

**ΓΕΝΙΚΟ ΕΠΙΤΕΛΕΙΟ ΣΤΡΑΤΟΥ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ**



ΙΒ΄ ΕΤΗΣΙΑ ΗΜΕΡΙΔΑ

**ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΟΥ ΣΤΡΑΤΟΥ ΞΗΡΑΣ
ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ ΤΗΣ ΕΨΕ**



«ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΕΣ – Μαζική Βία»

**ΔΕΥΤΕΡΑ 17 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2007
ΑΜΦΙΘΕΑΤΡΟ ΠΟΛΕΜΙΚΟΥ ΜΟΥΣΕΙΟΥ
ΑΘΗΝΑ**

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Ο θεσμός ψυχοκοινωνικής μέριμνας φαίνεται να παίζει ολοένα και πιο σημαντικό ρόλο στις μέρες μας, στη πρόληψη και αντιμετώπιση προβλημάτων που αφορούν στην ψυχική υγεία του προσωπικού, του Στρατού Ξηράς. Η στατιστική αύξηση των ψυχικών διαταραχών σε επίπεδο πληθυσμού, ο σύγχρονος τρόπος ζωής, η αποδυνάμωση των ηθικών και κοινοτικών αξιών και η μείωση της κοινωνικής συνοχής καθιστούν αναγκαία, όχι μόνο τη στηριξη του θεσμού, αλλά και τη συνεχή βελτίωση και εξέλιξη.

Κάθε ειδικός ψυχικής υγείας στα πλαίσια του στρατού θα πρέπει να επικεντρωθεί στην διεύρυνση της πρόληψης ψυχικής υγείας, εκτός των στρατευμένων, τόσο στα στελέχη και στις οικογένειες τους, όσο και στην κοινωνική προσφορά προς ομάδες που έχουν ανάγκη. Η παρέμβαση από τους ειδικούς, στις ιδιαίτερες συνθήκες του στρατού, πρέπει να γίνεται με κανόνες πολιτισμού και αξιοπρέπειας, γνώση των κινδύνων και πρόληψη αυτών, καθώς και οριοθέτηση της παρέμβασης ώστε αυτή να είναι ακριβής και αποτελεσματική. Τα παραπάνω στοιχεία είναι απαραίτητα για την απόκτηση του ηθικού και της συνοχής ενός σύγχρονου επαγγελματικού στρατού. Θα πρέπει συνεπώς να υιοθετηθούν συγχρονές προσεγγίσεις και να διαμορφωθούν δομές που θα εξυπηρετούν καλύτερα την πρόληψη και αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών.

Στην προσπάθεια να συμπεριλάβουμε όλα τα ανωτέρω θέματα στη σημερινή ημερίδα θα αναφερθούμε σε ανάλυση του φαινομένου των αυτοκτονιών, όπως το βιώνουμε στο στρατό, με την επιστημονική καθοδήγηση και τον συντονισμό από εκλεκτούς επιστήμονες από το πανεπιστήμιο.

Ακολούθως θα προσπαθήσουμε να προσεγγίσουμε το φαινόμενο της μαζικής βίας, στο βαθμό που επηρεάζει τον πληθυσμό και τον στρατό, και θα προσπαθήσουμε να κατανοήσουμε τις αιτίες, τα αντανakλαστικά μας και τον βαθμό της αναγκαίας εμπλοκής του στρατού σε προβλήματα του άμαχου πληθυσμού.

Προσδοκούμε, ότι η συνάντηση αυτή, θα συνεισφέρει στην εξέλιξη και στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας του θεσμού προς όφελος του προσωπικού του Στρατού Ξηράς. Με τις σκέψεις αυτές σας καλωσορίζω στην σημερινή IB΄ Ετήσια Ημερίδα Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς

Υποστράτηγος Μπουζόπουλος Γεώργιος
Διευθυντής Υγειονομικού ΓΕΣ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

8:00 - 8:45 ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΥΝΕΔΡΩΝ

8:45 - 9:00 ΠΡΟΣΦΩΝΗΣΕΙΣ – ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ

- Νικόλαος Τζαβάρας, Καθηγητής Ψυχιατρικής του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης, Πρόεδρος Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας
- Υποστράτηγος Μπουζόπουλος Γεώργιος
Διευθυντής Υγειονομικού ΓΕΣ
- «Προσφώνηση - κήρυξη έναρξης εργασιών»
Από το τιμώμενο πρόσωπο

9:00 - 11:30 ΣΥΝΕΔΡΙΑ I «Αυτοκτονίες»

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ:

Πανούσης Ιωάννης, Τακτικός Καθηγητής Εγκληματολογίας Τμήματος Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης, Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Κόκκας Σταύρος, Αρχίατρος, Ψυχίατρος, Διευθυντής Ψυχιατρικής Κλινικής, 414 ΣΝΕΝ

ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ:

- «Αυτοκτονίες – Εισαγωγικά Σχόλια»
Μπότσης Αλέξανδρος, Ψυχίατρος, Ταξίαρχος ε.α. Επικεφαλής Τμήματος Μελέτης Αυτοκτονιών και Βίας, Εθνικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας (ΕΠΙΨΥ)
- «Δεδομένα από Εξετάσεις Πραγματογνωμοσύνης που Έγιναν σε Περιπτώσεις Αυτοκτονιών στις Ένοπλες Δυνάμεις»
Αλεβιζόπουλος Γεώργιος, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών
- «Εγκληματολογική και Επικοινωνιακή Προσέγγιση της Αυτοκτονίας»
Πανούσης Ιωάννης, Τακτικός Καθηγητής Εγκληματολογίας Τμήματος Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης, Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
- «Διαχείριση της Κρίσης Μετά την Αυτοκτονία»
Μουγιάκος Θεόδωρος, Επίατρος Ψυχίατρος, Επιμελητής Ψυχιατρικής Κλινικής του 414 ΣΝΕΝ
- «Στρατηγικές Πρόληψης για τις Αυτοκτονίες»
Κόκκας Σταύρος, Αρχίατρος Ψυχίατρος, Διευθυντής Ψυχιατρικής Κλινικής του 414 ΣΝΕΝ

11:30 - 12:00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ – ΚΑΦΕΣ – ΠΟΣΤΕΡΣ

(Εργασίες Στρατιωτικών Ψυχιάτρων, Οπλιτών Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας, Μ.Υ. Ψυχολόγων κ.α. υπό μορφή αναρτημένων ανακοινώσεων θα εκτίθενται σε όλη τη διάρκεια της ημερίδας στο φουαγιέ του Πολεμικού Μουσείου. Οι Συγγραφείς θα παρευρίσκονται στο διάλειμμα για τυχόν σχόλια επί των εργασιών.

12:00 – 14:30 ΣΥΝΕΔΡΙΑ II: «Μαζική Βία»

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ:

Μπεργιαννάκη Δερμιτζάκη Ιωάννα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών

Κωφίδης Νικόλαος, Γενικός Αρχίατρος, Ψυχίατρος, Διευθυντής Ψυχιατρικής Κλινικής 424 ΓΣΝΕ

ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ:

- «Βίαιη και Επιθετική Συμπεριφορά»
Δημέλλης Δήμος, Επίατρος Ψυχίατρος, Επιμελητής Ψυχιατρικής Κλινικής 424 ΓΣΝΕ
- «Ψυχιατρική και Μαζικές Καταστροφές»
Κωφίδης Νικόλαος, Γενικός Αρχίατρος Ψυχίατρος, Διευθυντής Ψυχιατρικής Κλινικής 424 ΓΣΝΕ
- «Ψυχοκοινωνικές Επιπτώσεις σε Μεγάλες Καταστροφές στον Ελλαδικό Χώρο – Ερευνητικές Προσπάθειες»
Μπεργιαννάκη Δερμιτζάκη Ιωάννα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών
- «Διασώστες θυμάτων μαζικής βίας. Τα Πρώτα Εμπειρικά Δεδομένα Από τις Ειρηνευτικές Αποστολές»
Τριανταφύλλου Θεώνη Φανή, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Κρήτης, Κλινικός Ψυχολόγος 414 ΣΝΕΝ
- «Ο ρόλος της Τηλεφωνικής Γραμμής Ψυχολογικής Στήριξης στις Μαζικές καταστροφές. Πρόταση Δημιουργίας Ομάδας Παρέμβασης στη Κρίση»
Γιωτάκος Ορέστης, Αρχίατρος Ψυχίατρος, Επιμελητής της Ψυχιατρικής Κλινικής του 414 ΣΝΕΝ – Επιστημονικά Υπεύθυνος της Τηλεφωνικής Γραμμής Ψυχολογικής Στήριξης των Ενόπλων Δυνάμεων

14:30 – 16:00 ΔΕΞΙΩΣΗ

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος: Αρχίατρος Σ. Κόκκας

Μέλη:

Αρχίατρος	Γιωτάκος Ο.
Ανχης (ΥΝ)	Γεωργοπούλου Κ.
Ανχης (ΥΝ)	Ζέρβα Τ.
Επίατρος	Μπουνταλούδης Η.
Επίατρος	Μουγιάκος Θ.
Τχης(ΥΝ)	Πλώτα Χ.
Λγος (ΥΙ)	Χαλεπλής Ι.
Λγος (ΥΙ)	Καρύδης Χ.
Λγος (ΥΙ)	Ρούκας Δ.
Λγος (ΥΙ)	Σταθόπουλος Ε.
Λγος (ΥΙ)	Κελάκης Α.
Λγος (ΥΝ)	Οικονομοπούλου Μ.
Λγος (ΥΝ)	Σοφού Ο.
Λγος (ΥΝ)	Ραχάνη Μ.
Λγος (ΥΝ)	Αθανασιαδου Φ.
Λχιας (ΥΓ)	Χατζάρας Γ.
Μ.Υ.	Τριανταφύλλου Θ.

Πληροφορίες: Ψυχιατρική Κλινική 414 ΣΝΕΝ
Τηλ.: 8041158, 8042137 εσωτ. 3234, 3231 & 3105
FAX: 8042135

ΣΥΝΕΔΡΙΑ I: «ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ – ΜΑΖΙΚΗ ΒΙΑ»

ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ:

Πανούσης Ιωάννης, Τακτικός Καθηγητής Εγκληματολογίας Τμήματος Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης, Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Κόκκας Σταύρος, Αρχίατρος, Ψυχίατρος, Διευθυντής Ψυχιατρικής Κλινικής,
414 ΣΝΕΝ

Το θέμα των αυτοκτονιών είναι ένα τεράστιο φαινόμενο της νέας εποχής, αλλά παράλληλα είναι διαχρονικό, παγκόσμιο και πανανθρώπινο. Θα ήθελα να ξεκινήσω από το παράδοξο της εκπαίδευσης των ιατρικών ειδικοτήτων, των γενικών ιατρών σε σύγκριση με την εκπαίδευση των ψυχιάτρων. Ενώ όλες οι ειδικότητες της ιατρικής το πρώτο πράγμα που διδάσκονται είναι «οι ιατροί να μπορούν να διασώζουν την ζωή του ασθενούς και μετά να προσφέρουν ποιότητα ζωής, δυστυχώς στην ψυχιατρική το πρώτο δεν υφίσταται. Για αυτό και πολλοί ψυχίατροι – οι περισσότεροι – έχουν προλήψεις, προκαταλήψεις γύρω από το ζήτημα της αυτοκτονίας. Το μόνο στο οποίο εκπαιδεύονται είναι το να προσφέρουν ποιότητα ζωής καθώς και τον έλεγχο της ψυχοπαθολογίας.

Ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας, στον οποίο τυγχάνει να είμαι μέλος της επιτροπής του, στα δεδομένα για το 2006 αναφέρει ότι παγκοσμιώς 1.800.000 άτομα αυτοκτονούν ετησίως. Κάθε 3 δευτερόλεπτα ένας συνάνθρωπος μας κάπου στην γη αποπειράται αυτοκτονία. Κάθε 3 λεπτά ένας συνάνθρωπος μας κάπου στην γη αυτοκτονεί. Και ενώ όλοι ψυθιρίζουν την λέξη αυτοκτονία (SUICIDE) οι άνθρωποι που χάνουν κάποιον δικό τους λόγω αυτοκτονίας, τηρούν σιγή ιχθύος μπροστά στον εκκωφαντικό θόρυβο του γεγονότος της αυτοκτονίας. Κάθε μια λοιπόν αυτοκτονία από τις 1.800.000 που καταγράφονται ετησίως επηρεάζει την ζωή τουλάχιστον 4-5 ατόμων στο οικογενειακό και στο στενότερο φιλικό περιβάλλον, τα οποία δεν μπορούν να πενθήσουν όπως πενθεί κάποιος που χάνει έναν δικό του από φυσικά αίτια θανάτου. Στην συνέχεια θα ήθελα να αναφερθώ γενικότερα στις αυτοκτονίες και να επισημάνω ότι, σύμφωνα με διεθνείς έρευνες, το 95 % των περιπτώσεων οφείλεται σε λόγους ψυχοπαθολογίας, δηλαδή ήπια ή σοβαρότερα ψυχιατρικά συμπτώματα και σε ψυχικές διαταραχές, μία ή περισσότερες. Το υπόλοιπο 5% των αυτοκτονιών σε παγκόσμιο επίπεδο δεν οφείλεται σε ψυχιατρικούς λόγους. Οι αυτοκτονίες αυτές ονομάζονται rational suicides, δηλαδή αυτοκτονίες με λογική βάση, για ιδεολογικούς λόγους και γνωρίζουμε παραδείγματα όπως στην ανατολή οι Kamikaze, το Χαρακίρι και τα τελευταία χρόνια ανθρώπους που μετατρέπονται σε κινούμενες βόμβες αυτοκτονίας, δηλαδή προκειμένου να ανατινάξουν έναν ορισμένο στόχο μεταφέρουν πάνω τους τον εκρηκτικό μηχανισμό θυσιάζοντας με την θέληση τους και την δική τους ζωή (π.χ. Παλαιστίνιοι).

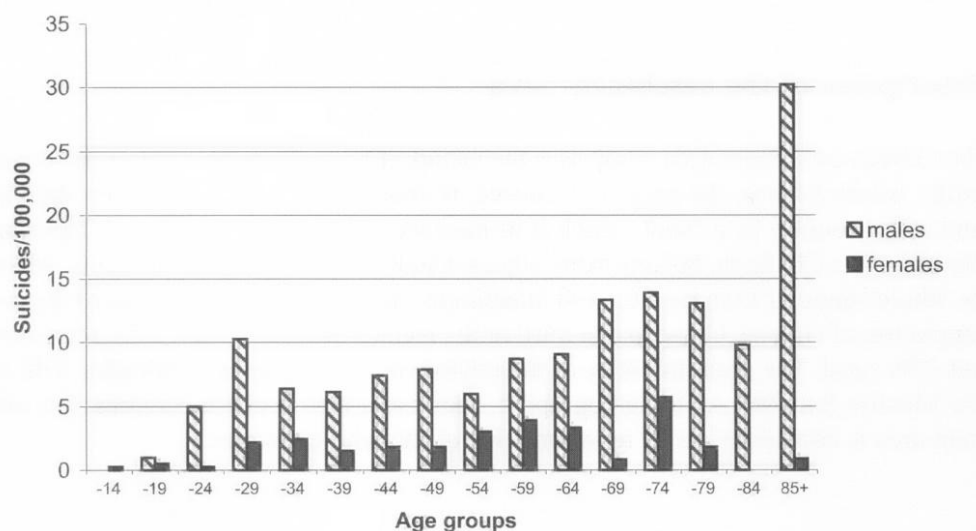


Figure 1. Suicide rates by age groups and gender, 1998

Το φαινόμενο των αυτοκτονιών είναι πολύπλοκο και πολυπαραγοντικό και για αυτόν τον λόγο δεν μπορεί μια μόνο επιστήμη να το προσεγγίσει ολοκληρωμένα. Το φαινόμενο των αυτοκτονιών είναι διεπιστημονικό. Ειδικότερα, επιστήμες που ασχολούνται με το αντικείμενο αυτό, από τη δική τους οπτική γωνία, είναι η ψυχιατρική, η ψυχολογία, η ιατρική, η κοινωνιολογία, η νευροβιολογία κ.α. Η σύνθεση όλων αυτών των οπτικών γωνιών που προσφέρει η κάθε επιστήμη για το αντικείμενο των αυτοκτονιών προσφέρει στην καλύτερη κατανόηση και κατά συνέπεια στην καλύτερη πρόληψη και αντιμετώπιση της αυτοκτονίας. Η σύνθεση των διεπιστημονικών οπτικών για το θέμα της αυτοκτονίας συμπυκνώνεται στο βιβλίο *Suicide*, το οποίο σας παρουσιάζω στην διαφάνεια και το οποίο έχει γράψει ο δάσκαλος μου, καθηγητής Κώστας Στεφανής, ο καθηγητής Κώστας Πεφάνης και ο ομιλών το 1998 και κυκλοφορεί παγκοσμιώς. Το βιβλίο αναφέρεται στις 2 ψυχοκοινωνικές παραμέτρους που οδηγούν στην αυτοκτονία. Συγκεκριμένα επισημαίνεται ότι η αυτοκτονία δεν αποτελεί μονοδιάστατο – μονοπαραγοντικό φαινόμενο και δεν μπορεί μια μόνο επιστήμη να δώσει λύση.

Πολλές επιστήμες μαζί, αρκετές από τις οποίες ανέφερα, μπορούν να συνεισφέρουν ώστε να εξασφαλίσουμε την καλύτερη ερμηνεία και αντιμετώπιση του φαινομένου. Ευρισκόμενος τα τελευταία χρόνια πολύ συχνά στο εξωτερικό ως μέλος του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας θέλω να αναφερθώ και σε 2 πολύ συναφείς με το σημερινό θέμα έννοιες, αυτήν της ευθανασίας και αυτήν της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας (*assisted suicide*). Τα 2 αυτά αντικείμενα ελάχιστα απέχουν εννοιολογικά από την αυτοκτονία, ενώ πολλές φορές μπορεί και να συμπίπτουν ως προς κάποιες πτυχές τους. Ειδικότερα, η ευθανασία αποτελεί μια από τις πιο αμφιλεγόμενες έννοιες – πρακτικές στις μέρες μας από ηθικής, θεολογικής και κοινωνιολογικής πλευράς. Κάθε μια από τις επιστήμες που προσπαθούν να μελετήσουν τα παραπάνω φαινόμενα στοχεύουν στο να απομονώσουν παράγοντες, οι οποίοι να προβλέπουν αυξημένο κίνδυνο για αυτοκτονικό ιδεασμό και αυτοκτονική απόπειρα. Αυτοί οι προγνωστικοί παράγοντες ονομάζονται παράγοντες κινδύνου. Επίσης οι επιστήμες αυτές στοχεύουν στο να εντοπίσουν παράγοντες οι οποίοι προστατεύουν και αποτρέπουν από την εκδήλωση αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Αυτοί οι προγνωστικοί παράγοντες ονομάζονται προστατευτικοί παράγοντες.

Από ότι έχει διαπιστωθεί, η χώρα μας διαθέτει πολλούς προστατευτικούς (ως προς την αυτοκτονία) παράγοντες, λόγω κλίματος και γενικότερου τρόπου ζωής. Αυτό αποδεικνύεται από το γεγονός ότι η Ελλάδα διαθέτει τον μικρότερο δείκτη αυτοκτονιών (όσο πλασματικός και αν μπορεί να είναι αυτός). Τα στοιχεία αυτά θα αναφερθούν και στην συνέχεια.

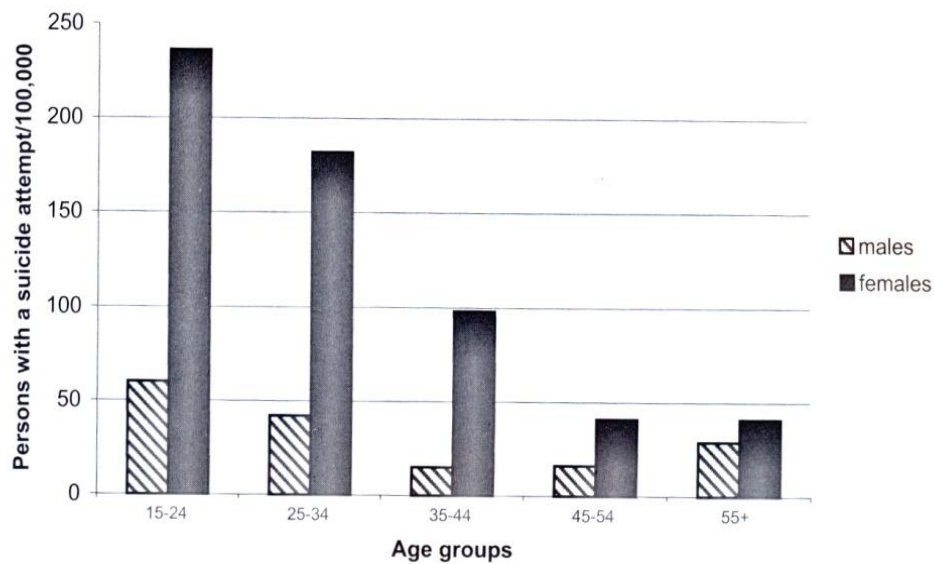


Figure 2. Rates of attempted suicide by age and gender

Προκειμένου ένας ειδικός να εκτιμήσει την πιθανότητα αυτοκτονίας ενός ατόμου το οποίο έχει έρθει μπροστά του και έχει μιλήσει μαζί του, θα πρέπει να υπολογίσει το άθροισμα των παραγόντων κινδύνου καθώς και τη βαρύτητα που έχουν αυτοί για το συγκεκριμένο άτομο. Ο ίδιος υπολογισμός θα πρέπει να γίνει και όσον αφορά τους προστατευτικούς παράγοντες.

Από την άλλη πλευρά, η επιστήμη της αυτοκτονιολογίας – γιατί υπάρχουν παντού στον κόσμο αυτοκτονιολόγοι και ειδικά στο πανεπιστήμιο – δίνει πολλά και σημαντικά στοιχεία με τα οποία μπορεί να γίνει ακριβής πρόβλεψη της αυτοκτονικής συμπεριφοράς σε άτομα που ανήκουν σε ειδικούς πληθυσμούς ή που βρίσκονται υπό ειδικές συνθήκες. Με τα στοιχεία αυτά, ενώ μπορεί να προβλεφθεί η εκδήλωση αυτοκτονικής συμπεριφοράς ατόμων από ειδικούς πληθυσμούς δυστυχώς δεν μπορεί να υπολογιστεί με την ίδια ακρίβεια η επικινδυνότητα ενός ατόμου που ανήκει στον γενικό πληθυσμό. Στα ειδικά περιβάλλοντα και στους ειδικούς πληθυσμούς εντάσσεται και ο στρατός.

Στην συνέχεια θα αναφερθώ σε δημογραφικά στοιχεία αυτοκτονιών, τα οποία στους περισσότερους από εσάς είναι γνωστά, αλλά παράλληλα θεωρώ ότι είναι σημαντικά και αξίζουν να αναφερθούν.

Παγκοσμίως υπάρχει μια αυξητική τάση των αυτοκτονικών προσπαθειών και συμβάντων. Ως προς το φύλο, η αναλογία αυτοκτονικών αποπειρών παλαιότερα είχε διαπιστωθεί πως είναι στο 1 προς 4 δηλαδή για κάθε μια αυτοκτονική απόπειρα ανδρός αντιστοιχούσαν 4 απόπειρες γυναικών. Σήμερα η αναλογία αυτή είναι 1 προς 3.

Αντιστρόφως, όσον αφορά τις αυτοκτονίες, η αναλογία ήταν παλαιότερα 4 προς 1, δηλαδή για κάθε 4 άνδρες που αυτοκτονούσαν αντιστοιχούσε μια γυναίκα. Σήμερα η αναλογία αυτή είναι 3 προς 1.

Ο λόγος για αυτήν την αλλαγή βρίσκεται στην μεγαλύτερη είσοδο της γυναίκας στον χώρο εργασίας και στην έκθεση της σε μεγαλύτερο βαθμό στους παράγοντες στρές στο εργασιακό πλαίσιο. Τέτοιοι παράγοντες είναι το στρές της απόλυσης και το στρές της καριέρας, οι οποίοι οδηγούν σε κατάθλιψη, σε έναν από τους πιο ισχυρούς δείκτες αυτοκτονίας.

Εξαίρεση στον γενικότερο κανόνα σύμφωνα με τον οποίο το ποσοστό των ανδρών που αυτοκτονούν είναι υψηλότερο από αυτό των γυναικών αποτελεί η Κίνα. Εκεί οι γυναίκες αυτοκτονούν σε μεγαλύτερο βαθμό από τους άνδρες λόγω του ότι δεν έχουν δικαιώματα, κακοποιούνται από τους άνδρες, δεν εκφράζουν αυτά που νιώθουν και ασχολούνται στην πλειοψηφία τους με χειρωνακτικά επαγγέλματα. Οι γυναίκες στην Κίνα κατά κανόνα αυτοκτονούν μέσω της χρήσης φαρμάκων. Το παράδοξο είναι ότι καθώς στην Κίνα και ειδικότερα στην ενδοχώρα δεν ανθεί η βιομηχανία και το εμπόριο φαρμάκων, οι γυναίκες που αυτοκτονούν χρησιμοποιούν γεωργικά φάρμακα, τα οποία μπορεί να είναι άκρως θανατηφόρα.

Ως προς τις νεαρές ηλικίες (εφηβική, μετεφηβική ηλικία καθώς και νεανική ηλικία ως τα 34), οι οποίες αφορούν ιδιαίτερα τον ελληνικό στρατό, σε αυτές εμφανίζονται τα περισσότερα αυτοκτονικά κρούσματα σε παγκόσμιο επίπεδο (καθώς επίσης και στην 3^η ηλικία). Το στατιστικό αυτό στοιχείο ισχύει και για την Ελλάδα με την διαφορά όμως ότι ως προς τα επίσημα στοιχεία, αρκετές αυτοκτονίες σε αυτές τις ηλικίες παρουσιάζονται σκόπιμα ως θάνατοι από φυσικά αίτια.

Σε μια πρόσφατη έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στην οποία συμμετείχε και η Ελλάδα (σε δείγμα 200.000 κατοίκων της Ε.Ε.) (δόθηκαν στοιχεία από την στρατιωτική νοσοκομειακή ομάδα ψυχικής υγιεινής) φάνηκε ότι για την χώρα μας τα περιστατικά αυτοκτονιών στην 3^η ηλικία ήταν ιδιαίτερος πολλά, ενώ τα περιστατικά στις νεαρές ηλικίες ήταν ελάχιστα, αφήνοντας υποψίες ότι όντως μπορεί να υπάρχουν σε αυτές τις ηλικίες αυτοκτονικά περιστατικά τα οποία έχουν καταχωρηθεί ως θάνατοι από φυσικά αίτια.

Όσον αφορά τις απόπειρες αυτοκτονίας, η κατανομή τους ανά ηλικιακή ομάδα ακολουθεί φθίνουσα πορεία με τις νεαρές ηλικίες να έχουν τα πρωτεία και την 3^η ηλικία να είναι ουραγός.

Η σχέση απόπειρας αυτοκτονίας και τετελεσμένης αυτοκτονίας αντιστοιχεί σύμφωνα με την ίδια έρευνα σε 15 προς 1. Η παραπάνω σχέση σε συνδυασμό με το γεγονός του ότι οι απόπειρες αυτοκτονίας στις νεαρές ηλικίες είναι δυσανάλογα πολλές σε σχέση με τις τετελεσμένες αυτοκτονίες αποτελεί ένδειξη ότι αρκετές αυτοκτονίες σε νεαρές ηλικίες καταχωρούνται σαν θάνατοι από φυσικά αίτια στην Ελλάδα.

Τώρα – και χωρίς να αναφερθώ στην ψυχιατρική – θα ήθελα να επισημάνω τους κοινωνιολογικούς παράγοντες που οδηγούν στην αυτοκτονία. Σύμφωνα με μια έρευνα που υλοποιήθηκε το 1965 στην Ευρώπη, όπου την εποχή εκείνη είχε λάβει χώρα η βιομηχανοποίηση, είχε παγιωθεί το δικαίωμα ψήφου και η γυναίκα είχε αυτονομηθεί και είχε εισέλθει στον χώρο της εργασίας, οι κοινωνικές νόρμες, οι παραδόσεις, ο θεσμός της οικογένειας (ο οποίος αποτελεί έναν ισχυρό προστατευτικό παράγοντα) είχαν διαφοροποιηθεί. Παρουσιάστηκε αύξηση αυτοκτονιών καθώς επίσης και αύξηση κρουσμάτων κατάθλιψης και αύξηση χρήσης ουσιών.

Μια άλλη κοινωνιολογική μελέτη ενός Καναδού ο οποίος μελέτησε τους μετανάστες στον Καναδά και διαπίστωσε ότι οι μετανάστες αυτοί που διέμεναν σε κλειστές κάστες ομοεθνών τους εντός του Καναδά και κρατούσαν τα ήθη, τα έθιμα και τις παραδόσεις τους, είχαν χαμηλότερο ποσοστό αυτοκτονιών και αυτοκτονικών συμπεριφορών. Αντίθετα οι μετανάστες εκείνοι που αφομοιώθηκαν από τους Καναδούς και μιλούσαν άπταιστα τη γλώσσα, εμφάνισαν ποσοστά αυτοκτονιών παρόμοια με αυτά των Καναδών.

Βέβαια, δεν μπορεί κάποιος μέσα σε 20 λεπτά να αναλύσει το φαινόμενο των αυτοκτονιών. Εγώ προσωπικά έζησα στη Σερβία, φοιτητής στο Πανεπιστήμιο στο Βελιγράδι, όπου λίγο έξω, υπάρχει μια μικρή κωμόπολη, η Μόντιτσα, η οποία κατοικείται εξ'ολοκλήρου από Ούγγρους. Μολονότι η κωμόπολη αυτή ανήκει στη Σερβία, οι κάτοικοι εμφάνιζαν ποσοστά αυτοκτονιών παρόμοια με αυτά της Ουγγαρίας. Από τότε, όποτε αυξάνονταν τα ποσοστά αυτοκτονιών στην Ουγγαρία (- μία από τις χώρες της Ε.Ε. με τα μεγαλύτερα ποσοστά αυτοκτονιών-) αυξάνονταν και τα ποσοστά αυτοκτονιών στη Μόντιτσα ανάλογα και αντιστρόφως. Αυτή ήταν μια εμπειρία που έζησα από κοντά μιλώντας με τους ανθρώπους της κωμόπολης.

Θα ήθελα να αναπτύξω και άλλα θέματα σχετικά με το φαινόμενο των αυτοκτονιών, αλλά ο χρόνος δεν μου το επιτρέπει. Ενδεχομένως κάποια από αυτά να προσεγγιστούν από τους επόμενους ομιλητές.

Θα προσπαθήσω σε σύντομο χρονικό διάστημα, να παραθέσω μερικά πολύ σημαντικά στοιχεία για το θέμα των αυτοκτονιών. Δυστυχώς είναι πολύ σπάνιες οι φορές που προσκαλούμαι να μιλήσω σε μία ημερίδα, σχετικά με την πρόληψη και αντιμετώπιση των αυτοκτονιών καθώς συνήθως, προσκαλούμαι μετά τα ατυχή γεγονότα. Η τελευταία υπόθεση η οποία χειρίστηκα, ήταν μία ποινική αμέλεια για την αυτοκτονία ενός ναύτη στη Κρήτη, για την οποία θεωρήθηκαν ως υπεύθυνοι ο Διοικητής του ναύτου και ο ψυχίατρος που χειρίστηκε την υπόθεση. Ο ρόλος του ψυχιάτρου σε τέτοιες περιπτώσεις, είναι να εκτιμήσει τις συνθήκες που οδήγησαν στο περιστατικό και να εξετάσει τις περιπτώσεις ενέργειας.

Στην παρουσίαση αυτή, θα χρησιμοποιήσω 5 λεπτά, για να αναφερθώ σε μία σημαντική συνάντηση του F.B.I. και της Μητροπολιτικής Αστυνομίας του Ηνωμένου Βασιλείου, η οποία αφορά τη χρήση όπλου σε αυτοκτονικά περιστατικά, κάτι που νομίζω ότι αποτελεί κεντρικό θέμα στη σημερινή ημερίδα.

Όπως φαίνεται και στη διαφάνεια, στην περίπτωση ποινικής αμέλειας, αυτό το οποίο ερευνάται είναι αν οι εμπλεκόμενοι έπρεπε να κάνουν κάτι που δεν έκαναν, ή έκαναν κάτι που δεν έπρεπε. Υπάρχουν στο σύνολο των πραγματογνωμοσυνών για αυτοκτονικά περιστατικά, μια σειρά απο τυπικά κλινικά λάθη, που έχουν σαν συνέπεια την αδράνεια πρόληψης ή πρόβλεψης της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Αν θέλουμε να τα χωρίσουμε σε ομάδες, η πρώτη ομάδα αφορά τα διαγνωστικά λάθη τα οποία αναφέρονται σε εσφαλμένη χρήση διαγνωστικών τεχνικών, (εσφαλμένη εκτίμηση διαγνωστικών συμπτωμάτων) και σε αδυναμία διενέργειας με βάση τα διαγνωστικά στοιχεία.

Θα χρησιμοποιήσω σαν παράδειγμα την τελευταία υπόθεση αυτοκτονίας, αυτή στο Ναυτικό όπου κάποια στιγμή ο Διοικητής της μονάδας, επικοινωνεί με ένα Ψυχίατρο λέγοντάς του ότι «ξέρεις, στη μονάδα μου υπάρχει ένας ναύτης ο οποίος είναι λίγο κλειστός, απομονωμένος, υπερβολικά ήσυχος, δεν παίρνει πολλές άδειες και δεν βγαίνει. Μίλησα μαζί του και διέκρινα ότι τον απασχολούσαν προσωπικά και οικονομικά προβλήματα». Ο ψυχίατρος του είπε να τον προσέχει ή να βάλει έναν άλλο ναύτη να τον προσέχει, μέχρι να ξαναμιλήσουν. Έξι μήνες μετά, ο ναύτης βρέθηκε απαγχονισμένος. Και το ερώτημα είναι, έκανε κάτι που δεν έπρεπε ο Διοικητής και ο Ψυχίατρος ή αμέλησαν κάτι που έπρεπε να κάνουν; Ο ψυχίατρος δεν προέβη σε εξέταση απο κοντά. Ήταν αυτό αμέλεια; Σίγουρα, δεν προέβη σε ορθή χρήση των διαγνωστικών τεχνικών.

Δυστυχώς, όπως θα έλεγε και ο κύριος Μπότσης, η πραγματικότητα στις αυτοκτονίες είναι πολύ θλιβερή. Τις αυτοκτονίες είναι πολύ δύσκολο να τις προβλέψουμε και να τις αποτρέψουμε. Μια πρώτη σκέψη είναι ότι πίσω απο την αυτοκτονία, βρίσκεται αυτοκτονική συμπτωματολογία. Θα πρέπει όμως να έχουμε κατα νου ότι υπάρχουν 2 πολύ βασικοί περιορισμοί. Ηλικίες 15 έως 25 (οι οποίες αφορούν κατά κύριο λόγο το στράτευμα), είναι οι ηλικίες οι οποίες εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών. Σε αυτές τις ηλικίες φαίνεται, ότι η χρήση αντικαταθλιπτικών, αυξάνει την επικινδυνότητα. Κατα συνέπεια θα πρέπει να έχουμε στο νου μας, ότι η θεραπευτική μας παρέμβαση, μπορεί να αυξήσει τις πιθανότητες εκδήλωσης αυτοκτονικής συμπεριφοράς, αντί να τη μειώσει.

Κατά τα λοιπά, σε κάθε αυτοκτονικό επεισόδιο υπάρχουν στοιχεία που μπορούν να οδηγήσουν σε πρόβλεψη, όμως τα στοιχεία αυτά δεν αξιοποιούνται, λόγω έλλειψης επικοινωνίας πληροφοριών, λόγω αδυναμίας του συστήματος και λόγω έλλειψης υλικοτεχνικών υποδομών. Η έλλειψη επικοινωνίας πληροφοριών αποτελεί τον πιο σημαντικό παράγοντα που μπορεί να οδηγήσει σε εσφαλμένη εκτίμηση σχετικά με τα

αυτοκτονικά περιστατικά. Πάντα φαίνεται ότι κάποιος κάτι γνωρίζει αλλά δεν το κοινοποιεί και, κατά συνέπεια, η πληροφορία δε φτάνει εκεί που πρέπει να φτάσει.

Συνολικά απ'όλες τις πραγματογνωμοσύνες που έχουν διενεργηθεί απο εμένα και απο συναδέλφους στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι κυριότερες τεχνικές μείωσης κλινικών λαθών μπορούν να ομαδοποιηθούν στις εξής κατηγορίες:

1) Να δημιουργήσουμε όσο το δυνατό απλούστερα συστήματα και διαδικασίες διάγνωσης. Η πολυπλοκότητα οδηγεί σε αποτυχία.

2) Βελτιστοποίηση της αποτελεσματικότητας με τη δημιουργία συγκεκριμένων και απλών πρωτοκόλλων. Οι διαδικασίες κατανόησης του κινδύνου θα πρέπει να είναι απλές και κατανοητές σε όλη την ιεραρχία.

3) Αυτενέργεια με σύνεση. Το ανθρώπινο λάθος στην εκτίμηση μιας συμπεριφοράς, συχνά είναι μεγαλύτερο απο την αποτρεπτική ικανότητα.

4) Χρήση περιοριστικών μέσων. Για παράδειγμα από το 2006 στις Η.Π.Α., δεν μπορεί κανείς να περιοριστεί αν δεν υπάρχει σαφής εκδήλωση βίαιης και επιθετικής συμπεριφοράς.

Σε σύνολο 65 πραγματογνωμοσυνών στον Ελληνικό χώρο, απο το 1995 έως σήμερα, έχει διαπιστωθεί ότι υπάρχουν 4 βασικά στοιχεία υπερασπιστικής γραμμής σε περιπτώσεις αυτοκτονίας:

1) Ο κλινικός έδρασε στο πλαίσιο της συνήθους κλινικής πράξης,

2) Η αδυναμία αναγνώρισης της αυτοκτονικότητας ήταν εύλογη.

3) Η ελευθερία κινήσεων του αυτόχειρα ήταν αποδεκτή στο πλαίσιο των ανοικτών τμημάτων.

4) Ακραίες συνθήκες επέδρασαν ουσιωδώς στην περιορισμένη παρακολούθηση ή στην απουσία περιορισμού (π.χ. απομόνωση).

Τα καλά νέα είναι ότι οι ισχυρισμοί αυτοί είναι αποδεκτοί όχι μόνο στην Ελλάδα, αλλά σε όλο τον κόσμο.

Πίσω απο τα παραπάνω στοιχεία βρίσκεται μια αλήθεια. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων δεν μπορούμε να αποτρέψουμε την αυτοκτονική συμπεριφορά λόγω της πολυπλοκότητάς της.

Η αυτοκτονική συμπεριφορά σχετίζεται ιδιαιτέρως με την οπλοκατοχή. Ως προς την ποσόστωση οπλοκατοχής ανα χώρα, τα πρωτεία έχουν η Ελβετία και η Φιλανδία με ποσοστά μεγαλύτερα του 50%. Στη συνέχεια οι Η.Π.Α. και ο Καναδάς με ποσοστό που κυμαίνεται απο 20% έως 50%. Τέλος οι χώρες με χαμηλά ποσοστά οπλοκατοχής είναι η Ιαπωνία, η Τυνησία και η Μαλαισία με ποσοστό 0% - 9%. Σύμφωνα με έρευνα του Hung το 1997, ως προς την κατανομή θανάτων απο πυροβόλα όπλα σε εννέα χώρες, διαπιστώθηκε ότι: οι αυτοκτονίες αγγίζουν το 80,1% , ενώ οι ανθρωποκτονίες το 12,4%. Τα ατυχήματα ανέρχονται στο ποσοστό του 4,3%. Ενας καλός δείκτης που απεικονίζει την επικινδυνότητα ως προς την εμφάνιση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς, ονομάζεται Case Fatality Rate. (CFR). Με βάση αυτόν το δείκτη, στην έρευνα του Hung διαπιστώθηκε ότι σε κάθε 9 άτομα που αποπειρώνται αυτοκτονία με πυροβόλο όπλο, 8 πεθαίνουν και 1 μόνο δεν πεθαίνει. Το κόστος ανα κεφαλή για κάθε ένα απο αυτούς που αυτοκτονούν με πυροβόλο όπλο, ανέρχεται σε κατά μέσον όρο σε 235 δολάρια (\$).

Σε μία ανάλογη έρευνα, ως προς τη συχνότητα ανθρωποκτονιών - αυτοκτονιών σε Αμερική, Καναδά, Νέα Ζηλανδία, Αυστραλία, Βρετανία και Ιαπωνία, διαπιστώθηκε ότι παρόλο που στην Αμερική και στον Καναδά υπάρχει πολύ υψηλό ποσοστό οπλοκατοχής – οπλοχρησίας, εντούντοις το ποσοστό ανθρωποκτονιών και αυτοκτονιών που πραγματοποιούνται με τη χρήση όπλου, ήταν σημαντικά χαμηλότερο στον Καναδά σε αντίθεση με τις Η.Π.Α. Το εύρημα αυτό είναι πολύ περίεργο. Διαπιστώθηκε μάλιστα, ότι στις πυκνοκατοικημένες περιοχές το ποσοστό παραμένει συγκριτικά το ίδιο μετά συγκρίσεως. Κατά συνέπεια, η πιθανότητα να σκοτωθεί κάποιος απο σφαίρα, είτε στις Η.Π.Α. είτε στον Καναδά, εξαρτάται απο την πυκνοκατοίκηση της περιοχής.

Η διαδικασία της αυτοκτονίας περιλαμβάνει μια σειρά απο στάδια, η παρατήρηση των οποίων καθιστά σαφές το λόγο δυσκολίας ως προς την αντιμετώπισή της. Υπάρχει μια γνωσιακή δομή η οποία οδηγεί σε μία οξεία ψυχοπαθολογία, η οποία καταλήγει σε

ψυχοπιεστικά γεγονότα τα οποία συνδέονται με οξείες μεταβολές της διάθεσης. Η παραπάνω διαδικασία μπορεί να οδηγήσει σε αυτοκτονικό ιδεασμό. Ως προς αυτόν, υπάρχουν δύο ενδεχόμενα: α) να αποτραπεί, β) να ενισχυθεί. Η αποτροπή επέρχεται όταν υφίσταται ισορροπία κοινωνικής και ψυχικής κατάστασης. Η ενίσχυση επέρχεται με την αναστολή συνείδησης, όπως π.χ. υπό την επίρροια αλκοόλης. Επίσης ενισχυτικά λειτουργούν κοινωνικοί παράγοντες, όπως η μοναξιά, η απομόνωση, ο χωρισμός. Η επίδραση των αποτρεπτικών και ενισχυτικών παραγόντων είναι στιγμιαία και μπορεί αυτομάτως – ακαριαία να οδηγήσει σε υιοθέτηση ή αποτροπή αυτοκτονικής συμπεριφοράς.

Το ερώτημα είναι: έχει η πρόσβαση στα όπλα αιτιολογική σχέση με τη χρήση τους σε περιπτώσεις αυτοκτονίας; Για να δούμε τι ξέρουμε από την εμπειρία του στρατού. Αν και οι άνθρωποι που έχουν πρόσβαση στα όπλα έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να τα χρησιμοποιήσουν εν τούτοις αυτό δεν είναι απαραίτητο. Η αυτοκτονία είναι μια παρορμητική πράξη και ξανά αυτό που φαίνεται είναι ότι ευκαιριακοί παράγοντες μπορούν να καθορίσουν την τελεσή της. Αυτή είναι και η μεγάλη δυσκολία για να κατανοήσουμε τι πρέπει να κάνουμε. Για αυτό το λόγο έχει πολύ μεγάλη σημασία να υπάρχουν αλγόριθμοι για τον τρόπο που αντιμετωπίζουμε τα πράγματα.

Όσον αφορά τη πρόληψη σε σχέση με τα όπλα, όταν έχουμε εύκολη πρόσβαση σε όπλα, αυξάνονται οι πιθανότητες ατυχημάτων. Υπάρχει μια σειρά παραγόντων που επηρεάζουν τη σχέση αυτή. Αυτοί οι παράγοντες είναι: 1) Τύπος όπλων, 2) Τεχνικοί παράγοντες ασφάλειας, 3) Λόγοι κατοχής, 4) Πρόσβαση από νεαρά άτομα, άτομα με ψυχικές διαταραχές, 5) Εκπαίδευση χρηστών και επανάληψη αυτής και 6) Εμπειρία ΤΕΠ.

Σε κάθε 1 θανατηφόρο ατύχημα αναλογούν 10-13 μη θανατηφόρα. Η χρήση των όπλων έχει μια γεωγραφική κατανομή. Έχει φανεί ότι η αξιολόγηση του προφίλ των ατόμων που χρησιμοποιούν όπλα, ίσως δίνει καλύτερη πρόβλεψη. Η βιβλιογραφία σταθερά αποδεικνύει, ότι θύματα που αμύνονται με πυροβόλο ή άλλο όπλο, έχουν μικρότερες πιθανότητες να τραυματισθούν από τα θύματα, που είτε δεν αμύνονται, είτε αμύνονται χωρίς όπλο. Αυτό ερμηνεύεται με ένα τρόπο: η καλύτερη γνώση των όπλων, δραματικά μειώνει την πιθανότητα τραυματισμού από το πυροβόλο. Κλείνοντας, η ορθή και πολυδύναμη εκπαίδευση των οπλοφόρων στα όπλα, μειώνει αποτελεσματικά τον κίνδυνο.

Σας ευχαριστώ πολύ.

Θα ήθελα να ξεκινήσω με ένα καινούργιο φαινόμενο, την τηλεοπτική αναμετάδοση θανάτου. Ξαφνικά ο θάνατος απο προσωπικό γεγονός, μετατρέπεται σε ψυχαγωγικό. Είχαμε μια πρώτη φάση ψυχολογικής προσέγγισης, του Freud, όπου ο αυτόχειρας σκοτώνει κάτι ή κάποιον που μισεί. Είχαμε μια κοινωνιολογική προσέγγιση, η οποία περιλαμβάνει 18 παράγοντες, βάσει των οποίων προδιαγράφεται η αυτοκτονική προδιάθεση. Όμως οι επιστήμονες έχουν ψάξει ένα τρίτο δρόμο, την αλλοτρίωση σύμφωνα με την οποία ο άνθρωπος, μέσα σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικό πλαίσιο προβαίνει σε μία κίνηση προκειμένου να απελευθερωθεί απο αυτό. Τα αυτοκτονικά επεισόδια προσέλκυσαν το ενδιαφέρον των επιστημόνων, οι οποίοι προσπάθησαν να επικεντρωθούν σε θεσμούς-δομές όπως η οικογένεια και η κοινωνία.

Πολλές φορές περιστατικά όπως η βία μέσα στην οικογένεια και οι απάνθρωπες συνθήκες διαβίωσης, οδηγούν σε αυτοκτονίες, η αιτία των οποίων δεν πρέπει να αναζητηθεί στο ίδιο το άτομο αποκλειστικά, αλλά σε ευρύτερους κοινωνικούς παράγοντες καθώς και σε μία κρίση σχέσεων και θεσμών. Οι συγκρούσεις, οι αντιθέσεις, οι αφύσικες συνθήκες ζωής, γεννούν τόσο τα εγκλήματα όσο και την αυτοκτονία. Έτσι, σήμερα η προσωπική επιλογή του αυτόχειρα βρίσκεται στο κέντρο της προσοχής, και η «δήλωση περί τέλους» που υπογράφει ο αυτόχειρας, θεωρείται πιο αξιόπιστη απο τα κοινωνικά κατασκευασμένα στατιστικά στοιχεία. Ο επιστημονικός θετικισμός με τους πίνακες δεδομένων, έχει πλήρως αντικατασταθεί απο μια μικρο-κοινωνική, βιωματική, εσωτερική ανάλυση, που αποδεικνύεται η μόνη κατάλληλη για να κατανοήσουμε αυτό το φαινόμενο.

Η συνειδητή και εκούσια αυτοκτονία κρύβει μια υπόγεια αιτιολόγηση. Η αναζήτηση θανάτου συχνότατα κρύβει μια επίκριση ζωής, και που κανείς δεν ήθελε να τη αποκωδικοποιήσει, ή να την ακούσει. Ο πρωταγωνιστής αυτόχειρας, συμπυκνώνει τρεις κρίσιμες ιδιότητες : 1) Δικαστής, 2) Δήμιος και 3) Θύμα. Η αυτοχειρία δε γίνεται πάντοτε ξαφνικά, ούτε είναι μία τυχαία πράξη, και πολλές φορές, υποκατάστατες και ισοδύναμες της αυτοκτονίας συμπεριφορές υποδηλώνουν το πρόβλημα. Αρνητικές στάσεις, αυτοτραυματισμοί, τοξικομανία, ακόμη και η επικίνδυνη οδήγηση, η ανάληψη μη αναγκαίου ρίσκου, συγκαταλέγονται στη λίστα των προ-μηνυμάτων. Οι αποτυχημένες απόπειρες είναι πολλές, ακόμη και αν δεν τις βλέπουμε.

Η αυτοκτονία συνιστά διαχρονικό πολιτιστικό φαινόμενο, που αυξομειώνεται σε συνάρτηση με διάφορους κοινωνικούς παράγοντες, αυτό όμως δεν σημαίνει ότι δεν αποτελεί ατομική επιλογή με βαθύτατη υπαρξιακή διάσταση. Από την αυτοκτονία - σύμπτωμα, στην αυτοκτονία - σύνδρομο το πέρασμα είναι συνήθως ανεπαίσθητο, κάτι σαν <<το άγγιγμα της μοίρας>>. Επειδή πρέπει να μπούμε μέσα στο υπαρξιακό φαινόμενο και όχι να το κοιτάμε απο έξω, στη φάση αυτή, είναι εντιμότερο απο μέρους μας να πάψουμε να κοινοποιούμε επιχειρήματα μετάνοιας και να σεβαστούμε την επιθυμία των σκληρών και επιτυχημένων ανθρώπων της επιστήμης, της διάνοιας, της πολιτικής.

Σύμφωνα με τις αρχές του φιλελεύθερου πολιτισμού υπάρχει η αρχή της ελεύθερης αυτοδιάθεσης, με βάση την οποία, πρακτικές όπως η τιμωρία και οι περιορισμοί δεν συμβάλουν στην αντιμετώπιση του φαινομένου. Η ζωή συνεπώς συνιστά ατομικό δικαίωμα και όχι κοινωνική υποχρέωση. Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα στον αυτοκαθορισμό και στην αυτοκαταστροφή. Το σύνταγμα περιλαμβάνει άρθρο που αφορά στο δικαίωμα του ανθρώπου στο θάνατο ως ιδιαίτερη επιλογή του δικαιώματος της προσωπικότητας. Η αυτοκτονία ως αυτοπροσβολή με ταυτόχρονη ταύτιση του υποκειμένου και του αντικειμένου της προσβολής είναι νόμιμη με την προϋπόθεση ότι ο αυτόχειρας έχει απόλυτη συνείδηση των πεπερασμένων και δεν υποκινείται από κάποιον τρίτο. Ο απόλυτος χαρακτήρας προστασίας της ανθρώπινης ζωής δε σημαίνει και απεριόριστη προστασία αφού δεν

μπορεί να αμφισβητηθεί η εξουσία της διάθεσης του ατομικού έννομου αγαθού από τον φορέα.

Αυτό είναι και το ακραίο όριο του ποινικού συστήματος για τις αυτοκαταστροφικές πράξεις που δεν αφορούν έτερον. Αυτό είναι και το κρίσιμο σημείο όπου ο σεβασμός δίνει εξετάσεις αντοχής. Σεβασμός όμως που αφορά μόνο το θάνατο ή και την απεικόνισή του. Εδώ ερχόμαστε σε ένα σύγχρονο φαινόμενο. Βλέπουμε συνεχώς στην τηλεόραση αυτόχειρες σαν τηλεοπτικό θέαμα, όπου ο ψυχικός σεβασμός μιας πράξης τελικά καταλήγει να γίνεται πέντε λεπτά δημοσιότητας. Βλέπουμε ψηφιακές συνταγές αυτοκτονίας στο διαδίκτυο. Είχαμε ευθανασία μπροστά στο φακό της τηλεόρασης και στην Αγγλία και στην Αμερική όπου τηλεοπτικά δίκτυα απεικόνισαν τις τελευταίες στιγμές ενός ανθρώπου. Έχουμε reality show στη Βρετανία όπου τρία εκατομμύρια τηλεθεατές παρακολουθούσαν το παιχνίδι της ρώσικης ρουλέτας, ζωντανά στην τηλεόραση. Είχαμε δημόσιους αποκεφαλισμούς και εκτελέσεις κατά τις οποίες η αμερικανική γνώμη διχάστηκε για το κατά πόσο η εκτέλεση ενός ανθρώπου θα μπορούσε να μεταδοθεί ζωντανά.

Έτσι λοιπόν έχουμε ένα θέμα παρουσίασης μέσω της τηλεόρασης της αυτοκτονίας με ακραίες αντιτιθέμενες απόψεις: από τη μία υπάρχουν υποστηρικτές της άποψης ότι μια μετάδοση με τέτοιου είδους περιεχόμενο δεν προκαλεί την κοινή γνώμη. Από την άλλη είναι εκείνοι οι οποίοι υποστηρίζουν πως πράγματι υπάρχει επιρροή του κοινού διεγείροντας τον ψυχικό κόσμο του θεατή. Η δύναμη της εικόνας στη μεταφορά μηνυμάτων είναι σημαντική.

Συνεπώς η προστασία της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και του δικαιώματος στο θάνατο σημαίνει και την προστασία του ατόμου από τη δημόσια έκθεση. Δικαίωμα στη ζωή σημαίνει και ελευθερία διάθεσης της ζωής, δηλαδή αποδοχή της νομιμοποίησης της αυτοκτονίας και της ευθανασίας. Απο το δικαίωμα στη ζωή περάσαμε στο δικαίωμα στον καλύτερο θάνατο. Στο δικαίωμα στο θάνατο χωρίς νομικούς καταναγκασμούς. Η αυτοκτονία δεν είναι μόνο σύμπτωμα γενικής κρίσης, συνιστά και μία υποδήλωση της ελευθερίας, που πρέπει να γίνει σεβαστή (είτε συμφωνούμε είτε όχι). Ούτε η κοινωνία είναι διατεθειμένη να χωρέσει σε κάθε άνθρωπο, ούτε κάθε άνθρωπος είναι διατεθειμένος να χωρέσει σε κάθε κοινωνία. Είναι ζητήματα επιλογής. Ο άνθρωπος εξακολουθεί να παραμένει ένα μυστήριο για τον ίδιο τον άνθρωπο, τόσο στη ζωή όσο και στο θάνατο. Όσο και να προχωρά η επιστήμη, ο άνθρωπος παραμένει ένα μυστήριο. Σας εύχαριστω.

ΕΙΣΗΓΗΣΗ 4^η

« ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ»
ΘΕΟΔΩΡΟΣ ΜΟΥΓΙΑΚΟΣ, ΕΠΙΑΤΡΟΣ, ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ,
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, 414 ΣΝΕΝ.

Ο Αίαντας ο Σαλαμίνιος, μετά την πανουργία του Οδυσσέα πού πήρε τα όπλα του νεκρού Αχιλλέα, που δικαιωματικά ανήκαν στον Αίαντα, (ως τον πιο γενναίο απο τους Αχαιούς), παραφρόνησε καί αυτοκτόνησε. Θα λέγαμε λοιπόν οτι αυτή είναι απο τις πρώτες καταγεγραμμένες αυτοκτονίες στο στρατό. Με βάση αυτό θα ήθελα να συζητήσουμε το μετά την αυτοκτονία, γιατί δυστυχώς η αυτοκτονία δεν τελειώνει με την αυτοχειρία, έχει άμμεση επίδραση στο περιβάλλον. Θα δούμε λοιπόν την αυτοκτονία ως κρίση.

Αν προσπαθούσαμε να προσδιορίσουμε την κρίση, αυτή είναι η υποκειμενική εμπειρία απώλειας του ελέγχου, με συνοδή αβοηθητότητα και αδυναμία προσαρμογής. Και ορίζοντας την κλινικά, η κρίση είναι μία οξεία συναισθηματική αναστάτωση που οδηγεί σε προσωρινή ανικανότητα προσαρμογής με τους συνήθεις τρόπους επίλυσης προβλημάτων.

Αν δούμε πάρα πολύ συνοπτικά τους αιτιολογικούς παράγοντες μιας ψυχολογικής κρίσης, αυτοί είναι οι πολιτισμικοί (υπαρξιακοί) που σε προσωπικό επίπεδο έχουν να κάνουν με την ανεξαρτησία με τους στόχους ,την ευθύνη, τη δέσμευση κτλ, οι αναπτυξιακοί, π.χ. αποφοίτηση απο το πανεπιστήμιο, αλλαγή καριέρας στη μέση ηλικία, συνταξιοδότηση κτλ. και οι περιστασιακοί, που είναι τα τραυματικά γεγονότα στρες, τα οποία μπορεί να είναι προσωπικά πιο γενικά, μια καταστροφή, μια πυρκαγιά, ένα ναυάγιο.

Τα πραγματικά γεγονότα στρές, περιλαμβάνουν πάρα πολύ και απροσδόκητο στρές. Το στρές είναι όρος της φυσικής και είναι η δύναμη που επιδρώντας σε ένα σώμα τείνει να το παραμορφώσει.

Έτσι, κατά τους ψυχολόγους, στρές είναι κάθε παράγοντας σωματικός ή ψυχολογικός που απειλεί την ισορροπία (ομοιόσταση) του οργανισμού, φυσική και ψυχολογική. Το τραυματικό στρες, (το οποίο δεν είναι κάτι συνηθισμένο, αντίθετα είναι πολύ έξω από την συνηθισμένη εμπειρία, είναι πολύ απροσδόκητο, συνοδεύει καταστάσεις που η υποκειμενική τους αντίληψη είναι πάρα πολύ δυσάρεστη.

Τέτοια είναι,

1) ο πόλεμος, η μάχη όπου έχει πάρει πολλά ονόματα όπως το στρές των οβίδων κτλ.

2) η προσωπική επίθεση,

3) η απαγωγή, η ομηρία,

4) η τρομοκρατική επίθεση,

5) τα βασανιστήρια,

6) οι φυσικές καταστροφές, τα ναυάγια,

7) τα εγκαύματα,

8) η σεξουαλική επίθεση, η κακοποίηση, ο βιασμός,

9) τα τροχαία ατυχήματα,

10) η αυτοκτονία, με την έννοια του να είναι κάποιος αυτόπτης μάρτυρας.

Η ελληνική πραγματικότητα είναι γεμάτη από τέτοιου είδους τραυματικά γεγονότα όπως ήταν π.χ. το ναυάγιο του ΣΑΜΙΝΑ, ο σεισμός της Καλαμάτας, οι πλημμύρες στην Καρδίτσα και οι πυρκαγιές στην Ηλεία φέτος το καλοκαίρι.

Θα σας περιγράψω ένα περιστατικό κρίσης το οποίο αντιμετώπισα πρόσφατα και το οποίο θα χρησιμεύσει στην παρουσίαση μας. Το ιστορικό αφορά μια αυτοκτονία η οποία έλαβε χώρα σε ένα νησί του ανατολικού Αιγαίου, σε μια μονάδα εκστρατίας, την άνοιξη του 2006. Ως προς τις συνθήκες, επρόκειτο για μια απροειδοποίητη, απροσδόκητη, βίαιη, τετελεσμένη αυτοκτονία με πυροβόλο όπλο. Αυτόχειρας ήταν ένας στρατιώτης πολύ καλός, και με καμία διαγεγνωσμένη ένδειξη ψυχοπαθολογίας και μάρτυρες ήταν οι συνάδελφοι

στρατιώτες και κάποια στελέχη. Το περίεργο ήταν ότι η αυτοκτονία έγινε μετά από άδεια, κατά την διάρκεια της σκοπιάς και συγκεκριμένα 5 λεπτά πριν αλλαχθεί από τον επόμενο συνάδελφο. Την στιγμή της τέλεσης της αυτοκτονίας δεν ήταν κανείς άλλος μπροστά. Με τον όρο <<μάρτυρες>> αναφερόμαστε στα άτομα που μετά τον πυροβολισμό έτρεξαν στον χώρο του συμβάντος. Μετά την αυτοκτονία διατάχθηκα να μεταβώ στο νησί για να παρέμβω και να διερευνήσω τις συνθήκες.

Καταρχήν προσπάθησα να κάνω μια όσο το δυνατόν πιο σύντομη και πρόχειρη αξιολόγηση – διάγνωση. Ο διοικητής της μονάδας πέρασε ένα πολύ βαρύ πένθος, δηλαδή ήταν συντετριμμένος σχετικά με το συμβάν. Επίσης και οι αυτόπτες μάρτυρες εμφάνιζαν συμπτώματα οξείας διαταραχής στρές και σχεδόν ήταν στα όρια της κατάθλιψης. Συγκεκριμένα ανάμεσα στα συμπτώματα που κατέγραψα ήταν οι επίμονες αναβιώσεις του τραύματος (ήχοι, εικόνες, μυρωδιές), η έντονη αποφυγή του τραύματος (απέφευγαν να το συζητούν, να πηγαίνουν στον τόπο του συμβάντος), τα έντονα συμπτώματα άγχους και διεγερσιμότητας, η σημαντική ενόχληση και η υπολειτουργικότητα, η αποπραγματοποίηση, η αποπροσωποποίηση και η αίσθηση συναισθηματικού μουδιάσματος.

Οι στόχοι της παρέμβασης στην κρίση ήταν :

- Η ψυχολογική και διοικητική αντιμετώπιση της κρίσης στο περιβάλλον (μονάδα).
- Η συμβουλευτική στο προσωπικό και στον διοικητή.
- Η αποφόρτιση του στρες.
- Η έγκαιρη διάγνωση.
- Η πρόληψη εμφάνισης ψυχοπαθολογίας στα άτομα του περιβάλλοντος.

Θα σας πώ αρχικά μερικά πράγματα σχετικά με το τι δήλωσαν οι στρατιώτες και μετά θα σας πώ πως πραγματοποιήσαμε την παρέμβαση.

Οι κυριότερες γνωσίες που επισημάναμε σχετικά με την αυτοκτονία ήταν :

- «ήταν δικό μου λάθος»,
- «με τις αναβιώσεις θα τρελαθώ»,
- «έχω πάθει ανεπανόρθωτη ζημιά»,
- «πρέπει να το διώξω από το μυαλό μου»,
- «δεν πρέπει να ξαναπάω στο ίδιο μέρος»,
- «πρέπει να απασχοληθώ με κάτι για να μην τρελαθώ»,
- «ο χαρακτήρας μου έχει αλλάξει»,
- «δεν μπορώ να με εμπιστευθώ»,
- «αν δεν εκδηλώσω τα αισθήματά μου, θα χάσω την ψυχραιμία μου»,
- «θα τιμωρηθώ»,
- «είμαι αδύναμος»,
- «ο κόσμος είναι επικίνδυνος».

Τα κύρια συναισθήματα των ανθρώπων που βίωσαν το συμβάν ήταν άγχος, φόβος, ντροπή, ενοχή, θυμός, χαμηλή αυτοεκτίμηση και αίσθημα κατωτερότητας και ανικανότητας. Οι παραπάνω γνωσίες και τα συναισθήματα συνοδεύονταν και από σωματικά συμπτώματα όπως: ταχυπαλμία, ταχυκαρδία, αίσθημα παλμών, εφιδρώσεις, κεφαλαλγία, ζάλη, αίσθημα πνιγμονής, θάμβος όρασης, θόλωση συνείδησης, κόμπος στομάχου, τρόμος χειρών, μούδιασμα, αδυναμία και αστάθεια.

Ως προς την αντιμετώπιση, κάναμε σε 2 ομάδες συμβουλευτική σε διαδοχικές ημέρες με συντονιστή – ψυχίατρο (εμένα) και συνθεραπευτές τους οπλίτες ψυχολόγους της ΟΨΜ. Τα μέλη της κάθε ομάδας ήταν 8 χαμηλόβαθμα στελέχη και στρατιώτες της μονάδας. Ο τρόπος που επιλέχθηκε για την διαχείριση συνοψίζεται στις αρχές της Στρατιωτικής Ψυχιατρικής, στις αρχές της παρέμβασης στην κρίση και στις αρχές αποφόρτισης του stress (CISD /Critical Incident Stress Debriefing) (αρχές αποφόρτιση του στρες).

Οι αρχές της στρατιωτικής ψυχιατρικής περιλαμβάνουν την αμεσότητα, την εγγύτητα, την προσδοκία, την απλότητα, την κεντρικότητα και την συντομία. Οι αρχές της παρέμβασης

στην κρίση περιλαμβάνουν την άμεση παρέμβαση, την σταθεροποίηση, την διευκόλυνση της κατανόησης, τον εστιασμό στην επίλυση του προβλήματος και την ενθάρρυνση της αυτονομίας.

Ο Mitchell το 1983 εισήγαγε την μέθοδο CISD (Critical Incident Stress Debriefing) για την πρόληψη της εγκατάστασης αγχωδών διαταραχών μετά από τραυματικά γεγονότα, η οποία περιλαμβάνει : παροχή ασφάλειας, στήριξης, συζήτηση για το τραύμα, παροχή πληροφοριών, εκπαίδευση, φυσιολογικοποίηση της εμπειρίας, ενθάρρυνση, αποτροπή αποφυγών, αποτροπή χρήσης αλκοόλ ή άλλων ουσιών, αντιμετώπιση αϋπνίας που επιμένει για περισσότερες από 4 ημέρες. Ο συνδυασμός των παραπάνω ήταν που εφαρμόστηκε στο συγκεκριμένο περιστατικό αυτοκτονίας ως παρέμβαση σε κρίση, με σκοπό την προστασία του περιβάλλοντος και των μαρτύρων αυτής.

Σας ευχαριστώ.

Ακολουθώντας τα ίχνη των προηγούμενων ομιλητών, θα προσπαθήσω να αναφερθώ στο σχεδιασμό πρόληψης των αυτοκτονιών. Γνωρίζουμε όλοι και καλούμαστε να απολογηθούμε συχνά για αυτό, και ότι είναι καλύτερα να έχουμε κάνει πολλά πράγματα για να μην έχουμε κακά μαντάτα. Οι παραλείψεις εντοπίζονται εκ των υστέρων. Εννοείται ότι είμαστε λίγο, παρακαλώ να μου επιτρέψετε, <<υπερβολικοί>> με τις επιδιώξεις μας, κύριε πρόεδρε συμφωνώ μαζί σας. Νομίζουμε ότι μπορούμε να τα προβλέψουμε όλα, να τα ρυθμίσουμε όλα. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο της αυτονόητης και πεπερασμένης δυνατότητας συστήματος και ατόμων στο σύστημα δεν πρέπει να είμαστε ούτε αφόριστικοί, ούτε χαρωποί.

Μας απασχολούν συγκεκριμένα ερωτήματα· ο κόσμος γνωρίζει, εμείς γνωρίζουμε, η νέα γενιά επικρίνει, εμείς χρειάζεται να πούμε τα σωστά. Επιπλέον χρειάζεται να βελτιωθούμε σε πολλά.

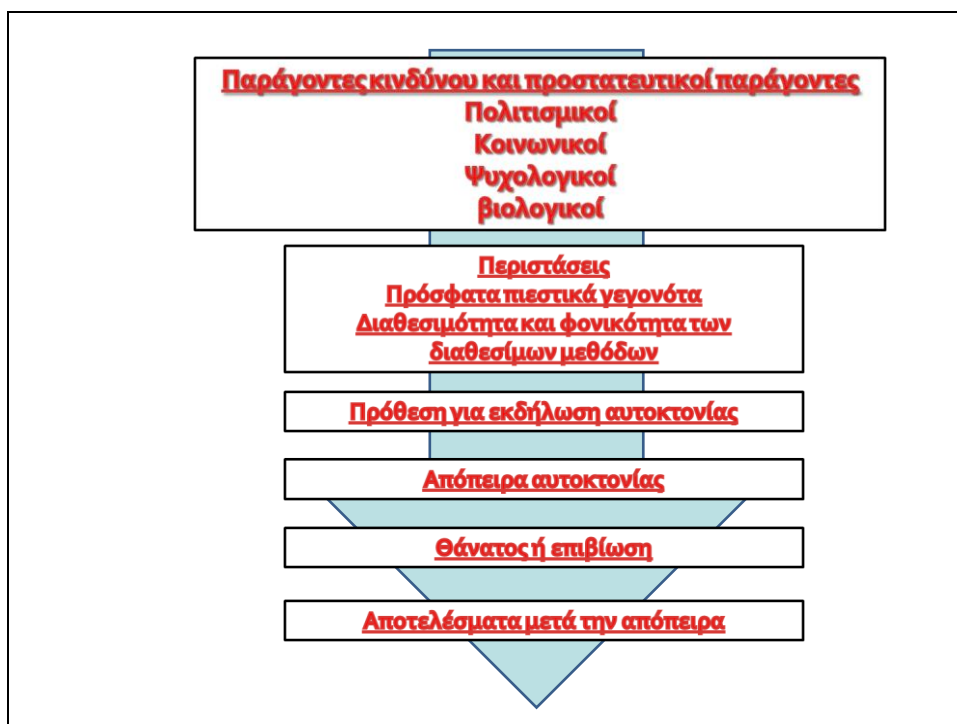
- Έχουμε άραγε πρόβλημα σαν στρατός με τις αυτοκτονίες;
- Μας απασχολεί αυτό το πρόβλημα και έχουμε λάβει δράσεις πρόληψης και αντιμετώπισης;
- Με το φαινόμενο αυτό ασχολούμαστε για να μάθουμε και να καταλάβουμε περισσότερα ή απλώς έχουμε κάποια κλισέ που μπορούμε να τα επαναλαμβάνουμε;
- Είναι δική μας δουλειά, στο στρατό, να υποστηρίξουμε άτομα σε αυτοκτονική κρίση;
- Μήπως θα ήταν πιο λογικό να μην υπάρχουν τέτοια εύθραστα άτομα στο στρατό και αν κάποιος αντιμετωπίζει κάποια έκτακτη ακραία δυσκολία να παραπέμπεται στις κατάλληλες δομές της πολιτείας;
- Άν μπορούσαμε να αποκλείαμε από την αρχή αυτούς που έχουν κίνδυνο να αυτοκτονήσουν, πόσο αποστειρωμένοι θα γινόμασταν και πόσο παράλογοι επίσης;
- Μα θα ήταν ποτέ δυνατόν να προβλέψουμε εμείς με ασφάλεια την εξέλιξη της ανθρώπινης συμπεριφοράς τη στιγμή που κανένας στο κόσμο δεν το έχει καταφέρει; Ισχύουν κάποιες φήμες ότι ο στρατός κάνει τα παιδιά να αυτοκτονούν;
- Άν διαθέσουμε προσωπικό, χώρο, χρήμα, εξοπλισμό, και κάνουμε “project” για την αντιμετώπιση και την πρόληψη των αυτοκτονιών στο στρατό τι θα γίνει; τι θα κερδίσουμε και τι θα χάσουμε;
- Δεν θέλουμε να γίνονται αυτοκτονίες στο στρατό. Αν γνωρίζαμε τι να προσέξουμε, ποιούς να φροντίσουμε περισσότερο, τι να αποφεύγουμε, ώστε να μην έχουμε αυτοκτονίες στο στρατό, θα είμασταν ικανοποιημένοι;

Μεγαλύτερη ικανοποίηση θα ήταν αν υπήρχε και αποτέλεσμα, αν οι επιλογές μας ήταν σίγουρες. Στήν επιστήμη ξέρετε, οι απόψεις αλλάζουν και κινούμαστε με βάση την τρέχουσα γνώση και άποψη, κάνουμε υποθέσεις εργασίας, σχεδιάζουμε να προστατευόμαστε από τους γνωστούς κινδύνους και να προσαρμόζουμε την υγιεινή μας ανάλογα με την γνώση. Δεν συνηθίζουμε να κάνουμε ακτιβισμό.

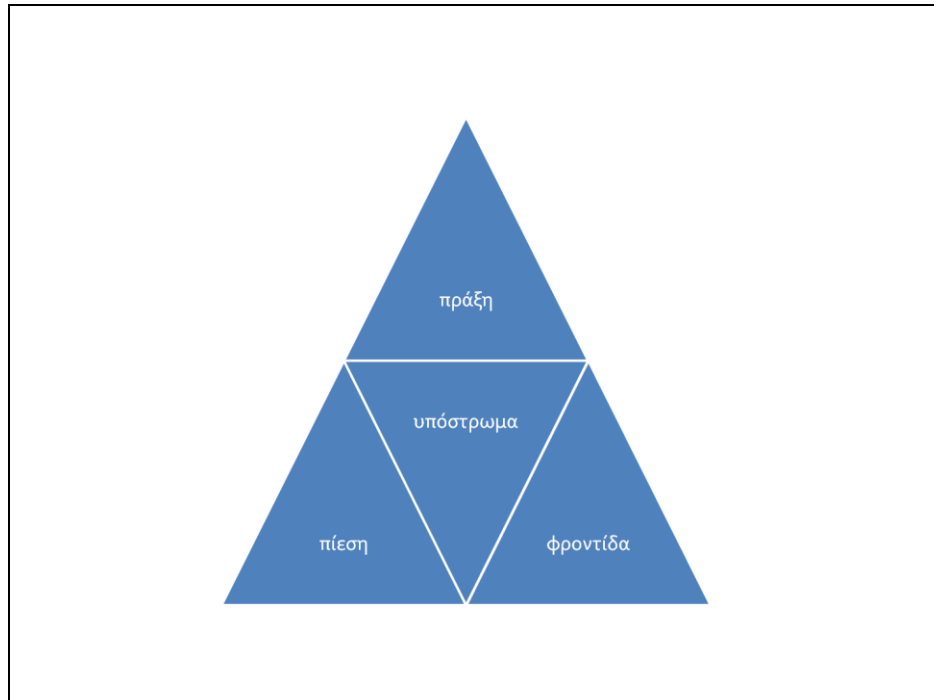
Μας ενδιαφέρει η πρόληψη

- Γνώση πιθανών παραγόντων κινδύνων
- Προτεραιότητες ανάλογα με τις δυνατότητες
- Υποθέσεις εργασίας
- Οριοθέτηση δυνατοτήτων και σκοπιμότητας εμπλοκής σε δράσεις
- Σχεδίαση κόστους οφέλους για δράση
- Πρόβλεψη για δυνατότητα πρακτικής αξιολόγησης δράσεων πρόληψης

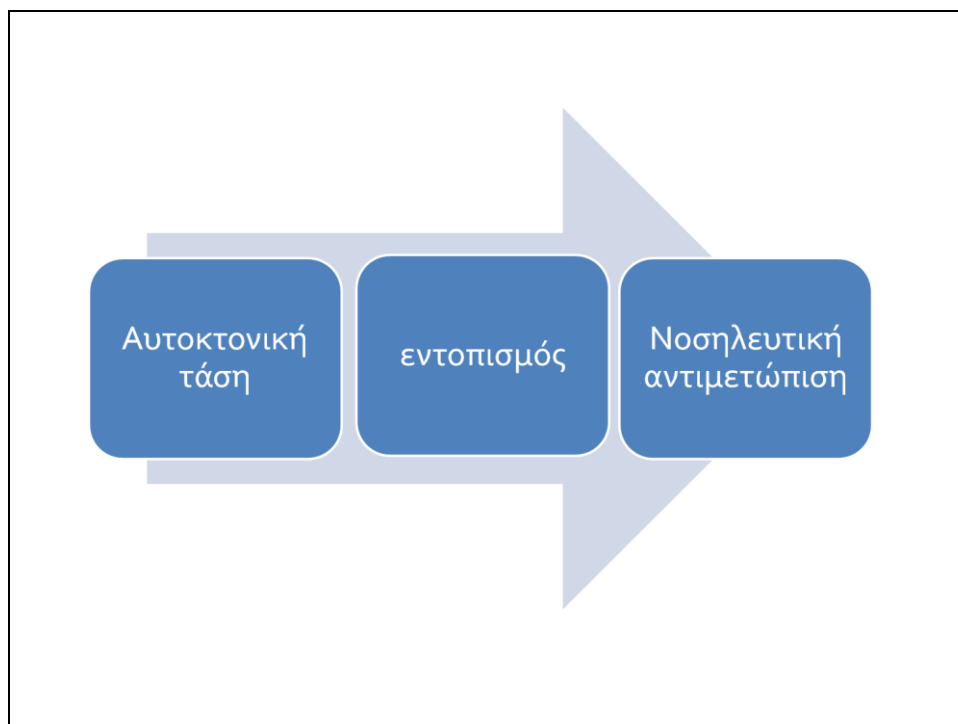
Πρέπει να ξέρουμε τι περιμένουμε από ένα σχέδιο δράσης πριν το εφαρμόσουμε, πόσο θα μας κοστίσει, αν νομιμοποιούμαστε να το εφαρμόσουμε και σίγουρα η επίβλεψη του σχεδίου χρειάζεται να είναι αυστηρή. Στα πλαίσια του στρατού, η επαφή με το προσωπικό είναι επιβεβλημένη, προβλεπόμενη και η φροντίδα είναι υποχρεωτική. Το προσωπικό έχει τις ιδιαιτερότητες του, έχουμε όπλα, γιατί ο ρόλος μας το επιβάλλει αυτό και φροντίζουμε αυτοί που μπορούν να τα χειριστούν να τα χειρίζονται υπό συνθήκες ασφαλείας.



Αν στην κορυφή της πυραμίδας που βλέπετε βρίσκεται η αυτοκτονική πράξη, στο κέντρο της βρίσκεται το ευάλωτο υπόστρωμα του ατόμου και στην βάση της η πίεση που το άτομο νιώθει και η φροντίδα που αυτό παίρνει. Το ιδανικό θα ήταν αν κάποιος θέλει να αυτοκτονήσει να εντοπίζεται και να δέχεται την φροντίδα που χρειάζεται για να μην αυτοκτονήσει.



Για τα προβλήματα των ένστολων εφαρμόζουμε αντίστοιχες πρακτικές, όπως οι πολίτες συνάδελφοι μας για τους μη ένστολους. Έχουμε την νοσηλεία, την ανάρρωση και την επιστροφή στα καθήκοντα τους, όταν γίνουν καλά.



Αυτά που θα πούμε για τις στρατηγικές πρόληψης προσπαθήσαμε να είναι απλά και όχι προερχόμενα από χαμηλού κύρους πειραματικές μελέτες. Εκτός από τις θέσεις του παγκόσμιου οργανισμού υγείας, επικαλούμαστε και δικά μας στοιχεία από την νοσηλευτική εμπειρία τα τελευταία δύο χρόνια.

Σημεία κλειδιά για ένα ολοκληρωμένο σύστημα πρόληψης αυτοκτονιών		
Τρόπος παρέμβασης	προσανατολισμός των προγραμμάτων	είδος υπηρεσίας
Προσέγγιση ατόμων με κίνδυνο να κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας	έρευνα, υπολογισμός και προγράμματα αναφοράς	πρωτοβάθμια περίθαλψη
	προγράμματα στήριξης συντρόφων	σχολεία
εκπαίδευση των ατόμων που βρίσκονται σε σημεία κλειδιά* ώστε να αναγνωρίζουν τις αυτοκτονικές συμπεριφορές	εκπαίδευση κρίσιμων ειδικοτήτων	σχολεία
		κοινότητα
		σύστημα υγείας
Αποτελεσματική απάντηση σ' αυτούς που βρίσκονται σε αυτοκτονική κρίση και σ' αυτούς που είχαν κάνει παλαιότερα απόπειρα αυτοκτονίας	Θεραπεία σε κρίση	σύστημα ψυχικής υγείας
	τηλεφωνικές γραμμές για την κρίση	
ειδικές υπηρεσίες στους επιζήσαντες της απόπειρας αυτοκτονίας	ψυχιατρική θεραπεία	σύστημα ψυχικής υγείας
		κοινωνική υποστήριξη
υποστήριξη στις οικογένειες και τα αγαπημένα πρόσωπα των ατόμων που αυτοκτόνησαν	προγράμματα υποστήριξης στις αυτοκτονίες	εταιρείες ιατρικής φροντίδας και ψυχιατρικές εταιρείες
		ομάδες στήριξης στην κοινότητα
Εκπαίδευση της κοινωνίας για το πρόβλημα της αυτοκτονίας και τις στρατηγικές πρόληψης	εκπαίδευση στην κοινωνία	όλη η κοινωνία
	περιορισμός πρόσβασης σε επικίνδυνα μέσα	
* Σημείωση: Τα προγράμματα για άτομα σε σημεία κλειδιά είναι εκπαιδευτικά και σχεδιάστηκαν να βοηθούν τους πολίτες να αναγνωρίζουν αυτούς που σχεδιάζουν να αυτοκτονήσουν και να τους παραπέμπουν στους ειδικούς για βοήθεια		

Ας δούμε τώρα ποιες στρατηγικές δράσης θεωρούνται σημαντικές για ένα καλό σύστημα πρόληψης αυτοκτονιών στην κοινότητα. Βλέπουμε τα είδη παρεμβάσεων που ειδικότερα αποσκοπεί καθεμία από αυτές τις παρεμβάσεις και ποιοί είναι αυτοί που χρειάζεται να ασχοληθούν για να έχουν επιτυχία οι παρεμβάσεις αυτές.

1) Να πλησιάσουμε αυτούς που κινδυνεύουν να αυτοκτονήσουν, να γίνει πρώτα έρευνα για να ξέρουμε γιατί μιλάμε. Να παρέχουμε προγράμματα υποστήριξης ανθρώπων του περιβάλλοντος των αυτοκτονικών, να έχουμε το κατάλληλο σύστημα καταγραφής και υπολογισμού των στοιχείων (και σε αυτό να βοηθήσει η πρωτοβάθμια μονάδα φροντίδας στα σχολεία).

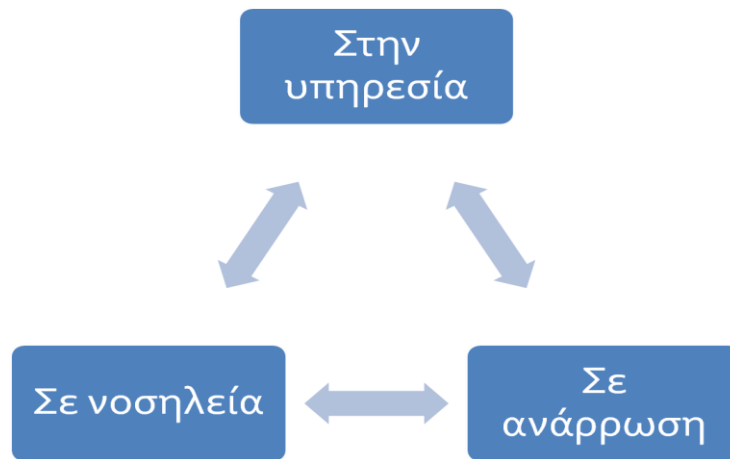
2) Να ξεχωρίσουμε άτομα που πιθανόν να καταλαβαίνουν πιο πολλά πράγματα για τις αυτοκτονίες, να τα εκπαιδεύουμε να αναγνωρίζουν τον κίνδυνο και να παραπέμπουν κατάλληλα τα μέλη. Αυτό να γίνεται στα σχολεία, στο σύστημα υγείας και στην κοινότητα.

3) Να ανακουφίζουμε αυτούς που θέλουν να αυτοκτονήσουν ή έχουν κάνει παλιότερα απόπειρα, να τους βοηθάμε να αντιμετωπίσουν την κρίση, να τους έχουμε τηλέφωνα για βοήθεια (και αυτό να γίνεται από το σύστημα ψυχικής υγείας).

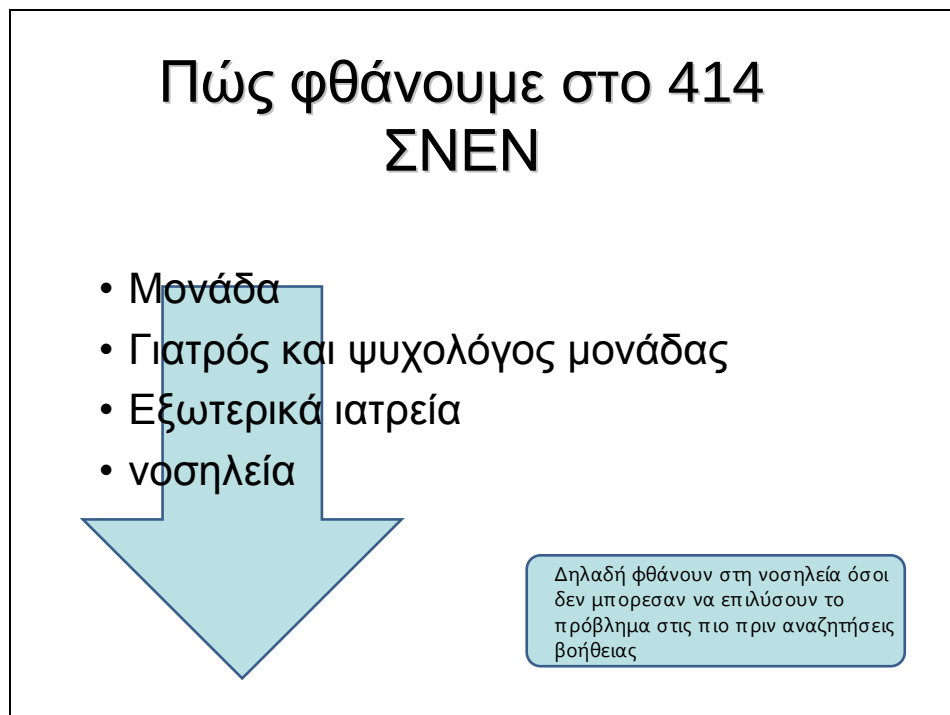
4) Να κάνουμε ψυχιατρική θεραπεία σε αυτούς που έζησαν μετά από απόπειρα αυτοκτονίας και αυτό να γίνεται από το σύστημα ψυχικής υγείας με βοήθεια από την κοινότητα.

5) Να υποστηρίζουμε τα αγαπημένα άτομα αυτών που αυτοκτόνησαν με ειδικά προγράμματα υποστήριξης και αυτό να γίνεται από τις εταιρίες ιατρικής φροντίδας, τις ψυχιατρικές εταιρίες καθώς και τις ομάδες στήριξης στην κοινότητα.

6) Να μάθει η κοινωνία τις αυτοκτονίες και τις στρατηγικές πρόληψης μέσα από κατάλληλη εκπαίδευση καθώς και με περιορισμό πρόσβασης σε επικίνδυνα μέσα.

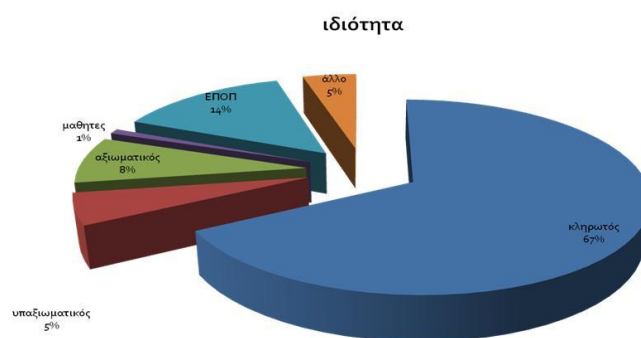


Καταλήγοντας στα δικά μας, όποιος υπηρετεί στον στρατό μόνιμος ή κληρωτός φτάνει σε μας, για νοσηλεία, όταν δεν μπορεί να επιλύσει τα προβλήματα ψυχικής υγείας που αντιμετωπίζει στο επίπεδο της μονάδας, δηλαδή με τον γιατρό της μονάδας, τον ψυχολόγο της μονάδας, την τηλεφωνική γραμμή SOS (αν την χρησιμοποίησε) ή τα εξωτερικά ιατρεία της ψυχιατρικής (αν τα επισκέφτηκε).

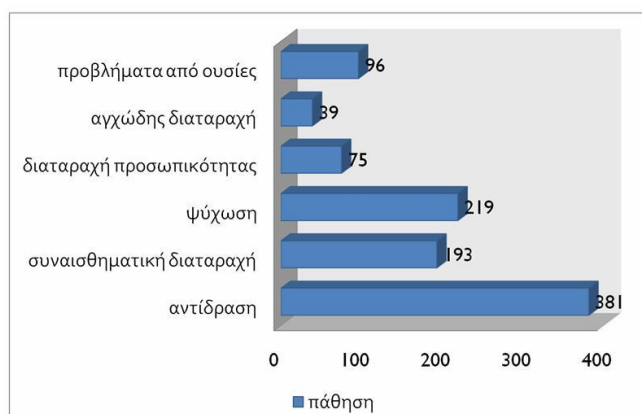


Τα τελευταία δύο χρόνια νοσηλέψαμε 1028 ανθρώπους στο 414 ΣΝΕΝ όπως και στην ψυχιατρική κλινική: κληρωτούς, μόνιμους, ΕΠΟΠ και λοιπούς δικαιούχους. Μελετήσαμε τους φακέλους εκ των υστέρων και εστιάσαμε την προσοχή μας σε ορισμένα στοιχεία:

Δύο χρόνια νοσηλείες στο 414 ΣΝΕΝ



Αιτία εισαγωγής στο νοσοκομείο;

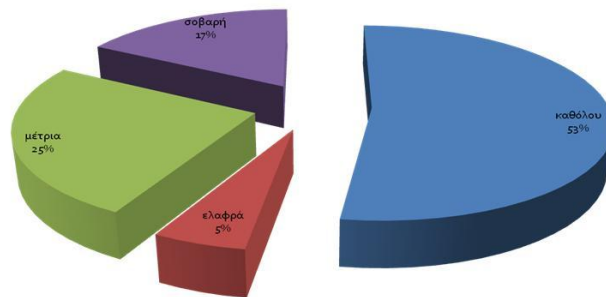


Είχαν πιεστεί από το στρατό;



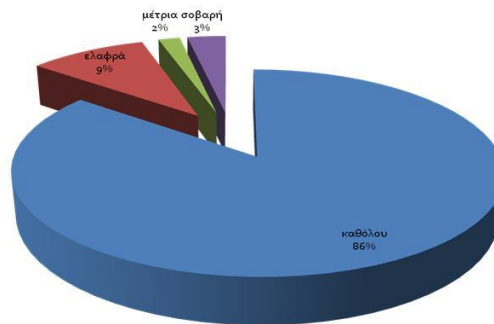
Είχαν πιεστεί από την οικογένεια;

αναφέρουν πίεση από περιβάλλον



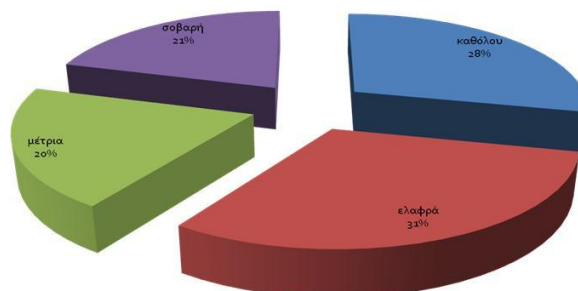
Είχαν τάση να αυτοκτονήσουν;

εκδήλωσαν αυτοκτονικότητα



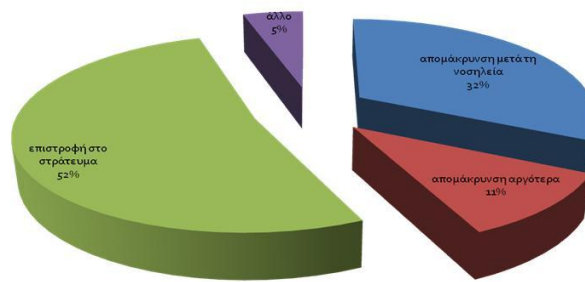
Ήταν βίαιοι και επιθετικοί;

εκδήλωσαν διαταραχή συμπεριφοράς



Τι τους κάναμε μετά;

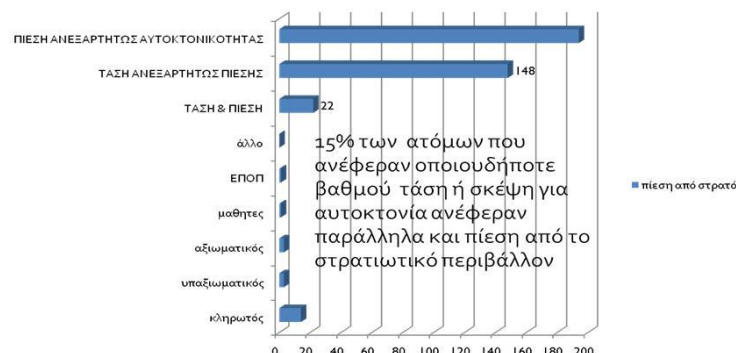
τύχη νοσηλευθέντων



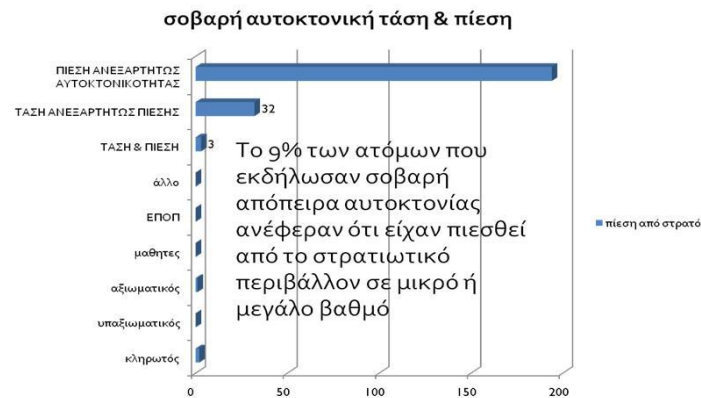
Οι πιο πολλοί δεν ανέφεραν πίεση απο το στρατιωτικό περιβάλλον· αναφερόμαστε πάντα σε νοσηλευθέντες (δηλαδή με προβλήματα ψυχικής υγείας κύριας μορφής). Ανάμεσα σε αυτούς και αυτούς που εκδήλωσαν τάσεις αυτοκτονίας: Πολλοί λιγότεροι ήταν αυτοί που δεν ανέφεραν πίεση απο το οικογενειακό τους περιβάλλον και το κοινωνικό τους περιβάλλον. Οι περισσότεροι δεν ανέφεραν τάσεις ή σκέψεις αυτοκτονίας, το 50% είχαν κάνει απόπειρα, 2% μόλις τους πρόλαβαν πριν την κάνουν, και το 3% είχαν τέτοιες σκέψεις. Το ¼ περίπου απο τους νοσηλευθέντες ήταν ήσυχοι και συνεργάσιμοι στην διάρκεια της νοσηλείας τους. Το ¼ ήταν στα λόγια εναντιωματικοί, το άλλο ¼ ήταν σε λόγια και πράξεις εναντιωματικοί και το υπόλοιπο ¼ ήταν πλήρως μη συνεργάσιμο και επικίνδυνοι για απρόβλεπτη συμπεριφορά. Οι πιο πολλοί νοσηλεύτηκαν για ιάσιμο ψυχιατρικό πρόβλημα, δηλαδή αντίδραση προσαρμογής· ενώ δεν έλειψαν και τα προβλήματα όλης της γκάμας της ψυχοπαθολογίας όπως βλέπετε και στη διαφάνεια. Τους μισούς από αυτούς τους νοσηλεύσαμε στο 414, και στη συνέχεια τους επανεντάξαμε στη μονάδα τους, ενώ το 43% αργά ή γρήγορα τους οδηγήσαμε μακριά από το στράτευμα.

Ο στρατός οδηγεί στην αυτοκτονία;

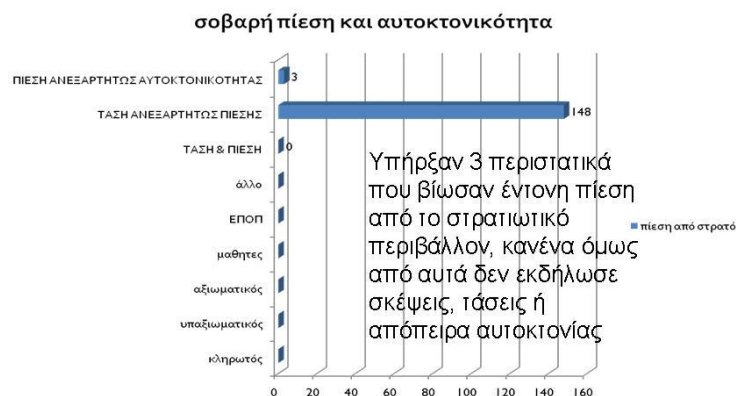
αυτοκτονική τάση & πίεση



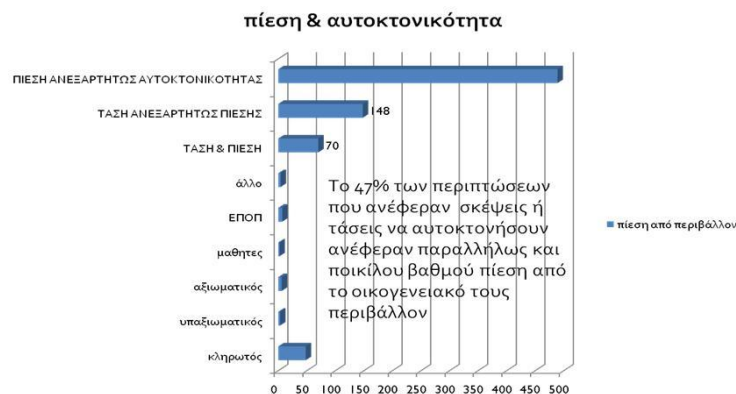
Σχετίζεται η σοβαρή αυτοκτονική τάση με την πίεση από το στρατό;



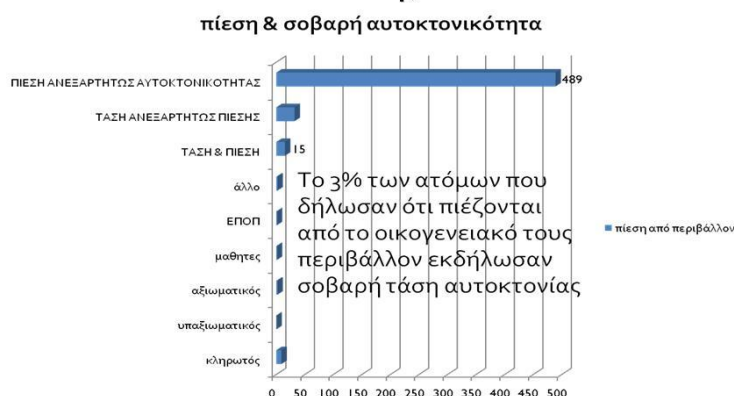
Το καψόνι οδηγεί στην αυτοκτονία;



Η οικογένεια οδηγεί στην αυτοκτονία;

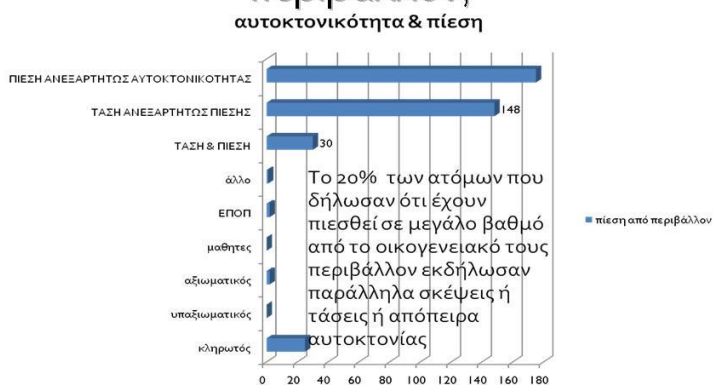


Σχετίζεται η πίεση από το οικογενειακό περιβάλλον με την σοβαρή αυτοκτονική τάση;



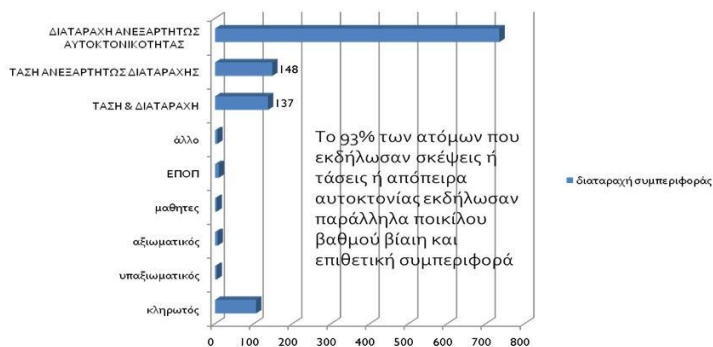
Ξεχωρίσαμε αυτούς που ανέφεραν οποιουδήποτε βαθμού τάσεις ή σκέψεις αυτοκτονίας. Το 15% από αυτούς ανέφεραν παράλληλα και οποιαδήποτε μορφή πίεσης του στρατιωτικού περιβάλλοντος. Βλέπετε το 15% σε αντιπαράθεση με το 19% επί των των νοσηλευθέντων, δηλαδή αυτοί που σκεφτόταν την αυτοκτονία ήταν λιγότερο ή περίπου το ίδιο πιεσμένοι από το στρατιωτικό περιβάλλον σε σχέση με όλους που νοσηλεύσαμε. Ξεχωρίσαμε αυτούς που έκαναν σοβαρή απόπειρα αυτοκτονίας και μόνο το 9% αυτών που ανέφερε οποιουδήποτε βαθμού πίεση από το στρατιωτικό περιβάλλον. Βλέπετε το 9% σε αντιπαράθεση με το 15% επί των φυσικών αυτοκτονικών· δεν ξέρω αν είναι προφανές, αλλά βλέπω όσο σοβαρεύουν τα πράγματα απομακρυνόμαστε από τη συσχέτιση πίεσης του στράτου από την αυτοκτονική τάση.

Η αυτοκτονική τάση σχετίζεται με σοβαρή πίεση από το οικογενειακό περιβάλλον;



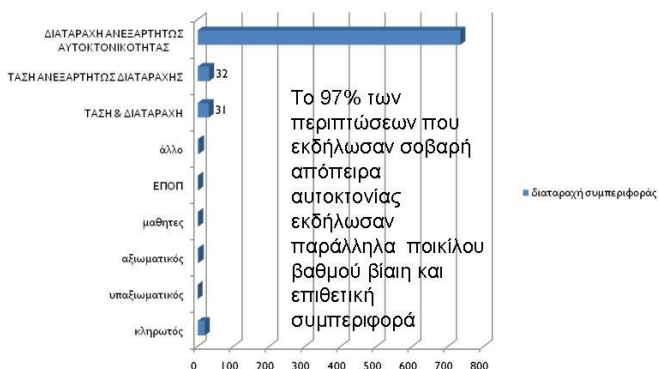
Σχετίζεται η αυτοκτονική τάση με την βίαιη και επιθετική συμπεριφορά;

αυτοκτονικότητα & διαταραχή



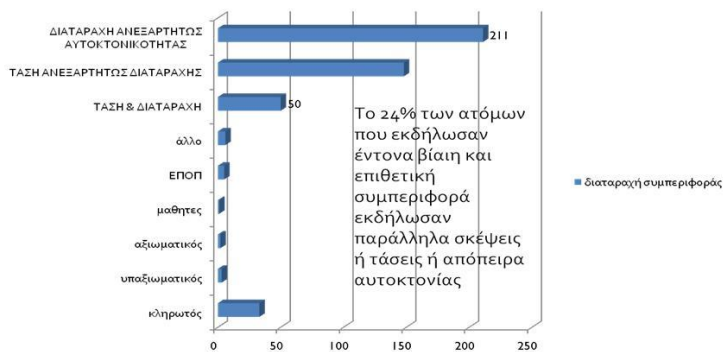
Σχετίζεται η σοβαρή αυτοκτονική τάση με την βίαιη και επιθετική συμπεριφορά;

σοβαρή τάση & διαταραχή

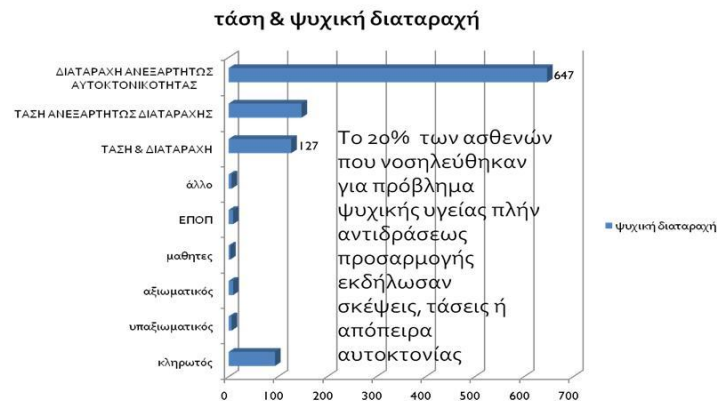


Σχετίζεται η σοβαρά διαταραγμένη συμπεριφορά με την αυτοκτονική τάση;

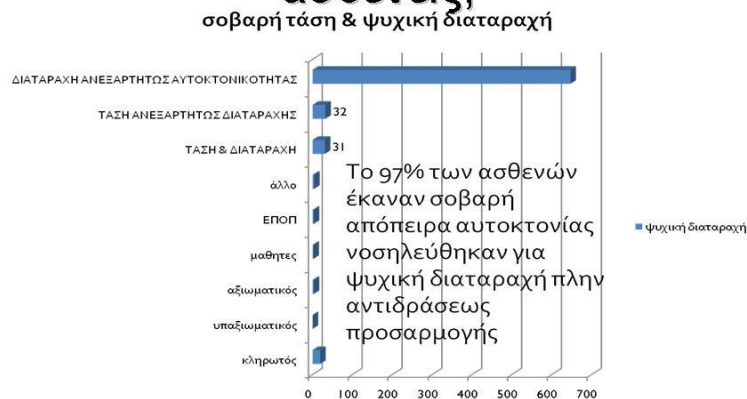
σοβαρή διαταραχή & τάση



Αυτοί που αυτοκτονούν είναι ασθενείς;

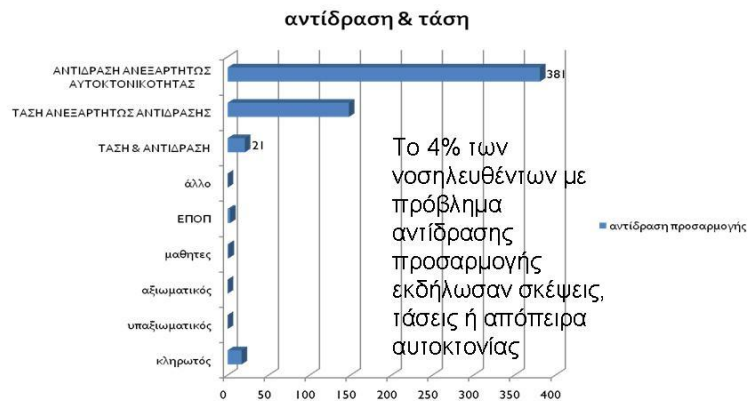


Αυτοί που εκδηλώνουν σοβαρή αυτοκτονική τάση είναι ψυχικά ασθενείς;

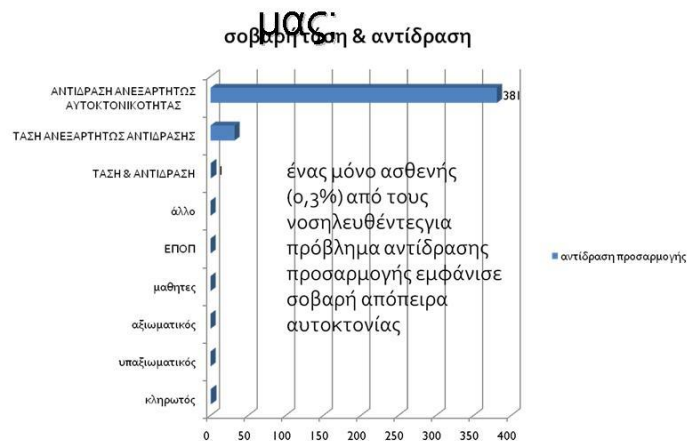


Ξεχωρίσαμε τα περιστατικά που μας ανέφεραν ακραία πίεση απο τον στράτο τρία όλα και όλα,για γκρίνια μεγάλη για την συμπεριφορά των άλλων, δεν ξέρω πόσο βάσιμη ήταν, κανένα από αυτά δεν εκδήλωσε τάση ή σκέψη αυτοκτονίας. Από την ομάδα που ανέφεραν τάση αυτοκτονίας οι μισοί περίπου ανέφεραν παράλληλα και πίεση από το οικογενειακό τους περιβάλλον, 32% περισσότεροι από αυτούς πουμίλαγαν για πίεση από τον στρατό δηλαδή. Ξεχωρίσαμε αυτούς που ανέφεραν ποικίλου βαθμού πίεση απο το οικογενειακό τους περιβάλλον, μόνο το 3% εκδήλωσαν σοβαρή απόπειρα αυτοκτονίας, όσοι δηλαδή είναι στον κανόνα των νοσηλευθέντων. Ξεχωρίσαμε αυτούς που ανέφεραν μεγάλο βαθμό πίεσης απο την οικογένεια δηλαδή απώλεια γονέων, να δουλεύουν για να στηρίζουν την οικογένεια κτλ.Το 20% από αυτούς εκδήλωσε ποικίλου βαθμού σκέψεις και τάσεις αυτοκτονίας, αντίστοιχα κανέναν δεν αυτοκτονούσε για μεγάλη πίεση απο τον στρατό. Από την ομάδα των ατόμων με ποικίλου βαθμού τάσεις ή σκέψεις αυτοκτονίας οι περισσότεροι είχαν ποικίλου βαθμού διαταραγμένη συμπεριφορά. Όταν αναφερόμαστε σε σοβαρές απόπειρες αυτοκτονίας σκεφτόμαστε, όλοι έχουν διαταραγμένη συμπεριφορά. Αντίστροφα από αυτούς που εκδήλωσαν σοβαρά διαταραγμένη συμπεριφορά,το ¼ εκδήλωσε ποικίλου βαθμού σκέψεις ή τάσεις αυτοκτονίας.

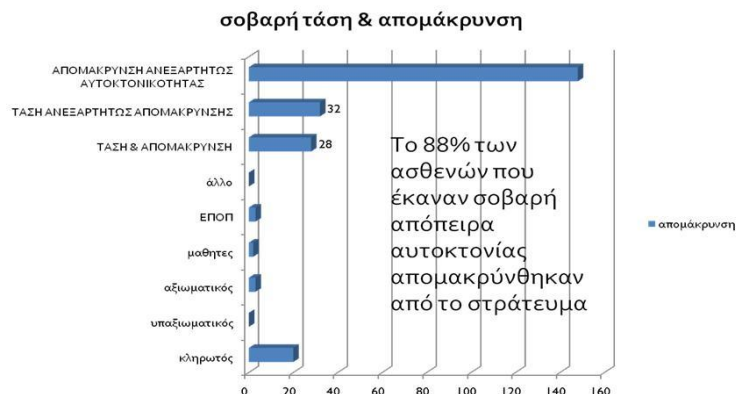
Αυτοκτονεί κανείς επειδή τον πειράξανε ή επειδή κουράσθηκε;



Η σοβαρή αυτοκτονική τάση έχει καμιά σχέση με τις φυσιολογικές αντιδράσεις μας;



Διατηρούμε στο στρατό αυτούς που θέλουν να αυτοκτονήσουν;



Ας δούμε μόνο τους νοσηλευθέντες για ψυχική διαταραχή επί αντιδράσεως προσαρμογής, το 1/5 από αυτούς εκδήλωσε ποικίλου βαθμού σκέψεις ή τάσεις αυτοκτονίας.

Αντίστροφα, σχεδόν όλες οι απόπειρες αυτοκτονίας συνοδεύονταν από διάγνωση ψυχικής διαταραχής πλην αντιδράσεως προσαρμογής. Απομονώνοντας τις αντιδράσεις προσαρμογής από αυτούς, μόνο το 4% εκδήλωσε τάσεις ή σκέψεις αυτοκτονίας ποικίλου βαθμού. Από τις σοβαρές απόπειρες αυτοκτονίας μόνο ένας είχε διάγνωση αντίδρασης προσαρμογής, ελάχιστο ποσοστό. Από τα παραπάνω, μάλλον φαίνεται ότι οι αντιδράσεις προσαρμογής δεν οδηγούν στην αυτοκτονία. Το 88% που εκδήλωσαν σοβαρή απόπειρα αυτοκτονίας απομακρύνθηκαν από τον στρατό. Οι υπόλοιποι ήταν οι λοιποί δικαιούχοι, δεν είχαν σχέση με το στρατό.

Συνοψίζοντας τη δράση μας:

1) Προσεγγίζουμε με την ψυχοκοινωνική μέριμνα όλους και ιδιαίτερα αυτούς που έχουν δυσκολίες.

2) Εκπαιδεύουμε τους ψυχολόγους στο 414 πριν πάνε στις μονάδες και κάθε χρόνο κάνουμε συντονιστική ημερίδα, όπως η σημερινή. Στις παραγωγικές σχολές γίνονται μαθήματα για τα συνιθισμένα ψυχολογικά προβλήματα, (η αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης χρειάζεται να εκτιμηθεί).

3) Όσοι εκδηλώνουν δυσκολία αμέσως τους εντοπίζουμε και τους παραπέμπουμε αρμοδίως. Υπάρχει και η δυνατότητα χρήσης της Τηλεφωνικής Γραμμής Άμεσης Βοήθειας.

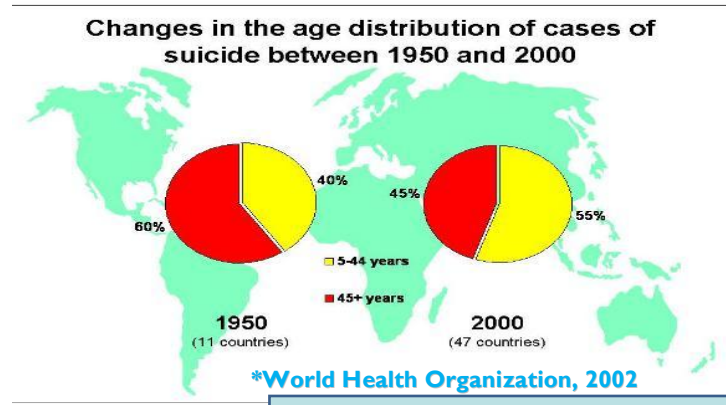
4) Αυτούς που κάνουν απόπειρα τους νοσηλεύουμε για να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα τους.

5) Με τις οικογένειες αυτών που αυτοκτόνησαν δεν ασχολούμαστε τόσο μέχρι σήμερα· κάποιες κινήσεις γίνονται τα τελευταία χρόνια (όχι τόσο οργανωμένα).

6) Σε ό,τι αφορά την ευαισθητοποίηση της κοινωνίας δεν είμαστε αρμόδιοι αλλά ελπίζουμε ότι η σημερινή ημερίδα θα συμβάλει σε αυτό.

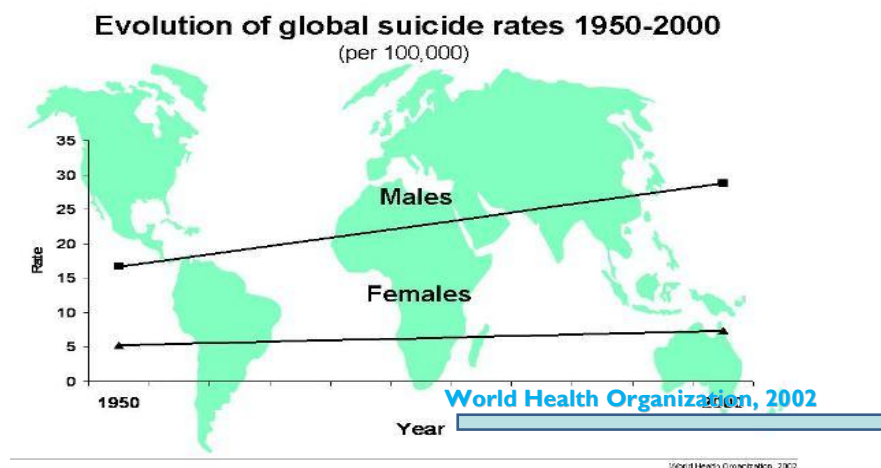
Μέσα σε 50 χρόνια οι αυτοκτονίες των νέων αυξήθηκαν κατά 15 %. Βελτιώθηκαν βέβαια και τα συστήματα καταγραφής αυτών καθώς και αυξήθηκαν οι χώρες που δίνουν στοιχεία και μάλιστα στο ίδιο διάστημα φαίνεται ότι αυξήθηκαν πολύ οι αυτοκτονίες των ανδρών σε σχέση με τις γυναίκες. Όπως βλέπετε στο σχήμα, οι νέοι άνθρωποι κάνουν πολύ περισσότερες απόπειρες από τις πετυχημένες αυτοκτονίες και όταν μεγαλώνουν είναι πιο αποφασιστικοί. Ο κάτω κύκλος που βλέπετε έχει λιγότερο σοβαρές απόπειρες και αφορούν τους νέους και κυρίως τα κορίτσια. Ο πάνω κύκλος περιέχει τις σοβαρές απόπειρες και αφορά τους μεγάλους και κυρίως τους άνδρες. Βλέπετε εδώ πως αυξάνονται οι αυτοκτονίες στο πέρασμα της ηλικίας, απαξιώνεται η ζωή καθώς μεγαλώνουν. Στην κίτρινη σκιά βλέπετε αριθμό θανάτων από αυτοκτονία ανά ηλικία. Στην μαύρη γραμμή βλέπετε ποσοστό αυτοκτονιών.

Μέσα σε 50 χρόνια οι αυτοκτονίες των νέων αυξήθηκαν παγκοσμίως κατά 15%*



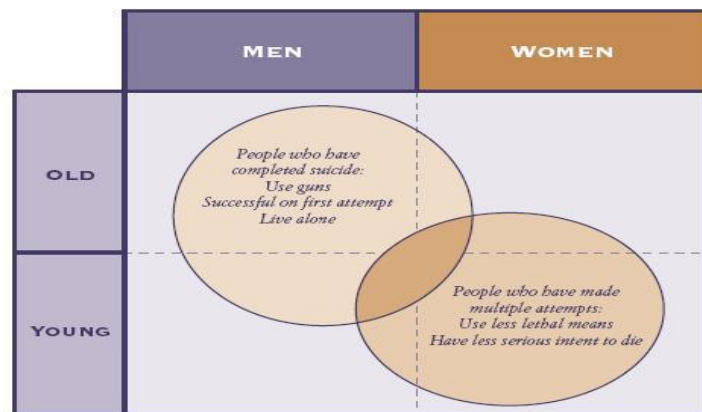
Οι μεγάλες ηλικίες έχουν λιγότερες αυτοκτονίες αλλά μεγαλύτερο ποσοστό επιτυχημένων αυτοκτονιών. Την περασμένη χρονιά δημιουργήθηκε μια μελέτη για τις αυτοκτονίες απο το Γενικό Επιτελείο. Μας μιλά για ποσοστά λίγο πιο μεγάλα απο τις ίδιες ηλικίες στον γενικό πληθυσμό. Και οι άλλοι στρατοί σε έρευνες παρουσιάζουν ανάλογα στατιστικά στοιχεία.

Μέσα σε 50 χρόνια οι άνδρες έγιναν πολύ πιο ευάλωτοι από τις γυναίκες



Οι απόπειρες αυτοκτονίας στους νέους είναι πολύ περισσότερες από τις πετυχημένες αυτοκτονίες

Relationship of Attempted Suicide to Completed Suicide



Source: Adapted from Maris, et al, 2001

Η ημερίδα αυτή προτείνει να είμαστε αυστηρότεροι στην επιλογή που κάνουμε για να αποκλείουμε από τον στρατό αυτούς που έχουν πρόβλημα.



Κρίνεται αναγκαίο να παγιωθεί ειδική εκπαίδευση για την αυτοκτονία και να γίνει ο στρατός πιο επικοινωνιακός για να μην τον κατηγορούν άδικα οι εξωτερικοί παράγοντες. Χρειάζεται να γίνει προσπάθεια σύσφιξης σχέσεων των οικογενειών και του προσωπικού για να μη υπάρχει απομόνωση αλλά και κίνδυνος για αυτοκτονία. Μιας και γίνεται αυτή η αυτοκριτική να δούμε πως φτάσαμε να μιλάμε σήμερα για στρατηγικές πρόληψης.

Το ιστορικό μιας προσπάθειας...

Emile Durkheim (1858-1917)

- ίδρυμα για την επιστημονική έρευνα για την αυτοκτονία (1958) Edwin Shneidman, Norman Farberow, Robert Litman
- κέντρα παρέμβασης σε κρίση (1965)
- Μονάδα Έρευνας Αυτοκτονιών
- Εθνική στρατηγική για την πρόληψη των αυτοκτονιών (NSSP)
- Αμερικάνικη Ένωση Αυτοκτονιολογίας
- Αμερικάνικο Ίδρυμα για την Πρόληψη των Αυτοκτονιών
- Κέντρα για τον Έλεγχο και την Πρόληψη των Νόσων (CDC) καθιέρωσαν μια μονάδα πρόληψης βίας (1983) προκάλεσε την δημόσια προσοχή σε μια ενοχλητική αύξηση των ποσοστών αυτοκτονίας στους νέους
- ανασκοπήσεις ερευνών και οι οδηγίες από υπουργείο υγείας (1989)
- Prevention of Suicide: Guidelines for the Formulation and Implementation of National Strategies (UN/WHO, 1996)
- δίκτυο βοήθειας πρόληψης των αυτοκτονιών (SPAN USA)
- αναγνώριση από το Κογκρέσο ότι η αυτοκτονία είναι ένα εθνικό πρόβλημα και η πρόληψη αυτών αναδείχθηκε σαν εθνική προτεραιότητα
- εθνικό συνέδριο για την πρόληψη των αυτοκτονιών (Reno, Nevada, 1998)
- πρόσκληση για δράση για πρόληψη των αυτοκτονιών (1999)
- αρχή της επαγρύπνησης για την πρόληψη των αυτοκτονιών και τις παρεμβάσεις (AIM)
- Ομάδα Εθνικής Στρατηγικής και Παρέμβασης στην κοινότητα (FSG) (2000)
- PREVENTING SUICIDE, A RESOURCE FOR PRIMARY HEALTH CARE WORKERS, World Health Organization, Geneva, 2000
- NATIONAL STRATEGY FOR SUICIDE PREVENTION: **GOALS AND OBJECTIVES FOR ACTION** 2001 (USA)
- MULTISITE INTERVENTION STUDY ON SUICIDAL BEHAVIOURS – SUPRE-MISS (2002 WHO)

Την πρώτη ιδέα την έβαλε τον προπερασμένο αιώνα ο κοινωνιολόγος Emile Durkheim (1858-1917) μιλώντας κυρίως για παράγοντες πρόληψης της αυτοκτονίας. Στα μέσα του περασμένου αιώνα ιδρύθηκε στην Αμερική ένα ίδρυμα για την επιστημονική μελέτη της αυτοκτονίας. Ακολούθησε δέκα χρόνια μετά η ίδρυση κέντρων παρέμβασης για άτομα που βρίσκονται σε κρίση και μονάδες έρευνας αυτοκτονιών για δημιουργία εθνικής στρατηγική πρόληψης των αυτοκτονιών.

Είκοσι χρόνια μετά, ανακοινώθηκαν κάποια δυσάρεστα στατιστικά που αναφέρονταν σε αύξηση της αυτοκτονικότητας. Ακολούθησε επεξεργασία των υπαρχόντων στοιχείων απο τις Αμερικανικές αρχές και έκδοση διεξοδικών οδηγιών.

Πέντε χρόνια μετά, το θέμα μπήκε στα ενωμένα έθνη και ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας εξέδωσε οδηγίες για σύνταξη εθνικών στρατηγικών οδηγιών για την πρόληψη και αντιμετώπιση της αυτοκτονίας. Εν τω μεταξύ, στην Αμερική αναπτυσσόταν κίνημα για την πρόληψη των αυτοκτονιών. Αυτό το θέμα αναγνωρίστηκε σαν εθνική προτεραιότητα ακολούθησαν οι διαφορές που βλέπετε αδρά στην χώρα αυτή. Το 2000 ο οργανισμός υγείας εξέδωσε οδηγίες για τους πρωτοβάθμιους λειτουργούς υγείας, δηλαδή αυτούς που βλέπουν τον άνθρωπο που έχει προβλήματα από πρώτο χέρι με σκοπό να βοηθήσουν περισσότερο στην πρόληψη.

Τις οδηγίες αυτές τις προσαρμόσαμε στα Ελληνικά σε ειδικό φυλλάδιο που θα βρείτε μέσα στο υλικό της ημερίδας. Το 2001 στην Αμερική εκδόθηκαν συγκεκριμένοι στόχοι για δράση σχετικά με την πρόληψη των αυτοκτονιών. Παράλληλως η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας ερευνά και δίνει οδηγίες κυρίως για έγκυρη ανίχνευση για την αντιμετώπιση των αυτοκτονικών δεικτών.

Σας ευχαριστώ για την προσοχή σας.



ΣΥΝΕΔΡΙΑ II: «Μαζική Βία»

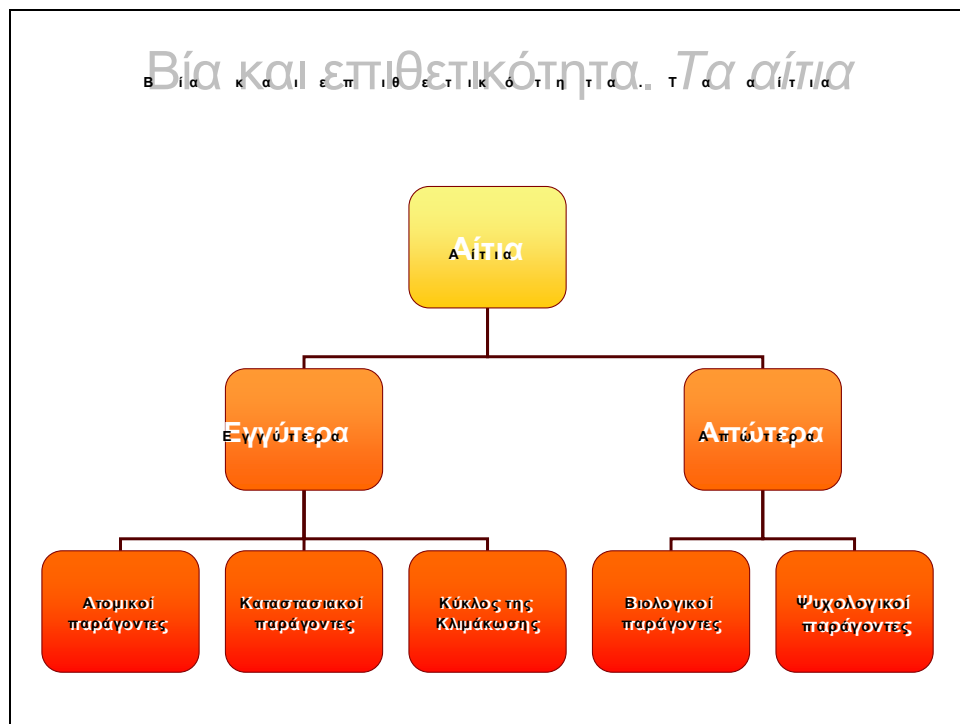
ΠΡΟΕΔΡΕΙΟ:

Μπεργιαννάκη Δερμιτζάκη Ιωάννα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχιατρικής
Πανεπιστημίου Αθηνών

Κωφίδης Νικόλαος, Γενικός Αρχίατρος, Ψυχίατρος, Διευθυντής Ψυχιατρικής
Κλινικής 424 ΓΣΝΕ

Το δικό μου θέμα αποτελεί μία γέφυρα ανάμεσα στην πρώτη και τη δεύτερη συνεδρία. Θα προσπαθήσουμε να περάσουμε από το θέμα των αυτοκτονιών, στη βία και την επιθετική συμπεριφορά. Καταρχήν η επιθετικότητα είναι κάτι το οποίο αντιμετωπίζουμε καθημερινά στο σχολείο, στην τηλεόραση, με τους χούλιγκανς κ.ο.κ. Για να σας δώσω ένα μέγεθος, γιατί πολλές φορές θεωρούμε ότι εφόσον δεν είμαστε αυτόπτες μάρτυρες σε κάτι, δεν υφίσταται, στην Αμερική σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία του FBI για την δεκαετία του 1990 υπολογίστηκε ότι κάθε 24 λεπτά πραγματοποιείται μια ανθρωποκτονία, κάθε 5 λεπτά ένας βιασμός, κάθε 24 δευτερόλεπτα μια ληστεία και κάθε 5 δευτερόλεπτα μια χειροδικία.

Η επιθετικότητα ορίζεται ως η εκούσια συμπεριφορά του θύτη με σκοπό την πρόκληση βλάβης στο θύμα, το οποίο με τη σειρά του είναι κινητοποιημένο ώστε να την αποφύγει. Η επιθετικότητα διακρίνεται σε συναισθηματική έναντι χρηστικής, πρωτογενή έναντι αντιδραστικής και σκεπτόμενη έναντι απερισκεπτής.



Τα αίτια της επιθετικότητας μπορούν να διακριθούν σε εγγύτερα και σε απώτερα. Στα εγγύτερα αίτια περιλαμβάνονται οι ατομικές διαφορές (γνωστικές παραμορφώσεις, στάσεις και πεποιθήσεις για την επιθετικότητα, το φύλο κτλ, οι περιστασιακοί παράγοντες (ματαίωση, ανταμοιβές και οφέλη, αρνητικά ερεθίσματα, χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών, άρση αυτορρυθμιστικών αναστολών και ο κύκλος της κλιμάκωσης). Το τελευταίο που θα έπρεπε να πούμε για τους παράγοντες αυτούς είναι το ότι όλοι έχουμε βιώσει αρνητικά γεγονότα στη ζωή μας, είτε σαν αυτόπτες μάρτυρες είτε σαν θύματα, και έχουμε φτάσει σε ένα σημείο που να έχουμε απομνημονεύσει αυτά τα γεγονότα και αυτά να λειτουργούν με έναν αυτοματοποιημένο τρόπο και να υπάγουν συναισθήματα και συμπεριφορές.

Είναι γνωστό ότι τη θέα του όπλου την έχουμε συνδέσει με την εγκληματικότητα και τη βία. Αυτό το μελέτησαν οι Leonard & Berkowitz και μίλησαν για το 'weapon effect', το αποτέλεσμα στη θέα του όπλου. Είναι επίσης γνωστό ότι η τηλεόραση και οι ταινίες, όπως

το 'Κουρδιστό Πορτοκάλι' όπου πρόκειται για μια πολύ βιαίη ταινία, έχουν μια τέτοια επίδραση στο να χαρακτηρίζουν ακόμα και ολόκληρες γενιές. Όσον αφορά κάποιους άλλους περιστασιακούς παράγοντες τις <<ευκαιρίες και τις δυνατότητες>>, αυτό έχει να κάνει με το που είμαστε και που βρισκόμαστε, π.χ σε ένα εκκλησιαστικό περιβάλλον είναι πιο δύσκολο να έχουμε περιστατικά βίας καθώς δεν το επιτρέπουν ούτε οι κανόνες ούτε και οι νόρμες, σε αντίθεση με το να βρισκόμαστε σε ένα μπάρ.

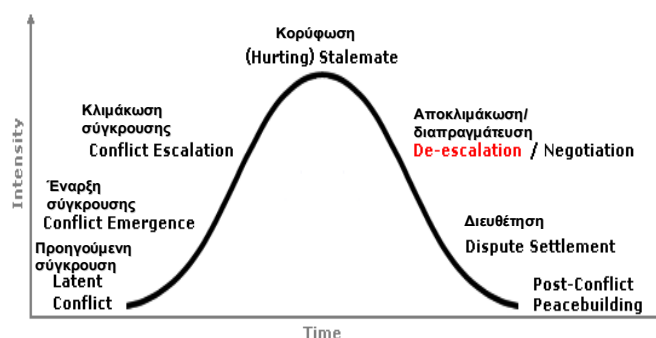
Βία και επιθετικότητα. Αίτια. Προκλήσεις και αντοχή στη ματαίωση

- Συνήθως οι πιο βίαιες ενέργειες αποτέλεσμα πρόκλησης
- Dollard (1939): «*επιθετικότητα= συνέπεια προηγούμενης ματαίωσης & κάθε ματαίωση οδηγεί σε επιθετικότητα*».
- Η «συγνώμη» και η αιτιολόγηση της ματαίωσης αμβλύνουν τις επιπτώσεις.

Ένα τελευταίο είναι η αυτορυθμιστικοί παράγοντες που συνήθως αναστέλονται. Είναι γεγονός ότι όλοι έχουμε μέσα μας ένα γενικό <<διευθυντήριο>>, το Υπερεγώ, το οποίο μας κάνει να μην εκδηλώνουμε τέτοιου είδους ακραίες συμπεριφορές και το αν θα εκδηλώσουμε μια ακραία συμπεριφορά έχει να κάνει με το τι σχέση έχουμε με τον εαυτό μας, αν τον εκτιμάμε, και πόσο εύκολα μας επηρεάζουν οι προκλήσεις ή οι προσβολές των άλλων. Από μία μεριά, όλοι είμαστε ικανοί για το χειρότερο, όλοι μπορούμε να επιδείξουμε μια κακή συμπεριφορά, να γίνουμε βίαιοι κάποια στιγμή.

Ένα τελευταίο είναι ο κύκλος της κλιμάκωσης· οτιδήποτε δεν ξεκινάει από μόνο του. Έχουν προηγηθεί κάποιες διαδικασίες, κάποιες αφυπνίσεις, που κορυφώνονται σε κάποιο σημείο έντασης και αν δεν έχουμε κάποια ανθρωποκτονία αποκλιμακώνονται και ούτω καθεξής.

Βία και επιθετικότητα. Αίτια. Ο κύκλος της κλιμάκωσης.



Τα απώτερα αίτια της επιθετικότητας θα μπορούσε κάποιος να τα αποδώσει σε βιολογικούς παράγοντες (γενετικοί παράγοντες και κληρονομικότητα), όμως δεν έχουμε ανεπτυγμένες επιστημονικές τεχνικές, έτσι, ώστε να μπορούμε να βρούμε ένα γονίδιο υπεύθυνο για την επιθετικότητα, και αυτό που κάνουμε μέχρι τώρα είναι να συσχετίζουμε τη συμπεριφορά ενός επιθετικού τύπου με το οικογενειακό του περιβάλλον και να υποθέτουμε ότι έχει μία επιβάρυνση γενετικού τύπου.

Οι γονιδιακοί μηχανισμοί επηρεάζουν την επιθετικότητα γιατί μπορούν να επηρεάσουν σημαντικές παραμέτρους της προσωπικότητας, όπως είναι η νοημοσύνη, δηλαδή ένας άνθρωπος με χαμηλή νοημοσύνη είναι πιο εκτεθειμένος σε ματαιώσεις και απογοητεύσεις και το πιο πιθανό είναι να γίνει πιο επιθετικός, το ίδιο και ένας άνθρωπος με μειωμένες συναισθηματικές αναστολές.

Οι ψυχολογικοί παράγοντες είναι αυτοί που κυρίως ευθύνονται για την επιθετικότητα, και υιοθετούν διάφορα σχήματα σαν σενάρια που επαναλαμβάνονται διαρκώς στη ζωή μας. Ένας σημαντικός παράγοντας είναι η μάθηση από το οικογενειακό περιβάλλον. Μια άλλη αιτία είναι η κοινωνία η ίδια, ο κοινωνικός εξοστρακισμός με όλα όσα τον συνοδεύουν, απόρριψη, ματαίωση, απογοήτευση από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, η αποβολή του από το κυρίως σώμα της κοινωνίας και η ενταξή του σε έναν άλλο κύκλο από άτομα που ομοίως έχουν απορριφθεί, με κοινωνικά απόκληρους που μπορεί να συσχετιστούν με τη σχολική βία μέχρι και το σχηματισμό συμμοριών.

Αυτό το οποίο πρέπει να μας ενδιαφέρει είναι η πρόληψη, και η εξάλειψη προτύπων που είναι συνδεδεμένα με τη βία. Τρόποι για την αντιμετώπιση είναι η ενίσχυση δραστηριοτήτων όπως το σχολείο, η ενίσχυση του προγενετικού ελέγχου και η μάθηση των παιδιών ότι η βία και η επιθετικότητα σε γενικότερα πλαίσια, όχι μόνο δεν είναι αποδεκτή αλλά και τιμωρείται.

Εδώ και 70 χρόνια θεωρούμε ότι κάθε μορφή επιθετικότητας προκύπτει από μια ματαίωση. Η ματαίωση σχετίζεται – οδηγεί σε 2 μορφές συμπεριφοράς – γνωστικής λειτουργίας. Ο άνθρωπος που βιώνει ματαίωση π.χ. ένας υφιστάμενος που περιμένει μια προαγωγή την οποία του στερεί ο προϊστάμενος του, συνήθως ή συγχωρεί αυτόν που του την προκάλεσε ή προσπαθεί να την αποδώσει σε χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του (είναι αυστηρός, είναι άδικος κ.ο.κ.).

Ένας ακόμη παράγοντας που επηρεάζει την επιθετικότητα είναι τα προσδοκόμενα οφέλη, δηλαδή οι αμοιβές που περιμένει ότι θα λάβει κάποιος ως συνέπεια των πράξεων του. Κλασσικό παράδειγμα σε αυτήν την περίπτωση είναι ο πληρωμένος δολοφόνος, ο οποίος έχει κανονίσει την ενεργειά του, γνωρίζει ότι θα λάβει κάποια χρήματα και μολονότι δεν έχει καμία συναισθηματική εμπλοκή με το θύμα του, εντούτοις προβαίνει σε εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς εναντίον του.

Ένας σύγχρονος παράγοντας είναι η τηλεοπτική βία, η οποία μπορεί να ωθήσει σε επιθετική συμπεριφορά τον θεατή. Έχει παρατηρηθεί ότι η τηλεοπτική βία ωθεί σε βία όταν ο δράστης επιβραβεύεται στο έργο για αυτήν του τη συμπεριφορά. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η τηλεοπτική σειρά «24 ώρες» στην οποία ένας πολύ βίαιος κεντρικός ήρωας «ανταμείβεται» στο τέλος κάθε κύκλου επεισοδίων για την βίαιη συμπεριφορά του.

Ένας άλλος παράγοντας εκδήλωσης επιθετικής συμπεριφοράς είναι τα αρνητικά γεγονότα – εμπειρίες. Όλοι γνωρίζουμε ότι η ζέστη, η κίνηση στους δρόμους, ο θόρυβος, αυξάνουν την τάση για επιθετική συμπεριφορά ειδικά όταν συνδέονται με κάποιον συγκεκριμένο συνανθρωπό μας (π.χ. υπαίτιος για τον θόρυβο είναι ο γείτονας μας). Σε αυτήν την περίπτωση προσωποποιείται το ερέθισμα της οργής και εστιάζεται στον συγκεκριμένο υπαίτιο η εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς.

Άλλος παράγοντας επιθετικότητας είναι η χρήση τοξικών ουσιών, αλκοόλ και ναρκωτικών, καθώς και αναβολικών ή ενισχυτικών απόδοσης σε αθλητικές δραστηριότητες, ψυχοδιεγερτικών, ψυχοτρόπων ή και κατευναστικών βοηθημάτων επειδή τα παραπάνω καταστέλλουν τους μηχανισμούς άμυνας μας και μπορούν να μας ωθήσουν σε παρορμητική συμπεριφορά.

Τελευταίος από τους βασικούς παράγοντες επιθετικότητας είναι η μεμαθημένη συμπεριφορά – η εμπειρία. Όλοι μας έχουμε κατά περιόδους γίνει μάρτυρες επιθετικών συμπεριφορών ή και αποδέκτες τους, με συνέπεια να έχουμε ενσωματώσει ασυνείδητα μέσα μας συμπεριφορές και συναισθήματα τα οποία ανασύρονται με αυτοματοποιημένο τρόπο, όταν τα ερεθίσματα το επιβάλλουν. Είναι π.χ. γνωστό ότι όλοι μας την θέα του όπλου την έχουμε συνδέσει με την επιθετικότητα και την βία. Σε μια έρευνα τους οι Leonard & Berkowitz (1967) μίλησαν για το *weapon effect* (την επίδραση του όπλου), δηλαδή για το πώς η θέαση και μόνο ενός όπλου εγείρει αντιδράσεις επιθετικότητας. Συγκεκριμένα χρησιμοποίησαν 2 ομάδες συμμετεχόντων στις οποίες, στην μεν πρώτη έδειξαν μια εικόνα όπλου με γραμμένη από κάτω την λέξη «όπλο» και στην δευτερη δεν έδειξαν τίποτα. Στην συνέχεια υπέβαλλαν και τις 2 ομάδες σε μια κατάσταση πρόκλησης – προσβολής. Τα μέλη της ομάδας που είχαν δει το όπλο είχαν πολύ περισσότερες και πιο έντονες επιθετικές αντιδράσεις από ότι τα μέλη της 2^{ης} ομάδας. Πολλές φορές μάλιστα, συγκεκριμένες ταινίες που περιλαμβάνουν εικόνες – χρήση όπλων έχουν σημαδεύσει τις αντιδράσεις και την εκδήλωση επιθετικότητας μιας ολόκληρης γενιάς.

Η επιθετική συμπεριφορά πολλές φορές εμφανίζεται και ως αποτέλεσμα του πλαισίου μέσα στο οποίο δραστηριοποιείται το άτομο. Δηλαδή, μέσα σε μια εκκλησία είναι απίθανο κάποιος να ωθηθεί σε επιθετική συμπεριφορά, αντιθέτως μέσα σε ένα μπαρ είναι πολύ πιθανό κάποιος να εκδηλώσει τέτοια συμπεριφορά.

Τέλος η επιθετική συμπεριφορά εξαρτάται από ηθικούς παράγοντες δηλαδή από το σύστημα αξιών μας, το σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή και την εικόνα που θέλουμε να προβάλλουμε σχετικά με τον εαυτό μας. Βέβαια, δεδομένων των συνθηκών, όλοι μας είμαστε ικανοί για το καλύτερο και το χειρότερο και όλοι μας μπορούμε να επιδείξουμε επιθετική συμπεριφορά ανεξάρτητα από το αξιακό μας σύστημα.

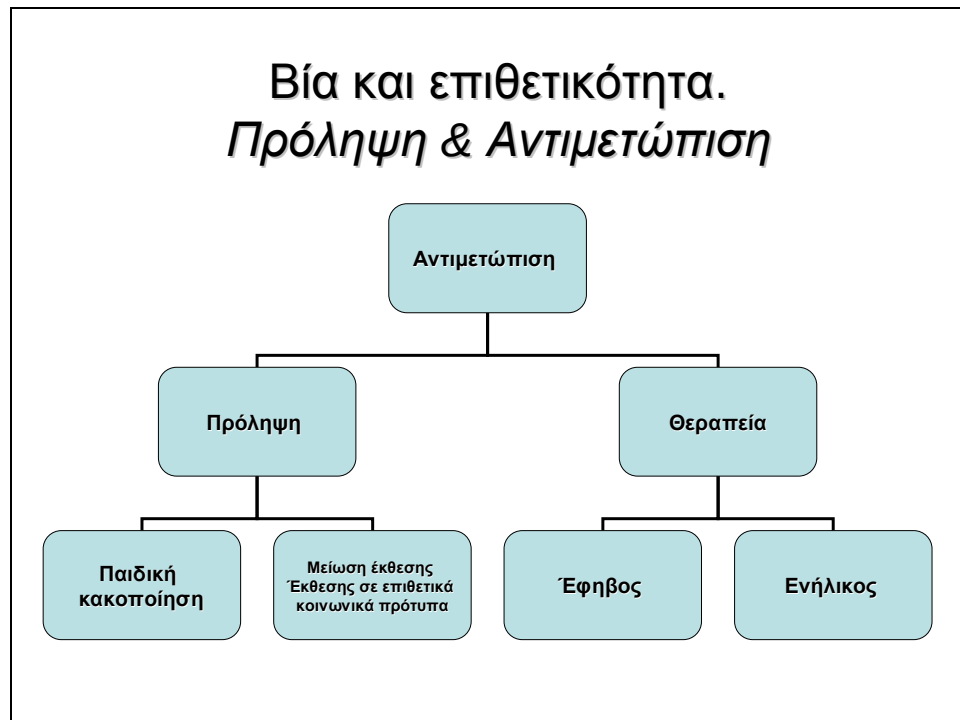
Υπάρχουν 2 σχετικοί μηχανισμοί με βάση τους οποίους το ηθικό μας σύστημα παρακάμπτεται για την εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς. Ο πρώτος είναι η «ηθική αιτιολόγηση», σύμφωνα με την οποία μπορεί κάποιος να μαλώνει ή να χτυπάει το παιδί του με το σκεπτικό ότι το κάνει για παιδαγωγικούς λόγους και προκειμένου να το βοηθήσει να γίνει σωστός άνθρωπος αργότερα. Ο δεύτερος είναι η <<ηθική ομαδοποίηση>> σύμφωνα με την οποία εκδηλώνεις επιθετική συμπεριφορά επειδή έχεις εντάξει το άτομο που την δέχεται σε μια ευρύτερη ομάδα, τα χαρακτηριστικά της οποίας δικαιολογούν την αντίδραση αυτή. Π.χ. οι γυναίκες είναι κακές οδηγοί και ως εκ τούτου ο εκφραστής της επιθετικής συμπεριφοράς αιτιολογεί μέσα σε αυτό το πλαίσιο κάθε επιθετική συμπεριφορά του προς μια συγκεκριμένη γυναίκα οδηγό, μολονότι μπορεί να μην υπάρχει συγκεκριμένη αφορμή.

Σε ό,τι αφορά τα απώτερα αίτια, δηλαδή, γιατί σαν είδος είμαστε επιθετικοί θα μπορούσε να το αποδώσει κανείς σε βιολογικά αίτια (DNA). Έχουν διατυπωθεί υποθέσεις σχετικά με την ύπαρξη γονιδίου της επιθετικότητας, οι οποίες όμως δεν έχουν ακόμη επαληθευτεί, καθώς η επιστήμη δεν διαθέτει τις τεχνικές εκείνες για να το επιβεβαιώσει. Αυτό το οποίο γίνεται προσπάθεια να τεκμηριωθεί είναι η ύπαρξη επιθετικών ή οξύθυμων τύπων προσωπικότητας και η αναγωγή μελλοντικών συμπεριφορών επόμενων γενιών σε αυτές. Δηλαδή αν κάποιος είναι οξύθυμος, προσπαθούμε να προσκομίσουμε την ύπαρξη αντίστοιχου οξύθυμου γονέα ή προγόνου προκειμένου να προσκομίσουμε ενδείξεις σχετικά με την επίδραση των γονιδίων. Η διερεύνηση της επίδρασης των γονιδίων στην επιθετικότητα οφείλεται στην ήδη διαπιστωμένη επίδρασή τους σε άλλες πτυχές της ανθρώπινης ύπαρξης όπως είναι η νοημοσύνη, η προσωπικότητα.

Κυρίως όμως για το φαινόμενο της επιθετικότητας φαίνεται να ευθύνονται ψυχολογικοί παράγοντες. Ένας τέτοιος παράγοντας είναι τα στερεότυπα και η μάθηση μέσω της οποίας διαδίδονται. Όταν υιοθετώ – μαθαίνω μια στερεοτυπική συμπεριφορά απέναντι σε κάποιο ερέθισμα, τότε την συμπεριφορά αυτήν θα την εμφανίζω πιθανότατα απέναντι σε κάθε ανάλογο ερέθισμα. Αυτό αποτελεί ένα «γνωστικό σχήμα», μια γνωστική δομή, η οποία αρχίζει να δημιουργείται στα πρώτα παιδικά χρόνια για όλους μας και να παγιώνεται επίσης πολύ νωρίς (περίπου στην ηλικία των 8 – 9 ετών). Στα παραπάνω τεράστια επίδραση διαδραματίζει το στενό οικογενειακό πλαίσιο. Επί παραδείγματι ένα

παιδί που μεγαλώνει σε ένα περιβάλλον εντός του οποίου οι γονείς συνεχώς μαλώνουν και επιτίθενται ο ένας στον άλλο, έχει πολλές πιθανότητες να γίνει επιθετικό στο μέλλον.

Ένας δεύτερος παράγοντας είναι η ευρύτερη κοινωνία. Δηλαδή ένα παιδί που μεγαλώνει σε μια φτωχογειτονιά με μεγάλη εγκληματικότητα, βία, συμμορίες κ.ο.κ. μπορεί να βρίσκεται σε μεγαλύτερη συχνότητα σε θέση να υπερασπίσει τον εαυτό του, να υιοθετεί περιθωριακές συμπεριφορές, να έχει χαμηλή επίδοση στο σχολείο, να δέχεται κριτική από τους γονείς του ή και απόρριψη και να βιώνει μεγάλης έντασης ματαίωση η οποία να το ωθεί σε συστηματική εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς. Ένα παράδειγμα σχετικό με τα παραπάνω είναι η Βαγδάτη, ένα πολύ βίαιο περιβάλλον στο οποίο έχει διαπιστωθεί ότι τα παιδιά αντί να παίζουν μπάλα παίζουν με μια προσομοίωση απαγωγής στην οποία κάποια κάνουν τους απαγωγείς και κάποια τα θύματα.



Θέλω να ολοκληρώσω αυτήν την παρουσίαση με λίγα λόγια σχετικά με την αντιμετώπιση του φαινομένου. Γενικά το να αντιμετωπίσει κανείς την παγιωμένη επιθετικότητα με ένα πρόγραμμα συστηματικής διδασκαλίας, στοχοθέτησης και πλαισίωσης (π.χ. κρατουμένων σε φυλακές) είναι πάρα πολύ δύσκολο, έως απίθανο. Περίσσοτερο θα πρέπει να μας ενδιαφέρει η πρόληψη. Με τον όρο πρόληψη αναφερόμαστε σε αποφυγή έκθεσης των παιδιών σε περιστάτικα βίας και επιθετικότητας μέσα στο σπίτι, στην οικογένεια, στην τηλεόραση καθώς και συστηματική αποκαθήλωση προτύπων που ενσωματώνουν συμπεριφορές βίας (π.χ. Ναόμι Κάμπέλ). Στόχος μας θα πρέπει να είναι να ενισχύσουμε την ανάλογη εκπαίδευση εντός του σχολείου, να ενισχύσουμε την λειτουργία της υγιούς οικογένειας και να αποτρέψουμε με αρνητικές ενισχύσεις την εκδήλωση βίας σαν μια συμπεριφορά ανεπίτρεπτη και ζημιογόνα για το άτομο και την κοινωνία. Για να σπάσουμε το απόστημα της βίας, θα πρέπει να σπάσουμε την σιωπή και την αδιαφορία που συνοδεύει πολύ συχνά την εμφάνισή της.

Το θέμα της βίας συνεχίζεται και στην δική μου παρουσίαση. Θα μιλήσουμε για την ψυχιατρική και τις καταστροφές. Καταστροφή είναι ένα ασυνήθιστο γεγονός που λαμβάνει χώρα σε συγκεκριμένα χωροχρονικά πλαίσια, προκαλεί εξάντληση, ζημιά ή θάνατο σε υλικούς, φυσικούς ή ανθρώπινους πόρους και δημιουργεί εκσεσημασμένη διαταραχή της λειτουργίας μιας ομάδας ή κοινωνίας. Οι καταστροφές διακρίνονται σε φυσικές και ανθρωπογενείς. Η καταστροφή είναι δυνατό να αφορά πολλά επίπεδα στην οργάνωση μιας κοινωνίας : Άτομα (βιασμός), Ομάδες (αεροπορικό ατύχημα), Κοινότητες (πλημμύρες), Κοινωνίες (σεισμοί), Κράτη (τρομοκρατικό χτύπημα), Ανθρωπότητα (Β΄ Παγκόσμιος Πόλεμος).



Τα τελευταία χρόνια γίναμε και εμείς μάρτυρες ανάλογων καταστροφών στην Ελλάδα, όπως οι πυρκαγιές το καλοκαίρι (2007) στην Πελοπόννησο, ο σεισμός στην Αθήνα και στο Αίγιο, αλλά και σε διεθνές επίπεδο όπως με το τσουνάμι στην Ινδονησία και με τον τυφώνα Κατρίν στην Νέα Ορλεάνη. Η δυνατότητα της ενημέρωσης ώθησε στην εξοικείωση με την καταστροφή. Το φαινόμενο της 11^{ης} Σεπτεμβρίου 2001 στην Νέα Υόρκη αποτέλεσε την αφετηρία για μια νέα προσέγγιση της καταστροφολογίας, του τραύματος και των ψυχολογικών επιπτώσεων των καταστροφών. Είναι γνωστή η πίεση που δέχεται η επιστημονική κοινότητα τα τελευταία έτη για να ασχοληθεί με το αντικείμενο των καταστροφών. Για αυτό και η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία δημιούργησε το 2002 νέο τομέα, τον τομέα Disaster & Military Psychiatry (Καταστροφολογική και Στρατιωτική Ψυχιατρική), στον οποίο η Στρατιωτική Ψυχιατρική και η Ψυχιατρική των Καταστροφών είναι σχεδόν ταυτόσημες.

Υπάρχει περίπτωση να τύχουμε να είμαστε μάρτυρες μιας καταστροφής;

Ο δια βίου επιπολασμός της έκθεσης σε καταστροφή είναι 39%, δηλαδή περίπου ένας στους τρεις. Κάθε χρόνο στις Η.Π.Α. το 6%-7% του πληθυσμού εκτίθεται σε κάποιο καταστροφικό γεγονός.

Η πιο γνωστή και καλά μελετημένη καταστροφή, είναι ο πόλεμος. Η επιστημονική γνώση σχετικά με τις ψυχολογικές επιπτώσεις των καταστροφών προέρχεται από μελέτες πληθυσμών (στρατιωτικών και πολιτών) που έζησαν τη φρίκη του πολέμου.

Δεν είναι υπερβολή να πούμε, ότι στα πλαίσια του κρατικού μηχανισμού μόνο εμείς, (το Υγειονομικό) ήμασταν έτοιμοι από καιρό να αντιμετωπίσουμε αποτελεσματικά τέτοια γεγονότα. Έχουμε σχέδια για Ψυχολογικές Επιχειρήσεις, σχέδια για αντιμετώπιση Ψυχικών Απωλειών Υγείας, διακομιδές κ.ά.

Οι καταστροφές αποτελούν μαζικές αιτίες αναταραχής μιας ομάδας – κοινωνίας – κράτους με άμεσες και απώτερες συνέπειες που μπορεί να οδηγήσουν μέχρι την κατάρρευση και τον αφανισμό. Η καταστροφή θα προκαλέσει αναπόφευκτα απώλειες σε ανθρώπους, φυσικούς και υλικούς πόρους. Αυτό είναι γεγονός και όχι κάτι το διαπραγματεύσιμο. Διαπραγματεύσιμο είναι το μέλλον, η κινητοποίηση του πληθυσμού, το στίγμα της καταστροφής, το ψυχολογικό βάρος της απώλειας και το ηθικό της κοινότητας. Η δυνατότητα μιας ομάδας ή κοινωνίας να ανταπεξέλθει σε μια καταστροφή ανεξάρτητα από το μεγέθός της, είναι κύρια συνάρτηση του ηθικού του πληθυσμού και των ισχυρών ή όχι δεσμών του κοινωνικού ιστού και λιγότερο άλλων παραγόντων όπως οικονομικών, υλικών μέσων ή διαθέσιμων πόρων.

Η πιο γνωστή και καλά μελετημένη καταστροφή είναι ο πόλεμος. Η επιστημονική γνώση σχετικά με τις ψυχολογικές επιπτώσεις των καταστροφών προέρχεται από μελέτες πληθυσμών (στρατιωτών και πολιτών) που έζησαν την φρίκη του πολέμου. Δεν είναι υπερβολή να πούμε ότι στα πλαίσια του κρατικού μηχανισμού μόνο εμείς (το Υγειονομικό Τμήμα) ήμασταν έτοιμοι από καιρό να αντιμετωπίσουμε αποτελεσματικά τέτοια γεγονότα. Διαθέτουμε σχέδια για Ψυχολογικές Επιχειρήσεις, σχέδια για αντιμετώπιση Ψυχικών Απωλειών, για διακομιδές κ.α.

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις και η ψυχιατρική νοσηρότητα είναι από τους πιο σημαντικούς παράγοντες μιας καταστροφής, ακριβώς επειδή σχετίζονται με το ηθικό του πληθυσμού και κατ' επέκταση με την δυνατότητα αντιμετώπισης της ίδιας της καταστροφής. Η σημερινή παρουσίαση πραγματεύεται ακριβώς τις ψυχολογικές αντιδράσεις και τις ψυχιατρικές διαταραχές (άμεσες και απώτερες) του δοκιμαζόμενου από μια καταστροφή ατόμου και πληθυσμού. Όλα τα παραπάνω αναφέρονται σε καταστροφές που μπορεί να πλήξουν ένα άτομο ή μια κοινωνία εκτός από την περίπτωση του πολέμου. Οι ψυχολογικές αντιδράσεις και η ψυχιατρική νοσηρότητα κατά τον πόλεμο είναι ξεχωριστή περιπτώση για εμάς τους στρατιωτικούς και για αυτό μπορεί να συζητηθεί μόνο σε άλλα χωροχρονικά πλαίσια. Ενώ είναι γνωστό και σύνηθες το τί είναι φυσιολογικό στην στάση, συμπεριφορά και αντίδραση των ανθρώπων, στην καθημερινή ζωή και τις συνήθειες κοινές δραστηριότητες, εντούτοις δεν είναι οικείο και εύκολα αναγνωρίσιμο από τους περισσότερους τουλάχιστον το τί είναι φυσιολογικό να παρουσιάσει κανείς ως αντίδραση σε ένα καταστροφικό γεγονός.

Σύμφωνα με το Εθνικό Κέντρο Μελέτης της Μετατραυματικής Διαταραχής στις Η.Π.Α. οι συνήθειες φυσιολογικές συναισθηματικές και συμπεριφορικές καταστάσεις στην αντίδραση σε ένα καταστροφικό γεγονός είναι οι εξής :

- Φόβος και άγχος

- Αναβίωση του γεγονότος
- Υπερένταση – Υπερδιέγερση
- Αποφυγή
- Θυμός – Επιθετικότητα
- Ενοχή και ντροπή
- Θλίψη και κατάθλιψη
- Δυσπιστία
- Αρνητική θεώρηση του εαυτού και του κόσμου
- Έλλειψη ερωτικής διάθεσης
- Αυξημένη χρήση αλκοόλ και άλλων κατευναστικών ουσιών.

Ποιά στοιχεία περιέχει μια καταστροφή που κινητοποιούν τον μηχανισμό προσαρμογής και προκαλούν άμεσες και μακροπρόθεσμες ψυχολογικές αντιδράσεις και ψυχιατρικές διαταραχές;

Καταρχήν περιέχει την απειλή, τον κίνδυνο σωματικής βλάβης, την έκθεση στην φρίκη, τον αιφνίδιο ή βίαιο θάνατο αγαπημένου προσώπου, την μαρτυρία στην κακοποίηση αγαπημένων προσώπων, την επίγνωση της έκθεσης σε τοξικό παράγοντα, την επιτηδευμένη πρόκληση βλάβης, την διάσπαση της λειτουργίας της κοινότητας, την αίσθηση πιθανότητας επανάληψης του καταστροφικού συμβάντος και την υποκειμενική ερμηνεία του συμβάντος.

Οι παράγοντες που καθορίζουν την αντίδραση στην καταστροφή και την έκβαση της διεργασίας προσαρμογής είναι :

- Ο Χαρακτήρας – προσωπικότητα
- Το βιολογικό υπόστρωμα – καταβολές
- Προϋπάρχουσες ψυχικές διαταραχές
- Ιστορικό προηγούμενης έκθεσης
- Κοινωνικά στηρίγματα
- Κοινωνικοπολιτισμικό περιεχόμενο της καταστροφής

Ο συνδυασμός των παραγόντων αυτών, μορφοποιεί το ιδιαίτερο νόημα που αποκτά η καταστροφή για το κάθε άτομο που μετέχει σε αυτήν. Κατά συνέπεια, μια καταστροφή χαρακτηρίζεται από την διάρκεια, την ένταση, το είδος και το περιεχόμενο, επιδρά πάνω σε ένα άτομο ή σε μια ομάδα, οι οποίοι εμφανίζουν μια αντίδραση προσαρμογής, η οποία ανάλογα με τους καθοριστικούς παράγοντες που υφίστανται στο πλαίσιο, οδηγεί στην τελική έκβαση, δηλαδή στην εμφάνιση μιας διαταραχής ή στην οριστική αποκατάσταση των συνεπειών της καταστροφής.

Οι ψυχιατρικές διαταραχές που σχετίζονται με την καταστροφή διακρίνονται σε ειδικές και μη ειδικές.

Συγκεκριμένα οι ειδικές είναι :

- Η διαταραχή προσαρμογής
- Η οξεία αντίδραση στο στρες
- Και η μετατραυματική διαταραχή στρες.

Οι μη ειδικές είναι :

- Η οργανική ψυχική διαταραχή (δευτεροπαθής)
- Η μείζων κατάθλιψη
- Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή
- Η διαταραχή από την χρήση ουσιών

Η αντίδραση προσαρμογής αναφέρεται στην ανάπτυξη κλινικά σημαντικών συναισθηματικών διαταραχών ή διαταραχών της συμπεριφοράς που προκαλούν ελάττωση στην επαγγελματική ή κοινωνική λειτουργικότητα κατόπιν εκθέσεως του ατόμου σε ένα

στρεσογόνο παράγοντα. Συμβαίνει απαραίτητα μέσα σε 3 μήνες από την έκθεση στον στρεσογόνο παράγοντα και υποχωρεί οπωσδήποτε σε έξι μήνες μετά από τον τερματισμό της δράσης του στρεσογόνου παράγοντα. Η αντίδραση προσαρμογής μπορεί να εκδηλωθεί υπό 6 μορφές :

- Με καταθλιπτικό συναίσθημα
- Με άγχος
- Με μεικτό αγχώδες και καταθλιπτικό συναίσθημα
- Με διαταραχή της διαγωγής
- Με μεικτή διαταραχή συναισθήματος και διαγωγής
- Υπό ακαθόριστη μορφή

Η οξεία διαταραχή στρες είναι μια διαταραχή που παρουσιάζει το άτομο μετά από επαφή με ένα απειλητικό για την ζωή του γεγονός, κατά την διάρκεια του οποίου ένωσε έντονο φόβο ή τρόμο. Κλινικά χαρακτηρίζεται από απάθεια στο περιβάλλον ή μειωμένη απαντητικότητα στα ερεθίσματα ή αποπροσωποποίηση ή αποπραγματοποίηση ή διασχιστική αμνησία. Το γεγονός συχνά αναβιώνεται με διάφορους τρόπους και υπάρχει αποφυγή ερεθισμάτων που το θυμίζουν. Συνυπάρχουν απαραίτητα στοιχεία άγχους ή υπερδιεγερσιμότητας του ΚΝΣ. Η διαταραχή προκαλεί συνήθως εκσεσημασμένη κοινωνική και επαγγελματική έκπτωση. Συμβαίνει οπωσδήποτε μέσα σε 4 εβδομάδες από την έκθεση στο γεγονός και διαρκεί τουλάχιστον 2 μέρες ως και το πολύ 4 εβδομάδες.

Όταν η οξεία διαταραχή στρες διαρκέσει πάνω από ένα μήνα τότε μεταπίπτει σε μετατραυματική διαταραχή στρες με κύρια χαρακτηριστικά :

- Τα εμμένοντα συμπτώματα υπερδιέγερσης του ΚΝΣ
- Την αποφυγή ερεθισμάτων που ανακαλούν τα τραυματικά γεγονότα
- Την αναβίωση του γεγονότος με ποικίλους τρόπους
- Την σημαντική έκπτωση σε επαγγελματική και κοινωνική λειτουργικότητα.

Η μετατραυματική διαταραχή στρες μπορεί να εμφανιστεί με 3 μορφές:

- 1) Οξεία (λιγότερο από 3 μήνες διάρκεια)
- 2) Χρόνια (περισσότερο από >3 μήνες διάρκεια)
- 3) Με καθυστερημένη έναρξη (έναρξη μετά από 6 μήνες από το στρεσογόνο γεγονός)

Ποια είναι λοιπόν η ψυχιατρική παρέμβαση σε μια καταστροφή;

Καταρχήν πρέπει να παρεμβαίνουμε σαν ομάδα ψυχιατρική με επικεφαλής έναν ειδικό ψυχίατρο σχετικό με το αντικείμενο. Η ομάδα μπορεί να συνίσταται από ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχιατρικούς νοσηλευτές, άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και ιερείς. Αν η ομάδα δεν προέρχεται από τον τόπο της καταστροφής, τότε είναι απαραίτητο να ενσωματώσει αμέσως επαγγελματίες ψυχικής υγείας από αυτόν καθώς και άλλους τοπικούς παράγοντες. Σε αυτήν την περίπτωση την αρχηγία αναλαμβάνει οπωσδήποτε ο τοπικός παράγοντας.

Τα χαρακτηριστικά τα οποία θα καταστήσουν την ομάδα λειτουργική είναι τα παρακάτω:

- Σχεδιασμός – προεπιλογή του προσωπικού της ομάδας
- Ετοιμότητα κίνησης αμέσως με την ανακοίνωση της καταστροφής, με ευθύνη του επικεφαλής και χωρίς άλλη προειδοποίηση.
- Δυνατότητα αυτόνομης κίνησης
- Αυτάρκεια σε απαραίτητα είδη
- Φέρει όλο τον απαραίτητο εξοπλισμό από το σημείο εκκίνησης
- Ασκήσεις σε ψυχρές περιόδους.

Η ψυχιατρική ομάδα η οποία θα πάει στον τόπο καταστροφής, στα σημεία συγκέντρωσης επιζώντων και στα νοσοκομεία περισυλλογής θα πρέπει να εξασφαλίσει την ασφάλεια του εμπλεκόμενου προσωπικού, να διασυνδεθεί με το αρχηγείο αντιμετώπισης

της καταστροφής, να ενημερωθεί για τα ήθη, τα έθιμα και τις κοινωνικές αξίες των πληγέντων, να καθορίσει τον τρόπο επικοινωνίας των μελών της ομάδας και να συνδεθεί με το τοπικό ψυχοκοινωνικό δίκτυο.

Η παρέμβαση της ψυχιατρικής ομάδας διακρίνεται σε 2 φάσεις.

Η πρώτη φάση της παρέμβασης πραγματοποιείται τις πρώτες ώρες ως και ημέρες από την καταστροφή. Σε αυτήν η πιο σημαντική προσφορά της ομάδας έγκειται στην παροχή πρώτων βοηθειών. Ο θεμελιώδης κανόνας της ψυχιατρικής τις πρώτες ώρες των καταστροφών είναι «Χρησιμοποίησε τις βασικές γνώσεις ιατρικής και σώσε όσους περισσότερους μπορείς». Στόχος της ομάδας κατά την πρώτη φάση είναι να έλθει σε επαφή με επιζώντες, με τραυματισμένους – πάσχοντες, με διασώστες, με προσωπικό που σχετίζεται με τραυματίες / νεκρούς, με τοπικούς ηγέτες της διάσωσης και με τα ΜΜΕ. Η δράση της ψυχιατρικής ομάδας μετά την εμφάνιση των διασωστών συνοψίζεται στον <<κανόνα των 5 Δ>>., Δηλαδή: Διαφύλαξη, Δρομολόγηση, Διαβίωση, Διασύνδεση, Διαλογή.

Με τον όρο διαφύλαξη αναφερόμαστε στην εύρεση τρόπων διαφύλαξης των επιζώντων από περαιτέρω διαταραχές και έκθεση στους τραυματικούς παράγοντες. Όσο λιγότερο βλέπουν, ακούν, αγγίζουν ή μυρίζουν οι επιζώντες τους τραυματικούς παράγοντες τόσο περιορίζεται το ψυχολογικό τραύμα. Η ομάδα θα πρέπει να δημιουργήσει καταφύγια, έστω και συμβολικά. Επίσης στον ρόλο της είναι να διαφυλάξει τους επιζώντες από περιέργους – άσχετους και από τα ΜΜΕ.

Με τον όρο δρομολόγηση αναφερόμαστε στις ενέργειες καθοδήγησης των επιζώντων με ήσυχο, σαφή και σταθερό τρόπο σύμφωνα με το σχέδιο εκκένωσης. Στόχος είναι η απομάκρυνση από τον κίνδυνο, η απομάκρυνση από πτώματα και τα σημεία διαλογής τραυματιών και γενικότερα η απομάκρυνση από τον τόπο της καταστροφής.

Με τον όρο διαβίωση αναφερόμαστε στην εξασφάλιση στους τόπους συγκέντρωσης επιζώντων:

- Ασφαλών συνθηκών διαβίωσης,
- Ήρεμου περιβάλλοντος
- Δυνατοτήτων και μέσων ξεκούρασης
- Βασικών μέσων κάλυψης αναγκών (τροφή και νερό)
- Η διαβίωση περιλαμβάνει επίσης την διευκόλυνση έκφρασης συναισθημάτων και την ανταλλαγή εμπειριών των επιζώντων.
- Επι τόπου ανάληψη ηγεσίας μεταξύ των επιζώντων αυτό άτομα με κύρος και ρεαλιστική αντιμετώπιση των γεγονότων.

Με τον όρο διασύνδεση αναφερόμαστε στην παροχή βοήθειας προς τους επιζώντες προκειμένου να επικοινωνήσουν:

- Με τα αγαπημένα τους πρόσωπα, συγγενείς, φίλους
- Με ασφαλείς πηγές ενημέρωσης για την εξέλιξη των γεγονότων
- Με κατάλληλους φορείς ή δομές ή άτομα που θα μπορούσαν να τους παρέχουν υποστήριξη
- Με το υπάρχον ή αναπτυχθέν δίκτυο ψυχοκοινωνικής υποστήριξης.

Τέλος με τον όρο διαλογή αναφερόμαστε στην παροχή άμεσης ψυχιατρικής βοήθειας στις περιπτώσεις κατά τις οποίες οι πληγέντες τελούν υπό :

- 1) Πανικό (τρόμος, διέγερση, υπερκινητικότητα, προκλητική συμπεριφορά, τρεμάμενη ομιλία, διέγερση ΑΝΣ)
- 2) Έντονη θλίψη (κατατονική συμπεριφορά, ακινησία, βωβότητα, αυτοκαταστροφική συμπεριφορά)
- 3) Διασχιστικές καταστάσεις (ασύντακτη συμπεριφορά, ψευδαισθήσεις, παραληρηματικές ιδέες)

Η δεύτερη κατηγορία ατόμων με τα οποία πρέπει να ασχοληθεί η ψυχιατρική ομάδα μετά τους επιζώντες είναι οι τραυματίες. Συγκεκριμένα θα πρέπει να πραγματοποιηθεί επίσκεψη στους σταθμούς διαλογής ή στα νοσοκομεία υποδοχής, όπου και θα πραγματοποιηθεί η ψυχιατρική παρέμβαση. Το είδος της παρέμβασης θα καθοριστεί

ανάλογα με την διάγνωση. Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί στις δευτερογενείς οργανικές ψυχικές διαταραχές.

Η τρίτη κατηγορία ατόμων με τα οποία πρέπει να ασχοληθεί η ψυχιατρική ομάδα είναι οι διασώστες. Θα πρέπει να βεβαιωθεί ότι τα άτομα αυτά έχουν επίγνωση των ψυχολογικών κινδύνων που διατρέχουν. Αν δεν έχουν, θα πρέπει να γίνει ειδική μνεία στην επαγγελματική εξουθένωση η οποία οδηγεί σε μειωμένη απόδοση και κακή κρίση. Βεβαιωθείτε ότι οι αρχηγοί κλιμακίων είναι σε καλή κατάσταση και όχι εξουθενωμένοι ή σε κατάσταση σοκ. Αναφέρετε τις διαπιστώσεις σας στα επόμενα – ανώτερα κλιμάκια. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στο προσωπικό που σχετίζεται με την διαχείριση τραυματιών και νεκρών. Θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην επαγγελματική εξουθένωση, επιμονή στην ύπαρξη περιόδων χαλάρωσης, διασφάλιση ευέλικτης ροής στο προσωπικό και παροχή ενισχύσεων.

Όσον αφορά τους τοπικούς ηγέτες της διασωστικής προσπάθειας θα πρέπει η ομάδα να τους συμβουλεύσει να κάνουν δημόσιες εμφανίσεις και να εκφράσουν δημόσια τα συναισθηματά τους.

Σχετικά με το ρόλο των MME, θα πρέπει η ψυχιατρική ομάδα να τα χρησιμοποιήσει για να ενημερώσει τους επιζώντες για τις προαναφερόμενες – αναμενόμενες συμπεριφορές, για την διαθεσιμότητά της ανά πάσα στιγμή και για την παροχή στοιχείων επικοινωνίας προς αυτήν. Τα μέλη της ομάδας θα πρέπει να απαιτήσουν από τους δημοσιογράφους να μην πλησιάζουν επιζώντες ή τραυματίες. Ανάλογα με τον βαθμό της καταστροφής, πρέπει να υπάρχει και έλεγχος της μεταδιδόμενης πληροφορίας. Η πληροφόρηση πρέπει να αφορά μόνο την αλήθεια και να μην αποκρύπτονται στοιχεία. Τα παραπάνω αφορούν το πρώτο στάδιο παρέμβασης της ψυχιατρικής ομάδας.

Κατά το δεύτερο στάδιο παρέμβασης της ψυχιατρικής ομάδας, το οποίο συνίσταται σε ημέρες ή και εβδομάδες μετά την τέλεση της καταστροφής, ιδιαίτερη έμφαση θα πρέπει να δοθεί στην ανίχνευση ομάδων κινδύνου. Κάθε άτομο που ανήκει σε ομάδα κινδύνου χρειάζεται ψυχιατρική εκτίμηση σε κατάλληλο περιβάλλον και σύσταση, με όχι απειλητικό τρόπο, για επανεξέταση σε ένα μήνα. Τα άτομα αυτά θα παρουσιάσουν ψυχική νοσηρότητα σε ποσοστό από 5% μέχρι 90%. Η ανίχνευση μπορεί να γίνει σε ατομικό επίπεδο (άτομο που ζητάει ψυχιατρική βοήθεια) ή και με ομαδικό τρόπο (διασώστες, πυροσβέστες, μαθητές σχολείων κ.α.). Στις ομάδες κινδύνου ανήκουν παιδιά, τραυματίες, άτομα που έχασαν αγαπημένα τους πρόσωπα, άτομα με προηγούμενο ιστορικό ψυχικής διαταραχής, άτομα που ζήτησαν ψυχιατρική βοήθεια στο πρώτο στάδιο, διασώστες, επαγγελματίες υγείας, προσωπικό διαχείρισης νεκρών, άτομα που εξετέθησαν σε πολλούς ή αποτρόπαιους θανάτους καθώς και οι ήρωες.

Η αντιμετώπιση των ψυχικών απωλειών κατά το δεύτερο στάδιο της παρέμβασης μπορεί να γίνει είτε σε ατομικό επίπεδο, με ψυχοθεραπευτικές, φαρμακολογικές και κοινωνικές δράσεις, είτε σε ομαδικό επίπεδο, με δημιουργία ομάδων συναισθηματικής έκφρασης και υποστήριξης των επιζώντων, των τραυματιών, των διασωστών, του ιατρικού προσωπικού καθώς και με την συζήτηση των γεγονότων, των στάσεων και των συμπεριφορών στα σχολεία από δασκάλους – καθηγητές τους οποίους έχουμε εκπαιδεύσει τάχιστα για αυτόν τον σκοπό.

Τελειώνοντας θα ήθελα να πω αυτό που είπε και ο SUN TZU (The art of war) : «Το να δώσεις και να κερδίσεις όλες τις μάχες δεν αποτελεί υπέρτατη στρατηγική επίδοση. Η υπέρτατη ικανότητα συνίσταται στην καταστροφή της αντίστασης του εχθρού χωρίς μάχη». Ο ψυχολογικός παράγοντας είναι ο καθοριστικότερος παράγοντας ανάνηψης από μια καταστροφή. Αν μια ομάδα πληγεί ψυχολογικά, δεν πρόκειται να αντιδράσει αποτελεσματικά και ίσως ποτέ δεν συνέλθει.

Ο ρόλος των επιστημόνων και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας είναι ανεκτίμητος στον σχεδιασμό σχεδίων αντιμετώπισης καταστροφών, μηδανιός την ώρα της καταστροφής, αυξανόμενος στην καταστροφική περίοδο, πρωταγωνιστικός στα επόμενα χρόνια, όταν μόνο ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις έχουν απομείνει.

ΕΙΣΗΓΗΣΗ 3^η

«ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΑΖΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ». ΙΩΑΝΝΑ - ΔΕΣΠΟΙΝΑ ΜΠΕΡΓΙΑΝΝΑΚΗ - ΔΕΡΜΙΤΖΑΚΗ, ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ, Α΄ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ(ΕΠΙΨΥ).

Αρχικά είχα κάνει μια προσπάθεια να παρουσιάσω κάποια στοιχεία γενικά για τις καταστροφές, τα οποία καλύφθηκαν από τις προηγούμενες παρουσιάσεις. Σήμερα θα παρουσιάσω κάποια στοιχεία από τις έρευνες που έχουν γίνει από την δεκαετία του 1980 στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο και στο Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής. Αφορούσαν διάφορες καταστροφές, κυρίως σεισμούς, που συμβαίνουν πολύ συχνά στην Ελλάδα, καθώς και πλυμμήρες και πυρκαγιές όπως αυτή που συνέβη το περσινό καλοκαίρι στην Ηλεία. Δυστυχώς δεν έχω κάποιες διαφάνειες για τις πυρκαγιές, θα πούμε όμως προφορικά κάποια στοιχεία. Θα προσπαθήσω λοιπόν να επισημάνω κάποια πράγματα σε συνέχεια του προηγούμενου ομιλητή και να παρουσιάσω κάποια νέα στοιχεία σχετικά με τις καταστροφές.

Ως φυσική καταστροφή ορίζεται ένα έκτακτο γεγονός, χωροχρονικά συμπυκνωμένο που προκαλεί μεγάλου εύρους απώλειες και βλάβες στον περιβάλλοντα χώρο (φυσικό – κοινωνικό) ή / και σε ομάδες ατόμων. Αυτό το οποίο θα ήθελα να τονίσω είναι το «έκτακτο γεγονός, χωροχρονικά συμπυκνωμένο» καθώς εκεί επάνω βασίζεται όλη η δύναμη – επίδραση που επιφέρει το καταστροφικό γεγονός στους ψυχολογικούς και κοινωνικούς μηχανισμούς των πληγέντων και είναι υπεύθυνο για την οποιαδήποτε εμφάνιση παθολογικών αντιδράσεων και συμπεριφορών.

Οι επιπτώσεις των μαζικών καταστροφών συνίστανται σε υλικές βλάβες, σε απώλειες ζωής, σε βλάβες σωματικής υγείας, σε σοβαρές επιδράσεις στο ατομικό ψυχολογικό επίπεδο και σε σοβαρές επιδράσεις στην κοινωνική ομάδα. Αυτές τις κοινωνικές επιδράσεις που έπονται των φυσικών καταστροφών τις γνωρίζουμε πολύ λίγο, αλλά δεν είναι αμελητέες. Θα ήθελα να τονίσω το πόσο πολύ αλλάζουν οι κοινωνίες μετά από φυσικές καταστροφές, π.χ. η ελληνική κοινωνία άλλαξε αρκετά μετά από την μικρασιατική καταστροφή, κατά την οποία 1.500.000 ομογενείς εντάχθηκαν, όπως εντάχθηκαν, στον ελληνικό χώρο, σε μια εντελώς διαφορετική πραγματικότητα και άλλαξαν κατά πολύ το υπάρχον κοινωνικό προφίλ.

Η ψυχολογική αντίδραση σε σχέση με το καταστροφικό συμβάν εξαρτάται από την ένταση, την έκταση, τη διάρκεια και τον βαθμό απωλειών. Ας περάσουμε τώρα λοιπόν στο θέμα που αφορά εμάς, που όπως προείπα κάναμε διάφορες έρευνες, οι οποίες αρχικά αποσκοπούσαν όπως είναι φυσικό στην παροχή υποστήριξης για το τμήμα του πληθυσμού που επλήγη από μια καταστροφή και μάλιστα πραγματοποιήθηκε παρέμβαση για μία ώρα από ένα ειδικό, χρόνος ο οποίος είναι πάρα πολύ σημαντικός. Και ενώ στην αρχή πιστεύαμε ότι ο χρόνος αυτός ήταν υπερβολικός για τα θύματα μιας καταστροφής τελικά διαπιστώναμε ότι δεν μπορούσαμε να φύγουμε από τον τόπο της καταστροφής καθώς όλοι οι πληγέντες είχαν ανάγκη από μια τουλάχιστον εκτεταμένη συνεδρία με τους ειδικούς της ψυχιατρικής ομάδας.

Έχω κάνει μια επιλογή, καθώς οι έρευνες είναι πολλές και συγκεκριμένα θα αναφερθώ σε μια έρευνα το 1994 για μια καταστροφή που πραγματοποιήθηκε σε αγροτική περιοχή. Η ομάδα των ειδικών επισκέφθηκε το μέρος 2 εβδομάδες μετά την καταστροφή καθώς και με μια δεύτερη επίσκεψη 6 μήνες μετά, προκειμένου να μιλήσουμε ξανά στα ίδια άτομα και να μελετήσουμε την εξέλιξη κάποιων πραγμάτων. Αυτό είναι εξαιρετικά σημαντικό καθώς στην διεθνή βιβλιογραφία δεν υπάρχουν πολλές επαναληπτικές μελέτες στα ίδια άτομα, με το ίδιο ερωτηματολόγιο και τους ίδιους ειδικούς, που σημαίνει ότι είναι αρκετά ομοειδείς οι πληροφορίες, μπορούν να συγκριθούν και μπορούν να οδηγήσουν σε χρήσιμα συμπεράσματα.

Μερικές από τις διενεργηθείσες έρευνες:

Σεισμός Λευκάδας (αγροτική περιοχή) 1994:

- 1) 2 εβδομάδες μετά (άμεση μετακαταστροφική περίοδος)
- 2) 6 μήνες μετά (απώτερη μετακαταστροφική περίοδος)

Σεισμός Αιγιαλείας 1995 (Αίγιο, αστική περιοχή)

Διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων σε 4 φάσεις

- 1) 3-7 ημέρες μετά τον σεισμό
- 2) 1 μήνα μετά (άμεση μετακαταστροφική περίοδος)
- 3) 6 μήνες μετά (απώτερη μετακαταστροφική περίοδος)
- 4) 6 χρόνια μετά (απώτατη μετακαταστροφική περίοδος)

Πλημμύρα Μεταμόρφωσης (Καρδίτσα) 1994

- 1) 1 εβδομάδα μετά (άμεση μετακαταστροφική περίοδος)
- 2) 6 μήνες μετά (απώτερη μετακαταστροφική περίοδος)

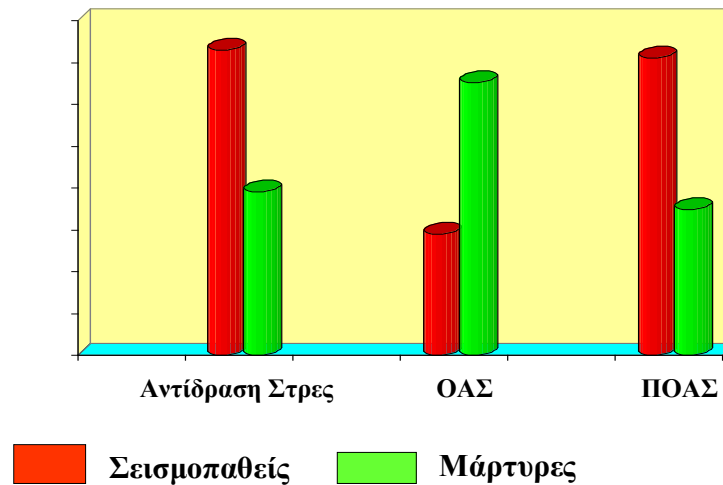
Επίσης ο σεισμός της Αιγιαλείας έτυχε μεγάλης προσοχής από το Αιγινήτειο καθώς και από το ΕΠΙΨΥ. Το Αίγιο είναι μια ημι-αστική περιοχή της τάξεως των 22.000 κατοίκων και πραγματοποιήσαμε διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων της καταστροφής σε 4 φάσεις :

- 3-7 ημέρες μετά το σεισμό, δηλαδή σε μια πολύ πρώιμη περίοδο,
- 1 μήνα μετά (άμεση μετακαταστροφική περίοδος)
- 6 μήνες μετά (απώτερη μετακαταστροφική περίοδος)
- 6 χρόνια μετά (απώτατη μετακαταστροφική περίοδος)

Μια άλλη μελέτη έγινε το 1994 σχετικά με μια μεγάλη πλημμύρα στην Μεταμόρφωση Καρδίτσας, όπου εξετάσαμε τις συνέπειές της μια εβδομάδα μετά την καταστροφή και 6 μήνες μετά. Αυτό έγινε προκειμένου να μπορούμε να συγκρίνουμε και μεταξύ των αποτελεσμάτων διαφορετικών ερευνών και να μπορούμε να συμπεράνουμε ότι υπάρχουν συγκεκριμένες ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις κοινές σε κάθε καταστροφή.

Ας πάρουμε λοιπόν την πρώτη περίπτωση του σεισμού (Λευκάδα), για την οποία έχουμε κάνει μια επιλογή βασικών στοιχείων τα οποία αξίζει να αναφερθούν. Συγκεκριμένα θα αναφερθούμε στις ψυχοσωματικές αντιδράσεις των σεισμοπαθών και στην διαρκειά τους. Το κύριο σύμπτωμα ήταν μια οξεία αντίδραση στρες μαζική, η οποία αφορούσε το 80%-90% του πληθυσμού. Η αντίδραση αυτή δεν θα πρέπει να συγχέεται με την παρατεταμένη αντίδραση στρες, η οποία οδηγεί στην μετατραυματική αντίδραση στρες. Η επιλογή κριτηρίων για την μέτρηση στρες και η επιλογή των ατόμων που θα προσεγγιστούν είναι πάρα πολύ σημαντική για την στόχευση της παρέμβασης της ψυχιατρικής ομάδας στα άτομα που έχουν ανάγκη.

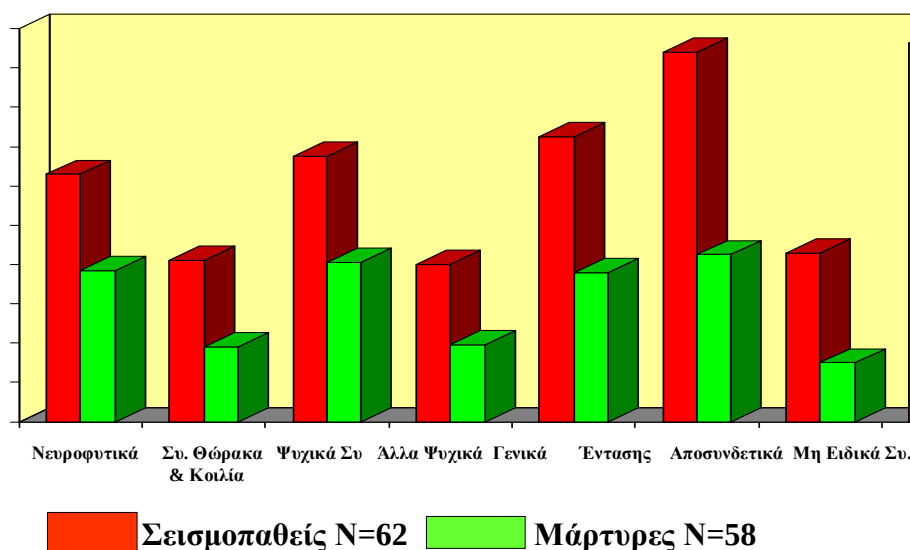
ΛΕΥΚΑΔΑ 1994, Άμεση Μετακαταστροφική Περίοδος
Σύγκριση Οξείας Αντίδρασης Στρες (ΟΑΣ, κατά ICD-10)
και Παρατεταμένης Αντίδρασης Στρες (ΠΟΑΣ)
σε σεισμοπαθείς και μάρτυρες



Ως προς τα ψυχοσωματικά συμπτώματα του σεισμού, ο οποίος επέφερε μόνο ζημιές σε σπίτια και δεν οδήγησε σε νεκρούς, τα άτομα που διατήρησαν την οξεία αντίδραση στρες πέραν των 48 ωρών ανέφεραν κυρίως συμπτώματα στο θώρακα και την κοιλία, δυσκολία στην αναπνοή και δυσκολία στην κατάποση ή κόμπο στον λαιμό. Τα άτομα με οξεία αντίδραση στρες σύμφωνα με το ICD 10 ανέφεραν κυρίως διαταραχή της προσοχής και της συγκέντρωσης, υπερβολική θλίψη, μυική ένταση και αστάθεια ή ζάλη.

Το γενικό συμπέρασμα που εξάγεται από τις παραπάνω έρευνες είναι ότι η πρώιμη εμφάνιση γενικών συμπτωμάτων συγχρόνως με συμπτώματα από τον θώρακα και την κοιλία μπορεί να θεωρηθεί δείκτης για την παράταση της οξείας παρατεταμένης μετασεισμικής αντίδρασης. Τα άτομα αυτά πρέπει να αναγνωριστούν και να λάβουν ειδική μέριμνα.

Λευκάδα: Άμεση Μετακαταστροφική Περίοδος
Ένταση Θετικών Ψυχοσωματικών Συμπτωμάτων
σε σεισμοπαθείς και μάρτυρες



Στην συνέχεια θέλω να αναφερθώ στην διαφορά μεταξύ παρατεταμένης αντίδρασης στρες μετά από έναν σεισμό και οξείας αντίδρασης στρες. Η διαφορά είναι συντριπτική υπέρ της παρατεταμένης αντίδρασης στρες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Άτομα που διατήρησαν την Οξεία Αντίδραση Στρες πέραν των 48 ωρών (ΠΟΑΣ) ανέφεραν κυρίως συμπτώματα από :

- Τον θώρακα & την κοιλία
- Δυσκολία στην αναπνοή
- Δυσκολία στην κατάποση ή κόμπο στο λαιμό

Άτομα με Οξεία Αντίδραση Στρες (ΟΑΣ σύμφωνα με ICD-10) ανέφεραν κυρίως :

- Διαταραχή της προσοχής και συγκέντρωσης
- Υπερβολική θλίψη
- Μυϊκή ένταση
- Αστάθεια ή & Ζάλη

Το 1^ο συμπέρασμα που μπορεί να εξαχθεί από τις έρευνες μας είναι ότι η εμφάνιση οξείας αντίδρασης στρες σε άτομα που βιώνουν έναν καταστροφικό σεισμό σχετίζεται με την ένταση του φόβου επικείμενου θανάτου κατά την διάρκεια του συμβάντος (κάθε άτομο ζει την ένταση και τον φόβο του σεισμού μόνο του και αντιλαμβάνεται τα συναισθήματα με βάση υποκειμενικά κριτήρια), με το μέγεθος του άγχους ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας και με την αύξηση του άγχους μετασεισμικά. Η καταστροφή και η έννοια του φόβου και του θανάτου είναι ένα προσωπικό βίωμα.

Το 2^ο συμπέρασμα που εξάγεται είναι ότι η ένταση της οξείας αντίδρασης στρες σχετίζεται με την ετοιμότητα του ατόμου για ανάπτυξη έντονων νευροφυτικών και άλλων συμπτωμάτων και από την προσωπική υπαρξιακή ανασφάλεια που βιώνει σαν εγκατάλειψη από τον θεό. Δηλαδή την στιγμή της εμπίωσης της απειλής του θανάτου υπό το βάρος αυτής της μεταφυσικής εμπειρίας το άτομο γυρνάει σε πολύ αρχικά και πρώιμα στάδια της εξελικτικής ανάπτυξης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

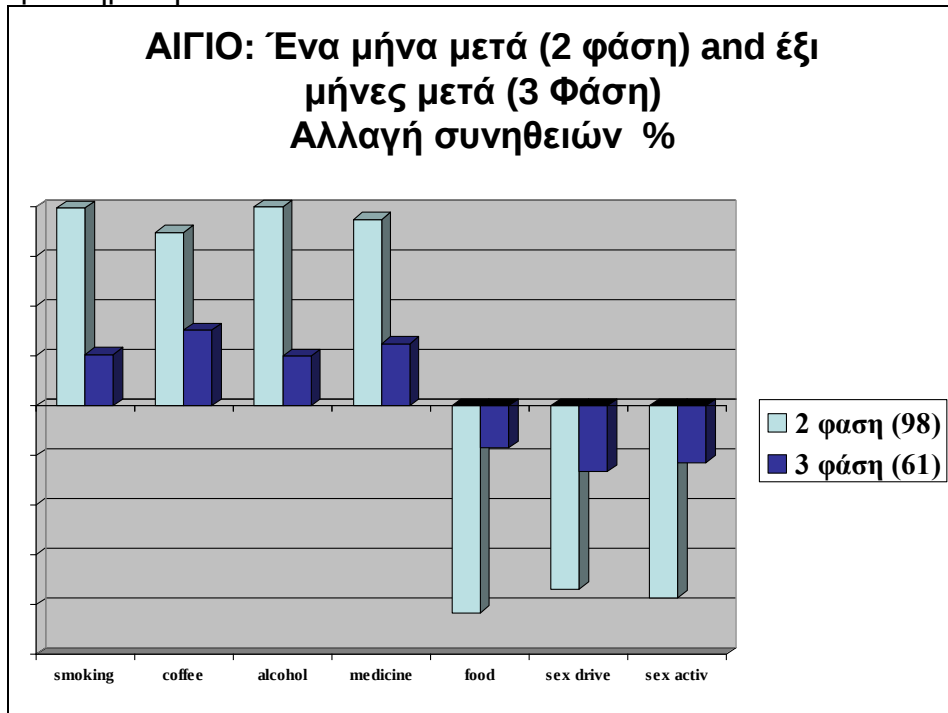
A. Οι Σεισμοπαθείς αναπτύσσουν περισσότερο Παρατεταμένη Οξεία Αντίδραση Στρες (ΠΟΑΣ)

B. Άτομα με ΠΟΑΣ αναφέρουν κυρίως :

- Γενικά συμπτώματα
(Μουδιάσματα ή Αίσθημα ζέστης –κρύου)
- Συμπτώματα από τον θώρακα
(Δυσκολία στην αναπνοή,
Πόνο ή δυσφορία στο στήθος)
- Συμπτώματα κοιλίας
(Ναυτία ή κοιλιακή δυσφορία)

Τώρα σχετικά με την αλλαγή των συνηθειών, οι οποίες παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο μετά από καταστροφικά γεγονότα, όσον αφορά τον σεισμό του Αιγίου, είναι χαρακτηριστική η αύξηση του καπνίσματος. Ιδιαίτερα στην Ελλάδα φαίνεται ότι ο ελληνικός

πληθυσμός είναι πολύπαθος καθώς έχουν καταγραφεί μεγάλες αυξήσεις στον αριθμό τσιγάρων ανά ημέρα, ειδικότερα μάλιστα στις γυναίκες. Επίσης παρατηρείται μια αύξηση της χρήσης καφέ και φαρμάκων ενώ παράλληλα μειώνεται η σεξουαλική επιθυμία και η σεξουαλική δραστηριότητα.

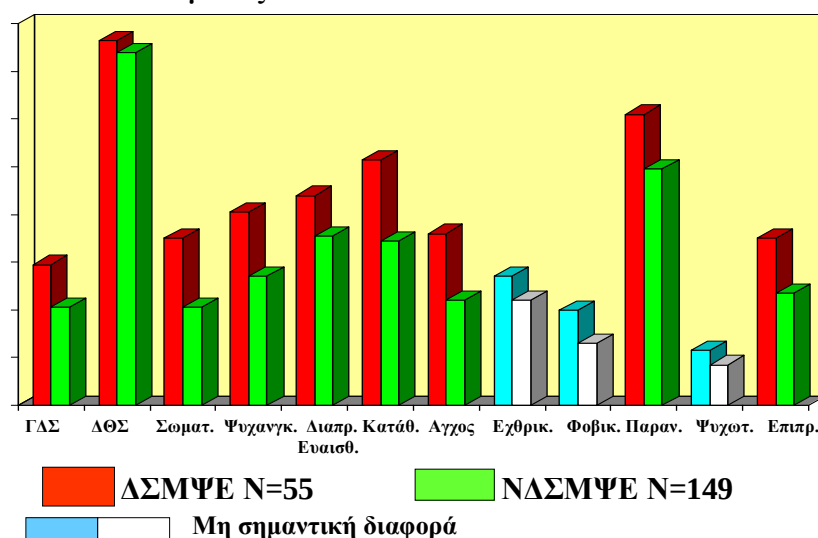


Όσον αφορά τις απώτατες επιδράσεις της διαταραχής στρες (6 έτη μετά το καταστροφικό συμβάν) αυτές περιλαμβάνουν την παρατεταμένη διαταραχή στρες και την μετατραυματική διαταραχή στρες (post traumatic stress disorder). Στην συγκεκριμένη έρευνα που αναφέρουμε, ομάδα ψυχιάτρων και κοινωνικών λειτουργών επισκέφθηκε το Αίγιο (6 έτη μετά) για να εκτιμήσει την Διαταραχή στρες μετά από Ψυχοτραυματική Εμπειρία (ΑΣΜΨΕ) σε δείγμα 204 κατοίκων που έζησαν το σεισμό και παρέμειναν στο Αίγιο όλο το χρονικό διάστημα μέχρι την επίσκεψη. Το θέμα της ανάλυσης σχετικά με το τι είναι το μετατραυματικό στρες χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή. Και στην πρακτική μας εμπειρία στο Αιγηνίτιο διαπιστώνουμε ότι το 30% των ασθενών που βιώνουν στρες ή κατάθλιψη έχουν περάσει κάποια ψυχοτραυματική εμπειρία ένα περίπου χρόνο πριν την εκδήλωση των συμπτωμάτων. Για αυτήν την σύνδεση χρησιμοποιούμε ερωτηματολόγια και πιστεύω ότι και εμπειρικά θα καταλήξουμε σε αυτήν την διαπίστωση.

Στόχος της επίσκεψης της ψυχιατρικής ομάδας ήταν :

- A) η παρακολούθηση της εξέλιξης των διαταραχών στρες και
- B) η διερεύνηση των μακροπρόθεσμων ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων.

ΑΙΓΙΟ 2001: Απώτερη Μετακαταστροφική Περίοδος
Υποκλίμακες ψυχοπαθολογίας στην SCL-90
μεταξύ ΔΣΜΨΕ και ΝΔΣΜΨΕ



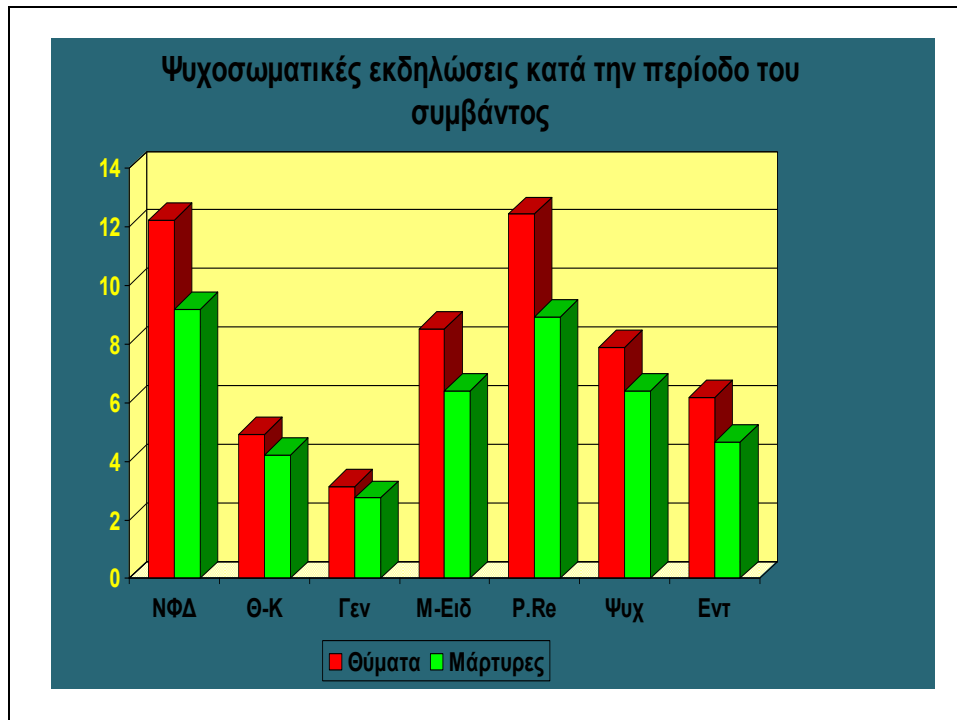
Στο διάγραμμα που παρουσιάζεται διαφαίνεται η εξέλιξη της ψυχοπαθολογίας στα άτομα που βίωσαν τον σεισμό της Αιγιαλείας. Σημαντικό είναι το γεγονός ότι στο 29% των ατόμων του δείγματος συνέχιζε 6 έτη μετά το σεισμό να εμφανίζεται αμείωτη ψυχοπαθολογία με την μορφή διαταραχής μετατραυματικού στρες. Πρακτικά αυτό σημαίνει ότι το ¼ του πληθυσμού είχε ψυχιατρικά προβλήματα και ψυχιατρικές διαταραχές που χρήζουν παρέμβασης και μέριμνας. Χαρακτηριστικά υψηλά μάλιστα ήταν τα επίπεδα κατάθλιψης στα άτομα που εμφάνιζαν αμείωτες διαταραχές μετά την τραυματική εμπειρία.

Η πλειοψηφία αυτών των ατόμων που συνέχιζαν να εμφανίζουν ψυχοπαθολογία 6 έτη μετά, ήταν γυναίκες. Δεν γνωρίζουμε για ποιόν ακριβώς λόγο συμβαίνει αυτό. Ίσως να μπορεί να αποδοθεί σε προδιαθεσικούς παράγοντες. Οι γυναίκες αυτές είχαν υψηλότερο άγχος στην παρούσα κατάσταση (6 έτη μετά), είχαν περισσότερους και εντονότερους δείκτες στις κλίμακες του SCL-90 και είχαν υψηλότερο νευρωτισμό στην Βραχεία κλίμακα Eysenck.

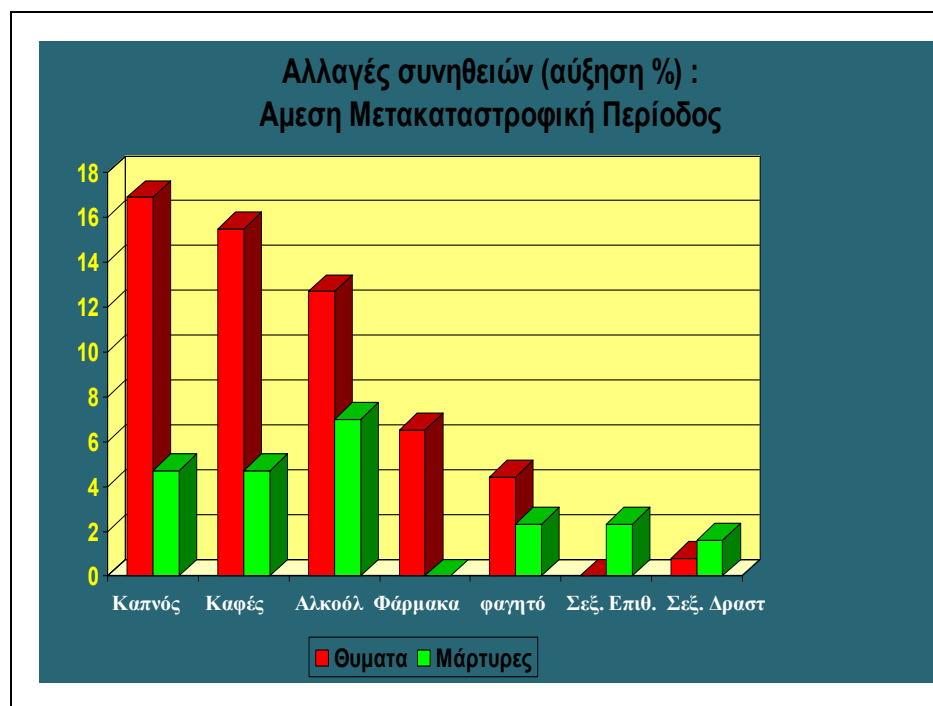
Εδώ θα ήθελα να τονίσω ότι οι κοινωνίες ανάλογα με το πλαίσιο και την εποχή συνεισφέρουν στην ανάπτυξη κάποιων παραγόντων ψυχοπαθολογίας. Π.χ. παλαιότερα οι άνθρωποι ανέπτυσσαν περισσότερα οιστροινικά στοιχεία ενώ σήμερα εμφανίζουν περισσότερα ψυχοπαθητικά συμπτώματα προκειμένου να επιβιώσουν.

Για τα αποτελέσματα της έρευνας υλοποιήσαμε ανάλυση παλινδρόμησης και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ενεργός διαταραχή στρες μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία σχετίζεται θετικά με τον Νευρωτισμό και με ελάσσονα Ψυχολογικά Προβλήματα σε άτομα αστικής σειсмоπαθούς περιοχής μετά από καταστροφικό σεισμό. Αυτό σημαίνει ότι τα άτομα αυτά εμφάνισαν περισσότερα νευρωσικά στοιχεία από ότι άλλα ψυχοπαθολογικά στοιχεία, δηλαδή ήταν μάλλον διεκδικητικές προσωπικότητες.

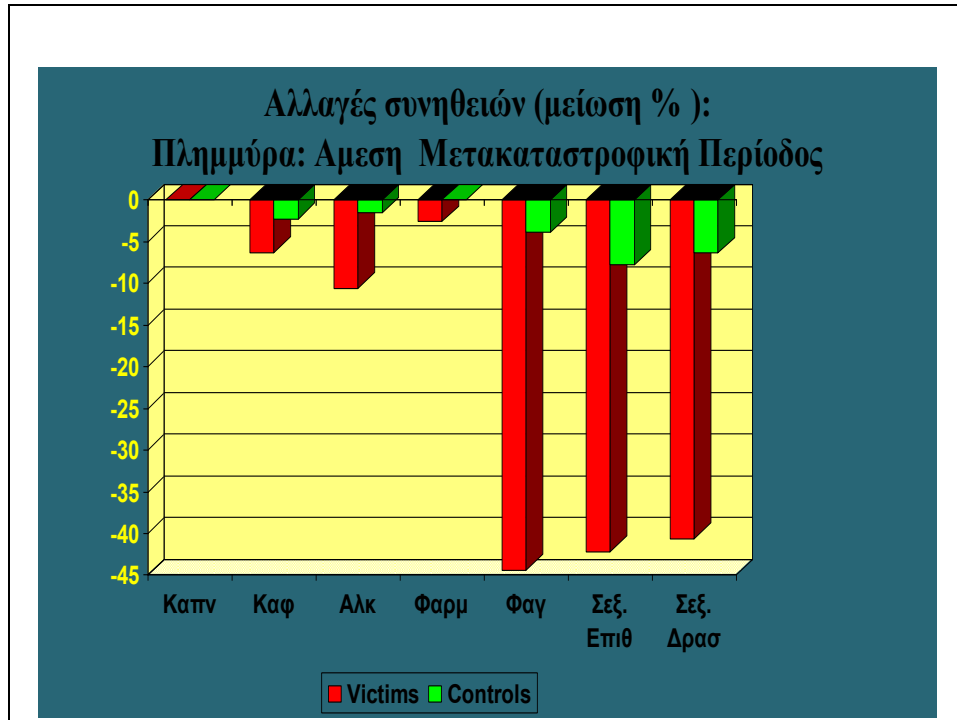
Στο τελευταίο μέρος της παρουσίασης μου θα αναφερθώ στις ψυχολογικές επιπτώσεις μιας πλημμύρας κατά την άμεση μετακαταστροφική περίοδο. Μολονότι αποτελεί μια διαφορετική καταστροφή με βάση την ανάλυση των αποτελεσμάτων, βλέπουμε ότι επιφέρει παρόμοιες ψυχολογικές επιπτώσεις με την προηγούμενη περίπτωση αν και σε πιο περιορισμένο βαθμό. Επίσης και σε αυτά τα άτομα καταγράφηκε μια πολύ μεγάλη αύξηση της οξείας διαταραχής στρες.



Η πολλαπλή γραμμική ανάλυση παλινδρόμησης έδειξε ότι η εμφάνιση οξείας αντίδρασης στο στρες σχετίζεται με το φύλο (θήλυ), την προϋπαρξη ψυχικών ασθενειών, την βλάβη της υγείας από την καταστροφή και το αίσθημα εγκατάληψης από τις αρχές.



Στην περίπτωση της πλημμύρας, το 15% των πληγέντων διαγνώστηκαν ότι υπέφεραν από μετατραυματική διαταραχή στρες σε αντίθεση με το 27% των ατόμων που διαγνώστηκαν με τα ίδια συμπτώματα στην περίπτωση του σεισμού. Αυτό αξίζει να τονιστεί παράλληλα με την διαπίστωση ότι οι υλικές ζημιές κατά την περίπτωση της πλημμύρας ήταν σαφώς μεγαλύτερες από ότι στην περίπτωση του σεισμού, ωστόσο τα ποσοστά ατόμων με μετατραυματικό στρες ήταν υψηλότερα στην περίπτωση του σεισμού επειδή το γεγονός αυτό γίνεται αντιληπτό ως πιο απειλητικό για την ζωή. Επίσης το γεγονός του σεισμού είχε μεγάλη ένταση και μικρή διάρκεια (δευτερόλεπτα) ενώ η πλημμύρα είχε μεγάλη διάρκεια (8 ώρες) αλλά μικρότερη ένταση.



Ως γενικά συμπεράσματα των ερευνών που υλοποιήσαμε μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι τα τραυματικά γεγονότα προκαλούν άγχος σε διαφορετικά ποσοστά και σε διαφορετική ένταση ανάμεσα στα δύο φύλα.

Θα ήθελα να τονίσω εδώ ότι, ανάλογα στοιχεία διαθέτουμε και για την καταστροφή με τις πυρκαγιές στην Ηλεία, από ένα σύνολο διασωστών και πυροσβεστών και αυτό που διαπιστώθηκε ένα μήνα μετά την πυρκαγιά, ήταν ότι ένα ποσοστό 18% το οποίο είναι ένα πολύ υψηλό ποσοστό, δηλαδή περίπου το 1/5 από αυτούς, είχε διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό γεγονός. Σημαντικό ήταν ότι τα άτομα που είχαν αυτή τη διαταραχή ήταν κυρίως εποχικοί, δηλαδή δεν ήταν μόνιμο προσωπικό, είχαν μία κατώτερη μόρφωση και είχαν κάποιους άλλους μηχανισμούς άμυνας απ'ότι τα άλλα άτομα. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιούσαν σε αυξημένο βαθμό το μηχανισμό της καταπίεσης και της μετάθεσης, γεγονός το οποίο επιβεβαιώνεται και από τη διεθνή βιβλιογραφία (π.χ. μετά από πόλεμο ή ανάλογα γεγονότα).

Τέλος, ένα πολύ σημαντικό στοιχείο που θέλω να τονίσω είναι ότι ο πόλεμος οδηγεί σε μικρότερα ποσοστά μετατραυματικού στρες απ'ότι ο σεισμός. Για τον σεισμό έχουν παρατηρηθεί μέχρι και εξαπλάσια ποσοστά ψυχιατρικών παθήσεων. Σας ευχαριστώ πολύ.

ΕΙΣΗΓΗΣΗ 4^η

«ΔΙΑΣΩΣΤΕΣ ΘΥΜΑΤΩΝ ΜΑΖΙΚΗΣ ΒΙΑΣ. ΤΑ ΠΡΩΤΑ ΕΜΠΕΙΡΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΕΙΡΗΝΕΥΤΙΚΕΣ ΑΠΟΣΤΟΛΕΣ»

ΘΕΩΝΗ - ΦΑΝΗ ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ, ΔΡ. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ, ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ, 414 Σ.Ν.Ε.Ν.

Η παρουσίαση αυτή επικεντρώνεται στους διασώστες θυμάτων μαζικής βίας και πιο συγκεκριμένα στους διασώστες που συνοδεύουν ειρηνευτικές αποστολές ανά τον κόσμο. Πριν ξεκινήσω την παρουσίαση αυτή όμως, θέλω να ευχαριστήσω έναν καλό φίλο και συνάδελφο τον Γιώργο Πέτροβα, στρατιωτικό ψυχίατρο, για την καθοδήγησή του μέσα από την πολύτιμη εμπειρία του από τέτοιες αποστολές, καθώς και για το πολύτιμο υλικό που μου προσέφερε.

Η μαζική βία πάντοτε αφορούσε το ανθρώπινο γένος. Οι καταστροφικές της συνέπειες πάντα επηρέαζαν την ανθρώπινη ζωή και την εθνική σταθερότητα. Η μαζική βία καταλύει τις κρατικές δομές, απειλεί τη δημόσια υγεία καθώς και τις παροχές σίτισης. Αφήνει πίσω της τραυματισμένα θύματα, τόσο σωματικά όσο και ψυχικά.

Η παρουσίαση επικεντρώνεται στους διασώστες των θυμάτων μαζικής βίας, οι οποίοι εκτίθενται συστηματικά σε συνθήκες ακραίου τραυματικού στρες, όπως καταγράφεται μέσα από διεθνείς έρευνες. Κάποιες πρώτες εμπειρικές παρατηρήσεις μας από μέλη των ειρηνευτικών αποστολών του Ελληνικού Στρατού (στελέχη που βέβαια δεν ήταν διασώστες και που έλαβαν υπηρεσίες ψυχικής υγιεινής στο 414 ΣΝΕΝ μετά την επάνοδό τους) συνάδουν με τα πορίσματα των ερευνών αυτών. Ταυτόχρονα, όμως, κινητοποιούν προβληματισμό για την αναγκαιότητα οργάνωσης μιας ευρείας έρευνας στα πλαίσια του Ελληνικού Στρατού, η οποία να μελετά τη συσχέτιση της έκθεσης αυτών των ανθρώπων σε αυτές τις συνθήκες, με την κατάσταση της υγείας τους και τις διαταραχές στρες.

Οι διασώστες θυμάτων στα πλαίσια των ειρηνευτικών αποστολών χρειάζεται να λειτουργήσουν ακολουθώντας τις βασικές αρχές της Στρατιωτικής Ιατρικής :

- Αμεσότητα
- Εγγύτητα
- Προσδοκία
- Απλότητα
- Κεντρικότητα
- Σύντομη Παρέμβαση

Οι επαγγελματίες αυτοί, δηλαδή, χρειάζεται να παρέμβουν άμεσα και να είναι αποτελεσματικοί στο έργο τους κάτω από ακραία στρεσογόνες συνθήκες.

Η παγκόσμια βιβλιογραφία τα τελευταία χρόνια έχει να παρουσιάσει σημαντικές έρευνες που μελετούν τις συνέπειες που υφίστανται τα μέλη των ειρηνευτικών αποστολών και ειδικότερα τα μέλη των διασωστικών ομάδων. Κάνοντας μια συνοπτική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, τα μέλη αυτών των αποστολών εκδηλώνουν με στατιστική σημαντικότητα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα / διαταραχές λόγω της έκθεσής του σε ακραίο στρες.

Πιο συγκεκριμένα, τα συμπτώματα αυτά σχετίζονται με στρεσογόνα ερεθίσματα και περιβαλλοντικές μεταβλητές, με τα συγκεκριμένα καθήκοντα τους, τον τύπο σχεσιοδυναμικής της ομάδας όπου εντάσσονται και με την επιβάρυνση από προηγούμενους στρεσογόνους παράγοντες.

Ας δούμε πιο αναλυτικά τους άξονες επιβάρυνσης των ομάδων διασωστών:

- Συνθήκες υπό τις οποίες οι άνθρωποι αυτοί ζούν και εργάζονται για συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα:

- 1) Έκθεση σε απροσδόκητο φυσικό κίνδυνο
- 2) Έκθεση σε βίαιο θάνατο και ανθρώπινα υπολείμματα
- 3) Έκθεση σε συνθήκες θυμάτων που υποφέρουν

- 4) Έκθεση σε εικόνες μαζικής βίας / θάνατο παιδιών
- 5) Μεταβιβάσεις ή ταύτιση με τα θύματα
- 6) Διλήμματα
- 7) Πολλές ώρες εργασίας, εντατική εργασία, κόπωση
- 8) Δυσμενείς καιρικές συνθήκες
- 9) Έλλειψη υλικοτεχνικής υποδομής / απώλεια ελέγχου
- 10) Ανθρώπινα λάθη
- 11) Πίεση χρόνου

- Σε επίπεδο σχεσιοδυναμικής της ομάδας, παράγοντες που μπορεί να προκαλούν στρες είναι :

- 1) Εσωτερική διαμάχη με την ομάδα
- 2) Σύγχυση ρόλων
- 3) Διακοπή επικοινωνίας με την βάση
- 4) Αίσθηση αποτυχίας της αποστολής
- 5) Αρνητική άποψη για τις αιτίες της καταστροφής (ιδεολογικό υπόβαθρο)
- 6) Διαπολιτισμικές διαφορές μεταξύ διασωστών και θυμάτων / Αρνητική στάση των θυμάτων

-Στον άξονα των προσωπικών επιβαρύνσεων που επιφέρουν στρες, οι έρευνες δείχνουν ότι σε αυτούς συγκαταλέγονται:

- 1) Τραυματισμοί
- 2) Τραυματισμός οικείων προσώπων
- 3) Απώλεια περυσιακών στοιχείων
- 4) Αγχώδεις αντιδράσεις οικείων
- 5) Προϋπάρχον επαγγελματικό στρες
- 6) Χαμηλό επίπεδο ετοιμότητας και επάρκειας
- 7) Προηγούμενες ανάλογες εμπειρίες
- 8) Αρνητικοί αιτιολογικοί προσδιορισμοί
- 9) Χαμηλό επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης
- 10) Ανεπαρκές πλαίσιο στήριξης
- 11) Προηγούμενοι ψυχο-τραυματισμοί.

Οι συνήθεις αντιδράσεις στο στρες είναι :

- υπερδραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος
- η υπεραγρύπνυση και η υπερπροσεξία
- αίσθημα κόπωσης
- διαταραχές ύπνου
- σωματικές ενοχλήσεις
- μείωση των αντιστάσεων του ανοσοποιητικού συστήματος
- μείωση διάθεσης για την λήψη τροφής και μείωση της libido.

Μέσα στο πέρασμα του χρόνου και πηγαίνοντας σε ένα βαθύτερο επίπεδο, συνήθως εμφανίζονται τα παρακάτω συμπτώματα :

- 1) Επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις – αναβιώσεις – όνειρα
- 2) Αποφευκτικότητα – ψυχογενής αμνησία
- 3) Εκσεσημασμένη μείωση ενδιαφέροντος – μείωση ικανότητας άντλησης ικανοποίησης
- 4) Αίσθημα αποξένωσης – περιορισμένο εύρος συναισθήματος – αίσθημα βράχυνσης μέλλοντος
- 5) Αυξημένη διεγερσιμότητα – αυξημένη αντίδραση ξαφνιάσματος – ευερεθιστότητα – δυσκολίες συγκέντρωσης – διαταραχές ύπνου.

Κοινός παρανομαστής των παραπάνω στην πλειοψηφία των ερευνών είναι η χρήση ή και κατάχρηση τοξικών ουσιών (κυρίως αλκοόλ) στην προσπάθεια του ατόμου να πετύχει κάποια αγχώλυση.

Σημαντικό επίσης είναι το γεγονός ότι αναπτύσσεται έντονη διαλλεκτική στην διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με το αν τα παραπάνω συμπτώματα είναι αποκλειστικά συμπτώματα του συνδρόμου μετατραυματικού στρες ή αν αποτελούν ταυτοχρόνως και έκφανση άλλων φαινομένων όπως η επαγγελματική εξουθένωση, η οποία πιθανότατα προϋπήρξε στα άτομα αυτά.

Το 1999 στάλθηκε μια Ελληνική Ειρηνευτική Αποστολή στο Κόσσοβο και το 2002 άλλη μια στάλθηκε στο Αφγανιστάν. Οι αποστολές αυτές πέραν του επιχειρησιακού προσωπικού, στελεχώνονταν επίσης από Ψυχίατρο, Ιατρικό και παρα-Ιατρικό Προσωπικό. Στα πλαίσια του ειρηνευτικού έργου των αποστολών αυτών, περίπου 10.000 πολίτες στο Κόσσοβο και 3.000 πολίτες στο Αφγανιστάν έλαβαν ιατρική φροντίδα.

Μολονότι οι δύο αυτές αποστολές δεν είχαν εξειδικευμένο διασωστικό ρόλο, θα ήταν πολύ σημαντικό τα μέλη τους να αποτελέσουν δείγμα για την κατάστρωση πιλοτικής έρευνας (σε μια πρώτη φάση). Όπως μπορούμε να αντιληφθούμε, οι δείκτες που μπορούν να προκύψουν από μια τέτοια έρευνα θα μπορούσαν να αποτελέσουν ουσιαστικά μεταβλητές για την οργάνωση ενός πρωτοκόλλου (σε βάθος χρόνου), με στόχο:

- την επιλογή προσωπικού για τις αποστολές αυτού του τύπου,
- την εκπαίδευση του επιλεγμένου προσωπικού (τόσο για την καλύτερη τέλεση των καθηκόντων τους, όσο και για την δική τους ψυχοπροφύλαξη),
- την πρόληψη των σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων λόγω της έκθεσής τους σε ακραίο στρες (όσο αυτό μπορεί να είναι δυνατό),
- την άμεση και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες,
- την ευόδωση της προσαρμογής των στελεχών κατά την επάνοδό τους.

Κλείνοντας ας θυμηθούμε ότι στον Προμηθέα Δεσμώτη του Αισχύλου, η Βία και το Κράτος κρατούσαν αιχμάλωτο τον Προμηθέα πάνω στον Καύκασο επιβάλλοντάς του σκληρή ποινή, επειδή έφερε την φωτιά στους ανθρώπους. Σκληρή η ποινή, αλλά και τεράστιο το έργο του Προμηθέα προς την ανθρωπότητα. Η βία στις ημέρες μας απλώνεται παντού. Ομάδες ειρηνευτικές και ομάδες διασωστών είναι το αίτημα της σύγχρονης εποχής. Η έρευνα αυτής της νέας πρακτικής και αναγκαιότητας στα πλαίσια και του Ελληνικού Στρατού (σε επίπεδο οργάνωσης, πρόληψης και αντιστάθμισης) μπορεί να μας καταστήσει «προμηθείς» και όχι «επιμηθείς».

Ευχαριστώ.

ΕΙΣΗΓΗΣΗ 5^η

«Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΣΤΙΣ ΜΑΖΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΕΣ. – ΠΡΟΤΑΣΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΟΜΑΔΑΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ»

ΟΡΕΣΤΗΣ ΓΙΩΤΑΚΟΣ, ΑΡΧΙΑΤΡΟΣ, ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ, ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ 414 ΣΝΕΝ – ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΤΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΩΝ ΕΝΟΠΛΩΝ ΔΥΝΑΜΕΩΝ.

Θα σας παρουσιάσω συνοπτικά το έργο της γραμμής τηλεφωνικής στήριξης και επίσης τις προοπτικές ανάπτυξής της, ώστε να μπορέσει να κάνει παρέμβαση στην κρίση.

Η ταυτότητα της Γραμμής

- 5 χρόνια λειτουργίας
- 7.000 κλήσεις
- Λειτουργεί καθημερινά, σε 24ωρη βάση
- Στελεχώνεται από 8 ψυχολόγους
- 3μελής Επιστημονική Επιτροπή
- Έδρα: 414 ΣΝΕΝ, Πεντέλη.
- Υπουργείο Εθνικής Άμυνας, Γενική Δνση Οικονομικού Σχεδιασμού & Υποστήριξης, Δνση Ανθρώπινου Δυναμικού & Περιβάλλοντος, Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού.

Τα τηλέφωνα της Γραμμής :

- 210 8105068
- 800-114-555-1 (Στρατός)
- 800-114-555-2 (Αεροπορία)

Η ταυτότητα της γραμμής με λίγα λόγια λειτουργεί εδώ και πέντε χρόνια, έχει δεχτεί 7.000 κλήσεις, λειτουργεί καθημερινά σε 24ωρη βάση, στελεχώνεται από 8 ψυχολόγους, υποστηρίζεται από μία τριμελή επιστημονική επιτροπή, έχει ως έδρα το 414 ΣΝΕΝ στην Πεντέλη, και διοικητικά υπάγεται στο Υπουργείο Εθνικής Άμυνας, στη Γενική Διεύθυνση Οικονομικού Σχεδιασμού & Υποστήριξης, Διεύθυνση Ανθρώπινου Δυναμικού και Περιβάλλοντος, στο Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού. Τα Τηλέφωνα της Γραμμής είναι: 2108105068 και για το Σώμα Ξηράς το τηλέφωνο 8001145551, ενώ για την Αεροπορία είναι το τηλέφωνο 8001145552.

Στοχεύει με λίγα λόγια, στην καλύτερη δυνατή ένταξη του ατόμου στο ιδιότυπο στρατιωτικό περιβάλλον, υποστηρίζοντας και αξιοποιώντας το υπάρχον δυναμικό. Παράλληλα ενδυναμώνεται ο ανθρωποκεντρικός χαρακτήρας των Ενόπλων Δυνάμεων. Σε διεθνές επίπεδο έχουν αναφερθεί τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα αυτών των γραμμών και τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί αντίστοιχες γραμμές και στην υπόλοιπη Ελλάδα.

Πλεονεκτήματα

- Εναλλακτικός τρόπος παροχής ψυχολογικών υπηρεσιών
- Άμεσες ψυχολογικές υπηρεσίες,
- Υπηρεσίες χωρίς οικονομική επιβάρυνση,
- Δυνατότητα πρόσβασης ακόμα και σε άτομα που δυσκολεύονται να μετακινηθούν λόγω σωματικής αδυναμίας, έλλειψης χρόνου, κόστους ή επειδή βρίσκονται σε απομακρυσμένες περιοχές,
- Υπηρεσίες σε άτομα που,δυσκολεύονται να βρεθούν πρόσωπο με πρόσωπο με τον θεραπευτή,
- Διαφυλάσσεται η ανωνυμία του καλούντος,
- Δυνατότητα στον χρήστη της γραμμής να μιλήσει πιο ελεύθερα, ανοικτά και με ειλικρίνεια από ότι στην «κατά πρόσωπο» συνεδρία.

Στα πλεονεκτήματά τους εντάσσονται:

- 1) Εναλλακτικός τρόπος παροχής ψυχολογικών υπηρεσιών,
- 2) Άμεσες ψυχολογικές υπηρεσίες,
- 3) Υπηρεσίες χωρίς οικονομική επιβάρυνση,
- 4) Δυνατότητα πρόσβασης ακόμα και σε άτομα που δυσκολεύονται να μετακινηθούν λόγω πνευματικής αδυναμίας, έλλειψης χρόνου, ή επειδή βρίσκονται σε απομακρυσμένες περιοχές,
- 5) Υπηρεσίες σε άτομα που δυσκολεύονται να βρεθούν πρόσωπο με πρόσωπο με τον θεραπευτή,
- 6) Διαφυλάσσεται η ανωνυμία του καλούντος,
- 7) Δυνατότητα στο χρήστη της γραμμής να μιλήσει πιο ελεύθερα, ανοιχτά και με ειλικρίνεια.

Μειονεκτήματα

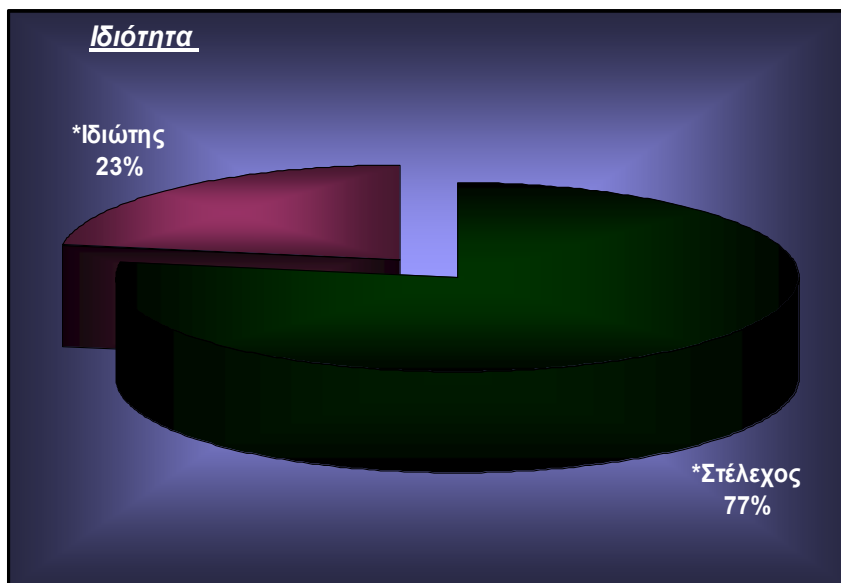
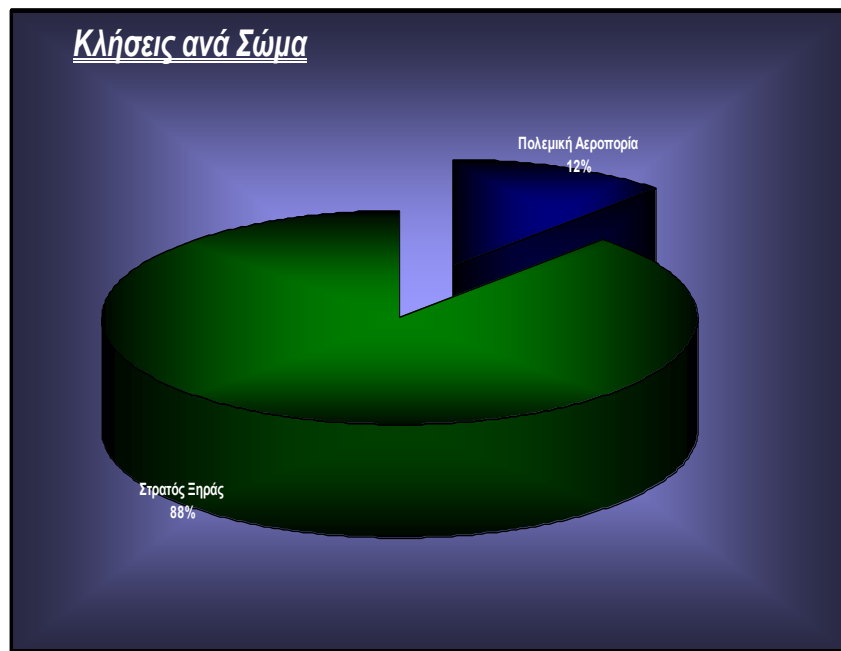
- Λείπει η προσωπική επαφή,
- δύσκολια δόμησης θεραπευτικής συμμαχίας
- κυριαρχεί περισσότερο το φανταστικό στοιχείο
- απουσιάζουν τα χαρακτηριστικά της μη-λεκτικής επικοινωνίας
- ο ειδικός δυσκολεύεται να αξιολογήσει ολοκληρωμένα τη σοβαρότητα και επικινδυνότητα μιας κλήσης,
- δυσκολία ως προς τη συνέχεια των συνεδριών και τη σύναψη θεραπευτικού συμβολαίου,
- δυσκολία αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης, καθώς δεν υπάρχει δυνατότητα για follow-up.

Στα μειονεκτήματα εντάσσεται ότι λείπει η προσωπική επαφή, ότι υπάρχει δυσκολία δόμησης θεραπευτικής συμμαχίας, ότι κυριαρχεί περισσότερο το φανταστικό στοιχείο, ότι

απουσιάζουν τα χαρακτηριστικά της μη-λεκτικής επικοινωνίας, ο ειδικός δυσκολεύεται να αξιολογήσει ολοκληρωμένα τη σοβαρότητα και την επικινδυνότητα μιας κλήσης, υπάρχει δυσκολία ως προς τη συνέχεια των συνεδριών και τη σύναψη θεραπευτικών συμβολαίων και υπάρχει δυσκολία αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης, καθώς δεν υπάρχει η δυνατότητα για follow-up.

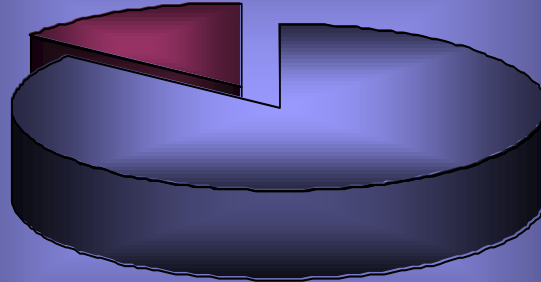
Ο χαρακτήρας της γραμμής είναι κυρίως υποστηρικτικός και συμβουλευτικός σε θέματα που σχετίζονται με την προσαρμογή του ατόμου στο στρατιωτικό περιβάλλον, τη ψυχική υγεία, προβλήματα συμπεριφοράς, τις διαπροσωπικές σχέσεις, καθώς και με καταστάσεις κρίσεων. Ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες και τις ανάγκες του περιστατικού, μπορεί να γίνει παραπομπή στο γιατρό της μονάδας, στην ΟΨΜ, στο 414 ΣΝΕΝ, ή σε κάποιον άλλο φορέα.

Μέσα από τις διαφάνειες που ακολουθούν θα επιχειρήσουμε μια γρήγορη αναφορά στη δουλειά που έχει γίνει μέχρι τώρα:



Φύλο

Γυναίκες
14%

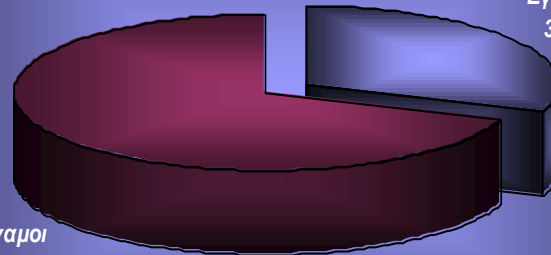


Ανδρες
86%

■ Ανδρες ■ Γυναίκες

Οικογενειακή Κατάσταση 1

Έγγαμοι
31%

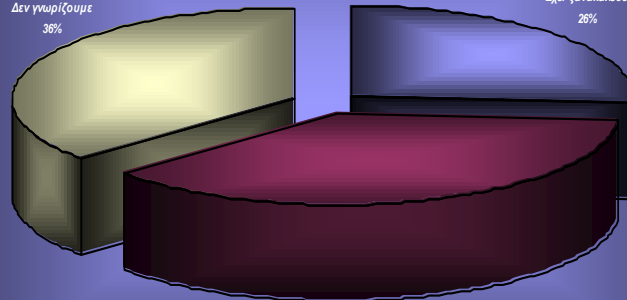


Άγαμοι
69%

■ Έγγαμοι ■ Άγαμοι

Έχει ξανακαλέσει στη Γραμμή sos

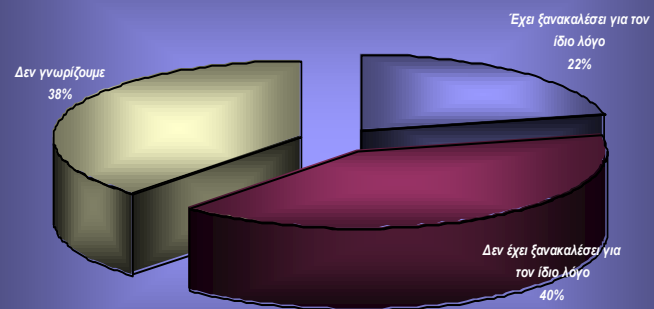
Δεν γνωρίζουμε
36%



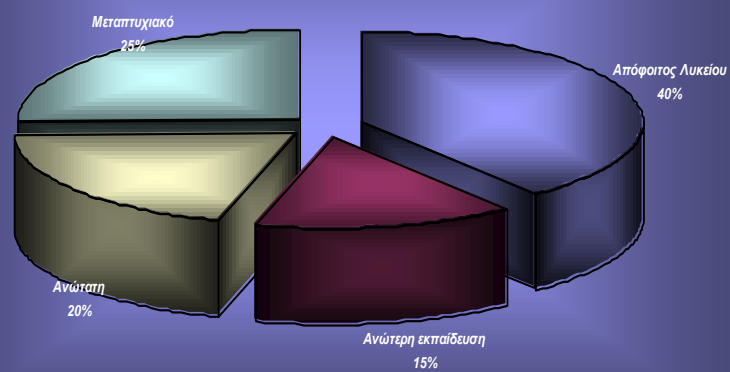
Έχει ξανακαλέσει
26%

Δεν έχει ξανακαλέσει
38%

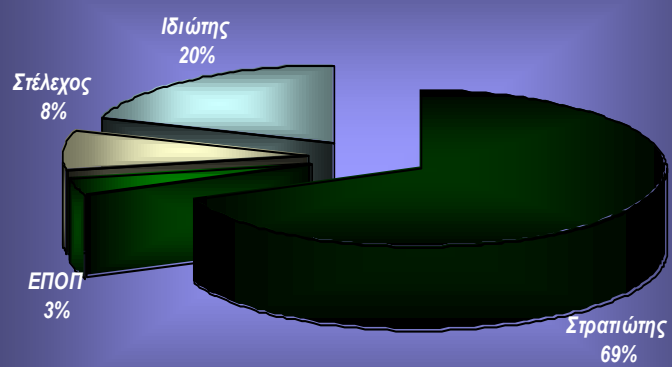
Έχει ξανακαλέσει για τον ίδιο λόγο



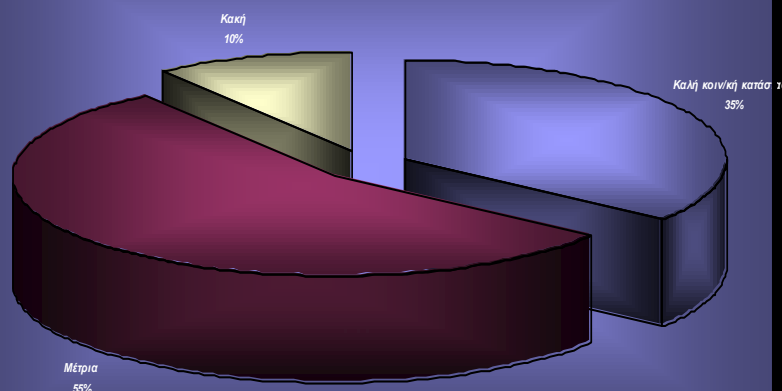
Εκπαίδευση



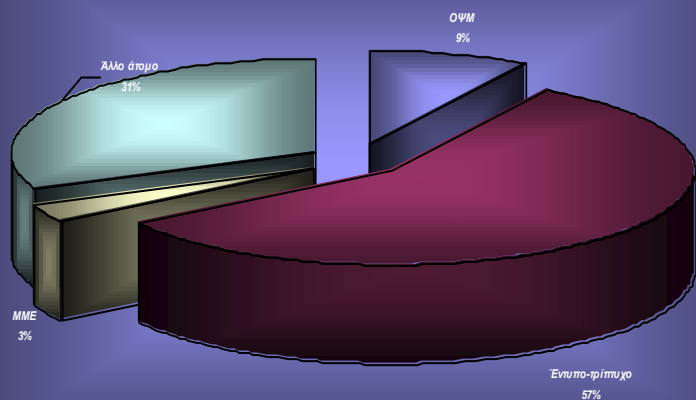
Ιδιότητα



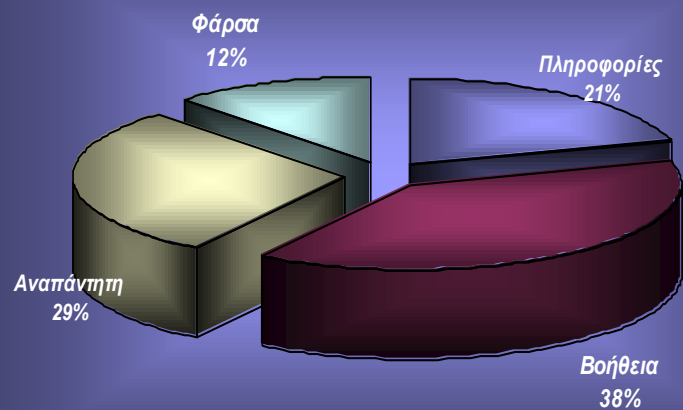
Κοινωνικό - οικονομική Κατάσταση



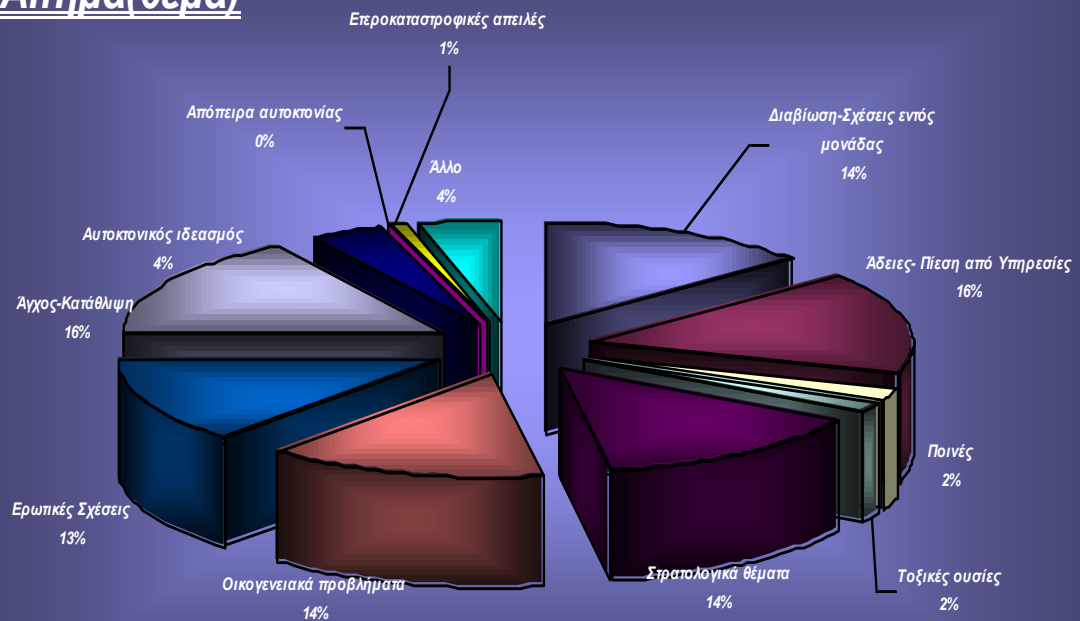
Πηγή Πληροφόρησης



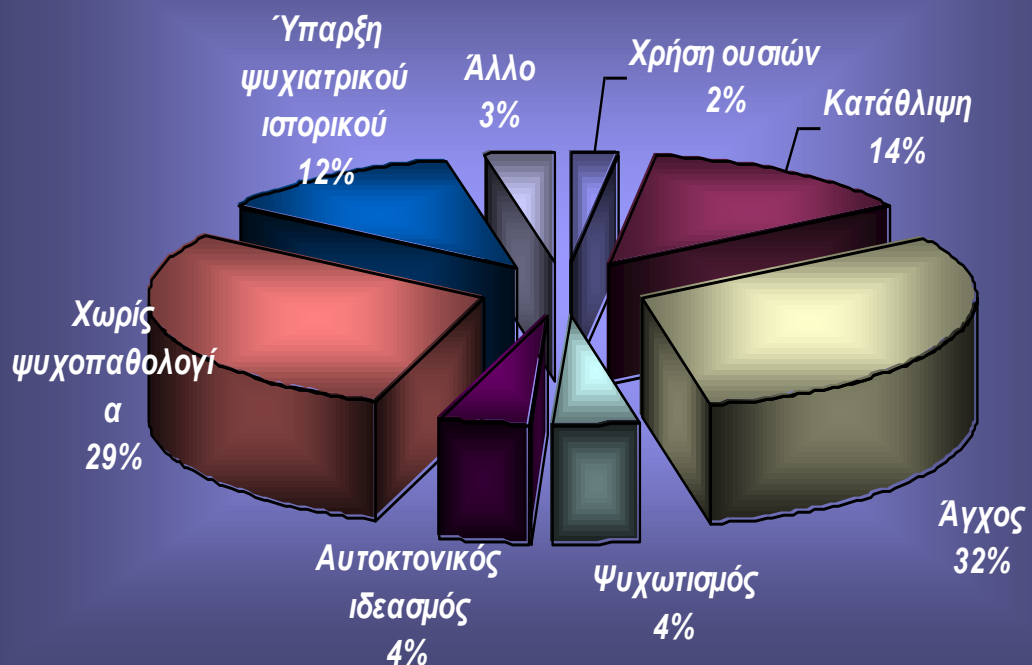
Αίτημα (είδος)



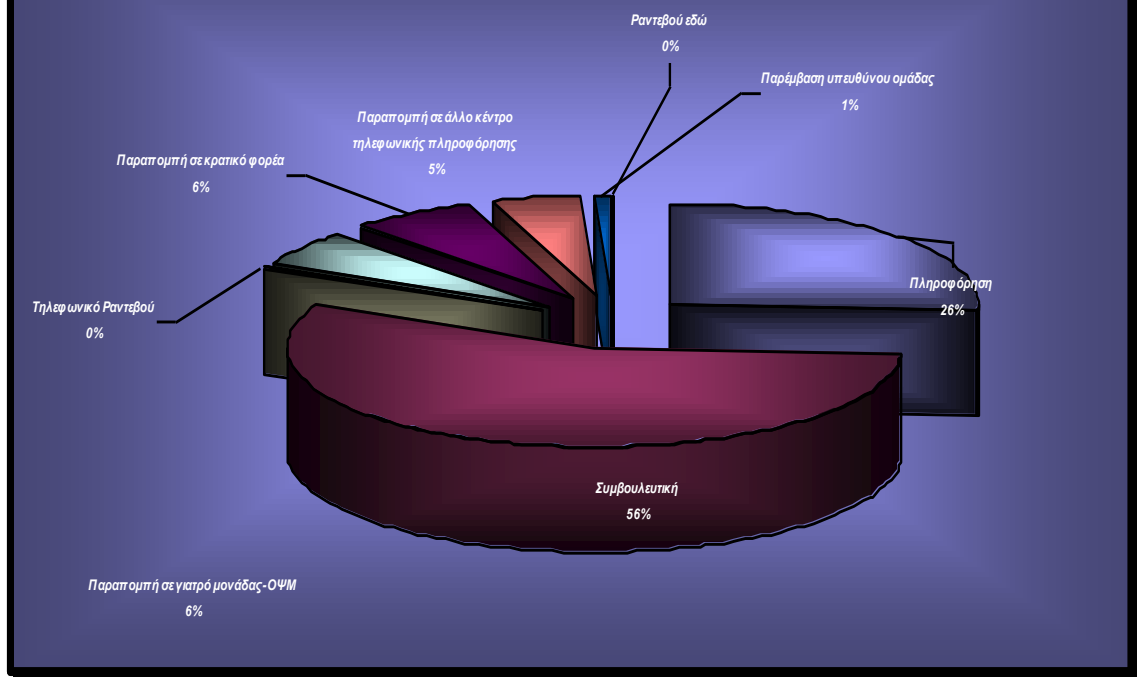
Αίτημα(θέμα)



Διαφαινόμενη Ψυχοπαθολογία



Παρέμβαση



Το 88% των κλήσεων αφορά το Στρατό Ξηράς και το υπόλοιπο την Πολεμική Αεροπορία. Ως προς την ιδιότητα των καλούντων, 23% είναι ιδιώτες, και το 77% αφορά στελέχη. Ως προς τις κλήσεις ανα βάρδια, το 37% αφορά κλήσεις απο τις 15:15 - 21:30, το 22% κλήσεις απο τις 21:30 – 03:15 και το υπόλοιπο 41% αφορά κλήσεις απο τις 03:15 – 15:15. Ως προς την οικογενειακή κατάσταση το 69% είναι άγαμοι, ενώ το 31% ήταν έγγαμοι. Ως προς το αν έχει ξανακαλέσει στη γραμμή, οι περισσότεροι έχουν ξανακαλέσει, ως προς το αν ξανακαλούν για τον ίδιο λόγο, οι περισσότεροι δεν έχουν ξανακαλέσει για τον ίδιο λόγο. Ως προς την οικονομική κατάσταση, οι μισοί περίπου ανήκουν στα μεσαία στρώματα. Ως προς την πηγή πληροφόρησης για την γραμμή, οι περισσότεροι πληροφορήθηκαν την ύπαρξη της από το σχετικό έντυπο που διανέμεται. Ως προς την διαφαινόμενη ψυχοπαθολογία το 1/3 δεν φαίνεται να έχει ενδείξεις ψυχοπαθολογίας, το 1/3 περίπου παρουσιάζει άγχος και το 4% παρουσιάζει αυτοκτονικό ιδεασμό. Ως προς την παρέμβαση, αυτή είναι κυρίως συμβουλευτική και εστιάζεται περισσότερο στην πληροφόρηση και στην ενημέρωση.

Βασικές αρχές Παρέμβασης στην Κρίση

- **Παρεμβαίνουμε άμεσα:** Επί τόπου παρουσία του προσωπικού επείγουσας ψυχικής υγείας, όσο το δυνατόν πιο σύντομα, είναι ιδιαίτερα σημαντική.
- **Σταθεροποιούμε:** Σταθεροποίηση των θυμάτων ή της κοινότητας-θύματος με την ενεργό κινητοποίηση πόρων και υποστηρικτικών δικτύων.
- **Διευκολύνουμε την κατανόηση:** 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 (Problem-Solving):** Ενεργητική υποστήριξη των θυμάτων ώστε να χρησιμοποιήσουν τους διαθέσιμους πόρους και να ανακτήσουν τον έλεγχο
- **Ενθαρρύνουμε την αυτονομία:** Έμφαση στην αποκατάσταση της εμπιστοσύνης των θυμάτων στον εαυτό τους, ώστε να αναπτύξουν τις στρατηγικές για την επίλυση των θεμάτων

Ο απώτερος στόχος της γραμμής είναι κάτι το οποίο ήδη κάνει, δηλαδή η παρέμβαση στην κρίση. Ως παρέμβαση στην κρίση ορίζεται 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 (π.χ. περιστατικά πένθους).

Οι βασικές αρχές παρέμβασης στην κρίση είναι :

- Να παρεμβαίνουμε άμεσα
- Να σταθεροποιούμε
- Να διευκολύνουμε την κατανόηση
- Να ενθαρρύνουμε την αυτονομία του ατόμου

Στρατηγικές

- **προετοιμασία** πριν την κρίση
- **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
- παρέμβαση σε οξεία κρίση για μεμονωμένα άτομα
- σύντομες συζητήσεις σε μικρές ομάδες (defusings) που βοηθούν στη μείωση οξέων συμπτωμάτων
- παρέμβαση σε οικογένειες
- παρεμβάσεις οργανωτικού χαρακτήρα
- παραπομπές για περαιτέρω ψυχολογική αξιολόγηση και θεραπεία, όπου ενδείκνυται.

Στρατηγικές:

- Προετοιμασία για την κρίση
- Οργάνωση και ενημέρωση
- Αξιοποίηση της τεχνολογίας

1) Μέσω βιντεοδιάσκεψης, ηλεκτρονικού ψυχιατρικού φακέλου, υπηρεσιών μέσω internet

2) Ηλεκτρονικός ψυχιατρικός φάκελος

3) Υπηρεσίες μέσω ίντερνετ

Παράλληλα με τα παραπάνω θα μπορούσαν να υπάρχουν υπηρεσίες τηλεδιοίκησης και τηλεπαρέμβασης, υπηρεσίες που απαιτούν την άμεση επικοινωνία του χρήστη με τον ειδικό, υπηρεσίες που απαιτούν την συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών της ψυχικής υγείας ή μεταξύ επιστημόνων διαφορετικών ειδών και υπηρεσίες παροχής πληροφοριών προς τους χρήστες.

Πρόταση

- Θεσμοθέτηση ανάπτυξης δράσεων της Γραμμής Ψυχολογικής Στήριξης για την αντιμετώπιση περιστατικών κρίσης, όπως περιστατικά πένθους, ατυχημάτων, μαζικών καταστροφών, μαζικής βίας, κλπ.
- Τυποποίηση του ρόλου της ομάδας, των αρχών της αποστολής της, των υποχρεώσεων των μελών της, καθώς και των διαδικασιών διεκπεραίωσης.
- Τα μέλη της ομάδας (ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοιν λειτουργοί) θα πρέπει να έχουν λάβει εκπαίδευση σε θέματα παρέμβασης στην κρίση. Επίσης να έχουν εμπειρία σε θέματα κοινοτικής ψυχιατρικής και διοίκησης.

Η πρότασή μας λοιπόν είναι η θεσμοθέτηση ανάπτυξης δράσεων της Γραμμής Ψυχολογικής Στήριξης για την αντιμετώπιση περιστατικών κρίσης, όπως περιστατικά πένθους, ατυχημάτων, μαζικών καταστροφών, μαζικής βίας, κλπ. Επίσης η τυποποίηση του ρόλου της ομάδας, των αρχών της αποστολής της, των υποχρεώσεων των μελών της καθώς και των διαδικασιών διεκπεραίωσης. Τέλος τα μέλη της ομάδας θα πρέπει να έχουν λάβει εκπαίδευση σε θέματα παρέμβασης στην κρίση και να έχουν εμπειρία σε θέματα κοινοτικής ψυχιατρικής και διοίκησης. Στην ομάδα θα πρέπει να ενσωματώνονται διάφορα είδη επαγγελματιών υγείας, π.χ. κοινωνικοί λειτουργοί και επισκέπτες υγείας. Προς το παρόν, οι ομάδες αυτές στελεχώνονται ως επί το πλείστον από Ψυχιάτρους και ελάχιστους Ψυχολόγους.

Πρόταση ...

- Κατά την ανάληψη του εκάστοτε περιστατικού, άμεση επικοινωνία του Κέντρου Διαχείρισης Κρίσης με τον επιστημονικά υπεύθυνο της Γραμμής, με σκοπό την ενημέρωση για τις λεπτομέρειες του περιστατικού, καθώς και την περιγραφή των στόχων της αποστολής.
- Ο επιστημονικά υπεύθυνος έχει την ευθύνη αξιολόγησης των πληροφοριών, συγκρότησης των απαιτούμενων μελών της ομάδας και καθορισμού του θεραπευτικού πλάνου αντιμετώπισης.
- Στη διάρκεια της αποστολής η ομάδα ενεργεί σύμφωνα με το θεραπευτικό πλάνο που τέθηκε, ανάλογα με τις ανάγκες του περιστατικού.
- Σε όλη τη διάρκεια της αποστολής, υπάρχει η δυνατότητα διασύνδεσης του επιστημονικά υπεύθυνου με το Κέντρο Διαχείρισης Κρίσης, με στόχο την αμφίπλευρη ενημέρωση για την πορεία της αποστολής.

Κατά την ανάληψη του εκάστοτε περιστατικού θα πρέπει να υπάρχει άμεση επικοινωνία του κέντρου διαχείρισης κρίσεως με τον επιστημονικά υπεύθυνο της γραμμής, με σκοπό την ενημέρωση για τις λεπτομέρειες του περιστατικού, καθώς και για την περιγραφή των στόχων της αποστολής. Ο επιστημονικά υπεύθυνος, θα πρέπει να έχει την ευθύνη αξιολόγησης των πληροφοριών, συγκρότησης των απαιτούμενων μελών της ομάδας, και καθορισμού του θεραπευτικού πλάνου αντιμετώπισης. Στη διάρκεια της αποστολής, η ομάδα θα πρέπει να ενεργεί, σύμφωνα με το θεραπευτικό πλάνο που τέθηκε και ανάλογα με τις ανάγκες του περιστατικού. Τέλος, σε όλη τη διάρκεια της αποστολής, θα πρέπει να υπάρχει δυνατότητα διασύνδεσης του επιστημονικά υπεύθυνου, με το κέντρο διαχείρισης κρίσης με σκοπό την αμφίπλευρη ενημέρωση για την πορεία της αποστολής.

Συμπέρασμα

Ομάδα Παρέμβασης στην Κρίση

- Τηλ Γραμμή Ψυχ Στήριξης
 - Υπηρεσίες Τηλε-ψυχιατρικής
 - Ομάδα παρέμβασης στην Κρίση
1. Αυτονομία
 2. Στενή διασύνδεση με Κέντρο Διαχείρισης Κρίσης

Συμπερασματικά, η ομάδα παρέμβασης στην κρίση, συμπεριλαμβάνει και την τηλεφωνική γραμμή ψυχολογικής στήριξης και τις υπηρεσίες τηλε-ψυχιατρικής και την ομάδα παρέμβασης στην κρίση. Οι 3 αυτοί φορείς ενεργούν αυτόνομα, αλλά παράλληλα βρίσκονται σε στενή διασύνδεση με το κέντρο διαχείρισης της κρίσης. Ευχαριστώ.