

ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΘΕΜΑΤΩΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ

**ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ
ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ:
Σύγχρονες δυνατότητες ανίχνευσης,
αντιμετώπισης και πρόληψης**

Ορέστης Γιωτάκος

Γενικός Αρχίατρος, Ψυχίατρος, (M.D., M.Sc., Ph.D.)

Διευθυντής 414 ΣΝΕΝ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΜΕΡΟΣ Ι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

- **ΔΙΑΚΛΑΔΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΠΑΡΟΧΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΝΟΠΛΩΝ ΔΥΝΑΜΕΩΝ**
- **ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ Α΄ΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΙΣ ΕΝΟΠΛΕΣ ΔΥΝΑΜΕΙΣ**
- **ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ**

ΜΕΡΟΣ ΙΙ

ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

- **ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ**
- **ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΕ ΕΙΔΙΚΟΥΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ**
- **ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ**
- **ΔΥΣΘΥΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ**
- **ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΕΝΘΟΥΣ**
- **ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ**
- **ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΓΧΟΥΣ**
- **ΑΝΘΙΣΤΑΜΕΝΟ ΑΓΧΟΣ**
- **ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗ ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ**
- **ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΑΝΙΚΟΥ**
- **ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΟΒΙΑ**
- **ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ-ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ**
- **ΦΑΣΜΑ ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ**
- **ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ**
- **ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΞΑΡΤΗΣΗ**
- **ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ**

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ

ΕΙΔΙΚΕΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

- **ΑΠΩΛΕΙΑ ΚΑΙ ΘΑΝΑΤΟΣ**
- **ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ**
- **ΧΡΗΣΗ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ**

- ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ
- ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

ΜΕΡΟΣ IV

ΑΠΕΙΛΗΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ

- ΕΠΙΘΕΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ
- ΤΡΟΜΟΚΡΑΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ
- ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΟΜΗΡΙΑΣ
- ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΒΙΑ
- ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟ ΕΓΚΛΗΜΑ
- ΑΠΕΙΛΗΤΙΚΕΣ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΕΣ ΚΛΗΣΕΙΣ

ΜΕΡΟΣ V

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΟΥ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

- ΣΥΓΧΡΟΝΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΡΙΣΗ
- ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΙ ΣΤΗΡΙΞΗ ΑΠΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ
- ΑΡΧΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΑΖΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗΣ
- ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΟΥΜΕ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΑΖΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗΣ
- ΤΙ ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΟΥΜΕ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΑΖΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗΣ
- ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΑΖΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗΣ
- ΠΟΤΕ ΕΝΑ ΑΤΟΜΟ ΕΧΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΕΣ ΓΙΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ
- ΤΙ ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΟΥΜΕ ΟΤΑΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΜΕ ΚΑΠΟΙΟ ΑΤΟΜΟ ΜΕ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑ
- ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΕ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΒΙΑΙΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ
- ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΚΑΠΟΙΟΣ ΒΡΕΘΕΙ ΣΕ ΘΕΣΗ ΟΜΗΡΟΥ
- Ο ΔΙΑΠΡΑΓΜΑΤΕΥΤΗΣ ΣΕ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΟΜΗΡΙΑΣ
- Ο ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ ΔΙΑΠΡΑΓΜΑΤΕΥΤΗΣ ΣΕ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΟΜΗΡΙΑΣ
-

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

ΜΕΡΟΣ Ι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΔΙΑΚΛΑΔΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΠΑΡΟΧΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΝΟΠΛΩΝ ΔΥΝΑΜΕΩΝ

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα

Το 1995 το Υπουργείο Υγείας ανακοίνωσε ένα μακροπρόθεσμο σχέδιο με την κωδική ονομασία «ΨΥΧΑΡΓΩΣ» και μετά από κάποια χρόνια το σχέδιο αυτό θεσμοθετήθηκε με το γνωστό Νόμο 2716 του 1999 «περί ανάπτυξης και εκσυγχρονισμού των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας». Αυτός ο Νόμος αποτελεί τον βασικό επιχειρησιακό βραχίονα του Ελληνικού Κράτους για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση. Οι στόχοι της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, οι οποίοι τέθηκαν τότε και συνεχίζουν να υπάρχουν μέχρι σήμερα, είναι οι ακόλουθοι: Η τομεοποίηση, (catchment areas), η αποϊδρυματοποίηση και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ατόμων με χρόνιες παθήσεις, η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη σε συνδυασμό με την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και τέλος η νοσοκομειακή ψυχιατρική περίθαλψη στο πλαίσιο του Γενικού Νοσοκομείου. Τα τελευταία 10 χρόνια έχουν δημιουργηθεί 500 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (Οικοτροφεία, Ξενώνες, προστατευόμενα διαμερίσματα κλπ) και έχουν αποασυλοποιηθεί οι περισσότεροι από τους ιδρυματοποιημένους ασθενείς. Επίσης έχει υλοποιηθεί ένας μεγάλος αριθμός, αλλά πολύ μικρότερος από αυτόν που είχε αρχικά σχεδιαστεί, με δομές πρωτοβάθμιας αντιμετώπισης και φροντίδας, όπως Κέντρα Ημέρας, Κινητές Μονάδες κλπ. Προβλέπεται η ανάπτυξη περισσότερων Ψυχιατρικών Τμημάτων σε Γενικά Νοσοκομεία, Κέντρα Ημέρας, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα κλπ.

Το σύστημα παροχής Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας στις Ένοπλες Δυνάμεις

Προσανατολισμένη στο πνεύμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, η διάρθρωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Στρατού στοχεύει στην Πρωτοβάθμια φροντίδα (συμμετέχουν ο γιατρός Μονάδος, ο Διοικητής, οι *Ομάδες Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας* [ΟΨΜ] και ο στρατιωτικός ψυχίατρος, σε ρόλο εποπτείας), στην Δευτεροβάθμια φροντίδα (υπεύθυνες οι μικρές υγειονομικές μονάδες όπου υπάρχει υπεύθυνος στρατιωτικός ψυχίατρος) και στην Τριτοβάθμια φροντίδα (τα Νοσοκομεία σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη με τις αντίστοιχες Ψυχιατρικές Κλινικές). Οι *Ομάδες Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας* αποτελούν τον πυρήνα των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας του Στρατού. Πρόκειται για ένα δίκτυο που θεσμοθετήθηκε το 1997 και

αναθεωρήθηκε το 2003 και βασίζεται στις αρχές της Κοινοτικής και Στρατιωτικής Ψυχιατρικής. Οι αρχές της Κοινοτικής Ψυχιατρικής περιλαμβάνουν την *Αρχή του Θεραπευτικού Συνεχούς* και την *Αρχή της Τομεοποίησης*, ενώ οι Αρχές Στρατιωτικής Ψυχιατρικής βασίζονται επιπλέον στην *Αμεσότητα* (*immediacy*), την *Εγγύτητα* (*proximity*), την *Προσδοκία* (*expectancy*), την *Απλότητα* (*simplicity*), την *Κεντρικότητα* (*centrality*) και τη *Συντομία* (*brevity*).

Οι Ομάδες Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας έχουν ως σκοπό τη διερεύνηση, την ανίχνευση και την αντιμετώπιση των παραγόντων εκείνων που επηρεάζουν την ψυχική υγεία αλλά και την εκπαίδευση του προσωπικού. Ένα επιπλέον μέλημα των ομάδων αυτών είναι και η παρέμβαση σε ψυχολογικές κρίσεις. Η τυπική δομή των Ομάδων Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας περιλαμβάνει Ψυχολόγο, Κοινωνιολόγο, Κοινωνικό Λειτουργό, έναν Αξιωματικό Υγειονομικού (Ψυχολόγο ή Ιατρό άνευ ειδικότητας) και έναν Στρατιωτικό Ψυχίατρο, ως επόπτη. Αναπτύσσονται συνολικά 54 Ομάδες Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας, εκ των οποίων 17 σε Κέντρα Νεοσυλλέκτων, 15 σε δευτερεύοντα Κέντρα Νεοσυλλέκτων και 22 σε Σχηματισμούς. Το δίκτυο αυτό υποστηρίζεται από τον Διοικητή Μονάδος, από τον Διοικητικό Υπεύθυνο των ΟΨΜ, από τον Διευθυντή των περιφερειακών μικρών υγειονομικών μονάδων, από τους Στρατιωτικούς Ψυχιάτρους και από τις Ψυχιατρικές Κλινικές. Συντονιστικό όργανο είναι η Διεύθυνση Υγειονομικού.

Μετά την εφαρμογή (2003) της «*Τηλεφωνικής Γραμμής Ψυχολογικής Στήριξης και Παρέμβασης στην Κρίση*» (8001145551 – 2 -3), το σύστημα *Τηλε-Ψυχιατρικής* (Πρόγραμμα, «Φίλιππος» - Κοινωνία της Πληροφορίας Α.Ε) αναμένεται να αυξήσει περαιτέρω την αμεσότητα και την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης.

Αναλυτικότερα, το *Δίκτυο Τηλεϊατρικής - Πρόγραμμα «Φίλιππος»*-, περιλαμβάνει ένα κέντρο συντονισμού και 30 φορητές μονάδες. Ο Στρατός Ήθρας διαθέτει 15 συστήματα, 7 για Μονάδες Υγειονομικού Νομού Έβρου (Ορεστιάδα) και νήσων Αιγαίου (Λήμνος, Λέσβος, Χίος, Σάμος, Κως, Ρόδος), και 8 για τις μικρονήσους Σαμοθράκη, Ικαρία, Λέρο, Κάλυμνο, Τήλο, Χάλκη, Κάρπαθο, και Καστελόριζο. Το Πολεμικό Ναυτικό διαθέτει 6 συστήματα σε πολεμικά πλοία και ναυτικά φυλάκια και η Πολεμική Αεροπορία 9 συστήματα (Βίτσι, Λευκάδα, Μύκονο, Πήλιο, Σητεία, Άραξο, Ανδραβίδα, Πρέβεζα, Καστέλι). Συγχρόνως διατίθεται δίκτυο τηλεδιάσκεψης των στρατιωτικών νοσοκομείων με δημιουργία κατάλληλα διαμορφωμένων αιθουσών στα νοσοκομεία του έργου *ΦΙΛΙΠΠΟΣ*.

Το Διακλαδικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Ενόπλων Δυνάμεων

Το Διακλαδικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Ενόπλων Δυνάμεων είναι μια Α΄ βάθμια δομή παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας η οποία απευθύνεται στην στρατιωτική κοινότητα. Φιλοδοξεί να προσεγγίσει τόσο το έφεδρο όσο και το μόνιμο προσωπικό των Ενόπλων Δυνάμεων, καθώς και τα μέλη των οικογενειών αυτών παρέχοντας πληροφόρηση, υποστήριξη και θεραπεία.

Η φιλοσοφία του Κέντρου ξεφεύγει από την κλασσική ιατρική αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου, η οποία θέλει το άτομο παθητικό δέκτη των ιατρικών οδηγιών, αλλά εστιάζει σε μια ενεργό κινητοποίηση και συμμετοχή. Επιδιώκει την εκπαίδευση των μελών της στρατιωτικής κοινότητας ώστε να αναγνωρίζουν και να συμβάλουν στην αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων.

Στόχοι

- ❑ Πρόληψη των ψυχικών νοσημάτων στη στρατιωτική κοινότητα
- ❑ Πρόληψη και αντιμετώπιση προβληματικών εκδηλώσεων της συμπεριφοράς στο στρατιωτικό, οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον
- ❑ Υποβοήθηση των στρατευσίμων στην ομαλή προσαρμογή και ολοκλήρωση της θητείας τους
- ❑ Υποστήριξη των οικογενειών του εν ενεργεία και εν αποστρατεία στρατιωτικού προσωπικού και πολιτικών υπαλλήλων του Υπουργείου Εθνικής Άμυνας
- ❑ Πρόληψη και διαχείριση του καθημερινού στρες
- ❑ Πρόληψη και διαχείριση εργασιακού στρες
- ❑ Διαχείριση στρες οφειλόμενου σε ψυχικά τραυματικό γεγονός
- ❑ Πρόληψη και διαχείριση στρες οφειλόμενου σε στρατιωτικές επιχειρήσεις

Παρεχόμενες Υπηρεσίες

- ❑ Λειτουργία σε 24ωρη βάση της **Τηλεφωνικής Γραμμής Ψυχολογικής Υποστήριξης και Παρέμβασης σε Κρίση**. Τηλέφωνα επικοινωνίας: **8001145551-2-3** χωρίς χρέωση από σταθερό τηλέφωνο και **2108105068, 2105574121** με αστική χρέωση
- ❑ Συμβουλευτική Διοικήσεων για χειρισμό ειδικών περιστατικών και καταστάσεων
- ❑ Πρόγραμμα πρόληψης και διαχείρισης εργασιακού στρες και επιχειρησιακού στρες

- ❑ Εκπαιδευτικές και ενημερωτικές δράσεις στο προσωπικό των Ενόπλων Δυνάμεων με στόχο την ευαισθητοποίηση, πρόληψη και προαγωγή της ψυχικής υγείας
- ❑ Ψυχοθεραπεία, συμβουλευτική ατόμου-ζεύγους-γονέων-οικογένειας, ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία
- ❑ Ψυχιατρική παρακολούθηση ενηλίκων
- ❑ Ιατρείο διαταραχών πρόσληψης τροφής: ψυχογενής ανορεξία, βουλιμία
- ❑ Ιατρείο σεξουαλικών διαταραχών
- ❑ Παρέμβαση σε δυνητικά ψυχικά τραυματικά γεγονότα
- ❑ Λειτουργία εξειδικευμένου κέντρου μελέτης και εφαρμογής συστημάτων επιλογής στρατιωτικού προσωπικού.
- ❑ Έρευνα σε θέματα στρατιωτικής ψυχικής υγείας
- ❑ Εξειδικευμένο γραφείο συμβουλευτικής των εξαρτήσεων
- ❑

Τα τμήματα

- ❑ Πρόληψης
- ❑ Θεραπείας-Αποκατάστασης
- ❑ Εκπαίδευσης-Έρευνας
- ❑ Ψυχικής Υγείας στη διάρκεια Επιχειρήσεων
- ❑ Επιλογής προσωπικού

Το προσωπικό

Το προσωπικό αποτελείται από ειδικούς ψυχικής υγείας και των τριών Κλάδων των Ενόπλων Δυνάμεων: Ψυχιάτρους, Ψυχολόγους, Νοσηλευτές, Κοινωνικούς Λειτουργούς κ.α.

Οι δικαιούχοι των υπηρεσιών

- ❑ Εν ενεργεία στρατιωτικό προσωπικό Ενόπλων Δυνάμεων, μόνιμο και στρατευμένης θητείας,
- ❑ Εν αποστρατεία μόνιμο στρατιωτικό προσωπικό
- ❑ Πολιτικοί υπάλληλοι Υπουργείου Εθνικής Άμυνας
- ❑ Συνταξιούχοι πολιτικοί υπάλληλοι Υπουργείου Εθνικής Άμυνας
- ❑ Ενήλικα μέλη των οικογενειών των ανωτέρω κατηγοριών.

Πρόσβαση

Το **Διακλαδικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Ενόπλων Δυνάμεων** εδρεύει στο 414 Στρατιωτικό Νοσοκομείο Ειδικών Νοσημάτων, Ταξιάρχου Βέλιου 6, 15236 Παλαιά Πεντέλη, ΣΤΓ 902.

Η πρόσβαση με Μέσα Μαζικής Μεταφοράς πραγματοποιείται με τις λεωφορειακές γραμμές **460** και **461** από το σταθμό **Μετρό Χαλανδρίου** και τη γραμμή λεωφορείου **446** από το σταθμό **ΗΣΑΠ Αμαρουσίου**.

Ραντεβού – Επικοινωνία

8001145551-2-3 χωρίς χρέωση από σταθερό τηλέφωνο

2108105068 και **2105574121** με αστική χρέωση

.....

.....

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ Α΄ΒΑΘΜΙΑΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΙΣ ΕΝΟΠΛΕΣ ΔΥΝΑΜΕΙΣ

Η διαταραχή άγχους και η διαταραχή της κατάθλιψης είναι δύο από τις πιο συχνές διαταραχές στην ιατρική. Αν και προκαλούν σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα, συνήθως διαφεύγουν της διάγνωσης και της θεραπείας. Το οικονομικό κόστος των διαταραχών αυτών περιλαμβάνει το κόστος θεραπείας, την απώλεια σε παραγωγικότητα και το κόστος από τη νόσο ή το θάνατο. Οι εκτιμήσεις για το οικονομικό κόστος από την κατάθλιψη φθάνει στις ΗΠΑ τα 43,7 δισεκατομμύρια δολάρια (12,4 δισεκατομμύρια δολάρια το κόστος θεραπείας, 7,5 δισεκατομμύρια δολάρια το κόστος από το θάνατο, και 23,8 δισεκατομμύρια δολάρια το κόστος νοσηρότητας). Στη πραγματικότητα, η κατάθλιψη έχει μεγαλύτερη επίπτωση σε σχέση με άλλες χρόνιες ιατρικές καταστάσεις όπως υπέρταση, διαβήτης, αρθρίτιδα, και πνευμονικές νόσοι, όπως μετρήθηκαν με βάση τη σωματική και κοινωνική λειτουργικότητα, την αντίληψη της τρέχουσας υγείας και την εμπειρία του πόνου.

Οι διαταραχές κατάθλιψης και άγχους μπορεί να επηρεάσουν σημαντικά την ποιότητα ζωής. Για παράδειγμα οι ασθενείς με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή και διαταραχή πανικού αναφέρουν σημαντική επιβάρυνση στην καθημερινή τους ζωή. Μία σχετική με αυτές πάθηση, η ιδεοληπτική-καταναγκαστική διαταραχή, επηρεάζει σημαντικά την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου διαταράσσοντας τις σχέσεις με την οικογένεια και καταλήγοντας ακόμη και σε απώλεια της εργασίας του.

Επειδή οι περισσότεροι ασθενείς με τις διαταραχές αυτές αντιμετωπίζονται από ιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, είναι σημαντικό οι γιατροί αυτοί να μπορούν να ανιχνεύουν τα συμπτώματα, να διαγιγνώσκουν σωστά τις διαταραχές άγχους και κατάθλιψης και να αντιμετωπίζουν κατάλληλα τους ασθενείς αυτούς. Οι γνώσεις των ιατρών στον τομέα αυτό θα μπορούσε να βελτιώσει σημαντικά την λειτουργικότητα, την ποιότητα ζωής και τη γενικότερη υγεία των ασθενών που πάσχουν από τις διαταραχές αυτές. Οι περισσότεροι κλινικοί γνωρίζουν ότι πολλοί ασθενείς με καταθλιπτικές ή αγχώδεις διαταραχές συχνά δεν μιλούν για τα συναισθήματά τους, αλλά παραπονούνται περισσότερο για τα σωματικά τους ενοχλήματα. Για το λόγο αυτό οι κλινικοί θα πρέπει να συζητούν ανοιχτά τα θέματα αυτά με τους ασθενείς τους και να βοηθούν, ώστε να απαλυνθεί η προκατάληψη σχετικά με τις διαταραχές αυτές.

Ανίχνευση της κατάθλιψης

Για να εξεταστεί ένας ασθενής για κατάθλιψη, είναι σκόπιμο να του υποβληθούν οι παρακάτω ερωτήσεις:

- Αισθάνεσαι συχνά «πесμένος» ή θλιμμένος ;
- Μήπως έχεις παρατηρήσει μείωση ή αύξηση του ύπνου ή της όρεξής σου ;
- Μήπως αισθάνεσαι «κομμένος» ή κουρασμένος τον περισσότερο χρόνο ;
- Αισθάνεσαι συχνά αβοήθητος και χωρίς ελπίδα ;
- Σκέφτεσαι συχνά το θάνατο και την αυτοκτονία ;

Είναι σημαντικό να προσδιοριστεί η ακριβής καταθλιπτική διαταραχή. Για παράδειγμα ένας ασθενής μπορεί να έχει μείζονα καταθλιπτική διαταραχή ή κατάθλιψη λόγω αλκοολισμού, που δεν είχε νωρίτερα διαγνωστεί. Είναι σημαντικός ο προσδιορισμός του βαθμού αυτοκτονικότητας και κινδύνου του ασθενούς. Ασθενείς που δείχνουν μία ξαφνική εικόνα βελτίωσης από την κατάθλιψη, μπορεί να βρίσκονται σε μεγάλο κίνδυνο για απόπειρα αυτοκτονίας, επειδή, βλέποντας ότι ο τερματισμός της ζωής είναι μία καλή λύση, νιώθουν μία ξαφνική ηρεμία.

Το επόμενο βήμα είναι η ανίχνευση παθολογικών καταστάσεων ή χρήσης ουσιών, που δύνανται να προκαλέσουν κατάθλιψη και η αντιμετώπιση της πρωτογενούς αιτίας. Για παράδειγμα ένας ασθενής μπορεί να παρουσιάζει όλα τα συμπτώματα της μείζονος κατάθλιψης και στην παθολογική εξέταση να βρεθούν υψηλά επίπεδα ορμόνης, που διεγείρει το θυρεοειδή (TSH), και χαμηλά επίπεδα τριιωδοθυρονίνης (T₃) και θυροξίνης (T₄). Μετά από κατάλληλη θεραπεία θυρεοειδικής υποκατάστασης, τα καταθλιπτικά συμπτώματα του ασθενούς βαθμιαία υποχωρούν.

Το επόμενο σημαντικό βήμα είναι να προσδιοριστεί διαφοροδιαγνωστικά, εάν ο ασθενής πάσχει από καθαρά καταθλιπτική διαταραχή ή από διπολική (μανιοκαταθλιπτική) διάταραχή, επειδή τα αντικαταθλιπτικά στρέφουν συχνά τους διπολικούς ασθενείς προς ένα μανιακό ή υπομανιακό επεισόδιο. Τέτοιες δύσκολες περιπτώσεις είναι ασθενείς που παρουσιάζονται με κατάθλιψη χωρίς ιστορικό μανιακού ή υπομανιακού επεισοδίου, αλλά έχουν σαφές οικογενειακό ιστορικό διπολικής διαταραχής. Οι ασθενείς αυτοί απαιτείται να έχουν πιο προσεκτική παρακολούθηση για το ενδεχόμενο ανάπτυξης μανιακών συμπτωμάτων.

Το επόμενο βήμα είναι η ανίχνευση ενδεχόμενων συμπτωμάτων ψύχωσης, όπως το να ακούει ο ασθενής φωνές χωρίς την παρουσία άλλων ατόμων δίπλα του ή να βλέπει πράγματα, που οι άλλοι δεν βλέπουν. Τα συμπτώματα αυτά υποδεικνύουν την ανάγκη χορήγησης αντιψυχωτικής αγωγής.

Κατόπιν ο κλινικός θα πρέπει να προσδιορίσει τη διάρκεια και τη βαρύτητα των καταθλιπτικών επεισοδίων, την τάση τους να υποτροπιάζουν και το βαθμό στον οποίο επηρεάζεται η λειτουργικότητα του ασθενούς. Ο κλινικός επίσης θα πρέπει να διερευνήσει το οικογενειακό ιστορικό για συναισθηματικές νόσους και απόπειρες αυτοκτονίας, επειδή η παράμετρος αυτή αυξάνει την επικινδυνότητα νόσησης και θανάτου.

Ανίχνευση του άγχους

Για να εξεταστεί ένας ασθενής για άγχος θα πρέπει να του υποβληθούν οι παρακάτω ερωτήσεις:

- * Αισθάνεσαι συχνά υπερένταση ;
- * Αισθάνεσαι συχνά λύπη ή εκνευρισμό ;
- * Αισθάνεσαι ταχυκαρδίες ή δύσπνοια ;
- * Αισθάνεσαι συχνά μυϊκούς πόνους ή αδυναμία ;
- * Έχεις επαναλαμβανόμενες άσχημες σκέψεις ή συνήθειες ;

Παρόμοια, βλέποντας ο κλινικός κάποιο περιστατικό άγχους, είναι σημαντικό να αποκλείσει ιατρικές ή οφειλόμενες σε ουσίες καταστάσεις. Τόσο η τοξίκωση από ουσίες όσο και η απόσυρση από αυτές μπορεί να προκαλέσουν συμπτώματα άγχους. Είναι επίσης σημαντικό να ρωτήσουμε τον ασθενή, εάν παίρνει φάρμακα για τα οποία δεν απαιτείται συνταγή, όπως αγωγές διαίτης ή βότανα, τα οποία ενδέχεται να παράγουν συμπτώματα άγχους. Σημαντικό επίσης είναι να προσδιορίσουμε, εάν το άγχος είναι συνεχές ή έρχεται κατά επεισόδια, τη διάρκειά του, καθώς και τους προδιαθεσικούς ή σχετιζόμενους με αυτό παράγοντες. Οι διαταραχές διάθεσης έχουν επίσης ένα στοιχείο άγχους, γεγονός που τις περιλαμβάνει στις καταστάσεις που θα πρέπει να τεθούν στη διαφοροδιάγνωση. Επίσης είναι σημαντικό να ανιχνευτούν ενδεχόμενες ιδεοληψίες ή καταναγκασμοί, οι οποίοι, ως συμπτώματα ελέγχου της παρόρμησης, συνδέονται με το άγχος. Τόσο η κατάθλιψη όσο και το άγχος σχετίζονται συχνά με αυτο-θεραπεία με αλκοόλ, ουσίες ή κάπνισμα. Επιπλέον κάποιες ιατρικές καταστάσεις συνδέονται συχνότερα από άλλες με κατάθλιψη και άγχος. Τέτοιες καταστάσεις είναι η λοίμωξη με τον ιό της ανοσολογικής ανεπάρκειας (HIV), η εγκυμοσύνη, τα εγκεφαλικά επεισόδια, το έμφραγμα μυοκαρδίου, κάποιοι τύποι καρκίνου και οι θυρεοειδικές νόσοι.

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Εισαγωγή

Η τρέχουσα οικονομική κρίση μπορεί να συγκριθεί με τις μεγαλύτερες οικονομικές κρίσεις του περασμένου αιώνα. Η διεθνής ιστορική εμπειρία έχει στην ουσία να προβάλλει τρεις σοβαρές υφέσεις κατά την τελευταία εκατονταετία. Το κραχ του '29, την οικονομική κατάρρευση των πρώην Σοβιετικών χωρών στις αρχές του '90 και την ασιατική οικονομική κρίση στην εκπνοή του αιώνα. Αν και κάθε κρίση είχε διαφορετικά χαρακτηριστικά, μπορούμε να θυμηθούμε τις μαζικές αυτοκτονίες χρηματιστών στο «κραχ» του '29 και τη «μαυρη ζώνη θανάτου» της Ρωσίας λόγω της δραματικής αύξησης των αυτοκτονιών, ανθρωποκτονιών και βίαιων θανάτων. Ο αντίκτυπος των οικονομικών κρίσεων στη γενική υγεία ποικίλλει, αφού εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, ενώ απαιτείται προσοχή στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων των σχετικών ερευνών. Για τις χώρες υψηλού εισοδήματος, η θνησιμότητα και το προσδόκιμο επιβίωσης δείχνουν απίθανο να επηρεαστούν. Ενίοτε μάλιστα αναφέρονται και θετικές επιδράσεις, αφού η μείωση της υπερκατανάλωσης έχει θετικά αποτελέσματα. Κάποιοι ερευνητές τονίζουν ότι οι βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις μιας οικονομικής κρίσης στη γενική υγεία ενδέχεται να είναι και θετικές. Για παράδειγμα, έρευνες σε ΗΠΑ και Ευρώπη έδειξαν αύξηση της θνησιμότητας κατά την οικονομική ανάπτυξη και μείωση κατά την οικονομική ύφεση. Συγκεκριμένα, η ύφεση δείχνει να σχετίζεται με λιγότερους θανάτους από τροχαία ατυχήματα, λιγότερους θανάτους σχετιζόμενους με το αλκοόλ και λιγότερες εισαγωγές στα νοσοκομεία. Άλλες έρευνες σε ευρωπαϊκές χώρες, που διερεύνησαν τις οικονομικές διακυμάνσεις με δείκτες όπως το ποσοστό ανεργίας και τη μεταβολή του ΑΕΠ, βρήκαν θετική σχέση μεταξύ της οικονομικής ύφεσης και του κινδύνου θνησιμότητας για τους άνδρες, ενώ οι γυναίκες έδειξαν να μην επηρεάζονται. Η χαμηλή κοινωνικοοικονομική στάθμη του ατόμου, όπως αυτή προσδιορίζεται από το χαμηλό εισόδημα, τη χαμηλή εκπαίδευση, την εργασία χαμηλών δεξιοτήτων και τον κοινωνικό αποκλεισμό, έδειξε να συνδέεται με κακή σωματική υγεία, κακή ψυχολογική και συναισθηματική υγεία και αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας.

Σημαντικές όμως φαίνεται να είναι οι επιπτώσεις των οικονομικών υφέσεων και στα παιδιά. Πρώιμες αντίξοες εμπειρίες μπορεί να τροποποιήσουν τη δομική και λειτουργική ανάπτυξη του εγκεφάλου του παιδιού, συμβάλλοντας στην αρνητική έκβαση της ψυχικής υγείας στο μέλλον. Έρευνες έδειξαν ότι η κακή κοινωνικοοικονομική κατάσταση των γονέων σχετίζεται με χαμηλή ικανότητα

εστίασης της προσοχής των παιδιών, ενώ παιδιά που μεγαλώνουν σε ιδρύματα βρέθηκε να έχουν σημαντικά μεγαλύτερο όγκο αμυγδαλής . Είναι γνωστό επίσης ότι η πρώιμη έκθεση της μητέρας σε στρες λόγω κατάθλιψης, άγχους ή υποσιτισμού κατά την εγκυμοσύνη, αυξάνει τη δραστηριότητα του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια στο βρέφος, με αποτέλεσμα την τροποποιημένη απάντηση στα στρεσογόνα ερεθίσματα, ένα γεγονός που παραμένει σε όλη τη διάρκεια της ζωής του. Ο υποσιτισμός του ίδιου του βρέφους μπορεί επίσης να παίξει σημαντικό ρόλο. Για παράδειγμα, η έλλειψη του ρετινοϊκού οξέος, παραγώγου της βιταμίνης Α, έχει αρνητική επίδραση στη νοητική ανάπτυξη, η έλλειψη των ω-3 λιπαρών οξέων σχετίζεται με μεγαλύτερη επίπτωση κατάθλιψης και ΔΕΠΥ, ενώ η έλλειψη σιδήρου διαταράσσει τη διαδικασία της μυελίνωσης.

Οι επιπτώσεις των οικονομικών κρίσεων στην ψυχική υγεία

Η σημασία των ψυχικών, και ιδιαίτερα των συναισθηματικών διαταραχών, για τη δημόσια υγεία φαίνεται από το γεγονός ότι κατατάσσονται ανάμεσα στις πρώτες αιτίες που προκαλούν σημαντική ανικανότητα, ενώ οι διαταραχές αυτές αναμένεται να αυξηθούν και να γίνουν μέχρι το 2020 δευτερες σε συχνότητα, μετά την ισχαιμική καρδιοπάθεια (Π.Ο.Υ.). Όλες σχεδόν οι έρευνες δείχνουν τον αντίκτυπο των οικονομικών υφέσεων στην ψυχική υγεία. Ακόμα και όταν οι συνολικοί δείκτες υγείας, όπως η συνολική θνησιμότητα και το προσδόκιμο επιβίωσης δεν επηρεάζονται, τα ποσοστά ειδικών αιτιών θνησιμότητας δείχνουν να επηρεάζονται από τη σοβαρότητα της κρίσης. Για παράδειγμα, η αύξηση των αυτοκτονιών, ανθρωποκτονιών, κατάχρησης αλκοόλ, ψυχιατρικών διαταραχών, ηπατικών κίρρωσεων και ελκών του πεπτικού αυξάνονται σε συνθήκες απότομης αύξησης της ανεργίας. Πολλές έρευνες δείχνουν τη συσχέτιση μεταξύ της οικονομικής ανέχειας και της κατάθλιψης. Μια μελέτη από τη Χιλή βρήκε ισχυρή σχέση μεταξύ απότομης μείωσης του εισοδήματος και εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών, με την μείωση του εισοδήματος να λαμβάνει χώρα σε διάστημα 6 μηνών πριν από την εκδήλωση συμπτωμάτων. Επίσης, το οικονομικό χρέος είναι ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας που προδιαθέτει σε κατάθλιψη. Μια μελέτη σε Αγγλία, Σκωτία και Ουαλία έδειξε σαφή σχέση χρέους και κακής ψυχικής υγείας. Πρόσφατη ανασκόπηση, επίσης, τεκμηριώνει τη συσχέτιση μεταξύ φτώχειας και ψυχικών διαταραχών. Η συσχέτιση μάλιστα αυτή προέκυψε με όλους τους δείκτες φτώχειας που χρησιμοποιήθηκαν. Παράμετροι όπως το χαμηλό εισόδημα, η ανασφάλεια, η απελπισία, η κοινωνική μεταβολή, το στίγμα-διάκριση-κοινωνικός αποκλεισμός, η συννοσηρότητα με σωματικά νοσήματα και κυρίως η περιορισμένη εκπαίδευση εξηγούν τη μεγαλύτερη ευαλωτότητα των φτωχών στα

ψυχικά νοσήματα. Σε συνθήκες οικονομικής κρίσης οι φτωχοί αποτελούν ομάδα κινδύνου, αφού είναι οι πρώτοι που πλήττονται. Παράλληλα τα άτομα που ήδη νοσούν από ψυχικά νοσήματα, λόγω της υπάρχουσας έκπτωσης της λειτουργικότητάς τους, αποτελούν επίσης ομάδα υψηλού κινδύνου. Με τον τρόπο αυτό δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος όπου η φτώχεια ευνοεί τις ψυχιατρικές διαταραχές αλλά και το αντίστροφο. Οι Stuckler et al.(49), μελέτησαν σε 26 χώρες της Ευρώπης για το διάστημα 1970-2006, τον τρόπο που οι οικονομικές μεταβολές επηρέασαν τα ποσοστά θνησιμότητας στην Ευρώπη κατά τις τελευταίες τρεις δεκαετίες, καθώς επίσης και τον τρόπο που οι κυβερνήσεις θα μπορούσαν να περιστείλουν τις δυσμενείς επιπτώσεις τους. Βρήκαν ότι για κάθε αύξηση 1% στην ανεργία, υπήρχε αύξηση 0,8% στις αυτοκτονίες, στις ηλικίες κάτω των 65 ετών, καθώς και αύξηση 0,8% στις ανθρωποκτονίες. Αντίθετα, τα τροχαία ατυχήματα ελαττώθηκαν κατά 1,4%. Επίσης, αύξηση πάνω από 3% στην ανεργία είχε αντίστοιχα ακόμη μεγαλύτερη επίδραση στις αυτοκτονίες (αύξηση >4%), στις ηλικίες κάτω των 65 ετών, καθώς και στους θανάτους από χρήση αλκοόλ. Τέλος, βρήκαν ότι τα αυξανόμενα ποσοστά ανεργίας δεν είχαν καμία επίπτωση στο ποσοστό των αυτοκτονιών, όταν οι δαπάνες σε ενεργά προγράμματα στήριξης της αγοράς εργασίας, τα οποία αποσκοπούν στη διατήρηση θέσεων εργασίας και την επανένταξη των απολυόμενων, ήταν πάνω από 190\$/άτομο/έτος.

Με σκοπό τη διερεύνηση ενδεχόμενης επίπτωσης της τρέχουσας οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία στην Ελλάδα, διερευνήθηκε πρόσφατα (Γιωτάκος και συν, 2011) η συσχέτιση των οικονομικών δεικτών ανεργία και μέσο εισόδημα της τελευταίας 20ετίας και των εξής δεικτών ψυχικής υγείας: εισαγωγές σε ψυχιατρική κλινική, επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία και επείγοντα ψυχιατρικών κλινικών, αυτοκτονίες, ανθρωποκτονίες, θνησιμότητα και διαζύγια, της τελευταίας 10ετίας. Τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν από τη Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία και από τα Νοσοκομεία Αιγινήτειο, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Γενικό Κρατικό Αθηνών και Ευαγγελισμός. Έγινε στατιστική επεξεργασία των δεδομένων με τη χρήση απλής και πολλαπλής παλινδρόμησης. Βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ του ποσοστού ανεργίας και των επισκέψεων, τόσο στα Εξωτερικά Ιατρεία ($R^2=0.40$, $p=0,001$) όσο και στο Τμήμα Επειγόντων ($R^2=0.49$, $p=0,0002$) του Αιγινήτειου Νοσοκομείου. Το ποσοστό ανεργίας κατά την περίοδο 1981-2008 βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με τον αριθμό των ανθρωποκτονιών ($R^2=0,16$, $\beta=0,000049$, $p=0,03$), όπως επίσης και με τον αριθμό των διαζυγίων ($R^2=0,20$, $\beta=0,005$, $p=0,02$) κατά την ίδια περίοδο. Το μέσο εισόδημα ως ανεξάρτητη μεταβλητή, έδειξε να σχετίζεται θετικά με τις επισκέψεις τόσο στα εξωτερικά ιατρεία ($R^2=0,55$, $p<0,001$) όσο και στα επείγοντα ($R^2=0,37$, $p=0,004$) του Αιγινήτειου. Όταν περιλήφθηκαν όμως τα δεδομένα και από τα 4 νοσοκομεία βρέθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ του μέσου εισοδήματος και των επισκέψεων στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία ($R^2=0,70$,

$p=0,02$) και στα επείγοντα ($R^2=0,90$, $p<0,001$). Επίσης, βρέθηκε σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ του μέσου εισοδήματος και του ποσοστού των αυτοκτονιών ($R^2=0,37$, $p=0,007$), ενώ θετική συσχέτιση προέκυψε μεταξύ του μέσου εισοδήματος και του ποσοστού διαζυγίων ($R^2=0,73$, $p<0,001$).

Επιβαρυντικοί παράγοντες

Μια οικονομική κρίση προκαλεί ψυχολογική επιβάρυνση τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο. Σύμφωνα με τον Probst (2005), το οικονομικό αυτό στρες περιλαμβάνει τις πλευρές της οικονομικής ζωής που λειτουργούν ως δυνητικά στρεσογόνα ερεθίσματα για τους εργαζόμενους και τις οικογένειές τους και αποτελούνται τόσο από υποκειμενικά όσο και αντικειμενικά συστατικά. Τα στρεσογόνα αυτά ερεθίσματα αφορούν δύο βασικές παραμέτρους, το εργασιακό status και το ατομικό εισόδημα. Για παράδειγμα, η παράμετρος «εργασιακό status», αφορά τόσο την ανεργία, που είναι αντικειμενικό στρεσογόνο ερέθισμα, όσο και την εργασιακή ανασφάλεια, που είναι υποκειμενικό. Παρομοίως, η παράμετρος «ατομικό εισόδημα», αφορά τόσο την οικονομική ανέχεια που είναι η αντικειμενική ανικανότητα πλήρωσης των τρεχουσών οικονομικών αναγκών, όσο και την οικονομική πίεση που αφορά στην υποκειμενική αίσθηση ανεπάρκειας του εισοδήματος. Έτσι εξηγείται γιατί σε μια κοινωνία σε οικονομική κρίση επηρεάζονται άμεσα και βαρύτερα οι φτωχοί και οι άνεργοι αλλά το άγχος και η δυσφορία επηρεάζουν και το υπόλοιπο, οικονομικά ισχυρότερο, κομμάτι του πληθυσμού.

Σε ατομικό επίπεδο, αξίζει να εξετάζονται τα αντικειμενικά στρεσογόνα ερεθίσματα, όπως ανεργία, εισόδημα νοικοκυριού, αριθμός μελών οικογένειας, χρέος, ατομικές διαφορές στη διαχείριση των χρημάτων, όπως τάσεις εξοικονόμησης χρημάτων ή συσσώρευσης χρεών, καθώς και οι οικονομικές γνώσεις και ικανότητες. Η εργασιακή ανασφάλεια φαίνεται να επηρεάζει περισσότερο τους μεγαλύτερους σε ηλικία εργαζόμενους και τις γυναίκες. Επίσης, η ύπαρξη κοινωνικής υποστήριξης και η υποστήριξη στο χώρο εργασίας από ανώτερους αλλά και συνεργάτες αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν το οικονομικό στρες. Σημαντικό επίσης ρόλο παίζουν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου, που σχετίζονται με την αυξημένη ευαλωτότητα στην ψυχοκοινωνική απειλή, όπως νεύρωση ή χαμηλή ανοχή στη ματαίωση, τα ατομικά χαρακτηριστικά που αντικατοπτρίζουν την ανάγκη αίσθησης ελέγχου των καταστάσεων και τα ατομικά χαρακτηριστικά που αφορούν στο γενικό αίσθημα αυτοεκτίμησης και προσωπικής αξίας.

Σε οργανωτικό επίπεδο, θα πρέπει να διερευνώνται οι πρακτικές και πολιτικές που χρησιμοποιούν οι εργοδοτικοί φορείς για να αποκριθούν στις μεταβαλλόμενες συνθήκες. Έχει βρεθεί για παράδειγμα ότι οι εργαζόμενοι στο Δημόσιο Φορέα παρουσιάζουν λιγότερη εργασιακή ανασφάλεια, ενώ οι εργαζόμενοι σε παρακμάζουσες επιχειρήσεις είναι πιο ευάλωτοι. Επίσης, το πνεύμα δικαιοσύνης, η έγκαιρη ενημέρωση, οι διευκολύνσεις, όπως άδειες άνευ αποδοχών, και οι αποζημιώσεις δρουν προστατευτικά για την ψυχική υγεία των εργαζόμενων.

Σε μακροοικονομικό επίπεδο, θα πρέπει να διερευνώνται τα διεθνή οικονομικά συστήματα, οι κανόνες της αγοράς, οι τιμές των τροφίμων και των καυσίμων, οι διεθνείς οικονομικές συγκυρίες, η βιομηχανική παραγωγή, και πολιτισμικά θέματα, όπως ο υπερκαταναλωτισμός και η χαμηλή ανοχή των κοινωνιών στην καινοτομία. Κοινωνίες με χαμηλή ανοχή σε απρόβλεπτες καταστάσεις τείνουν να δημιουργούν ισχυρά συστήματα κοινωνικής προστασίας και προασπίζουν την ασφάλεια της αγοράς εργασίας. Έτσι, για παράδειγμα οι άνεργοι Ελβετοί λαμβάνουν τουλάχιστον το 70% του κανονικού του εισοδήματος έως και 2 χρόνια, ενώ η υγειονομική ασφάλιση είναι υποχρεωτική, ανεξαρτήτως της εργασιακής κατάστασης. Τέτοια οφέλη είναι αδιανόητα για τις ΗΠΑ, όπου το επίδομα ανεργίας είναι κάτω από το όριο της φτώχειας, ενώ η απώλεια εργασίας συνεπάγεται και έλλειψη ασφάλισης.

Δυνατότητες αντιμετώπισης και πρόληψης

Στις περιόδους οικονομικών υφέσεων οι υπηρεσίες υγείας επηρεάζονται άμεσα μέσω της μείωσης κονδυλίων για την υγεία και τις δομές αποκατάστασης. Παράλληλα, η ανεργία, η έλλειψη ασφάλισης και η μείωση του εισοδήματος οδηγούν σε αποφυγή χρήσης των υπηρεσιών υγείας και φαρμάκων, σε υπο-θεραπεία των νοσημάτων και σε αύξηση των υποτροπών των χρόνιων νοσημάτων. Προτεραιότητα για κάθε χώρα που αντιμετωπίζει οικονομική κρίση είναι η προστασία της ζωής και της βιωσιμότητας των ατόμων που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο, με πρωταρχική πολιτική δράση την υποστήριξη κοινωνικών δικτύων ασφαλείας. Ένα σταθερό εύρημα των μελετών είναι ότι η ταχύτητα της οικονομικής μεταβολής αποτελεί σημαντικό κίνδυνο για την υγεία. Ο βαθμός στον οποίο οι οικονομικές μεταβολές επιδρούν στην υγεία επηρεάζεται από το βαθμό στον οποίο οι άνθρωποι είναι προστατευμένοι από την απειλή. Οι ειδικοί επικεντρώνονται στους ειδικούς παράγοντες κινδύνου, στο πλαίσιο κοινωνικής συνοχής (άτυπη πρόνοια) και στο πλαίσιο κοινωνικής προστασίας (επίσημη πρόνοια).

Οι κοινωνίες όμως διαφέρουν και στη διαθεσιμότητα κοινωνικής υποστήριξης. Οι δυνατότητες για πρωτογενή παρέμβαση στο οικονομικό στρες αφορούν στην προαγωγή της εργασίας και της οικονομικής υγείας μέσω προγραμμάτων οικονομικής επιμόρφωσης ή κρατικά επιδοτούμενων προγραμμάτων ανάπτυξης δεξιοτήτων. Αν και οι απολύσεις είναι η αρχική αντίδραση ενός οργανισμού στην οικονομική κρίση, εναλλακτικές στρατηγικές όπως μετακινήσεις θέσεων εργαζομένων, μείωση ωρών εργασίας ή άδειες άνευ αποδοχών, φαίνεται να μειώνουν το οικονομικό στρες. Επίσης, ανεξάρτητα από τη στρατηγική του εργοδότη, οι εργαζόμενοι θα πρέπει να είναι ενημερωμένοι για τη φύση των αλλαγών, ώστε να μειώνεται η ματαίωση και να ενισχύεται η εμπιστοσύνη. Καλές δυνατότητες παρέμβασης έχουν οι κυβερνήσεις που μπορούν να σχεδιάζουν προγράμματα οικονομικής ανάπτυξης, να προσελκύουν τους εργαζόμενους σε εργασίες μεγάλης ζήτησης, να προσφέρουν άμεση βοήθεια σε ευάλωτα άτομα που χάνουν την εργασία και να επανεκπαιδεύουν τους απολυμένους με σκοπό την επανένταξή τους στη νέα αγορά εργασίας.

Η δευτερογενής παρέμβαση αφορά στην προαγωγή διαχείρισης του στρες στις ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως για παράδειγμα συμβουλευτικά προγράμματα οικονομικής διαχείρισης, ψυχολογική υποστήριξη και οικονομικές διευκολύνσεις ή φοροελαφρύνσεις. Κλειδί στο επίπεδο της δευτερογενούς πρόληψης αποτελεί η ενίσχυση αντιμετώπισης των συνήθων ψυχιατρικών διαταραχών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Πρόσφατα στοιχεία έδειξαν την αποτελεσματικότητα και θετική σχέση κόστους-αποτελέσματος των ψυχολογικών και φαρμακολογικών παρεμβάσεων σε αναπτυσσόμενες χώρες.

Η τριτογενής παρέμβαση αφορά στην αποκατάσταση της οικονομικής υγείας των πληγέντων, για παράδειγμα με επιδόματα ανεργίας ή με ενεργά προγράμματα στήριξης της αγοράς εργασίας. Βρέθηκε ότι κάθε αύξηση 10 δολαρίων ανά άτομο στις επενδύσεις για προγράμματα στήριξης της αγοράς εργασίας μειώνει την επίπτωση της ανεργίας στις αυτοκτονίες κατά 0,04%. Μελέτη της σχέσης μεταξύ των δημόσιων κοινωνικών δαπανών και των αυτοκτονιών στις 27 χώρες του Οργανισμού για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη (OECD) από το 1980 έως το 2003 έδειξε ότι τα προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας μπορούν να αποτελέσουν ζωτικό παράγοντα για την πρόληψη των αυτοκτονιών και ειδικά σε χώρες που βιώνουν κοινωνικοοικονομική κρίση.

ΜΕΡΟΣ II

ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

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. Έχει βρεθεί ότι μέχρι και 15 % των ασθενών αυτοκτονούν. Επιπλέον στους ασθενείς πάνω από 55 ετών η συχνότητα αυτοκτονίας είναι τετραπλάσια της συχνότητας θανάτου του γενικού πληθυσμού. Οι ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη αναφέρουν συχνότερα πόνο και σωματικές νόσους, κάνουν περισσότερες επισκέψεις στους γιατρούς και έχουν μειωμένη συνολικά λειτουργικότητα.

Τα διαγνωστικά κριτήρια για τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, σύμφωνα με το DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), είναι η παρουσία ενός ή περισσότερων καταθλιπτικών επεισοδίων με την απουσία μανίας ή υπομανίας. Ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο προσδιορίζεται από την παρουσία 5 ή περισσότερων συμπτωμάτων, που διαρκούν για τουλάχιστον 2 εβδομάδες και συμβαίνουν τις περισσότερες ημέρες, σχεδόν ολόκληρη την ημέρα. Χαρακτηρίζονται από μεταβολή της βασικής λειτουργικότητας και τουλάχιστον από επιπρόσθετη καταθλιπτική διάθεση ή ανηδονία. Χρειάζεται η ταυτόχρονη παρουσία 5 ή περισσότερων από τα παρακάτω συμπτώματα και το επεισόδιο να μην μπορεί να αποδοθεί σε πένθος από απώλεια αγαπημένου προσώπου, σε επιδράσεις φαρμάκων ή σε σωματική νόσο, όπως ο υποθυρεοειδισμός.

- Καταθλιπτική διάθεση
- Έντονη μείωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης για δραστηριότητες
- Σημαντική αλλαγή στο βάρος ή στην όρεξη
- Αϋπνία ή υπερυπνία
- Ψυχοκινητική αναστάτωση ή επιβράδυνση
- Απώλεια ενέργειας ή κόπωση
- Αίσθηση αναξιότητας ή υπερβολικής / αδικαιολόγητης ενοχής
- Μειωμένη συγκέντρωση
- Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονικός ιδεασμός με ή χωρίς σχέδιο δράσης

Συνυπάρχουσες ψυχιατρικές καταστάσεις ενδέχεται να είναι η δυσθυμία, σε 10% - 15% των ασθενών με μείζονα κατάθλιψη («διπλή κατάθλιψη»), οι αγχώδεις διαταραχές (π.χ. διαταραχή πανικού, ψυχαναγκαστική – καταναγκαστική διαταραχή), οι διαταραχές σίτισης (π.χ. ψυχογενής ανορεξία, βουλιμία), οι διαταραχές προσωπικότητας (π.χ. οριακή διαταραχή προσωπικότητας) και οι διαταραχές από κατάχρηση ουσιών. Μέχρι και 25% των ασθενών με χρόνιες νόσους, όπως ο διαβήτης, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, το εγκεφαλικό επεισόδιο και ο καρκίνος, αναπτύσσουν μείζονα κατάθλιψη.

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 μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο στην πορεία εμφανίζουν μανιακό επεισόδιο (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 μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο μπορεί να διαρκέσει για 2 ή περισσότερα χρόνια.

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 ή στην ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT). 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% έως 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. 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 στο ECT ή 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 αποτελέσματα των περισσότερων αντικαταθλιπτικών θεραπειών εξελίσσονται αργά μέσα σε αρκετές ημέρες ή εβδομάδες. Μία επαρκής θεραπεία συνήθως περιλαμβάνει 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 θυρεοειδική 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 συννοσηρότητας, 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.

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΕ ΕΙΔΙΚΟΥΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ

Κατάθλιψη σε ηλικιωμένους

Η κατάθλιψη είναι ένα από τα περισσότερο συχνά και σοβαρά σύνδρομα στη γηριατρική ψυχιατρική. Οι ηλικιωμένοι επίσης έχουν δυσανάλογα υψηλή συχνότητα αυτοκτονίας, περίπου 4 φορές περισσότερη, σε σχέση με άλλους ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη. Η μείζων κατάθλιψη έχει μεγαλύτερη συχνότητα σε ηλικιωμένους ασθενείς που νοσηλεύονται σε νοσοκομεία ή άλλα ιδρύματα, όπου κυμαίνεται από 10-20%. Αρκετές μελέτες επίσης έδειξαν ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι περισσότερο συχνά σε ηλικιωμένους πάνω από 80 ετών και σε ηλικιωμένες γυναίκες, σε σχέση με ηλικιωμένους άνδρες. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν διαφορετική εμφάνιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, συγκρινόμενοι με τους νεώτερους, παρουσιάζοντας ειδικά περισσότερα σωματικά συμπτώματα και λιγότερο ανοικτά συμπτώματα από τη διάθεση. Όπως και με τα άλλα γηριατρικά ψυχιατρικά σύνδρομα, η απόκτηση ενός σφαιρικού ιστορικού από μέλη της οικογένειας είναι σημαντική για τη διάγνωση της κατάθλιψης. Οι ηλικιωμένοι καταθλιπτικοί έχουν συχνότερα την τάση να αναπτύσσουν ψυχωτικά συμπτώματα στη διάρκεια του επεισοδίου σε σχέση με τα νεότερα άτομα. Στους γηριατρικούς ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη η ανάρρωση από μία προηγούμενη σωματική νόσο μπορεί να αυξήσει την ανταπόκριση στην αντικαταθλιπτική θεραπεία. Σε ασθενείς με μόνιμη σοβαρή σωματική ανικανότητα η απάντηση στα αντικαταθλιπτικά μπορεί να είναι μειωμένη. Επίσης, βρέθηκε ότι η κατάθλιψη αυξάνει το ενδεχόμενο σωματικής ανικανότητας, γεγονός που προδιαθέτει για σοβαρότερη κατάθλιψη. Σημαντικός παράγοντας επίσης είναι η συννοσηρότητα με χρόνιες ιατρικές καταστάσεις, όπως καρκίνος, έμφραγμα μυοκαρδίου, νόσος Parkinson, αρθρίτιδα, υπέρταση, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και διαβήτης. Επίσης, πολλά κοινά φάρμακα, όπως οι β-αδρενεργικοί αναστολείς, είναι δυνατόν να παράγουν καταθλιπτικά συμπτώματα. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να επανεξετάζουμε τα λαμβανόμενα φάρμακα την περίοδο αυτή.

Η κλινική αντιμετώπιση περιλαμβάνει την ψυχοφαρμακολογία, την ηλεκτροσπασμοθεραπεία, την ψυχοθεραπεία (ειδικότερα γνωσιακή και συμπεριφορική) και την εκπαίδευση της οικογένειας.

Οι ηλικιωμένοι ενδέχεται να έχουν τροποποιημένη ηπατική λειτουργία, ειδικότερα σε σχέση με τη φάση I, που περιλαμβάνει τις μεταβολικές οδούς της απομεθυλίωσης και υδροξυλίωσης, οι οποίες αδρανοποιούν τα περισσότερα

αντικαταθλιπτικά. Επίσης, η νεφρική λειτουργία ενδέχεται να είναι μειωμένη με αποτέλεσμα την αυξημένη ευαισθησία στην αγωγή. Έτσι, οι ηλικιωμένοι ασθενείς χρειάζονται γενικά πολύ χαμηλότερη τόσο δόση έναρξης όσο και τελική δόση, λόγω της μειωμένης κάθαρσης των λαμβανομένων φαρμάκων και της μεγαλύτερης πιθανότητας για παρενέργειες. Η σταδιακή αύξηση της αγωγής θα πρέπει επίσης να γίνεται σε περισσότερο αργό ρυθμό από ότι στα νεότερα άτομα. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς ανέχονται γενικά τις παρενέργειες των εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs), των αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης-νορεπινεφρίνης (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, ντελίριο και στις αδρενεργικές επιδράσεις, οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν ορθοστατική υπόταση και συνεπώς πτώσεις στο έδαφος. 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.

Κατάθλιψη κατά την εγκυμοσύνη

Οι γυναίκες βιώνουν κατάθλιψη δύο φορές συχνότερα από ότι οι άνδρες. Η περίοδος ανατροφής του παιδιού είναι περίοδος αυξημένου κινδύνου για έναρξη κατάθλιψης στις γυναίκες. Μέχρι 70% των εγκύων αναπτύσσουν καταθλιπτικά συμπτώματα και 10-16% των γυναικών παρουσιάζουν μείζονα κατάθλιψη στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ο χειρισμός της κατάθλιψης στη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι δύσκολος. Ο κλινικός θα πρέπει πάντα να έχει υπόψη την πιθανότητα εγκυμοσύνης και τις επιδράσεις των ψυχοτρόπων φαρμάκων, όταν έχει να κάνει με γυναίκες ασθενείς, δεδομένου ότι οι μισές περίπου εγκυμοσύνες δεν είναι προγραμματισμένες. Παράγοντες κινδύνου για κατάθλιψη στη διάρκεια της εγκυμοσύνης περιλαμβάνουν το ιστορικό της ασθενούς ή της οικογένειας για κατάθλιψη, τα προβλήματα γάμου, τα πρόσφατα αντίξοα γεγονότα, τον μεγάλο αριθμό παιδιών και την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Ο μεγαλύτερος αριθμός καταθλιπτικών επεισοδίων συμβαίνει μεταξύ των εβδομάδων 34 έως 38 της εγκυμοσύνης. Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης η αλλαγή του όγκου κατανομής, η αύξηση της ηπατικής δραστηριότητας και της νεφρικής κάθαρσης οδηγεί σε πτώση

των επιπέδων φαρμάκου, γεγονός που μπορεί να καταλήξει σε αύξηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Η θεραπεία της κατάθλιψης στη διάρκεια της εγκυμοσύνης περιλαμβάνει την ψυχοθεραπεία, την φαρμακολογική αντιμετώπιση και την ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Η επίδραση της τελευταίας στο έμβρυο είναι σπάνια. Στους κινδύνους για μη θεραπεία της κατάθλιψης στη διάρκεια της εγκυμοσύνης περιλαμβάνεται η φτωχή διατροφή, η δυσκολία εφαρμογής των γυναικολογικών οδηγιών ή θεραπειών, η αυτοκτονικότητα και η αυξημένη χρήση καπνού, αλκοόλ και ουσιών.

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) κατά το πρώτο τρίμηνο δεν έδειξαν κάποια σύνδεση με εμβρυϊκές διαμαρτίες. Ίσως η λήψη του φαρμάκου αυτού να συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο περιγεννητικών επιπλοκών. Πρόσφατη μελέτη με τη φλουοξετίνη δεν έδειξε διαφορές στο IQ, τη γλωσσική ικανότητα και τη συμπεριφορά παιδιών, που είχαν ως έμβρυα εκτεθεί στο φάρμακο. Κάποιοι από τους νεώτερους SSRIs, όπως η φλουβοξαμίνη (Dumyrox), η παροξετίνη (Seroxat) και η σερταλίνη (Zoloft), χορηγούμενες στις συνιστώμενες δόσεις, δεν έδειξαν να αυξάνουν τον κίνδυνο τερατογένεσης. Από την ομάδα των σταθεροποιητών της διάθεσης, το λίθιο έδειξε αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρδιαγγειακών ανωμαλιών, πιο συχνά το σύνδρομο Ebstein, σε νεογνά που εκτέθηκαν σε αυτό στη διάρκεια του πρώτου τριμήνου. Έκθεση σε καρβαμαζεπίνη (Tegretol) κατά το πρώτο τρίμηνο συνδέεται με δισχιδή ράχη (1%). Το βαλπροϊκό (Depakine) έχει συνδεθεί με βλάβες του νωτιαίου σωλήνα (3-5%).

Επιλόχεια κατάθλιψη

Η περίοδος της λοχείας θεωρείται περίοδος αυξημένης επικινδυνότητας για διαταραχές της διάθεσης στις γυναίκες. Σε μεγαλύτερο κίνδυνο βρίσκονται οι γυναίκες με ιστορικό διαταραχών της διάθεσης, καθώς και αυτές που ένωσαν κατάθλιψη στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι επιλόχειες καταθλιπτικές διαταραχές διακρίνονται στις

εξής τρεις κατηγορίες: 1. Την επιλόχειο θλίψη, 2. Την μη ψυχωτική επιλόχειο κατάθλιψη και 3. Την επιλόχειο ψύχωση.

Η επιλόχειος θλίψη (postpartum blues) είναι η πιο συχνή από τις τρεις, με συχνότητα που κυμαίνεται από 30-75%. Χαρακτηριστικά συμπτώματα περιλαμβάνουν την ευμεταβλητότητα του συναισθήματος, την ευερεθιστότητα, τα κλάματα, το άγχος και τη διαταραχή σε ύπνο και όρεξη. Η επιλόχειος θλίψη δεν έχει τάση να διαρκεί πολύ και είναι καλοήθης. Τα συμπτώματα συνήθως κορυφώνονται την 4η-5η ημέρα της λοχείας και υφίστανται την 10η περίπου ημέρα.

Η επιλόχειος κατάθλιψη είναι επίσης σχετικά συχνή, 10-15%, συχνότητα παρόμοια με αυτήν του γενικού γυναικείου πληθυσμού. Αν και οι περισσότερες γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη βιώνουν καταθλιπτικά συμπτώματα κατά τον 1ο μήνα μετά τον τοκετό, τα συμπτώματα μερικές φορές αναπτύσσονται από το τέλος της εγκυμοσύνης. Τα σημεία και συμπτώματα δεν διαφοροποιούνται από αυτά της μείζονος κατάθλιψης.

Η επιλόχεια ψύχωση είναι σπάνια και συμβαίνει σε συχνότητα 0,1 έως 0,2 % μετά τη γέννηση. Η εικόνα της είναι εντυπωσιακή και μπορεί να αρχίσει είτε νωρίς, τη 2η ή 3η ημέρα μετά τον τοκετό, είτε συχνότερα μέσα στις πρώτες 2 εβδομάδες. Τα πρώιμα συμπτώματα περιλαμβάνουν ανησυχία, ευερεθιστότητα και διαταραχές ύπνου. Αργότερα αναπτύσσεται καταθλιπτική ή ανεβασμένη διάθεση, ευμεταβλητότητα του συναισθήματος, ψευδαισθήσεις και παραλήρημα.

Η επιλόχεια θλίψη διαρκεί λίγο και είναι ελαφριάς βαρύτητας. Δεν απαιτείται ιδιαίτερη θεραπεία πέρα από την υποστήριξη της ασθενούς. Αντικαταθλιπτικά φάρμακα, όπως σερταλίνη (Zoloft), βενλαφαξίνη (Efexor) και φλουοξετίνη (Ladose), έχουν χρησιμοποιηθεί με κάποια επιτυχία στην επιλόχεια κατάθλιψη. Άλλες θεραπείες περιλαμβάνουν τα οιστρογόνα, την προγεστερόνη, τη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία και τη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία. Κανένα τρέχον δεδομένο δεν υποστηρίζει ότι η επιλόχεια κατάθλιψη θα πρέπει να αντιμετωπιστεί διαφορετικά από την μη επιλόχεια κατάθλιψη. Η επιλόχεια ψύχωση είναι μία επείγουσα ψυχιατρική κατάσταση και τυπικά απαιτεί θεραπεία με νοσηλεία. Η κατάλληλη άμεση αντιμετώπιση περιλαμβάνει σταθεροποιητές της διάθεσης και αντιψυχωτικά, ενώ ενδέχεται να χρειαστεί η ηλεκτροσπασμοθεραπεία.

Κατάθλιψη σε ασθενείς με πρόσφατο έμφραγμα του μυοκαρδίου

Η κατάθλιψη επηρεάζει αρνητικά την πρόγνωση των ασθενών με νόσο της στεφανιαίας αρτηρίας. Το ιστορικό κατάθλιψης βρέθηκε να αυξάνει τον κίνδυνο για

έμφραγμα του μυοκαρδίου. Η παρακολούθηση της πορείας και πρόγνωσης των ασθενών αυτών έδειξε ότι 31% βίωσαν κατάθλιψη στο νοσοκομείο ή στη διάρκεια ενός έτους μετά το εξιτήριο. Η ύπαρξη ιστορικού κατάθλιψης αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης μετά το έμφραγμα. Η κατάθλιψη κατά τη νοσηλεία συνδέεται με αυξημένη θνησιμότητα στους επόμενους 18 μήνες. Οι ασθενείς που είχαν επαναλαμβανόμενα επεισόδια κατά τη νοσηλεία, είναι σε ιδιαίτερο κίνδυνο. Βρέθηκε ότι ο κίνδυνος που συνδέεται με την κατάθλιψη, είναι μεγαλύτερος στους ασθενείς με 10 ή περισσότερες έκτακτες κοιλιακές συστολές ανά ώρα. Η επίπτωση της κατάθλιψης που αναπτύσσεται μετά το έμφραγμα στη θνησιμότητα κατά το επόμενο έτη, φαίνεται να είναι τουλάχιστον ίδια με την επίπτωση της δυσλειτουργίας της αριστερής κοιλίας και του προϋπάρχοντος εμφράγματος.

Η θεραπεία με ψυχοθεραπεία, ομαδική θεραπεία και αντικαταθλιπτικά έχει δείξει ότι βοηθά τους ασθενείς με έμφραγμα του μυοκαρδίου. Εάν ο ασθενής χρειάζεται φαρμακοθεραπεία, η επιλογή του κατάλληλου αντικαταθλιπτικού είναι σημαντική. Μελέτες στην καρδιολογία έδειξαν ότι τα αντιαρρυθμικά τύπου 1Α συνδέονται με αυξημένη θνησιμότητα, όταν δίδονται σε εμφραγματίες. Επειδή τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά έχουν αντιαρρυθμική δράση τύπου 1Α, τα νεώτερα αντικαταθλιπτικά, όπως οι SSRIs, οι SNRIs και τα άτυπα αντικαταθλιπτικά θα πρέπει να προτιμώνται και να συνιστώνται στη θεραπεία της κατάθλιψης των εμφραγματιών λόγω της έλλειψης της αντιαρρυθμικής δράσης.

Κατάθλιψη σε ασθενείς με εγκεφαλικό επεισόδιο

Η κατάθλιψη μετά από εγκεφαλικό συμβαίνει στο 22% έως 60 % των Αμερικανών που προσβάλλονται από εγκεφαλικό επεισόδιο κάθε έτος. Χωρίς παρέμβαση, η επικράτηση και βαρύτητα της κατάθλιψης για τους ασθενείς αυτούς είναι υψηλότερη ανάμεσα στους 6 μήνες και 2 χρόνια μετά το επεισόδιο. Η κατάθλιψη μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο σχετίζεται ισχυρά με την αποτυχία του ατόμου να έχει καλή προνοσηρή κοινωνική και σωματική δραστηριότητα. Η βαρύτητα της κατάθλιψης φαίνεται να σχετίζεται με τον εντοπισμό της βλάβης στον άνω αριστερό μετωπιαίο λοβό και σε υποκροταφικές περιοχές. Ασθενείς με σημαντική μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο κατάθλιψη βρέθηκε να έχουν μεγαλύτερη νευρολογική βλάβη, να έχουν ιστορικό κατάθλιψης και να είναι γυναίκες.

Η θεραπεία συνίσταται σε υποστήριξη της οικογένειας, εκπαίδευση και αντικαταθλιπτική θεραπεία. Μελέτες με SSRIs έδειξαν ότι αυτοί έχουν καλή ανοχή και αποτελεσματικότητα στην κατάθλιψη μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο.

Προκαταρκτικές μελέτες έδειξαν επίσης ότι τα φάρμακα που αναστέλλουν τόσο τη σεροτονίνη όσο και τη νορεπινεφρίνη (SNRIs), μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικά.

Ανθιστάμενη Κατάθλιψη

Η ανθιστάμενη στη θεραπεία κατάθλιψη είναι η κατάθλιψη που δεν ανταποκρίνεται στις συνήθεις αντικαταθλιπτικές θεραπείες. Όμως, πριν ο ασθενής χαρακτηριστεί μη ανταποκρινόμενος στη θεραπεία, ο κλινικός θα πρέπει να εκτιμήσει, εάν ο ασθενής έχει λάβει επαρκή αντικαταθλιπτική θεραπεία με βάση τη δόση, τη διάρκεια και τη συμμόρφωση. Μία επαρκής προσπάθεια απαιτεί ότι ο ασθενής θα διατηρήσει τη μέγιστη ανεκτή δόση για τουλάχιστον 6 εβδομάδες. Επίσης, η επανεκτίμηση μπορεί να ανακαλύψει υποκατηγορίες της κατάθλιψης, που μπορεί να απαντούν περισσότερο σε ορισμένες ομάδες φαρμάκων, ή την παρουσία συνυπαρχόντων ψυχιατρικών νόσων, οι οποίες να απαιτούν διαφορετικό φάρμακο ή συγχορήγηση ενός δεύτερου φαρμάκου για την επίτευξη μέγιστου θεραπευτικού αποτελέσματος. Εάν ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται στο αρχικό αντικαταθλιπτικό, θα πρέπει να αναπτυχθούν στρατηγικές για την μεγιστοποίηση του αποτελέσματος.

Οι ασθενείς ενδέχεται να μην ανταποκρίνονται στη θεραπεία με αντικαταθλιπτικά για διάφορους λόγους. Ο πιο κοινός λόγος είναι η λάθος διάγνωση. Σε ασθενείς που πάσχουν από “διπλή κατάθλιψη”, δηλαδή μείζονα κατάθλιψη με δυσθυμία, τα σχετιζόμενα με την κατάθλιψη συμπτώματα συχνά βελτιώνονται με την αντικαταθλιπτική θεραπεία, αλλά τα σχετιζόμενα με τη δυσθυμία μπορεί να μη βελτιώνονται. Επίσης, ασθενείς με συνύπαρξη διαταραχής από χρήση ουσιών ή αλκοόλ μπορεί να βελτιώνονται από την κατάθλιψή τους αλλά τα προβλήματα της κατάχρησης να παραμένουν μαζί με τα προβλήματά της διάθεσης που τα ακολουθούν.

Ένας ακόμη κύριος λόγος μη ανταπόκρισης στα αντικαταθλιπτικά είναι η μη συμμόρφωση. Κάποιοι ασθενείς φοβούνται τις παρενέργειες, ενώ άλλοι φοβούνται μήπως εξαρτηθούν από την αγωγή. Μερικοί επίσης ασθενείς λαμβάνουν την αγωγή, μόνο όταν νιώσουν την ανάγκη. Η συμμόρφωση μπορεί να ελεγχθεί παρακολουθώντας τα επίπεδα του φαρμάκου, όταν ο ασθενής δείχνει να μην ανταποκρίνεται στη θεραπεία. Οι οδηγίες και οι συμβουλές σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή καθώς και η χρήση νεώτερων αντικαταθλιπτικών με ευνοϊκότερο προφίλ παρενεργειών θα βελτιώσει τη συμμόρφωση των ασθενών και θα μειώσει τις θεραπευτικές αποτυχίες.

Οι υποθεραπευτικές δόσεις είναι μία ακόμη κοινή αιτία για μη ανταπόκριση στη θεραπεία. Μελέτες έδειξαν ότι στις μισές περιπτώσεις των ασθενών συνταγογραφούνται ανεπαρκείς δόσεις τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών. Ακόμη και σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται πλήρως, η ανεκτή δόση θα πρέπει να αυξηθεί, εάν είναι δυνατόν, στη μέγιστη συνιστώμενη, πριν η προσπάθεια χαρακτηριστεί αποτυχημένη.

Η διάρκεια της αντικαταθλιπτικής θεραπείας είναι επίσης ένας σημαντικός παράγοντας. Γενικά, μη ανταπόκριση ορίζεται η μη κλινική ανταπόκριση που συμβαίνει μετά από 6 εβδομάδες επαρκούς δόσης ενός αντικαταθλιπτικού. Αν και πολλοί ασθενείς αρχίζουν να ανταποκρίνονται μετά από 2 έως 3 εβδομάδες, κάποιοι μπορεί να μη δείχνουν σημεία βελτίωσης μέχρι να περάσουν 5 ή 6 εβδομάδες.

Η συνύπαρξη σωματικής νόσου, ειδικά διαταραχή της διάθεσης από σωματική νόσο, είναι μία επιπτεπλεγμένη κατάσταση που μπορεί να καταλήξει σε μη ανταπόκριση στη θεραπεία. Έτσι, η συνυπάρχουσα σωματική κατάσταση θα πρέπει να αντιμετωπιστεί, ώστε να βελτιωθεί η ανταπόκριση στη θεραπεία. Αυτό είναι πράγματι σημαντικό σε ασθενείς με υποθυρεοειδισμό, όπου βλέπουμε ότι η ομαλοποίηση των θυρεοειδικών ορμονών, αποτελεί προϋπόθεση για την πραγματοποίηση της ανταπόκρισης.

ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

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

10% με 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. Στο επίπεδο των ψυχικών διαταραχών η διπολική διαταραχή συνδέεται με διαταραχές της σίτισης, διαταραχή ελαττωμένης προσοχής και υπερκινητικότητας και διαταραχές σχετιζόμενες με χρήση ουσιών.

Η διπολική διαταραχή είναι υποτροπιάζουσα. Πάνω από το 90% των ασθενών με μεμονωμένο επεισόδιο μανίας υποτροπιάζει 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 είναι σε αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης επιλόχειων επεισοδίων, τα οποία συχνά είναι ψυχωτικά. Οι συγγενείς πρώτου βαθμού των διπολικών ασθενών έχουν αυξημένη συχνότητα εμφάνισης τόσο διπολικής διαταραχής I όσο και διπολικής διαταραχής II καθώς και μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής.

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 την πρόληψη των 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.

ΔΥΣΘΥΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Δυσθυμία είναι η παρουσία μιας χρόνιας καταθλιπτικής διάθεσης που διαρκεί για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, τις περισσότερες ημέρες, για τουλάχιστον 2 χρόνια (1 χρόνο για παιδιά και εφήβους). Επίσης, στη δυσθυμία είναι παρόντα τουλάχιστον 2 από τα συμπτώματα της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής (αλλαγή στην όρεξη και στις συνήθειες του ύπνου, χαμηλή ενεργητικότητα, χαμηλή αυτοπεποίθηση, μικρή δυνατότητα συγκέντρωσης, απελπισία). Η δυσθυμία έχει ετήσιο επιπολασμό 6% και προσβάλλει τις γυναίκες 1.5 έως 3 φορές περισσότερο από ότι τους άντρες. Η έναρξη της δυσθυμίας συνήθως είναι ύπουλη και γίνεται σε νεαρή ηλικία.

Η δυσθυμία σπάνια συναντάται μόνη. Σε περισσότερα από τα τρία τέταρτα των ασθενών συνυπάρχει μια ακόμα διαταραχή, συνήθως κατάθλιψη (δίνοντας γένεση στη λεγόμενη «διπλή κατάθλιψη»). Άλλες συνυπάρχουσες διαταραχές μπορεί να είναι η διαταραχή άγχους, η χρήση ουσιών, η διαταραχή προσωπικότητας, η διαταραχή διαγωγής, η διαταραχή ελαττωμένης προσοχής και υπερκινητικότητας, οι διαταραχές μάθησης και η νοητική καθυστέρηση.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΕΝΘΟΥΣ

Το πένθος είναι αντίδραση στην απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου. Κάποια άτομα που πενθούν, μπορεί να εμφανίσουν χαρακτηριστικά συμπτώματα μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου, όπως η λύπη, η αϋπνία, η έλλειψη όρεξης και το ξέσπασμα σε κλάματα. Η διάρκεια και η έκφραση των συμπτωμάτων μπορεί να ποικίλλει μεταξύ πολιτισμών. Παρόλα αυτά, τα επεισόδια που διαρκούν για περισσότερο από 2 μήνες μετά την απώλεια, ταξινομούνται ως μείζων κατάθλιψη. Συμπτώματα, που δεν είναι χαρακτηριστικά του μη επιτεπλεγμένου πένθους, είναι οι ενοχές (όχι οι χαρακτηριστικές ενοχές του επιζώντα), όσες σκέψεις θανάτου διαφέρουν από τις πιθανές σκέψεις του επιζώντα ότι θα μπορούσε να έχει πεθάνει μαζί με τον εκλιπόντα, οι επίμονες σκέψεις περί προσωπικής αχρηστίας, η σημαντική ψυχοκινητική επιβράδυνση, η παρατεταμένη σημαντική διαταραχή λειτουργικότητας, οι ψευδαισθήσεις (εκτός του να ακούει ο ασθενής τη φωνή ή να βλέπει την εικόνα του εκλιπόντος) καθώς και οι σοβαρές αυτοκτονικές σκέψεις ή η ανάλογη συμπεριφορά. Σε πολλές περιπτώσεις η αντιμετώπιση που προτιμάται είναι η ψυχοθεραπεία, που έχει σαν στόχο να βοηθήσει τον ασθενή να αναπτύξει εκείνες τις δεξιότητες με τις οποίες θα μπορέσει να διαχειριστεί την απώλεια. Αν, παρόλα αυτά, τα συμπτώματα

είναι σοβαρά και δεν υποχωρούν, τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι μια θεραπευτική επιλογή. Η φαρμακευτική αγωγή είναι παρόμοια με αυτή που χρησιμοποιείται στη θεραπεία της χρόνιας κατάθλιψης αν και για πολύ πιο σύντομο χρονικό διάστημα. Η διάρκεια τη θεραπείας εξαρτάται από την ταχύτητα ανταπόκρισης του ασθενή και από την υποχώρηση των συμπτωμάτων. Η αλήθεια είναι πως οι ασθενείς ωφελούνται πολύ περισσότερο από την ψυχοθεραπεία, αν τα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορέσουν να απαλυνθούν.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ

Με τον όρο διαταραχή προσαρμογής αναφερόμαστε στην ανάπτυξη σημαντικών συναισθηματικών ή συμπεριφορικών συμπτωμάτων ως αντίδραση σε προσδιορισμένο στρεσογόνο παράγοντα, η οποία παρουσιάζεται μέσα σε διάστημα 3 μηνών από το στρες. Οι ασθενείς είναι ανίκανοι να λειτουργήσουν και βρίσκονται σε πολύ μεγαλύτερη απόγνωση από ότι αναμένεται, κρίνοντας από την κατάσταση. Μια διαταραχή προσαρμογής που δεν υποχωρεί τελείως σε διάστημα 6 μηνών από την λήξη του στρεσογόνου παράγοντα, διαγιγνώσκεται ως μείζων κατάθλιψη. Μπορεί, ωστόσο, τα συμπτώματα να παραταθούν για περισσότερο από 6 μήνες στην περίπτωση που η στρεσογόνος αιτία είναι χρόνια (π.χ. μια χρόνια ιατρική κατάσταση που προκαλεί αναπηρία) ή πρόκειται για ένα γεγονός με μακροπρόθεσμες συνέπειες (π.χ. διαζύγιο). Αν δε, πρόκειται για πένθος, δεν μπορεί να γίνει διάγνωση για διαταραχή προσαρμογής. Οι υποκατηγορίες της είναι: διαταραχή προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση, με άγχος, μικτή με άγχος και καταθλιπτική διάθεση, με διαταραχή συμπεριφοράς και με μικτή διαταραχή συναισθήματος και συμπεριφοράς. Οι διαταραχές προσαρμογής συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας και αποπειρών αυτοκτονίας. Η παρουσία διαταραχής της προσαρμογής συχνά επιπλέκει την πορεία της ασθένειας στα άτομα που πάσχουν από μια γενική ιατρική κατάσταση, μειώνοντας, για παράδειγμα τη συμμόρφωση ή αυξάνοντας τη διάρκεια νοσηλείας. Η συνολική παρουσία όλων των διαταραχών προσαρμογής στα εξωτερικά ιατρεία ψυχικής υγείας κυμαίνεται από 5% έως 20%.

Η αντιμετώπιση της διαταραχής προσαρμογής γενικά γίνεται με ψυχοθεραπεία. Εντούτοις, αιτιολογείται η θεραπεία με αντικαταθλιπτικά στις σοβαρές περιπτώσεις ή όπου δημιουργούνται σημαντικές επιπλοκές. Οι δόσεις που χρησιμοποιούνται είναι παρόμοιες με αυτές της μείζονος κατάθλιψης. Η διάρκεια της θεραπείας εξαρτάται από την ταχύτητα ανταπόκρισης του ασθενή και από την υποχώρηση των συμπτωμάτων.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΓΧΟΥΣ

Οι διαταραχές άγχους περιλαμβάνουν τη διαταραχή πανικού, την κοινωνική ή άλλες ειδικές φοβίες, τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, τη ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή και την 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 ντελρίου, της άνοιας, της σχιζοφρένειας, των σχετιζόμενων με ψυχαναγκασμό-καταναγκασμό διαταραχών (όπως παθολογικό παίξιμο, διαταραχή ελέγχου των παρορμήσεων, σωματοδυσμορφοφοβική διαταραχή, σωματόμορφη διαταραχή) και του αυτισμού, μία αναπτυξιακή διαταραχή με σημαντική νευρολογική συμμετοχή. Ιατρικές καταστάσεις, όπως ανωμαλίες του θυρεοειδούς αδένος, 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.

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, εφίδρωση και σημεία από το αυτόνομο. Μπορεί να είναι παρόντα συμπτώματα αυξημένου επιπέδου συνείδησης, όπως αυξημένο ανατακλαστικό 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 ένιωθαν 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 αισθανθεί μειονεκτικά στη διάρκεια κοινωνικών καταστάσεων ή καταστάσεων που προϋποθέτουν έκθεση (κοινωνική φοβία)
- * Φόβο από κάποιο 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 ως αντίδραση σε ένα σοβαρό τραυματικό γεγονός (μετατραυματική από στρες διαταραχή).

ΑΝΘΙΣΤΑΜΕΝΟ ΑΓΧΟΣ

Οι περισσότεροι ασθενείς με διαταραχή άγχους μπορούν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά με ειδικές φαρμακευτικές και ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις. Μερικοί ασθενείς όμως παραμένουν ανθεκτικοί στις συνήθεις θεραπείες. Οι ασθενείς αυτοί είναι χρήσιμο να επανεκτιμηθούν συστηματικά. Συνηθισμένες αιτίες της ανθεκτικότητας των ασθενών στη θεραπεία έναντι του άγχους είναι η ανεπαρκής δόση και η ανεπαρκής διάρκεια της φαρμακευτικής θεραπείας. Επίσης, η διάγνωση ίσως χρειαστεί να αναθεωρηθεί και νέες διαγνώσεις ίσως θα πρέπει να τεθούν υπό σκέψη. Θα πρέπει επίσης να εκτιμηθεί προσεκτικά η ύπαρξη παράλληλα και άλλων διαγνώσεων. Η συνύπαρξη ψυχιατρικών, ιατρικών, και νευρολογικών καταστάσεων πιθανόν να περιπλέκουν τη θεραπεία του άγχους ή να απαιτούν επιπρόσθετες ειδικές θεραπείες. Η κατάθλιψη και ειδικότερα η χρήση ουσιών περιπλέκουν τις αγχώδεις διαταραχές. Οι διαταραχές προσωπικότητας επίσης αυξάνουν την αντίσταση στη θεραπεία και θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στη διάρκεια της ψυχοθεραπείας. Διάφορα φάρμακα και καταστάσεις μπορούν επίσης να παράγουν συμπτώματα άγχους. Ο γιατρός θα πρέπει να εξετάζει τον ασθενή για υπερθυρεοειδισμό, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και να έχει υπόψη τις συνέπειες της κατάχρησης ουσιών, αλκοόλ και φαρμάκων που δεν συνταγογραφούνται.

Συνδυασμός αγωγών μπορεί να είναι απαραίτητος σε ασθενείς με συνύπαρξη ψυχιατρικών διαταραχών. Οι κλινικοί θα πρέπει να έχουν υπόψη ότι όταν συνδυάζουν αντικαταθλιπτικές θεραπείες, τα επίπεδα τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών αυξάνονται σε συνδυασμό με τους SSRI, καθιστώντας έτσι την τιτλοποίηση αυτών απαραίτητη, ώστε να αποφευχθεί η τοξικότητα. Σε ανθεκτικούς στη θεραπεία

ασθενείς που πάσχουν από ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή θα πρέπει να γίνουν επιπρόσθετες θεραπείες με νευροληπτικά όπως ρισπεριδόνη (Risperdal) ή ενδοφλέβια χλωμιπραμίνη.

ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗ ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Τα βασικά χαρακτηριστικά της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής (ΓΑΔ) είναι η σημαντική παρουσία άγχους και ανησυχίας που συμβαίνουν στη διάρκεια περισσότερου από το μισό χρόνο για τουλάχιστον 6 μήνες. Οι ασθενείς με ΓΑΔ έχουν συχνά σημαντική επιβάρυνση στη ποιότητα ζωής. Οι ασθενείς αυτοί βρέθηκε ότι έχουν αυξημένη οικονομική εξάρτηση, πολλά σωματικά ενοχλήματα, στοιχεία της προσωπικότητας που προκαλούν δυσπροσαρμοστία και αυξημένη θνησιμότητα.

Οι ασθενείς έχουν μεγάλη δυσκολία στο να ελέγξουν την ανησυχία, ενώ το άγχος συνοδεύεται με τουλάχιστον 3 από τα ακόλουθα: αίσθηση κινητικής ανησυχίας, δυσκολία στη συγκέντρωση, ευερεθιστότητα, διαταραχή ύπνου και μυϊκή τάση. Το άγχος εστιάζεται σε ένα μεγάλο αριθμό καθημερινών γεγονότων και δραστηριοτήτων. Η ένταση και η διάρκεια της ανησυχίας απέχει πολύ από αυτήν που θα αντιστοιχούσε στην πραγματικότητα και στις συνέπειες του φοβούμενου γεγονότος, γεγονός που καταλήγει σε σημαντική δυσλειτουργία. Ενήλικοι με ΓΑΔ ανησυχούν συνήθως για όλα τα καθημερινά γεγονότα, όπως για τις ευθύνες της δουλειάς, τα οικονομικά, την υγεία των μελών της οικογένειας, για τα παιδιά τους, για τις μικροδουλειές του σπιτιού, για την ακρίβεια στα ραντεβού, κλπ. Τα παιδιά με ΓΑΔ τείνουν να ανησυχούν για την απόδοση και τους βαθμούς τους στο σχολείο, τη σύγκριση με τα άλλα παιδιά, την ακρίβεια των πράξεών τους και την καταστροφολογική τους ερμηνεία. Κατά την πορεία, ο εστιασμός της ανησυχίας μπορεί να στρέφεται από ένα αντικείμενο σε άλλο.

Η ΓΑΔ είναι διπλάσια σε συχνότητα στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. Η επικράτηση 1 έτους είναι περίπου 3%, ενώ όλης της ζωής 5%. Η έναρξη της διαταραχής συμβαίνει συχνά κατά την παιδική ηλικία, αν και το να αρχίζουν τα συμπτώματα στα 20 δεν είναι ασύνηθες. Η πορεία της νόσου είναι χρόνια και συχνά επιδεινώνεται με το στρες. Οι ασθενείς με ΓΑΔ συχνά έχουν καταθλιπτικά συμπτώματα, όπως απελπισία, αίσθηση ματαίωσης και έλλειψης αξιών. Η κατάχρηση αλκοόλ, βαρβιτουρικών και αγχολυτικών φαρμάκων είναι συχνή στους ασθενείς αυτούς. Η συννοσηρότητα χρόνιας κατάθλιψης και ΓΑΔ είναι πολύ υψηλή. Επίσης, μερικοί ασθενείς με ΓΑΔ έχουν ιστορικό με περιστασιακές κρίσεις πανικού.

Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις περιλαμβάνουν φαρμακοθεραπεία και ψυχοθεραπεία, όπως ψυχοθεραπεία προσανατολισμένη στο εγώ καθώς και γνωσιακές-συμπεριφορικές τεχνικές. Δεν υπήρξε κάποια μελέτη που να δείξει ότι κάποια θεραπευτική προσέγγιση είναι ανώτερη από άλλη. Η φαρμακολογική θεραπεία επικεντρώνεται στις βενζοδιαζεπίνες, τη βουσπιρόνη (Bespar), στα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs), όπως αμιτριπτιλίνη (Saroten), στους εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs), όπως παροξετίνη (Seroxat) και φλουοξετίνη (Ladose), και στους αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης-νορεπινεφρίνης (SNRIs), όπως βενλαφαξίνη (Efexor).

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΑΝΙΚΟΥ

Η διαταραχή πανικού χαρακτηρίζεται από την παρουσία επαναλαμβανόμενων και αιφνίδιων κρίσεων πανικού ή μίας απλής κρίσης πανικού που ακολουθείται από τουλάχιστον 1 μήνα επίμονης αγωνίας για επικείμενη κρίση, ανησυχία για τις επιπλοκές ή συνέπειες της κρίσης πανικού ή σημαντική αλλαγή στη συμπεριφορά που σχετίζεται με τις κρίσεις. Απαιτούνται τουλάχιστον 2 αιφνίδιες κρίσεις που δεν συνδέονται με κάποιον παράγοντα, ώστε να διαγνωστεί διαταραχή πανικού, αν και είναι δυνατόν να συμβούν κρίσεις που σχετίζονται με κάποιον εξωτερικό παράγοντα.

Με τα άτομα που πάσχουν από διαταραχή πανικού σχετίζονται σημαντικά θέματα που αφορούν την ποιότητα ζωής τους. Σε μία μελέτη η συχνότητα των ατόμων που δεν εργάζονταν ήταν 25%, ενώ μόνο 57% μπορούσαν να εργάζονται σε πλήρες ωράριο. Προγνωστικοί παράγοντες της ανικανότητας για εργασία των ατόμων με διαταραχή πανικού είναι η συχνότητα των πανικών, η στάση απέναντι στη νόσο και η απογοήτευση της οικογένειας. Οι ασθενείς με διαταραχή πανικού βρέθηκε να έχουν επίπεδα ψυχικής υγείας και λειτουργικότητα ρόλου πολύ χαμηλότερη από ασθενείς με μείζονες και χρόνιες ιατρικές νόσους.

Η βαρύτητα και συχνότητα των κρίσεων πανικού ποικίλουν ευρέως. Για παράδειγμα, ένας ασθενής μπορεί να βιώνει μία κρίση πανικού την εβδομάδα για πολλούς μήνες, ενώ άλλος μπορεί να περιγράψει μία σειρά από κρίσεις μέσα σε μία βδομάδα με μεσοδιαστήματα εβδομάδων ή μηνών επί αρκετά χρόνια. Η περίπτωση των απαραίτητων (σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-IV) πλήρων κρίσεων πανικού για να τεθεί η διάγνωση, είναι επίσης συχνή στα άτομα αυτά. Οι ασθενείς επίσης βιώνουν μεγάλη αγωνία για τις επιπλοκές ή τις συνέπειες των κρίσεων πανικού. Κάποιοι έχουν το φόβο ότι έχουν μία απειλητική για τη ζωή τους νόσο, όπως έμφραγμα ή επιληψία. Οι ασθενείς προσέρχονται συχνά στα επείγοντα ή σε κάποιο

παθολογικό ιατρείο για εξετάσεις, οι οποίες δεν δείχνουν κάποιο οξύ ιατρικό πρόβλημα. Άλλοι μπορεί να αισθανθούν ότι οι κρίσεις πανικού είναι σημάδι που δείχνει ότι πρόκειται να τρελαθούν. Πολλοί ασθενείς με διαταραχή πανικού μπορεί επίσης να αναπτύξουν αποφευκτική συμπεριφορά και αγοραφοβία, δηλαδή άγχος στο να βρίσκονται σε μέρη και καταστάσεις από τις οποίες η φυγή θα ήταν δύσκολη ή ταπεινωτική ή όπου η βοήθεια θα ήταν αδύνατη.

Ένας κεντρικός παράγοντας στην παθοφυσιολογία του πανικού είναι ο υπεραερισμός. Ασθενείς με διαταραχή πανικού έχει φανεί ότι είναι χρόνιοι υπεραεριζόμενοι ασθενείς οι οποίοι επιπλέον μπορεί να κάνουν οξύ και τυχαίο υπεραερισμό και κάποιες φορές κρίσεις πανικού. Ο υπεραερισμός αυτός δημιουργεί υποκαπνία και αλκάλωση, γεγονός που οδηγεί σε μειωμένη εγκεφαλική ροή και συνεπώς σε ζάλη, σύγχυση και αποπραγματοποίηση. Τα συμπτώματα αυτά του υπεραερισμού θεραπεύονται επιτυχώς με αντιπανική αγωγή ή με κατάλληλες συμπεριφορικές τεχνικές αναπνοής.

Η επικράτηση για όλη τη ζωή της διαταραχής πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία είναι 1,5%-3,5%, ενώ η επικράτηση 1 έτους από 1% έως 2 %. Οι μισοί περίπου από τους ασθενείς με διαταραχή πανικού έχουν αγοραφοβία. Η ηλικία έναρξης κυμαίνεται μεταξύ 17 έως 25 έτη, παρουσιάζοντας διφασική κατανομή. Η πορεία της διαταραχής πανικού ποικίλει από επεισοδιακή έως χρόνια. Η πορεία και η σχέση της αγοραφοβίας με τη διαταραχή πανικού ποικίλει επίσης από επεισοδιακή έως χρόνια. Οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από τους άνδρες σε συχνότητα 2:1 έως 3:1. Οι γυναίκες επίσης τείνουν να έχουν μεγαλύτερη συχνότητα διαταραχής πανικού μεταξύ της ηλικίας 25 έως 44 και οι κρίσεις τους τείνουν να συνεχίζονται επί μακρόν περνώντας η ηλικία. Με τη θεραπεία, σε επανέλεγχο μετά από 10 χρόνια, περίπου 30% των ασθενών ήταν πλήρως θεραπευμένοι, 40-50% ήταν κάπως βελτιωμένοι, αλλά παρέμεναν με συμπτώματα και το υπόλοιπο 20-30% δεν έδειξαν αλλαγή ή είχαν χειροτερεύσει. Οι ασθενείς με διαταραχή πανικού και αγοραφοβία τείνουν να έχουν χαμηλότερα ποσοστά ύφεσης (20% σε επανέλεγχο μετά από 18 μήνες) και υψηλότερα ποσοστά υποτροπών, συγκρινόμενοι με τους ασθενείς χωρίς αγοραφοβία. Η πρόγνωση είναι επίσης χειρότερη σε ασθενείς με συνοδό κατάθλιψη ή διαταραχή προσωπικότητας.

Στην κλινική εξέταση, οι ασθενείς με διαταραχή πανικού έχουν συχνά παροδική ταχυκαρδία και αυξημένη συστολική πίεση στη διάρκεια κάποιων κρίσεων πανικού. Κάποιες μελέτες έδειξαν συσχέτιση μεταξύ διαταραχής πανικού και θυρεοειδικής νόσου, πρόπτωσης μιτροειδούς βαλβίδας, προβλημάτων λαβυρίνθου, και άσθματος. Οι ασθενείς με διαταραχή πανικού έχουν επίσης αυξημένη συχνότητα θανάτου από καρδιαγγειακές νόσους και αυξημένο κίνδυνο για εγκεφαλικό επεισόδιο.

Βρέθηκε επίσης σημαντική συννοσηρότητα με ψυχιατρικές νόσους. Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή συμβαίνει στο 50-60% των ασθενών με διαταραχή πανικού. Στο ένα τρίτο μάλιστα αυτών το καταθλιπτικό επεισόδιο προϋπάρχει της διαταραχής πανικού. Ένα μέρος των ασθενών με διαταραχή πανικού έχουν συννοσηρότητα με διαταραχή από χρήση ουσιών. Οι ασθενείς αυτοί αυτοθεραπεύονται συνήθως με αλκοόλ, βενζοδιαζεπίνες, κάνναβη, κοκαΐνη και άλλους παράγοντες. Η συννοσηρότητα με άλλες αγχώδεις διαταραχές είναι επίσης συχνή, όπως με κοινωνική φοβία (15%-30%), ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή (8%-10%), ειδική φοβία (10%-20%) και γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (25%). Αυξημένος επίσης κίνδυνος αυτοκτονίας βρέθηκε σε μη επιπεπλεγμένους ασθενείς (7%) και το ποσοστό αυτό είναι σημαντικά μεγαλύτερο σε διαταραχή πανικού με συννοσηρότητα κάποιας ψυχιατρικής διαταραχής.

Η θεραπεία περιλαμβάνει γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία και φαρμακοθεραπεία. Στις απλές θεραπευτικές δοκιμές η άμεση ανταπόκριση κυμαίνεται από 50% έως 60%. Οι συχνότητες αυτές αυξάνονται με τις στρατηγικές ενίσχυσης της θεραπείας. Η κύρια φαρμακευτική θεραπεία είναι οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs), όπως φλουοξετίνη (Ladose), παροξετίνη (Seroxat), σερταλίνη (Zoloft) και φλουβοξαμίνη (Dumyrox). Επίσης θα μπορούσαν να χορηγηθούν τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs), όπως ιμιπραμίνη, και οι υψηλής ισχύος βενζοδιαζεπίνες, όπως αλπραζολάμη (Xanax) και κλοναζεπάμη (Rivotril). Η γενική αρχή της θεραπείας της διαταραχής πανικού είναι η χρησιμοποίηση των βενζοδιαζεπινών σαν εφεδρεία, εάν οι προσπάθειες με τα αντικαταθλιπτικά αποτύχουν. Πλήρης ύφεση των κρίσεων πανικού με τα αντικαταθλιπτικά συνήθως απαιτεί 4 έως 12 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.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΟΒΙΑ

Ο κεντρικός φόβος του ασθενούς με κοινωνική φοβία ή διαταραχή κοινωνικού άγχους είναι ότι θα ταπεινωθεί ή θα νιώσει μεγάλη αμηχανία, όταν βρεθεί

μπροστά σε άλλους. Τα άτομα με κοινωνική φοβία φοβούνται και αποφεύγουν καταστάσεις που απαιτούν να αλληλεπιδράσουν με τους άλλους ή να παρουσιάσουν κάτι, όπως το να μιλήσουν μπροστά σε άλλους. Εκτός από την ομιλία μπροστά σε άλλους, οι τυπικοί κοινωνικοί φόβοι περιλαμβάνουν το να τρώνε ή να γράφουν δημόσια, να παρευρίσκονται σε συναντήσεις, να δίνουν συνέντευξη ή να χρησιμοποιούν δημόσιες τουαλέτες. Ένα άτομο μπορεί να έχει έναν ή πολλούς κοινωνικούς φόβους. Η έκθεση στη φοβική κατάσταση αναδύει άγχος το οποίο μπορεί να μοιάζει με προκαλούμενη κρίση πανικού συνοδευόμενη από ερυθρότητα, εφίδρωση και ξηροστομία. Αντίθετα, οι ασθενείς με κρίση πανικού τείνουν να έχουν αίσθημα παλμών και προκάρδιο πόνο. Στα παιδιά το κοινωνικό άγχος μπορεί να εμφανίζεται με κλάματα, εκρήξεις οργής, πάγωμα ή αποφυγή από κοινωνικές καταστάσεις με άγνωστους ανθρώπους. Οι ενήλικες και οι έφηβοι υποφέρουν συχνά αναγνωρίζοντας ότι ο φόβος τους είναι υπερβολικός και μη ρεαλιστικός. Τα άτομα με κοινωνική φοβία χρησιμοποιούν συχνά αλκοόλ και ηρεμιστικά σαν αυτοθεραπεία για τα συμπτώματα άγχους, μία συνήθεια που μπορεί να καταλήξει σε κατάχρηση. Οι ασθενείς με γενικευμένη κοινωνική φοβία τείνουν να είναι νεώτεροι, λιγότερο εκπαιδευμένοι και έχουν μεγαλύτερο άγχος και κατάθλιψη από ότι οι ασθενείς με κοινωνική φοβία που σχετίζεται με ομιλία σε κοινό.

Κοινά στοιχεία της προσωπικότητας των ασθενών με κοινωνική φοβία είναι η υπερευαίσθησία στην κριτική, η αρνητική εκτίμηση και απόρριψη, η δυσκολία στο να ζητούν αυτό που θέλουν και η χαμηλή αυτοεκτίμηση. Οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάζουν επίσης κοινωνική αδεξιότητα (όπως δυσκολία να κοιτάνε στα μάτια) ή να έχουν εμφανή σημεία άγχους, όπως ιδρωμένες παλάμες, τρόμο ή τρεμάμενη φωνή. Οι κοινωνιοφοβικοί συχνά έχουν μειωμένη απόδοση στο σχολείο ή τη δουλειά, λόγω του άγχους ή της αποφευκτικής συμπεριφοράς και η κοινωνική τους ζωή συχνά επηρεάζεται, οδηγώντας σε σημαντική εκπαιδευτική ή οικονομική δυσπραγία. Μία μελέτη έδειξε ότι μέχρι 20% των κοινωνιοφοβικών έχουν ικανοποιητική ποιότητα ζωής.

Η επικράτηση της κοινωνικής φοβίας κυμαίνεται από 3% έως 13%, προσβάλλοντας συχνότερα τις γυναίκες από ότι τους άνδρες. Συννοσηρές καταστάσεις περιλαμβάνουν την απλή φοβία, τη διαταραχή πανικού, την αγοραφοβία, την ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή, τις διαταραχές διάθεσης, όπως μείζονα κατάθλιψη και δυσθυμία, τις διαταραχές που σχετίζονται με χρήση ουσιών, τη σωματόμορφη διαταραχή και την αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας. Οι μελέτες δείχνουν ότι οι κοινωνιοφοβικοί με συννοσηρότητα στον Άξονα I είναι περισσότερο καταθλιπτικοί και αγχώδεις, σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν συννοσηρότητα. Οι ασθενείς με συννοσηρότητα στον Άξονα II είναι περισσότερο

καταθλιπτικοί αλλά όχι περισσότερο αγχώδεις, σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν συννοσηρότητα. Οι κοινωνιοφοβικοί σπάνια απαιτείται να νοσηλευτούν. Η έναρξη της διαταραχής είναι συνήθως στην εφηβεία και σπανιότερα στην παιδική ηλικία. Η έναρξη επίσης μπορεί να συμβεί αιφνίδια μετά από ένα στρεσογόνο γεγονός ή σταδιακά. Η διαταραχή συνήθως διατρέχει σε όλη τη ζωή.

Τόσο η φαρμακολογική θεραπεία, με εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs), όσο και η γνωσιακές-συμπεριφορικές θεραπείες, όπως η γνωσιακή ανακατασκευή, η ζωντανή έκθεση και η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες, βρέθηκε να είναι αποτελεσματικές στη θεραπεία της κοινωνικής φοβίας.

ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ-ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή (OCD) χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενες ιδεοληψίες και καταναγκασμούς που προκαλούν σημαντική δυσφορία και έκπτωση της λειτουργικότητας. Οι κλινικοί θα πρέπει να αντιληφθούν τη σημασία της διαφοράς της αληθινής ιδεοληψίας και ψυχαναγκασμού από την ψυχαναγκαστική εμμονή με την καθαριότητα, το αναμύσημα της σκέψης και την προκατάληψη που δεν είναι δυστονικές προς το εγώ. Θα πρέπει επίσης να διαχωρίσουν ανάμεσα στους πραγματικούς καταναγκασμούς από άλλες δραστηριότητες που ονομάζονται ψυχαναγκασμοί, όπως το υπερβολικό φαγητό ή ποτό ή την υπερβολική σεξουαλική συμπεριφορά, τα οποία βιώνονται σαν ευχάριστα αλλά οι συνέπειές τους μπορεί να μην είναι ευχάριστες. Το άγχος συνδέεται συχνά με τους ψυχαναγκασμούς, καθώς και η αντίσταση σε αυτούς. Επίσης, το άγχος υποχωρεί αμέσως όταν το άτομο ενδώσει στον καταναγκασμό. Αν και οι περισσότεροι ασθενείς με OCD αναγνωρίζουν ότι η συμπεριφορά τους είναι υπερβολική, ορισμένοι έχουν πλήρη έλλειψη ενσυναίσθησης επιμένοντας ότι ο ψυχαναγκασμοί και καταναγκασμοί τους είναι ρεαλιστικοί.

Κοινοί καταναγκασμοί περιλαμβάνουν το υπερβολικό πλύσιμο των χεριών στο 25%-50% των ασθενών με OCD, η συμπεριφορά ελέγχου συνδεόμενη με υπερβολική αμφιθυμία (για παράδειγμα καταναγκαστικός έλεγχος κλειδαριάς ή βρύσης), και ψυχικούς καταναγκασμούς, όπως συνεχής επανάληψη σκέψεων ή αδιάκοπο μέτρημα αριθμών. Οι ασθενείς συχνά αποφεύγουν καταστάσεις που αποτελούν το θέμα των ιδεοληψιών τους, όπως αποφεύγουν δημόσια λουτρά, ώστε να αποφύγουν τα περιττώματα και τα μικρόβια.

Οι υποομάδες συμπτωμάτων που συναντώνται στους ασθενείς με OCD περιλαμβάνουν:

- ασθενείς με ψυχαναγκασμούς που αφορούν τη βρωμιά και τις μολύνσεις, των οποίων οι τελετουργίες επικεντρώνονται στο πλύσιμο και το καθάρισμα, και τείνουν να μη σχετίζονται με τικ.
- ασθενείς με ψυχαναγκασμούς που αφορούν τη συμμετρία, των οποίων οι τελετουργίες επικεντρώνονται στην τακτοποίηση και τη ρύθμιση πραγμάτων, ώστε να είναι στη θέση τους και συμμετρικά. Προσβάλλονται περισσότερο άνδρες από ότι γυναίκες. Οι ασθενείς τείνουν να έχουν θετικό οικογενειακό ιστορικό και μακρύτερη διάρκεια νόσου.
- ασθενείς που ορίζονται σαν ομάδα πρώιμης έναρξης που συνδέονται με τικ. Προσβάλλονται περισσότερο άνδρες από ότι γυναίκες, οι οποίοι μετρούν και ελέγχουν ψυχαναγκαστικά.
- καθαρά ψυχαναγκαστικοί ασθενείς χωρίς καταναγκασμούς.
- ασθενείς με κυρίως ψυχαναγκαστική βραδύτητα, οι οποίοι κάνουν αρκετή ώρα για να τελειώσουν μία δουλειά.
- ασθενείς οι οποίοι με ψυχαναγκαστικό τρόπο μαζεύουν άχρηστα υλικά, όπως παλιές εφημερίδες και γράμματα.
- ασθενείς με παιδιατρικές αυτοάνοσες νευροψυχιατρικές διαταραχές που συνδέονται με στρεπτοκοκκική λοίμωξη (PANDAS), οι οποίοι συνήθως έχουν αιφνίδια έναρξη ψυχαναγκαστικών συμπτωμάτων κατά την παιδική ηλικία μετά από λοίμωξη με την ομάδα Α του β-αιμολυτικού στρεπτόκοκκου. Αυτοί τείνουν να έχουν θετικό τον κυτταρικό δείκτη D8/17B ο οποίος ανευρίσκεται επίσης στο ρευματικό πυρετό.

Η δια βίου επικράτηση της ψυχαναγκαστικής-καταναγκαστικής διαταραχής είναι περίπου 3%, με 6μηνη επικράτηση περίπου 2%. Οι αριθμοί αυτοί πιθανόν να υποεκτιμούν την πραγματική συχνότητα λόγω της μειωμένης αναφοράς και της μυστικοπαθούς φύσης των ατόμων με τη διαταραχή αυτή. Από την άλλη πλευρά, οι αριθμοί πιθανόν να υπερεκτιμούν τη συχνότητα επειδή οι κλίμακες που χρησιμοποιούνται στις κοινοτικές έρευνες μπορεί να υπερδιαγνώσκουν την πραγματική συχνότητα. Η διαταραχή προσβάλλει εξίσου άνδρες και γυναίκες κατά την ενηλικίωση, αλλά οι άνδρες έχουν πιο πρώιμη ηλικία έναρξης (από 6 έως 15 χρονών) σε σύγκριση με τις γυναίκες (από 20 έως 29 χρονών). Οι περισσότεροι ασθενείς παρουσιάζουν μία σταθερή και χωρίς διακυμάνσεις πορεία, με το 15% να έχουν μία αργή φθίνουσα πορεία και το 5% να παρουσιάζουν επεισόδια.

Η ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή βρέθηκε ότι ανταποκρίνεται στους εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) και τη συμπεριφορική θεραπεία, ενώ ίσως η ανταπόκριση είναι καλύτερη στον συνδυασμό αυτών των θεραπειών. Μερικοί όμως ασθενείς δεν είναι ικανοί να ακολουθήσουν συμπεριφορική θεραπεία λόγω του έντονου άγχους και των συνοδών καταστάσεων, όπως κατάθλιψη και πτωχή εναισθησία ή λόγω μη διάθεσης κατάλληλα εκπαιδευμένων ψυχοθεραπευτών. Οι ασθενείς αυτοί θα πρέπει να λάβουν αρκετή φαρμακοθεραπεία πριν ακολουθήσουν και πάλι συμπεριφορική θεραπεία. Μία επαρκής φαρμακοθεραπεία θα πρέπει να διαρκέσει τουλάχιστον 12 βδομάδες στη μέγιστη ανεκτή δόση. Όμως, η βελτίωση των συμπτωμάτων μπορεί να είναι σχετικά αργή και να χρειαστούν αρκετές εβδομάδες. Για το λόγο αυτό οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερωθούν ότι ενδέχεται να νιώσουν παρενέργειες πριν να αντιληφθούν τις θετικές επιδράσεις της θεραπείας. Η θεραπεία θα πρέπει να συνεχιστεί για τουλάχιστον ένα χρόνο μετά τη διαπίστωση ότι έχει αποτελέσματα. Γενικά, οι ασθενείς με OCD χρειάζονται πολύ υψηλότερες δόσεις φαρμάκου συγκρινόμενοι με αυτούς που αντιμετωπίζονται για κατάθλιψη.

ΦΑΣΜΑ ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Σωματόμορφες διαταραχές

Η ομάδα των σωματόμορφων διαταραχών χαρακτηρίζεται από πεπτοιθήσεις σχετικά με την εμφάνιση ή τις αισθήσεις του σώματος και από καταναγκαστικές συμπεριφορές που γίνονται με σκοπό να μειωθεί το άγχος που προέρχεται από τις εμμονές αυτές. Οι διαταραχές αυτές περιλαμβάνουν την υποχονδρίαση και τη σωματοδυσμορφοφοβική διαταραχή, οι οποίες χαρακτηρίζονται από πεπτοιθήσεις που σχετίζονται με στοιχεία του σώματος. Στην περίπτωση της *υποχονδρίασης*, τα άτομα έχουν την ψυχαναγκαστικού τύπου πεποίθηση ότι έχουν κάποια σωματική πάθηση με την απουσία όμως αποδεδειγμένης ιατρικής νόσου. Στην *σωματοδυσμορφοφοβική διαταραχή* τα άτομα έχουν την πεποίθηση ύπαρξης ενός φανταστικού ελαττώματος σε κάποιο σημείο του σώματος και έντονη ενασχόληση με αυτό. Τα άτομα με τις διαταραχές αυτές μπορεί να έχουν ένα σύνολο παγιωμένων αντιλήψεων, που συμβάλουν στην αντίσταση της θεραπείας τους.

Διαταραχές σίτισης

Η ομάδα των διαταραχών σίτισης, των διαταραχών του ψυχαναγκαστικού φάσματος, περιλαμβάνει την ψυχογενή ανορεξία, τη βουλιμία και την ανεξέλεγκτη κατανάλωση φαγητού. Τα άτομα με διαταραχές σίτισης έχουν ένα μέσο όρο 10 ψυχαναγκαστικών-καταναγκαστικών συμπτωμάτων τα οποία δεν σχετίζονται με τους χαρακτηριστικούς ψυχαναγκασμούς που αφορούν το σωματικό τους βάρος, την εικόνα του σώματός τους, τη δίαιτα, την άσκηση και την παρασκευή του φαγητού. Οι ανορεξικοί ασθενείς μπορεί να γίνουν περισσότερο ψυχαναγκαστικοί την περίοδο της λιμοκτονίας, αλλά και μετά την ανάληψη του αρχικού βάρους συνεχίζουν να εμφανίζουν άλλα ψυχαναγκαστικά-καταναγκαστικά στοιχεία. Οι ασθενείς με διαταραχές σίτισης ενδέχεται να αναπτύξουν σοβαρά ιατρικής φύσης προβλήματα, εάν δεν αντιμετωπιστούν θεραπευτικά. Στις περιπτώσεις αυτές είναι αναγκαία η σύγχρονη αντιμετώπιση με έναν παθολόγο, ώστε να αποφασιστεί ένα θεραπευτικό πλάνο που να περιλαμβάνει και τις ιατρικού τύπου επιπλοκές.

Διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων

Οι διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων περιλαμβάνουν το παθολογικό παίξιμο, την τριχοτιλλομανία, την κλεπτομανία, τις καταναγκαστικές αγορές, την ονυχοφαγία, τους σεξουαλικούς καταναγκασμούς και την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Οι διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων χαρακτηρίζονται από αποτυχία του ατόμου να αντισταθεί στις παρορμήσεις με επιβαρυντικές συνέπειες. Υπάρχει αυξημένη τάση ή διέγερση πριν την πράξη, ευχαρίστηση και ικανοποίηση κατά τη διάρκεια της πράξης και πιθανόν αισθήματα λύπης και ενοχές μετά από αυτήν. Οι διαταραχές αυτές είναι δύσκολο να θεραπευτούν επειδή πολλοί ασθενείς ευνοούνται από την αίσθηση ευχαρίστησης που τους δίνουν. Μερικοί κλινικοί θεωρούν τις διαταραχές αυτές σαν μορφές εθισμού και εξάρτησης, υιοθετώντας επιπλέον θεραπείες κινήτρων, όπως τους Gamblers Anonymous.

Η παρορμητική συμπεριφορά δεν έχει ξεκάθαρη λειτουργική σημαντικότητα στη ρύθμιση του άγχους, είτε αυτό είναι αυξημένο είτε μειωμένο, αλλά ο σκοπός της συμπεριφοράς φαίνεται να επικεντρώνεται στη ρύθμιση της ευχαρίστησης. Το μεγαλύτερο εμπόδιο στη θεραπεία των ασθενών αυτών είναι το να μείνουν στα πλαίσια της θεραπείας. Η ανεπαρκής θεραπεία, που είναι δευτερογενής στην πτωχή παρακολούθηση αυτής, οδηγεί συχνά στην επανεμφάνιση των συμπτωμάτων και την υποτροπή την νόσου.

Η παραληρητική ομάδα των ασθενών του OC φάσματος περιλαμβάνει αυτούς που ανήκουν στο σωματικό και ζηλοτυπικό τύπο της παραληρητικής διαταραχής με

ιδεοληψίες και καταναγκασμούς που σχετίζονται με τα παραληρήματά τους. Οι ασθενείς αυτοί έχουν γενικά πτωχότερη έκβαση θεραπείας και τείνουν να ανταποκρίνονται καλύτερα σε συνδυασμό ενός SSRI και ενός παράγοντα που μπλοκάρει την ντοπαμίνη. Εκτός από τους ασθενείς με OCD με παραληρητική συμμετοχή, οι ασθενείς με OCD με συννοσηρή σχιζότυπη προσωπικότητα, καθώς και σχιζοφρενικοί ασθενείς με συννοσηρά ψυχαναγκαστικά συμπτώματα, θα μπορούσαν να περιληφθούν στην κατηγορία αυτή. Το ένα τέταρτο περίπου των σχιζοφρενικών ασθενών έχουν σοβαρά ψυχαναγκαστικά ή καταναγκαστικά συμπτώματα. Για το λόγο αυτό, θεραπεία κατευθυνόμενη στα συμπτώματα αυτά, επιπρόσθετα στη θεραπεία της ψύχωσης, μπορεί να βελτιώσει σημαντικά τη μακρόχρονη πορεία και έκβαση.

Η ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή και οι σχετικές διαταραχές του φάσματος αυτού φαίνεται να έχουν πολύ καλή ανταπόκριση στη θεραπεία με εκλεκτικούς αναστολείς της σεροτονίνης (SSRIs), καθώς και στη συμπεριφορική θεραπεία. Περίπου 60% των ασθενών με OCD δείχνουν σημαντική βελτίωση με SSRIs και αυτή φαίνεται να αποτελεί μία ειδική επίδραση των φαρμάκων αυτών.

ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

Ορισμοί

Σύμφωνα με τον Αμερικάνικο Ψυχιατρικό Σύλλογο για να γίνει η διάγνωση Διαταραχής Εξάρτησης από το διαδίκτυο πρέπει να πληρούνται σε χρονική διάρκεια 12 μηνών τρία ή παραπάνω από τα παρακάτω κριτήρια:

- Ανοχή, δηλαδή η ανάγκη για αυξανόμενο χρόνο χρήσης του διαδικτύου ώστε να πάρει το άτομο ικανοποίηση, ή να μην αρκεί η ώρα χρήσης για να έχει το άτομο το ίδιο αποτέλεσμα
- Να αναπτυχθούν δύο ή περισσότερα συμπτώματα απόσυρσης μερικές μέρες μέχρι ένα μήνα μετά τη μείωση ή τη διακοπή της χρήσης του διαδικτύου, και τα συμπτώματα αυτά να δημιουργούν δυσφορία ή κοινωνική, προσωπική και επαγγελματική έκπτωση της λειτουργικότητας. Τα συμπτώματα αυτά περιλαμβάνουν την ψυχοκινητική διέγερση, ψυχαναγκαστική σκέψη για το τι να συμβαίνει στο διαδίκτυο, φαντασιώσεις ή και όνειρα σχετικά με το διαδίκτυο, ηθελημένες ή αθέλητες κινήσεις των δακτύλων σαν να δακτυλογραφούν.
- Η χρήση του διαδικτύου να γίνεται για να ανακουφιστούν ή αποφευχθούν τα συμπτώματα απόσυρσης
- Η πρόσβαση στο διαδίκτυο να γίνεται συχνότερα ή για περισσότερο καιρό απ' όσο σκόπευε το άτομο
- Σημαντικός χρόνος να ξοδεύεται σε δραστηριότητες σχετικές με το διαδίκτυο
- Να έχει υπάρξει σημαντική μείωση του χρόνου που διατίθεται σε κοινωνικές, επαγγελματικές ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες εξαιτίας της χρήσης διαδικτύου
- Να ρισκινδυνεύει το άτομο να χάσει μια σημαντική σχέση, εργασία, εκπαιδευτική ή επαγγελματική ευκαιρία εξαιτίας της υπερβολικής χρήσης διαδικτύου.

Προς την ίδια κατεύθυνση έχουν αναγνωριστεί και άλλα χαρακτηριστικά, όπως η ευερεθιστότητα ή η ανησυχία κατά την προσπάθεια μείωσης ή διακοπής της χρήσης διαδικτύου, καθώς και η χρήση του διαδικτύου ως τρόπος αποφυγής προβλημάτων και ανακούφισης από συναισθήματα ενοχής, αβοηθησίας, άγχους και κατάθλιψης. Ένα ακόμα χαρακτηριστικό είναι ότι ο χρήστης λέει ψέματα στην οικογένεια του για την έκταση της εμπλοκής του με το διαδίκτυο. Οι εξαρτημένοι στα προγράμματα του υπολογιστή περνάνε τις περισσότερες ώρες της εβδομάδας μπροστά στην οθόνη τους, κι έχουν δυσκολία να ελέγξουν την ποσότητα της χρήσης. Είναι υψηλού μορφωτικού επιπέδου αλλά λιγότερο κοινωνικοί από την ομάδα των

συνομηλίκων. Γενικά προτιμούν να είναι μόνοι, είναι περισσότερο προσανατολισμένοι στα αντικείμενα απ' ό,τι στους ανθρώπους, ασχολούνται με μοναχικά χόμπι και ενδιαφέροντα, όπως η επιστήμη και η τεχνολογία. Σε άλλες έρευνες ο τυπικός εξαρτημένος χρήστης του διαδικτύου περιγράφεται ως ένα υψηλού μορφωτικού επιπέδου, εσωστρεφές άτομο, με εξερευνητικό μυαλό και έντονο ενδιαφέρον για τους υπολογιστές. Αντίθετη άποψη φαίνεται να έχει η Young καθώς πιστεύει ότι δεν υπάρχει διαφοροποίηση ανάλογα με το φύλο καθώς και οι γυναίκες «εθίζονται» στο διαδίκτυο το ίδιο συχνά με τους άντρες. Η διαφοροποίηση φαίνεται ότι έρχεται μέσα από το πόσο δημοφιλείς είναι οι διαφορετικές δραστηριότητες που αναπτύσσουν άντρες και γυναίκες στο χώρο του διαδικτύου. Οι άντρες φαίνεται να προτιμούν πορνογραφικές σελίδες ενώ οι γυναίκες chat-rooms..

Εξάρτηση από το διαδίκτυο και ψυχοπαθολογία

Σε έρευνα της η Young βρήκε πως το 50% των ατόμων που πληρούσαν τα κριτήρια εξάρτησης από το Internet ανέφερε ιστορικό προηγούμενης εξάρτησης (King, 1996). Πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι τα άτομα αυτά παρουσιάζουν καταναγκαστική χρήση του μέσου, απόσυρση, ανοχή, δυσκολία στη διαχείριση του χρόνου τους, σωματικά ενοχλήματα και διαπροσωπικές δυσκολίες αλλά και κατάθλιψη, χαμηλή αυτοεκτίμηση, έλλειψη κοινωνικών δεξιοτήτων και φοβίες. Κάνοντας μια σύνοψη των ευρημάτων ερευνών, η εξάρτηση από το διαδίκτυο, στο φάσμα της ψυχοπαθολογίας φαίνεται ότι συνεμφανίζεται με εξαρτήσεις και εξαρτητική διαταραχή προσωπικότητας, με διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων, με κατάθλιψη, με ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή, με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητα, με χαμηλή αυτοεκτίμηση και ως περιεχόμενο σε παραληρηματικές ιδέες σε σχιζοφρένεια. Παράγοντες ψυχοπαθολογίας, όπως η κατάθλιψη και το άγχος, παράγοντες προσωπικότητας, η αναζήτηση ερεθισμών, η αυτοεκτίμηση και η προσκόλληση έχουν σχετιστεί με την εξαρτητική συμπεριφορά στο διαδίκτυο. Το φαινόμενο της εξάρτησης από το διαδίκτυο είναι συχνότερο στα αγόρια, σε μονογονεϊκές ή δυσλειτουργικές οικογένειες, σε παιδιά με καταθλιπτικό συναίσθημα ή υπερκινητικότητα. Η αύξηση της επίπτωσης του διαζυγίου, η μοναξιά, η απουσία επίβλεψης από τους γονείς συμβάλουν στην ανάπτυξη του φαινομένου. Όσο ο έφηβος μεγαλώνει ο πειραματισμός, ο μιμητισμός η περιέργεια, η μη συνειδητοποίηση του κινδύνου και η φυσιολογική αντίδραση σε κάθε καταπίεση γίνονται βασικά χαρακτηριστικά του και το καθιστούν ευάλωτο και ευαίσθητο σε εξαρτήσεις. Αναφορικά με τη χρήση on line παιχνιδιών βίας προέκυψε ότι πέρα από την εξάρτηση που μπορούν να

προκαλέσουν εξοικειώνει τα παιδιά με την βία και άρει τις αναστολές τους στο αποτρόπαιο αυτό φαινόμενο. Στα μάτια των παιδιών η άσκηση βίας μπορεί να φέρεται σαν μια συνηθισμένη πράξη χωρίς να συνειδητοποιούν πολλές φορές τις επιπτώσεις που έχει η άσκηση της σε παιδιά και ενήλικες (Κορμάς, υπο δημοσίευση)

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΞΑΡΤΗΣΗ

Θέματα Ορισμού

Η σεξουαλική καταναγκαστική/εθιστική συμπεριφορά είναι ένα πρότυπο καταναγκαστικών, ψυχαναγκαστικών και ριψοκίνδυνων σεξουαλικών συμπεριφορών που προκαλούν δυσφορία ή/και διαταραχή στην κοινωνική λειτουργικότητα. Ο συνηθέστερος τύπος εξαρτητικής σεξουαλικής συμπεριφοράς σχετίζεται με το διαδίκτυο. Αν και τα πρότυπα αυτής της συμπεριφοράς έχουν ορισθεί ως διαταραχή σεξουαλικού εθισμού (sexual addiction), καταναγκαστική σεξουαλική διαταραχή (sexual compulsion), ή παρορμητική σεξουαλική διαταραχή (sexual impulsions), έχει καθιερωθεί ο όρος σεξουαλική καταναγκαστική/εθιστική συμπεριφορά (sexually compulsive/addictive behaviors), ο οποίος περιλαμβάνει μία ευρεία γκάμα προβληματικών σεξουαλικών συμπεριφορών. Το σημείο που διαφοροποιεί την σεξουαλική καταναγκαστική/εθιστική συμπεριφορά από άλλα πρότυπα σεξουαλικής συμπεριφοράς είναι η αδυναμία του ατόμου να ελέγξει ή να διακόψει συμπεριφορές που έχουν δυνητικά δυσμενείς συνέπειες. Η σεξουαλική καταναγκαστική/εθιστική συμπεριφορά χαρακτηρίζεται από ψυχαναγκαστικές σκέψεις και προκαταλήψεις για το σεξ, που δεν υποκρύπτουν επιθυμία, αλλά εξυπηρετούν μάλλον στη μείωση του άγχους. Αν και οι συμπεριφορές αυτές όμως, μπορεί περιστασιακά να μειώνουν το άγχος, προκαλούν στο άτομο μεγαλύτερη δυσφορία, η οποία με τη σειρά της οδηγεί σε επανάληψη της συμπεριφοράς με κυκλικό τρόπο. Η σεξουαλική καταναγκαστική/εθιστική συμπεριφορά, που συχνότατα σχετίζεται σε κάποιο βαθμό με το διαδίκτυο, περιλαμβάνει καταστάσεις όπως σεξ χωρίς προφυλάξεις, επιδειξιμανία, ηδονοβλεψία, παιδοφιλία, καταναγκαστικό αυνανισμό, πολλαπλές σχέσεις, επίμονη χρήση πορνογραφίας, πολλαπλούς ή ανώνυμους συντόφους, σεξουαλική δραστηριότητα σε ακατάλληλο μέρος, σεξ μέσω διαδικτύου και πορνεία.

Ο φαύλος κύκλος της εξάρτησης

Τα άτομα που έχουν σεξουαλική εξάρτηση στο διαδίκτυο παρουσιάζουν τον ίδιο κύκλο των 4 φάσεων που παρουσιάζουν και όλα τα άτομα που πάσχουν από σεξουαλική εξάρτηση. Αρχικά, το άτομο βιώνει μια κατάσταση προκατάληψης με σκέψεις σεξουαλικής δράσης, οι οποίες προδιαθέτουν σε καταναγκαστικό ψάξιμο σεξουαλικού ερεθισμού. Στη διάρκεια της φάσης αυτής, το άτομο αρχίζει να φαντασιώνει εμπειρίες από το παρελθόν ή επικείμενες στο μέλλον. Οι φαντασιώσεις

τροποποιούν την έκκλυση των νευρομεταβιβαστών, οι οποίοι προκαλούν συναισθήματα ευφορίας. Η δεύτερη φάση, η φάση της ιεροτελεστίας, συμβαίνει όταν το άτομο περιλαμβάνει στην ειδική καθημερινότητα τη σεξουαλική δραστηριότητα. Στη διάρκεια της ιεροτελεστίας το εξαρτημένο άτομο δραστηριοποιείται με άξονα τη σεξουαλική συμπεριφορά. Η ιεροτελεστία εκτέλεσης ισχυροποιεί τις προκαταλήψεις και αυξάνει τα συναισθήματα διέγερσης. Η τρίτη φάση είναι η φάση του κύκλου της καταναγκαστικής σεξουαλικής συμπεριφοράς του εθισμένου ατόμου. Η σεξουαλική πράξη αποτελεί τον σκοπό των προκαταλήψεων και ιεροτελεστιών. Συχνά, αυτό είναι το σημείο στο οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται ότι υπάρχει πιθανόν κάποιο πρόβλημα. Στη διάρκεια της φάσης αυτής επικρατούν συχνά συναισθήματα απογοήτευσης και ενοχής, ενώ μπορεί να δώσει υποσχέσεις μη επανάληψης. Η τελική φάση χαρακτηρίζεται από έντονα συναισθήματα απογοήτευσης, και το άτομο αισθάνεται αβοήθητο και ανίκανο να υπερισχύσει απέναντι στη συμπεριφορά. Η φάση αυτή απογοήτευσης είναι τόσο οδυνηρή, ώστε για να είναι σε θέση να συνδιαλλαγή με τον πόνο, το άτομο αρχίζει ξανά τον εθιστικό κύκλο. Ακριβώς όπως ο χρήστης κοκαίνης χρειάζεται περισσότερη ουσία για να πετύχει το ίδιο αποτέλεσμα, το άτομο με σεξουαλικό καταναγκασμό χρειάζεται περισσότερες εσωτερικές νευροχημικές ουσίες ώστε να πετύχει την ίδια σεξουαλική ευχαρίστηση. Έτσι, η τέταρτη φάση του εθιστικού κύκλου μπορεί να συνεχιστεί χωρίς διακοπές και να καταλαμβάνει ολόκληρη τη ζωή του ατόμου. Καθώς ο κύκλος συνεχίζει να συμβαίνει, η ζωή του ατόμου συνεχίζει χωρίς έλεγχο, ενισχύοντας συγχρόνως το ψευδές σύστημα πεπτοιθήσεων.

Διαγνωστική προσέγγιση της σεξουαλικής εξάρτησης

Η Σεξουαλική εξάρτηση χαρακτηρίζεται από αυξημένη ενασχόληση του ατόμου με σεξουαλικές δραστηριότητες και περιέχει αρκετά συμπεριφορικά στοιχεία από το χώρο της εξάρτησης, όπως επίσης και καταναγκαστικά ή παρορμητικά στοιχεία. Γι αυτόν το λόγο, η διαταραχή αυτή έχει ονομασθεί *σεξουαλική εξάρτηση* (Sexual Addiction), *σεξουαλικός καταναγκασμός* (Sexual Compulsivity) και *σεξουαλική παρορμητικότητα* (Sexual Impulsivity). Τα διαγνωστικά στοιχεία που πρότειναν οι παραπάνω ερευνητές και που παρουσιάζουν ομοιότητες με αυτά που αφορούν την εξάρτηση από ουσίες, συνοψίζονται στα εξής: (1) *Ανοχή*, όπως αυτή συμπεραίνεται από τη συνεχώς αυξανόμενη ανάγκη του ατόμου για σεξουαλική δραστηριότητα, (2) *Συμπτώματα απόσυρσης*, όπως ψυχοφυσιολογικά συμπτώματα κατά τη φάση διακοπής της σεξουαλικής συμπεριφοράς, (3) Σταθερή επιθυμία αλλά

και ανεπιτυχείς προσπάθειες να ελεγχθεί η σεξουαλική συμπεριφορά, (4) Το μεγαλύτερο διάστημα της ημέρας αναλώνεται στην προετοιμασία για αυτή τη συμπεριφορά, στην πραγματοποίησή της και στην ανάληψη από τις συνέπειές της, (5) Σημαντικές εργασιακές ή κοινωνικές δραστηριότητες βλάπτονται εξαιτίας αυτής της συμπεριφοράς.

Τα παρακάτω πρότυπα συμπεριφοράς θα μπορούσαν να κινήσουν την υποψία του κλινικού για την ύπαρξη Σεξουαλικής Εξάρτησης: (1) Συμπεριφορές εκδραμάτισης ή συμπεριφορές με αδυναμία ελέγχου. Παραδείγματα: καταναγκαστικός αυνανισμός, εξάρτηση από πορνογραφία, χρόνιες εξωσυζυγικές σχέσεις, επικίνδυνες σεξουαλικές πρακτικές, πορνεία, ανώνυμο σεξ, καταναγκαστικές σεξουαλικές πράξεις, ηδονοβλεψία και επιδειξιμανία. (2) Σημαντικές συνέπειες από τη σεξουαλική συμπεριφορά. Παραδείγματα: διαζύγιο ή χωρισμός, σοβαρά προβλήματα γάμου, εργασιακές προστριβές, ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, εκτρώσεις, αυτοκτονικός ιδεασμός και απόπειρες, έκθεση σε σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, νομική εμπλοκή λόγω κατηγοριών για βιασμό. (3) Αυτοκαταστροφική τάση ή συμπεριφορά, όπως αυτή φαίνεται από την αδυναμία διακοπής της συμπεριφοράς παρά τις εμφανείς συνέπειές της. (4) Συνεχής αλλά ανεπιτυχής προσπάθεια να περιορίσει τη σεξουαλική συμπεριφορά. Μερικοί προτιμούν το γάμο με την ελπίδα να βοηθηθούν. Άλλοι πάλι μπορεί να διανύουν μακρές περιόδους με σεξουαλική ανορεξία. (5) Αν και η συχνή σεξουαλική δραστηριότητα απαλύνει το άγχος τους, αυτό φαίνεται να δρα προσωρινά αφού στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας αναλώνονται με σεξουαλικού τύπου φαντασιώσεις. Οι φαντασιώσεις αυτές φαίνεται ότι διατηρούν σταθερά υψηλό το επίπεδο σεξουαλικής διέγερσης. (6) Συνεχής και σταθερή αύξηση των σεξουαλικών εμπειριών, ως εάν τα τωρινά επίπεδα να μην ικανοποιούν αρκετά. (7) Σημαντικές εναλλαγές της διάθεσης που σχετίζονται με τη σεξουαλική δραστηριότητα. Αυτές οφείλονται κυρίως στα αισθήματα ντροπής και απογοήτευσης για την ουσιαστικά ανεπιθύμητη σεξουαλική δραστηριότητα. Βρίσκονται σε έναν συνεχή κύκλο συμπεριφοράς στον οποίο, αφενός έλκονται από την ντροπή και κατόπιν δημιουργούν συναισθήματα ντροπής. Φαίνεται ότι τα συναισθήματα ντροπής καθοδηγούν τη δράση τους αφού αποτελούν την ανεπιθύμητη συνέπεια των λίγων ευφορικών στιγμών της δραπέτευσης στο σεξ. (8) Σημαντικό μέρος της ημέρας αναλώνεται σε προσπάθεια να σχεδιάσει κάποια σεξουαλική δραστηριότητα, να τη ζήσει και τέλος, να την καλύψει. Τα συχνά ψέματα, το ξόδεμα χρημάτων, τα προβλήματα με τη σύζυγο ή η εγκατάλειψη παιδιών, αποτελούν κάποιες από τις σημαντικότερες συνέπειες. (9) Αφού το μεγαλύτερο μέρος της ενέργειας αναλώνεται σε σχέσεις που σχετίζονται με το σεξ, οι άλλες σχέσεις, όπως αυτές με την οικογένεια, τους φίλους, ή τους συναδέλφους,

ατροφούν. Οι μακροχρόνιες ερωτικές τους σχέσεις είναι συνήθως εκρηκτικές και χωρίς μέλλον. Λόγω της εμμονής στη σεξουαλική δραστηριότητα και στο φόβο των σταθερών ερωτικών σχέσεων, τα άτομα αυτά προτιμούν τελικά τις βραχύχρονες και περιστασιακές ερωτικές σχέσεις.

Αιτιολογική προσέγγιση

Η σεξουαλική καταναγκαστική/εξαρτητική συμπεριφορά περιέχει τρία βασικά στοιχεία (Carnes, 2001): 1) την ψυχαναγκαστική συμπεριφορά, 2) την έλλειψη ικανότητας του ατόμου να διακόψει τη συμπεριφορά, και 3) τη συνέχιση της ιδιαίτερης συμπεριφοράς, παρά τις προκαλούμενες από αυτήν συνέπειες. Το DSM IV δεν περιλαμβάνει το σεξουαλικό εθισμό ως ξεχωριστή διαγνωστική κατηγορία. Περιλαμβάνει όμως δύο άλλες σχετικές κατηγορίες: τις σεξουαλικές διαταραχές και διαταραχές ταυτότητας φύλου (σεξουαλική δυσλειτουργία, παραφιλίες, διαταραχή ταυτότητας φύλου, και σεξουαλική δυσλειτουργία μη προσδιοριζόμενη αλλιώς), και διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων (οι οποίες περιλαμβάνουν τη σεξουαλική συμπεριφορά). Κάποιοι ερευνητές πιστεύουν ότι ο σεξουαλικός εθισμός οφείλεται σε διαταραχή ελέγχου της παρόρμησης. Ο εθισμός θεωρείται μια σοβαρή διαταραχή που σχετίζεται με ειδικές νευροβιολογικές αλλαγές. Οι εγκεφαλικές ουσίες που εκκρίνονται κατά τη σεξουαλική δραστηριότητα μας θυμίζουν μια κατάσταση ισοδύναμη με τη χρήση κοκαίνης. Η νευροχημεία της κατάχρησης ουσιών και του σεξουαλικού εθισμού, φαίνεται να παρουσιάζει αρκετές ομοιότητες.

Η σεξουαλική απάντηση είναι περισσότερο μία λειτουργία του εγκεφάλου, παρά μια λειτουργία των γεννητικών οργάνων. Η αμυγδαλή, που είναι το κέντρο της σεξουαλικής διέγερσης και επιθυμίας, αποτελεί μέρος του λιμπικού συστήματος του εγκεφάλου που διεγείρεται από ουσίες όπως η κοκαΐνη. Η σεξουαλική απάντηση καταλήγει στην παραγωγή και έκκλυση νευροχειμικών ουσιών, περιλαμβανομένων των ενδορφινών, εγκεφαλινών, και κατεχολαμινών. Συμπεριφορές όπως η διατροφή ή το σεξ προκαλούν την παραγωγή ευφοριογόνων νευρομεταβιβαστών, οι οποίοι ενεργοποιούν τα κέντρα ευχαρίστησης και επιβράβευσης στο λιμπικό σύστημα. Όταν διεγείρονται τα κέντρα αυτά, η ευφορία που προκαλείται ενθαρρύνει την επανάληψη της πράξης. Η φυσιολογία του εθισμού βασίζεται στις προκαλούμενες αλλαγές της νευρομεταβίβασης, οι οποίες αργότερα καταλήγουν στα προβλήματα συμπεριφοράς. Οι ουσίες που προκαλούν ευφορία μπορεί να είναι εθιστικές. Με την επαναλαμβανόμενη έκθεση στις ουσίες, οι οποίες προκαλούν συναισθήματα ευχαρίστησης, τα εθισμένα άτομα αναπτύσσουν κυτταρική και αργότερα σωματική

ανοχή στις ουσίες, σε σημείο να χρειάζεται να αυξάνουν την ποσότητα ώστε να αισθανθούν καλά. Έτσι, το άτομο με σεξουαλικά παρορμητική/εθιστική συμπεριφορά χρειάζεται να επαναλαμβάνει τη συμπεριφορά συνεχώς και να διεγείρει την παραγωγή και έκλυση των εσωτερικών ουσιών της ευφορίας.

Το εθιστικό σύστημα φαίνεται να ξεκινά από έναν εσφαλμένο πυρήνα πεπιοθήσεων. Τα εξαρτημένα άτομα πιστεύουν ότι είναι ανάξια, ότι κανείς δεν τους αγαπά, ότι οι ανάγκες τους δεν θα ικανοποιηθούν ποτέ, και ότι το σεξ είναι αποτελεί την πλέον σημαντική ανάγκη. Σύμφωνα με τον Carnes (2001), αυτές οι πυρηνικές πεπιοθήσεις αποτελούν τους υποβοηθητικούς παράγοντες ανάπτυξης. Εάν κάποιος δεν εμπιστεύεται τους ανθρώπους, τότε το σεξ, όπως και το φαγητό, το αλκοόλ, ή τα τυχερά παιχνίδια, εξυπηρετούν πρόσκαιρα την κατάσταση. Έτσι πραγματοποιείται μία σχέση με την ουσία/συμπεριφορά, αντί για μία σχέση με τους ανθρώπους. Μέσα στο σύστημα αυτό, η σεξουαλική εμπειρία παρέχει στο άτομο αίσθηση ενέργειας και διέγερσης. Η σεξουαλική εμπειρία γίνεται το εύκολο χάπι που απαλύνει τα προβλήματα. Το σύστημα των ψευδών αυτών πεπιοθήσεων δημιουργεί τη βάση του συστήματος εξάρτησης.

Θεωρητικά μοντέλα

Ο ρόλος του συναισθήματος: Για τους περισσότερους ανθρώπους, το άγχος και η κατάθλιψη οδηγούν σε μειωμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον. Παρόλα αυτά μπορεί να παραμένει υψηλό όταν η σεξουαλική σύνδεση με κάποιο άλλο άτομο κινητοποιείται από την ανάγκη διαπροσωπικής επαφής ή την ανάγκη αυτο-επιβεβαίωσης ή βελτίωσης της αυτο-εκτίμησης. Η σχέση σεξουαλικότητας και συναισθηματικής κατάστασης μπορεί να πάρει μία από τις ακόλουθες 3 μορφές: Πρότυπο 1: Το άτομο είναι συναισθηματικά πιεσμένο ή καταθλιπτικό, αλλά διατηρεί φυσιολογική τη σεξουαλικότητά του. Αυτή ευνοεί την εγκαθίδριση διαπροσωπικών σχέσεων, τη θετική εκτίμηση των άλλων, και την αυτοεκτίμηση. Πρότυπο 2: Ο σεξουαλικός ερεθισμός και η σεξουαλική δραστηριότητα αποσυνδέει την προσοχή του ατόμου από τους λόγους της συναισθηματικής αστάθειας ή πτώσης. Πρότυπο 3: Χαρακτηρίζεται από σταθερά αυξημένο σεξουαλικό ενδιαφέρον σε αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις. Το πρότυπο αυτό φαίνεται να βασίζεται σε έναν εσωτερικό μηχανισμό που χαρακτηρίζεται από χαμηλότερο του φυσιολογικού επίπεδο αναστολής της σεξουαλικής διεγερσιμότητας, που προκαλείται συνήθως σε καταστάσεις απειλής, άγχους ή στρες.

Ο ρόλος της αναστολής: Η αναστολή της σεξουαλικής δραστηριότητας είναι ένας προσαρμοστικός μηχανισμός. Η έννοια της χαμηλής τάσης σεξουαλικής

αναστολής δείχνει χρήσιμη στην κατανόηση κάποιων τουλάχιστον πτυχών της υψηλού κινδύνου σεξουαλικής συμπεριφοράς (Bancroft et al, 2004).

Η *νευροβιολογία* και η ψυχοφαρμακολογία της σεξουαλικής αναστολής είναι σύνθετη, αφού ενέχεται μία σειρά από νευρομεταβιβαστές. Η σεροτονίνη όμως φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο. Ο Kafka (1997), υποστήριξε ότι η διαταραχή ρύθμισης της κεντρικής μονοαμινικής λειτουργίας συμμετέχει στην εμφάνιση της εκτός ελέγχου σεξουαλικής συμπεριφοράς.

Το *σύστημα επιβράβευσης* (motivational reward system) (Goodman, 1997), αποτελεί ένα ακόμη ερευνητικό πεδίο αυτής της συμπεριφοράς. Πιθανότατα, κάποιες αλλαγές της ευαισθησίας του συστήματος επιβράβευσης, κατά την πραγματοποίηση των εκτός ελέγχου σεξουαλικών συμπεριφορών, θα μπορούσαν να συγκριθούν με αυτές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια κατάχρησης και εθισμού από ψυχοδραστικές ουσίες.

Στους παραπάνω μηχανισμούς θα πρέπει φυσικά να αναφερθεί το *γνωσιακό σύστημα* πεπιοθήσεων του ατόμου, καθώς και οι παράγοντες που μπορεί να ευοδώσουν την εμφάνιση της συμπεριφοράς, όπως η χρήση αλκοόλ, αλλά και η ενυπάρχουσα τάση της χαμηλής ικανότητας για αναστολή, που αναφέρθηκε παραπάνω. Να σημειωθεί ότι το γνωσιακό σύστημα πεπιοθήσεων μας παραπέμπει στους λεγόμενους «μύθους του βιασμού», τις γνωσίες και τις πεπιοθήσεις που συναντούμε σε άτομα με έκδηλη σεξουαλική επιθετικότητα.

Πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα

Τις τελευταίες δεκαετίες υπάρχει ιδιαίτερο επιστημονικό ενδιαφέρον στη μελέτη των «εκτός ελέγχου» σεξουαλικών συμπεριφορών (out of control sexual behaviors), οι οποίες στο παρελθόν χαρακτηρίζονταν ως νυμφομανία (nymphomania), σατυρίαση (satyriasis), και υπερσεξουαλικότητα (hypersexuality). Η βιβλιογραφία έχει επικεντρωθεί κυρίως σε δύο έννοιες, την καταναγκαστική σεξουαλική συμπεριφορά (compulsive sexual behavior) και το σεξουαλικό εθισμό/εξάρτηση (sexual addiction). Έχει προταθεί η υπαγωγή των συμπεριφορών αυτών στις διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων (impulse control disorder), σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM. Εκείνο που θα πρέπει να προσδιοριστεί είναι εάν οι εκτός ελέγχου αυτές σεξουαλικές συμπεριφορές κατανοούνται ως η ακραία μορφή ενός φυσιολογικού συνεχούς ή ως ένα συμπεριφορικό πρότυπο που είναι διαφορετικό ποιοτικά, προβληματικό και έξω από το φυσιολογικό συνεχές. Είναι αλήθεια ότι η βιβλιογραφία για τα θέματα του σεξουαλικού εθισμού έχει αναλωθεί κυρίως σε προβληματισμούς για τον ορισμό, σε σχέση κυρίως με το DSM IV, ενώ

έχει δώσει λιγότερες απαντήσεις σε τομείς που αφορούν στην αιτιολογία και τις συνέπειες. Οι συχνότερες αναφορές των ερευνητών, που βασίζονται κυρίως στην κλινική εμπειρία, κάνουν λόγο για μηχανισμούς που εξυπηρετούν τη μείωση του άγχους.

Η προσοχή έχει εστιαστεί ιδιαίτερα στην παρατήρηση ότι οι εκτός ελέγχου σεξουαλικές συμπεριφορές μπορούν να ελεγχθούν με αντικαταθλιπτικές ουσίες, όπως τους αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) (Kafka, 2000). Απομένει να απαντηθεί εάν τα οφέλη από αυτή τη φαρμακευτική αγωγή οφείλονται στη βελτίωση της διάθεσης, στην ειδική αναστολή της σεξουαλικής συμπεριφοράς ή συγχρόνως και στους δύο αυτούς λόγους. Εάν υποθέσουμε ότι η μείωση του άγχους και η βελτίωση της συναισθηματικής κατάστασης είναι το σημείο κλειδί για τη βελτίωση των εκτός ελέγχου σεξουαλικών συμπεριφορών, τότε θα πρέπει να δικαιολογηθεί το μειωμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον που έχουν οι άνθρωποι σε περιπτώσεις με μειωμένη συναισθηματική διάθεση και δύναμη. Υπάρχουν κάποια δεδομένα που υποστηρίζουν την παράδοση συνύπαρξη αρνητικού συναισθήματος και αυξημένης σεξουαλικότητας σε άτομα με σεξουαλική εξάρτηση. Με τη βοήθεια του Mood and Sexuality Questionnaire, που χορηγήθηκε σε 919 ετεροσεξουαλικούς άνδρες, στο Ινστιτούτο Kinsey (Bancroft et al, 2003), βρέθηκε ότι στους περισσότερους η κατάθλιψη και το άγχος συνυπάρχει με μειωμένη σεξουαλική επιθυμία, αλλά στο 15-25% των ατόμων συνυπάρχει με αυξημένη σεξουαλική επιθυμία και δραστηριότητα. Η ποιοτική ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι η σχέση κατάθλιψης και σεξουαλικότητας είναι περισσότερο περίπλοκη από τη σχέση άγχους και σεξουαλικότητας. Συγκεκριμένα, αυξημένο σεξουαλικό ενδιαφέρον σε άτομα με κατάθλιψη μπορεί να υποδεικνύει αυξημένη ανάγκη προσωπικής αναγνώρισης από τους άλλους. Αντίθετα, τα άτομα με αρνητική σχέση ανάμεσα σε κατάθλιψη και σεξουαλικότητα προφανώς βιώνουν μειωμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον λόγω της χαμηλής αυτοεκτίμησης. Στην περίπτωση των ατόμων με άγχος, το πρότυπο σχετίζεται είτε με τη φυγή μέσα από το σεξ ή με την παροδική μείωση του άγχους μετά τον οργασμό.

Τέλος, το μοντέλο διπλού ελέγχου (dual control model) του Bancroft (1999), υποστηρίζει ότι η σεξουαλική επιθυμία εξαρτάται από την ισορροπία μεταξύ σεξουαλικής διέγερσης και αναστολής, με την αναστολή να είναι η τυπική προσαρμοστική διαδικασία του είδους. Οι Bancroft & Vukadinovic (2004), χορηγώντας σε δείγμα ατόμων που παρακολουθούσαν πρόγραμμα στο Sex Addicts Anonymous τα ερωτηματολόγια The Mood & Sexuality Questionnaire, Sexual Inhibition/Excitation Scales, και Zemore Depression Proneness Ratings, βρήκαν ότι αυξημένη σεξουαλικότητα σε αρνητικές συναισθηματικά καταστάσεις ήταν πιο συχνή

στους άνδρες. Επίσης, το αυξημένο σεξουαλικό ενδιαφέρον που συνδέεται περισσότερο με άγχος, παρά με κατάθλιψη, σχετίζεται περισσότερο με καταναγκαστικό αυνανισμό, παρά με αλληλεπίδραση με άλλο άτομο. Τέλος, τα μισά περίπου άτομα, από τα 31 που εξετάστηκαν, περιέγραψαν τις εκτός ελέγχου σεξουαλικές δραστηριότητες σαν να τις βίωναν σε κατάσταση αποσύνδεσης (dissociation). Πιθανόν, η αποσυνδετική αυτή κατάσταση βοηθά στην εγκατάσταση του προτύπου της εκτός ελέγχου σεξουαλικής συμπεριφοράς, μειώνοντας τις δυνατότητες αυτορρύθμισης και αυτοελέγχου που αναμένεται στους περισσότερους ανθρώπους.

ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Επιδημιολογία

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.

Κλινική εικόνα

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 ψευδαίσθησης 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 πεπτοιθήσεις 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 πεπτοιθήσεις 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.

Υποτροπή και συμμόρφωση στη θεραπεία

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 η 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.

Φαρμακευτική θεραπεία

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 παράγοντες 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.

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 εξωπυραμидικές 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 επιτυχία της κλοζαπίνης (Leronepex) 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]) 2α προς 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.

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., ακαθησία 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

εξωπυραμидικών συμπτωμάτων, καταστολής, σεξουαλικής δυσλειτουργίας και προβλημάτων εμμηνόρροιας 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.

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ

ΕΙΔΙΚΕΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

ΑΠΩΛΕΙΑ ΚΑΙ ΘΑΝΑΤΟΣ

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 ωρίμανση, 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.

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 το θάνατο (Rando, 1984).

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, στις 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 ευαισθητοποιημένος 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 ενοχές 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 πεποιθήσεων, τις διαδικασίες της ανάπτυξης και ενηλικίωσης, όπως επίσης τις εύκολα αναγνωριζόμενες απώλειες, όπως είναι 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 οποιοσδήποτε 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 σαν 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 κατακλυσμιαία 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 αίσθηση απουσίας 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 πεπιοθήσεων, 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 Dutro

Ο Dutro 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 Dutro, είναι προσαρμοσμένο στην κοινωνικοπολιτισμική ζωή του εικοστού πρώτου αιώνα. Η έρευνα της πρόσφατης βιβλιογραφίας που πραγματοποιήσε 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 πολυπαραγοντική, διαδραστική και ιδιαίτερη για κάθε άτομο, που έχει πληγεί από την απώλεια, εμπειρία, η οποία βασίζεται σε ένα περίπλοκο σύνολο συνυφασμένων μεταβλητών.

Χωρισμός – Διαζύγιο

Το ποσοστό των γάμων που καταλήγουν σε διαζύγιο είναι ιδιαίτερος υψηλό και 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.

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 ουσιαστικά 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.

Θάνατος συζύγου

Ο θάνατος του ή της συζύγου είναι ένα από τα περισσότερα 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 πένθων - 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 πένθων, 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.

Ο ειδικός έχει ως πρωταρχικό στόχο 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 συνήθης 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 και για αυτό 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 επινοεί πρότυπα και συσχετίζει νοήματα, συνδυάζει παρόμοια πράγματα, γενικεύει από το ένα παράδειγμα στο άλλο, με λίγα λόγια έχει λογική αντίληψη των πραγμάτων. Ο θάνατος των παιδιών δεν έχει λογική, ούτε προηγούμενο, 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 πενθούντες γονείς και να εκτιμηθεί το ενδεχόμενο ύπαρξης μετατραυματικής αγχώδους διαταραχής και αντιδράσεων επιπλεγμένου πένθους. Στα πλαίσια αυτά, οι στρατηγικές παρέμβασης είναι οι εξής:

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.

ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Το φάσμα των αυτοκτονιών

Εκτιμάται ότι, σε καθημερινή βάση, περίπου 2.000 άτομα αυτοκτονούν παγκοσμίως, με τις χώρες γύρω από τη Βαλτική, τις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ και την Ουγγαρία να έχουν τα περισσότερα θύματα. Στις Ηνωμένες Πολιτείες περίπου 30.000 άτομα αυτοκτονούν κάθε χρόνο, ενώ από εκείνους που αποπειρώνται και τελικά αποτυγχάνουν περίπου 20.000 μένουν τελικά ανάπηροι. Οι νέοι μεταξύ 15-24 ετών αποτελούν την ηλικιακή ομάδα που παρουσιάζει τη μεγαλύτερη αύξηση σε απόπειρες αυτοκτονίας τα τελευταία 20 χρόνια. Υπολογίζεται ότι οι αυτοκτονίες κατέχουν μια από τις τρεις πρώτες θέσεις στον κατάλογο με τις αιτίες θανάτου παιδιών και εφήβων παγκοσμίως. Έχει βρεθεί επίσης ότι οι άνδρες αυτοκτονούν σε ποσοστό τετραπλάσιο του αντίστοιχου των γυναικών, ενώ το 25% όλων των αυτοκτονιών επιχειρείται από άτομα άνω των 65 ετών. Τουλάχιστον το 80% των ατόμων που αυτοκτονούν πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή, ενώ δεν είναι ασήμαντος ο αριθμός των ατόμων που αυτοκτονεί ενώ πάσχει από κάποια σοβαρή σωματική νόσο.

Αυτοκτονίες και υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας

Έχει βρεθεί ότι ο αριθμός των αυτοκτονιών σχετίζεται με την κατανομή των υπηρεσιών παροχής ψυχικής υγείας ανάμεσα στις αστικές και τις αγροτικές περιοχές. Είναι γεγονός ότι η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας εμφανίζει διαφορές τόσο μεταξύ των κρατών, όσο και μεταξύ των περιοχών μέσα στην ίδια χώρα. Η διαθεσιμότητα των ψυχιάτρων, αλλά και του λοιπού υγειονομικού προσωπικού που σχετίζεται με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι μικρότερη στις αγροτικές, συγκριτικά με τις αστικές, περιοχές και οι δείκτες αυτοκτονίας είναι υψηλότεροι στις αγροτικές περιοχές.

Αρκετές μελέτες έδειξαν αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στον αριθμό αυτοκτονιών και τη δυνατότητα ανίχνευσης των ψυχικών διαταραχών από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας παροχής υγείας. Για παράδειγμα, στη Σουηδία παρατηρήθηκε σημαντική μείωση των αυτοκτονιών μετά την ολοκλήρωση προγράμματος εκπαίδευσης των γενικών ιατρών για τη βελτίωση των δεξιοτήτων αναγνώρισης της κατάθλιψης. Έρευνα στην Ουγγαρία έδειξε ότι ο αριθμός των

παθολόγων σχετίζεται θετικά με το δείκτη διαγνωσμένων καταθλίψεων και αντίστροφα με τον αριθμό των αυτοκτονιών. Έρευνες στις ΗΠΑ έδειξαν ότι η δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ο αριθμός ψυχιάτρων και το ύψος επιδομάτων υγείας, καθώς και η ποιότητα της φροντίδας ψυχικής υγείας, όπως αυτή προέκυψε από τη συνταγογράφηση αντικαταθλιπτικών, σχετίζονται αντίστροφα με τον αριθμό των αυτοκτονιών. Τουλάχιστον τα μισά από τα άτομα που διαπράττουν αυτοκτονία, έρχονται σε επαφή με ειδικό παροχής ψυχικής υγείας ή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ένα μήνα πριν τη διάπραξη της αυτοκτονίας, ενώ σχετική έρευνα στην Αυστρία έδειξε ότι η καλύτερη πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας αυξάνει τη δυνατότητα για έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών και μειώνει τον αριθμό των αυτοκτονιών.

Έχει βρεθεί ότι περίπου οκτώ από τα δέκα άτομα που αυτοκτονούν πάσχουν από κάποια ψυχική νόσο κατά τη στιγμή του θανάτου τους. Μεταξύ όλων των ψυχιατρικών διαγνώσεων, οι διαταραχές που σχετίζονται συχνότερα με την αυτοκτονία είναι οι διαταραχές της διάθεσης, με κύριο εκπρόσωπο την κατάθλιψη, που προσμετρά για το 30% του συνόλου των ψυχικά ασθενών, ακολουθούμενη από τη χρήση ουσιών με ποσοστό 17%, τη σχιζοφρένεια με ποσοστό 14% και τις διαταραχές προσωπικότητας με ποσοστό 13 %. Να σημειωθεί βέβαια ότι για διάφορους λόγους, ένας σημαντικός αριθμός αυτοκτονιών δεν καταγράφεται ως αυτοκτονία. Μελέτες στις Ηνωμένες Πολιτείες έδειξαν ότι το 75% των ατόμων που διέπραξαν αυτοκτονία είχε επισκεφθεί τον τελευταίο μήνα κάποιο γενικό ιατρό^{19,31,32}, αν και μόνο το 36% των γενικών ιατρών εξέταζε τους ασθενείς για ύπαρξη αυτοκτονικού ιδεασμού. Μελέτη στην Ελλάδα έδειξε ότι οι ψυχικές διαταραχές, περιλαμβανομένου του κινδύνου για αυτοκτονία, δεν διαγιγνώσκονται έγκαιρα στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να μην παραπέμπονται κατάλληλα. Η χαμηλή ίσως εκπαίδευση σε θέματα πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας ωθεί την ανάγκη ένταξης θεμάτων ψυχικής υγείας και πρόληψης αυτοκτονικής συμπεριφοράς στην εκπαίδευση των γενικών ιατρών, των παθολόγων, αλλά και των ειδικών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα.

Θεωρίες περί αυτοκτονίας

Από ψυχοδυναμικής άποψης η αυτοκτονικότητα ενεργοποιείται ως 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 και 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 τον οδηγήσει στο να το επιχειρήσει*». Κι όμως αληθεύει το αντίθετο. Η συζήτηση του θέματος με κάποιο 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 υπάρχοντων 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

Η 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 θα λείψει από κανέναν, εάν και εφόσον αποχωρήσει
- Βιώνει χρόνιο και έντονο στρες
- Υπέστη πρόσφατα την απώλεια ενός πολύ αγαπητού προσώπου
- Βιώνει έντονα την επτέριο 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.

Τι δεν ενδείκνυται

Οι Hipple (1985) και Kirk (1993) εντόπισαν κάποιους ιδιαίτερους χειρισμούς οι οποίοι δεν ενδείκνυνται 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 η 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 διάλυο επικοινωνίας, να είναι πάντοτε διαθέσιμος και φυσικά να έχει φροντίσει ώστε να υπάρχει εφεδρική υποστήριξη σε περίπτωση αδυναμίας του ιδίου.

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 οικογένειας τους ή κάποιος αγαπημένος φίλος. 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 σε 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 γίνει ακόμα μεγαλύτερη. Οι γονείς αυτοί βιώνουν κρίση ταυτότητας και αμφισβητούν 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. Οι 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 είχε 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.

ΧΡΗΣΗ ΨΥΧΟΔΡΑΣΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

Επιδημιολογικά δεδομένα

Δεδομένα στην Ελλάδα: Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση του ποσοστού των ενηλίκων που έχουν κάνει χρήση παράνομης ουσίας τουλάχιστον μία 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 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 των μαθητών (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 μεγαλώνει 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. Παρά 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 στην 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 έκσταση τουλάχιστον μία φορά σε όλη τη ζωή κυμαίνονται γενικά από 0,5 έως 7% του ενήλικου πληθυσμού. Τα ποσοστά της επικράτησης της χρήσης έκσταση 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 οπιούχων 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, 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 κατασκεύασμα, 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 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. Συνεξαρτημένο 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, νουθεσίες, απαγορεύσεις και εγκρίσεις.

Βιοψυχοκοινωνικά μοντέλα: Όπως η ίδια η λέξη προϊδεάζει, 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 και 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 πεπιοθήσεις 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 πεπιοθήσεις 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 ιδιοτεροτήτων 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, κοινωνικούς 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 διαφαινόμενη 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 συνεξαρτημένα και χρησιμοποιούν ασυνείδητους και δυσπροσαρμοστικούς μηχανισμούς άμυνας όπως οι παρακάτω.

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

Αποσιώπηση: 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.

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 κρίση 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 παραλδεΐδη.

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 τενόντιων 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-γλουταμυλοτρανσφεράσης. 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 την όλη κατάσταση ή και 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-μεθυλενεδιοξυμεθαμφεταμίνη), βρωμο-DMA (4-βρωμο-2,5-διμεθοξυαμφεταμίνη), 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 ανορεξία. Το κάπνισμα κρακ μπορεί να προκαλέσει αποφρακτική βρογχιολίτιδα, που οργανώνεται σε πνευμονία. Η iv χρήση συνοδεύεται από τους κινδύνους των μη αποστειρωμένων βελονών. 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-λυσσεργικό 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 τενόντιων αντανάκλασεων. Με το PCP επίσης μπορεί να παρατηρηθεί νυσταγμός (κάθετος, οριζόντιος ή κυκλικός), κατατονία ή έντονη υπερδραστηριότητα, εκροή σιέλου από το στόμα, αλαλία, αμνησία, αναλγησία, μυϊκή δυσκαμψία, αταξία βάδισης, παρορμητικότητα ή βίαιη συμπεριφορά, πειστικός 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, προποξυφαίνη, φαινταλίνη, μεπεριδίνη, (Demerol), υδρομορφόνη, υδροκωδόνη 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:

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

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

Υποδοχείς 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 προποξυφαίνη ή τη μεπεριδίνη), κώμα, επιληπτικές κρίσεις (με την προποξυφαίνη 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 (οξυκωδόνη, οξυμορφόνη, υδροκωδόνη, 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 και 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 οξυκωδόνης (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 εμφανίζεται έξαψη, ζάλη, υπνηλία και έλλειψη αναστολών. Η σοβαρή δηλητηρίαση μπορεί να προκαλέσει: αταξία, αποπροσανατολισμό, αϋπνία, 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, μπελαντόνα, henbane, διφαινυδραμίνη, σκοπολαμίνη, τριεξιφαινυδύλη, βενζοτροπίνη mesylate, προκυκλιδίνη, προπανθελίνη, βρωμίδα, jimsonweed seed.

Ειδικοί παράγοντες, κοινές ονομασίες: μπελαντόνα, 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.

ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Ιστορικά και επιδημιολογικά 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 ομηρία επισπεύδουν την εμφάνιση της διαταραχής του μετατραυματικού στρες. Το ψυχικό τραύμα είναι μια διαδικασία που ξεκινά από ένα τραυματικό γεγονός, που κατακλύζει 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 ρυθμίζονταν σταθερά από ό,τι είχε βιώσει στο παρελθόν και ό,τι 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. Αnéφερε 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 γκρουπ 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 στρες 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 στο 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 σεισμοί και οι τυφώνες, η μετανάστευση μετά από πόλεμο στον τόπο καταγωγής 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, επεισόδια 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 αρχίζει να κινείται βίαια, όποτε πλησιάζει 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 και κοινωνικά αποκομμένο και αποστασιοποιημένο από τον περίγυρο του, έχει ένα πολύ περιορισμένο φάσμα συναισθημάτων με 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 το τραύμα, όπως καταδεικνύεται από τουλάχιστον δύο από τα συμπτώματα που ακολουθούν: Δυσκολία να κοιμηθεί ή να παραμείνει κοιμισμένος, ευερεθιστότητα ή εκρήξεις θυμού,

δυσκολία να συγκεντρωθεί σε ένα καθήκον. Ακόμη, 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 σε άλλες σημαντικές παραμέτρους στη ζωή του ατόμου.

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 αντανakλαστικού 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 ψυχοεκπαίδευσης, 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.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

Αίτια

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. 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. 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 εργαζόμενους σε ανθρωπιστικές υπηρεσίες και σε χώρους ψυχικής υγείας.

Είναι πιθανό οι εργαζόμενοι να δουλεύουν με ανθρώπους οι οποίοι έχουν ψυχολογικά προβλήματα ή έχουν υποστεί κάποιο τραυματικό γεγονός. Άλλα προβλήματα μπορεί επίσης να συνδέονται με άτομα που έχουν διαπράξει ή υποστεί σεξουαλική παρενόχληση ή οποιαδήποτε άλλη κακοποίηση, έχουν διαπράξει φόνο, πάσχουν 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 δουρεία 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, τον αυξανόμενο αριθμός εξυπηρετούμενων από την υπηρεσία καθώς και την 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 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.

Παράγοντες εμφάνισης

Διάφορα περιβαλλοντικά γεγονότα μπορούν να προκαλέσουν την εμφάνιση 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.

Σε μελέτες για την ψυχοσωματική εξουθένωση εργαζομένων σε ανθρωπιστικές υπηρεσίες, καταγράφηκαν δηλώσεις που έχουν τη μορφή «μύθων» σχετικά με την

εργασία τους. Οι πεπτοιθήσεις 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, η υπερβολική προσοχή και επικέντρωση στη λεπτομέρεια μπορούν να οδηγήσουν σε επανάληψη καθηκόντων και υιοθέτηση ενός αυταρχικού στυλ.

Προληπτικά μέτρα

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 πολύ 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. 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:

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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 περαιτέρω οργάνωσή της εργασίας τους. Ο

εργαζόμενος χρειάζεται να έχει λειτουργικά συστήματα υποστήριξης στον εργασιακό χώρο.

Ομάδες υποστήριξης

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 ένας σύμβουλος 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.

ΜΕΡΟΣ IV

ΑΠΕΙΛΗΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ

ΕΠΙΘΕΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Ορισμοί

Η ανθρώπινη επιθετικότητα και βία είναι ένα ευρέως διαδεδομένο φαινόμενο. Η επιθετικότητα, οριζόμενη ως εχθρική, βλαπτική ή καταστρεπτική συμπεριφορά, που συχνά προκαλείται από ματαίωση, μπορεί να είναι ατομική ή συλλογική. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας καλούνται συχνά να αξιολογήσουν παθολογικές μορφές ατομικής επιθετικότητας στα πλαίσια κλινικών, νομικών και σχολικών δομών, αν και η γνώση μας για τις αιτίες και τη θεραπεία της παθολογικής επιθετικότητας και βίας είναι αρκετά πτωχή. Τα αίτια της ανθρώπινης επιθετικότητας είναι πολυπαραγοντικά, περιλαμβάνοντας κοινωνικοοικονομικούς, πολιτισμικούς, ιατρικούς και ψυχολογικούς παράγοντες, ενώ ορισμένες μορφές παθολογικής επιθετικότητας, όπως η παρορμητική επιθετικότητα, παραπέμπει στην υποκείμενη νευροβιολογία, την οποία μάλιστα πολύ πρόσφατα έχουμε αρχίσει να κατανοούμε.

Η επιθετικότητα μπορεί να ταξινομηθεί με βάση το στόχο, όπως επιθετικότητα προς τον εαυτό ή τους άλλους, με βάση τον τρόπο, όπως σωματική ή λεκτική, άμεση ή έμμεση επιθετικότητα, ή με βάση την αιτία, όταν οφείλεται σε νευρολογική ή ψυχιατρική νόσο. Η πλέον χρησιμοποιούμενη όμως και ίσως η πλέον αξιόπιστη ταξινόμηση αφορά στην προσχεδιασμένη και την παρορμητική επιθετικότητα. Η προσχεδιασμένη επιθετικότητα σχετίζεται με συμπεριφορά που δεν συνδέεται τυπικά με ματαίωση ή δεν αποτελεί συνήθως απάντηση σε άμεση απειλή. Η προσχεδιασμένη επιθετικότητα δεν συνοδεύεται από διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος, ενώ κάποιες φορές είναι κοινωνικά αποδεκτή, όπως για παράδειγμα σε περιόδους πολέμου. Αντίθετα η παρορμητική επιθετικότητα χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα διέγερσης του αυτόνομου νευρικού συστήματος, καθώς και από αρνητικά συναισθήματα όπως θυμό ή φόβο. Η παρορμητική επιθετικότητα αναφέρεται και ως αντιδραστική, συναισθηματική ή εχθρική επιθετικότητα και θεωρείται παθολογική όταν η επιθετική απόκριση είναι υπερβολική σε σχέση με την συναισθηματική πρόκληση. Όταν η απειλή είναι άμεση και επικίνδυνη αυτή η μη προσχεδιασμένη επιθετικότητα μπορεί να εκληφθεί ως αμυντική και έτσι ως τμήμα των φυσιολογικών αντιδράσεων του ανθρώπου. Τα όρια επομένως μεταξύ της παθολογικής ή παρορμητικής επιθετικότητας και των πιο φυσιολογικών ή αναμενόμενων μορφών επιθετικότητας δεν είναι σαφή και έτσι, άτομα με παθολογική επιθετικότητα μπορεί να εκλογικεύσουν τη βιαιότητα τους, θεωρώντας την ως φυσιολογική αντίδραση.

Επιδημιολογία

Αναφορά του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας δείχνει ότι 1,5 εκατομμύρια άνθρωποι περίπου πεθαίνουν ανά έτος είτε από αυτο- ή από ετερο-κατευθυνόμενη επιθετικότητα. Η παρορμητική λεκτική ή σωματική επιθετικότητα μπορεί να συσχετιστεί με μια σειρά από ψυχιατρικές διαταραχές και κυρίως διαταραχές προσωπικότητας, όπως η οριακή και η αντικοινωνική προσωπικότητα. Οι συνέπειες αυτών των συμπεριφορών μπορεί να είναι σοβαρές και να περιλαμβάνουν, συζυγική κακοποίηση και τραυματισμό, απώλεια εργασίας, εγκληματική επίθεση, βιασμό ή φόνο. Έρευνες σε οικογένειες και διδύμους δείχνουν ότι η επιθετικότητα, ιδιαίτερα η παρορμητική επιθετικότητα, παρουσιάζει ισχυρή κληρονομικότητα (44%-72%). Η αλληλεπίδραση γονιδίων-περιβάλλοντος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην επιθετικότητα και την αντικοινωνική συμπεριφορά. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες περιλαμβάνουν τους οικογενειακούς, μεταξύ των οποίων η έκθεση στην επιθετικότητα κατά την παιδική και εφηβική ηλικία, όπως επίσης και πολιτισμικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. Τα άτομα με βιολογική προδιάθεση για επιθετικότητα μπορεί να είναι ιδιαίτερα ευάλωτα σε περιόδους ψυχοκοινωνικής αντιξοότητας. Για παράδειγμα, έρευνες έδειξαν ότι τα γονίδια για την σεροτονίνη και την μονοαμική οξειδάση τύπου A (MAO-A) αλληλεπιδρούν με την κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία, δημιουργώντας έτσι προδιάθεση για επιθετικότητα.

Ψυχοπαθολογία

Η επιθετικότητα μπορεί να εκδηλωθεί διαφορετικά, ανάλογα με το γενικότερο ψυχοπαθολογικό πλαίσιο στο οποίο εμφανίζεται. Για παράδειγμα, στην περίπτωση της αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας επικρατεί η έλλειψη ενσυναίσθησης και οι συχνές εγκληματικές πράξεις. Όταν η τάση για επιθετικότητα σχετίζεται με συνυπάρχουσα γνωστική αποδιοργάνωση ή έκπτωση του ελέγχου της πραγματικότητας, όπως στην περίπτωση της ψύχωσης, η επιθετικότητα μπορεί να εκδηλωθεί με ισχυρά αποκλίνουσες συμπεριφορές όπως φόνο, βιασμό και κατά συρροή δολοφονίες. Παρόμοια, επεισοδιακή επιθετικότητα συνοδεύει συχνά ασθενείς με άνοια. Όταν η επιθετικότητα σχετίζεται με συναισθηματική αστάθεια η παρορμητική επιθετικότητα συχνά αφορά συνήθως στην οριακή διαταραχή προσωπικότητας. Η τάση επίσης για επιθετικότητα μπορεί να ενισχυθεί από την αλλαγή της διάθεσης, όπως στην περίπτωση της διπολικής διαταραχής ή τη διαταραχή πανικού. Η πιο κοινή όμως συννοσηρότητα είναι η διαταραχή από χρήση

ουσιών, η οποία συμβάλλει ισχυρά στη γνωστική αποδιοργάνωση και έλλειψη αναστολών. Σε καθένα από αυτά τα πλαίσια ψυχοπαθολογίας η παρορμητική επιθετικότητα μπορεί να θεωρηθεί ότι ξεπερνά ένα κατώτερο κατώφλι ενεργοποίησης των επιθετικών αντιδράσεων έναντι ενός εξωτερικού ερεθίσματος, χωρίς να υπάρχει υπολογισμός των συνεπειών αυτής της συμπεριφοράς.

Γενικοί παράγοντες κινδύνου

Η βία και η επιθετικότητα προκαλούν σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία, και σχετίζονται με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, ιδιαίτερα μάλιστα με τη σχιζοφρένεια. Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια δείχνουν ελαφρά αυξημένα επίπεδα επιθετικότητας, σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, τα οποία μάλιστα αυξάνονται με τη συννοσηρότητα χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών. Η επιθετικότητα προκαλεί σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις τόσο στους ασθενείς όσο και στα θύματα, επιταχύνει την εισαγωγή σε νοσοκομείο και αυξάνει το κόστος θεραπείας της σχιζοφρένειας. Η πρόβλεψη της επιθετικότητας σε κάποιο άτομο είναι δύσκολη. Κάποιες έρευνες έδειξαν ότι η πρόβλεψη της επιθετικότητας σε άτομα που πάσχουν από ψυχική διαταραχή είναι ακριβής μόνο στο ένα τρίτο των περιπτώσεων, ενώ άλλες ότι οι κλινικοί υπερδιαγνώσκουν την επιθετική συμπεριφορά. Οι παράγοντες που ακολουθούν είναι σημαντικοί για την αποτίμηση του κινδύνου βιαιοπραγίας κάποιου ατόμου, είτε αυτό πάσχει ή όχι από κάποια ψυχική διαταραχή.

Δημογραφικά: Στο Οι επιθετικές συμπεριφορές στο γενικό πληθυσμό κορυφώνονται στην ύστερη εφηβεία και την πρώιμη ενήλικη ζωή, τυπικά μεταξύ των ηλικιών 15 έως 25, ενώ η επιθετική συμπεριφορά των ψυχιατρικών ασθενών δείχνει να κορυφώνεται σε ελαφρώς μεγαλύτερη ηλικία. Στο γενικό πληθυσμό το φύλο αποτελεί έναν σταθερό παράγοντα, με τους άνδρες να είναι περισσότερο πιθανόν να παρουσιάσουν επιθετική συμπεριφορά, ενώ στα άτομα με ψυχικές διαταραχές, άνδρες και γυναίκες δε φαίνεται να διαφέρουν σημαντικά στον κίνδυνο αυτό. Η βιαιοπραγία δείχνει να είναι τρεις φορές πιθανότερη στις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις, σε σχέση με τις υψηλότερες. Επίσης, όσο πιο χαμηλή είναι η διανοητική ικανότητα ενός ατόμου τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος βιαιότητας. Η βιαιοπραγία δείχνει να είναι επίσης πιο πιθανή σε ανέργους και άτομα με χαμηλότερη εκπαίδευση. Οι άστεγοι ψυχικά ασθενείς διαπράττουν 35 φορές περισσότερα εγκλήματα, σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό.

Χαρακτηριστικά Προσωπικότητας: Η βιβλιογραφία δείχνει ότι κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας συνδέονται με βίαιη συμπεριφορά. Αυτά τα χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν την παρορμητικότητα, τη

χαμηλή ανοχή στη ματαίωση, τη μη ανοχή στην κριτική, την απρόσεκτη οδήγηση, την αντικοινωνική συμπεριφορά και τις επιφανειακές σχέσεις. Τόσο η έρευνα όσο και η κλινική πράξη δείχνει ότι η επιθετική συμπεριφορά αποτελεί χαρακτηριστικό γνώρισμα δύο συγκεκριμένων διαταραχών προσωπικότητας, της οριακής και της αντικοινωνικής. Επιπλέον, το άτομο με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας αναζητά συχνά εκδίκηση όταν σχεδιάζει και εκτελεί κάποια βίαιη πράξη. Ένα τέτοιο άτομο μπορεί επίσης να συμπεριφερθεί βίαια μετά από κατανάλωση αλκοόλ, μία ουσία που αυξάνει τα επίπεδα παρορμητικότητας. Επιπρόσθετα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που συνεισφέρουν στη βιαιότητα είναι η απουσία ενσυναίσθησης και η άρνηση υπευθυνότητας. Η έρευνα στο χώρο της σχιζοφρένειας έχει επικεντρωθεί στο διαχωρισμό των σχιζοφρενών σε αυτούς που διαπράττουν εγκλήματα νωρίς κατά την εφηβεία και πριν την εκδήλωση της ασθένειάς τους και σε αυτούς που διαπράττουν εγκλήματα αργότερα, στην ενήλικη ζωή και συνήθως μετά την εκδήλωση της ασθένειας.

Παιδική Ηλικία: Τα παιδιά που έχουν κακοποιηθεί σωματικά είναι περισσότερο πιθανό να γίνουν βίαιοι ως ενήλικες. Έχει φανεί ότι τα κακοποιημένα αγόρια τείνουν να ταυτίζονται με τον επιτιθέμενο με αποτέλεσμα να γίνονται συχνότερα επιθετικοί, ενώ τα κακοποιημένα κορίτσια τείνουν να επαναλαμβάνουν τη θυματοποίησή τους στις σχέσεις τους ως ενήλικες. Επιπρόσθετοι γενικοί παράγοντες που σχετίζονται με την επιθετικότητα περιλαμβάνουν τις απουσίες από το σχολείο, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και το φτωχό κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον. Η βιβλιογραφία υποδεικνύει επίσης ότι ένα άτομο έχει αυξημένες πιθανότητες επιθετικότητας αν έχει ιστορικό διαταραχής υπερκινητικότητας, ιστορικό συλλήψεων για βίαιη συμπεριφορά, ιστορικό ψυχιατρικής νοσηλείας πριν από τα 18, καθώς και εμπρησμών και κακοποίησης ζώων.

Χρήση Ουσιών: Ένα από τα πλέον ισχυρά ευρήματα στη βιβλιογραφία είναι ότι η χρήση ουσιών αυξάνει την πιθανότητα για επιθετική συμπεριφορά. Μεγάλη επιδημιολογική έρευνα έδειξε ότι το 25% αυτών που πληρούσαν τα κριτήρια για εξάρτηση ή κατάχρηση από αλκοόλ, και το 35% αυτών που πληρούσαν τα κριτήρια εξάρτησης ή χρήσης απαγορευμένων ουσιών, ήταν βίαιοι κατά το προηγούμενο έτος. Η ίδια έρευνα έδειξε ότι ο συνδυασμός χρήσης ουσιών και ψυχικής διαταραχής προκαλεί περισσότερη βία από κάθε άλλον παράγοντα από μόνο του, καθώς επίσης ότι η οποιαδήποτε ψυχική διαταραχή προκαλεί λιγότερη βία μόνη της, σε σύγκριση με τη χρήση ουσιών. Σε διερεύνηση του κινδύνου επιθετικότητας στη σχιζοφρένια βρέθηκε ότι η σχιζοφρένια από μόνη της αυξάνει 10 φορές τον κίνδυνο για ανθρωποκτονία, ενώ η συννοσηρότητα με χρήση ψυχοδραστικών ουσιών αυξάνει τον κίνδυνο 17 φορές.

Ιστορικό επιθετικής συμπεριφοράς: Ένας από τους ισχυρότερους δείκτες για μελλοντική επιθετική συμπεριφορά είναι το ιστορικό επιθετικής συμπεριφοράς. Επομένως, εάν κάποιο άτομο υπήρξε επιθετικό κατά το παρελθόν, είναι σημαντικό να ερευνηθεί περισσότερο το περιστατικό σχετικά με την αιτία που οδήγησε σε αυτό, καθώς και τους τρόπους που θα μπορούσε να αποφευχθεί. Είναι σημαντικό επίσης να ερευνηθεί η αντίληψη του ασθενούς σχετικά με τις προθέσεις του θύματος, γιατί η διερεύνηση αυτών των πεποιθήσεων ενδέχεται κάποιες φορές να υποκρύπτουν ψυχωτικές πεποιθήσεις ή παραληρήματα.

Ανθρωποκτονία: Οι ανθρωποκτόνοι ψυχιατρικοί ασθενείς είναι συνήθως άνδρες, σε αναλογία 10 προς 1 με τις γυναίκες, άγαμοι σε ποσοστό τουλάχιστον 60%, νεαρής ηλικίας, άνεργοι και σχετικά χαμηλού μορφωτικού και κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Τα δεδομένα αυτά αφορούν και τους μη πάσχοντες από ψυχική νόσο ανθρωποκτόνους, στους οποίους όμως η μέση ηλικία διάπραξης του εγκλήματος είναι κατά μια 5ετία περίπου μικρότερη της αντίστοιχης των ψυχιατρικών ασθενών. Τουλάχιστον το 50% των ψυχικά ασθενών ανθρωποκτόνων πάσχουν από σχιζοφρένεια, συνήθως παρανοειδούς τύπου. Η παρουσία παραληρημάτων και διατακτικών ακουστικών ψευδαισθήσεων, καθιστούν τον πάσχοντα ιδιαίτερα επικίνδυνο για τη διάπραξη σοβαρότατου αδικήματος. Άλλες ψυχικές διαταραχές που συναντώνται σε ανθρωποκτόνους είναι η κατάχρηση αλκοόλ, οι ουσιοεξάρτηση και οι διαταραχές προσωπικότητας, ειδικότερα οι διαταραχές της ομάδας Β κατά DSM-IV. Η διάπραξη της ανθρωποκτονίας συνήθως δεν είναι η πρώτη εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς εκ μέρους του ασθενούς, αφού σε ποσοστό τουλάχιστον 70% προηγούνται και άλλες βίαιες συμπεριφορές, καθώς και εκδηλώσεις αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.

Παράγοντες κινδύνου στη σχιζοφρένεια

Υποτύπος: Η επιθετικότητα στη σχιζοφρένεια είναι ετερογενής. Ένα μέρος της σχετίζεται με τη νόσο και μπορεί να μειωθεί με αντιψυχωτική αγωγή. Άλλο κομμάτι της σχετίζεται με χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, είναι ανεξάρτητο από την ψύχωση και δεν φαίνεται να ανταποκρίνεται στις συνήθεις θεραπείες. Επιπλέον, οι σταθερά επιθετικοί ασθενείς φαίνεται να διαφέρουν νευροβιολογικά από τους ασθενείς με περιστασιακή επιθετικότητα. Φαίνεται ότι ο παρανοειδής τύπος σχιζοφρένειας έχει αυξημένο κίνδυνο γιατί διατηρείται στον ασθενή η γνωστική ικανότητα να διαμορφώσει ένα σχέδιο και να δράσει αποφεύγοντας την ανακάλυψη αυτού του σχεδίου από άλλους. Επιπλέον, η κλινική εμπειρία οδηγεί στο συμπέρασμα ότι τα άτομα που έχουν δομημένα παραληρήματα, ένα κοινό εύρημα

στην παρανοειδή σχιζοφρένια, είναι περισσότερο πιθανό να δράσουν στη βάση αυτών των πεποιθήσεων, σε σύγκριση με άτομα που έχουν αποδιοργανωτικού τύπου παραληρήματα.

Παραληρήματα: Τα άτομα που πάσχουν από παρανοειδή σχιζοφρένια έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα βιαιοπραγίας και είναι περισσότερο πιθανό να δράσουν στη βάση των διωκτικών παραληρημάτων, σε σχέση με οποιονδήποτε άλλο τύπο παραληρήματος. Αν και τα διωκτικά παραληρήματα σχετίζονται με τη βία, μπορεί τα παραληρήματα αυτά από μόνα τους να μην στηρίζουν αυτή τη σχέση, αλλά η συνύπαρξη των παραληρημάτων με συγκεκριμένες συναισθηματικές καταστάσεις. Η βιβλιογραφία δείχνει ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος βιαιότητας όταν οι ασθενείς βιώνουν αρνητικά συναισθήματα άγχους, θυμού, θλίψης και τρόμου που πηγάζουν από τα παραληρήματα. Τα παρανοειδή άτομα συχνά σχεδιάζουν τις ενέργειές τους, κρύβουν τις προθέσεις τους, συμπεριφέρονται με έναν τρόπο συμβατό προς το παραλήρημά τους και συχνά στοχοποιούν μέλη της οικογένειάς τους. Αρκετές έρευνες υποδεικνύουν ότι τα άτομα με σχιζοφρένια συχνά στοχοποιούν μέλη της οικογένειας και φίλους ενώ οι περισσότερες από τις βιαιοπραγίες πραγματοποιούνται σε κατοικία και όχι σε δημόσιο χώρο. Μια έρευνα έδειξε ότι το 50% των θυμάτων ήταν μέλη της οικογένειας του ασθενούς και ότι μόνο το 15% των θυμάτων ήταν άγνωστοι. Φαίνεται επίσης ότι όταν ένας ασθενής είναι οικονομικά εξαρτημένος από κάποιο μέλος της οικογένειας αυξάνεται ο κίνδυνος ώστε να στοχοποιηθεί το μέλος αυτό. Ένας τύπος παραληρήματος που σχετίζεται με επιθετικότητα είναι το σύνδρομο παραγνώρισης (Capgras Syndrom), στο οποίο ο ασθενής πιστεύει ότι η εμφάνιση ενός ατόμου παραμένει ίδια αλλά η ταυτότητά του έχει αλλάξει. Οι ασθενείς αυτοί είναι συχνά εχθρικοί απέναντι στο παραληρητικό αντικείμενο. Επίσης, τα παραληρήματα ελέγχου της σκέψης συνεισφέρουν σημαντικά στην ανάπτυξη βίαιης συμπεριφοράς των ψυχωτικών ατόμων, ενώ τα διωκτικά παραληρήματα συνδυαζόμενα με παραληρήματα μεγαλείου ή ζήλιας αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο βιαιότητας. Τέλος, ασθενείς με ιστορικό μη συμμόρφωσης με την αγωγή και επαναλαμβανόμενες νοσηλείες έχουν αυξημένο κίνδυνο βιαιότητας.

Ψευδαισθήσεις: Όπως και στα παραληρήματα, οι ψευδαισθήσεις που δημιουργούν αρνητικά συναισθήματα όπως θυμό, ευερεθιστότητα και θλίψη είναι πιο πιθανό να προκαλέσουν βίαιη συμπεριφορά. Ο κίνδυνος αυξάνεται περισσότερο όταν οι ψευδαισθήσεις συνδυάζονται με ένα παραλήρημα. Είναι σημαντικό επίσης να διερευνηθεί κατά τη συνέντευξη η ύπαρξη ψευδαισθήσεων που διατάζουν τον ασθενή, εάν αυτές συμβαίνουν όταν άλλα άτομα είναι παρόντα, καθώς και εάν η επιτακτική ψευδαίσθηση προέρχεται από οικείο πρόσωπο ή εάν είναι συμβατή με το παραλήρημα του ασθενούς. Η έρευνα έδειξε ότι η συμμόρφωση στις ψευδαισθήσεις

αυτές είναι υψηλότερη εάν η διαταγή είναι ανώδυνη και η φωνή αναγνωρίσιμη. Επίσης, οι ασθενείς με αυτοκαταστροφικού τύπου διαταγές παρουσιάζουν υψηλότερο κίνδυνο να δράσουν, σε σύγκριση με τους ασθενείς που αναφέρουν ετεροκαταστροφικές διαταγές.

Βιολογικά δεδομένα

Το εγκεφαλικό κύκλωμα

Βιολογικά, η επιθετικότητα έχει θεωρηθεί ότι σχετίζεται με ανισορροπία ανάμεσα στον top-down έλεγχο του προμετωπιαίου και πρόσθιου υπερμεσολόβιου φλοιού (δομές που ενέχονται στη συμμόρφωση της συμπεριφοράς στα κοινωνικά πρότυπα, στη διαμόρφωση των προσδοκιών ανταμοιβής και τιμωρίας και την καταπίεση των επιθετικών συμπεριφορών) και των επιτακτικών bottom-up ενορμήσεων που πυροδοτούνται από τις μεταιχμιακές δομές, όπως η αμυγδαλή. Ένα συναισθηματικά προκλητικό ερέθισμα που λειτουργεί ως πυροδοτητής του επιθετικού συμβάντος γίνεται αρχικά αντικείμενο επεξεργασίας από το ακουστικό, το οπτικό και τα άλλα αισθητηριακά κέντρα επεξεργασίας. Σε αυτό το στάδιο, αισθητηριακές διαστρεβλώσεις που μπορεί να προκαλούνται από χρήση ουσιών ή μεταβολικές διαταραχές, μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα διαστρεβλωμένες αισθητηριακές εντυπώσεις, οι οποίες μπορεί να αυξήσουν την πιθανότητα ώστε το ερέθισμα να εκληφθεί ως απειλητικό ή προκλητικό. Μετά την αισθητηριακή επεξεργασία η αποτίμηση του ερεθίσματος περνά στις δομές οπτικής και ακουστικής διεργασίας και τελικά στις περιοχές υψηλού βαθμού διεργασίας, περιλαμβανομένου του προμετωπιαίου, κροταφικού και βρεγματικού φλοιού. Αυτά τα στάδια επεξεργασίας της πρώιμης πληροφορίας μπορούν να επηρεαστούν από κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες, που διαμορφώνουν την πρόσληψη της πρόκλησης καθώς και από γνωσιακές διαστρεβλώσεις, που μπορεί να οδηγήσουν σε παρανοϊκού τύπου πεποιθήσεις. Η επεξεργασία του ερεθίσματος σε σχέση με προηγούμενες συναισθηματικές καταστάσεις που έχουν κωδικοποιηθεί στην αμυγδαλή και τις άλλες σχετιζόμενες μεταιχμιακές περιοχές, θα πυροδοτήσουν την ενόρμηση για μια επιθετική ενέργεια, ενώ ο προμετωπιαίος φλοιός θα παράσχει την top-down εξομάλυνση αυτών των συναισθηματικών αντιδράσεων, καταπιέζοντας συμπεριφορές με αρνητικές συνέπειες. Η ανισορροπία αυτή μεταξύ των μεταιχμιακών ενορμήσεων και των μηχανισμών προμετωπιαίου ελέγχου μπορεί να αποτελεί μία σημαντική παράμετρο για πολλές ψυχιατρικές διαταραχές.

Φλοιός

Ο κρίσιμος ρόλος του προμετωπιαίου ελέγχου στις επιθετικές και δυσκοινωνικές συμπεριφορές αναγνωρίστηκε αρχικά στο πλαίσιο των προμετωπιαίων φλοιικών αλλοιώσεων που είχαν ως αποτέλεσμα επιθετικές συμπεριφορές. Αυτές οι αλλοιώσεις ήταν αποτέλεσμα τραύματος, όγκου ή μεταβολικών διαταραχών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτής της περίπτωσης είναι το περιστατικό του Phineas Gage. Ασθενείς με τραυματισμό στον μετωπιαίο λοβό είναι περισσότερο πιθανό να χρησιμοποιήσουν απειλές και σωματική βία σε καταστάσεις διαμάχης. Ο κροταφικός λοβός εμπλέκεται επίσης στην τάση για επιθετικότητα. Παραδείγματα αφορούν ασθενείς με όγκο ή άλλες κροταφικές αλλοιώσεις, καθώς και η επιληπτική δραστηριότητα, που συνδέεται με μη οξεία μετακριτική επιθετική συμπεριφορά. Μείωση της προμετωπιαίας φαιάς ουσίας και δομικές αλλαγές του μέσου κροταφικού φλοιού και ιπποκάμπου έχει αναφερθεί σε άτομα με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας, ενώ σε ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας έχει παρατηρηθεί σημαντική μείωση του όγκου του αριστερού κροταφικού φλοιού και του δεξιού πρόσθιου υπερμεσολόβιου η οποία είναι περισσότερο εντοπισμένη στην περιοχή Brodmann 24. Σε έρευνα με fMRI, οι οριακοί ασθενείς έδειξαν, σε σύγκριση με τους υγιείς μάρτυρες, μεγαλύτερη δραστηριότητα στην αμυγδαλή, την ατρακτοειδή έλικα, την παραϊπποκάμπια έλικα, την παρεγκεφαλιδική κλιτύ, τον πλαγιοκοιλιακό προμετωπιαίο φλοιό, τις ινιακές οπτικές περιοχές και τις περιοχές που σχετίζονται με την αισθητηριακή και συναισθηματική επεξεργασία. Οι υγιείς μάρτυρες έδειξαν μεγαλύτερη δραστηριότητα στην νήσο του Reil, που εμπλέκεται στην επεξεργασία των σπλαχνικών αισθήσεων και στον πλαγιοπίσθιο μέσο ραχιαίο, ο οποίος εμπλέκεται στη γνωστική επεξεργασία. Όταν τους ζητήθηκε να καταπιέσουν τα αρνητικά συναισθήματα οι οριακοί ασθενείς έδειξαν, σε σύγκριση με τους υγιείς, μικρότερη δραστηριότητα του πρόσθιου υπερμεσολόβιου και των βρεγματικών αυλάκων. Αυτά τα πρότυπα δραστηριοποίησης υποδεικνύουν ανεπαρκή επεξεργασία από τις φλοιικές περιοχές, γεγονός που συνεισφέρει στη μη επαρκή καταπίεση συμπεριφορών με αρνητικές συνέπειες.

Υποφλοιώδεις δομές

Οι υπερδραστηριότητα των υποφλοιωδών δομών, στα πλαίσια συνυπάρχοντος μειωμένου μετωπιαίου top-down ελέγχου, μπορεί να οδηγήσει σε

άνευ αναστολών θυμό και επιθετικότητα. Υπερδραστηριότητα της αμυγδαλής έχει αναφερθεί σε οριακούς ασθενείς που εκτίθενται σε αρνητικές εικόνες, σε πρόσωπα με έκδηλα αρνητικό ή θετικό συναίσθημα, καθώς και σε εικόνες με τραυματικές σκηνές. Το φαινόμενο *kindling* εμφανίζεται όταν τα κυκλώματα που υπόκεινται σε επαναλαμβανόμενο ερεθισμό γίνονται ευαίσθητα στο μελλοντικό ερεθισμό. Οι περιοχές που εμπλέκονται στο φαινόμενο αυτό περιλαμβάνουν περιοχές του μεταχιακού φλοιού, όπως η αμυγδαλή. Το φαινόμενο αυτό συζητείται συνήθως στα πλαίσια των επαναλαμβανόμενων επεισοδίων της διπολικής διαταραχής, αλλά θα μπορούσε επίσης να συζητηθεί και στην περίπτωση των επαναλαμβανόμενων εκρηκτικών και βίαιων ξεσπασμάτων, περιλαμβανομένων και αυτών που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών. Υποστηρικτική θέση στη θεωρία αυτή αποτελεί το γεγονός των ευεργετικών αποτελεσμάτων των αντιεπιληπτικών φαρμάκων.

Νευροδιαβιβαστές

Η *σεροτονίνη* διευκολύνει τις προμετωπιαίες φλοιικές περιοχές, όπως τον μετωπιαίο φλοιό και τον πρόσθιο υπερμεσολόβιο φλοιό, οι οποίες εμπλέκονται στη ρύθμιση ή και καταπίεση ανάδυσης επιθετικών συμπεριφορών, δρώντας πρωτίστως στους 5-HT₂ υποδοχείς σεροτονίνης. Έτσι, ανεπάρκεια στη σεροτονινεργική εννεύρωση αυτών των περιοχών αναμένεται να έχει ως αποτέλεσμα την άνευ αναστολών επιθετικότητα μετά από πρόκληση. Αυτό το μοντέλο υποστηρίζεται από έρευνες που έδειξαν ότι οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) μειώνουν την παρορμητική επιθετικότητα, καθώς και από νευροβιολογικές έρευνες, οι οποίες έδειξαν μειωμένη συγκέντρωση του σεροτενινεργικού μεταβολίτη 5-υδροξεινδολοακετικό οξύ (5-HIAA) σε ασθενείς με έκδηλη επιθετικότητα ή με βίαιες απόπειρες αυτοκτονίας. Οι ανταγωνιστές των 5-HT_{2A} υποδοχέων μειώνουν την παρορμητικότητα σε μοντέλα της διαταραχής σε ζώα και τα άτυπα αντιψυχωτικά, τα οποία διαθέτουν σημαντικό 5-HT_{2A} ανταγωνισμό, έχουν αντιεπιθετικό αποτέλεσμα σε κλινικούς πληθυσμούς. Οι αγωνιστές των 5-HT_{2C} υποδοχέων μειώνουν την παρορμητικότητα, γεγονός που υποδεικνύει ότι οι δύο αυτοί υπότυποι υποδοχέων έχουν συμπληρωματικό ρόλο στη ρύθμιση της επιθετικότητας. Ευρήματα από έρευνες σε μεταθανάτιους ιστούς εγκεφάλων και σε αιμοπετάλια αυτοκτονικών ασθενών υποστηρίζουν την άποψη ότι η αυξημένη 5-HT_{2A} δέσμευση συνδέεται με την αυτοκτονικότητα. Τα ευρήματα αυτά βρίσκονται σε συνάφεια με την υπόθεση ότι ο 5-HT_{2A} ανταγωνισμός μπορεί να μειώσει την παρορμητικότητα.

Η αυξημένη δραστηριότητα των *κατεχολαμινών ντοπαμίνη* και *νορεπινεφρίνη* ενισχύει την πιθανότητα για επιθετικότητα. Έτσι, οι καταθλιπτικοί ασθενείς, που συνήθως έχουν αμβλυμένη νοραδρενεργική δραστηριότητα δεν παρουσιάζουν την επιθετικότητα που συναντάμε στους ασθενείς με διαταραχές προσωπικότητας. Η ντοπαμίνη εμπλέκεται στην έναρξη και την εκτέλεση της επιθετικής συμπεριφοράς και ο μειωμένος αριθμός D₁ υποδοχέας έδειξε να συνδέεται με καταθλιπτικούς ασθενείς που παρουσιάζουν κρίσεις θυμού. Οι β-αδρενεργικοί αποκλειστές έχουν χρησιμοποιηθεί στην κλινική πράξη για την καταστολή της επιθετικής συμπεριφοράς ασθενών με διάφορες ψυχιατρικές διαταραχές.

Η ανισορροπία στη *γλουταμινεργική / γκαμπαμινεργική* δραστηριότητα μπορεί να συνεισφέρει στην υπερδραστηριότητα των υποφλοιωδών μεταιχμιακών περιοχών. Οι τροποποιητές του υποδοχέα γ-αμινοβουτυρικού οξέως τύπου A (GABA A) μπορεί να αυξήσουν την επιθετικότητα και η τιαγκαμπίνη, ένας αναστολέας επαναπρόσληψης GABA, μειώνει την επιθετικότητα, καταπιέζοντας πιθανόν τις αντιδράσεις σε δυσάρεστα ερεθίσματα. Έτσι, η μειωμένη δραστηριότητα των GABA υποδοχέων και η αυξημένη γλουταμινεργική δραστηριότητα συνεισφέρουν αυξάνοντας την επιθετικότητα.

Υψηλές συγκεντρώσεις *τεστοστερόνης* έχουν αναφερθεί σε πληθυσμούς που χαρακτηρίζονται από έντονη επιθετικότητα, περιλαμβανομένων εγκληματιών με διαταραχές προσωπικότητας, αλκοολικών δραστών και δραστών συζυγικής ή σεξουαλικής κακοποίησης, αν και αυτό δεν επιβεβαιώθηκε σε ασθενείς με διαλείπουσα εκρηκτική διαταραχή. Η τεστοστερόνη και τα στεροειδή μπορεί να προκαλούν επιθετικότητα, σε συνδυασμό με τη δράση των νευροδιαβιβαστών, ενισχύοντας την απάντηση του εγκεφαλικού κυκλώματος που σχετίζεται με την κοινωνική επιθετικότητα

Το νευροβιολογικό μοντέλο της επιθετικότητας

Αυξημένη δραστηριότητα της αμυγδαλής, συνοδευόμενη από ανεπαρκή προμετωπιαία ρύθμιση, συμβάλει στην αύξηση της πιθανότητας για επιθετική συμπεριφορά. Αναπτυξιακές αλλοιώσεις στο πρωμετωπιαίο-υποφλοιώδες κύκλωμα, όπως επίσης και μη ομαλή λειτουργία των νευροδιαβιβαστών συνεισφέρουν στην ανάπτυξη της επιθετικότητας. Η σεροτονίνη διευκολύνει την προμετωπιαία αναστολή, κι έτσι η ανεπαρκής σεροτενινεργική δραστηριότητα ενισχύει την επιθετικότητα. Η γκαμπαμινεργική δραστηριότητα στους υποδοχείς GABA(A) μειώνει την φλοιική αντιδραστικότητα με συνέπεια η μειωμένη γκαμπαμινεργική δραστηριότητα να αυξήσει την επιθετικότητα. Μειώσεις στη δραστηριότητα ωκυτοκίνης και αυξήσεις στη

δραστηριότητα βασοπρεσίνης επίσης μπορεί να συμβάλουν στην επιθετικότητα. Αυτά τα ευρήματα μπορεί να αντανakλούν παρεκκλίνοντα αναπτυξιακά πρότυπα. Για παράδειγμα, η αναπτυξιακά καθοριζόμενη μειωμένη σεροτονινεργική εννεύρωση του προμετωπιαίου φλοιού η οποία αντανakλάται στη μειωμένη δέσμευση μεταφορέα στο υπερμεσολόβιο μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα χαμηλότερη ρύθμιση του προμετωπιαίου φλοιού. Οι αγωνιστές του 5-HT_{2A} υποδοχέα μπορεί να αυξήσουν την παρορμητικότητα ενώ οι αγωνιστές του 5-HT_{2C} μπορεί να τη μειώσουν. Έτσι, μια ανισορροπία μεταξύ αυτών των δύο υποδοχέων, με αυξημένη σεροτονινεργική δραστηριότητα του 5-HT_{2A} υποδοχέα και μειωμένη ευαισθησία του 5-HT_{2C} υποδοχέα μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα παρορμητικής επιθετικότητας. Γενετικές παραλλαγές σε σεροτονινεργικά γονίδια όπως το TPH₂ ή το 5-HTT μπορεί επίσης να συμβάλλουν σε αλλοιωμένη σεροτονινεργική δραστηριότητα. Η φλουοξετίνη μπορεί να αντιστρέψει αυτό το πρότυπο αυξάνοντας την προσυναπτική διαθεσιμότητα, μειώνοντας τη δέσμευση του 5-HT_{2A} και ενισχύοντας το σήμα στους 5-HT_{2C} υποδοχείς, ενώ τα άτυπα αντιψυχωτικά, τα οποία διαθέτουν σημαντικό 5-HT_{2A} ανταγωνισμό, μπορούν να έχουν αντιεπιθετικό αποτέλεσμα σε σχετικούς με την επιθετικότητα κλινικούς πληθυσμούς.

Φαρμακευτική Αντιμετώπιση

Η ανεπάρκεια στην προμετωπιαία αναστολή, η οποία παρέχει ανεπαρκή “φρένα” στην παρορμητική επιθετική συμπεριφορά μπορεί να αντιμετωπιστεί με τα SSRIs, τα οποία διευκολύνουν την αναστολή των υποφλοιικών περιοχών αυξάνοντας τη διαθεσιμότητα της σεροτονίνης στις προμετωπιαίες περιοχές, ιδιαίτερα στον κογχικό φλοιό. Η κατάθλιψη και το άγχος είναι οι συχνότερες διαγνώσεις του Άξονα I στα άτομα με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας. Επίσης, σύμφωνα με τα νευροβιολογικά δεδομένα η επιθετικότητα σχετίζεται με δυσλειτουργία του συστήματος σεροτονίνης. Τα ευρήματα δικαιολογούν την ευρεία χρήση των αντικαταθληπτικών, και ειδικότερα των SSRIs. Να σημειωθεί όμως ότι δεν υπάρχουν σαφείς σχετικές έρευνες, ενώ δεν έχει διασαφηνισθεί εάν η βελτίωση που παρατηρείται κλινικά σε ορισμένους ασθενείς οφείλεται στην αντιμετώπιση της υποκειμενικής κατάθλιψης ή σε άλλους ανεξάρτητους της κατάθλιψης παράγοντες.

Τα *σταθεροποιητικά της διάθεσης* και τα *αντιεπιληπτικά*, τα οποία τροποποιούν τη γλουταμινεργική / γκαμπαμινεργική ισορροπία μειώνουν την ευερεθιστότητα και την παρορμητικότητα. Η καρβαμαζεπίνη έχει δώσει ενθαρρυντικά αποτελέσματα στην μείωση της υπερδραστηριότητας, της επιθετικότητας και της

παρορμητικότητας, ενώ παρόμοια ευρήματα υπάρχουν και για τα υπόλοιπα αντιεπιληπτικά φάρμακα. Τα αποτελέσματα αυτά δεν περιορίζονται στην αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας αλλά σε όλες τις διαταραχές προσωπικότητας, καθώς και σε κλινικές διαγνώσεις του Άξονα Ι, όπως σε εξαρτήσεις. Το *λίθιο* έχει σαφή και τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα στην αυτοκτονικότητα και υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι είναι αποτελεσματικό στην παρορμητική επιθετικότητα. Η έλλειψη όμως συνεργασίας και η ασυνέπεια των ατόμων με αντικοινωνική προσωπικότητα έχει ως αποτέλεσμα την μη ευρεία χορήγηση του.

Τα *αντιψυχωτικά* χρησιμοποιούνται συχνά για τον έλεγχο της επιθετικής συμπεριφοράς. Η χρήση τους είναι εκτεταμένη ειδικά στις περιπτώσεις που άτομα με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας νοσηλεύονται. Υπάρχουν αρκετές αναφορές περιπτώσεων όπου τόσο τα αντιψυχωτικά πρώτης όσο και δεύτερης γενιάς έχουν θετικά αποτελέσματα, αλλά οι αναφορές αυτές δεν επιβεβαιώθηκαν με διπλές τυφλές ελεγχόμενες μελέτες. Η χρήση των *βενζοδιαζεπινών* μπορεί να είναι απαραίτητη σε περιπτώσεις ελέγχου της οξείας επιθετικής συμπεριφοράς. Οι κλινικοί όμως αποφεύγουν να τις χρησιμοποιούν σε τακτική βάση λόγω του κινδύνου της εξάρτησης, με δεδομένη την ευαλωτότητα των ατόμων αυτών στην ανάπτυξη της εξάρτησης. Τέλος, η *ψυχοθεραπεία*, ψυχοδυναμικού ή συμπεριφορικού τύπου, μπορεί να αυξήσει τη δυνατότητα καθυστέρησης και αναστολής της επιθετικής συμπεριφοράς, βελτιώνοντας τις ικανότητες αναστοχαστικής λειτουργίας και βοηθώντας στη μείωση της υπερβολικής ανάδυσης συναισθημάτων.

ΤΡΟΜΟΚΡΑΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Εισαγωγή

Η πραγματική κατανόηση της ψυχολογίας της τρομοκρατίας περιλαμβάνει: (1) την εκ των προτέρων γνώση του πώς και γιατί προσελκύονται τα άτομα σε τρομοκρατικές ομάδες και οργανώσεις και την ανάπτυξη παρεμβάσεων για τη μείωση των πιθανοτήτων ένταξης σε τέτοιες ομάδες, (2) την εκ των προτέρων γνώση για τις σχέσεις μεταξύ των τρομοκρατών και των τρομοκρατικών ομάδων και οργανώσεων και τη χρήση της γνώσης αυτής για την ανάπτυξη τρόπων επηρεασμού και διάσπασης της λειτουργίας των εν λόγω ομάδων, (3) την καλύτερη κατανόηση των τρόπων με τους οποίους αντιδρούν τα άτομα και οι ομάδες στις τρομοκρατικές ενέργειες, στην πρόβλεψη της τρομοκρατίας και στις αντιτρομοκρατικές στρατηγικές, με στόχο τον περιορισμό των αρνητικών επιδράσεων της τρομοκρατίας και των αρνητικών αντιδράσεων στις αντιτρομοκρατικές προσπάθειες.

Οι τρέχουσες θεωρίες επισημάνουν ότι το σπουδαιότερο όπλο για ένα τρομοκράτη δεν είναι ένα πυροβόλο ή μια βόμβα, αλλά η αβεβαιότητα, ο φόβος και ο πανικός που προκαλούν στον κόσμο οι τρομοκρατικές επιθέσεις και η απειλή των επιθέσεων αυτών. Η τρομοκρατία δεν θα πρέπει να αποδίδεται σε ψυχοπαθολογία, αλλά στο ότι οι τρομοκράτες ξεπηδούν μέσα από μια φυσιολογική ψυχολογία συναισθηματικής δέσμευσης σε κάποιον σκοπό και στους συντρόφους τους.

Ψυχολογικά ευρήματα σε δράστες τρομοκρατικών ενεργειών

Κάποιοι ερευνητές έχουν διατυπώσει την υπόθεση ότι οι τρομοκράτες είναι *αντικοινωνικές – ψυχοπαθητικές προσωπικότητες*. Οι ψυχοπαθητικοί μπορούν να είναι ευφυείς και σε άριστη επαφή με την πραγματικότητα. Το πρόβλημά τους είναι ότι πάσχουν από κοινωνικά και ηθικά ελλείμματα. Παραβαίνουν τον νόμο εξαπατούν τους άλλους, είναι επιθετικοί και δεν τους νοιάζει το καλό των άλλων. Δεν αισθάνονται τύψεις που κάνουν κακό στους άλλους. Όπως ακριβώς κάποιοι άνθρωποι δεν μπορούν να ξεχωρίσουν τα χρώματα έτσι και οι ψυχοπαθείς δεν είναι ικανοί για ενσυναίσθηση (empathy) ή στοργή για τους άλλους.

Συναισθήματα που δείχνουν να κυριαρχούν είναι ο θυμός και το μίσος. Ορισμένες διαφορές μεταξύ του θυμού και του μίσους αναδεικνύονται μέσα από τον τρόπο που χρησιμοποιούνται οι λέξεις αυτές στην καθημερινή ομιλία. Ο θυμός είναι ένα συναίσθημα «καυτό», ενώ το μίσος μπορεί να είναι «ψυχρό». Ο θυμός είναι η

απόκριση σε ένα συγκεκριμένο συμβάν, πρόκληση ή επίθεση, ενώ το μίσος εκφράζει μια πιο μακροπρόθεσμη σχέση αντιπάθειας. Υποστηρίζεται επίσης ότι το μίσος δεν είναι ούτε συναίσθημα ούτε κράμα συναισθημάτων, αλλά μάλλον μια ακραία μορφή αρνητικής ταύτισης. Αρνητική ταύτιση (negative identification) ή ταυτοποίηση είναι το να νιώθουμε άσχημα για τις επιτυχίες των άλλων και καλά για τις αποτυχίες τους. Έτσι, αυτός που μισεί αισθάνεται χαρά ή υπερηφάνεια όταν ο στόχος του μίσους του χάνει, πονάει ή αποδυναμώνεται, αλλά αισθάνεται θυμό, φόβο ή ταπείνωση όταν ο στόχος του μίσους του κερδίζει, επιτυγχάνει τους σκοπούς του ή ισχυροποιείται. Μία θεωρία που προέρχεται από τον Αριστοτέλη, λέει ότι ο θυμός είναι η συναισθηματική αντίδραση στην «ύβρη» – μια προσβολή κατά την οποία δεν αποδίδεται σε κάποιον ο δέων σεβασμός ή αμφισβητείται το κύρος του. Μια άλλη θεωρία που προέκυψε από την εμπειρική έρευνα σε ζώα, υποστηρίζει ότι ο θυμός είναι η συναισθηματική αντίδραση στον πόνο, και ιδιαίτερα στον πόνο της απογοήτευσης. Η απογοήτευση είναι κατανοητή ως η μη λήψη μιας προσδοκώμενης ανταμοιβής.

Πρόσφατες μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι δεν είναι φτωχοί ή αμόρφωτοι όλοι αδιακρίτως οι τρομοκράτες και όσοι εκτελούν αποστολές αυτοκτονίας. Αν λοιπόν οι τρομοκράτες δεν είναι θυμωμένοι εξαιτίας προσωπικών απογοητεύσεων και προσβολών, τότε μπορεί να είναι θυμωμένοι εξαιτίας απογοητεύσεων και προσβολών που έχει δεχθεί η ομάδα στην οποία ανήκουν. Η ερμηνεία της θυσίας των τρομοκρατών ως πράξης οφειλόμενης σε ένα ξέσπασμα θυμού που υπερσχύει του προσωπικού συμφέροντος μπορεί τώρα να αναδιατυπωθεί στο πλαίσιο του θυμού για μια προσβολή κατά της ομάδας και για την απογοήτευσή της. Ο σκοπός για τον οποίο αξίζει τον κόπο να σκοτώσουν και να σκοτωθούν δεν είναι αφηρημένος, αλλά προσωπικός – μια κοσμοθεωρία που δίνει λογικό νόημα στη ζωή και στο θάνατο και συνδέει το άτομο με κάποια μορφή αθανασίας. Οι αξίες αυτές δεν πρέπει υποχρεωτικά να είναι αμιγώς θρησκευτικές. Πολλές από τις τρομοκρατικές ομάδες από τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο και μετά ήταν ριζοσπαστικές-σοσιαλιστικές ομάδες με καθαρά κοσμικές ρίζες: οι Ερυθρές Ταξιαρχίες στην Ιταλία, η Ομάδα Μπάαντερ-Μάινχοφ στη Γερμανία, το Φωτεινό Μονοπάτι του Περού και η αντάρτικη ομάδα Τίγρεις Ταμίλ στη Σρι Λάνκα. Αυτό που είναι ουσιώδες είναι ότι ο σκοπός πρέπει να εμπεριέχει την υπόσχεση ενός μακρού και ένδοξου μέλλοντος. Η ιστορία παίζει σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη αυτής της υπόσχεσης. Ένας σκοπός που επινοήθηκε χθες δεν μπορεί εύκολα να θεωρηθεί ότι υπόσχεται ένα ένδοξο και αόριστης διάρκειας μέλλον. Επιπλέον, η ιστορία πρέπει να είναι ιστορία ομαδική. Κανένας δεν φαίνεται να είχε ποτέ την ψευδαίσθηση ότι θα κέρδιζε μόνος του κάποιο είδος αθανασίας. Η αθανασία αποτελεί μέρος μιας ομάδας: μιας οικογενειακής ομάδας, μιας πολιτισμικής ομάδας, μιας θρησκευτικής ή

ιδεολογικής ομάδας. Ένα καλό μέλος της ομάδας, ένα μέλος που ζει σύμφωνα με τους κανόνες της και συμβάλλει στο καλό της, θα ζει ως μέρος της και μετά το θάνατο του. Το νόημα της ζωής του ατόμου είναι το μέλλον του σκοπού, ενσωματωμένο στην ομάδα που θα συνεχίσει να υπάρχει και στο μέλλον, μετά το θάνατο του ατόμου.

Μια τρομοκρατική ομάδα είναι η κορυφή μιας «πυραμίδας» υποστηρικτών και συμπαθούντων. Η βάση της πυραμίδας αποτελείται από όλους εκείνους που υποστηρίζουν το σκοπό των τρομοκρατών, παρότι είναι δυνατό να διαφωνούν με τα βίαια μέσα που χρησιμοποιούν. Στη Βόρεια Ιρλανδία, για παράδειγμα, τη βάση της πυραμίδας αποτελούν όλοι όσοι συμφωνούσαν με το σύνθημα «Έξω οι Βρετανοί» (“Brits out”). Στον ισλαμικό κόσμο τη βάση της πυραμίδας απαρτίζουν όλοι όσοι συμφωνούν ότι οι Ηνωμένες Πολιτείες ζημιώνουν και ταπεινώνουν τους μουσουλμάνους εδώ και χρόνια. Η πυραμίδα είναι απαραίτητη στους τρομοκράτες για κάλυψη και στρατολόγηση νέων μελών.

Πώς “δημιουργείται” ένας τρομοκράτης

Για να κατανοήσουμε καλύτερα την τρομοκρατία, ας φανταστούμε μια κλίμακα, μια σκάλα που όσο ανεβαίνει στενεύει, οδηγώντας στην κορυφή ενός κτιρίου δηλαδή στην τρομοκρατική πράξη. Η σκάλα οδηγεί σε ολοένα ψηλότερα πατώματα και το αν θα παραμείνει κάποιος σε ένα συγκεκριμένος πάτωμα εξαρτάται από τις πόρτες και τους χώρους που φαντάζεται ότι ανοίγονται μπροστά του στον όροφο αυτό. Όσο ανεβαίνουν τη σκάλα, βλέπουν ολοένα και λιγότερες επιλογές, ώσπου φτάνουν σε κάποιο σημείο όπου η μόνη δυνατή έκβαση είναι η καταστροφή των άλλων ή του εαυτού τους ή και τα δύο.

Ισόγειο: Ψυχολογική Ερμηνεία των Υλικών Συνθηκών

Όταν εξετάζουμε το οικονομικό και μορφωτικό υπόβαθρο των τρομοκρατών βρισκόμαστε μπροστά σε ένα παζλ: η φτώχεια και η έλλειψη μόρφωσης δεν μπορούν να εξηγήσουν ικανοποιητικά τις τρομοκρατικές πράξεις. Ιδιαίτερη σημασία για την τρομοκρατία έχει η διάκριση μεταξύ της *εγωιστικής* (egoistical) στέρησης, στην οποία τα άτομα αισθάνονται στερημένα λόγω της θέσης τους εντός μιας ομάδας, και της *αδελφικής* (fraternal) στέρησης, που περιλαμβάνει αισθήματα στέρησης τα οποία απορρέουν λόγω της θέσης της ομάδας ενός ατόμου σε σύγκριση με άλλες ομάδες. Στο «θεμελιακό» ισόγειο λοιπόν, αυτό που έχει μεγαλύτερη σημασία είναι οι αντιλήψεις περί δικαίου.

Πρώτος Όροφος: Εκλαμβανόμενες Επιλογές για την Καταπολέμηση της Αδίκης Μεταχείρισης

Οι άνθρωποι ανεβαίνουν στον πρώτο όροφο και δοκιμάζουν να ανοίξουν διάφορες πόρτες αναζητώντας λύσεις του προβλήματος που αντιλαμβάνονται ως ειδική μεταχείριση. Δύο ψυχολογικοί παράγοντες διαμορφώνουν κατά τρόπους σημαντικούς τη συμπεριφορά τους στον πρώτο όροφο: οι εκλαμβανόμενες δυνατότητες προσωπικής κινητοποίησης για βελτίωση της κατάστασής τους και οι αντιλήψεις περί διαδικαστικής δικαιοσύνης.

Δεύτερος Όροφος: Μετάθεση της Επιθετικότητας

Η τρομοκρατία περιλαμβάνει πράξεις βίας κατά αμάχων και άλλων που δεν εμπλέκονται άμεσα στη μάχη ισχύος μεταξύ των τρομοκρατών, των κρατικών αρχών και άλλων. Οι επιθέσεις κατά αμάχων συχνά περιλαμβάνουν μετατιθέμενη επιθετικότητα. Φυσικά, η μετατιθέμενη επιθετικότητα μπορεί να είναι λεκτική και έμμεση. Οι περισσότεροι από εκείνους που ανεβαίνουν στο δεύτερο όροφο δεν καταφεύγουν στη φυσική επιθετικότητα, αλλά περιορίζονται μόνο σε λεκτικές επιθέσεις. Ωστόσο, κάποιοι από αυτούς προχωρούν πέρα από τη λεκτική μετάθεση της επιθετικότητας, συχνά μέσω της επιρροής των ηγετών τους.

Τρίτος Όροφος: Ηθική Δέσμευση

Οι τρομοκρατικές οργανώσεις εμφανίζονται ως ένας παράλληλος ή σκιώδης κόσμος, με μια παράλληλη ηθική που αιτιολογεί «τον αγώνα» (“the struggle”) επίτευξη της «ιδανικής» κοινωνίας με κάθε δυνατό μέσο. Οι νεοστρατολογούμενοι πείθονται να δεσμευτούν στην ηθική της τρομοκρατικής οργάνωσης μέσα από διάφορες τακτικές, οι σημαντικότερες από τις οποίες είναι η απομόνωση, οι σχέσεις σύνδεσης, η μυστικότητα και ο φόβος.

Τέταρτος Όροφος: Η κατηγορική Σκέψη και η Εκλαμβανόμενη Νομιμότητα της Τρομοκρατικής Οργάνωσης

Η δέσμευση στο σκοπό των τρομοκρατών ενισχύεται καθώς το νέο μέλος κοινωνικοποιείται και μυείται στις παραδόσεις, τις μεθόδους και τους στόχους της οργάνωσης. Κατά την παραμονή τους στον τέταρτο όροφο λοιπόν, τα άτομα διαπιστώνουν ότι οι επιλογές τους έχουν περιοριστεί σημαντικά. Τώρα πλέον αποτελούν μέρος μιας σφιχτοδεμένης και αυστηρά ελεγχόμενης ομάδας από την οποία δεν μπορούν να βγουν ζωντανοί.

Πέμπτος Όροφος: Η τρομοκρατική Πράξη και η Παράκαμψη των Ανασταλτικών Μηχανισμών

Η τρομοκρατία περιλαμβάνει πράξεις βίας κατά αμάχων, που συχνά καταλήγουν στο θάνατο πολλών ανθρώπων. Οι στρατολογούμενοι στις τρομοκρατικές οργανώσεις εκπαιδεύονται να βλέπουν τους πάντες, συμπεριλαμβανομένων των αμάχων, που βρίσκονται εκτός της σφιχτοδεμένης ομάδας τους ως τον εχθρό. Ωστόσο υπάρχουν δύο παράγοντες-κλειδιά που χρησιμεύουν για να παρακάμπτονται οι μηχανισμοί

αυτοί κατά τη διάρκεια των τρομοκρατικών επιθέσεων. Πρώτον, κατηγοριοποιώντας τον στόχο, παρότι πρόκειται για άμαχους, ως «τον εχθρό» και μεγεθύνοντας τις διαφορές μεταξύ της ενδο-ομάδας και της εξω-ομάδας, οι τρομοκράτες αποστασιοποιούνται ψυχολογικά από τους άλλους ανθρώπους που προτίθενται να σκοτώσουν. Δεύτερον, τα θύματα σπάνια αντιλαμβάνονται τον επικείμενο κίνδυνο μέχρι να εκδηλωθεί η επίθεση, έτσι δεν έχουν την ευκαιρία να συμπεριφερθούν με τρόπους που θα ήταν δυνατό να ενεργοποιήσουν τους ανασταλτικούς μηχανισμούς των δραστών.

Συνήθεις συνέπειες τρομοκρατικών ενεργειών

Κατά το DSM-IV-TR, *διαταραχή στρες μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία (PTSD)* μπορεί να επέλθει μετά από έκθεση σε κάποιον εξαιρετικά τραυματικό στρεσογόνο παράγοντα όταν το άτομο υπήρξε μάρτυρας καταστάσεων που είχαν ως αποτέλεσμα πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο ή φυσικό τραυματισμό και η αντίδραση του ατόμου στην κατάσταση αυτή περιλαμβάνει ένα ισχυρό συναισθηματικό συστατικό έντονου φόβου, αβοηθητότητας και/ή φρίκης. Για να καλυφθούν πλήρως τα κλινικά κριτήρια, απαιτούνται ένα ή περισσότερα πρωτεύοντα συμπτώματα αναβίωσης, τρία ή περισσότερα συμπτώματα αποφυγής και/ή «μουδιάσματος» (numbing) και δύο ή περισσότερα συμπτώματα αυξημένης εγρήγορσης. Τα συμπτώματα πρέπει να υπάρχουν για τουλάχιστον ένα μήνα και θεωρούνται (α) οξεία αν διαρκούν λιγότερο από τρεις μήνες και (β) χρόνια αν διαρκούν περισσότερο από τρεις μήνες. Τα παιδιά είναι δυνατόν να παρουσιάζουν ελαφρώς διαφορετική εικόνα, ιδιαίτερα όσον αφορά την αναβίωση, με επαναλαμβανόμενο παιχνίδι σχετιζόμενο θεματικά με το γεγονός που προκάλεσε το ψυχικό τραύμα και εφιάλτες χωρίς ειδικό περιεχόμενο. Στα παιδιά μικρότερης ηλικίας είναι δυνατόν να εμφανίζεται συχνά επαναδιαδράμηση (reenactment) του τραύματος.

ASD

Η *οξεία διαταραχή στρες* μοιάζει σε μεγάλο βαθμό με την PTSD, αλλά έχει βραχύτερη διάρκεια και επικεντρώνεται περισσότερο στα διασχιστικά (dissociative) συμπτώματα από ότι η PTSD (Brewin και συνεργάτες 1999). Κατά το DSM-IV-TR, η ASD «είναι η ανάπτυξη χαρακτηριστικού άγχους, διασχιστικών και άλλων συμπτωμάτων που συμβαίνουν μέσα σε διάστημα ενός μήνα από την έκθεση σε κάποιο ακραίο στρεσογόνο παράγοντα». Τα συμπτώματα πρέπει να διαρκούν τουλάχιστον δύο ημέρες πριν γίνει η διάγνωση. Όπως και με την PTSD, το θύμα πρέπει (α) να ήταν μάρτυρας κάποιου γεγονότος που είχε ως αποτέλεσμα την πρόκληση ή την απειλή σοβαρής φυσικής (σωματικής) βλάβης του ίδιου ή άλλων και (β) να παρουσιάζει μια

έντονη συναισθηματική αντίδραση που περιλαμβάνει φόβο αβοηθητότητα ή φρίκη. Για να πληρούνται τα διαγνωστικά κριτήρια αυτής της διαταραχής, πρέπει να υπάρχουν τρία ή περισσότερα διασχιστικά συμπτώματα και αξιοσημείωτα συμπτώματα αποφυγής, άγχους ή εγρήγορσης.

Αντιμετώπιση ψυχολογικών συνεπειών

Πρώτον, μετά από μια τρομοκρατική επίθεση, οι πληγέντες πρέπει να εκτιμήσουν τις αντικειμενικές απειλές που υπάρχουν στο περιβάλλον, στις οποίες περιλαμβάνονται ο προσωπικός σωματικός τραυματισμός, η έκθεση, τα σωματικά συμπτώματα σοκ, η παρατήρηση τυχόν τραυματισμών άλλων ανθρώπων, η παρακολούθηση από τη θέση του μάρτυρα του θανάτου άλλων και ο φόβος για την επιβίωση των μελών της οικογένειας του.

Δεύτερον, τόσο κατά όσο και μετά από μια τρομοκρατική ενέργεια με πολλά θύματα, η αντικειμενικές αυτές απειλές είναι δυνατόν να δημιουργήσουν τις άμεσες συναισθηματικές αντιδράσεις του φόβου και του άγχους. Καθώς οι άνθρωποι μετακινούνται από την εμπειρία του τραυματικού γεγονότος προς την ανάρρωση, αρχίζουν να επεξεργάζονται βαθύτερα το γεγονός που έζησαν. Κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης εκτίμησης, οι παράγοντες κινδύνου για την PTSD, όπως η έκθεση σε πρότερο ψυχικό τραύμα, αναδεικνύονται ολοένα περισσότερο και είναι δυνατόν να επηρεάσουν βαθιά τις γνώσεις και τις αναμνήσεις που σχετίζονται με το γεγονός. Κατά τον ίδιο τρόπο, στη φάση αυτή οι παράγοντες προσαρμοστικότητας ίσως είναι σημαντικοί για την προστασία των ατόμων από αυτό που διαφορετικά θα μπορούσε να οδηγήσει σε προβληματικά πρότυπα σκέψης και μνήμης γύρω από το γεγονός. Σε αυτό το στάδιο εκτίμησης επίσης είναι που μπορούν να εφαρμοστούν οι αιτιολογικές αποδόσεις και η ευρηματική, οι οποίες βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στις νοητικές διεργασίες και στις διεργασίες της μνήμης. Συνεπώς, παράγοντες διαμεσολάβησης όπως οι παράγοντες κινδύνου και προσαρμοστικότητας, παράλληλα με τη νοητική λειτουργία και τη μνήμη, έχουν κεντρικό ρόλο στην υποκειμενική (ή δευτερογενή) εκτίμηση της απειλής από το θύμα. Οι τρομοκρατικές επιθέσεις μπορούν να έχουν ιδιαίτερα ισχυρή επίδραση στη δευτερογενή εκτίμηση των σχετιζόμενων με τον φόβο ερεθισμάτων, επειδή προκαλούν σκέψεις που περιστρέφονται γύρω από την επιμονή της απειλής (μη ελεγχσιμότητα), την κακόβουλη πρόθεση των δραστών και τον φόβο του αγνώστου (CBRN μέσα κ.λπ.).

Τέλος, στη φάση της λύσης ή ανάκαμψης, ο φόβος και τα ψυχολογικά συμπτώματα του θύματος είτε αρχίζουν είτε υποχωρούν καθώς ελαττώνεται η υποκειμενική του

εκτίμηση της απειλής. Ωστόσο, αν η υποκειμενική εκτίμηση της απειλής δεν μειωθεί, το άτομο μπορεί να κινδυνεύει να αναπτύξει ASD ή PTSD.

PTSD

Συμπεράσματα – Μελλοντικές προοπτικές

Η τρομοκρατία βασικά είναι ένα ηθικό πρόβλημα με ψυχολογικές βάσεις. Η πρόκληση που έχουμε μπροστά μας είναι να μην αφήσουμε τους αποκαρδιωμένους νέους και άλλους να εμπλακούν στην ηθική των τρομοκρατικών οργανώσεων. Ένα μάθημα από την ιστορία της τρομοκρατίας στη Μέση Ανατολή και άλλα μέρη του κόσμου είναι ότι το ηθικό αυτό πρόβλημα δεν έχει τεχνολογική λύση, κατά συνέπεια είναι ασύμβατο με τη σύγχρονη τάση να προσπαθούμε να βρίσκουμε τεχνολογικές λύσεις σε ηθικά διλήμματα. Η προηγμένη τεχνολογία και η μεγαλύτερη δύναμη δεν πρόκειται να δώσουν τέλος στην τρομοκρατία μακροπρόθεσμα. Παρά τη συχνή επαναλαμβανόμενη διακήρυξη ότι ο «ο πόλεμος κατά της τρομοκρατίας θα είναι μακροχρόνιος», οι πολιτικές για τον τερματισμό της τρομοκρατίας μέχρι σήμερα ήταν μάλλον βραχυπρόθεσμες στρατηγικές, κατευθυνόμενες συχνά από τις πολιτικές ανάγκες μάλλον παρά από την επιστημονική σκέψη. Οι πολιτικές αυτές έχουν επικεντρωθεί, ως επί το πλείστον, στους ανθρώπους που έχουν ανέβει στην κορυφή της σκάλας και είναι ήδη αποφασισμένοι να εκτελέσουν τρομοκρατικές πράξεις. Οι πολιτικές που ασχολούνται με τα άτομα αυτά δεν ασχολούνται με το θεμελιακό πρόβλημα που υπάρχει στη βάση της σκάλας και περιλαμβάνει τη συντριπτική πλειονότητα των ανθρώπων. Τα βασικά ζητήματα που υπάρχουν στο θεμελιακό επίπεδο πρέπει να αντιμετωπιστούν με καθοδηγητικές αρχές, οι οποίες θα περιλαμβάνουν τον τρόπο που αντιλαμβάνεται η πλειοψηφία των ανθρώπων τη δικαιοσύνη, την ειλικρίνεια και τις ευκαιρίες ελεύθερης έκφρασης στις κοινωνίες τους, καθώς επίσης και τον τρόπο που τους επηρεάζουν οι ηγέτες τους κάνοντάς τους να βλέπουν την πηγή των προβλημάτων τους ως εξωτερική και να μεταθέτουν την επιθετικότητά τους σε στόχους που βρίσκονται εκτός της ομάδας. Ως μέρος μιας αλλαγής πολιτικής, πρέπει να αποφεύγεται η κατηγοριοποίηση του κόσμου με βάση τη διάκριση «εμείς εναντίον εκείνων».

ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΟΜΗΡΙΑΣ

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 περισσοτέρων 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 θυσιασθούν (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 αυτούς 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 κίνητρο τους είναι κατά κανόνα υλικό, οι απαιτήσεις τους συγκεκριμένες, οι όμηροι αποτελούν διαπραγματευτικά αντικείμενα (poker 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 «αδίκημένο άτομο»: Το άτομο αυτό είναι δυσαρεστημένο είτε με το γενικότερο κοινωνικό σύστημα ή με κάποια συγκεκριμένη γραφειοκρατία. Αισθάνεται θύμα που “σπρώχνει 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 διαπραγμάτευση 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 ενδοιασμό 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 διαπραγμάτευσης- παζαριού έχει αναγκαστεί να συμβιβαστεί. Το αν η λύση είναι αίσια ή όχι εξαρτάται κατά πολύ από το διαπραγματευτή και τις ικανότητές 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 διαπραγμάτευση 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 : 1. Συμφωνεί με μερικές από τις ιδέες του για να το πάρει με το μέρος του, 2. Ξεκινάει να διαπραγματεύεται τα ζητήματα ξεκινώντας από εκείνο με τη μικρότερη σημασία και συνεχίζει κλιμακωτά, 3. Όση λιγότερη προσοχή δίνει στους ομήρους τόσο το καλύτερο, 4. Βάζει τον δράστη στη λογική «κάτι μου δίνεις, κάτι σου δίνω», 5. Προσπαθεί σε ένα μετέπειτα στάδιο να τον πείσει πως οι όμηροι του είναι άχρηστοι. Σε αυτό το σημείο χρησιμοποιούνται μόνο κλειστές ερωτήσεις.

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 όμηροι 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 αγχώδους 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.

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΒΙΑ

Εισαγωγή

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.

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.

ΒΙΑΣΜΟΣ

Ορισμός

Η παλαιότερη θέση των νομικών για το βιασμό ήταν η “βίαιη 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 παραπτασματικότητα και η δυσκολία συναίσθησης των συναισθημάτων των άλλων

αποτελούν κοινά χαρακτηριστικά των βιαστών, ενώ από κάποιους ερευνητές υποστηρίχθηκε ότι ο βιασμός θα πρέπει να ταξινομηθεί στις παραφυλίες αφού, σε κάποια τουλάχιστον περιστατικά, οι ψυχολογικές διαδικασίες και πρακτικές του βιαστή μοιάζουν με αυτές του παραφυλικού ατόμου.

Επιδημιολογία

Οι περισσότερες σχετικές έρευνες δείχνουν ότι μία στις τέσσερις περίπου γυναίκες αναφέρουν μη επιθυμητές σεξουαλικές εμπειρίες, ένα ποσοστό που συμβαδίζει με το 27% των Koss et al (1987), που βρέθηκε σε έρευνα δείγματος Αμερικανίδων φοιτητριών οι οποίες ανέφεραν βιασμό ή απόπειρα βιασμού από την ηλικία των 14. Επιπλέον, 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.

Χαρακτηριστικά ατόμων που βιάζουν

Η πολύχρονη έρευνα ταυτοποίησε κάποια ιδιαίτερα ψυχολογικά χαρακτηριστικά στα άτομα με σεξουαλική επιθετικότητα. 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 πεποιθήσεων αυτών.

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. Σε δείγμα βιαστών βρέθηκε ότι στο 28% συνυπήρχε επιδειξιμανία, στο 18% ηδονοβλεψία και στο 11% εφασιομανία (6). 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)

ΠΑΡΑΦΙΛΙΕΣ

Ορισμός

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 εφασιομανία, 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, φαντασεώσεων 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. 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*.

Επιδημιολογία

Μελετώντας την περίπτωση του σεξουαλικού σαδισμού, οι Kinsey et al (1980), βρήκαν ότι το 3-12% των γυναικών και το 10-20% των ανδρών δείχνουν να διεγείρονται σε σαδομαζοχιστικού τύπου διηγήσεις. 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.

Αρκετές μελέτες έδειξαν την υψηλή συχνότητα συνύπαρξης των διάφορων παραφυλιών. Οι Abel et al (1988) (6), σε δείγμα 120 επιδειξιών, βρήκαν ότι στο 27% συνυπήρχε ηδονοβλεψία, στο 39% παιδοφιλία, στο 17% εφραψιμανία, ενώ το 14% είχε διαπράξει βιασμό. Επίσης, ότι το 93% των επιδειξιμανών έχει πάνω από μία παραφυλική διάγνωση, ενώ το 73% έχει πάνω από τρεις παραφυλικές διαγνώσεις. Οι ίδιοι ερευνητές, μελετώντας 560 παραφυλικούς, βρήκαν ότι μόνο 21% των ατόμων με εφραψιμανία είχαν σαν μοναδική δραστηριότητα την εφραψιμανία ενώ οι υπόλοιποι είχαν κατά μέσο όρο επιπλέον 5 διαγνώσεις παραφυλίας. Βρήκαν επίσης ότι ο μέσος όρος των εφραψιμανικών πράξεων των 62 ατόμων με πρώτη διάγνωση την εφραψιμανία, που μελέτησαν, ήταν 850. Σε δείγμα ατόμων που είχαν συλληφθεί για ηδονοβλεπτική δραστηριότητα το 66% είχαν παράλληλα επιδείξει εφραψιμανική δραστηριότητα.

Σε μία ανασκόπηση της θεραπευτικής αντιμετώπισης των παραφυλιών, 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 .

ΠΑΙΔΟΦΙΛΙΑ

Ορισμός

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. Οι Marshal et al (1997), βρήκαν ότι δεν υπήρχαν επαναλαμβανόμενες επιθυμίες και φαντασιώσεις στο 60% των παιδοφίλων και στο 75% των αιμομικτών. Επομένως οι επαναλαμβανόμενες επιθυμίες και φαντασιώσεις δεν είναι παθολογικές 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.

Επιδημιολογία

Είναι γνωστό ότι τα δεδομένα από τις επίσημες αναφορές τείνουν να υποεκτιμούν σημαντικά τη πραγματική συχνότητα της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης. 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, για παράδειγμα, η American Humane Association, 1988, ανέφερε ότι 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 (4).

Αιτιολογία

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.

ΑΙΜΟΜΙΞΙΑ

Επιδημιολογία

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 των 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.

Ορισμός

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.

Αιτιολογία

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 οποίος εμπεριέχει αισθήματα αβοήθητου και φόβου απέναντι στην αποκάλυψη.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΝ ΔΡΑΣΤΩΝ

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: α. η επίλυση θεμάτων ελαχιστοποίησης και η ανάληψη υπευθυνότητας, β. ο καθορισμός του κύκλου ή της διαδικασίας που καταλήγει στο έγκλημα, γ. ο καθορισμός και η παρακολούθηση των ατομικών θεραπευτικών στόχων, δ. η εκμάθηση μεθόδων πρόληψης, και ε. 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.

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 παραπτώματιών.

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.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟ ΕΓΚΛΗΜΑ

Παρά τη ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας, την ανάπτυξη της πληροφορικής και την ευρύτατη χρήση του Διαδικτύου, που αναμφίβολα έχουν επιφέρει επαναστατικές αλλαγές στο σύνολο των καθημερινών δραστηριοτήτων, στην παραγωγική διαδικασία, στις συναλλαγές της καθημερινότητας μας, υπεισέρχονται και οι παράμετροι που ευνοούν την ανάπτυξη νέων μορφών εγκληματικότητας. Οι νέες αυτές μορφές εγκληματικότητας θεσμοθετούνται με τον όρο «Ηλεκτρονικό Έγκλημα». Με κριτήριο το προσβαλλόμενο έννομο αγαθό, τα εγκλήματα που διαπράττονται στο διαδίκτυο μπορούν να διακριθούν: σε εγκλήματα κατά των ατομικών δικαιωμάτων του πολίτη, σε εγκλήματα εναντίον του κοινωνικού συνόλου και σε εγκλήματα εναντίον των περιουσιακών αγαθών. Ο όρος «Ηλεκτρονικό έγκλημα» ή «Ηλεκτρονική εγκληματικότητα» αποτελεί μια ευρεία έννοια στην οποία εμπίπτουν όλες εκείνες οι αξιόποινες πράξεις που τελούνται με τη χρήση ενός συστήματος ηλεκτρονικής επεξεργασίας δεδομένων. Ο όρος αυτός διακρίνεται σε στενή και σε ευρεία έννοια. Η εν στενή έννοια ηλεκτρονική εγκληματικότητα αναφέρεται στις αξιόποινες πράξεις όπως είναι η ηλεκτρονική απάτη, η χωρίς άδεια απόκτηση δεδομένων, η παραποίηση δεδομένων και η δολιοφθορά δηλαδή εγκλήματα όπου ο ηλεκτρονικός υπολογιστής αποτελεί κύριο μέσο τέλεσης των εγκλημάτων. Αντίθετα η εν ευρεία έννοια εγκληματικότητα μέσω Η/Υ περιλαμβάνει όλα εκείνα τα αδικήματα για την τέλεση των οποίων ο ηλεκτρονικός υπολογιστής χρησιμοποιείται ως βοηθητικό μέσο. Ανάλογα με τον τρόπο τέλεσης διαχωρίζονται σε εγκλήματα τελούμενα με τη χρήση Ηλεκτρονικών Υπολογιστών (computer crime) και σε Κυβερνοεγκλήματα (cyber crime), εάν τελέσθηκε μέσω του Διαδικτύου. Στο κοινό Ποινικό Δίκαιο υπάρχουν εγκλήματα τα οποία ως βασική προϋπόθεση της τέλεσής τους χρειάζονται την χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή, ο οποίος μπορεί να χρησιμοποιηθεί ποικιλοτρόπως για την τέλεση των εγκλημάτων αυτών: α) Στην αποθήκευση δεδομένων που αφορούν πρόσωπα και αντικείμενα που εμπλέκονται σε παράνομη δραστηριότητα, π.χ. προσωπικά στοιχεία εμπόρων όπλων. β) Στην εύρεση πληροφοριών που αφορούν παράνομη δραστηριότητα, π.χ. κατασκευή βόμβας. γ) Στην διάδοση πληροφοριών, π.χ. συκοφαντικές πληροφορίες για ένα προϊόν ή εταιρία. δ) Στην τέλεση μέρους της εγκληματικής πράξης, π.χ. αγορά αγαθών με χρήση πιστωτικής κάρτας που έχει κλαπεί με φυσικό τρόπο. ε). Στη διακίνηση παράνομου οπτικοακουστικού υλικού, π.χ. παιδική πορνογραφία.

Απάτη μέσω e-mail

Πρόκειται για την πιο συχνή μορφή επιθέσεως, έναντι των χρηστών του διαδικτύου. Οι επαγγελματίες του είδους για να εξαπατήσουν τους ανυποψίαστους χρήστες, χρησιμοποιώντας μηνύματα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (e-mail), προβάλλουν διάφορες δικαιολογίες για να αποσπάσουν χρηματικά ποσά ή προσωπικά στοιχεία. Οι πιο συχνές μορφές απάτης με e-mail είναι: Phishing, , Pharming, Spam, Scam, και Blog.

Phishing

Ένα e-mail φτάνει στο υποψήφιο θύμα που το ενημερώνει ότι πραγματοποιούνται κάποιες εργασίες συντήρησης του συστήματος και τον προτρέπει να επισκεφτεί την υπηρεσία Ηλεκτρονικής Τραπεζικής επιλέγοντας τον σύνδεσμο, που ο δράστης έχει επισυνάψει στο μήνυμα και να επιβεβαιώσει τους κωδικούς πρόσβασης της υπηρεσίας. Το ανυποψίαστο θύμα εφόσον επιλέξει τον σύνδεσμο , θα τον οδηγήσει σε μία τοποθεσία-αντίγραφο της πραγματικής (mirror), όπου όταν πληκτρολογήσει τα προσωπικά του στοιχεία αυτά θα υποκλαπούν από τον επιτιθέμενο (hacker). Το "Ψάρεμα" είναι κάτι περισσότερο από ανεπιθύμητα και ενοχλητικά ηλεκτρονικά μηνύματα. Μπορούν να οδηγήσουν στην κλοπή των αριθμών πιστωτικών καρτών, των κωδικών πρόσβασης, των πληροφοριών λογαριασμών ή άλλων προσωπικών δεδομένων. Το "Phishing" είναι ένας τύπος εξαπάτησης που έχει σχεδιαστεί για την κλοπή της ταυτότητάς των ανυποψίαστων χρηστών. Οι επιτήδριοι της ηλεκτρονικής απάτης πλησιάζουν τους χρήστες- θύματα με ψεύτικα προσχήματα και προσπαθούν να τους πείσουν να κοινοποιήσουν σημαντικές προσωπικές πληροφορίες όπως αριθμούς πιστωτικών καρτών, κωδικούς πρόσβασης ή δεδομένα του λογαριασμού τους. Οι απάτες ψαρέματος μπορεί να γίνουν αυτοπροσώπως ή μέσω τηλεφώνου ενώ διακινούνται μέσω ανεπιθύμητων ηλεκτρονικών μηνυμάτων που εμφανίζονται χωρίς να το επιλέξει ο χρήστης με την μορφή επιπρόσθετων παραθύρων στο ήδη ανοιχτό παράθυρο το οποίο επέλεξε ο χρήστης- θύμα (pop up windows, Instant messaging). Επομένως οι χρήστες πρέπει να είναι πολύ προσεκτικοί στην χρήση αυτών των αναδυόμενων παραθύρων διότι δεν είναι ασφαλές να εισάγουν προσωπικές ή οικονομικές πληροφορίες στα συγκεκριμένα παράθυρα. Μια κοινή τεχνική ψαρέματος είναι το άνοιγμα ενός ψεύτικου αναδυόμενου παραθύρου όταν κάποιος κάνει κλικ σε ένα ηλεκτρονικό μήνυμα ψαρέματος. Μπορεί να φαίνεται πολύ πειστικό ή μπορεί να εμφανίζεται πάνω από ένα παράθυρο που εμπιστεύεται ο χρήστης. Ακόμη και εάν το αναδυόμενο παράθυρο φαίνεται πολύ επίσημο ή διακηρύσσει πως είναι ασφαλές, θα πρέπει να

αποφεύγεται η εισαγωγή ευαίσθητων προσωπικά δεδομένα γιατί δεν υπάρχει τρόπος να ελεγχτεί η πιστοποίηση ασφάλειας. Ενδείξεις όπου ένα ηλεκτρονικό μήνυμα πιθανόν να είναι πλαστό είναι πολλές φορές οι γενικές προσφωνήσεις όπως "Αγαπητέ πελάτη" αντί για το όνομά του χρήστη. Ζητούν από τον χρήστη να κάνει κλικ σε κάποιο σύνδεσμο, με φρασεολογία που δίνει την εντύπωση του επείγοντος ή του ζητούν να επιβεβαιώσει κάποιες προσωπικές του πληροφορίες.

Pharming

Κάποιος ο οποίος θέλει να παραπλανήσει το θύμα του, να κατευθύνει τον browser του σε κάποια άλλη ιστοσελίδα μπορεί να το πραγματοποιήσει τη χρήση μιας διαδικασίας που ονομάζεται "δηλητηρίαση DNS" κατά την οποία κάποιος εισβολέας αποκτά πρόσβαση στις τεράστιες βάσεις δεδομένων που χρησιμοποιούν οι πάροχοι υπηρεσιών Διαδικτύου για να δρομολογήσουν τη διαδικτυακή κίνηση και μπορεί να κάνει τροποποιήσεις σε κάποιο σημείο έτσι ώστε να εκτρέπεστε στην ψεύτικη ιστοσελίδα πριν προλάβει να αποκτήσει το θύμα πρόσβαση σε αυτή που τελικά επιθυμούσε. Κάποιες εταιρίες υποστηρίζουν πως το λογισμικό firewall (τείχος προστασίας) που χρησιμοποιούν προστατεύει και από την παραπλάνηση (pharming). Κάποιοι πάροχοι υπηρεσιών διαδικτυακής ασφάλειας πιστεύουν πως οι πελάτες τους που καθοδηγούν όλη τους την διαδικτυακή κίνηση μέσω των δικών τους, ασφαλών, διακομιστών είναι και προστατευμένοι από επιθέσεις παραπλάνησεις. Η φύση της παραπλάνησης υποδεικνύει όμως το αντίθετο αλλά, ανεξάρτητα από το τι υποστηρίζει η κάθε εταιρεία, είναι καλή ιδέα να αναζητήσει ο χρήστης προσεκτικά τα προϊόντα ασφαλείας πριν επενδύσει και εμπιστευτεί κάποιες λύσεις λογισμικού. Πολλές φορές δεν μπορούμε να αναγνωρίσουμε εάν μία ιστοσελίδα είναι ψεύτικη μετακινώντας μόνο το δείκτη πάνω από τα link και παρατηρώντας εάν ο κώδικας μας οδηγεί σε κάποιο εμφανώς άσχετο σημείο εκτός ιστοσελίδας. Διότι πολλές φορές οι ψεύτικες ιστοσελίδες που χρησιμοποιούνται στις απάτες παραπλάνησης συνήθως "πλαστογραφούν" τα link τους έτσι ώστε να μοιάζουν ακριβώς με αυτά που αναμέναμε να δούμε, ακόμη και στον κώδικα που εμφανίζεται όταν το ποντίκι περάσει πάνω από αυτά. Επίσης, οι ιστοσελίδες πιθανόν να αλλάζουν τον κώδικα των δικών τους links αρκετά συχνά και για διάφορους λόγους, όπως όταν αναβαθμίζουν το λογισμικό τους, την πλατφόρμα του διακομιστή τους ή τις μεθόδους ανάλυσης των στατιστικών κίνησης της ιστοσελίδας τους.

Spam

Το e-mail spam είναι ανεπιθύμητο διαφημιστικό ηλεκτρονικό μήνυμα. Το spam είναι ενοχλητικό, γιατί πιθανόν να εμπεριέχει απάτη ή να μολύνει τον υπολογιστή σας με ιό ή άλλο κακόβουλο λογισμικό. Εάν ένας χρήστης λάβει ένα ηλεκτρονικό μήνυμα που πιθανόν να είναι ανεπιθύμητο, δεν θα πρέπει να απαντήσει σε αυτό, να κάνει κλικ ή να το προωθήσει. Εάν είναι δυνατόν θα πρέπει να το αναφέρει και να το διαγράψει χωρίς να το ανοίξει ή να κάνει κλικ σε κάποιο σύνδεσμο μέσα σε αυτό. Γιατί είναι ενοχλητικό ένα ηλεκτρονικό ανεπιθύμητο μήνυμα; Μερικά βήματα που μπορείτε να ακολουθήσει ένας χρήστης ώστε να προστατευτεί από τα ανεπιθύμητα μηνύματα είναι τα ακόλουθα: α) Να μην δίνει σε οποιονδήποτε την ηλεκτρονική του διεύθυνση. β) Να χρησιμοποιεί ενημερωμένα φίλτρα κατά των ανεπιθύμητων μηνυμάτων. γ). Ποτέ μην ανοίγει τα συνημμένα των μηνυμάτων εκτός και αν γνωρίζετε περί τίνος πρόκειται. δ) Να αναφέρει στις αρμόδιες αρχές τους αποστολείς των ανεπιθύμητων μηνυμάτων.

Scam

Δημιουργώντας ψεύτικες αγγελίες θέσεων εργασίας που μοιάζουν με τις αληθινές και, συχνά, δημοσιεύοντάς τις σε νόμιμες ιστοσελίδες εύρεσης εργασίας, οι απατεώνες ελπίζουν να παραπλανήσουν τους πρόθυμους και ανυποψίαστους που αναζητούν εργασία και να τους πείσουν να στείλουν τα προσωπικά τους στοιχεία (το γνωστό ψάρεμα). Αυτές οι ψεύτικες αγγελίες εύρεσης εργασίας γίνονται όλο και πιο κομψές και, συχνά, χρησιμοποιούν συνηθισμένη εικόνα ή πειστικά εταιρικά λογότυπα και φρασεολογία. Πολλές φορές, διαθέτουν και συνδέσμους προς πλαστές ιστοσελίδες που εμφανίζονται ως τοποθεσίες πραγματικών εταιρειών. Κάποιες φορές ακόμα χρεώνουν για υπηρεσίες που δεν θα παράσχουν ποτέ. Τυπικά, μετά από μερικές μέρες, οι κλέφτες κλείνουν το scam και εξαφανίζονται. Ένας άλλος τρόπος απάτης στο διαδίκτυο με τη μορφή scam είναι τα παράνομα γραφεία ευρέσεως εργασίας. Ακόμα, εκτός από τη σάρωση προσωπικών ιστοσελίδων και τη δημοσίευση ανακοινώσεων σε δημόσιες ιστοσελίδες, οι επαγγελματίες απατεώνες συχνά εμφανίζονται ως γραφεία ευρέσεως εργασίας που διαθέτουν ευκαιρίες απασχόλησης και στέλνουν ανεπιθύμητη αλληλογραφία (ή spam) σε πιθανούς υποψηφίους ή νόμιμα γραφεία ευρέσεως εργασίας. Ένας επαγγελματίας δράστης τέτοιου είδους θα προσπαθήσει να κερδίσει την εμπιστοσύνη του θύματος, χρησιμοποιώντας ψεύτικο προσωπικό για να αποσπάσει προσωπικά στοιχεία, ακόμη και από το τηλέφωνο. Είναι σημαντικό να γνωρίζουν οι ενδιαφερόμενοι πως τέτοια στοιχεία θα τους ζητηθούν μόνον σε προσωπική συνέντευξη.

Blog

Μια ακόμη πολύ συνηθισμένη μορφή απάτης με e-mail είναι η πρακτική του blogging, η τήρηση προσωπικού ημερολογίου στο Διαδίκτυο, η οποία μεγαλώνει δραματικά ειδικά ανάμεσα στους έφηβους, οι οποίοι ορισμένες φορές διατηρούν ημερολόγια blog χωρίς να το γνωρίζουν οι γονείς ή οι κηδεμόνες τους. Σύμφωνα με κάποιες πρόσφατες μελέτες έδειξαν πως τα μισά από τα ημερολόγια blog σήμερα δημιουργούνται από εφήβους με δύο στους τρεις να δημοσιοποιούν την ηλικία τους, τρεις στους πέντε να αποκαλύπτουν την τοποθεσία τους και έναν στους πέντε να αποκαλύπτει το πλήρες όνομα του. Αυτό συμβαίνει χωρίς να λέγεται ότι υπάρχουν πιθανοί κίνδυνοι από τη δημοσιοποίηση αυτού του τύπου προσωπικών λεπτομερειών. Και καθώς πολλά νεαρά παιδιά δημιουργούν όλο και περισσότερα ημερολόγια blog, οδηγούνται σε έναν αυξανόμενο ανταγωνισμό μεταξύ τους για να τραβήξουν την προσοχή. Μερικές φορές αυτό μπορεί να οδηγήσει τα παιδιά να δημοσιεύσουν ακατάλληλο υλικό όπως προκλητικές εικόνες των εαυτών τους ή των φίλων τους. Αν και η διατήρηση ενός ημερολογίου blog προσφέρει πιθανά οφέλη, όπως την βελτίωση των ικανοτήτων στη γραφή και στην επικοινωνία, είναι σημαντικό να εκπαιδεύουν οι χρήστες των blog και ιδιαίτερα οι ανήλικοι χρήστες σχετικά με το Διαδίκτυο και τη δημιουργία ημερολογίων πριν ακόμη ξεκινήσουν.

Διαδικτυακός τζόγος

Ο δικτυακός τζόγος είναι μια πολύ διαδεδομένη μορφή απάτης στο Διαδίκτυο όπου οι χρήστες, και ιδιαίτερα τα παιδιά, απολαμβάνουν να χρησιμοποιούν το Internet για να ανακαλύπτουν δραστηριότητες ψυχαγωγίας, όπως τα διαδικτυακά παιχνίδια. Πολλές φορές όμως, ενώ αναζητούν μια νέα ιστοσελίδα με παιχνίδια μπορεί να βρουν ιστοσελίδες με στοιχήματα και τυχερά παιχνίδια. Ενώ η χρήση των περισσότερων παιχνιδιών και δραστηριοτήτων από ανηλίκους είναι νόμιμη, η χρήση των τυχερών παιχνιδιών δεν είναι. Οι τοποθεσίες παιχνιδιών συνήθως περιέχουν παιχνίδια με κάρτες, πίνακες, λέξεις, arcade ή πάζλ, με αυτόματη παρακολούθηση και προβολή του σκορ και δεν γίνεται ανταλλαγή χρημάτων. Οι τοποθεσίες τυχερών παιχνιδιών μπορεί να περιέχουν σενάρια, στα οποία οι άνθρωποι κερδίζουν ή χάνουν κάποιο τεχνητό νόμισμα. Αντίθετα, οι τοποθεσίες Τζόγου συνήθως αφορούν το κέρδος ή την απώλεια αληθινών χρημάτων. Είτε είναι νόμιμα λοιπόν είτε όχι τα τυχερά παιχνίδια στο διαδίκτυο ελκύουν συγκεκριμένες κατηγορίες ατόμων. Τα άτομα τα οποία επισκέπτονται τα παραδοσιακά καζίνο είναι πολύ πιο πιθανό να

συμμετάσχουν σε online τυχερά παιχνίδια από ότι τα άτομα τα οποία δεν επισκέπτονται τα παραδοσιακά καζίνα. Τα άτομα τα οποία έχουν δοκιμάσει την τύχη τους στα τυχερά παιχνίδια του διαδικτύου είναι πιθανό να συνεχίσουν να συμμετάσχουν σε αυτά απορρίπτοντας τα παραδοσιακά καζίνο. Ο τζόγος στο διαδίκτυο μπορεί να είναι πιο εθιστικός, καθώς είναι ένας εύκολος, διασκεδαστικός, μοναχικός και ανώνυμος τρόπος για να παίξει κάποιος τυχερά παιχνίδια.

Παιχνιδομηχανές

Μία άλλη μορφή ηλεκτρονικού εγκλήματος παρόμοια με αυτή του δικτυακού τζόγου είναι οι παιχνιδομηχανές. Οι σύγχρονες παιχνιδομηχανές (Play Station 2, XBOX και ιδιαίτερα οι καινούριες PSP) εκδηλώνουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τις διωκτικές αρχές. Η ενσωμάτωση σε αυτές της τεχνολογίας WiFi (ασύρματη πρόσβαση) και εξελιγμένων δυνατοτήτων επεξεργασίας δεδομένων, σε συνδυασμό με τη χρήση ειδικών προγραμμάτων, επιτρέπουν να χρησιμοποιηθούν για hacking ή απομακρυσμένη διαχείριση υπολογιστή. Παρόμοιες δυνατότητες φέρουν και οι υπολογιστές, που προορίζονται για χρήση σε αυτοκίνητα.

Πιστωτικές Κάρτες

Η χρήση πιστωτικών καρτών στο Διαδίκτυο, για τη διεκπεραίωση πάσης φύσης συναλλαγών που πραγματοποιούν οι χρήστες του Διαδικτύου, έχει δημιουργήσει νέες δυνατότητες για τη διάπραξη εγκλημάτων. Η άγνωστη ταυτότητα του πωλητή-δράστη και η μη αυτοπρόσωπη παρουσία του αγοραστή-θύμα έχουν συμβάλει στην αύξηση των περιπτώσεων απάτης, με τη χρήση πιστωτικών καρτών στο Διαδίκτυο. Με τη χρήση των σύγχρονων τεχνολογιών είναι πλέον πολύ εύκολο να αποκτήσει κάποιος τον αριθμό μιας πιστωτικής κάρτας και να πραγματοποιήσει αγορές μέσω Διαδικτύου. Με την τεχνολογία «websniffer», παρακολουθείται η μετάδοση δεδομένων και ανακτώνται αυτόματα οι δεκαεξαψήφιοι αριθμοί των πιστωτικών καρτών. Επιπλέον, είναι δυνατή η αγορά μέσω Διαδικτύου, αριθμών πιστωτικών καρτών που έχουν υποκλαπεί. Τέλος, υπάρχουν και εφαρμογές λογισμικού που δημιουργούν αυτόματα αριθμούς πιστωτικών καρτών, χρησιμοποιώντας διάφορους λογάριθμους.

Κλοπή Ταυτότητας

Ένα από τα πλέον σοβαρότερα εγκλήματα του Διαδικτύου είναι η κλοπή ταυτότητας. Στην εποχή που διανύουμε τεράστιες ποσότητες δεδομένων είναι αποθηκευμένες σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων για διάφορους σκοπούς. Είναι εύκολο λοιπόν για κάποιον που το επιθυμεί να βρει στοιχεία ατόμων και να τα χρησιμοποιήσει για την πραγματοποίηση πάσης φύσεως συναλλαγών. Πιο συγκεκριμένα κλοπή ταυτότητας στο Διαδίκτυο ονομάζεται η πρακτική του να χρησιμοποιεί κανείς την εικονική ταυτότητα ενός άλλου ατόμου, χρησιμοποιώντας το όνομα χρήσης και τον κωδικό πρόσβασής του σε διάφορες διαδικτυακές υπηρεσίες. Σκοπός όσων επιχειρούν κλοπή ταυτότητας μπορεί να είναι η οικονομική εξαπάτηση, αλλά και ο εξευτελισμός ή η διάδοση φημών για ένα άτομο στο διαδικτυακό του περιβάλλον. Οι συνέπειες και φυσικά οι εκπλήξεις με τις οποίες μπορεί κανείς να έρθει αντιμέτωπος είναι πολλαπλές. Μπορεί κανείς να συναντήσει μηνύματα που στέλνονται εξ ονόματός του, σχόλια σε blog και forum. Σε ότι αφορά στους νέους, η κλοπή ταυτότητας τις περισσότερες φορές πραγματοποιείται κατά κύριο λόγο στις υπηρεσίες κοινωνικής δικτύωσης και γενικά στις εφαρμογές και τα εικονικά περιβάλλοντα στα οποία επικοινωνούν με τους ηλεκτρονικούς τους φίλους. Υπάρχουν δύο στάδια για την ολοκλήρωση του εγκλήματος της κλοπής της ταυτότητας. Στο πρώτο στάδιο, ο επιτιθέμενος προσπαθεί με διάφορους τρόπους να αποκτήσει τα στοιχεία της ταυτότητας ενός ατόμου. Το επόμενο βήμα του επιτιθέμενου είναι να χρησιμοποιήσει τα κλεμμένα στοιχεία ανοίγοντας λογαριασμούς πιστωτικών καρτών με τα στοιχεία του θύματος, ανοίγοντας τραπεζικούς λογαριασμούς, τους οποίους θα χρεώσει με ακάλυπτες επιταγές, ή δημιουργώντας πλαστές πιστωτικές κάρτες, άδειες οδήγησης, διαβατήρια και ταυτότητες χρησιμοποιώντας τα στοιχεία του θύματος.

Ξέπλυμα Χρήματος

Το ξέπλυμα χρήματος περιγράφεται ως "συμπεριφορά ή ενέργεια σχεδιασμένη γενικά ή εν μέρει για να κρύψει ή να μεταμφίσει τη φύση, τη θέση, την πηγή, την ιδιοκτησία ή τον έλεγχο των χρημάτων (μπορεί να είναι νόμισμα ή ισοδύναμα, π.χ. επιταγές ηλεκτρονικές συναλλαγές κ.τ.λ.) για να αποφύγει μια απαίτηση για την υποβολή εκθέσεων συναλλαγής από το κράτος ή τον ομοσπονδιακό νόμο ή για να παραποιήσει το γεγονός ότι τα χρήματα αποκτήθηκαν με παράνομα μέσα". Το ξέπλυμα χρημάτων περιλαμβάνει το κρύψιμο, τη διακίνηση, και την επένδυση των εισπράξεων της εγκληματικής συμπεριφοράς. Επιχειρείται η μετατροπή των χρημάτων, που προέρχονται από παράνομες δραστηριότητες, σε μια νέα μορφή η οποία θα είναι λιγότερο ύποπτη από τις διωκτικές αρχές. Τα χρήματα

που προέρχονται από παράνομες δραστηριότητες μοιράζονται σε ιδρύματα ή διοχετεύονται στο λιανεμπόριο. Έπειτα, μέσα από πολλαπλές οικονομικές συναλλαγές επιχειρείται ο διαχωρισμός του χρήματος από την πρωταρχική του παράνομη πηγή. Τέλος η διαδικασία ολοκληρώνεται όταν το παράνομο χρήμα πάρει την μορφή εισοδήματος το οποίο θα φαίνεται ότι έχει προέλθει από νόμιμες επαγγελματικές δραστηριότητες. Το Διαδίκτυο παρέχει νέες και μη ανιχνεύσιμες μεθόδους ξεπλύματος χρημάτων. Οι τράπεζες αποτελούν το βασικό μέσο αυτής της εγκληματικής δραστηριότητας αλλά εξαιτίας του ότι όλο και περισσότερες τράπεζες και χρηματοδοτικοί οργανισμοί προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο Διαδίκτυο ή μέσω κάποιας μορφής ηλεκτρονικού μέσου, η τεχνολογία που χρησιμοποιείται για να προσδιορίσει και να επικυρώσει τους πελάτες μπορεί να παραβιαστεί ακριβώς όπως οποιαδήποτε βασισμένη στο Διαδίκτυο ασφάλεια. Οι πράξεις που διώκονται ποινικά και μπορεί να ενέχονται στο ξέπλυμα χρήματος είναι η σύσταση εγκληματικής οργάνωσης, οι τρομοκρατικές πράξεις, η χρηματοδότηση της τρομοκρατίας, η παθητική δωροδοκία, η εμπορία ανθρώπων, η απάτη με υπολογιστή, η σωματεμπορία, η εμπορία ναρκωτικών, η εμπορία όπλων, και η εμπορία αρχαιοτήτων (αρχαιοκαπηλία).

Διακίνηση Πορνογραφικού Υλικού

Η πορνογραφία στο διαδίκτυο δεν είναι καινούριο φαινόμενο. Η είσοδος και η ευρεία χρήση του διαδικτύου , παρέχει πλέον στους θύτες ένα νέο τόπο συναντήσεως για την εκμετάλλευση παιδιών, μειώνοντας τα αντικίνητρα με την παροχή ανωνυμίας και διευκολύνοντας την ανάπτυξη της φαντασίας δίνοντας στους θύτες ευκολότερη πρόσβαση σε ομάδες ομοϊδεατών περιορίζοντας την αίσθηση της περιθωριοποίησης. Έτσι λοιπόν, με την χρήση του διαδικτύου από τους θύτες και από τα θύματα αυξάνονται και οι τρόποι επικοινωνίας μεταξύ θύτη και θύματος καθώς και θύτη με κάποιον άλλο θύτη, διευκολύνοντας ακόμη περισσότερο την διανομή παιδικού πορνογραφικού υλικού μέσα από δωμάτια συνομιλίας, στιγμιαίο Μήνυμα (IM), ηλεκτρονικό ταχυδρομείο (e-mail), ηλεκτρονικές ομάδες (e-groups), κατάλογους ηλεκτρονικών διευθύνσεων, ομάδες πληροφόρησης και πίνακες δελτίων (BBS). Το πορνογραφικό υλικό που διακινείται μέσω του διαδικτύου μπορεί να έχει τη μορφή φωτογραφίας, βίντεο ή οποιαδήποτε άλλη μορφή πολυμέσου. Ο καθένας εύκολα μπορεί να έχει πρόσβαση σε αυτά χωρίς να χρειαστεί να αποκαλύψει την ταυτότητά του. Η εύρεση αυτού του υλικού βρίσκεται σε διάφορους δικτυακούς τόπους.

Cyberbullying

Το cyberbullying συμβαίνει όταν ένα πρόσωπο ή μια ομάδα έχουν ως σκοπό να απειλούν, να τρομοκρατούν με άμεση απειλή κινδύνου ή να εξαναγκάζουν κάποιον σε πράξη – παράλειψη –ανοχή με τη χρήση νέων τεχνολογιών. Το cyberbullying είναι ιδιαίτερα αναγνωρισμένο και χρησιμοποιείται συχνά στον χώρο του σχολείου από παιδιά του δημοτικού μέχρι και παιδιά του λυκείου. Αυτή η εξάπλωση του συγκεκριμένου ηλεκτρονικού εγκλήματος αποτελεί αύξηση της αγωνίας και του φόβου τόσο των γονέων όσο και των εκπαιδευτικών. Εκείνοι που συμμετέχουν στο cyberbullying συνήθως είναι μια ομάδα φίλων οι οποίοι κακοποιούν ψυχικά ή και σωματικά τα θύματά τους. Σκοπός τους είναι ο ευτελισμός και η τρομοκρατία του συμμαθητή τους. Οι συμπεριφορές που μπορεί να προκύψουν περιλαμβάνουν αποστολή κειμένων, e-mail, ή άμεσων μηνυμάτων με κακό περιεχόμενο (instant messengers και τα chatrooms), κακόβουλη δημοσίευση φωτογραφιών (social networking sites) ή μηνυμάτων σε ιστολόγια (blogs) ή άλλες ιστοσελίδες με σκοπό μοναδικό την παρενόχληση, χρήση του ονόματος (θύματος) από τρίτο κακόβουλο πρόσωπο με σκοπό τη διάδοση φημών και ψευδών γεγονότων, και ανώνυμες κλήσεις και μηνύματα με σκοπό τον φόβο και την ταραχή!

Κινητή Τηλεφωνία

Στις προηγμένες χώρες η κινητή τηλεφωνία έχει αναπτυχθεί ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια. Αρχικά τα κινητά τηλέφωνα χρησιμοποιήθηκαν ως μια επέκταση των σταθερών τηλεφώνων, με το πέρασμα του χρόνου άρχισαν να ενσωματώνουν στις λειτουργίες τους και άλλες υπηρεσίες. Έτσι σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα τα κινητά άρχισαν να παρέχουν διαδικτυακές υπηρεσίες , με τη χρήση νέων πρωτόκολλων επικοινωνίας μετατρέποντας τα από απλά κινητά τηλέφωνα σε κινητούς ηλεκτρονικούς υπολογιστές, κληρονομώντας όμως εκτός από τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα ενός ηλεκτρονικού υπολογιστή. Έτσι ένα κινητό μπορεί να μολυνθεί και αυτό πλέον από ιούς, σκουλήκια και άλλα κακόβουλα προγράμματα όπως ακριβώς και ένας ηλεκτρονικός υπολογιστής. Προβλήματα ασφαλείας αντιμετωπίζουν τα κινητά τηλέφωνα που χρησιμοποιούν το Bluetooth interface. Όλη η εσωτερική μνήμη του κινητού (τηλεφωνικός κατάλογος, κλήσεις ,φωτογραφίες κ.α) μπορούν να ανακτηθούν από μακριά εφόσον το κινητό έχει το Bluetooth σε λειτουργία εμφάνισης. Να σημειωθεί ότι το κινητό μπορεί να ελεγχθεί

από απόσταση και να πραγματοποιήσει κλήσεις με σκοπό την υπερχρέωση ή την υποκλοπή των ομιλιών και πολλά άλλα.

ΑΠΕΙΛΗΤΙΚΕΣ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΕΣ ΚΛΗΣΕΙΣ

Διαχείριση τηλεφωνικής κλήσης

Κάθε τηλεφώνημα αναμένεται να έχει μια συγκεκριμένη δομή. Θα έχει μία αρχή, μια μέση και ένα τέλος, καθώς και τα παρακάτω αναγνωρίσιμα στάδια.

Εγκαθίδρυση της σχέσης: 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: 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.

Κλείσιμο: 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.

Οι «δύσκολες» κλήσεις

Πολλές γραμμές δέχονται τηλεφωνήματα τα οποία 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 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.

Οι απασχολούμενοι σε γραμμές πρέπει να εκπαιδεύονται για να μπορούν να αντιμετωπίσουν τα λεγόμενα «δύσκολα» τηλεφωνήματα, κινούμενοι στα όρια της υπηρεσίας, όπου εργάζονται. Πολλές γραμμές 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 «δύσκολων» 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 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.

ΜΕΡΟΣ V

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΟΥ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

ΣΥΓΧΡΟΝΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

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 ανήκουν 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 τραύματος. 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 λύσεων, 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 μάρτυρες 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 από 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 διαβιβαζόμενων 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 τηλεψυχιατρική είναι ένας από τους πλέον δυναμικά αναπτυσσόμενους κλάδους της τηλεϊατρικής 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 τηλεψυχιατρικής 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 τηλεψυχιατρικής μπορεί να είναι πρωτοβάθμιες μονάδες υγείας (ομάδες ψυχοκοινωνικής μέριμνας σε απομακρυσμένες μονάδες, φυλάκια ή περιφερειακά ιατρεία), δευτεροβάθμιες μονάδες υγείας (μονάδες υγειονομικού ή σταθμοί επανακτησίων 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).

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΙ ΣΤΗΡΙΞΗ ΑΠΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ

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 απέναντί 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 «αφουγκρασθούν» 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 εποπτεία» 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 ωφελεί πια..», «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. Επικεντρωθείτε 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. Ενθαρρύνετέ τον, λοιπόν, να αναζητήσει συστηματική θεραπευτική βοήθεια. Μέχρι τότε, παροτρύνετέ 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»). Ακόμη 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 φοβηθείτε 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 παρααυτοκτονικού 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. 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, αναξιοσύνης, 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 χρειάζεται 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 κατανόησή 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 παρα βλέπει 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 ή δηλητήριο, 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 συχνά 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 γι 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' αυτό 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 : Ενθαρρύνετε τον

να παίρνει βαθιές, αργές αναπνοές, εκπνέοντας τελείως κάθε φορά (π.χ. «Πάρτε 10 –15 αναπνοές τη φορά, ξεκουραστείτε, συνεχίστε πάλι. Φυσήξτε μέσα σε μια χάρτινη σακούλα»). Προτείνεται 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»). Προτείνεται 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 αντανakλάτε την ταραχή του στη δική σας φωνή (το «καθρέφτισμα» 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 μοιράζεστε 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 παρανοϊκότητα 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 μίγμα; 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. Προτείνετέ 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 επιδινώσει το άγχος και τη χρήση ουσιών.

Χειρισμός ενός σοβαρά διαταραγμένου καλούντος

Κατευνάζετε τα συναισθήματα. Ο πελάτης διακατέχεται από πολλά συναισθήματα και δεν χρειάζεται να τα αποκαλύπτει. 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 ζητηθεί βοήθεια από κάποιον επόπτη.

Αποφύγετε τον Καθησυχασμό. Το να καθησυχάζετε και να δείχνετε συμπόνια στον πελάτη, λίγο συνεισφέρει στην πρόοδό 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 «δύσκολων» 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.

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 να 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), να προσπαθήσουν να τσεκάρουν τι είδους ανταπόκριση θα έχουν και αν είναι ασφαλείς να μιλήσουν. Η σωστή αντίδραση είναι να μην προσπαθήσετε να τους πείσετε 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, 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.

ΑΡΧΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΑΖΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗΣ

Η διαλογή (screening) ως προς τους παράγοντες κινδύνου μπορεί να γίνει με ερωτήσεις σε τέσσερις βασικούς τομείς:

- Έχουν βιώσει τα άτομα άλλες έντονες εκθέσεις ή περιστάσεις ψυχικού τραύματος (τους έχει ξανασυμβεί κάτι τέτοιο στο παρελθόν);
- Υπάρχει ιστορικό πρότερης θεραπείας ψυχικής υγείας ή συνθηκών για τις οποίες τα άτομα ή άλλοι έκριναν ότι θα έπρεπε να ζητήσουν θεραπεία;
- Έχουν τα άτομα τουλάχιστον ένα πρόσωπο με το οποίο μπορούν να μιλούν και να μοιράζονται τα προβλήματά τους; Έχει αποδειχθεί αυτό παραγωγικό και χρήσιμο στο παρελθόν;
- Εκτέθηκαν τα άτομα (κατά την κρίση τους) σε ιδιαίτερα ανατριχιαστικές ή ανησυχητικές πλευρές του τραυματικού συμβάντος;

ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΟΥΜΕ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΑΖΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗΣ

- Παρέχετε ενημέρωση και καθοδήγηση σε πολύ πρακτικά επίπεδα. Εξοπλιστείτε με όσες περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να συγκεντρώσετε και να μεταδώσετε ξεκάθαρα και συστηματικά σε όσους συναντήσετε. Φροντίστε να δίνετε τις πληροφορίες σας με σαφήνεια, αναφέροντας μόνο τις πλήρως έγκυρες πηγές (μη συμβάλλετε στη διάδοση φημών και παραπληροφόρησης).
- Εδραιώστε μια λειτουργική σχέση με το θύμα. Φροντίστε να γίνει κατανοητός ο ρόλος σας και το θύμα να σας έχει δώσει την άδειά του να τον βοηθήσετε. Γνωστοποιήστε του με μεγάλη σαφήνεια την ταυτότητά σας, την επαγγελματική και επιστημονική σας ιδιότητα και τις σχέσεις σας με άλλες οργανώσεις (όπως ο Ερυθρός Σταυρός) και διευκρινίστε τους σκοπούς σας. Μην προχωράτε μέχρις ότου το άτομο δείξει πρόθυμο να δεχτεί τη βοήθειά σας.
- Η αποτελεσματική πρώτη ανταπόκριση προς αυτούς που έχουν ανάγκη βοήθειας δεν προέρχεται από το ρόλο σας ως θεραπευτή, αλλά από το ρόλο σας ως κάποιου που παρέχει παρηγοριά και ανακούφιση, άμεση υποστήριξη και χρήσιμη ενημέρωση. Είστε αποτελεσματικότεροι ως πηγή σωστής πληροφόρησης, άμεσης καθοδήγησης και βοήθειας για τις ανάγκες και τις απαιτήσεις του παρόντος. Αν τα θύματα έχουν χάσει το σπίτι τους, είναι πολύ πιο σημαντικό να μειώσετε τα άμεσα αισθήματα στρες παρέχοντάς τους κατάλυμα παρά να ακούσετε ενσυναισθητικά την περιγραφή των συναισθημάτων αβοηθητότητας που συνεπάγεται αυτή η απώλεια. Μπροστά στην απώλεια και την απειλή, είναι επίσης αποδοτικότερο να παρέχεται άμεση καθησυχαστική και οργανική φροντίδα παρά να ενθαρρύνεται η πρώιμη ανοικτή συζήτηση και κάθαρση.
- Μη διστάσετε να δραστηριοποιηθείτε ενεργά στον τόπο της καταστροφής, ώστε να καλυφθούν οι φυσικές και ιατρικές ανάγκες των θυμάτων. Είναι χρήσιμο για τις μεταγενέστερες επαφές να έχετε γνωρίσει τους ανθρώπους πρώτα σε αυτά τα περιβάλλοντα και να τους έχετε παράσχει άμεσες και πρακτικές μορφές βοήθειας πριν επιχειρήσετε να τους προσφέρετε βοήθεια σε προσωπικότερο επίπεδο.
- Φροντίστε να καλυφθούν οι φυσικές ανάγκες και ανάγκες ασφάλειας (π.χ.

φάρμακα, κατάλυμα, τροφή) πριν ασχοληθείτε με τις συναισθηματικές επιπτώσεις του τραυματικού γεγονότος. Διατηρήστε την αρχική επικέντρωσή σας στην κάλυψη των βασικών αναγκών και στη διατήρηση της αντοχής των θυμάτων.

- Καθορίστε με σαφήνεια το στόχο και το τελικό σημείο για την επαφή και τη σχέση σας. Πείτε στους ανθρώπους τι πρέπει να περιμένουν. Στις περισσότερες περιπτώσεις, θα χρειαστεί να παραπέμψετε ένα ή περισσότερα άτομα για περαιτέρω βοήθεια. Φροντίστε οι επιλογές που προσφέρετε να αντικατοπτρίζουν ευρεία γκάμα δυνατοτήτων.
- Δώστε έμφαση στα δυνατά σημεία του ατόμου μάλλον παρά στις αδυναμίες ή τα ελλείμματά του. Καθησυχάστε τον («όλα θα πάνε καλά», «θα το ξεπεράσετε») και παραμείνετε ήρεμοι και ψύχραιμοι. Αν χρησιμοποιούνται φυλλάδια ή άλλες μορφές γραπτών πληροφοριών, το υλικό αυτό πρέπει να είναι προσεκτικά δομημένο ώστε να προαγάγει τις προσδοκίες προσαρμοστικότητας και ανάρρωσης μάλλον παρά να απαριθμεί σχολαστικά τις παγίδες και τα συμπτώματα.
- Κατευθύνετε τα θύματα και τους διασώστες σε κοινοτικές υπηρεσίες που προσφέρουν ανακούφιση και αρωγή. Φέρτε τα θύματα σε επαφή με πηγές βοήθειας που παρέχουν άμεση και συνεχή υποστήριξη (όπως η οικογένεια, η κοινότητα ή θρησκευτικές οργανώσεις).
- Οι διασώστες επηρεάζονται βαθιά από την τάση ταύτισης με τα θύματα και την εξάντληση – βοηθήστε τους να θέσουν και να τηρήσουν τα απαραίτητα όρια, κανονίστε το ρυθμό των προσπαθειών τους, προσαρμόστε τις προσδοκίες τους και ελέγξτε τα συναισθήματά τους κατά τη διάρκεια παρατεταμένης εργασίας τους με θύματα.

ΤΙ ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΟΥΜΕ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΑΖΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗΣ

- Η επικεντρωμένη στο συναίσθημα «απενημέρωση» αμέσως μετά το τραυματικό συμβάν και η πολλαπλή αναφορά και ανασκόπηση στρεσογόνων παραγόντων (multiple stressor debriefing) δεν έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στην πρόληψη των μετέπειτα προβλημάτων και είναι, αντίθετα, δυνατό να προκαλέσει προβλήματα ανθεκτικότερα στη θεραπεία ή σοβαρότερα σε βάθος χρόνου.
- Η «απενημέρωση» περιλαμβάνει (α) την επανεξέταση και αναδόμηση των λεπτομερειών και των συναισθημάτων που σχετίζονται με το τραυματικό συμβάν (β) την ενθάρρυνση της διερεύνησης και εμβάθυνσης της αναβίωσης από το θύμα των συναισθηματικά φορτισμένων γεγονότων, (γ) την ομαλοποίηση των αντιδράσεων, και ιδιαίτερα στοιχείων των αρνητικών συναισθημάτων και (δ) την ενημέρωση σχετικά με τα σημεία και τα συμπτώματα της PTSD.
- Μερικά παραδείγματα άλλων θεραπευτικών μεθόδων που χρησιμοποιούνται συχνά αλλά οι επιδράσεις τους δεν έχει αποδειχθεί επιστημονικά ότι είναι ωφέλιμες είναι η θεραπεία επανέκθεσης, η απευαισθητοποίηση και επανεπεξεργασία μέσω οφθαλμικών κινήσεων (eye movement desensitization and reprocessing, EMDR), η θεραπεία πεδίων σκέψης (thought field therapy, TFT) και διάφορα φάρμακα. Η γνωσιακή θεραπεία (cognitive therapy, CT) έχει αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματική στους πληθυσμούς υψηλού κινδύνου και σε άτομα τα προβλήματα των οποίων επιμένουν και πέρα από την αρχική αντίδραση.
- Αποφεύγετε να είστε το επίκεντρο όσον αφορά την παροχή βοήθειας και συναισθηματικής ή κοινωνικής υποστήριξης. Η υγιής ανάρρωση ίσως να εξαρτάται τελικά από την προαγωγή του αίσθήματος αυτοαποτελεσματικότητας και ικανότητας χειρισμού της απειλής και της πρόκλησης. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος για όσους βοηθούν τα θύματα και για τους κλινικούς γιατρούς ίσως είναι η «υπερβολική βοήθεια» (“overhelping”) ή αυτό που ορισμένοι έχουν αποκαλέσει «η τυραννία της επείγουσας ανάγκης» (“the tyranny of urgency”). Πρόκειται για την τάση να υπερβάλουμε όταν βοηθάμε τους ανθρώπους να κάνουν αυτό που έχουν ανάγκη να κάνουν μόνοι τους ή ακόμα όταν κάνουμε εμείς αυτό που θα μπορούσαν να κάνουν καλύτερα οι οικογένειές τους και οι ομάδες αναφοράς.

- Η συντριπτική πλειοψηφία των εκτιθέμενων ακόμα και σε σοβαρό ψυχικό τραύμα δεν θα εμφανίσουν PTSD και θα αναρρώσουν με τις δικές τους δυνάμεις και τους δικούς τους ρυθμούς. Κατά συνέπεια, είναι σημαντικό να σεβόμαστε τη φυσική διεργασία ανάρρωσης και να αποφεύγουμε να θεωρούμε δεδομένο ότι κάποιος χρειάζεται ειδική αρωγή ψυχικής υγείας. Να είστε «αθέατα υποστηρικτικοί». Οι άνθρωποι αναρρώνουν με διαφορετικούς ρυθμούς και τρόπους. Να αφήνετε τα θύματα να καθορίσουν μόνα τους το ρυθμό προόδου τους, να μιλούν για πράγματα που θεωρούν σημαντικά και να έχουν το «χώρο» που χρειάζονται. Κάποιοι άνθρωποι χρειάζονται ένα διάστημα απόσυρσης. Πέρα από αυτό, είναι σημαντικό για τα θύματα να αισθάνονται ότι τα ενθαρρύνουμε να κάνουν μόνα τους κάποια βήματα για να έχουν μια αίσθηση αυτενέργειας. Μην τα πιέζετε να συζητήσουν προτού νιώσουν έτοιμα ή να κάνουν κάτι που δεν είναι πρόθυμα να κάνουν.
- Μην είστε υπερβολικά τυπολάτρες. Δεν είναι ανάγκη να έχετε ή να φοράτε σήματα ή διακριτικά που δημιουργούν απόσταση από τους πάσχοντες, όπως να κουβαλάτε επίσημα ντοσιέ με χαρτιά ή να φοράτε τη λευκή μπλούζα που υποδηλώνει ότι είστε ένας «αποστασιοποιημένος» κλινικός παρατηρητής. Να σέβεστε την ιδιωτικότητα του ασθενή και να διατηρείτε ανοικτή τη σχέση σας μαζί του.

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΑΖΙΚΗΣ ΚΑΤΑΡΣΤΡΟΦΗΣ

- Τις εβδομάδες μετά από ένα τραυματικό συμβάν, οι περισσότεροι άνθρωποι αναρρώνουν ανταποκρινόμενοι στις ψυχολογικές πρώτες βοήθειες και τη μινιμαλιστική θεραπεία. Οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν μεγάλη ικανότητα προσαρμογής και δεν χρειάζονται μακροχρόνια αρωγή. Ωστόσο, κατά τις πρώτες ημέρες και εβδομάδες μετά από μια κρίση είναι δύσκολο να διακρίνουμε κατά τρόπο αξιόπιστο ποιοι θα έχουν μακροχρόνια προβλήματα και ποιοι όχι. Ο κλινικός γιατρός δεν πρέπει να επιχειρεί να προβαίνει σε επίσημες εκτιμήσεις ψυχικής υγείας μέχρις ότου περάσουν 2 ή περισσότερες εβδομάδες. Παρόλα αυτά, μια σύντομη αρχική διαλογή, υπό τον όρο ότι δεν παρακωλύει την παροχή άμεσης φυσικής και ιατρικής βοήθειας, παράλληλα με υποστήριξη, ενθάρρυνση και παρηγόρηση, θα μπορούσε να βοηθήσει να εντοπιστούν τα άτομα με τα οποία πρέπει να έλθουμε και πάλι σε επαφή μετά από μερικές εβδομάδες, ως πιθανώς υποψήφια για πιο μακροπρόθεσμη θεραπεία.
- Τα άτομα τα οποία εμφανίζουν προβλήματα που δεν υποχωρούν μετά την παρέλευση της αρχικής επίδρασης του τραυματικού συμβάντος (γενικά μετά από 2-6 εβδομάδες) πρέπει να αξιολογούνται για περαιτέρω αρωγή ψυχικής υγείας εντός του πλαισίου μιας εδραιωμένης επαγγελματικής σχέσης. Οι υπηρεσίες αυτές γενικά είναι καλύτερο να παρέχονται από φορείς και επαγγελματίες ειδικούς εντός της τοπικής κοινότητας, όπου μπορούν να αναπτυχθούν θεραπευτικές σχέσεις διαρκείας. Όπου ενδείκνυται περαιτέρω θεραπεία, προτεραιότητα πρέπει να δίδεται σε εμπειρικά υποστηριζόμενες, συντηρητικές μεθόδους όπως η γνωσιακή θεραπεία (CT), που εκτείνονται σε τέσσερις ή πέντε συνεδρίες. Οι ψυχοθεραπευτές που επιχειρούν μακροπρόθεσμες παρεμβάσεις πρέπει να επιδιώκουν εξειδικευμένη εκπαίδευση και εποπτεία για τις μεθόδους αυτές και ιδιαίτερα για την εφαρμογή τους στην τραυματική έκθεση. Η διαχείριση περιπτώσεων (case management) που περιλαμβάνει κοινωνική εργασία και υπεράσπιση των συστημάτων πρέπει να θεωρείται επίσης ένα επικουρικό μέσο κρίσιμης σημασίας για να διασφαλίζεται η υποστηρικτική αντιμετώπιση των

συνεχιζόμενων ή αναδυόμενων οργανικών αναγκών. Αν ενδείκνυται εντατικότερη παρακολούθηση λόγω της επιμονής του εξουθενωτικού άγχους μετά από μερικές εβδομάδες, υπάρχουν αρκετές θεραπείες που έχει διαπιστωθεί ότι είναι χρήσιμες για την αποκατάσταση της ομαλής λειτουργικότητας.

ΠΟΤΕ ΕΝΑ ΑΤΟΜΟ ΕΧΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΕΣ ΓΙΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

- 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 θα 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

ΤΙ ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΟΥΜΕ ΟΤΑΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΜΕ ΚΑΠΟΙΟ ΑΤΟΜΟ ΜΕ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑ

- 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 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.

ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΕ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΒΙΑΙΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

- Πληροφορήστε κάποιον από την ομάδα σας για το που πηγαίνετε και πότε θα επιστρέψετε.
- Προτιμότερο να πάτε μαζί με κάποιο συνεργάτη και να έχετε μαζί σας ένα κινητό τηλέφωνο ή κάποιον άλλο τρόπο επικοινωνίας.
- 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 παρελθόν του ατόμου που θα αντιμετωπίσετε.
- Προτιμότερο να συγκεντρώνεται η ομάδα παρέμβασης στην κρίση και να συζητά τα δεδομένα πριν από την παρέμβαση.
- Μην παρκάρετε ακριβώς μπροστά στο 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 μπειτε στο χώρο, ακούστε προσεκτικά για λίγα δευτερόλεπτα τι γίνεται μέσα.
- Ποτέ μη στέκεστε ακριβώς μπροστά στην πόρτα. Χτυπήστε την πόρτα και 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 στραγγαλίσουν. Τα ψηλά τακούνια είναι κομψά, αλλά δεν σας επιτρέπουν να τρέξετε. Τα άνετα, λειτουργικά και μη φανταχτερά ρούχα είναι προτιμότερα.
- 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 θεωρείτε τίποτα και κανέναν ως δεδομένο, ακόμη και τα ηλικιωμένα άτομα που ίσως δείχνουν άκακα. Μάθετε αν βρίσκονται και άλλοι στο σπίτι, ποιοι είναι και που βρίσκονται τώρα.

- 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 το άτομο που ήρθατε να επισκεφτείτε ή τον υπεύθυνο του κτιρίου ή την ασφάλεια του οικήματος.
- Αν υπάρχει λεκτικός διαπληκτισμός, σκεφτείτε ότι το βασικότερο θέμα είναι η ασφάλειά σας.
- Αν το κρίνετε 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, εκεί 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!

ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ ΚΑΠΟΙΟΣ ΒΡΕΘΕΙ ΣΕ ΘΕΣΗ ΟΜΗΡΟΥ

- 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
- Ζήτα 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 υπέρ της υπηρεσίας που θα επέμβει
- 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.

Ο ΔΙΑΠΡΑΓΜΑΤΕΥΤΗΣ ΣΕ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΟΜΗΡΙΑΣ

- Συμφώνησε με μερικές από τις ιδέες του δράστη, ώστε να τον πάρεις με το μέρος του
- Ξεκίνα να διαπραγματεύεται τα ζητήματα αρχίζοντας από εκείνο με τη μικρότερη σημασία και συνεχίζει κλιμακωτά
- Όση λιγότερη προσοχή δίνεις στους ομήρους τόσο το καλύτερο
- Βάλε το δράστη στη λογική «κάτι μου δίνεις κάτι σου δίνω»
- Προσπάθησε σε ένα μετέπειτα στάδιο να τον πείσεις πως οι όμηροι του είναι άχρηστοι.

Ο ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ ΔΙΑΠΡΑΓΜΑΤΕΥΤΗΣ ΣΕ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΟΜΗΡΙΑΣ

- 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.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

Άρθρα

- American Association of Suicidology. (1997). Youth suicide fact sheet (revised). Washington, DC: Author
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders-technical revision (4th ed.). Washington, DC : Author.
- 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.
- Giotakos O. (1999) Early separation anxiety as a prognostic factor for the development of Adjustment Disorder in male conscripts. *Balkan Military Medical Review*, 2(2): 88-92.
- Giotakos O. (2002) Parenting received in childhood and early separation anxiety in male conscripts with Adjustment Disorder. *Military Medicine*, 167(1): 28-33.
- Giotakos O. (2003) Suicidal ideation, substance abuse, and sense of coherence in Greek male conscripts. *Military Medicine*, 168(6): 447-450.
- James R & Gilliland B. (2005) *Crisis Intervention Strategies*. Thomson Learning.
- 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.
- Madianos MG, Gefou-Madianou D, Stefanis CN. Symptoms of depression, suicidal behavior and use of substances in Greece: a nationwide general population survey. *Acta Psychiatr Scand*, 1994; 89: 159-166.
- Stalkin A (2003). Suicide risk and hostage/barricade situations involving other people. *The FBI Law Enforcement Bulletin*, 72, 8-16.

- Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, et al. The public health effect of economic crisis and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet* 2009; 374:315-323.
- Thornicroft G, Craig T, Power T. «Ψυχιαργός, Παραδοτέο 2: Έκθεση αξιολόγησης των παρεμβάσεων εφαρμογής της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης για την περίοδο 2000-2009». Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Μάρτιος 2011:14
- Γιωτάκος Ο, Κωνσταντακόπουλος Γ. (2000). Ο τρόπος γονεϊκής ανατροφής και το άγχος αποχωρισμού κατά την παιδική ηλικία σε στρατιώτες με Διαταραχή Προσαρμογής. *Ιατρική Επιθεώρηση Ενόπλων Δυνάμεων*, 34: 171-180.
- Γιωτάκος Ο. (2003). Χρήση ναρκωτικών ουσιών σε νεοσύλλεκτους στρατιώτες, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 83: 101-104.
- Γιωτάκος Ο. (2003) Συννοσηρότητα αυτοκτονικότητας και χρήσης τοξικών ουσιών σε νεοσύλλεκτους στρατιώτες. *Ιατρική Επιθεώρηση Ενόπλων Δυνάμεων*, 37 (1-2): 57-63.
- Γιωτάκος Ο, Ηλιόπουλος Ε, Α. Καφφές, Ν. Πιπεροπούλου, Χ. Λεχουρίτη, Ν. Ζαφειροπούλου, Ε. Κωνσταντίνου, Σ. Μαστραντωνάκη, Θ. Τριανταφύλλου, Π. Λαζαρίδης, Δ. Μοσχονάς. (2005) Τηλεφωνική Γραμμή Ψυχολογικής Υποστήριξης Στρατού: Εμπειρία δύο ετών λειτουργίας. *Ιατρική Επιθεώρηση Ενόπλων Δυνάμεων*, 39: 15-23.
- Γιωτάκος Ο. (2006). Παρέμβαση στην Κρίση: Σύγχρονες δυνατότητες για ολοκληρωμένη ψυχολογική στήριξη. *Ιατρική Επιθεώρηση Ενόπλων Δυνάμεων*, 40 (3-4): 65-70.
- Τσιλιάκου Μ, Γιωτάκος Ο, Μαγγανάς Α. (2009) Βιολογικά δεδομένα της βίαιης συμπεριφοράς-Σύγχρονοι προβληματισμοί στους τομείς Ψυχιατρικής κ Εγκληματολογίας. *Ποινική Δικαιοσύνη και Εγκληματολογία*, 1: 19-25.
- Γιωτάκος Ο. (2010). Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία, *Ψυχιατρική*, 21: 195-204
- Γιωτάκος Ο, Καράμπελας Δ, Καυκάς Α. (2011) Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία στην Ελλάδα. *Ψυχιατρική*, 22: 109-119.

Βιβλία

- Aguilera, D.C. (1997). Crisis intervention : Theory and methodology (8th ed.).St.Louis: Mosby.
- 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.
- Bongar B et al (2007). Psychology of Terrorism, Oxford University Press (Ψυχολογία της Τρομοκρατίας, Μετάφραση, Επμέλεια Μ Μπόση, 2010, Εκδόσεις Αρχιπέλαγος).
- James R & Gilliland B. (2005) Crisis Intervention Strategies. Thomson Learning.
- Γιωτάκος Ο,. Μετάφραση στα Ελληνικά του “Common psychiatric disorders” των Hollander E, Wong CM (2nd edition), Handbooks in Health Care Co. Newtown, Pensylvania, USA, 2000. Ελληνικός Τίτλος: «Συχνές ψυχιατρικές διαταραχές», Εκδόσεις Βαγιονάκη-Δ. Σαπουντζάκη, 2002.
- Γιωτάκος Ο. Μετάφραση του “Treatment of schizophrenia: The challenge of the compliance to the treatment”, των WW Fleischhacker, A Hofer & M Hummer, 2003, Science Press Ltd. Ελλ τίτλος: «Αντιμετώπιση της Σχιζοφρένειας: Η πρόκληση της συμμόρφωσης στη θεραπεία», Εκδόσεις Βαγιονάκη – Δ Σαπουντζάκη, 2004.
- Γιωτάκος Ο., Θ Τριανταφύλλου. (Επιμ). «Ψυχολογική Στήριξη από το Τηλέφωνο». Εκδόσεις «Ελληνικά Γράμματα», 2006.
- Γιωτάκος Ο. και συν «Στηρίζοντας την Ψυχική Υγεία των Σπουδαστών», Εκδόσεις «Ελληνικά Γράμματα», 2006.
- Γιωτάκος Ο. (Επιμ). «Παρέμβαση στην Κρίση (crisis intervention): επείγουσες ψυχολογικές καταστάσεις» . Εκδόσεις «Αρχιπέλαγος», 2008.
- Πρακτικά 15^{ης}, 16^{ης}, 17^{ης} Ημερίδας Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας, (Διοργάνωση: Ψυχιατρική Κλινική 414 ΣΝΕΝ, ΔΥΓ/ΓΕΣ), Πολεμικό Μουσείο, Δεκέμβριος, 2010, 2011, 2012.