεί να είναι ένα καρδιακό επεισόδιο ή κάτι ακόμη πιο κοινό, όπως ένας επίμονος πονοκέφαλος. Το στρες προκαλείται όταν δεν υπάρχει εξισορρόπηση ανάμεσα στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος και την ικανότητα προσωπικής ανταπόκρισης του ατόμου. Η ψυχοσωματική εξουθένωση προκαλείται όταν το άγχος δεν είναι άμεσο και το άτομο δεν έχει συστήματα υποστήριξης ή άλλη προστατευτική ασπίδα για να διευκολυνθεί ή να αποσυμφορηθεί από την αμείλικτη πίεση (Farber, 1983).

Τα αποτελέσματα των ερευνών και μελετών επί του θέματος, συνοψίζουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά των ανθρώπων που εργάζονται σε ανθρωπιστικές

υπηρεσίες και σε υπηρεσίες παροχής βοήθειας. Είναι συνήθως άνθρωποι βαθιά αφοσιωμένοι και αφιερωμένοι στην εργασία τους. Παρόλα αυτά, μπορεί ταυτόχρονα να είναι υπερβολικά αγχώδεις, με εμμονές, ενθουσιώδεις, λίγο νευρωτικοί, κοινωνικοί, ευσυνείδητοι και ικανοί να ταυτιστούν με τους εξυπηρετούμενους ή πελάτες τους γενικά. Οι ερευνητές έχουν καταλήξει σε κάποιες βασικές απόψεις σχετικά με την δημιουργία, την συμπτωματολογία και την θεραπεία της ψυχοσωματικής εξουθένωσης. Καταρχήν το άγχος έτσι κι αλλιώς είναι πολύ σημαντικός παράγοντας. Μπορεί να θεωρηθεί ότι πηγάζει τόσο από ψυχοβιολογικούς παράγοντες, όσο και από άλλους περιβαλλοντικούς παράγοντες, οι οποίοι μπορούν να επηρεάσουν το άτομο στην καθημερινότητά τους. Θα μπορούσαν επίσης οι παράγοντες αυτοί να συσχετιστούν και με έλλειψη αποτελεσματικών διαπροσωπικών σχέσεων.

Τα συμπτώματα, ωστόσο, δεν φαίνονται τόσο γρήγορα ή καλύτερα δεν γίνονται εύκολα αντιληπτά, αλλά φαίνονται με την πάροδο του χρόνου. Παρόλα αυτά, η διάρκεια μπορεί να ποικίλλει από άτομο σε άτομο και σ' αυτό παίζει πολύ σημαντικό ρόλο το ίδιο το άτομο, η προσωπικότητά του και η συνείδησή του, καθώς μπορεί να υπάρχει πλήρης αποδοχή και συνειδητοποίηση του προβλήματος, αλλά και πλήρης άρνηση, γεγονός που δυσχεραίνει πολύ περισσότερο την κατάσταση. Είναι ένα φαινόμενο εξίσου συχνό σε άνδρες και γυναίκες, ενώ συναντάται πιο συχνά σε μακροχρόνια εργαζομένους ανθρώπους, παρά σε νέους εργαζομένους ή σε εργαζομένους μικρής διάρκειας. Η αναγνώριση του φαινομένου έχει ποικίλες βαθμίδες και εξαρτάται πολύ και απ' το ίδιο το άτομο. Τα προληπτικά μέτρα, σύμφωνα με ερευνητές, μπορούν να είναι σωτήρια. Η εργασιακή αυτονομία και η κοινωνική υποστήριξη, μπορούν να γίνουν ασπίδα για την πρόληψη, την συγκράτηση και την μείωση της εξουθένωσης. Η εύρεση ελεύθερου χρόνου και η σωστή αξιοποίησή του είναι επίσης πολύ σημαντική. Τα αποτελέσματα της ψυχοσωματικής εξουθένωσης μπορεί να είναι τόσο η απελπισία όσο και ο τρόμος, γι' αυτό και κρίνεται απαραίτητη η εκπαίδευση, η εποπτεία καθώς και η ψυχολογική υποστήριξη, ως παράγοντες μείωσης του ποσοστού εμφάνισής της.

Σε άλλες μελέτες εργαζομένων σε ανθρωπιστικές υπηρεσίες για την ψυχοσωματική εξουθένωση, καταγράφηκαν δηλώσεις των συμμετεχόντων, οι οποίοι πίστευαν κάποιους μύθους και πεποιθήσεις σε σχέση με την εργασία τους. Οι πεποιθήσεις αυτές έτειναν να γίνουν βασικές αρχές για την εργασία τους. Μερικές από αυτές συνοψίζονται στα παρακάτω:

- “Η δουλειά μου είναι η ζωή μου”. Αυτό πρακτικά σημαίνει πολλές ώρες εργασίας και δυσκολία στον καταμερισμό εργασίας. Σε μια ενδεχόμενη αποτυχία το άτομο βιώνει άγχος, θυμό και απογοήτευση.
- “Οφείλω να είμαι απολύτως ικανός και να βοηθάω οποιονδήποτε το έχει ανάγκη”. Αυτή η θέση φανερώνει πολύ μεγάλες προσδοκίες σε σχέση με τις ικανότητές του ατόμου, ενώ η έλλειψη αυτοπεποίθησης και η υπερβολική ενοχή, μπορεί να συνυπάρχουν σε ενδεχόμενη αδυναμία.
- “Οι άλλοι άνθρωποι είναι ψυχροί, δεν μπορούν να κατανοήσουν την αξία της εργασίας μου! θα έπρεπε να είναι πιο εμπυχωτικοί απέναντί μου”. Αυτή η θέση φανερώνει ηττοπαθή συμπεριφορά και παθητική στάση.
- “Εξαιτίας σφαλμάτων και προβλημάτων του παρελθόντος, τα πράγματα δεν πηγαίνουν καλά”. Μια στασιμότητα ή μια απαθή στάση, μπορεί να ευθύνεται για την έλλειψη επιτυχίας και προόδου.
- “Τα πράγματα πρέπει να γίνουν με τον τρόπο που τα θέλω εγώ”. Οι επιπλέον ώρες εργασίας και η υπερβολική προσοχή και επικέντρωση στη λεπτομέρεια, μπορεί να οδηγήσει σε επανάληψη καθηκόντων και υιοθέτηση ενός αυταρχικού στυλ.

Συμπτώματα

Η ψυχοσωματική εξουθένωση είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο, που βασίζεται τόσο σε στοιχεία συμπεριφοράς ενός ατόμου, σε διαπροσωπικά αλλά και στοιχεία νοοτροπίας. Υπάρχουν κοινά συμπτώματα σε εργαζόμενους, ωστόσο, δεν είναι δυνατό όλοι να εμφανίζουν τα ίδια. Για να γίνει κατανοητό το φαινόμενο αυτό, θα μπορούσε να γίνει ένας διαχωρισμός βάσει επιπέδων. Σύμφωνα μ’ αυτό, υπάρχουν τρία επίπεδα τα οποία μπορούν να επηρεαστούν σε κάποιο άτομο, για να κατανοήσουμε και τον βαθμό της ψυχοσωματικής εξουθένωσης. Τα επίπεδα λοιπόν που θα μπορούσε να προσβάλλει είναι τα εξής: 1) το επίπεδο χαρακτήρα, 2) το επίπεδο κατάστασης και 3) το επίπεδο δραστηριότητας.

Σε επίπεδο χαρακτήρα, η ψυχοσωματική εξουθένωση επηρεάζει κάθε πλευρά της ζωής του ατόμου. Ο εργαζόμενος είναι τελείως δυσλειτουργικός απέναντι στους άλλους και στο χώρο γενικότερα. Αυτό οπωσδήποτε, είναι ιδιαίτερος σοβαρό και είναι απαραίτητο να υπάρξει κάποια άμεση παρέμβαση στη ζωή του ατόμου. Σε επίπεδο κατάστασης, η ψυχοσωματική εξουθένωση μπορεί να είναι προσωρινή ή και περιστασιακή. Μπορεί να αφορά τόσο την προσωπική όσο και την επαγγελματική του ζωή, αλλά η εμφάνισή της είναι παροδική. Σε επίπεδο δραστηριότητας, η ψυχοσωματική εξουθένωση παρουσιάζεται με διαφορετικό τρόπο. Μπορεί να παρουσιαστεί όταν εκτελείται μια δραστηριότητα ξανά και ξανά αλλά σε έντονο βαθμό, όπως συμβαίνει σε μια κλειστή συμβουλευτική ομάδα ατόμων που κάνουν καταχρήσεις ή σε ομάδες καταθλιπτικών ασθενών. Ένας απλός τρόπος για να μειωθούν τα συμπτώματα σε όλα τα επίπεδα, θα ήταν το άτομο να αλλάξει στοιχεία της καθημερινότητάς του, ώστε να μην υπάρχει αυτή η ρουτίνα.

Ο κάθε εργαζόμενος περνάει από κάποια στάδια μέχρι να φτάσει στο τελικό στάδιο, που είναι η ψυχοσωματική εξουθένωση. Αυτά είναι 1) ο ενθουσιασμός, 2) η στασιμότητα, 3) η απογοήτευση, και 4) η απάθεια. Κατά το πρώτο στάδιο του ενθουσιασμού, ο εργαζόμενος ξεκινά την εργασιακή πορεία του έχοντας μεγάλες προσδοκίες. Αυτές οι προσδοκίες μπορεί να αφορούν τόσο τις συνθήκες εργασίας, την συνεργασία με τους συναδέλφους, όσο και τους ανθρώπους που θα εξυπηρετήσει και θα την βοήθεια που θα προσφέρει. Αν αυτή η προσδοκία, οι απαιτήσεις του εργαζομένου και η εξιδανίκευση της εργασίας δεν μετριαστούν και δεν καταφέρουν να ελεγχθούν με κάποιο τρόπο, τότε ο εργαζόμενος θα οδηγηθεί στο επόμενο στάδιο που είναι η στασιμότητα. Αυτή παρουσιάζεται όταν ο εργαζόμενος αισθανθεί ότι οι επαγγελματικές, οικονομικές και προσωπικές του ανάγκες δεν έχουν πραγματοποιηθεί. Όταν συνειδητοποιεί ότι προσφέρει πολλά, αλλά η εργασία του δεν ανταποκρίνεται στις ανάγκες και προσδοκίες του, φτάνει στο σημείο να αμφιβάλλει για τον εαυτό του. Η συνειδητοποίηση αυτού του γεγονότος γίνεται όταν για παράδειγμα, -σε επαγγελματικό επίπεδο- βλέπει λιγότερο ικανούς συναδέλφους να εξελίσσονται στην εργασιακή κλίμακα πιο γρήγορα ή όταν – σε προσωπικό επίπεδο- του ασκείται μεγάλη πίεση από το οικογενειακό περιβάλλον, λόγω των αυξανόμενων υποχρεώσεων ή λόγω ελλιπούς ενίσχυσης και επιβεβαίωσης από το περιβάλλον. Από το εργασιακό περιβάλλον θα μπορούσε ωστόσο να υπάρχει μια ενίσχυση, από πλευράς διοίκησης για παράδειγμα, η οποία να απευθύνεται στον εργαζόμενο λέγοντας: “Κάνεις πολύ καλά τη δουλειά σου, το αναγνωρίζουμε και το εκτιμούμε”. Αυτό θα έδινε κίνητρα στον εργαζόμενο να συνεχίσει, διαφορετικά θα ακολουθήσει η απογοήτευση. Η απογοήτευση δείχνει καθαρά ότι ο εργαζόμενος έχει πρόβλημα. Αρχίζει να αναρωτιέται και πολύ συχνά ν’ αμφιβάλλει για την αξία του και

την αποτελεσματικότητα της εργασίας του. Σ' αυτή τη φάση, ο εργαζόμενος νιώθει άγχος, κατάθλιψη, ενώ υπάρχει και ένα αίσθημα ματαιότητας, καθώς νιώθει ότι οι προσπάθειές του δεν αναγνωρίζονται. Επειδή τα αποτελέσματα της κατάστασης αυτής, όπως προαναφέραμε, μπορούν να είναι "μεταδοτικά", η απογοήτευση μπορεί να έχει ένα αποτέλεσμα ντόμινο και στους συναδέλφους. Ένας κατάλληλος τρόπος ν' αντιμετωπιστεί η απογοήτευση, είναι να έρθει αντιμέτωπος ο εργαζόμενος με το πρόβλημα. Σημαντική είναι η οργάνωση εργαστηρίων ή ομάδων υποστήριξης, στις οποίες μπορεί να συμμετέχει ο κάθε εργαζόμενος. Ο φορέας και ο κάθε οργανισμός είναι σημαντικό να συνειδητοποιήσει τη σοβαρότητα του συνδρόμου της ψυχοσωματικής εξουθένωσης, ώστε να προσπαθήσει να επιφέρει αλλαγές, τόσο σε επίπεδο ομάδας υποστήριξης των εργαζομένων, όσο και σε επίπεδο θεσμών. Αν γίνουν όλα αυτά, μπορεί ο εργαζόμενος να παρουσιάσει κάποια ήπια σημάδια ενθουσιασμού, διαφορετικά θα οδηγηθεί στο τελικό στάδιο, που είναι η απάθεια. Η απάθεια είναι τελικά η ψυχοσωματική εξουθένωση. Είναι μια χρόνια αδιαφορία προς την κατάσταση και απαιτεί περισσότερη προσπάθεια παρέμβασης. Είναι πραγματικά πολύ κρίσιμο στάδιο, καθώς το άτομο βρίσκεται σε κατάσταση ανισορροπίας και ακινησίας, αποφυγής οποιαδήποτε υπευθυνότητας, αλλαγής ή καινοτομίας στο χώρο εργασίας. Η αδιαφορία και η αδυναμία εξυπηρέτησης των εξυπηρετούμενων γενικά, είναι χαρακτηριστική. Στο στάδιο αυτό, οποιαδήποτε επιδείνωση της κατάστασης προερχόμενη από το επαγγελματικό ή και οικογενειακό περιβάλλον, αποτελεί διάψευση και έλλειψη αντικειμενικής κατανόησης για να αντιληφθεί ο εργαζόμενος τι ακριβώς συμβαίνει. Στο στάδιο αυτό η ψυχολογική υποστήριξη ή ακόμη και η ψυχοθεραπεία είναι υποχρεωτικές για να υπάρξει η αλλαγή.

Όταν ο εργαζόμενος φτάσει στα τελευταία στάδια, είναι δυνατόν να παρουσιάσει οργανικά και σωματικά συμπτώματα. Αυτά μπορεί να είναι κάποια συνηθισμένα σε όλους συμπτώματα, όπως αίσθηση κόπωσης ή αδυναμίας, συχνούς πονοκεφάλους, υπερένταση, διατροφικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένης ανορεξίας, βουλιμίας, απώλειας βάρους, στομαχικές διαταραχές, διαταραχές ύπνου, συμπεριλαμβανομένων όλων των μορφών, αϋπνία, υπερυπνία ή και παραϋπνία, που μπορεί να παρουσιάζεται υπό την μορφή εφιαλτών. Σε συναισθηματικό επίπεδο, ο εργαζόμενος παρουσιάζεται εξαιρετικά αγχώδης και συχνά με έντονα σημάδια κατάθλιψης. Μπορεί να παρουσιάζει μεγάλη δυσκολία συγκέντρωσης και προσοχής, έλλειψη αντικειμενικής κρίσης, τάση να παραβλέπει ή να ξεχνά θέματα για τα οποία είναι υπεύθυνος. Νιώθοντας εξαιρετικά αδύναμος και ανήμπορος να κάνει οτιδήποτε, απομακρύνεται και αποστασιοποιείται συναισθηματικά τόσο από συναδέλφους, όσο και από τους πελάτες ή και ασθενείς του. Αποφεύγει την επαφή και την επισύναψη νέων δεσμών, σε μια προσπάθεια να κρατήσει τις σχέσεις του όσο πιο απρόσωπες

γίνεται. Δεν είναι σπάνιο να γίνει απότομος, επιθετικός, εύθικτος ενώ η συμπεριφορά του μπορεί να γίνει πραγματικά ανάρμοστη, ακόμη να έρθει και σε ανοιχτή σύγκρουση με τους συναδέλφους του. Στους αρρώστους μπορεί να γίνει πολύ απότομος, γεγονός που μπορεί να δημιουργήσει μια αρνητική ή επικριτική εικόνα για τον ίδιο. Ενώ οι σχέσεις του με άλλους ειδικούς, συναδέλφους ή και με τη διοίκηση μπορεί να είναι τεταμένες, γεγονός που δυσκολεύει ακόμη περισσότερο την κατάσταση.

Παρέμβαση στην κρίση και ψυχοσωματική εξουθένωση

Ανάλογες έρευνες έχουν μελετήσει και τη σχέση του εργαζόμενου και του εξυπηρετούμενου ως μια πολύ ιδιόμορφη σχέση, αλλά ταυτόχρονα και πολύ σημαντική. Όταν υπάρχει κάποια κρίση, μπορεί αυτή η σχέση να γίνει δύσκολη ή ακόμη και παθολογική. Η συναισθηματική κόπωση παρουσιάζεται πολύ συχνά σε εργαζόμενους που έρχονται σε πολύ συχνή επαφή με ανθρώπους που βρίσκονται σε κρίση. Έρευνες έχουν δείξει ότι αυτή η εμπειρία των εργαζομένων είναι δυνατό να έχει πολύ αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική τους υγεία. Σημάδια ψυχοσωματικής εξουθένωσης, συναισθηματικής κόπωσης και ψυχικού τραυματισμού, επιδεικνύουν και οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, που ασχολούνται με τους ανθρώπους που έχουν επιζήσει από μαζικές καταστροφές ή που έχασαν αγαπημένα πρόσωπα από φυσικά γεγονότα. Οι Wee και Myers (2002) έκαναν μια μελέτη σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Οι επαγγελματίες αυτοί έκαναν μια μακρόχρονη υποστήριξη στο Ομοσπονδιακό Κέντρο, όπου εξερράγη μια βόμβα στην πόλη της Οκλαχόμα. Κατέληξαν στα εξής πολύ σημαντικά συμπεράσματα: οι μισοί από αυτούς που ανταποκρίθηκαν ανέφεραν πως είναι περισσότερο αγχωμένοι κάνοντας κανονική εργασία και πως βρίσκονταν σε πολύ υψηλό κίνδυνο συναισθηματικής κόπωσης και εξουθένωσης. Αυτό συμβαίνει γιατί αυτά τα καταστροφικά γεγονότα, οι κρίσεις γενικότερα, προκαλούν κάποιο είδος εθισμού στους επαγγελματίες. Καθώς παρεμβαίνουν στην κρίση, αισθάνονται πολύ μεγάλο χρέος και ανάγκη να μεσολαβήσουν και το αποτέλεσμα να είναι επιτυχημένο και αυτό δημιουργεί πολύ μεγάλο αίσθημα ευθύνης, αλλά και ταυτόχρονα πολύ άγχος. Έτσι ο επαγγελματίας είναι εκτεθειμένος σε συνεχείς ψυχολογικές μεταβολές των ψυχικά τραυματισμένων ανθρώπων ή των ανθρώπων που αντιμετωπίζουν μετατραυματικό στρες, αλλά και οι συνεχείς επαφές με τους ανθρώπους αυτούς μπορούν να προκαλέσουν ψυχοσωματική εξουθένωση και συναισθηματική κόπωση.

Κατά τη διάρκεια επίσης της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας, υπάρχει πιθανότητα διάφοροι παράγοντες, όπως φυσικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί, ηθικοί, πνευματικοί, πολιτιστικοί και άλλοι, να επηρεάσουν τον θεραπευτή. Κατά συνέπεια συναισθηματικά γεγονότα του ασθενή μπορούν να αγγίξουν αισθήματα, συμπεριφορές και σκέψεις, που είναι βαθιά ριζωμένες στην προσωπικότητα του θεραπευτή. Όταν οι εργαζόμενοι ανθρωπιστικών υπηρεσιών έρχονται αντιμέτωποι με δικά τους ελαττώματα, φόβους, λάθη, προκαταλήψεις και στερεότυπα, καθώς προβάλλονται από τον ασθενή, είναι πιθανό να συμπεριφερθούν με ανάρμοστο τρόπο. Είναι πιθανό να προσπαθούν να λύσουν τα δικά τους προβλήματα και όχι των ασθενών. Πολλές φορές ο εργαζόμενος καταλήγει να αισθάνεται ένοχος απέναντι στους ανθρώπους που εξυπηρετεί, επειδή έχει αρνητικά συναισθήματα γι' αυτούς, χωρίς να αντιλαμβάνεται πως δημιουργούνται αυτά και από πού προέρχονται. Αν ο εργαζόμενος καταφέρει να συναισθανθεί τον άνθρωπο που έχει απέναντί του και νιώσει τον πόνο του, τότε σίγουρα η παρέμβαση αυτή θα είναι επιτυχημένη. Ιδιαίτερα δύσκολα και συναισθηματικά φορτισμένα θέματα, όπως η παραμέληση ή σεξουαλική κακοποίηση των παιδιών, οι θανατηφόρες ασθένειες, οι χρόνιες εμμονές και ιδέες για τάσεις αυτοκτονίας, μπορούν να προκαλέσουν υπερβολικό άγχος στον εργαζόμενο, εξαιτίας των δυνατών συναισθημάτων και εμπειριών που μπορεί να έχει με το πρόβλημα.

Οι εργαζόμενοι που ασχολούνται με τόσο δύσκολες περιπτώσεις, μπορεί να εμφανίσουν σημάδια τραυματικού στρες. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι εργαζόμενοι που είχαν βαθιά εμπλακεί εξετάζοντας ξανά και ξανά περιπτώσεις βιασμών, χωρίς καν να μιλήσουν στα θύματα, ξεκίνησαν να εμφανίζουν σημάδια όμοια με αυτά των θυμάτων. Προφανώς και όλοι αυτοί οι επαγγελματίες είχαν επηρεαστεί μακροχρόνια, λόγω της έντονης συμμετοχής και εμπλοκής τους με τα θύματα. Η συναισθηματική κόπωση επέρχεται ως αποτέλεσμα των συσσωρευμένων εμπειριών που αποκτά ο εργαζόμενος με το πέρας των θεραπειών. Είναι γεγονός ότι εκείνοι που παρουσιάζουν συναισθηματική κόπωση και έντονο στρες οδηγούνται στο σύνδρομο της ψυχοσωματικής εξουθένωσης. Και αυτό γιατί η βαθιά τους συμπάθεια συμβαδίζει με καταστάσεις επίπονες, που συνοδεύονται με κρίσεις, κάνοντας τους ευάλωτους. Με τον καιρό τέτοιες καταστάσεις, οδηγούν σε ψυχική και σωματική κούραση και ο εργαζόμενος δεν έχει καθόλου ενέργεια και κουράγιο να ανταπεξέλθει στις υποχρεώσεις της δουλειάς του. Καθώς οι εργαζόμενοι των υπηρεσιών αυτών, εμπλέκονται σε μια σχέση με τους ανθρώπους, που είναι κυρίως μια σχέση βοήθειας. Έτσι ο εργαζόμενος χρειάζεται να γίνει αρεστός και αποδεκτός από τον άνθρωπο που ζητά βοήθεια γι' αυτό και είναι δύσκολο να μην ικανοποιήσει τα αιτήματά του. Σε αυτό το σημείο ξεκινά να παίρνει υπό την ευθύνη του τον εξυπηρετούμενο.

Η υπερβολική εμπλοκή του μπορεί ωστόσο να εκδηλωθεί με ποικίλους τρόπους. Μερικές από τις ενδείξεις ότι δεν λαμβάνει υπόψη τις δικές του ανάγκες είναι οι εξής: παρατείνει τη συνεδρία παραπάνω από τον καθορισμένο χρόνο, λαμβάνει και απαντά σε τηλεφωνήματα στο σπίτι ακόμη και τις νυχτερινές ώρες, βιώνει αρνητικά και άσχημα συναισθήματα από τις αποτυχίες και τις δυσκολίες του ασθενή και πολύ συχνά μπορεί να αισθάνεται

πανικό. Είναι πιθανό να μην δέχεται ν' αποσυρθεί από την περίπτωση, όταν είναι εμφανές ότι είναι υπεράνω των ικανοτήτων του, μπορεί να δείξει θυμό, σαρκασμό ή ακόμη και ανία κατά τη διάρκεια της θεραπείας αλλάζοντας θέμα και αποφεύγοντας την ουσία, καταφεύγοντας σε έτοιμες απαντήσεις. Ίσως να φτάσει και στο σημείο να εύχεται ο ασθενής να το "ξεπεράσει" μόνος του, ίσως αισθάνεται απομονωμένος ή ότι δεν είναι άξιος προσοχής και γι' αυτό τον αποφεύγουν. Θυμάται συνεχώς δικές του τραυματικές εμπειρίες, απογοητεύεται όταν δεν υπάρχει σχετική πρόοδος της κατάστασης του ανθρώπου, χάνει την αίσθηση του χιούμορ του. Όλα αυτά είναι σημάδια συναισθηματικής κόπωσης. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, η σχέση αυτή- η οποία ήταν πρωτίστως σχέση βοήθειας- βιώνεται ως αγγαρεία και αυτό φυσικά έχει αντίκτυπο τόσο στον ασθενή, ο οποίος αντιλαμβάνεται την απαθή αυτή στάση, όσο και στην πορεία της θεραπευτικής διαδικασίας.

Έτσι ο θεραπευτής βρίσκεται σε υπερένταση και αποθαρρύνεται μπλοκάροντας την θεραπευτική σχέση και διαδικασία. Μια τέτοια αρνητική ενίσχυση μπορεί να δημιουργήσει κι άλλα προβλήματα στο ήδη κατεστραμμένο εγώ του θεραπευτή και να οδηγήσει πολύ γρήγορα στην ψυχοσωματική εξουθένωση. Η έκθεση σε αυτούς τους επαγγελματικούς κινδύνους μπορεί να έχει είτε αρνητικά είτε θετικά αποτελέσματα. Αυτό εξαρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό από τη συνεργασία του εργαζόμενου ως ατόμου αλλά και από τον ίδιο τον φορέα.

Είναι αξιοπερίεργο το γεγονός ότι οι εργαζόμενοι των υπηρεσιών αυτών μπορούν να αναγνωρίσουν τα συμπτώματα αυτά στους άλλους, αλλά γενικά δεν το αντιλαμβάνονται ούτε μπορούν να το αναγνωρίσουν στον ίδιο τους τον εαυτό. Όταν τελικά έρθουν αντιμέτωποι με το πρόβλημα, αρχίζουν να αναρωτιούνται «Τι δεν πάει καλά με εμένα;» και όχι «Τι μπορώ να κάνω για να αλλάξω αυτή την κατάσταση;». Το πρόβλημα ούτως ή άλλως παραμένει, καθώς οι αιτίες και τα συμπτώματα δεν είναι συγκεκριμένες και κοινά αποδεκτές σε παγκόσμια κλίμακα. Παρόλα αυτά δεν μπορεί να εφαρμοστεί μια φόρμουλα για τη διάγνωση ή για τη θεραπεία του. Αντίθετα, δίνοντας έμφαση στα συμπτώματα, στη δυναμική και σε όλα αυτά που έχουν παρουσιαστεί σε σχέση με την ψυχοσωματική εξουθένωση, θα ήταν πολύ χρήσιμο να ληφθούν κάποια μέτρα πρόληψης και θεραπείας.

Ψυχοσωματική εξουθένωση και ιδιώτες επαγγελματίες

Οι περισσότεροι εργαζόμενοι ονειρεύονται κάποια στιγμή στη ζωή τους να εργαστούν ως ιδιώτες. Φαντάζονται, ότι εργαζόμενοι μόνοι τους, θα μπορέσουν να προσφέρουν πολλά στους πελάτες ή αρρώστους τους, με όποιον τρόπο αυτοί θεωρούν καλύτερο, απαλλαγμένοι από αυστηρούς επιτηρητές και δύστροπα αφεντικά, απαλλαγμένοι από το χάος της γραφειοκρατίας και του φόρτου εργασίας. Η πεποίθησή τους είναι ότι θα τα καταφέρουν πολύ καλύτερα και ότι θα είναι ικανοί μελλοντικά να κερδίσουν πολλά χρήματα. Ωστόσο, ούτε και αυτοί μπορούν να μείνουν ανεπηρέαστοι από την ψυχοσωματική εξουθένωση. Ίσως έχουν πιθανότητες και για σοβαρότερα προβλήματα.

Υπάρχουν κάποιες σημαντικές αιτίες γι' αυτό. Λόγω έλλειψης πληροφοριών σε σχέση με την εξουθένωση, οι ιδιώτες αποδίδουν την εμπειρία αυτή στην προσωπική τους ανεπάρκεια. Εξάλλου, άτομα κοινωνικά και πολύ πετυχημένα, είναι πιθανό να μην αισθάνονται ασφάλεια μόνοι τους ή να αισθάνονται ότι τους συμβαίνουν πολλά και σημαντικά γεγονότα στη ζωή τους και ότι αδυνατούν να τα χειριστούν. Τα άτομα που ασκούν τα επαγγέλματα αυτά, όπως οι ιδιώτες ιατροί, τείνουν να επενδύουν πολύ χρόνο και μεγάλο μέρος του εαυτού τους στην εργασία, ως ένας άλλος τρόπος νοηματοδότησης της ζωής τους. Σημαντικές αξίες γι' αυτούς είναι ο ανταγωνισμός και η επιτυχία και αυτή είναι μια ανάγκη να νιώσουν, αλλά και να φανεί ότι αξίζουν και ότι είναι πράγματι ικανοί. Παρόλη τη "μόναξιά" που μπορεί να νιώθουν, όντες μόνοι σ' ένα χώρο εργασίας, είναι δυνατό συχνά να νιώθουν απομόνωση και από άλλους συναδέλφους. Ο ιδιώτης έχει πολύ λιγότερους ανθρώπους στη διάθεσή του για να συζητήσει τα προβλήματα των πελατών του και ίσως πολύ λιγότερα άτομα για να συζητήσει τα προσωπικά του προβλήματα και τις δικές του ανησυχίες.

Η ιδιωτική εργασία είναι ουσιαστικά μια επιχείρηση, πάντα υπάρχει το άγχος και ο φόβος ότι κάποια στιγμή δεν θα υπάρχουν πελάτες, ότι ποτέ δεν θα είναι αρκετοί, η ότι η δουλειά μπορεί να μην πάει καλά. Μπορεί να δίνει αρνητικές απαντήσεις σε όλα αυτά και σε πλήθος άλλων ερωτημάτων, να αμφισβητεί την προσπάθειά του ή ν' απογοητεύεται από τον εαυτό του. Αν και ανεξάρτητος στην εργασία του, απ' την άλλη είναι και εξαιρετικά υπεύθυνος για ό, τι συμβαίνει ή όχι. Οι πολλές ώρες εργασίας και οι δύσκολες περίοδοι είναι πολύ συχνά στην ιδιωτική πρακτική. Επειδή οι περισσότεροι από τους πελάτες τους εργάζονται τις συνηθισμένες ώρες, ο ιδιώτης αφιερώνει πολλά βράδια ή ακόμη και σαββατοκύριακα, ενώ συχνά δεν υπάρχουν διακοπές, περίοδοι ανάπαυλας ή κάποιος άλλος που να μπορεί να βοηθήσει. Όλες αυτές οι συνθήκες εργασίας είναι

σίγουρα πολύ δύσκολες, αλλά αυτό δεν σημαίνει απαραίτητα ότι όλοι οι ιδιώτες επαγγελματίες θα εμφανίσουν κάποια στιγμή συμπτώματα ψυχοσωματικής εξουθένωσης.

Προληπτικά μέτρα

Υπάρχουν κάποια βασικά βήματα, κάποια μέτρα που μπορούν να ληφθούν και να χρησιμεύσουν στην πρόληψη και αντιμετώπιση της ψυχοσωματικής εξουθένωσης. Ωστόσο, τα προληπτικά μέτρα ή αργότερα οι παρεμβάσεις αυτές μπορούν να διαχωριστούν βάσει τριών διαφορετικών διαστάσεων: της εκπαίδευσης, της οργάνωσης και του ατόμου. Η προφορική εκτίμηση είναι πολύ σημαντική για τον τρόπο και το είδος της παρέμβασης. Όταν η ψυχοσωματική εξουθένωση εντοπίζεται ως χαρακτηριστικό γνώρισμα, απαιτείται οπωσδήποτε η ατομική θεραπευτική παρέμβαση. Όταν εντοπίζεται σ' ένα επίπεδο δραστηριότητας, όπως είδαμε και προηγουμένως, η παρέμβαση μέσω εκπαίδευσης και οργάνωσης, μπορεί να είναι αρκετή.

Είναι πολύ σημαντική λοιπόν πρωτίστως η εκτίμηση για να βεβαιωθούν οι ειδικοί σε ποιο σημείο χρειάζεται κάποια παρέμβαση. Έχουν ορισθεί κάποιες κλίμακες μέτρησης για την ψυχοσωματική εξουθένωση, αλλά και ο κατάλογος συμπτωμάτων της Maslach είναι επίσης ένα πολύτιμο όργανο. Η κλίμακα για την συναισθηματική εξάντληση εκτιμά συναισθήματα που δείχνουν κατά πόσο και σε ποιο βαθμό κάποιος είναι καταβεβλημένος από την εργασία του. Η προσωπική κλίμακα ολοκλήρωσης, υπολογίζει αισθήματα ικανότητας και επίτευξης όσον αφορά στην εργασία. Η κλίμακα της αποπροσωποποίησης υπολογίζει πόσο σκληρές και απρόσωπες μπορεί να είναι οι ανταποκρίσεις ενός εργαζομένου προς τους πελάτες. Οι κλίμακες μπορούν επίσης, να συνδυαστούν για να παράγουν συνολικά και πιο ολοκληρωμένα αποτελέσματα. Οι Golemdiesky, Munzenrider & Stevenson (1986) χρησιμοποιούν τον κατάλογο των συμπτωμάτων της Maslach για να δημιουργήσουν ένα δικό τους μοντέλο. Στο μοντέλο τους για την ψυχοσωματική εξουθένωση αναφέρουν ότι υπάρχουν τρεις φάσεις: η αποπροσωποποίηση εμφανίζεται ως η ελάχιστη πιο ισχυρή και αρχική φάση της ψυχοσωματικής εξουθένωσης. Τα αισθήματα προσωπικής επίτευξης, τα αναγνωρίζουν ως δευτερεύουσα ανταπόκριση και πιο ισχυρό στάδιο της ψυχοσωματικής εξουθένωσης. Ο τρίτος και πιο ισχυρός δείκτης είναι η συναισθηματική εξάντληση.

Όταν ο εργαζόμενος αναγνωρίσει κάποια από τα συμπτώματα ή όταν ένας ειδικός τα αναγνωρίσει, οφείλει να λάβει κάποια μέτρα σε ατομικό επίπεδο, που

μπορεί να αφορούν την προστασία του και την φροντίδα του, ώστε να μην επηρεάζεται σε πολύ μεγάλο βαθμό από την εργασία του. Αλλά και η ίδια η διοίκηση οφείλει να λάβει κάποια μέτρα σε οργανωτικό επίπεδο με σκοπό τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας, προσπαθώντας να επιλύσει προβλήματα των εργαζομένων, που μπορεί να πηγάζουν από τη φύση της εργασίας, με σκοπό να βελτιώσει την ποιότητα της εργασίας και να τους απαλλάξει από ό, τι μπορεί να τους δυσκολεύει.

Στρατηγικές παρέμβασης

Οι στρατηγικές παρέμβασης αναφέρονται τόσο σε οργανωτικό ή και διοικητικό επίπεδο, όσο και σε ατομικό. Αυτές συνοψίζονται στα παρακάτω:

- **Εκπαίδευση:** οι φοιτητές ή οι εκπαιδευόμενοι ελάχιστα χρειάζεται να γνωρίζουν, όσον αφορά στον τρόπο με τον οποίο θα εργαστούν, στο τι χρειάζεται να κάνουν σε σχέση με τη διοίκηση και την ασφάλειά τους. Γι' αυτό και έχουν θεσμοθετηθεί κανονισμοί συμμόρφωσης των εργαζομένων. Είναι πολύ απογοητευτικό να μην έχει ένας εργαζόμενος τον έλεγχο της τελικής απόφασης για έναν πελάτη ή άρρωστο. Από πολύ νωρίς, κατά τη διάρκεια της πρακτικής άσκησης ακόμη ενός εκπαιδευόμενου, είναι χρήσιμο και θεμιτό να διορθώνεται η στάση του, όταν για παράδειγμα μπορεί να οδηγείται σε υπερβολική εμπλοκή. Είναι καλό να υπάρχει μια ξεκάθαρη εικόνα και στάση. Οφείλουν να κατανοήσουν ότι οι καλές προθέσεις δεν είναι απαραίτητο ότι θα κάνουν καλό τόσο στους πελάτες ή και στους ίδιους. Χρειάζεται να εξετάσουν με ποιο τρόπο και αν τα δικά τους θέματα και οι άλυτες συγκρούσεις, μπορεί να επιδρούν στην αλληλεπίδραση με τους πελάτες. Αυτό πολλές φορές σημαίνει ότι δεν είναι όλοι έτοιμοι και ψυχολογικά εξοπλισμένοι να εργαστούν σε καταστάσεις κρίσεων στους εργασιακούς χώρους. Η εργασία αυτή είναι πολύ απαιτητική και συχνά ψυχοφθόρα. Οι νέοι επαγγελματίες που δεν έχουν εκτεθεί σε ρεαλιστικές συνθήκες ή πεδία απασχόλησης, που είναι ελλιπείς εμπειριών ή και μεθοδικής επίβλεψης από ανώτερους, μπορεί να πάνε ανέτοιμοι, «τυφλοί» σε κάποια από τα δύσκολα και αγχώδη πεδία απασχόλησης.
- **Συστήματα κοινωνικής υποστήριξης:** τα κοινωνικά συστήματα υποστήριξης είναι επικριτικά στην αποφυγή της ψυχοσωματικής εξουθένωσης είτε σε εργασιακό είτε σε προσωπικό-οικογενειακό επίπεδο. Τα συστήματα αυτά

δρουν ως ασπίδες προστασίας για το άτομο και βοηθούν να διατηρηθεί σε καλό ψυχολογικά επίπεδο, αλλά ταυτόχρονα να διασφαλιστεί και η ευημερία του μέσα στο χρόνο. Παρόλα αυτά στις κοινωνικές υπηρεσίες, το χαοτικό πρόγραμμα εργασίας υπερέχει και δεν υπάρχει πολύς χρόνος για δημιουργία δεσμών, ενώ δεν επιτρέπει σε μεγάλο βαθμό στους εργαζομένους να διασκεδάζουν και να έχουν χρόνο για τον εαυτό τους, καθώς προηγείται η επίλυση των προβλημάτων των πελατών τους (Maslach, 1978). Σύμφωνα μ' αυτό, έχει προταθεί ως πολύ σημαντική η οργανική υποστήριξη. Το ενδιαφέρον και η δέσμευση του εργαζόμενου στην εργασία, η φιλικότητα, η αλληλοϋποστήριξη, η διοικητική υποστήριξη και ενθάρρυνση των εργαζομένων μπορούν να είναι βοηθητικά στην πρόληψη της ψυχοσωματικής εξουθένωσης. Τα συστήματα της κοινωνικής υποστήριξης έχουν έξι βασικές λειτουργίες:

1. Ακρόαση: κατά καιρούς όλοι οι εργαζόμενοι χρειάζονται κάποιον να τους ακούει πραγματικά, δίνοντας έμφαση και προσοχή, χωρίς απαραίτητα να δίνει συμβουλές ή να ασκεί κριτική.
2. Τεχνική υποστήριξη: όταν μπερδεύονται με σύνθετα προβλήματα των πελατών, οι εργαζόμενοι χρειάζονται κάποιον που να μπορεί να τους εμπνέει εμπιστοσύνη στην προσπάθειά τους αυτή. Αυτό το άτομο πρέπει να έχει την ικανότητα να κατανοήσει τη σύνθετη φύση της εργασίας και να είναι ικανό να ανταποκρίνεται στον εργαζόμενο με άμεσο και ειλικρινή τρόπο.
3. Τεχνικό κίνητρο: αν οι εργαζόμενοι δεν έχουν πνευματικά κίνητρα, θα παραμείνουν στάσιμοι. Η πνευματική επαφή με οτιδήποτε σημαντικό ή με οποιονδήποτε σημαντικό άνθρωπο, επιδρά στον εργαζόμενο με θετικό τρόπο και μειώνει τα ποσοστά άγχους. Τέτοιου είδους προκλήσεις μπορούν να προέλθουν μόνο από ανθρώπους που δεν έχουν σκοπό να εξευτελίσουν κάποιον ή να κερδίσουν κάτι και οι οποίοι έχουν επαγγελματική ικανότητα ισότιμη με εκείνη του εργαζόμενου.
4. Συναισθηματική υποστήριξη: οι εργαζόμενοι χρειάζονται κάποιον να είναι πλάι τους στις δύσκολες καταστάσεις, ακόμα και όταν οι σημαντικοί άλλοι παράγοντες δεν συμφωνούν απαραίτητα με τους εργαζόμενους. Η επαγγελματική ταυτότητα δεν είναι απαραίτητη γι' αυτή τη λειτουργία. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι δεν είναι απαραίτητο το άτομο αυτό, το οποίο θα παράσχει βοήθεια και υποστήριξη, να προέρχεται από τον χώρο εργασίας, αλλά από κάποιον άλλο χώρο ή από το περιβάλλον τους.

5. Συναισθηματικό κίνητρο: οι εργαζόμενοι πιστεύουν ότι έχουν εξερευνήσει όλες τις λεωφόρους προσπαθώντας να επιλύσουν τα προβλήματά τους. Όταν ο εργαζόμενος αισθάνεται ότι έχει την αίσθηση του προσωπικού ελέγχου και ότι είναι υπεύθυνος για τις αποφάσεις του, νιώθει πλήρης και αυτάρκης.
 6. Συναίσθηση κοινωνικής πραγματικότητας: όταν οι εργαζόμενοι γίνονται ανασφαλείς, όσον αφορά στην αξιοπιστία τους για τις κοινές αντιλήψεις τους σχετικά με την πραγματικότητα, χρειάζονται εξωτερική αξιοποίηση. Αυτή η λειτουργία είναι ιδιαίτερα σημαντική όταν οι εργαζόμενοι αισθάνονται ότι χάνουν την ικανότητα ελέγχου και αδυνατούν να αξιοποιήσουν ό, τι συμβαίνει με τους πελάτες και την περεταίρω οργάνωσή της εργασίας τους. Ο εργαζόμενος χρειάζεται να έχει λειτουργικά συστήματα υποστήριξης στον εργασιακό χώρο.
- Ομάδες υποστήριξης: μια ομάδα υποστήριξης μοιάζει με ένα πρόβλημα λυμένο σε ομάδα συζήτησης. Ο σκοπός της ομάδας είναι να χτίσει μια αίσθηση εμπιστοσύνης και ικανότητας επίλυσης των θεμάτων. Στόχος είναι να βοηθήσει τους εργαζομένους να αισθανθούν ότι είναι ικανοί να ανταπεξέλθουν στις υπάρχουσες συνθήκες εργασίας, παρόλο το άγχος που μπορεί να τους περιβάλλει. Μια ομάδα υποστήριξης είναι ένας ασφαλής χώρος για τους εργαζομένους να διαφωνήσουν μεταξύ τους αλλά και να βοηθηθούν. Η ομάδα λειτουργεί ως παράγοντας «κάθαρσης» για να μπορέσουν να απελευθερωθούν καταπιεσμένα συναισθήματα σε σχέση με την εργασία. Απ' τη στιγμή που θα γίνει αυτό, τα μέλη μπορούν να εξετάσουν δραστικά αισθήματα που συνδέονται με παράγοντες άγχους της δουλειάς τους. Παρέχοντας υποστήριξη η ομάδα επικυρώνει για τα μέλη ότι δεν είναι μόνα τους και τα καθησυχάζει για τα συναισθήματά τους. Δεν χρειάζεται μόνο υποστήριξη από τη διοίκηση αλλά χρειάζεται επίσης και ένα σύμβουλο που θα διευκολύνει και θα έχει ευαισθησία στα θέματα που εμπλέκεται. Είναι σημαντικό να μπορεί να κρατήσει τα όρια, επιτρέποντας στην ομάδα να εκφράσει τα συναισθήματά της αλλά και να επιλύσει το πρόβλημα. Ο σύμβουλος είναι απαραίτητο επίσης να έρχεται σε επαφή με τη διοίκηση, προκειμένου να συμβάλλει στην καλή οργάνωση, ώστε να μην υπάρχουν διάφορα κωλύματα όσον αφορά στην διαδικασία. Πολύ σημαντική είναι επίσης η συνεργασία της διεπιστημονικής ομάδας. Αυτό είναι πολύ δύσκολο καμιά φορά να επιτευχθεί, αλλά είναι απαραίτητο καθώς έτσι αναγνωρίζεται ο ρόλος, η θέση του κάθε ειδικού και τα καθήκοντά του. Υπάρχει μια κατανόηση

και παράλληλα μια αλληλοβοήθεια. Όσον αφορά σε εργαζόμενους που επιδεικνύουν σε πολύ μεγάλο βαθμό συναισθηματική κόπωση και έντονα συμπτώματα ψυχοσωματικής εξουθένωσης, ο σύμβουλος είναι δυνατό να προτείνει και ατομική συμβουλευτική ή ατομική θεραπεία.

- Η οργάνωση και το άτομο: όταν η εργασία προκαλεί άσχημα συναισθήματα στους εργαζόμενους, τότε αυτοί αναζητούν συνεχώς για το κατάλληλο αφεντικό ή μια καλύτερη οργάνωση. Άλλοι κουράζονται από τη συνεχή αλληλεπίδραση με τους πελάτες ή αρρώστους και όταν προσπαθούν να αναφερθούν στη διοίκηση, αλλά δεν βρίσκουν ανταπόκριση, τότε είναι πολύ πιθανό να αυξηθεί το άγχος τους.
- Προσωπική παρέμβαση: είναι πολύ σημαντικό να υπάρχει και μια αντιμετώπιση από την πλευρά του ίδιου του ατόμου, που να το προστατεύει από όλες τις δυσκολίες της δουλειάς. Σε έρευνες που έχουν γίνει σε σχέση με ατομική πρωτοβουλία και προσωπική παρέμβαση για την αποφυγή της ψυχοσωματικής εξουθένωσης, υπήρχαν εργαζόμενοι που όταν τους ζητούσαν να κάνουν κάτι, έδειχναν ευγενικά ότι είναι πολύ απασχολημένοι ή διαφωνούσαν με οποιαδήποτε ιδέα τους ενέπλεκε περισσότερο ή ήταν εκτός των αρμοδιοτήτων τους, ενώ ταυτόχρονα δεν έκαναν τις δικές τους προτάσεις, προκειμένου να αποφύγουν παρατηρήσεις ή κυρώσεις. Υπήρχαν και κάποιοι εργαζόμενοι που έφταναν στα άκρα, αφήνοντας την εργασία τους. Αυτή ήταν, σίγουρα, η πιο άσχημη και ακραία επιλογή (Pines & Aronson, 1988). Όταν από την άλλη προκύπτει μια αλλαγή επαγγελματικού χώρου είναι καλό να γίνεται ύστερα από ώριμη απόφαση και όχι παρορμητικά. Αυτό θα είναι χρήσιμο για τον ίδιο τον εργαζόμενο και τη στάση που θα έχει στη νέα δουλειά. Όταν ο εργαζόμενος απογοητεύεται, οι επιλογές μπορεί να φαίνονται περιορισμένες στην αλλαγή της εργασίας ή στην στασιμότητα και παραμονή στη συγκεκριμένη εργασία, αλλά ωστόσο το άτομο μπορεί να έχει και άλλες επιλογές. Αρχικά είναι απαραίτητο να ξεκαθαρίσει το ρόλο του στην εργασία και την οργάνωση γενικότερα. Οφείλει να αναλύσει την εργασία του και να καθορίσει ποια καθήκοντα είναι απαραίτητα και σε ποια υποχρεώνει ο ίδιος τον εαυτό του, φορτώνοντας ακόμη περισσότερο τον εαυτό του με περεταίρω αρμοδιότητες. Είναι δυνατό με διαπραγμάτευση με τη διοίκηση να καθορίσει τα πλαίσια της εργασίας του και να οριοθετήσει τις αρμοδιότητές του. Διατηρώντας μια καθημερινή καταγραφή του άγχους, που τον περικλείει, μπορεί να είναι πολύ χρήσιμη προληπτική στάση. Η υποστήριξη από φίλους,

την οικογένεια και συνεργάτες μπορεί να είναι πολύ σημαντική, γιατί όταν μοιράζεται τα συναισθήματά τους και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει, μπορεί να νιώσει μεγάλη ανακούφιση και παράλληλα μεγάλη ώθηση για να συνεχίσει. Είναι σημαντικό να μπορεί να διαχωρίζει την επαγγελματική ζωή από την προσωπική του και όσο μπορεί να απασχολείται με άλλα πράγματα, δραστηριότητες ή οποιαδήποτε ενασχόληση, που θα επιτρέπει στο άτομο να επιστρέφει στην δουλειά του σαφώς ανανεωμένο.

Συμπερασματικά, για να μπορέσει κάποιος εργαζόμενος σε αυτούς τους χώρους εργασίας να βοηθήσει ασθενείς, πελάτες ή εξυπηρετούμενους γενικά, θα πρέπει πρωτίστως να μπορεί την κρίσιμη στιγμή να παρέχει ο ίδιος βοήθεια στον εαυτό του ή να ζητήσει βοήθεια από άλλον συνάδελφο. Είναι καλό και αποδεικνύεται χρήσιμο στην επαγγελματική του πορεία, να μην θεωρεί ο εργαζόμενος τον εαυτό του ισχυρό, παντοδύναμο και άτρωτο, αλλά οφείλει να αναγνωρίσει και να αποδεχτεί τις αδυναμίες και τα όριά του, για να μπορεί να κάνει όσο το δυνατό καλύτερα τη δουλειά του.

Επιπλέον, υπάρχουν κάποιοι εργαζόμενοι σε ανθρωπιστικά επαγγέλματα, κάποιοι επαγγελματίες στο χώρο της υγείας και ψυχικής υγείας, που διαβάζοντας όλα τα παραπάνω ή άλλες σχετικές έρευνες να πουν με μεγάλη σιγουριά και αυτοπεποίθηση ότι: “Κάτι τέτοιο δεν πρόκειται ποτέ να συμβεί σε εμένα” ή “Δεν θα πάθω κάτι παρόμοιο”. Ακριβώς επειδή μπορεί να θεωρούν τον εαυτό τους παντοδύναμο, είναι τα πιο πιθανά θύματα της ψυχοσωματικής εξουθένωσης. Είναι εκείνα τα άτομα που μπορεί να παρατήσουν τη δουλειά τους, μη μπορώντας να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες των εξυπηρετούμενων και τις αντίξοες συνθήκες. Είναι εκείνοι, που πολύ πιθανό να μην αντέχουν την συγκεκριμένη δουλειά αλλά παραμένοντας σε αυτή, να βλάπτουν- εκτός των εξυπηρετούμενων- τόσο τον εαυτό τους, όσο και το ίδιο το επάγγελμα.

Βιβλιογραφικές πηγές

D' Andrea, M. (1995, March). Caring for the caregivers in Denver: A special event for AIDS counselors. *Counseling Today*, 37 (9), 24-27.

Distler, B. J. (1990). Reducing the potential for burnout. Paper presented at Fourteenth Annual Convening of Crisis Intervention Personnel, Chicago.

Ellis, A. (1973). *Humanistic Psychology: The rational- emotive approach*. New York: Julian.

Everly, G. S. , jr. (1989). *A clinical guide to the treatment of the human stress response*. New York: Plenum.

Farber, B. A. (Ed.). (1983). *Stress and burnout in the human service professions*. New York: Pergamon Press.

Forney, D. S., Wallace- Schutzman, F., Wiggers T. T.. (1982). Burnout among career development professionals: Preliminary findings and implications. *Personnel and Guidance journal*, 60, 435-439.

Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159- 165.

Freudenberger, H. J. (1975). The staff burnout syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 12, 73-82.

Golembiewski, R. T., Munzerider, R. F., & Stevenson, J. G. (1986). *Stress in organizations: Toward a phase model of burnout*. New York: Praeger.

Kesler, K. D.. (1990). Burnout: A multimodal approach to assessment and resolution. *Elementary School Guidance and Counseling*, 24, 303-311.

Koeske, G. F., Kelly, T. (1995). The impact of over- involvement and burnout and job satisfaction. *American journal of Orthopsychiatry*, 65, 282-292.

Lee, R. T., & Ashforth, B. E (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81 (2), 123-133.

Marino, T. W. (1995, March). Caring for the caregivers in Denver: A special event for AIDS counselors. *Counseling Today*, 37 (9), 26-27.

Maslach, C. (1978). The client role in staff burnout. *Journal of Social Issues*, 34, 111-124.

Maslach, C. (1982b). Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon. In W. S. Paine (Ed.), *Job stress and burnout* (pp. 29-40). Newbury Park, CA: Sage.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981a), the Maslach Burnout Inventory. Palo Alto. CA: Counseling Psychologists Press.

Miller, D. (1995). Stress and burnout among health care staff working with people affected by HIV. *British Journal of Guidance and Counselling*, 23, 19-31.

Oktay, J. S. (1992). Burnout in hospital social workers who work with AIDS patients. *Social Work*. 37. 432-437.

Παπαδάτου, Δ. & Αναγνωστόπουλος, Φ. (1999). *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Paine, W. S. (1982). Overview of burnout stress syndromes and the 1980's. in W. S. Paine (Ed.), *Job stress and burnout* (pp. 11-25). Newbury Park, CA: Sage.

- Piedmont, R. L. (1993). A longitudinal analysis of burnout in the health care setting: The role of personal dispositions. *Journal of Personality Assessment*, 61, 457-473.
- Pines, A., & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. New York: Free Press.
- Riggar, T. F. (1985). *Stress burnout: An annotated bibliography*. Carbondale: Southern Illinois University Press.
- Saakvitne, K. W., & Pearlman, L. A. (1996). *Transforming the pain: a workbook of vicarious traumatization*. New York: Norton.
- Sculley, R. (1983). The work-setting support group: A means of preventing Burnout. In B. A. Farber (Ed.), *Stress and burnout in the human service professions* (pp. 198-212). New York: Pergamon Press.
- Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Philadelphia: Lippincott.
- Thornton, P. T. (1992). The relation of coping, appraisal, and burnout in mental health workers. *Journal of Psychology*, 126, 261-271.
- Wee, D. F., & Myers, D. (2002). Stress response of mental health workers following disaster: The Oklahoma City bombing. In C. R. Figley (Ed.). *Treating Compassion fatigue* (pp. 57-83). New York: Brunner/Routledge.

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΗΣ ΣΕ «ΟΛΟΠΑΓΗ ΙΔΡΥΜΑΤΑ»: ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΦΥΛΑΚΗΣ

Όλγα Θεμελή,

Λέκτορας Εγκληματολογικής Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης

Εισαγωγή

Η έννοια της κρίσης είναι πολυδιάστατη και συχνά χρησιμοποιείται για να δηλώσει μία δυσχερή και συχνά απρόβλεπτη κατάσταση με την οποία βρίσκεται αντιμέτωπος ο άνθρωπος. Είναι κλιμακούμενη σε ένταση, συνδέεται με τον κίνδυνο και επηρεάζει σημαντικά τη συνήθη πορεία των πραγμάτων. Στη φάση αυτή το άτομο βιώνει ιδιαίτερη αποδιοργάνωση, αναστάτωση και ανασφάλεια, ενώ παράλληλα νιώθει ανήμπορο να ορίσει τη ζωή του. Στις περιπτώσεις αυτές η διαχείριση της κρίσης στόχο έχει να προστατέψει το ευάλωτο άτομο και να το βοηθήσει να λειτουργήσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, υποδεικνύοντας του νέες στρατηγικές επίλυσης των προβλημάτων του.

Η στέρηση της ελευθερίας βρίσκεται, σύμφωνα με την ειδική σκάλα μέτρησης άγχους που προκαλούν τα επώδυνα γεγονότα ("*Social Readjustment Rating Scale*") των Holmes και Rahe (1967), στην τέταρτη θέση μετά το θάνατο συζύγου, το διαζύγιο και το χωρισμό. Η φυλακή αποτελεί το πιο αντιπροσωπευτικό ίδρυμα ολοκληρωτικού χαρακτήρα και επιδρά καταλυτικά στην προσωπικότητα του ατόμου. Έχει το δικό της υποπολιτισμό, τις δικές της αξίες και τους δικούς της κανόνες. Η πολιτική επιλογή περιχαράκωσης του χώρου που προάγει τον κοινωνικό αποκλεισμό, περιορίζει σημαντικά κάθε προσπάθεια βελτιωτικής παρέμβασης. Με την προτεραιοποίηση του φυλακτικού της χαρακτήρα ακυρώνεται η βασική επιταγή του Σωφρονιστικού Κώδικα που είναι η επανένταξη.

Αποτελεί έτσι έναν εξ ορισμού παθογόνο περιβάλλον στο οποίο οι δυνατότητες παρέμβασης είναι εξαιρετικά περιορισμένες. Η συνειδητοποίηση του ιδιαίτερου αυτού πλαισίου και η αποδοχή του θα βοηθήσει σημαντικά τους επαγγελματίες υγείας στην καλύτερη δυνατή υποστήριξη του ρόλου τους και την κατανόηση των δυσκολιών που γεννά ο ιδιότυπος αυτός χώρος.

Το πλαίσιο

Πρόκειται κατά τον Goffman για ένα «ολοπαγές ίδρυμα» (“total institution”) με κεντρικό χαρακτηριστικό την κατάρρευση των φραγμών που συνήθως διαχωρίζουν τις διαφορετικές σφαίρες που περιβάλλουν τη ζωή κάθε ανθρώπου.

«Τα δεινά του εγκλεισμού» αρχίζουν με την είσοδο στο κατάστημα κράτησης και αυξάνουν δραματικά σε περιπτώσεις έκτισης μακροχρόνιων στερητικών της ελευθερίας ποινών. Σύμφωνα με τον Sykes (1958) που πρώτος εισήγαγε όρο “Pains of Imprisonment”, ο εγκλεισμός τελεί σε αιτιώδη σχέση με: α) με τη στέρηση της ελευθερίας, β) τη στέρηση υλικών αγαθών και υπηρεσιών, γ) τη σεξουαλική στέρηση, δ) τη στέρηση της αυτονομίας και ε) τη στέρηση της ασφάλειας.

Ο κρατούμενος είναι και παραμένει υποκείμενο δικαιωμάτων. Υπογραμμίζεται μάλιστα ότι τα δικαιώματα του έγκλειστου πληθυσμού είναι θεσμικά τα ίδια ως προς το περιεχόμενο τους με τα αντίστοιχα δικαιώματα των ελεύθερων πολιτών, διαφέροντας μόνο ως προς τον τρόπο άσκησής τους.

Ωστόσο παρά τις συνταγματικές επιταγές του νόμου, η στέρηση της ελευθερίας δεν περιορίζει ως όφειλε μόνο «την προς τόπο κίνηση». Η φυλακή καταλύει πλήθος εννόμων αγαθών μεταξύ των οποίων εκείνο της υγείας, της επικοινωνίας, της εργασίας, της εκπαίδευσης κ.ά. Δυστυχώς σε κάποιες περιπτώσεις η στέρηση της ελευθερίας συνδέεται ακόμα και με την απώλεια της ίδιας της ζωής. Όπως αποδεικνύεται από ερευνητικά δεδομένα ο εγκλεισμός αποτελεί χώρο υψηλού κινδύνου διακύβευσης του υπέρτατου εννόμου αγαθού της ζωής.

Ωστόσο παρά τη ραγδαία αύξηση των θανάτων κατά τη διάρκεια της κράτησης - τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο - το Σύστημα Ποινικής Δικαιοσύνης δε φαίνεται να επιδεικνύει τη δέουσα προσοχή.

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, ο δείκτης θανάτων στον έγκλειστο πληθυσμό είναι κατά πολύ υψηλότερος από τον αντίστοιχο στο γενικό πληθυσμό (Ghazala, 2001 · Towl & Crighton, 2000. · Dalton 1999). Το μοιραίο μπορεί να είναι αποτέλεσμα σοβαρών προβλημάτων της φυσικής του υγείας ή να οφείλεται σε βίαια αίτια. Στους συνήθεις βίαιους θανάτους περιλαμβάνονται: α) η αυτοκτονία, β) η ανθρωποκτονία, γ) τα ατυχήματα και δ) η υπερβολική χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών (Wobeser, Datema, Bechard, B. & Ford, 2002 · Θεμελή, 2005).

Εγκλεισμός και Υγεία

Αποτελέσματα διεθνών ερευνών αποδεικνύουν ότι η φυλακή συνδέεται αναπόφευκτα με σοβαρές διαταραχές τόσο στη φυσική όσο και στη ψυχική υγεία του εγκλειστού πληθυσμού. Ενδεικτικά αναφέρονται σοβαρά προβλήματα του καρδιολογικού, αναπνευστικού ή γαστρεντερικού συστήματος. Υψηλά επίσης ποσοστά εμφανίζουν και οι ασθενείς χρόνιων και ανιάτων παθήσεων. Υπογραμμίζεται τις τελευταίες δεκαετίες η δραματική αύξηση των ασθενών - φορέων του AIDS-HIV καθώς και ασθενειών που ενώ στο γενικό πληθυσμό των ευνομούμενων κοινωνιών έχουν περιοριστεί σημαντικά, στη φυλακή προσλαμβάνουν διαστάσεις επιδημίας, όπως λ.χ η μηνιγγίτιδα, η φυματίωση και η ηπατίτιδα (Kantor, 1994 · Conix, 2000 · Hammett, Harmon & Maruschak, 1999 · Malinowska, 2002). Αξίζει ωστόσο να τονιστεί ότι παρά τη σημαντική διαπίστωση του χαμηλότερου όρου ζωής μεταξύ του πληθυσμού των κρατουμένων (Hall, 1998), η έρευνα που επικεντρώνεται στους θανάτους από φυσικά αίτια είναι ιδιαίτερα περιορισμένη.

Αντίθετα, πλούσια είναι βιβλιογραφία για την αναπόφευκτη σύνδεση της στέρησης της ελευθερίας με την εμφάνιση διαταραχών της ψυχικής υγείας. Επιπρόσθετα, ένα μεγάλο ποσοστό κρατουμένων παρουσίαζε σημαντικά προβλήματα και κατά την προ του εγκλεισμού περίοδο της ζωή του.

Η επιλεκτική λειτουργία του συστήματος καταστολής, που εμπλέκει στα δίχτυα του με μεγαλύτερη συχνότητα άτομα ευπαθών κοινωνικών ομάδων, ευθύνεται αναντίρρητα για την εισαγωγή υψηλού ποσοστού ψυχικά ασθενών πολιτών στις φυλακές.

Η «εγκληματοποίηση της ψυχικής διαταραχής» (*“criminalization of the mental ill”*) οδήγησε την τελευταία δεκαετία μεταξύ άλλων, στη μετατροπή των φυλακών σε ένα ιδιότυπο είδος ψυχιατρικού καταστήματος. Έρευνες έδειξαν πως τα άτομα που παρουσιάζουν προβλήματα ψυχικής υγείας έχουν 67 φορές περισσότερες πιθανότητες σύλληψης έναντι των ατόμων που η συμπεριφορά τους δεν υποδηλώνει την ύπαρξη σχετικού προβλήματος (Terplin, 2000).

Δεν πρέπει ωστόσο να παραβλέπεται και η ιδιαίτερη ψυχοπαθολογία του χώρου. Ο δείκτης ψυχικής ασθένειας είναι πιο υψηλός από τον αντίστοιχο στο γενικό πληθυσμό καθώς σύμφωνα με διεθνή ερευνητικά δεδομένα τουλάχιστον έξι στους δέκα κρατούμενους εκδηλώνουν σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας (Aardema, Blaauw, Gatherer, Kerkhof & Themeli, 1998). Αποδείχθηκε έτσι ότι στις φυλακές της Ευρώπης το 40 τοις εκατό παρουσιάζει διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες, το 25 τοις εκατό πάσχει από διαταραχές της διάθεσης ή αγχώδεις διαταραχές, ενώ το 5 περίπου τοις εκατό εκδηλώνει ψυχωσικές διαταραχές. Σε έρευνα που διεξήχθη στη χώρα μας στη Δικαστική Φυλακή Κομοτηνής διέγνωσε την ύπαρξη ψυχιατρικών διαταραχών στο 78 τοις εκατό των κρατουμένων. Το 37,5 τοις εκατό διαγνώστηκε με

αγχώδεις διαταραχές, το 27,5 τοις εκατό με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, το 37,5 τοις εκατό με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας, το 53,8 τοις εκατό με διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες (26,3 τοις εκατό χρήση αλκοόλ και 27, 5 τοις εκατό χρήση ναρκωτικών) και τέλος το 11,2 τοις εκατό με σχιζοφρένεια και διπολική διαταραχή (Fotiadou, Livaditis, Manou, Kaniotou & Xenitidis, 2006).

Το σημαντικότερο ωστόσο πρόβλημα για το Σύστημα Ποινικής Δικαιοσύνης σε διεθνές επίπεδο αποτελούν οι αυτοκτονίες κατά τη διάρκεια του εγκλεισμού. Πλήθος ερευνών αποδεικνύουν το υψηλό ποσοστό αυτόχειρων στις φυλακές.

Τα αποτελέσματα ερευνών αποδεικνύουν ότι ο δείκτης τους στα καταστήματα κράτησης είναι από τέσσερις μέχρι και έντεκα φορές υψηλότερος από τον αντίστοιχο στο γενικό πληθυσμό. Είναι μάλιστα αξιοσημείωτο ενώ ότι η αυτοχειρία κατέχει μεταξύ των πολιτών τη δέκατη θέση στις αιτίες θανάτου, μεταξύ των εγκλειστών βρίσκεται στην πρώτη (Dooley, 1990 · Hayes & Blaauw, 1997). Έρευνα στο σύνολο των φυλακών της χώρας απέδειξε ότι ο δείκτης αυτοκτονιών ανέρχεται σε 112 ανά 100.000 κρατούμενους ενώ ο ανάλογος στο γενικό πληθυσμό, σε 3,7 ανά 100.000 κατοίκους (Themeli, 2006).

Η διαχείριση της κρίσης στη φυλακή

Τα υψηλά ποσοστά ψυχικής και φυσικής ασθένειας, το υπέρμετρο άγχος, ο φόβος και η ανασφάλεια, ο νεκρός χρόνος, η αποκοπή από το οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον και ο ιδρυματισμός δυσχεραίνουν τη διεργασία προσαρμογής σε συνθήκες κράτησης.

Τονίζεται ότι η είσοδος του κρατούμενου στη φυλακή αποτελεί την κορύφωση της ψυχικής του αποδιοργάνωσης η οποία έχει ήδη αρχίσει νωρίτερα. Ο δράστης της άδικης πράξης δεν είχε τη δυνατότητα να διαχειριστεί την κρίση που προήλθε από τη τέλεση του εγκλήματος, γεγονός που - ανάλογα με την ηθικοκοινωνική απαξία του προσβαλλόμενου αγαθού- τον έχει οδηγήσει σε μια έντονη ενδοψυχική σχισμή καθώς του έχει αποκαλύψει μία άγνωστη έως τότε - και τρομακτική συνάμα- πτυχή της προσωπικότητάς του. Στη συνέχεια, η σύλληψη (“trauma of arrest”), τα δεινά της προανακριτικής και ανακριτικής διαδικασίας, η γνωστοποίηση του συμβάντος στα άτομα του οικείου περιβάλλοντος, η βίωση συναισθημάτων τύψεων ενοχών και ντροπής, του έχουν προκαλέσει έντονο ψυχικό πόνο.

Ο υψηλός άλλωστε δείκτης αυτόχειρων αμέσως μετά την τέλεση σοβαρών εγκλημάτων -όπως αυτό της ανθρωποκτονίας - (“suicide followed by homicide”),

κατά τη διάρκεια της σύλληψης («υποβοηθούμενη / προκαλούμενη αυτοκτονίας-“suicide by cop”) ή κατά την παραμονή στο αστυνομικό κρατητήριο (εκπαραθυρώσεις, απαγχονισμοί στο κελί κράτησης κλπ), αποδεικνύουν την αδυναμία διαχείρισης της κρίσης που βιώνει το άτομο.

Η εμπειρία της μεταφοράς στη φυλακή το κατακλύζει ψυχικά (“cataclysmic experience”, Backett, 1998). Η είσοδος στο χώρο του εγκλεισμού και η απότομη μετάβαση από καθεστώς πλήρους ελευθερίας σε καθεστώς πλήρους εγκλεισμού είναι τραυματική (“traumatic transition” Wheeler, 1961). Η ένταξη στο νέο περιβάλλον φαντάζει αδύνατη και η όλη κατάσταση μοιάζει καφκική.

Το ίδιο ακριβώς θα βιώσει ο κρατούμενος μετά την έκτιση μακροχρόνιας ποινής. Η απότομη μετάβαση από καθεστώς πλήρους εγκλεισμού σε καθεστώς πλήρους ελευθερίας οδηγεί συχνά σε ένα ιδιαίτερο σύνδρομο, «τον πυρετό της πύλης» (“Gate fever”), με ιδιαίτερα ψυχοσωματικά συμπτώματα. Ο ιδρυματισμός και η χρόνια αποκλεισμός τον εμποδίζουν να προβάλει τη ζωή του στο μέλλον εκτός φυλακής.

Η υιοθέτηση αυτοκτονικής συμπεριφοράς κατά τις παραπάνω κρίσιμες χρονικές περιόδους (της εισόδου και της εξόδου) αναμένεται με μεγάλη συχνότητα. Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, πάνω από το 50 τοις εκατό του συνολικού αριθμού αυτοκτονιών λαμβάνει χώρα μέσα στις πρώτες 48 ώρες της εισόδου του νέου κρατούμενου στο χώρο της φυλακής. Σημειώνεται ότι το 30 περίπου τοις εκατό προβαίνει στην πράξη της αυτοκτονίας μέσα στις τρεις πρώτες ώρες (Hayes, 1995 · Backett, 1988). Η επικράτηση της διχότομης σκέψης (“*dichotomous thinking*”) - ή όλα ή τίποτα- οδηγεί στην αυτοκαταστροφή. Καθώς η διαχείριση της κρίσης είναι αδύνατη, η «έξοδος» από τη ζωή επιλέγεται ως η μόνη δυνατή λύτρωση από «τα δεινά του εγκλεισμού».

Οι ευάλωτες ομάδες κρατουμένων

Οι θεωρητικοί διακρίνουν σε εξελικτικές και περιστασιακές κρίσεις (Shaikou, 1990 · Aguilera, 1998). Οι πρώτες συνδέονται με γεγονότα μετάβασης από το ένα εξελικτικό στάδιο της ζωής ενός ανθρώπου στο άλλο, ενώ οι δεύτερες με απρόβλεπτα και αιφνίδια περιστατικά που συνήθως δεν έχουν καμία σχέση με τις φάσεις εξέλιξης.

Στη φυλακή ο εγκλειστος πληθυσμός καλείται να διαχειριστεί τόσο εξελικτικές όσο και περιστασιακές κρίσεις. Συχνά δε οι ευάλωτες ομάδες κρατουμένων καλούνται να

αντιμετωπίσουν περισσότερες από μια περιστατικές κρίσεις μαζί με αποτέλεσμα την παντελή έλλειψη συναισθηματικού ελέγχου.

Η παρέμβαση πρέπει πρωτίστως να λαμβάνει υπόψη τις ανάγκες του συνόλου του έγκλειστου πληθυσμού επικεντρώνοντας κυρίως στις ευπαθείς κατηγορίες κρατουμένων:

- Υπόδικοι
- Πρωτόπειροι- νεοεισερχόμενοι
- Γυναίκες
- Μητέρες που λόγω του εγκλεισμού αποχωρίζονται τα παιδιά τους
- Μητέρες που συμβιούν με τα παιδιά τους στη φυλακή
- Ανήλικοι
- Ψυχικά ασθενείς
- Ασθενείς χρόνιων παθήσεων
- Χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών
- Μετανάστες
- Κατάδικοι σε έκτιση μακροχρόνιων ποινών
- Κρατούμενοι της τρίτης ηλικίας

Επίσης ιδιαίτερα ευάλωτοι είναι και οι κρατούμενοι οι οποίοι αδυνατούν να διαχειριστούν τραυματικές καταστάσεις οι οποίες: α) προέκυψαν κατά την προτού του εγκλεισμού περίοδο της ζωής τους ή β) είναι αποτέλεσμα της εμπλοκής τους στα δίκτυα του συστήματος ποινικής δικαιοσύνης μηχανισμού και αναπόσπαστα συνδεδεμένες με τον εγκλεισμό τους.

Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν έγκλειστοι που προέρχονται από δυσλειτουργικές οικογένειες, είχαν τραυματική παιδική ηλικία, εμπειρία σωματικής, συναισθηματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης, εμπειρία θανάτου στο στενό τους οικογενειακό πλαίσιο, πρώιμη υιοθέτηση παραβατικής συμπεριφοράς, χρήση ουσιών και προβλήματα ψυχικής υγείας. Τα υψηλά ποσοστά υιοθέτησης αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς πριν τον εγκλεισμό μαρτυρούν τον τραυματικό χαρακτήρα των γεγονότων που προαναφέρθηκαν. Η εισαγωγή στο παθογόνο χώρο της φυλακής εντείνει τον ψυχικό πόνο και οδηγεί το άτομο σε πλήρη αποδιοργάνωση. Στα υπάρχοντα προβλήματα - τα οποία ενδεχομένως ουδέποτε αντιμετωπίστηκαν ικανοποιητικά- προστίθεται και η στέρηση της ελευθερίας. Υπό την παρούσα κατάσταση κάθε προσπάθεια προσαρμογής ακυρώνεται.

Αλλά και κατά τη διάρκεια του εγκλεισμού ποικίλα γεγονότα θα προκαλέσουν στον κρατούμενο εξαιρετική δυσφορία και θα τον οδηγήσουν σε έντονη ψυχική αναστάτωση: Βία μεταξύ των εγκλείστων, θυματοποίηση, συγκρούσεις με το σωφρονιστικό προσωπικό και τη διοίκηση, επιβολή πειθαρχικών μέτρων, εξεγέρσεις, θάνατος συγκρατούμενου, έκθεση σε πολλαπλούς κινδύνους κ.λ.π.

Επιπρόσθετα γεγονότα τα οποία αναμένονται να οδηγήσουν σε κρίσεις, είναι: Μια μη αναμενόμενη καταδίκη στο πρωτόδικο δικαστήριο ή η επιβολή μιας υπέρμετρα αυστηρής ποινής. Δεν είναι τυχαίο άλλωστε ότι ένα σημαντικό ποσοστό αυτοκτονιών σημειώνεται λίγες μόλις μέρες πριν την εμφάνιση του κατηγορουμένου στο δικαστήριο καθώς και τα πρώτα εικοσιτετράωρα από την έκδοση της καταδικαστικής απόφασης. Η απόρριψη μιας αίτησης αποφυλάκισης, η αρνητική απάντηση σε αίτημα χορήγησης άδειας ή η αναβολή ενός επισκεπτηρίου, μπορούν επίσης να δημιουργήσουν έντονη ψυχική φόρτιση.

Τέλος σε κρίσεις μπορούν να οδηγήσουν και γεγονότα τα οποία συνήθως λαμβάνουν χώρα εκτός φυλακής και γνωστοποιούνται στον κρατούμενο κατά τη διάρκεια της έκτισης της ποινής του. Τέτοια συνήθως είναι η λήψη δυσάρεστων νέων ("Dear John letters") που ενημερώνουν για το θάνατο ή την ασθένεια προσφιλούς προσώπου, τη διακοπή στενής διαπροσωπικής σχέσης (π.χ αίτημα διαζυγίου), την οικονομική ένδεια της οικογένειάς του κ.λ.π.

Πρόληψη και παρέμβαση

Η φυλακή ως χώρος υψηλού κινδύνου εμφάνισης κρίσεων στον έγκλειστο πληθυσμό, πρέπει να θέτει ως πρωταρχικό της στόχο την υιοθέτηση στρατηγικών πρόληψης. Ακολουθώντας το παραδοσιακό τριμερές μοντέλο του Carlan (1964), η πρωτογενής πρόληψη στοχεύει στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης κρίσεων, η δευτερογενής στη παροχή όλων εκείνων υπηρεσιών μετά την εμφάνιση της κρίσης με απώτερο σκοπό την αποτροπή επανάληψής της και τέλος η τριτογενής πρόληψη επικεντρώνεται στη μακροχρόνια φροντίδα και τη μείωση των οδυνηρών συνεπειών.

Είναι σημαντική τόσο η ύπαρξη μιας «Επιτροπής σχεδιασμού της διαχείρισης κρίσεων» όσο και ενός «Μνημόνιου Διαχείρισης Κρίσης» στη φυλακή. Η παρέμβαση θα πρέπει να περιλαμβάνει τόσο την άμεση παροχή πρώτης ψυχολογικής βοήθειας, όσο και τη βραχυπρόθεσμη θεραπεία της (Slaikeu, 1990). Θα ορίζεται με σαφήνεια τότε μια κατάσταση θα απαιτεί μια «διαχείριση» της κρίσης, ποιες θα πρέπει να είναι οι αρμοδιότητες του σωφρονιστικού προσωπικού και του προσωπικού υγείας καθώς και ποια η στάση της διοίκησης της φυλακής. Θέματα σχετικά την υγεία και την

ασφάλεια των κρατουμένων θα πρέπει να προτάσσονται και να αντιμετωπίζονται με ιδιαίτερη προσοχή.

Η παρέμβαση στόχο έχει:

- Την αποκλιμάκωση της κατάστασης.
- Το μετριασμό του υπέρμετρου άγχους.
- Τον επαναπροσδιορισμό και την αποκατάσταση του πλαισίου.

Οι βασικές της αρχές περιλαμβάνουν:

- Την άμεση και έγκαιρη ανταπόκριση.
- Τη σταθεροποίηση της κατάστασης που προκαλεί την ψυχική ένταση.
- Τη δημιουργία ενός κλίματος κατανόησης με θετική ακρόαση και ενσυναίσθηση.
- Την επικέντρωση στο πρόβλημα και τη διερεύνηση των διαστάσεων του.
- Τον εντοπισμό των ιδιαίτερων αναγκών.
- Την ενθάρρυνση του κρατούμενου για συνεργασία και αποδοχή βοήθειας.
- Την ενθάρρυνση της αυτοδυναμίας.

Σε διεθνές επίπεδο τα σωφρονιστικά συστήματα πολλών χωρών έχουν εφαρμόσει σημαντικά μέτρα πρωτογενούς πρόληψης. Σε αυτά συγκαταλέγονται:

- Η βελτίωση συνθηκών κράτησης.
- Η πραγματοποίηση ψυχολογικής επαφής.
- Η εκπαίδευση τόσο του σωφρονιστικού προσωπικού όσο και του προσωπικού υγείας (Πίνακας 1).
- Ο διαγνωστικός έλεγχος και η εκτίμηση της ψυχικής κατάστασης του ατόμου αμέσως μετά την είσοδο του στη φυλακή.
- Ο εντοπισμός κρατουμένων υψηλού κινδύνου για υιοθέτηση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.
- Ο εντοπισμός κρατουμένων με προβλήματα ψυχικής υγείας και χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών.
- Η συστηματική παρακολούθηση των ευάλωτων ομάδων του έγκλειστου πληθυσμού.

- Η αφαίρεση επικίνδυνων προσωπικών αντικειμένων.
- Η δημιουργία ασφαλών χώρων φύλαξης.
- Η δημιουργία πρωτοβάθμιας υπηρεσίας ψυχικής υγείας σε κάθε κατάσταση κράτησης.
- Η παραπομπή σε νοσοκομείο ή κέντρο ψυχικής υγείας εκτός φυλακής
- Ο σχεδιασμός προγραμμάτων για την καταπολέμηση της βίας μεταξύ των κρατουμένων ("social catalyst programs").
- Η εκπαίδευση προσωπικού για την αναγνώριση κρατουμένων με βίαιη συμπεριφορά και λήψη μέτρων για την τακτική παρακολούθηση και επιτήρησή τους.

Πίνακας 1: Το πρόγραμμα βασικής εκπαίδευσης προσωπικού των φυλακών της Πολιτείας της Νέας Υόρκης, σε πρόληψη αυτοκτονιών.

ΜΕΤΡΟ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ	ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ
Μέτρο I - Εισαγωγή	30 λεπτά	<ol style="list-style-type: none"> 1. Στόχοι του προγράμματος. 2. Στοιχεία ενός επιτυχημένου προγράμματος. 3. Η ευθύνη του προσωπικού στην πρόληψη της αυτοκτονίας. 4. Οι υποχρεώσεις του προσωπικού.
Μέτρο II - Κατανόηση του φαινομένου της αυτοκτονίας (Γιατί, Πότε, Πώς)	60 λεπτά	<ol style="list-style-type: none"> 1. Αξιολόγηση της συμπεριφοράς. 2. Ομάδες υψηλού κινδύνου. 3. Σχέση ψυχικής ασθένειας και αυτοκτονίας. 4. Σχέση χρήσης ναρκωτικών-αλκοόλ και αυτοκτονίας. 5. Επώδυνα γεγονότα που μπορεί να οδηγήσουν στην αυτοκτονία 6. Χαρακτηριστικά που κρατούμενου με τάσεις αυτοκαταστροφής. 7. Αλλαγές στη συμπεριφορά του υποψήφιου αυτόχειρα. 8. Συνήθεις τρόποι αυτοκτονίας στη

		φυλακή.
Μέτρο III - Μύθοι και Προκαταλήψεις	20 λεπτά	1. Διάψευση μύθων και προκαταλήψεων που αφορούν την αυτοχειρία.
Μέτρο IV - Εθισμός και αυτοκτονία	60 λεπτά	1. Οι χρήστες ναρκωτικών και οιοπνευματωδών ουσιών, κρατούμενοι υψηλού κινδύνου τέλεσης αυτοκτονίας 2. Συμπτώματα χρήσης ουσιών 3. Σχέση μεταξύ χρήσης και αυτοκτονίας 4. Επιδράσεις της χρήσης στη συμπεριφορά
Μέτρο IV - Ψυχική ασθένεια και αυτοκτονία	15 λεπτά	1. Παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση της ψυχικής ασθένειας. 2. Συμπτώματα ψυχικής ασθένειας. 3. Σχέση μεταξύ ψυχικής ασθένειας και αυτοκαταστροφής. 4. Εγκλεισμός και ψυχική ασθένεια. 5. Συμπτώματα συγκεκριμένων ψυχικών διαταραχών.
Μέτρο V - Εξέταση κρατούμενου κατά την είσοδό του στη φυλακή	75 λεπτά	1. Ολοκλήρωση ειδικής εξέτασης-συμπλήρωση ειδικού εντύπου.
Μέτρο VI - Τεχνικές επικοινωνίας	45λεπτά	1. Η σημασία της γνώσης τεχνικών θετικής επικοινωνίας. 2. Γέφυρες και εμπόδια στην επικοινωνία
Μέτρο VII - Κρατούμενος σε κίνδυνο τέλεσης αυτοκτονίας	45 λεπτά	1. Χαρακτηριστικά αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. 2. Περίοδοι υψηλού κινδύνου αυτοκτονίας. 3. Τεχνικές θετικής παρέμβασης.

Πηγή: Cox, J. F. & Morschauer, P.C. (1997). A Solution to the Problem of Jail Suicide.

Έχει υποστηριχθεί ότι η εκπαίδευση του προσωπικού σε διαχείριση κρίσεων στη φυλακή αποτελεί τη ραχοκοκαλιά κάθε πετυχημένου προγράμματος πρόληψης. Ύψιστης ωστόσο σημασίας είναι και το «φιλτράρισμα» που παρέχει ο διαγνωστικός

έλεγχος για τον εντοπισμό «ευάλωτων» κρατουμένων. Σε διεθνές επίπεδο γίνεται χρήση διάφορων διαγνωστικών εργαλείων (Πίνακας 2).

Σκοπός της πρώτης «εξέτασης» που λαμβάνει χώρα κατά την είσοδο στη φυλακή είναι:

α) η αναγνώριση κρατουμένων που υποφέρουν από προβλήματα ψυχικής ή φυσικής υγείας (κρατούμενοι υψηλού κινδύνου α' ομάδας) και ο εντοπισμός εκείνων οποίοι έρχονται αντιμέτωποι με γενικότερα ψυχοκοινωνικά προβλήματα χωρίς να παρουσιάζουν συνήθως κλινικά συμπτώματα (κρατούμενοι υψηλού κινδύνου β' ομάδας),

β) η πραγματοποίηση ψυχολογικής επαφής που θα τους ενθαρρύνει να μιλήσουν για τις ιδιαίτερες ανάγκες τους,

γ) η ενημέρωση για τις παρεχόμενες δυνατότητες βοήθειας που προσφέρονται στο χώρο τη φυλακής.

Οι βασικές αρχές οι οποίες πρέπει να διέπουν την πρώτη επαφή του συστήματος με τον κρατούμενο θα πρέπει να περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων:

Την επιλογή ήσυχου και ασφαλούς χώρου.

Τη διάθεση χρόνου και την αποφυγή βιασύνης.

Τη δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης.

Την επίδειξη σεβασμού

Τη θετική ακρόαση και ενσυναίσθηση

Την εκτίμηση της γενικής κατάστασης

Την εκτίμηση της ψυχικής υγείας

Την προσεκτική παρακολούθηση της γλώσσας του σώματος.

Την αποφυγή κριτικής.

Πίνακας 2 : Διαγνωστικός έλεγχος κρατουμένων κατά την είσοδο στις φυλακές της Ολλανδίας.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ		ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	ΟΧΙ	ΝΑΙ
1	Ηλικία 40+	Ο κρατούμενος είναι τουλάχιστον 40 ετών.	0	17
2	Μη σταθερή διαμονή	Ο κρατούμενος κατά την πριν του εγκλεισμού περίοδο της ζωής του δεν είχε σταθερό τόπο	0	23

		διαμονής.		
3	Προηγούμενος εγκλεισμός	Ο κρατούμενος έχει και κατά το παρελθόν στερηθεί την ελευθερία του.	0	14
4	Χρήση σκληρών ουσιών σε συνδυασμό με άλλες εξαρτ. Ουσίες	Ο κρατούμενος έκανε κατά το παρελθόν (τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα) χρήση σκληρών ναρκωτικών σε συνδυασμό με: α) μαλακά ναρκωτικά (τουλάχιστον τρεις φορές την εβδομάδα) β) μεγάλες ποσότητες αλκοόλ (τουλάχιστον τρεις φορές την εβδομάδα) γ) χάπια (τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα)	0	13
5	Ιστορικό ψυχικής ασθένειας	Ο κρατούμενος είχε κατά το παρελθόν νοσηλευτεί ή ήταν υπό ιατρική παρακολούθηση εξαιτίας ψυχικής ασθένειας.	0	27
6	Ιστορικό ψύχωσης	Ο κρατούμενος είχε τα τελευταία πέντε χρόνια διάγνωση σχιζοφρένειας ή άλλης ψύχωσης.	0	24
7	Προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας ή άλλες πράξεις αυτοκαταστροφής	Ο κρατούμενος έχει ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας ή αυτοτραυματισμού	0	13
8	Πρόσφατες λεκτικές απειλές αυτοκτονίας απόπειρα αυτοκτονίας ή αυτοτραυματισμοί	Ο κρατούμενος κατά την παραμονή του στο αστυνομικό τμήμα, κατά τη μεταφορά του ή κατά την είσοδό του στη φυλακή εκδήλωσε συμπτώματα αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς ή κατέφυγε σε απόπειρα αυτοκτονίας.	0	24
ΣΥΝΟΛΟ				

Πηγή: Blaauw, E. and Kerkhof, A. (1999), Suicides in detentie.

Επίλογος

Η στέρηση της ελευθερίας αποτελεί ένα από πιο οδυνηρά και στρεσογόνα γεγονότα στη ζωή ενός ατόμου. Εάν σε αυτό προστεθούν τόσο τα τραυματικά συμβάντα που έχουν λάβει χώρα κατά την προ του εγκλεισμού περίοδο του βίου του, όσο και αυτά που πρόκειται να ανακύψουν κατά τη διάρκεια της εκτιμώμενης ποινής, τότε η ψυχική του αποδιοργάνωση, η εσωτερική του συντριβή και η αδυναμία του για αντιμετώπιση και προσαρμογή στις συνθήκες της κρίσης, αναμένονται με μεγάλη βεβαιότητα. Ο υψηλός δείκτης αυτοκτονιών κατά τη διάρκεια του εγκλεισμού επιβεβαιώνει περίτρανα την παντελή αποτυχία του ατόμου να ελέγξει την κατάσταση.

Η παρέμβαση στοχεύει αφενός μεν στην ελαχιστοποίηση που προκαλούν τα δεινά του εγκλεισμού με την προστασία του θύματος της κρίσης από επιπρόσθετους στρεσογόνους παράγοντες, αφετέρου δε στην παροχή βοήθειας για κινητοποίηση και ανάληψη δράσης.

Στη χώρα μας, η έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού (ελάχιστοι ειδικοί ψυχικής υγείας, λίγοι κοινωνικοί λειτουργοί, ανεκπαιδευτο φυλακτικό προσωπικό), η ανυπαρξία δομών πρόληψης και μετασφρονιστικής μέριμνας, η παντελής απουσία δημιουργικών δραστηριοτήτων και ψυχαγωγικών ενασχολήσεων, η απαράδεκτη και ακατάλληλη κτιριακή υποδομή που αδυνατεί να αντεπεξέλθει δραματικά αυξανόμενο πρόβλημα του υπερπληθυσμού, επιβεβαιώνουν το χαρακτηρισμό της φυλακής ως «ανθρωποαποθήκης» και μόνο.

Ο σχεδιασμός και η υλοποίηση προγραμμάτων διαχείρισης κρίσεων στη φυλακή αποτελεί επιτακτική ανάγκη για το σωφρονιστικό σύστημα κάθε ευνομούμενης πολιτείας. Υπενθυμίζεται βέβαια ότι ενώ στον ελεύθερο πληθυσμό η διαχείριση κρίσεων λαμβάνει χώρα σε ένα πλαίσιο ελευθερίας και αυτοπροσδιορισμού, στη φυλακή η έλλειψη αυτονομίας και ελέγχου δυσχεραίνουν σημαντικά κάθε προσπάθεια παρέμβασης. Οι συνθήκες εγκλεισμού διογκώνουν το πρόβλημα και συχνά οδηγούν στην απελπισία και την αποτυχία. Τότε το ιδεώδες της επανακοινωνικοποίησης φαντάζει ουτοπικό.

Ωστόσο, τα θετικά αποτελέσματα εφαρμογής καλών πρακτικές σε διεθνές επίπεδο αποδεικνύουν ότι η αλλαγή είναι δυνατή παρά τις δυσκολίες και τους περιορισμούς που εξ' ορισμού επιβάλλει ο χώρος. Σύμφωνα άλλωστε με ένα κινέζικο ρητό: «Καλύτερα να ανάψεις ένα κερί, παρά να καταριέσαι το σκοτάδι».

Βιβλιογραφικές πηγές

- Aguilera, D.C. (1998). *Crisis Intervention: Theory and methodology* (8th ed.) St. Louis, MO: Mosby.
- Backett, S. A. (1988). "Suicide and Stress in Prison: Implications for a Preventive Strategy". In Backett, S., Neil, S.M. and Yellowles, A. (eds.), *Imprisonment Today*. London, MacMillan Press, 70-84, σελ. 81.
- Blaauw, E. & Kerkhof, A. (1999), *Suicides in detentie*. Elsevier, Gravenhage.
- Conix, R. (2000). Tuberculosis in prisons in countries with high prevalence. *British Medical Journal*, 320: 440-442.
- Cox, J. F. & Morschauser, P.C. (1997). A Solution to the Problem of Jail Suicide, *Crisis: The Journal Of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 18(4): 178-184.
- Dalton, V. (1999). *Prison homicide in Australia: 1980 to 1989. Trends and Issues in Crime and Criminal Justice*, No.103, Canberra: Australian Institute of Criminology.
- Dooley, E. (1990a), *Prison Suicide in England and Wales, 1972-78*. *British Journal of Psychiatry*, 156: 40-45.
- Fotiadou, M., Livaditis, M., Manou, I., Kaniotou, E. and Xenitidis, K. (2006). "Prevalence of mental disorders and deliberate self-harm in Greek male prisoners", *International Journal of Law and Psychiatry*, 29: 68-73
- Goffman, E. (1961). *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Anchor. Μετάφραση στα ελληνικά Ξενοφών Κομνηνός (Άσυλα. Δομμία για την κοινωνική κατάσταση των ασθενών του ψυχιατρείου και άλλων τροφίμων), Ευρύδαλος, Αθήνα, 1994
- Ghazala, S. (2001), *Rates and study among prisoners and offenders under community supervision*. Home Office Research Study 231. Home Office Research, Development and Statistics Directorate, November 2001.
- Hall, J. (1998), *Death from Natural Causes in Prisons*. *Prison Service Journal*, Issue 124: 7-8.
- Holmes, T. and Rahe, R. (1967). "The social readjustment rating scale", *Journal of Psychosomatic Research*., 11: 213-218.

- Hammett, T. M., Harmon, P. & Maruschak, L. M. (1999), HIV/AIDS, STDs, and TB in Correctional Facilities. Washington: U.S. Department of Justice
- Hayes, L. M., and Blaauw, E., Editors (1997), Prison Suicide: A Special Issue. Crisis: The Journal Of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 18(4): 146-147.
- Hayes, L. M. (1995). "Prison suicide: An overview and guide to prevention". The Prison Journal, 75 (4): 431-456.
- Malinowska, K. (2002). Harm reduction in prisons is crucial to the reduction of HIV in Easter Europe and the former Soviet Union. International Journal of Drug Policy, 13: 1-3.
- Slaikeu, K.A.(1990).Crisis Intervention: A handbook for practice and research (2nd ed.). Needham Heights, MA: Allyn and Bakon.
- Sykes, G. (1958). A Society of Captives. Prinston, University Press.
- Teplin, L.A (2000). Keeping the peace: Police discretion and mentally ill persons. National Institute of Justice Journal, 244: 8-15.
- Themeli, O. (2006). "Suicide in the Greek Penal System and the problem of the various limitations in relevant studies". Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 27(3): 135- 139.
- Θεμελή, Ο. (2005). Βίαιοι Θάνατοι στη φυλακή. Επιστροφή στον τιμωρητικό χαρακτήρα της ποινής; Ποινική Δικαιοσύνη, 11(86):13310 - 35.
- Towl, G., and Crighton, D. (2000). Risk assessment and management. In Towl, L. Snow and M.McHugh (Eds.), Suicide in prisons 962 - 92. Leicester: British Psychological Society.
- Wheeler, S. (1961). "Socialization in correctional community", *American Sociological Review*, 26: 697- 712.
- Wobeser, W.L., Datema, J.,Bechard, B., and Ford, P. (2002),Causes of death among people in custody in Ontario, 1990-1999. Canadian Medical Association Journal, Nov. 167: 1109-1113.

Ο ΕΓΚΛΕΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ

Κώστας Κοσμάτος,
Διδάκτορας Νομικής, Δικηγόρος,
Ειδικός Επιστήμονας Νομικής Σχολής Δ.Π.Θ.

Εισαγωγή

Ο εγκλεισμός ατόμου σε ψυχιατρικό ίδρυμα συναντάται στην ελληνική νομοθεσία σε δύο περιπτώσεις:

α) Στην περίπτωση που ο δράστης άδικης πράξης κριθεί ότι δεν είναι ικανός για καταλογισμό και «επικίνδυνος» για την δημόσια ασφάλεια. Τούτο αποτελεί το μέτρο ασφάλειας των άρθρων 69 και 70 του Ποινικού Κώδικα. Η απόφαση για την επιβολή του μέτρου αυτού λαμβάνεται από ποινικό δικαστήριο.

β) Στην περίπτωση που το άτομο που πάσχει από ψυχική διαταραχή δεν μπορεί να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του, η έλλειψη δε νοσηλείας του είναι δυνατόν να επιδεινώσει την κατάστασή του ή να το οδηγήσει σε πράξεις βίας, σύμφωνα με τις διατάξεις του ν. 2071/1992. Την απόφαση για την ακούσια νοσηλεία λαμβάνει πολιτικό δικαστήριο.

Τις παραπάνω δύο περιπτώσεις ψυχιατρικού εγκλεισμού θα εξετάσουμε αναλυτικότερα στις γραμμές που ακολουθούν.

A. Το μέτρο ασφαλείας του εγκλεισμού σε ψυχιατρικό κατάστημα.

Το μέτρο ασφαλείας του άρθρου 69¹ του Ποινικού Κώδικα εμφανίζεται στο ποινικό δίκαιο ως αναπληρωματικό μέτρο της ποινής² και επιβάλλεται υπό τις εξής προϋποθέσεις:

α) αν ο δράστης άδικης πράξης κριθεί ακαταλόγιστος κατ' άρθρο 34 Π.Κ. (εάν λόγω νοσηρής διατάραξης των πνευματικών λειτουργιών του ή της συνείδησης δεν είχε την ικανότητα να αντιληφθεί τον άδικο χαρακτήρα της πράξης που διέπραξε),

β) αν το αδίκημα που τελέστηκε απειλείται με ποινή φυλάκισης τουλάχιστον έξι μηνών,

γ) αν κριθεί ότι ο δράστης είναι επικίνδυνος για την δημόσια ασφάλεια.

Επιπλέον θα πρέπει να σημειωθεί ότι η απόφαση για την επιβολή του μέτρου ασφαλείας λαμβάνεται από ποινικό δικαστήριο και είναι αθωωτική. Τέλος σύμφωνα με το άρθρο 70 Π.Κ.³ το μέτρο δεν έχει ορισμένη διάρκεια, αλλά λήγει με

¹ Άρθρο 69 Π.Κ.: «Αν κάποιος, λόγω νοσηρής διατάραξης των πνευματικών λειτουργιών του (άρθρο 34) ή κωφαλαλίας (άρθρο 33 παρ. 1), απαλλάχθηκε από την ποινή ή τη δίωξη για κακούργημα ή πλημμέλημα, για το οποίο ο νόμος απειλεί ποινή ανώτερη από έξι μήνες, το δικαστήριο διατάσσει τη φύλαξή του σε δημόσιο θεραπευτικό κατάστημα εφόσον κρίνει ότι είναι επικίνδυνος για τη δημόσια ασφάλεια». Βλ. και το άρθρο 34 Π.Κ.: «Η πράξη δεν καταλογίζεται στο δράστη αν, όταν τη διέπραξε, λόγω νοσηρής διατάραξης των πνευματικών λειτουργιών ή διατάραξης της συνείδησης, δεν είχε την ικανότητα να αντιληφθεί το άδικο της πράξης του ή να ενεργήσει σύμφωνα με την αντίληψή του για το άδικο αυτό». Βλ. τέλος και το άρθρο 33 παρ. 1 Π.Κ.: « Η πράξη που τέλεσε κωφάλαλος δεν του καταλογίζεται, αν κριθεί ότι δεν είχε την απαιτούμενη πνευματική ικανότητα να αντιληφθεί το άδικο της πράξης του ή να ενεργήσει σύμφωνα με την αντίληψή του για το άδικο αυτό».

² Βλ. αντί άλλων σε Ν.Παρασκευόπουλου: Τα ασφαλιστικά μέτρα του ποινικού δικαίου. Ιδιομορφίες και περιπλοκές, Δίκαιο και Πολιτική, τ. 2, 1982, σελ. 254 επ., Ν.Παρασκευόπουλου: Μεταξύ τιμωρίας και θεραπείας. Τα μέτρα ασφαλείας του Ποινικού Κώδικα, στο "Μνήμη Χωραφά-Γάφου-Γαρδίκια", II, 1986, σελ. 227 επ και τις εκεί αναφορές.

³ Άρθρο 70 Π.Κ.: «1. Για να εκτελεσθεί η διάταξη της απόφασης που αφορά τη φύλαξη φροντίζει η εισαγγελική αρχή. 2. Η φύλαξη συνεχίζεται όσο χρόνο το επιβάλλει η δημόσια ασφάλεια. 3. Κάθε τρία έτη το δικαστήριο των πλημμελειοδικών στην

απόφαση του Τριμελούς Πλημμελειοδικείου (μετά από αίτηση του Εισαγγελέα ή του Διευθυντή του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου) αν κριθεί ότι ο έγκλειστος δεν αποτελεί πλέον κίνδυνο για την δημόσια ασφάλεια. Η κρίση αυτή για την λήξη του μέτρου λαμβάνεται σύμφωνα με το νόμο το αργότερο ανά τριετία από το δικαστήριο.

Εξετάζοντας αρχικά τον σκοπό του μέτρου ασφαλείας του άρθρου 69 Π.Κ. και τα μέσα που χρησιμοποιούνται για την υλοποίησή του παρατηρούμε ότι:

α) Διακηρυγμένος σκοπός του μέτρου ασφαλείας του άρθρου 69 Π.Κ. (κατά την Αιτιολογική Έκθεση του Ποινικού Κώδικα) αποτελεί όχι ο κολασμός του δράστη (όπως στην ποινή, αφού δεν υφίσταται πλήρες έγκλημα) αλλά η προφύλαξη της κοινωνίας από την επικίνδυνη συμπεριφορά και θεραπεία του υφιστάμενου το μέτρο⁴.

β) Στην προσπάθεια διερεύνησης της φύσης του μέτρου ασφαλείας μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του μέτρου του άρθρου 69 Π.Κ. είναι⁵ η αθωπική απόφαση, η βαρύτητα του εγκλήματος, ο ακούσιος χαρακτήρας του μέτρου, ο χώρος και οι συνθήκες υλοποίησης του μέτρου.

Τα στοιχεία αυτά και τα αποτελέσματά τους και σε πρακτικό επίπεδο, όπως είναι η παγίωση της θέσης για την ανευθυνότητα των ψυχασθενών⁶, η εξάρτηση της επιβολής του μέτρου από την βαρύτητα του εγκλήματος που τελέστηκε, η αναγκαστική θεραπεία του ασθενούς σε χώρο που αναγνωρισμένα δυσκολεύει το

περιφέρεια του οποίου εκτελείται η φύλαξη αποφασίζει αν αυτή πρέπει να εξακολουθήσει. Το ίδιο δικαστήριο μπορεί όμως οποτεδήποτε με αίτηση του εισαγγελέα ή της διεύθυνσης του καταστήματος να διατάζει την απόλυση εκείνου που φυλάσσεται».

⁴ Βλ. αντί άλλων σε Ι.Μανωλεδάκη: *Γενική θεωρία του ποινικού δικαίου*, τ. Β', εκδ. Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη 1978, σελ. 228

⁵ Βλ. αναλυτικά σε Κ.Κοσμάτου: *Η διάρκεια του εγκλεισμού σε ψυχιατρικό κατάστημα κατά το άρθρο 70 του Ποινικού Κώδικα*, εκδ. Σάκκουλα, Σειρά Βιβλιοθήκη της Υπεράσπισης, αρ. 11, Αθήνα 1998, σελ. 45 επ.

⁶ Χαρακτηριστικά ο Α.Αλτουσέρ: *Το μέλλον διαρκεί πολύ. Τα γεγονότα, μετάφραση Α. Ελεφάντη- Ρ. Κυλιντηρέα*, εκδ. ο Πολίτης, Αθήνα 1992, σελ. 28, αναφέρει για τον ακαταλόγιστο ψυχικά ασθενή που αθωώθηκε: «Μοίρα του η ταφόπλακα της σιωπής».

θεραπευτικό αποτέλεσμα, σε συνδυασμό με τα «ειδικά»⁷ φυλακτικά χαρακτηριστικά έκτισης του μέτρου του άρθρου 69 Π.Κ., φαίνεται πως δεν συνάδουν στον θεραπευτικό -που κατά κύριο λόγο πρέπει να υφίσταται- προσανατολισμό του μέτρου ασφαλείας⁸. Πολύ περισσότερο δεν φαίνεται να έχει σχέση η διάρκεια του μέτρου με την θεραπευτική μεταχείριση του ψυχικά ασθενή: κατά το άρθρο 70 Π.Κ. αποκλειστικό κριτήριο για την συνέχιση ή μη του μέτρου αποτελεί η επικινδυνότητα του εγκλείστου και όχι η κατάσταση της υγείας του. Ερευνητικά⁹ δεδομένα εξάλλου αποδεικνύουν ότι η απόφαση του ποινικού δικαστηρίου που επιλαμβάνεται για το θέμα της λήξης του μέτρου ασφαλείας εξαρτάται κυρίως από το είδος του εγκλήματος που τελέστηκε: όσο πιο βαρύ είναι το αδίκημα, τόσο οι πιθανότητες ευδοκίμησης της αίτησης για λήξη του μέτρου μειώνονται. Είναι χαρακτηριστικό επίσης ότι το στοιχείο αυτό (του είδους του εγκλήματος που τελέστηκε) κυριαρχεί ακόμα και στις περιπτώσεις όπου η ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη συνηγορεί υπέρ της λήξης του μέτρου ή επιβεβαιώνει την ανεπάρκεια του ψυχιατρικού ιδρύματος να παράσχει αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση στον εγκλειστο.

Με βάση την παραπάνω ανάλυση προκύπτει ότι το μέτρο ασφαλείας του άρθρου 69 Π.Κ. ενέχει πρώτιστα φυλακτικά¹⁰ και τιμωρητικά χαρακτηριστικά που ομοιάζουν με την ποινή, χωρίς όμως να περιβάλλεται από τις εγγυήσεις που αφορούν στην επιβολή και στην έκτιση της ποινής. Αποτελεί δηλαδή ουσιαστικά μια «καλυμμένη ποινή», με την διαφοροποίηση ότι ο εγκλειστος ακαταλόγιστος

⁷ Πρβλ. *Ν.Κουλούρη: Νοσοκομείο και Ψυχιατρείο Κρατουμένων Κορυδαλλού*, εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή 1990, *Κ.Κοσμάτου: Η «απομόνωση» και η «καθήλωση» των ψυχικά ασθενών που εγκλείονται στο ψυχιατρείο. Βασικοί προβληματισμοί, Αρμενόπουλος 1998, σελ. 125 επ*

⁸ *Βλ. και Δ.Σκαραγκά: Ο ακαταλόγιστος εγκλειστος ψυχασθενής: ποινικός ή ψυχιατρικός εγκλειστος;*, *Έγκλημα και Κοινωνία*, τ. 3, 1987, σελ. 133 επ.. Πρβλ. επίσης και *Θ.Μεγαλοοικονόμου-Β.Φωτόπουλου-Χ.Τριανταφυλλίδη-Ε.Πάσχου-Ε.Λαυρέντζου-Ε.Ανδρονάκη-Α.Αγτζίδου: Ο ρόλος των Κλειστών Τμημάτων στην λειτουργία του Ψυχιατρικού Ασύλου*, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τ. 24, 1988, σελ. 81 επ.

⁹ *Βλ. σχετικά Κ.Κοσμάτου: Η διάρκεια του εγκλεισμού σε ψυχιατρικό κατάσταση κατά το άρθρο 70 του Ποινικού Κώδικα*, εκδ. Σάκκουλα, Σειρά Βιβλιοθήκη της Υπεράσπισης, αρ. 11, Αθήνα 1998, σελ. 181 επ.

¹⁰ Πρβλ. και την *Έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την Πρόληψη των Βασανιστηρίων και της Απάνθρωπης και Υποτιμητικής Μεταχείρισης και Τιμωρίας*, 1993, σελ. 44 επ. και 1997, σελ. 15

ψυχασθενής του άρθρου 69 Π.Κ. δεν απολαμβάνει των «ευεργετημάτων» του ποινικού κρατουμένου (π.χ. μετατροπή ή αναστολή της ποινής, το ορισμένο του χρόνου έκτισης, απόλυση με όρο, άδειες)¹¹. Το σχήμα αυτό όχι μόνο ματαιώνει κάθε θεραπευτική προσέγγιση του ψυχικά ασθενή, αφού το κρίσιμο στοιχείο για τον εγκλεισμό του αποτελεί ο βαθμός της επικινδυνότητάς και όχι η πορεία της υγείας του, αλλά θέτει σε δοκιμασία την φιλελεύθερη λειτουργία του ποινικού δικαίου, που αφορά στην προστασία των ατομικών δικαιωμάτων.

Η ανάγκη μεταβολής της παραπάνω θέσης σε ερμηνευτικό και νομοθετικό επίπεδο είναι εμφανής. Και η μεταβολή αυτή θα πρέπει να έχει ως μέτρο της την θεραπευτική μεταχείριση των ψυχασθενών και την αντιμετώπισή τους ως υποκείμενα και φορείς δικαιωμάτων.

Επιχειρώντας να κωδικοποιήσουμε τους βασικούς όρους και προϋποθέσεις για την επιβολή και συνέχιση αναγκαστικής ψυχιατρικής θεραπείας από το δικαστήριο, σύμφωνα άλλωστε και με τις διατάξεις της Ε.Σ.Δ.Α. και της νομολογίας του Ε.Δ.Δ.Α.¹² σχετικά με τα δικαιώματα και τις εγγυήσεις των εγκλειστών σε ψυχιατρικό ίδρυμα- μπορούμε να σημειώσουμε τα εξής:

α) ύπαρξη ψυχικής ασθένειας που θα αποδεικνύεται με ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη, τέτοιας έντασης και φύσης που να δικαιολογεί την επέμβαση στην προσωπική ελευθερία,

β) βεβαιότητα ότι ο συγκεκριμένος ασθενής δεν είναι σε θέση να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του και ότι η έλλειψη θεραπευτικής αντιμετώπισης την συγκεκριμένη χρονική στιγμή θα επιφέρει ανεπανόρθωτη βλάβη στην υγεία του,

¹¹ Βλ. σχετικά Ν.Παρασκευόπουλου: *Μεταξύ τιμωρίας και θεραπείας. Τα μέτρα ασφαλείας του Ποινικού Κώδικα, στο "Μνήμη Χωραφά-Γάφου-Γαρδίκια", II, 1986, σελ. 248, 254*

¹² Βλ. την παρουσίαση των αποφάσεων Winterwerp/Ολλανδίας, X/Ηνωμένου Βασιλείου, Luberti/Ιταλίας, Ashindane/Αγγλίας, Nielsen/Δανίας, Van Der Leer/Ολλανδίας, E/Νορβηγίας, Wassink/Ολλανδίας, Koendjiharie/Ολλανδίας, Keus/Ολλανδίας, Herczegfallvy/Αυστρίας του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Δικαιωμάτων του Ανθρώπου που αφορούν σε εγκλεισμό ψυχικά ασθενή σε ψυχιατρείο σε Κ.Κοσμάτου: *Η διάρκεια του εγκλεισμού σε ψυχιατρικό κατάστημα κατά το άρθρο 70 του Ποινικού Κώδικα, εκδ. Σάκκουλα, Σειρά Βιβλιοθήκη Υπεράσπισης, αρ. 11, Αθήνα 1998, σελ. 119 επ. και τις εκεί αναφορές.*

γ) εμπειριστατωμένη κρίση ότι από την λήψη του μέτρου αναμένεται θεραπευτικό αποτέλεσμα, με τον προσδιορισμό του κατάλληλου τρόπου και τόπου θεραπείας,

δ) διασφάλιση ώστε οι συνθήκες νοσηλείας να έχουν αμιγώς θεραπευτικό προσανατολισμό,

ε) ορισμός ανώτατου ορίου νοσηλείας και συνεχής επανεξέταση του εγκλεισμού με έλεγχο της νομιμότητάς του και κατάφαση των ουσιαστικών προϋποθέσεων επιβολής του με όριο την πορεία της υγείας του ασθενή,

στ) παροχή στον ασθενή της δυνατότητας να ασκήσει ένδικο μέσο και να ζητήσει τον έλεγχο της δικαστικής κρίσης και της νομιμότητας της κράτησής του.

Είναι σαφές ότι τα «θεραπευτικά μέτρα ασφαλείας» που φαίνεται να «αποδέχεται» ο νομοθέτης στις περιπτώσεις των άρθρων 34 και 69 Π.Κ. έχουν σχέση με τον εγκλεισμό του ψυχικά ασθενούς σε ψυχιατρικό ίδρυμα¹³. Η άποψη αυτή θα πρέπει να θεωρηθεί παρωχημένη, στο μέτρο που οι βασικές αρχές της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης συνηγορούν σε «ανοικτού τύπου» νοσηλεία και θεραπευτική προσέγγιση του ψυχικά ασθενούς¹⁴. Η παραπάνω επιστημονικά τεκμηριωμένη και αποδεκτή θέση άλλωστε ήδη ενσωματώθηκε στο ελληνικό δίκαιο με την θέσπιση του έκτου κεφαλαίου του ν. 2071/1992¹⁵. Εάν ο σεβασμός των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών αποτελεί υποχρέωση του κράτους δικαίου και η θεραπεία των ατόμων αυτών βρίσκεται σε προτεραιότητα όποιου μέτρου λαμβάνεται, τότε η αναλογική εφαρμογή του νόμου 2071/1992 και στις περιπτώσεις αυτές κρίνεται επιβεβλημένη, με την έννοια ότι το δικαστήριο που θα εφαρμόσει την διάταξη του άρθρου 69 Π.Κ. να έχει την δυνατότητα να διατάξει την τοποθέτηση του ψυχικά ασθενούς στην κατάλληλη για την θεραπεία του Μονάδα Ψυχικής Υγείας, σύμφωνα

¹³ Για την «ιδρυματική» αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας βλ. αναλυτικά σε E.Goffman: Άσυλα, μετάφρ. Ξ.Κομνηνός, εκδ. Ευρύαλος, Αθήνα 1994, Μ.Μαδιανού: Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξή της. Από την θεωρία στην πράξη, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, 1994, Θ.Μεγαλοοικονόμου: Η διαχειριστική/διοικητική προσέγγιση στο πρόβλημα της ψυχιατρικής και των ψυχιατρικών ιδρυμάτων, Ουτοπία, τ. 36, 1999, σελ. 109 επ.

¹⁴ Για την κριτική προσέγγιση στην θεραπευτική λειτουργία του ψυχιατρικού ιδρύματος βλ. την σχετική παρουσίαση στον Κ.Μπαϊρακτάρη: Ψυχική υγεία και κοινωνική παρέμβαση. Εμπειρίες, συστήματα, πολιτικές, Εναλλακτικές εκδόσεις/Αντιπαραθέσεις 15, 1994, σελ. 45 επ.. Βλ. ακόμη Βλ. επίσης και την από 10-1-2001 ανακοίνωση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, σύμφωνα με την οποία αφιέρωσε την Παγκόσμια Ημέρα Υγείας (7-4-2001) στην Ψυχική Υγεία.

¹⁵ Βλ. αναλυτικά παρακάτω, υπό Β'.

με τις υποδείξεις των ειδικών επιστημόνων με στόχο την καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση της υγείας του. Υπό το πρίσμα αυτό η ψυχιατρική περίθαλψη των ακαταλόγιστων δραστών δεν πρέπει να υφίσταται καμία διαφοροποίηση σε σχέση με τις υπηρεσίες που (είναι δυνατόν να) παρέχονται στους υπόλοιπους νοσηλευόμενους του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου. Στο πλαίσιο αυτό δεν είναι δυνατόν να αποκλείονται οι έξοδοι, οι άδειες, η ημιελεύθερη διαβίωση καθώς και κάθε αναγκαίο μέσο που θα ασκούσε θετική επιρροή στην πορεία της υγείας του ψυχικά ασθενή ή θα προωθούσε την επανένταξη και την αποκατάστασή του¹⁶.

Στο σημείο αυτό θα μπορούσε βεβαίως να ισχυριστεί κανείς ότι η πλήρης εξομοίωση στην μεταχείριση όλων των ψυχικά ασθενών, ανεξάρτητα από την αιτία του εγκλεισμού τους, αποτελεί -από νομική άποψη- ατόπημα. Και τούτο καθώς ο ίδιος ο νομοθέτης στα άρθρα 69 και 70 Π.Κ. ουδεμία αναφορά κάνει για την θεραπεία του ακαταλόγιστου δράστη. Αντίθετα, αυτό που κυρίαρχα φαίνεται να ενδιαφέρει είναι ο κίνδυνος που μπορεί να προκληθεί στην δημόσια ασφάλεια. Περαιτέρω όσο εγκλείονται σύμφωνα με το άρθρο 69 του Ποινικού Κώδικα έχουν προβεί ήδη στην τέλεση μιας άδικης πράξης, εκδηλώνοντας έτσι έμπρακτα την «επικινδυνότητά» τους.

Ωστόσο η χρήση του μέτρου ασφάλειας του άρθρου 69 του Ποινικού Κώδικα ως συγκεκριμένης ποινής θέτει σε δοκιμασία, όπως προαναφέραμε, όχι μόνο το φιλελεύθερο πνεύμα του ποινικού δικαίου, αλλά αποτελεί σημαντική ρωγμή στην βασική αρχή της ενοχής¹⁷ και του κράτους δικαίου. Ο εγκλεισμός στο ψυχιατρείο για θεραπεία δεν μπορεί να λειτουργεί στην πράξη ως τιμωρία, ούτε το νοσοκομείο ως φυλακή, ούτε οι θεράποντες γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό ως σωφρονιστικοί υπάλληλοι. Ούτε είναι δυνατόν ένα άτομο που κρίθηκε αθώο για την πράξη που τέλεσε και οδηγήθηκε στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο για θεραπεία να

¹⁶ Βλ. σχετικά Μ.Διαούτρα-Τσιτουρίδου: *Η αντιμετώπιση του υπό "μέτρα ασφάλειας" ψυχιατρικού αρρώστου από την Πολιτεία. Νομοθετική ρύθμιση και πρακτική εφαρμογή, Τετράδια Ψυχιατρικής*, τ. 21-22, 1988, σελ. 56, Δ.Σκαραγκά: *Ο ακαταλόγιστος έγκλειστος ψυχασθενής: ποινικός ή ψυχιατρικός έγκλειστος;*, *Έγκλημα και Κοινωνία*, τ. 3, 1987, σελ. 133, Ν.Παρασκευόπουλου: *Παρατηρήσεις στο ν. 2071/92, Υπεράσπιση 1993*, σελ. 209. Πρβλ. όμως την αρνητική θέση στα προαναφερόμενα μέτρα που είχε εκφράσει με έγγραφό της η Εισαγγελία Πρωτοδικών Θεσσαλονίκης, το οποίο αναφέρεται από τον Ν.Παρασκευόπουλο: *Μέτρα υγιεινής και ιατρικές πράξεις κατά την έκτιση των ποινών και των μέτρων ασφαλείας*, *ΕΕΕυρΔ 1991*, σελ. 138

¹⁷ Βλ. σχετικά Ν.Παρασκευόπουλου: *Η συνταγματική διάσταση του αδίκου και της ενοχής*, *«Υπεράσπιση»*, 1993, σελ. 1265 επ.

στερείται θεραπευτικές μεθόδους και πρακτικές, στο όνομα ενός μελλοντικού κινδύνου και αντεγκληματικών σκοπιμοτήτων¹⁸. Η στέρηση της ελευθερίας για θεραπευτικούς λόγους αποτελεί εξαιρετικό μέτρο και λαμβάνει χώρα με αυξημένες προϋποθέσεις, με πρώτιστη αυτή την ύπαρξη της ασθένειας και για χάρη του θεραπευτικού αποτελέσματος. Η αναγκαστική νοσηλεία με το πρόσχημα μόνο της «επικίνδυνης συμπεριφοράς» δεν θα πρέπει να είναι ανεκτή σε ένα κράτος δικαίου¹⁹.

Το «ειδικό» καθεστώς ενδονοσοκομειακής περίθαλψης δικαιώνει με τον καλύτερο τρόπο όσους έχουν χαρακτηρίσει το μέτρο ασφάλειας του άρθρου 69 του Ποινικού Κώδικα ως «απάτη της ετικέτας»²⁰. Η νομοθετική επιλογή προσπαθεί να απαντήσει στο θέμα της θεραπείας χρησιμοποιώντας ως αποκλειστικό κριτήριο την δημόσια ασφάλεια. Το θέμα ωστόσο του ερμηνευτή και του εφαρμοστή του δικαίου δεν περιορίζεται στο να συγκεράσει πάντοτε τις δύο θέσεις. Μια τέτοια στάση ήταν δυνατό να έχει απολίτικο χαρακτήρα. Το ζήτημα της ερμηνείας και της τελικής επιλογής άπτεται των βασικών αρχών και προτεραιοτήτων που θέτει ο κάθε ερμηνευτής. Και η προτεραιότητα που τίθεται στην προκειμένη περίπτωση είναι σίγουρα η διασφάλιση των ατομικών δικαιωμάτων, με αφετηρία ότι το ποινικό δίκαιο αποτελεί μέτρο ελευθερίας²¹.

B. Ακούσια ψυχιατρική νοσηλεία

¹⁸ *Τ.Βιδάλη: Εμμένοντας στον αυτοκαθορισμό: οι ατομικές ελευθερίες των εγκλείστων ψυχασθενών, Το Σύνταγμα, 1995, σελ. 281 επ.*

¹⁹ Πρβλ. και Γ.-Α.Μαγκάκη: Η εγκατάλειψη χρονίως πάσχοντα ως ποινικό αδίκημα, *Υπεράσπιση 1999*, σελ. 1003 επ.

²⁰ Πρβλ. και Ν.Παρασκευόπουλου: *Φρόνημα και καταλογισμός στο ποινικό δίκαιο*, εκδ. Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη 1987, σελ. 66, Μ.Αρχιμανδρίτου: *Η διαχρονική εξέλιξη της προσέγγισης της απάτης της ετικέτας*, εκδ. Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη 1996

²¹ Πρβλ. Σ.Αλεξιάδη: *Εισαγγελικές εξουσίες και ατομικές ελευθερίες, Δίκαιο και Πολιτική*, τ. 5, 1983, σελ. 273

Για πολλά χρόνια νομικοί και ψυχίατροι είχαν επισημάνει τα προβλήματα²² που παρουσίαζε η νομοθεσία για τον ακούσιο ψυχιατρικό εγκλεισμό), σύμφωνα με την οποία η στέρηση της ελευθερίας ατόμων που εισάγονταν σε ψυχιατρικά νοσοκομεία δεν περιβάλλονταν από τις αναγκαίες εγγυήσεις που είναι σύμφυτες με την έννοια του κράτους δικαίου²³. Χαρακτηριστική αναφορά σ' αυτό το νομοθέτημα αποτελεί η δυνατότητα για εγκλεισμό σε ψυχιατρικό ίδρυμα χωρίς ιατρική γνωμάτευση, αλλά μετά από σχετική γνωμοδότηση έως και του Προέδρου της Κοινότητας ή της Αστυνομικής Αρχής, χωρίς κανένα δικαστικό έλεγχο και για απεριοριστο και απροσδιόριστο χρόνο. Περαιτέρω δεν ήταν άγνωστες οι περιπτώσεις ψυχιατρικών εγκλεισμών με στόχο την διαχείριση της περιουσίας του εγκλείστου. Δίκαια δε θεωρήθηκαν ότι κινούνται εκτός των ορίων του Συντάγματος και των διατάξεων της Ευρωπαϊκής Σύμβασης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ως εσωτερικό δίκαιο με αυξημένη τυπική ισχύ κατά το άρθρο 28 του Συντάγματος), όπως αυτές ερμηνεύθηκαν από το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου²⁴.

Το αναχρονιστικό αυτό θεσμικό πλαίσιο που ίσχυε στην χώρα μας προκάλεσε και διεθνείς αντιδράσεις με αποτέλεσμα να εκδοθεί η Σύσταση R (83)2: "Νομική

²² Βλ. σχετικά Σ.Αλεξιάδη: *Εισαγγελικές εξουσίες και ατομικές ελευθερίες, Δίκαιο και Πολιτική*, τευχ. 5, 1983, σελ. 273, Α.Μανιτάκη: *Οι εγγυήσεις προσωπικής ελευθερίας της ΕυρΣΔΑ και η κράτηση "ψυχασθενούς" σε ψυχιατρικό ίδρυμα. Η συνταγματικότητα της ισχύουσας σχετικής νομοθεσίας*, ΕΕΕυρΔ 1983, σελ. 539 επ., Χ.Βαρουχάκη: *Το ν.δ.104/73, Τετράδια Ψυχιατρικής 1984, σελ. 2 επ.*, Σ.Αλεξιάδη: *Η πρόσφατη νομολογία του ΕυρΔΔΑ σχετικά με τις εγγυήσεις προσωπικής ελευθερίας και ασφάλειας των κρατούμενων ψυχασθενών (Με αφορμή την απόφαση Luberti του ΕυρΔΔΑ)*, ΕΕΕυρΔ 1984, σελ. 180 επ., Δ.Πλουμπίδη-Σ.Στυλιανίδη: *Από τον εγκλεισμό στην εγκατάλειψη, περιοδικό Τετράδια Ψυχιατρικής 21-22, 1988, σελ. 11 επ.*

²³ Βλ. μεταξύ άλλων σχετικά Δ.Τσάτσου: *Συνταγματικό Δίκαιο, γ' έκδοση*, εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα 1985, σελ. 254-261.

²⁴ Βλ. αναλυτική παρουσίαση σε Κ.Κοσμάτο: *Η διάρκεια του εγκλεισμού σε ψυχιατρικό κατάστημα κατά το άρθρο 70 του Ποινικού Κώδικα*, εκδ. Σάκκουλα, σειρά Βιβλιοθήκη της Υπεράσπισης, αριθμός 11, 1998, σελ. 119 επ.. Βλ. επίσης Θ.Ντουράκη: *Η αναγκαστική στέρηση της προσωπικής ελευθερίας των ψυχικά πασχόντων μέσα από την νομολογία των δικαιοδοτικών οργάνων της Ε.Σ.Δ.Α., Σύμμεικτα Φ.Θ.Βεγλερή, Η κρίση των θεσμών του κράτους, τ. Β', Αθήνα 1988, σελ. 316 επ.*, Τ.Βιδάλη: *Εμμένοντας τον αυτοκαθορισμό: οι ατομικές ελευθερίες των εγκλείστων ψυχασθενών, Το Σύνταγμα 1995, σελ. 285*, Γ.Μίντση: *Η ακούσια νοσηλεία ψυχασθενούς κατά το Ευρωπαϊκό και το Ελληνικό δίκαιο*, Αρμενόπουλος 1997, σελ. 976, Ο.Θέμελη: *Εγκλεισμός και υγεία. Η κατάλυση ενός ακόμα εννόμου αγαθού, Ποινική Δικαιοσύνη 2000, σελ. 885 επ.*

προστασία προσώπων που πάσχουν από ψυχική διαταραχή και εισάγονται ως ακούσιοι πάσχοντες²⁵, στην οποία περιγράφονται οι προϋποθέσεις για την υποβολή κάποιου προσώπου σε ακούσια νοσηλεία, καθώς και οι τρόποι κατοχύρωσης των δικαιωμάτων των ατόμων που εισάγονται ακούσια σε ψυχιατρική μονάδα. Παράλληλα με τον κανονισμό 815/84 της ΕΟΚ αναπτύχθηκαν στην Ελλάδα προγράμματα αποκατάστασης ατόμων που πάσχουν από ψυχική διαταραχή, χρηματοδοτούμενα από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο. Στόχο των προγραμμάτων αυτών –τα οποία είχαν ως θεωρητική τους αφετηρία την ψυχιατρική μεταρρύθμιση- που υλοποιήθηκαν σε όλα σχεδόν τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της χώρας αποτελούσε η αποασυλοποίηση και η σταδιακή ένταξη των εγκλειστών ψυχικά ασθενών στην κοινότητα²⁶. Στο πλαίσιο αυτό κρίθηκε απαραίτητη η ριζική νομοθετική μεταρρύθμιση του πλαισίου που διέπει την εισαγωγή και νοσηλεία στα ψυχιατρικά ιδρύματα. Η μεταβολή του θεσμικού πλαισίου έλαβε χώρα με την θέσπιση του έκτου κεφαλαίου του ν. 2071/1992 «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση Συστήματος Υγείας (κεφάλαιο 6, ακούσια νοσηλεία πασχόντων από ψυχική διαταραχή σε ψυχιατρική μονάδα).

Από τις βασικές του καινοτομίες του νομοθετήματος αυτού χαρακτηρίστηκαν οι προβλέψεις και οι ρυθμίσεις για την ακούσια νοσηλεία των ψυχικά ασθενών σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας. Πραγματικά, οι νομοθετικές προβλέψεις για την αναγκαστική νοσηλεία (κεφάλαιο 6: «Ακούσια νοσηλεία πασχόντων από ψυχική διαταραχή σε ψυχιατρική μονάδα») σηματοδότησαν το τέλος του μεσαιωνικού θεσμικού πλαισίου²⁷ που αφορούσε τον εγκλεισμό των ψυχικά ασθενών στα ψυχιατρεία²⁸.

²⁵ “*Legal protection of persons suffering from mental disorders placed as involuntary patients*”, η οποία έγινε αποδεκτή από την Επιτροπή Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης στις 22—2-1983

²⁶ Βλ. σχετικά Μ.Μαδιανού: «Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξή της. Από την θεωρία στην πράξη», εκδ. Ελληνικά Γράμματα, 1994, σελ. 175 επ., Κ.Μπαϊρακτάρη: «Ψυχική υγεία και κοινωνική παρέμβαση. Εμπειρίες, συστήματα, πολιτικές», Εναλλακτικές εκδόσεις/Αντιπαραθέσεις 15, 1994, σελ. 96 επ.

²⁷ Βλ. σχετικά τις διατάξεις του ν.δ/τος 104/1973 και την Γ2β/3036 της 20-11/31-12/73 Απόφαση του Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών.

²⁸ Βλ. αντί άλλων σε Ν.Παρασκευόπουλου: Παρατηρήσεις στον ν. 2071/1992. Εκσυγχρονισμός και οργάνωση του Συστήματος Υγείας (κεφάλαιο 6, ακούσια νοσηλεία πασχόντων από ψυχική διαταραχή σε ψυχιατρική μονάδα), Υπεράσπιση 1993, σελ. 207 επ. και τις εκεί αναφορές. Αναφορά επίσης γίνεται και στο «Σχέδιο νόμου για την ψυχική υγεία», Υπεράσπιση 1993, σελ. 204 επ.

Τα βασικά καινοτόμα χαρακτηριστικά των διατάξεων του έκτου κεφαλαίου του νόμου 2071/1992 που ρυθμίζουν την εισαγωγή και νοσηλεία σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας, τα οποία είναι σε πλήρη αρμονία με τις αρχές της Ευρωπαϊκής Σύμβασης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και της ερμηνείας της μέσω των αποφάσεων του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου μπορούν να εστιαστούν επιγραμματικά στις εξής ενότητες:

α) Στην καθιέρωση σαφών προϋποθέσεων για την επιβολή της ακούσιας νοσηλείας (ύπαρξη ψυχικής διαταραχής, ο ασθενής να μην είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του, η έλλειψη νοσηλείας να έχει ως αποτέλεσμα την επιδείνωση της κατάστασής του ή την αποτροπή πράξεων βίας κατά του ίδιου ή τρίτων)²⁹,

β) στην καθιέρωση εγγυήσεων δικαστικού ελέγχου της νοσηλείας (αίτηση στον Εισαγγελέα Πρωτοδικών, εισαγωγή της υπόθεσης στην Εκούσια Διαδικασία του Μονομελούς Πρωτοδικείου)³⁰,

²⁹ Βλ. το άρθρο 95 παρ. 2 του ν. 2071/1992: «2. Προϋποθέσεις για την ακούσια νοσηλεία είναι: I.α. Ο ασθενής να πάσχει από ψυχική διαταραχή. β. Να μην είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του. γ. Η έλλειψη νοσηλείας να έχει ως συνέπεια είτε να αποκλειστεί η θεραπεία του είτε να επιδεινωθεί η κατάσταση της υγείας του , ή, II. Η νοσηλεία ασθενή που πάσχει από ψυχική διαταραχή να είναι απαραίτητη για να αποτραπούν πράξεις βίας κατά του ίδιου ή τρίτων».

³⁰ Βλ. το άρθρο 96 του ν. 2071/1992: «2. Η αίτηση για την ακούσια νοσηλεία απευθύνεται στον εισαγγελέα πρωτοδικών του τόπου της κατοικίας ή διαμονής του προσώπου, που φέρεται στην αίτηση ως ασθενής....7. Το δικαστήριο, που δικάζει με τη διαδικασία της εκούσιας δικαιοδοσίας, αν κρίνει ότι οι γνωματεύσεις των δύο ψυχιάτρων που προσάγονται διαφέρουν μεταξύ τους ή δεν είναι πειστικές ή ο επιστημονικός διευθυντής του νοσοκομείου στο οποίο έχει εισαχθεί ο ασθενής διατυπώνει αντίθετη προς τις γνωματεύσεις γνώμη, διατάζει την εξέταση του ασθενή και από άλλο ψυχίατρο εγγεγραμμένο στους καταλόγους ιατρικών συλλόγων της χώρας, κατά προτίμηση επίκουρο τουλάχιστον καθηγητή ή επιστημονικό διευθυντή δημόσιας Μονάδας Ψυχικής Υγείας ή το νόμιμο αναπληρωτή του». Πρβλ. επίσης και το άρθρο 1687 του Αστικού Κώδικα μετά την τροποποίησή του από τον ν. 2447/19-12-1996

γ) στην θέσπιση σύντομων προθεσμιών δικαιοδοτικού ελέγχου (η αίτηση του Εισαγγελέα εισάγεται προς συζήτηση σε 3 ημέρες και η απόφαση για την ακούσια νοσηλεία θα πρέπει να εκδίδεται σε 10 ημέρες από την αίτηση του Εισαγγελέα)³¹,

δ) στην παροχή δικαιωμάτων στον ασθενή (δικαίωμα παράστασης στο δικαστήριο αυτοπροσώπως ή με συνήγορο και ψυχίατρο ως τεχνικό σύμβουλο στην δίκη, άσκηση ενδίκων μέσων κατά της απόφασης που διατάσσει την ακούσια νοσηλεία)³², με την παράλληλη υποχρέωση της Μονάδας Ψυχικής Υγείας που νοσηλεύεται για την ενημέρωση του ασθενή για τα δικαιώματα που του παρέχονται³³,

ε) στον ορισμό ανώτατου χρόνου της ακούσιας νοσηλείας (τους έξι μήνες, εκτός αν κινηθεί εκ νέου η σχετική διαδικασία)³⁴,

³¹ Βλ. το άρθρο 96 παρ. 6 του ν. 2071/1992: «6. Σε τρεις ημέρες από τότε που ο εισαγγελέας πρωτοδικών διέταξε τη μεταφορά του ασθενή, επιμελούμενος άμα για τη μεταφορά του στο πολυμελές πρωτοδικείο, ο ίδιος με αίτηση του ζητεί να επιληφθεί το Μονομελές πρωτοδικείο στο οποίο υπηρετεί, που συνεδριάζει μέσα σε 10 ημέρες κατά την κρίση του, «κεκλεισμένων των θυρών», ώστε να προστατεύεται η ιδιωτική ζωή του ασθενή. Στη συνεδρίαση καλείται πριν από 48 ώρες και ο ασθενής, ο οποίος δικαιούται να παραστεί με δικηγόρο και ψυχίατρο ως τεχνικό σύμβουλο. Σε περίπτωση επικινδυνότητας του φερόμενου ως ασθενή οι ανωτέρω προθεσμίες δύναται να συντμηθούν».

³² Βλ. το άρθρο 96 παρ. 6 ν. 2071/1992: «6.....Στη συνεδρίαση καλείται πριν από 48 ώρες και ο ασθενής, ο οποίος δικαιούται να παραστεί με δικηγόρο και ψυχίατρο ως τεχνικό σύμβουλο....» και το άρθρο 97 ν. 2071/1992: «1. Κατά της απόφασης του πρωτοδικείου χωρεί έφεση και ανακοπή κατά τις διατάξεις της πολιτικής δικονομίας. Το ένδικο μέσο της ανακοπής μπορεί να ασκήσει και ο επιστημονικός διευθυντής της Μονάδας Ψυχικής Υγείας που νοσηλεύεται ο ασθενής. Τα ένδικα αυτά μέσα ασκούνται μέσα σε προθεσμία δύο (2) μηνών από τη δημοσίευση της απόφασης. 2. Η έφεση δικάζεται από το τριμελές εφετείο, «κεκλεισμένων των θυρών», μέσα σε 15 ημέρες από την κατάθεσή της. Το εφετείο μπορεί να ζητήσει και νέα γνωμάτευση ψυχιάτρου ή ό,τι άλλο θεωρήσει σκόπιμο.».

³³ Βλ. το άρθρο 96 παρ. 4 «Ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται αμέσως μόλις γίνει η μεταφορά του στη Μονάδα Ψυχικής Υγείας, από το διευθυντή ή άλλο πρόσωπο στο οποίο έχει ανατεθεί το καθήκον αυτό, για τα δικαιώματά του και ειδικότερα το δικαίωμά του να ασκήσει ένδικο μέσο. Για την ενημέρωση αυτή συντάσσεται πρακτικό που υπογράφεται, εκτός από τον υποχρεωμένο να ενημερώσει και από το συνοδό του ασθενή.» και το άρθρο 97 του ν. 2071/1992

³⁴ Βλ. το άρθρο 99παρ. 2 του ν. 2071/1992: «2. Η διάρκεια της ακούσιας νοσηλείας δεν μπορεί να υπερβεί τους έξι (6) μήνες. Μετά την πάροδο των τριών πρώτων μηνών,

στ) στην βούληση προκειμένου να λάβει η ακούσια νοσηλεία αμιγώς θεραπευτικό προσανατολισμό³⁵,

ζ) στον περιορισμό της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις, καθώς παρέχεται η δυνατότητα επιλογής της κατάλληλης Μονάδας Ψυχικής Υγείας (Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κέντρα Ημέρας, Ξενώνες κλπ.)³⁶.

Η νέα ωστόσο φιλελεύθερη νομοθετική πρόταση για τα άτομα που πάσχουν από ψυχική διαταραχή, η οποία τα αντιμετωπίζει ως φορείς δικαιωμάτων, δεν έλαβε την αναμενόμενη θετική υποδοχή. Κοινό τόπο πια αποτελεί η διάθεση για την μη εφαρμογή στην πράξη των διατάξεων που έχουν τεθεί για την διασφάλιση των δικαιωμάτων των φερομένων ως ψυχικά ασθενών, η οποία στο απόγειό της έφτασε και στην άρνηση των θεσμικών οργάνων για την υλοποίησή του³⁷. Είναι

ο επιστημονικός διευθυντής της ψυχιατρικής κλινικής και άλλος ένας ψυχίατρος του τομέα ψυχικής υγείας, υποβάλλουν έκθεση στον εισαγγελέα για την κατάσταση της υγείας του ασθενή. Ο εισαγγελέας δικαιούται να διαβιβάσει την έκθεση αυτή στο Μονομελές πρωτοδικείο της περιφέρειάς του με αίτησή του να συνεχιστεί ή να διακοπεί η ακούσια νοσηλεία.»

³⁵ Βλ. το άρθρο 98 του ν. 2071/1992: «1. Οι συνθήκες ακούσιας νοσηλείας πρέπει να εξυπηρετούν τις ανάγκες της θεραπείας. Τα αναγκαία περιοριστικά μέτρα δεν επιτρέπεται να αποκλείουν απαραίτητα για τη θεραπεία μέσα, όπως οι άδειες, οι οργανωμένες έξοδοι, η διαμονή σε χώρους που εποπτεύονται έξω από τα κλειστά ιδρύματα. 2. Οι προϋποθέσεις και ο τρόπος εφαρμογής των θεραπευτικών αυτών μέσων καθορίζονται ειδικότερα με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. 3. Σε κάθε περίπτωση και σε όλη τη διάρκεια της νοσηλείας, πρέπει να επιδεικνύεται σεβασμός προς την προσωπικότητα του ασθενή. 4. Οι περιορισμοί που επιβάλλονται στην ατομική ελευθερία του ασθενή προσδιορίζονται μόνο από την κατάσταση της υγείας του και τις ανάγκες της νοσηλείας.»

³⁶ Βλ. το άρθρο 93 σε συνδυασμό με το άρθρο 95 παρ. 1 του ν. 2071/1992

³⁷ Σε έγγραφό της στις 1-11-93 η Εισαγγελία Πρωτοδικών Αθηνών, αναφέρει ότι " η εφαρμογή του ν. 2071/92 είναι αδύνατη. Εξακολουθούν δε να ισχύουν οι διατάξεις του ν.δ. 104/73. ...Προσεχώς δε πρόκειται να ζητήσουμε από το αρμόδιο Υπουργείο την κατάργηση των άρθρων 93 επ. ν. 2071/92". Παρά το γεγονός ότι η παραπάνω διαπίστωση ανάγκασε τον Εισαγγελέα του Αρείου Πάγου να εκδώσει την 504/96 Εγκύκλιό του, στην οποία με πλήρη επιστημονική ορθότητα καταλήγει στην αυτονόητη επισήμανση για την υποχρέωση εφαρμογής της ισχύουσας νομοθεσίας από τις

χαρακτηριστικό ότι οι διατάξεις του ν. 2071/1992 έχουν κατ' επανάληψη οδηγήσει την Εισαγγελία του Αρείου Πάγου σε έκδοση Εγκυκλίων και Γνωμοδοτήσεων³⁸, όπου παρατηρείται η εσφαλμένη εφαρμογή και ουσιαστική καταστρατήγησή του.

Είναι σαφές ότι η νομοθετική βούληση στο ζήτημα της ακούσιας νοσηλείας έχει ορθή θεωρητική αφετηρία: θέτει ως πρωταρχικό ζήτημα την ανάγκη προστασίας των ατομικών δικαιωμάτων των φερομένων ως ψυχικά ασθενών και στην προστασία τους από αυθαίρετο εγκλεισμό και των συνεπειών που αυτός επιφέρει. Κατανοεί ότι η ακούσια νοσηλεία αποτελεί μια ante delictum³⁹ στέρηση της προσωπικής ελευθερίας

δικαστικές αρχές, η κατάσταση στην δικαστηριακή πρακτική δεν φαίνεται να διαφοροποιήθηκε. Για τα παραπάνω βλ. αναλυτικά σε Ν.Παρασκευόπουλου: *Η εφαρμογή του έκτου κεφαλαίου του ν. 2071/1992 (ακούσια νοσηλεία πασχόντων από ψυχική διαταραχή)*, περιοδικό *Υπεράσπιση* 1996, σελ. 659 επ.. Η αρνητική θέση των αρμοδίων αρχών σημειώνεται και στην Έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την Πρόληψη των Βασανιστηρίων και της Απάνθρωπης και Υποτιμητικής Μεταχείρισης και Τιμωρίας. Η Έκθεση αυτή αφιερώνει ένα μεγάλο μέρος στις συνθήκες που επικρατούν στα ελληνικά ψυχιατρικά ιδρύματα και εκδόθηκε προς την Ελληνική Κυβέρνηση μετά από επισκέψεις που πραγματοποίησε η Επιτροπή τον Μάρτιο του 1993. Ένα μεγάλο μέρος της έκθεσης αφορά στο νομοθετικό καθεστώς που καλύπτει την ακούσια νοσηλεία ατόμων που πάσχουν από ψυχική διαταραχή, το οποίο κρίνεται ιδιαίτερα θετικό. Επί λέξει δε τονίζεται ότι οι νέες ρυθμίσεις "αυξάνουν τις εγγυήσεις για τους ασθενείς ... καλύπτουν τις εντολές νοσηλείας, παρέχουν δυνατότητα ενστάσεων και ανασκόπηση της τοποθέτησης..." (σελ. 38). Παρατηρεί ωστόσο η Επιτροπή ότι (σελ. 41) ότι οι σχετικές διατάξεις όχι μόνο δεν εφαρμόζονται, αλλά δεν ήταν γνωστές στις αρμόδιες υπηρεσίες των Ψυχιατρικών Ιδρυμάτων. Ενόψει τούτου η Επιτροπή συνιστά στις ελληνικές αρχές - ως θέμα επείγουσας σημασίας- να προβεί στα απαιτούμενα μέτρα προκειμένου να εξασφαλίσει την εφαρμογή των σχετικών διατάξεων (σελ. 41-42).

³⁸ ΓνωμοδΕισΑΠ 12/2006, Ποινική Δικαιοσύνη 2006, σελ. 1403, ΓνωμοδΕισΑΠ 1421/19-9-2004, Ποινική Δικαιοσύνη 2004, σελ. 1398, ΕγκΕισΑΠ (Η.Σπυρόπουλος) 504/13-2-1996 *Υπεράσπιση* 1996, σελ. 698-701. Βλ. επίσης και την 633/8-2-2000 Εγκύκλιο του Προϊσταμένου της Εισαγγελίας Πρωτοδικών Θεσσαλονίκης, *Υπεράσπιση* 2000, σελ. 630 (με παρατηρήσεις Α.Παπαδαμάκη)=*Νομικό Βήμα* 2000, σελ. 1671 (με παρατηρήσεις Ε.Φυτράκη)=*Ποινική Δικαιοσύνη* 2000, σελ. 512 επ. (με παρατηρήσεις Κ.Κοσμάτου). Βλ. επίσης και Κ.Κοσμάτου: *Η άσκηση των δικαιωμάτων ως βασική αφετηρία για την μεταχείριση του ψυχικά ασθενή (με αφορμή την Απόφαση της 19-6-2003 της Εθνικής Επιτροπής για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου, το 7967.4/01/6-4-2004 Πόρισμα του Συνηγόρου του Πολίτη και την 1421/19-9-2004 Γνωμοδότηση του Εισαγγελέα του Αρείου Πάγου)*, *Ποινική Δικαιοσύνη* 2004, σελ. 1400 επ..

³⁹ Πρβλ. και Χ.Δημόπουλου: *Η προεγκληματική επικινδυνότητα και τα μέτρα για την αντιμετώπισή της*, εκδ. Σάκουλα, 1988, σελ. 263-264.

και θέτει πάνω από τις ειδικοπρωληπτικές ανάγκες την διασφάλιση των ατομικών δικαιωμάτων και ελευθεριών του πολίτη. Αντιλαμβάνεται δε τον ρόλο του δικαστικού λειτουργού ως προστάτη και εγγυητή των ελευθεριών αυτών, θέτοντας φραγμούς σε κάθε είδους αυθαιρεσία. Τούτο απαιτεί αφενός την προσεκτική τήρηση των προϋποθέσεων που τίθενται από το νόμο, αλλά και την εν γένει ερμηνεία του νομοθετήματος με τρόπο που να μειώνει ενδεχόμενα σφάλματα και άστοχες κρίσεις, οι οποίες έχουν ως συνέπεια την προσβολή των ατομικών δικαιωμάτων των πολιτών.

Η μη εναρμόνιση των δικαστών στο ισχύον νομοθετικό πλαίσιο θα πρέπει να αναζητηθεί σε δύο επίπεδα:

α) η νομοθετική μεταβολή για την ακούσια νοσηλεία στηρίχθηκε σε "έξωθεν" πιέσεις, όπως η Σύσταση R 83/2 του Συμβουλίου Υπουργών και ο Κανονισμός 815/84 της ΕΟΚ, συνεπώς η παραγωγή του νομοθετήματος αυτού δεν ήταν αποτέλεσμα κοινωνικού αιτήματος⁴⁰,

β) η κυρίαρχη άποψη για το στερεότυπο⁴¹ του ψυχικά ασθενή, η σύνδεση της ψυχικής ασθένειας με την αντικοινωνικότητα και την επικινδυνότητα⁴², η οποία δημιουργεί τον φόβο⁴³ και συνεχώς ενισχύεται από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης.

⁴⁰ Ενδεικτικό αντιφατικότητας των απόψεων του νομοθέτη σχετικά με το status του ψυχικά ασθενή αποτελεί ότι παράλληλα σχεδόν με τον ν. 2071/1992 θεσπίστηκε η διάταξη του άρθρου 118 του π.δ. 141/91 (ΦΕΚ Α' 58) «Αρμοδιότητες οργάνων και υπηρεσιακές ενέργειες του προσωπικού του Υπουργείου Δημόσιας Τάξης και θέματα οργάνωσης Υπηρεσιών» που αφορά αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών από τα αστυνομικά όργανα, υπό τον τίτλο «Προστατευτική φύλαξη προσώπων», με το εξής περιεχόμενο: «1. Σε προστατευτική φύλαξη τίθενται πρόσωπα τα οποία, λόγω ηλικίας ή ψυχικής ή πνευματικής κατάστασης στην οποία βρίσκονται, είναι επικίνδυνα στη δημόσια τάξη ή εκθέτουν τον εαυτόν τους σε κίνδυνο. 2. Σε προστατευτική φύλαξη τίθενται, μέχρι την παράδοσή τους στους οικείους τους, ιδίως: α. Ανήλικοι, που εκούσια ή ακούσια, έχουν εξαφανιστεί. β. Ψυχοπαθείς. γ. Μεθυσμένοι. 3. Η προστατευτική φύλαξη δεν θεωρείται σύλληψη υπαγόμενη στις διατάξεις του κώδικα Ποινικής Δικονομίας». Για το θέμα βλ. Κ.Κοσμάτου: Σκέψεις σχετικά με την προστατευτική φύλαξη προσώπων κατά το άρθρο 118 π.δ.141/91, Υπεράσπιση 1993, σελ. 1041 επ

⁴¹ Βλ. αναλυτικά σε Δ.Πλουμπίδη: Η Ψυχιατρική και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, Τετράδια Ψυχιατρικής 30, 1990, σελ. 65, C.Campbel-C.Heginothem: Mental illness,

Είναι σίγουρο ότι το «κλειδί» για την ενεργοποίηση των φιλελεύθερων διατάξεων για την ακούσια νοσηλεία αποτελεί η ουσιαστική άσκηση των δικαιωμάτων των ατόμων που πάσχουν από ψυχική διαταραχή⁴⁴, η οποία σήμερα είναι ανύπαρκτη, με αποτέλεσμα το οποιοδήποτε θεσμικό πλαίσιο να κινδυνεύει να μείνει γράμμα κενό.

Το ζήτημα της νομοθετικής πρόβλεψης για παροχή δικαιωμάτων στους ψυχικά ασθενείς που εισάγονται ακούσια για νοσηλεία θεωρείται πρωταρχικό από την Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και την νομολογία του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Δικαιωμάτων Ανθρώπου⁴⁵. Η παροχή δικαιωμάτων σε κάθε πρόσωπο που στερείται την ελευθερία του (έστω και για θεραπευτικούς σκοπούς) είναι άμεσα συνυφασμένο με τις αρχές του Κράτους Δικαίου και αποτελούν βασική έκφρασή του στη πράξη⁴⁶.

Prejudice, Discrimination and the Law, 1991, σελ. 130, Λ.Αλτουσερ: Το μέλλον διαρκεί πολύ, μετάφρ. Α.Ελεφάντη- Ρ. Κυλιντηρέα, εκδ. Πολίτης, 1992, σελ. 32 επ., Μ.Αρχιμανδρίτου: Η διαχρονική εξέλιξη της προσέγγισης της ετικέτας, εκδ. Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη 1998

⁴² Βλ. ενδεικτικά Σ.Αλεξιάδη : *Η επικινδυνότητα του εγκληματία : ένα στοιχείο πλαστό, εις μνήμη Χωραφά-Γάφου-Γαρδίκια, τ. ΙΙ, 1986, σελ. 131 επ., Φ.Τσαλίκουλου : Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα 1987*

⁴³ Βλ. σχετικά Μ.Foucault: *Ιστορία της τρέλας, μεταφ. Γ.Αμπατζόγλου, εκδ. Ηριδανός, χχρ., σελ. 238*

⁴⁴ Βλ. αναλυτικά Κ.Κοσμάτου: *Η άσκηση των δικαιωμάτων ως βασική αφετηρία για την μεταχείριση του ψυχικά ασθενή (με αφορμή την Απόφαση της 19-6-2003 της Εθνικής Επιτροπής για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου, το 7967.4/01/6-4-2004 Πόρισμα του Συνηγόρου του Πολίτη και την 1421/19-9-2004 Γνωμοδότηση του Εισαγγελέα του Αρείου Πάγου)», Ποινική Δικαιοσύνη 2004, σελ. 1400 επ.*

⁴⁵ Βλ. επίσης την έκδοση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας «Έκθεση για την Παγκόσμια υγεία 2001, Ψυχική Υγεία: Νέα αντίληψη, νέα ελπίδα», έκδοση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, επιμ. Ε.Ζαχαριάς, μετάφραση Γ.Πασαντωνόπουλος, 2002, σελ. 88-89, όπου τονίζονται ως πρωταρχικά η ανάπτυξη μιας σύγχρονης νομοθεσίας με προτεραιότητα στον σεβασμό και στην προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών.

⁴⁶ Βλ. σχετικά Δ.Τσάτσου: *Συνταγματικό Δίκαιο, γ' έκδοση, εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα 1985, σελ. 254-261. Πρβλ. επίσης Α.Μανιτάκη: Η πολυσήμαντη επιστροφή του Κράτους δικαίου, δημοσιευμένο στο Κ.Σταμάτη (επιμ): Όψεις του Κράτους Δικαίου, εκδ. Σάκκουλα, 1990, σελ. 33, με αναφορές στην ανάπτυξη μιας πλουραλιστικής δημοκρατίας και στην θεσμική προστασία των δικαιωμάτων της μειοψηφίας.*

Ωστόσο η παροχή από τον νομοθέτη δικαιωμάτων στα άτομα που εγκλείονται στο ψυχιατρείο θα πρέπει να συνδυάζεται με την εξασφάλιση ότι ο δικαιούχος του δικαιώματος να μπορεί να το ασκήσει. Και για να λάβει χώρα η άσκηση του δικαιώματος από ένα πρόσωπο που εγκλείεται σε ψυχιατρείο προϋποτίθεται ότι αυτός θα πρέπει να είναι γνώστης του δικαιώματος που του παρέχεται και να είναι σε θέση να ανταποκριθεί (με κάθε τρόπο) στην υλοποίηση της άσκησής του. Στο πλαίσιο της αναζήτησης των αναγκών όρων που απαιτούνται για να λάβει ουσιαστικό και πραγματικό περιεχόμενο η άσκηση των δικαιωμάτων του ατόμου που υφίσταται τον ψυχιατρικό εγκλεισμό, θα πρέπει να σημειώσουμε ότι αυτοί θα πρέπει να κινούνται παράλληλα σε δύο επίπεδα:

Το πρώτο επίπεδο άπτεται των νομοθετικών πρωτοβουλιών και παρεμβάσεων που απαιτούνται για την άρση των δυσχερειών που εμφανίζει το ισχύον θεσμικό πλαίσιο. Το δεύτερο επίπεδο αφορά στις δράσεις και πρωτοβουλίες που απαιτούνται και πρέπει να ληφθούν με στόχο την μεταβολή της θέσης σε κοινωνικό επίπεδο για τον ψυχικά ασθενή. Ειδικότερα:

α) Αποτελεί κοινό τόπο ότι τα άτομα που εγκλείονται σε ψυχιατρικό ίδρυμα παρουσιάζουν χαμηλό δείκτη οικονομικής κατάστασης⁴⁷ και εντάσσονται στις «Λιγότερο Ευνοημένες Ομάδες»⁴⁸ ή στις «Ομάδες Κοινωνικού Αποκλεισμού»⁴⁹. Το

⁴⁷ Πρβλ. και την έκδοση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας «Το πλαίσιο της ψυχικής υγείας», έκδοση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, επιμ. Β.Ζαχαριάς, μετάφραση Γ.Πασαντωνόπουλος, 2004, σελ. 18 επ, 31 επ..

⁴⁸ Βλ. σχετικά Σ.Χτούρη: *Σύνθετες διαδικασίες του κοινωνικού αποκλεισμού και ο ρόλος της οικογένειας στην κοινωνική προστασία*, εκδ. Praxis, σειρά Κοινωνικής Οικολογίας και Πολιτικής, τ. 2, Αθήνα 1992, σελ. 108-109, 117, 120 επ. για την ένταξη ατόμων με βιολογικά και σωματικά μειονεκτήματα στις Λιγότερο Ευνοημένες Ομάδες και την σχέση τους με την φτώχεια. Για την σχέση ανεργίας και ψυχικής ασθένειας βλ. σχετικά Π.Σταθόπουλου: *Απασχόληση και ψυχική διαταραχή, Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, τ. 67, 1987, σελ. 270, G.Gutenschwager: *Η πολιτική οικονομία της υγείας*, μετ. Χ.Ιωαννίδης, εκδ. ΕΚΚΕ, Αθήνα 1989, σελ. 192 επ., Α.Δεδουσόπουλου: *Ανεργία και τρέλα*, περ. Ο Πολίτης, τ. 114, 1991, σελ. 19.

⁴⁹ Βλ. αναλυτικά σε Η.Κατσούλη (επιμ.): *Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα. Κύρια θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής*, Έκθεση για το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο», τ. Α' και Β', έκδοση ΕΚΚΕ, Αθήνα 1996, ιδίως σε Τ.Καβουνίδη: *Κοινωνικός αποκλεισμός. Έννοια, κοινοτικές πρωτοβουλίες, ελληνική εμπειρία και διλήμματα πολιτικής*, τόμος Α', σελ. 49 επ.. Βλ. επίσης και Χ.Ταταρίδου: *Ανεργία, μορφές απασχόλησης και νομιμοποίηση των μηχανισμών κοινωνικού αποκλεισμού*, δημοσιευμένο σε Ι.Τσίγκανου (επιμ.): *Οι εγκληματολογικές όψεις του*

γεγονός αυτό σε συνδυασμό με το ότι η άσκηση των δικαιωμάτων (όπως ο διορισμός συνηγόρου ή η άσκηση ενδίκων μέσων κλπ.) ισοδυναμεί με ένα σημαντικό κόστος, είναι δυνατόν να καταστήσουν ανεφάρμοστη κάθε νομοθετική πρόβλεψη⁵⁰ για παροχή δικαιωμάτων, χωρίς την παράλληλη διασφάλιση της υποχρεωτικής και απόλυτης υπαγωγής των περιπτώσεων του ψυχιατρικού εγκλεισμού (με κάθε μορφή και αν επιβάλλεται) στον θεσμό της δωρεάν παροχής νομικής βοήθειας.

Το ισχύον θεσμικό πλαίσιο για την δωρεάν νομική βοήθειας⁵¹, προφανώς και εντάσσει τα άτομα που αντιμετωπίζουν ψυχική διαταραχή, στο βαθμό που πληρούνται οι αναφερόμενες στο νόμο προϋποθέσεις. Ωστόσο είναι σαφές ότι η ιδιαιτερότητα του ψυχικά ασθενή που εγκλείεται σε ψυχιατρικό ίδρυμα απαιτεί διαφορετική και ειδική αντιμετώπιση. Είναι σαφές ότι οι προϋποθέσεις εφαρμογής και η διαδικασία υπαγωγής στο ν. 3226/2004⁵² για ένα άτομο που μεταφέρεται ακουσίως

κοινωνικού αποκλεισμού, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα 2002, σελ. 219 επ., Δ.Παπαδοπούλου: «Κοινωνικός αποκλεισμός». Εισαγωγή στην έννοια και την διαδικασία, δημοσιευμένο σε Δ.Παπαδοπούλου (επιμ.): Κοινωνικός αποκλεισμός, εκδ. Αρμός, Αθήνα 1999, σελ. 47 επ., Δ.Κογκίδου-Ε.Τρέσσου-Γ.Τσιάκαλου: Φτώχεια-Κοινωνικός αποκλεισμός, βιβλιογραφικός οδηγός 1970-1995, Θεσσαλονίκη 1997, εκδ. Παρατηρητής.

⁵⁰ Πρβλ. την διάταξη του άρθρου 96 παρ. 6 του ν. 2071/1992 όπου ο ασθενής έχει δικαίωμα να παρίσταται στο δικαστήριο που θα κρίνει για την ακούσια νοσηλεία του με δικηγόρο, μπορεί να διορίζει ψυχίατρο ως τεχνικό σύμβουλο, καθώς και το άρθρο 97 του ν. 2071/1992 όπου ο ασθενής έχει δικαίωμα να ασκήσει τα ένδικα μέσα της έφεσης και της ανακοπής κατά της απόφασης που διατάσσει την ακούσια νοσηλεία. Βλ. αποτελέσματα σχετικής έρευνας για την άσκηση των προβλεπόμενων δικαιωμάτων του ασθενούς σε Κ.Κοσμάτου: Η ακούσια νοσηλεία σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας. Εμπειρίες, διαπιστώσεις και προοπτικές από την εφαρμογή του ν. 2071/1992, σειρά Εγκληματολογικά, αριθμός 22, εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή 2002.

⁵¹ Νόμος 3226/2004 (ΦΕΚ Α' 24/4-2-2004) : «Παροχή νομικής βοήθειας σε πολίτες χαμηλού εισοδήματος και άλλες διατάξεις».

⁵² Πρβλ. το άρθρο 2 του νόμου που αφορά την διαδικασία, όπου: «1. Η νομική βοήθεια παρέχεται ύστερα από αίτηση του δικαιούχου. Η αίτηση αναφέρει συνοπτικά το αντικείμενο της δίκης ή της πράξης και τα στοιχεία που βεβαιώνουν τη συνδρομή των προϋποθέσεων για την παροχή της βοήθειας. 2. Στην αίτηση επισυνάπτονται τα αναγκαία δικαιολογητικά αποδεικτικά της οικονομικής καταστάσεως (ιδίως αντίγραφο φορολογικής δήλωσης ή βεβαίωση του εφόρου ότι δεν υποχρεούται σε υποβολή δήλωσης, αντίγραφο δήλωσης περιουσιακής καταστάσεως, εκκαθαριστικού σημειώματος, Α.Φ.Μ., βεβαιώσεις υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας, ένορκες βεβαιώσεις) και αποδεικτικά της κατά την πρώτη παράγραφο του άρθρου 1 κατοικίας ή διαμονής, εάν πρόκειται για πολίτη τρίτου κράτους. 3. Η αίτηση και τα δικαιολογητικά

για εισαγωγή του σε ψυχιατρικό ίδρυμα (ενδεχομένως σε κατάσταση έξαρσης της νόσου του με ιδιαίτερη ένταση, υπό συνοδεία αστυνομικής δύναμης κλπ.) δεν είναι δυνατόν να υλοποιηθούν από το ίδιο. Έτσι η διαφοροποίηση για τον ψυχικά ασθενή θα μπορούσε να υπάρξει με την ρητή νομοθετική πρόβλεψη για αυτεπάγγελτο (υποχρεωτικό) διορισμό συνηγόρου υπεράσπισης από την πρώτη στιγμή της διαδικασίας εισαγωγής (με οποιονδήποτε τρόπο υλοποιείται) του ασθενούς στο ψυχιατρικό ίδρυμα και για όσο χρόνο διαρκεί αυτός.

β) Το ζήτημα της ουσιαστικής άσκησης των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών συνδέεται άμεσα (ή έχει ως αφετηρία του) με την θέση του ψυχικά ασθενή σε κοινωνικό επίπεδο⁵³. Είναι σαφές ότι η παγίωση στην ελληνική κοινωνία της

υποβάλλονται δεκαπέντε τουλάχιστον ημέρες πριν από τη δίκη ή την πράξη για την οποία ζητείται η παροχή νομικής βοήθειας. Η προθεσμία μπορεί να συντμηθεί σε περίπτωση μεταγενέστερης κλήτευσης. Η διαδικασία διεξάγεται ατελώς και δεν είναι υποχρεωτική η παράσταση με δικηγόρο. 4. Για την παραδοχή της αίτησης αρκεί πιθανολόγηση. Ο αρμόδιος για την εξέτασή της δικαστής μπορεί να εξετάσει μάρτυρες, καθώς και τον αιτούντα, με όρκο ή χωρίς όρκο, να συγκεντρώσει κάθε αναγκαία πληροφορία και στοιχείο και να διατάξει την κλήτευση του αντιδίκου. 5. Η αποδοχή ή απόρριψη της αίτησης πρέπει να είναι αιτιολογημένη. Νέα αίτηση μπορεί να υποβληθεί σε περίπτωση μεταβολής των πραγματικών περιστατικών. Συμπληρωματική αίτηση επιτρέπεται σε κάθε περίπτωση».

⁵³ Πρβλ. και την ανακοίνωση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, σύμφωνα με την οποία ορίστηκε το έτος 2001 ως Έτος Ψυχικής Υγείας με κεντρικό σύνθημα «ΟΧΙ στον Αποκλεισμό – ΝΑΙ στην φροντίδα», η οποία επισημαίνει ότι: «...το στίγμα και οι διακρίσεις είναι άδικες και στερούνται ηθικής βάσης. Η θεραπεία είναι δυνατή. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σε έκκλησή του να εστιασθεί η προσοχή στο θέμα του στίγματος και των διακρίσεων που περιβάλλουν την ψυχική υγεία, αρχίζει μια ετήσια καμπάνια. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας καλεί τις κυβερνήσεις, τους επαγγελματίες υγείας και άτομα κάθε κοινωνικής διαστρωμάτωσης να αρθούν στο ύψος της πρόκλησης που θέτουν οι ψυχικές διαταραχές..... Οι αρχές δημόσιας υγείας αναφέρουν ότι το στίγμα και οι διακρίσεις είναι τα μεγαλύτερα εμπόδια που αντιμετωπίζουν σήμερα τα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Παρόλο που είναι λίγες οι οικογένειες που κάποιο μέλος τους δεν παρουσιάζει κάποια ψυχική διαταραχή, όλοι αισθάνονται ντροπή και φόβο γι' αυτό το θέμα, γεγονός που λειτουργεί σαν εμπόδιο στο να αναζητήσουν βοήθεια και θεραπεία. Η κατάφωρη παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στα ψυχιατρικά νοσοκομεία, η ανεπάρκεια υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα, τα άδικα συστήματα ασφάλισης και οι πρακτικές διάκρισης στις προσλήψεις είναι μόνο λίγες από τις δοκιμασίες που αντιμετωπίζουν τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας. Άτομα και θεσμοί έχουν ευθύνη για την διαιώνιση αυτής της κατάστασης.....»

κυρίαρχης άποψης για τον επικίνδυνο⁵⁴ ψυχικά ασθενή, η οποία ενισχύεται ιδιαίτερα από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης⁵⁵, σύμφωνα με την οποία ο μόνος τρόπος

⁵⁴ Βλ. ενδεικτικά Σ.Αλεξιάδη : *Η επικινδυνότητα του εγκληματία : ένα στοιχείο πλαστό, εις μνήμη Χωραφά-Γάφου-Γαρδίκια, τ. ΙΙ, 1986, σελ. 131 επ., Σ.Αλεξιάδη: «Η επικινδυνότητα του εγκληματία: ένα στοιχείο πλαστό», εις Μνήμη Χωραφά-Γάφου-Γαρδίκια, τ. ΙΙ 1986, σελ. 143 επ., Α.Γιωτοπούλου-Μαραγκοπούλου: Εγχειρίδιο εγκληματολογίας, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα 1984, σελ. 126 επ., Φ.Τσαλίκου: Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα 1987. Βλ. επίσης τα αποτελέσματα της έρευνας που διενεργήθηκε από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής το 2000 («Ελευθεροτυπία» της 28-6-2001) στη χώρα μας, σύμφωνα με τα οποία α) το 81,8% θεωρεί πως τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι πολύ ή αρκετά πιο επικίνδυνα σε σχέση με τους μη πάσχοντες. Στους άνω των 55 ετών, ποσοστό 79,1%, πιστεύει πως αποτελούν δημόσιο κίνδυνο. Δημόσια ενόχληση τους θεωρεί το 62,9% των κατοίκων αστικών περιοχών έναντι 75,5% άλλων περιοχών, β) το 80,8% των πολιτών εκτός αστικών κέντρων πιστεύει πως οι ασθενείς δεν μπορούν ποτέ να εργαστούν κανονικά, γ) ένας στους 4 είναι αντίθετος με τη δημιουργία ξενώνα στη γειτονιά του. Το 44,3% θα ενοχλείτο αν μετακόμιζε δίπλα τους ένας πάσχων και 47,7% δεν θέλει να δουλεύει κοντά σε τέτοιο άτομο, δ) το 86,9% πιστεύει ότι σχεδόν πάντα οι πάσχοντες μιλούν μόνοι τους ή φωνάζουν στο δρόμο. Βλ. επίσης και Α.Ζήση: *Αντιλήψεις και στάσεις της κοινότητας απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες και στην ψυχική διαταραχή: ανασκόπηση εμπειρικών ευρημάτων και μεθοδολογικά ζητήματα, Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, τ. 103, 2000, σελ. 131 επ.**

⁵⁵ Βλ. σχετικά Δ.Πλουμπίδη: *Η ψυχιατρική και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, Τετράδια Ψυχιατρικής, τ. 30, 1990, σελ. 65 επ. Βλ. επίσης Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα: «Κοινωνικές ανισότητες και κοινωνικός αποκλεισμός», εκδ. Εξάντας, Αθήνα 1998, Γ.Δαρεμά: «Επικοινωνιακός αποκλεισμός και μορφές αντιπροσώπευσης», σελ. 713 επ., Α.Μικράκη: «Εμείς και οι “άλλοι”, οι διαφορετικοί, οι ξένοι: Η σύγκρουση στο συμβολικό επίπεδο», σελ. 728, Χ.Παϊδούση: «Η “φωνή” των κοινωνικά αποκλεισμένων στα μέσα μαζικής επικοινωνίας. Η περίπτωση των τηλεοπτικών ειδήσεων», σελ. 738 επ.. Βλ. επίσης σε Αφιέρωμα στον Ηλία Δασκαλάκη «Εγκληματίες και θύματα στο κατώφλι του 21^{ου} αιώνα, έκδοση ΕΚΚΕ, Αθήνα 2000, Ε.Λαμπροπούλου: *Η βία και η εγκληματικότητα στα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Are bad news good news?, σελ. 415 επ., Ε.Λαμπροπούλου: «Τύπος και εγκληματικότητα», σελ. 431 επ., Α.Κουκουτσάκη: Εγκληματικό στερεότυπο και ΜΜΕ. Ιδεολογίες του εγκλήματος και το θέμα της κοινωνικής συναίνεσης, σελ. 445 επ.. Για τον ρόλο των ΜΜΕ ως “εκφραστής της κυρίαρχης τάσης και μέσων προπαγάνδας της” βλ. αναλυτικά σε Ν.Τσόμσκι: *Η βιομηχανία κατασκευής υπηκόων, μετ. Ν.Αλεξίου, β’ έκδοση, εκδ. Ελεύθερος Τύπος, Αθήνα 1999, σελ. 19 επ., Ν.Τσόμσκι: Το κοινό καλό, Συνεντεύξεις με τον David Bersamain, μετ. Π.Ανδρικόπουλου, εκδ. Scripta, Αθήνα 2000, σελ. 52 επ.***

αντιμετώπισής του είναι ο εγκλεισμός του σε ψυχιατρικό ίδρυμα⁵⁶ είναι δυνατόν να καταστήσει κάθε νομοθετική πρωτοβουλία γράμμα κενό και ανεφάρμοστο.

Προς την κατεύθυνση αυτή το άνοιγμα ενός δημόσιου ουσιαστικού διαλόγου για το θέμα της αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας και του ψυχικά ασθενή, αλλά και η ανάληψη σχετικών δράσεων και πρωτοβουλιών στο επίπεδο της διαμόρφωσης μιας κοινωνικής συνείδησης με ανοχή και αποδοχή στην διαφορετικότητα είναι πρωταρχικής σημασίας. Και τούτες οι πρωτοβουλίες μπορούν να αφορούν τους ίδιους τους ψυχικά ασθενείς, τους επιστήμονες και τους επαγγελματίες που συνδέονται άμεσα με το ζήτημα της αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας και το σύνολο της κοινότητας.

Στο πεδίο των ίδιων των ασθενών θα πρέπει να δοθεί έμφαση σε δράσεις και πρωτοβουλίες σωστής ενημέρωσης και έγκυρης πληροφόρησης του εγκλεισμένου σε ψυχιατρικό ίδρυμα σχετικά με την άσκηση των δικαιωμάτων που του παρέχονται. Και τούτη η θέση έχοντας ως αφετηρία την αντιμετώπιση του ψυχικά ασθενή ως φορέα δικαιωμάτων και υποχρεώσεων, είναι δυνατόν να συμβάλλει στην προσπάθεια ενδυνάμωσης της προσωπικότητας του ασθενούς και της αντιμετώπισής του όχι ως μειονεκτικού, αλλά ως αναπόσπαστου και αναγκαίου όρου της ευρύτερης κοινωνικής ζωής. Προς την κατεύθυνση αυτή η ύπαρξη ενημερωτικού υλικού (Οδηγού)⁵⁷ που θα απευθύνεται στους ασθενείς και θα τους ενημερώνει με τρόπο εύληπτο και κατανοητό για την όλη διαδικασία που ακολουθείται και τα δικαιώματα που τους παρέχονται είναι δυνατό να έχει τον ρόλο αρωγού στην προσπάθεια αντιμετώπισης του ψυχικά ασθενούς ως υποκειμένου δικαίου (φορέα δικαιωμάτων και υποχρεώσεων). Απέναντι στην παραπληροφόρηση και την ανευθυνότητα, η ολοκληρωμένη και έγκυρη γνώση αποτελεί αντίδοτο σε κάθε μορφής στερεότυπα. Η γνώση για τα δικαιώματα και της υποχρεώσεις του ασθενούς σίγουρα συμβάλλει στην κοινωνικοποίηση και ενσωμάτωσή του, προσδίδοντάς του την ιδιότητα του

⁵⁶ Βλ. την ανάλυση που επιχειρείται από τον M.Foucault: *Ιστορία της τρέλας, μετάφρ. Γ.Αμπατζόγλου, εκδ. Ηριδανός, σελ. 48 επ. και 63 επ.. Πρβλ. επίσης και E.Goffman: Άσυλα, μετάφρ. Ξ.Κομνηνός, εκδ. Ευρύαλος, 1994.*

⁵⁷ *Υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας και των συναρμόδιων και εμπλεκόμενων με το αντικείμενο Υπουργείων και φορέων (Υπουργείο Δικαιοσύνης, Υπουργείο Δημόσιας Τάξης, ιατρικούς, νοσηλευτικούς και δικηγορικούς συλλόγους κλπ.).*

πολίτη⁵⁸ και δημιουργεί τους όρους για την άρση της διαδικασίας όπου το πρόσωπο της ομάδας με το στερεότυπο (στην περίπτωση μας ο ψυχικά ασθενής) βιώνει τον ρόλο της απομόνωσης και του περιθωρίου⁵⁹. Τέλος θα πρέπει να σημειωθεί ότι η παραπάνω πρόταση μπορεί να ενεργοποιήσει σε επίπεδο ουσίας στις περιπτώσεις της ακούσιας νοσηλείας την υποχρέωση σύνταξης σχετικού πρακτικού ενημέρωσης του ασθενούς για τα δικαιώματα που του παρέχει ο νομοθέτης από την Μονάδα Ψυχικής Υγείας όπου έχει εισαχθεί, όπως προβλέπεται ρητά στο άρθρο 96 παρ. 4 του ν. 2071/1992⁶⁰, η οποία δεν φαίνεται να τηρείται.

Ο χώρος των επαγγελματιών και επιστημόνων που έχουν σχέση με την αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας αποτελεί τον βασικό μοχλό για την μεταστροφή σε κοινωνικό επίπεδο της αντίληψης για τον ψυχικά ασθενή. Συνεπώς η συνεργασία και διασύνδεση και δικτύωσή τους αποτελεί προτεραιότητα⁶¹. Στο πλαίσιο αυτό κρίνεται ότι συνεχείς και οργανωμένες δράσεις, όπως η οργάνωση σεμιναρίων, εκδηλώσεων και συνεδρίων υπό την αιγίδα των συναρμόδιων Υπουργείων (Υγείας, Δικαιοσύνης, Εσωτερικών και Δημόσιας Τάξης, Απασχόλησης) σε συνεργασία με το Διοικητικό Συμβούλιο, την Επιστημονική Επιτροπή και το επιστημονικό νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, τους ιατρικούς συλλόγους, τα συλλογικά όργανα των ψυχιάτρων, ψυχολόγων και των νοσηλευτών, την Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές του ν. 2716/1999, τα σχετικά Γραφεία για την Προστασία των Δικαιωμάτων των Ασθενών που θεσπίστηκαν με τον ν. 2519/97, την Εθνική Σχολή Δικαστών, την Ένωση Δικαστών και Εισαγγελέων, τους δικηγορικούς συλλόγους, τις Ιατρικές και Νομικές Σχολές, τα Τμήματα Ψυχολογίας και Νοσηλευτικής, τις

⁵⁸ Βλ. αναλυτικά σε Marshall T.H.-Bottomore T.: *Ιδιότητα του πολίτη και κοινωνική τάξη*, μετ. Ο.Στασινοπούλου, εκδ. Gutenberg, Βιβλιοθήκη κοινωνικής επιστήμης και κοινωνικής πολιτικής, Αθήνα 2000, σελ. 40 επ..

⁵⁹ Πρβλ. και B.Vincent (επιμ.): *Οι περιθωριακοί, μετάφραση Μ.Καραχάλιος-Κ.Λευκα, β' έκδοση*, εκδ. Ροές. Βλ. επίσης και Κ.Μάτσα: *Ψυχοπαθολογία και κοινωνική αντίφαση*, περ. *Ουτοπία*, τ. 36,1999, σελ. 103 επ. και τις εκεί αναφερόμενες βιβλιογραφικές παραπομπές.

⁶⁰ Πρβλ. και ΕγκΕισΑΠ (Η.Σπυρόπουλος) 504/εγκ.2/13-2-1996, *Υπεράσπιση 1996*, σελ. 700.

⁶¹ Πρβλ. και την έκδοση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας «Πολιτική, σχέδια δράσης και προγράμματα ψυχικής υγείας», έκδοση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, επιμ. Ε.Ζαχαριάς, μετάφραση Γ.Πασαντωνόπουλος, 2004, σελ. 98, 102.

Ανεξάρτητες Αρχές (Συνήγορος του Πολίτη, Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου κλπ.), αλλά και με Μη Κυβερνητικούς Οργανισμούς θα ήταν δυνατό να συμβάλλουν ενεργά και σημαντικά στην διασύνδεση όλων των εμπλεκόμενων φορέων και προσώπων με στόχο την ορθή αντιμετώπιση του ψυχικά ασθενή στην κατεύθυνση που προαναφέρθηκε⁶².

Η συμβολή των σχετικών φορέων και επιστημόνων και επαγγελματιών στην μεταστροφή της θέσης του ψυχικά ασθενή σε κοινωνικό επίπεδο είναι καταλυτική. Η γνώση των ειδικών και ιδιαίτερα η οργανωμένη διάχυσή της στους κόλπους της κοινότητας αποτελεί την ουσιαστική πηγή για την «ευαισθητοποίηση» του κοινού και της αποδοχής της διαφορετικότητας⁶³.

Η μεταβολή της θέσης σε κοινωνικό επίπεδο για τον ψυχικά ασθενή από τον «κίνδυνο που διασαλεύει τον κοινωνικό ιστό» σε «ασθενή φορέα δικαιωμάτων και υποχρεώσεων» είναι εμφανώς μια δύσκολη διαδικασία, η οποία απαιτεί την άρση των προκαταλήψεων και των στερεοτύπων και διαμόρφωση μιας νέας κοινωνικής συνείδησης, η οποία -όπως είναι αυτονόητο- δεν είναι δυνατόν να επιβληθεί δια νόμου. Συνεπώς στην κατεύθυνση αυτή η πολυεπίπεδη απεύθυνση στην κοινωνία, με στόχο να την καταστήσει σύμμαχό της στην αλλαγή στάσεων, αποτελεί μονόδρομο για την ορθή αντιμετώπιση του ζητήματος. Και η απεύθυνση αυτή πρέπει να έχει ως βασική αφετηρία την άρση των αποκλεισμών και την ενδυνάμωση των ανθρώπινων δικαιωμάτων⁶⁴.

Γίνεται δεκτό ότι η καταπολέμηση του «κοινωνικού αποκλεισμού» προϋποθέτει σίγουρα θεσμικά μέσα. Ωστόσο η ύπαρξη νομοθετικού οπλοστασίου για την διασφάλιση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας είναι διαδικασία αμφίδρομη. Η θέσπιση και η ενεργοποίηση νομοθετημάτων έχει ουσιαστικό περιεχόμενο μόνο αν η

⁶² Πρβλ. και Β. Saraceno: *Ψυχική Υγεία: Η έλλειψη πόρων απαιτεί νέα παραδείγματα, μετάφραση Ν. Γκιωνάκης-Μ. Ασημακοπούλου, Τετράδια Ψυχιατρικής, τ. 86, 2004, σελ. 15.*

⁶³ Πρβλ. και Σ. Στυλιανίδη-Π. Χονδρού: *Τοπική ανάπτυξη και ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: προϋποθέσεις για τη συγκρότηση ενός νέου παραδείγματος συνεργασίας, Τετράδια Ψυχιατρικής, τ. 85, 2004, σελ. 97-105.*

⁶⁴ Πρβλ. και Γ. Πανούση: *Το έγκλημα του φτωχού και η φτώχεια ως «έγκλημα» (σε συνθήκες παγκοσμιοποίησης), εκδ. Σάκκουλα, σειρά Εγκληματο-λογικά, Αθήνα 2002, σελ. 50.*

παραγωγή τους οφείλεται σε κοινωνικό αίτημα. Διαφορετικά είναι δυνατόν να παραμείνει γράμμα κενό. Και τα παραδείγματα στην κατεύθυνση αυτή είναι πολλαπλά στην ελληνική πραγματικότητα. Ο αυτονόητος σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων σε ένα κράτος δικαίου δεν επιτυγχάνεται από την ανάγκη ομογενοποίησης της εθνικής νομοθεσίας σε ευρωπαϊκές συστάσεις, αλλά στην αναγνώριση και στην διεκδίκησή του από όλες τις κοινωνικές ομάδες. Τούτο σημαίνει ότι ουσιαστική προτεραιότητα αποτελεί η καταπολέμηση των προκαταλήψεων, των στερεοτύπων και του στιγματισμού και η παγίωση του δικαιώματος στην διαφορά, το οποίο συμπληρώνει και ολοκληρώνει την έννοια της ισότητας.

Βιβλιογραφικές πηγές

Σ.Αλεξιάδη: *Εισαγγελικές εξουσίες και ατομικές ελευθερίες, Δίκαιο και Πολιτική*, τ. 5, 1983, σελ. 273 επ.,

Σ.Αλεξιάδη : *Η πρόσφατη νομολογία του ΕυρΔΔΑ σχετικά με τις εγγυήσεις προσωπικής ελευθερίας και ασφάλειας των κρατούμενων ψυχασθενών (Με αφορμή την απόφαση Luberti του ΕυρΔΔΑ)*, ΕΕΕυρΔ 1984, σελ. 180 επ.,

Σ.Αλεξιάδη : *Η επικινδυνότητα του εγκληματία : ένα στοιχείο πλαστό, εις μνήμη Χωραφά-Γάφου-Γαρδίκια*, τ. II, 1986, σελ. 131 επ.,

Λ.Αλτουσέρ: *Το μέλλον διαρκεί πολύ. Τα γεγονότα, μετάφραση Α. Ελεφάντη- Ρ. Κυλινητριά, εκδ. ο Πολίτης, Αθήνα 1992,*

Μ.Αρχιμανδρίτου: *Η διαχρονική εξέλιξη της προσέγγισης της απάτης της ετικέτας*, εκδ. Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη 1996

Χ.Βαρουχάκη : *Το ν.δ.104/73, Τετράδια Ψυχιατρικής 1984, σελ. 2 επ.,*

Τ.Βιδάλη: *Εμμένοντας στον αυτοκαθορισμό: οι ατομικές ελευθερίες των εγκλείστων ψυχασθενών*, *Το Σύνταγμα*, 1995, σελ. 281 επ.

C.Campbel-C.Heginothem: *Mental illness, Prejudice, Discrimination and the Law*, 1991, σελ. 130,

Α.Γιωτοπούλου-Μαραγκοπούλου: *Εγχειρίδιο εγκληματολογίας*, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα 1984,

Γ.Δαρεμά: "Επικοινωνιακός αποκλεισμός και μορφές αντιπροσώπευσης", Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα: "Κοινωνικές ανισότητες και κοινωνικός αποκλεισμός", εκδ. Εξάντας, Αθήνα 1998, σελ. 713 επ.,

Λ.Δεδουσόπουλου: Ανεργία και τρέλα, περ. Ο Πολίτης, τ. 114, 1991, σελ. 19.

Χ.Δημόπουλου: Η προεγκληματική επικινδυνότητα και τα μέτρα για την αντιμετώπισή της, εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή 1988,

Μ.Διαούτρα-Τσιτουρίδου: Η αντιμετώπιση του υπό "μέτρα ασφάλειας" ψυχιατρικού αρρώστου από την Πολιτεία. Νομοθετική ρύθμιση και πρακτική εφαρμογή, Τετράδια Ψυχιατρικής, τ. 21-22, 1988, σελ. 56,

Α.Ζήση: Αντιλήψεις και στάσεις της κοινότητας απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες και στην ψυχική διαταραχή: ανασκόπηση εμπειρικών ευρημάτων και μεθοδολογικά ζητήματα, Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, τ. 103, 2000, σελ. 131 επ..

Ο.Θέμελη: Εγκλεισμός και υγεία. Η κατάλυση ενός ακόμα εννόμου αγαθού, Ποινική Δικαιοσύνη 2000, σελ. 885 επ..

Μ.Foucault: Ιστορία της τρέλας, μεταφ. Γ.Αμπατζόγλου, εκδ. Ηριδανός, χχρ.,

Ε.Goffman: Άσυλα, μετάφρ. Ξ.Κομνηνός, εκδ. Ευρύαλος, Αθήνα 1994,

Γ.Gutenschwager: Η πολιτική οικονομία της υγείας, μετ. Χ.Ιωαννίδης, εκδ. ΕΚΚΕ, Αθήνα 1989, σελ. 192 επ.,

Η.Κατσούλη (επιμ.) : Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα. Κύρια θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής, Έκθεση για το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο», τ. Α' και Β', έκδοση ΕΚΚΕ, Αθήνα 1996

Δ.Κογκίδου-Ε.Τρέσσου-Γ.Τσιάκαλου: Φτώχεια-Κοινωνικός αποκλεισμός, βιβλιογραφικός οδηγός 1970-1995, Θεσσαλονίκη 1997, εκδ. Παρατηρητής.

Κ.Κοσμάτου: Σκέψεις σχετικά με την προστατευτική φύλαξη προσώπων κατά το άρθρο 118 π.δ.141/91, Υπεράσπιση 1993, σελ. 1041 επ

Κ.Κοσμάτου: Η διάρκεια του εγκλεισμού σε ψυχιατρικό κατάστημα κατά το άρθρο 70 του Ποινικού Κώδικα, εκδ. Σάκκουλα, Σειρά Βιβλιοθήκη της Υπεράσπισης, αρ. 11, Αθήνα-Κομοτηνή 1998,

Κ.Κοσμάτου: Η «απομόνωση» και η «καθήλωση» των ψυχικά ασθενών που εγκλείονται στο ψυχιατρείο. Βασικοί προβληματισμοί, Αρμενόπουλος 1998, σελ. 125 επ

Κ.Κοσμάτου: Η ακούσια νοσηλεία σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας. Εμπειρίες, διαπιστώσεις και προοπτικές από την εφαρμογή του ν. 2071/1992, σειρά Εγκληματολογικά, αριθμός 22, εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή 2002.

Κ.Κοσμάτου: Η άσκηση των δικαιωμάτων ως βασική αφετηρία για την μεταχείριση του ψυχικά ασθενή (με αφορμή την Απόφαση της 19-6-2003 της Εθνικής Επιτροπής για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου, το 7967.4/01/6-4-2004 Πόρισμα του Συνηγόρου του Πολίτη και την 1421/19-9-2004 Γνωμοδότηση του Εισαγγελέα του Αρείου Πάγου), Ποινική Δικαιοσύνη 2004, σελ. 1400 επ..

Α.Κουκουτσάκη: Εγκληματικό στερεότυπο και ΜΜΕ. Ιδεολογίες του εγκλήματος και το θέμα της κοινωνικής συναίνεσης, Αφιέρωμα στον Ηλία Δασκαλάκη «Εγκληματίες και θύματα στο κατώφλι του 21^{ου} αιώνα, έκδοση ΕΚΚΕ, Αθήνα 2000 σελ. 445 επ..

Ν.Κουλούρη: Νοσοκομείο και Ψυχιατρείο Κρατουμένων Κορυδαλλού, εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή 1990,

Ε.Λαμπροπούλου: Η βία και η εγκληματικότητα στα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Are bad news good news?, Αφιέρωμα στον Ηλία Δασκαλάκη «Εγκληματίες και θύματα στο κατώφλι του 21^{ου} αιώνα, έκδοση ΕΚΚΕ, Αθήνα 2000 σελ. 415 επ.,

Ε.Λαμπροπούλου: «Τύπος και εγκληματικότητα», Αφιέρωμα στον Ηλία Δασκαλάκη «Εγκληματίες και θύματα στο κατώφλι του 21^{ου} αιώνα, έκδοση ΕΚΚΕ, Αθήνα 2000 σελ. 431 επ.,

Marshall T.H.-Bottomore T.: Ιδιότητα του πολίτη και κοινωνική τάξη, μετ. Ο.Στασινοπούλου, εκδ. Gutenberg, Βιβλιοθήκη κοινωνικής επιστήμης και κοινωνικής πολιτικής, Αθήνα 2000,

Γ.-Α.Μαγκάκη: Η εγκατάλειψη χρονίως πάσχοντα ως ποινικό αδίκημα, Υπεράσπιση 1999, σελ. 1003 επ.

Μ.Μαδιανού: Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξή της. Από την θεωρία στην πράξη, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, 1994,

Α.Μανιτάκη: Οι εγγυήσεις προσωπικής ελευθερίας της ΕυρΣΔΑ και η κράτηση "ψυχασθενούς" σε ψυχιατρικό ίδρυμα. Η συνταγματικότητα της ισχύουσας σχετικής νομοθεσίας, ΕΕΕυρΔ 1983, σελ. 539 επ.,

Α.Μανιτάκη: Η πολυσήμαντη επιστροφή του Κράτους δικαίου, δημοσιευμένο στο Κ.Σταμάτη (επιμ): Όψεις του Κράτους Δικαίου, εκδ. Σάκκουλα, 1990, σελ. 33,

- Ι.Μανωλεδάκη: Γενική θεωρία του ποινικού δικαίου, τ. Β', εκδ. Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη 1978,
- Κ.Μάτσα: Ψυχοπαθολογία και κοινωνική αντίφαση, περ. Ουτοπία, τ. 36, 1999, σελ. 103 επ. και τις εκεί αναφερόμενες βιβλιογραφικές παραπομπές.
- Θ.Μεγαλοοικονόμου: Η διαχειριστική/διοικητική προσέγγιση στο πρόβλημα της ψυχιατρικής και των ψυχιατρικών ιδρυμάτων, Ουτοπία, τ. 36, 1999, σελ. 109 επ.
- Θ.Μεγαλοοικονόμου-Β.Φωτόπουλου-Χ.Τριανταφυλλίδη-Ε.Πάσχου-Ε.Λαυρέντζου-Ε.Ανδρονάκη-Α.Αγτζίδου: Ο ρόλος των Κλειστών Τμημάτων στην λειτουργία του Ψυχιατρικού Ασύλου, Τετράδια Ψυχιατρικής, τ. 24, 1988, σελ. 81 επ.
- Α.Μικράκη: "Εμείς και οι "άλλοι", οι διαφορετικοί, οι ξένοι: Η σύγκρουση στο συμβολικό επίπεδο", Ίδρυμα Σάκη Καραγιωργα: "Κοινωνικές ανισότητες και κοινωνικός αποκλεισμός", εκδ. Εξάντας, Αθήνα 1998, σελ. 728,
- Γ.Μίντση: Η ακούσια νοσηλεία ψυχασθενούς κατά το Ευρωπαϊκό και το Ελληνικό δίκαιο, Αρμενόπουλος 1997, σελ. 976,
- Κ.Μπαϊρακτάρη: Ψυχική υγεία και κοινωνική παρέμβαση. Εμπειρίες, συστήματα, πολιτικές, Εναλλακτικές εκδόσεις/Αντιπαραθέσεις 15, 1994,
- Θ.Ντουράκη : Η αναγκαστική στέρηση της προσωπικής ελευθερίας των ψυχικά πασχόντων μέσα από την νομολογία των δικαιοδοτικών οργάνων της Ε.Σ.Δ.Α., Σύμμεικτα Φ.Θ.Βεγλερή, Η κρίση των θεσμών του κράτους, τ. Β', Αθήνα 1988, σελ. 316 επ.,
- Χ.Παϊδούση: "Η "φωνή" των κοινωνικά αποκλεισμένων στα μέσα μαζικής επικοινωνίας. Η περίπτωση των τηλεοπτικών ειδήσεων", Ίδρυμα Σάκη Καραγιωργα: "Κοινωνικές ανισότητες και κοινωνικός αποκλεισμός", εκδ. Εξάντας, Αθήνα 1998, σελ. 738 επ.,
- Γ.Πανούση: Το έγκλημα του φτωχού και η φτώχεια ως «έγκλημα» (σε συνθήκες παγκοσμιοποίησης), εκδ. Σάκκουλα, σειρά Εγκληματο-λογικά, Αθήνα 2002,
- Δ.Παπαδοπούλου: «Κοινωνικός αποκλεισμός». Εισαγωγή στην έννοια και την διαδικασία, δημοσιευμένο σε Δ.Παπαδοπούλου (επιμ.): Κοινωνικός αποκλεισμός, εκδ. Αρμός, Αθήνα 1999, σελ. 47 επ.,
- Ν.Παρασκευόπουλου: Τα ασφαλιστικά μέτρα του ποινικού δικαίου. Ιδιομορφίες και περιπλοκές, Δίκαιο και Πολιτική, τ. 2, 1982, σελ. 254 επ.,
- Ν.Παρασκευόπουλου: Μεταξύ τιμωρίας και θεραπείας. Τα μέτρα ασφαλείας του Ποινικού Κώδικα, στο "Μνήμη Χωραφά-Γάφου-Γαρδίκα", ΙΙ, 1986, σελ. 227 επ

Ν.Παρασκευόπουλου: Φρόνημα και καταλογισμός στο ποινικό δίκαιο, εκδ. Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη 1987,

Ν.Παρασκευόπουλου: Μέτρα υγιεινής και ιατρικές πράξεις κατά την έκτιση των ποινών και των μέτρων ασφαλείας, ΕΕΕυρΔ 1991, σελ. 138

Ν.Παρασκευόπουλου: Παρατηρήσεις στο ν. 2071/92, Υπεράσπιση 1993, σελ. 209,

Ν.Παρασκευόπουλου: Η συνταγματική διάσταση του αδίκου και της ενοχής, «Υπεράσπιση», 1993, σελ. 1265 επ.

Δ.Πλουμπίδη: Η Ψυχιατρική και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, Τετράδια Ψυχιατρικής 30, 1990, σελ. 65,

Δ.Πλουμπίδη-Σ.Στυλιανίδη : Από τον εγκλεισμό στην εγκατάλειψη, περιοδικό Τετράδια Ψυχιατρικής 21-22, 1988, σελ. 11 επ.

Β.Saraceno: Ψυχική Υγεία: Η έλλειψη πόρων απαιτεί νέα παραδείγματα, μετάφραση Ν.Γκιωνάκης-Μ.Ασημακοπούλου, Τετράδια Ψυχιατρικής, τ. 86, 2004, σελ. 15.

Δ.Σκαραγκά: Ο ακαταλόγιστος εγκλειστος ψυχασθενής: ποινικός ή ψυχιατρικός εγκλειστος;, Έγκλημα και Κοινωνία, τ. 3, 1987, σελ. 133 επ..

Π.Σταθόπουλου: Απασχόληση και ψυχική διαταραχή, Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, τ. 67, 1987, σελ. 270,

Σ.Στυλιανίδη-Π.Χονδρού: Τοπική ανάπτυξη και ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: προϋποθέσεις για τη συγκρότηση ενός νέου παραδείγματος συνεργασίας, Τετράδια Ψυχιατρικής, τ. 85, 2004, σελ. 97 επ.

Χ.Ταταρίδου: Ανεργία, μορφές απασχόλησης και νομιμοποίηση των μηχανισμών κοινωνικού αποκλεισμού, δημοσιευμένο σε Ι.Τσίγκανου (επιμ.): Οι εγκληματολογικές όψεις του κοινωνικού αποκλεισμού, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα 2002, σελ. 219 επ.,

Φ.Τσαλίκου: Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα 1987

Δ.Τσάτσου: Συνταγματικό Δίκαιο, γ' έκδοση, εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα 1985,

Ν.Τσόμσκι: Η βιομηχανία κατασκευής υπηκόων, μετ. Ν.Αλεξίου, β' έκδοση, εκδ. Ελεύθερος Τύπος, Αθήνα 1999,

Ν.Τσόμσκι: Το κοινό καλό, Συνεντεύξεις με τον David Bersamain, μετ. Π.Ανδρικόπουλου, εκδ. Scripta, Αθήνα 2000,

Β.Vincent (επιμ.): Οι περιθωριακοί, μετάφραση Μ.Καραχάλιος-Κ.Λευκα, β' έκδοση, εκδ. Ροές.

Σ.Χτούρη: Σύνθετες διαδικασίες του κοινωνικού αποκλεισμού και ο ρόλος της οικογένειας στην κοινωνική προστασία, εκδ. Praxis, σειρά Κοινωνικής Οικολογίας και Πολιτικής, τ. 2, Αθήνα 1992,