

Α. Τ. Ε. Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΘΕΜΑ:

**«Η ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ
ΩΣ ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ»**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΥ ΣΟΦΙΑ

ΛΙΑΚΟΥ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΘΑΝΟΣ

ΠΑΤΡΑ, 2004



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	4108
----------------------	------

Μετέχουσες Σπουδάστριες

Βασιλοπούλου Σοφία

Λιάκου Ελευθερία

Υπεύθυνος Καθηγητής

Παπαδημητρίου Θάνος

Πτυχιακή εργασία για τη λήψη πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Α.Τ.Ε.Ι.) Πάτρας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<u>ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ</u>	5
<u>ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ</u>	6
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1</u>	
A. ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	7
B. ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	8
Γ. ΠΡΟΛΟΓΟΣ	9
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2</u>	
A. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	12
B. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ	16
Γ. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	20
α) ΦΥΛΟ	20
β) ΗΛΙΚΙΑ	22
γ) ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	24
δ) ΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΤΟΠΟΥ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	25
ε) ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	26
στ) ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΤΑΞΗ	27
Δ. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	29
α) Ηλικία	29
β) Φύλο	29
γ) Οικογενειακή κατάσταση	30
δ) Τρόπος ζωής	30

ε) Επαγγελματική κατάσταση	30
στ) Σωματική υγεία	30
ζ) Ψυχική υγεία	31
η) Προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας	31
θ) Επιπλέον παράγοντες	32

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΩΣ ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ

A. ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	33
α) Συγκρότηση των τύπων	38
α.1) Εγωιστική αυτοκτονία	38
α.2) Αλτρουιστική αυτοκτονία	44
α.3) Άνομη αυτοκτονία	49
β) Αποτελέσματα μελέτης	53
γ) Άλλοι Κοινωνιολόγοι	56
B. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	59
α) Ψυχοδυναμικές Θεωρίες	59
α.1) Ψυχοδυναμικές Θεωρίες για παιδιά-εφήβους	64
α.1.1) Το Μοντέλο του Jacobs	69
β) Ψυχικές Διαταραχές	70
β.1) Κατάθλιψη	72
β.1.1) Μελαγχολία	74
β.2) Σχιζοφρένεια	76
β.3) Αλκοολισμός	77
β.4) Διαταραχές Προσωπικότητας	79

Γ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	81
α) Κοινωνία	81
α.1) Μοναξιά	82
β) Οικογένεια	85
γ) Σχολείο-Εκπαίδευση	93
γ.1) Φοιτητές και Αυτοκτονία	94
δ) Στρατός	97
ε) Θρησκεία	101
Δ. ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ	106
Ε. ΓΕΝΕΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ	109
ΣΤ. ΑΛΛΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ	114

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

A. ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ	118
B. ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ ΕΠΙΡΡΕΠΗΣ ΣΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ	126
α) Επικίνδυνα σημάδια που οδηγούν στην αυτοκτονία	128

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

A. ΝΟΜΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ	131
--	-----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

A. ΠΡΟΓΝΩΣΗ	135
B. ΠΡΟΛΗΨΗ	137
α) Οικογένεια-Έφηβοι	140

β) Συμπεράσματα και Προτάσεις	141
-------------------------------------	-----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

A. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	144
α) Εκτίμηση του ασθενή με τάσεις αυτοκτονίας	144
α.1) Πώς γίνεται η εκτίμηση	146
β) Δυνατότητα υποστήριξης από το περιβάλλον	149
γ) Θεραπεία	150
γ.1) Σημεία προσοχής κατά την θεραπεία	158

<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8</u>	160
--------------------------------	------------

A. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	160
B. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	162

<u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</u>	166
----------------------------------	------------

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Η μελέτη αυτή έγινε στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας, του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας, της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Α.Τ.Ε.Ι Πατρών για τη λήψη του πτυχίου.

Θα θέλαμε αρχικά να ευχαριστήσουμε θερμά τον συντονιστή της επικείμενης εργασίας, κο Παπαδημητρίου Θάνο, για τη βοήθεια και την υποστήριξη του, καθώς και για την εμπιστοσύνη που έδειξε σε όλη την διάρκεια της εργασίας.

Ακόμα θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους γονείς μας για την υποστήριξη και την κατανόηση τους για την πραγματοποίηση της εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η πτυχιακή εργασία αναφέρεται στην αυτοκτονία ως πολυπαραγοντικό φαινόμενο. Στο πρώτο κεφάλαιο εξετάζεται η έννοια και το πρόβλημα της αυτοκτονίας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται η ιστορική εξέλιξη της αυτοκτονίας παράλληλα με την πορεία του ανθρώπου, τα στατιστικά δεδομένα που έχουν καταγραφεί για την αυτοκτονία καθώς και οι δημογραφικοί παράγοντες.

Στο επόμενο κεφάλαιο αναγράφονται οι προσεγγίσεις και οι απόψεις των θεωρητικών για την αυτοκτονία καθώς και οι παράγοντες που ευθύνονται για την εμφάνιση των αυτοκτονικών πράξεων.

Ακολουθούν οι μύθοι και τα δεδομένα που ισχύουν για την αυτοκτονία, αναφέρονται οι παράγοντες που καθιστούν ένα άτομο επιρρεπές προς την αυτοκτονία και στη συνέχεια σημειώνεται η νομική αντιμετώπιση του φαινομένου.

Τέλος, παρουσιάζεται η πρόγνωση και η πρόληψη της αυτοκτονίας και η θεραπευτική της αντιμετώπιση, καθώς και τα συμπεράσματα που προκύπτουν από τη συνολική μελέτη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

A. ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Η αυτοκτονική πράξη εμφανίζεται παράλληλα με την έναρξη της ύπαρξης του ανθρώπου. Συναντάται σε όλες τις κοινωνίες και κυμαίνεται σε διαφορετικά ποσοστά ανάλογα με τη δομή και οργάνωση της κοινωνίας. Ως πρόθεση ή πράξη είναι μια από τις πιο σοβαρές και συναισθηματικά φορτισμένες καταστάσεις τόσο για τους αυτόχειρες, όσο και για τις οικογένειες τους. Πρόκειται για ένα περίπλοκο και σύνθετο βιολογικό, ψυχολογικό και κοινωνικό φαινόμενο, γι' αυτό χρειάζεται προσεκτική ανάλυση. Η αυτοκτονία εμφανίζεται παντού και αποτελεί επείγουσα κατάσταση για κάθε υπηρεσία υγείας.

Οι παράγοντες που οδηγούν στην αυτοκτονία είναι πολλοί. Σχεδόν όλα τα άτομα που κάνουν σκέψεις αυτοκτονίας έχουν φθάσει σ' ένα στάδιο ανυπόφορης συναισθηματικής κατάστασης. Ο θυμός, η ήττα και η απελπισία που αισθάνονται αυτά τα άτομα είναι συχνά τρομακτική. Τα άτομα με αυτοκαταστροφικές τάσεις προκαλούν έντονα συναισθήματα στους ανθρώπους που βρίσκονται κοντά τους, όπως οι οικογένειες και οι φίλοι. Η αντιμετώπιση του φαινομένου καθώς και η θεραπευτική αντιμετώπιση του ατόμου κωλύεται εξαιτίας του εξατομικευμένου χαρακτήρα της αυτοκτονίας και της δυσκολίας στον εντοπισμό των παραγόντων που προκαλούν αυτοκτονικές σκέψεις.

B. ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Βασικός σκοπός της μελέτης αυτής είναι η παρουσίαση των θεωρητικών προσεγγίσεων και η διερεύνηση των παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνιση της αυτοκτονίας.

Η μελέτη αυτή σκοπεύει στην ενημέρωση και πληροφόρηση για την έγκαιρη αντιμετώπιση του προβλήματος και για την κατάλληλη θεραπευτική προσέγγιση των ατόμων που κάνουν σκέψεις αυτοκτονίας ή έχουν προβεί σε ανεπιτυχή απόπειρα αυτοκτονίας.

Επίσης σκοπεύει στην ευαισθητοποίηση των ανθρώπων, της κοινής γνώμης και των αρμόδιων φορέων για την ορθότερη πρόληψη και αντιμετώπιση του προβλήματος.

Γ. ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η αυτοκτονία είναι ένας τρόπος θανάτου γνωστός στον άνθρωπο τόσο στη χώρα μας όσο και διεθνώς. Παρ' όλο που ο όρος αυτοκτονία είναι γνώριμος, καλό θα ήταν να διευκρινιστεί η ακριβής της έννοια. Αρχικά η λέξη suicide που επικράτησε στην διεθνή βιβλιογραφία προέρχεται από το λατινικό *suicidare*, που σημαίνει «φονεύω εαυτόν». Μάλιστα χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στην Αγγλία το 1651. Ο ελληνικός όρος προέρχεται από τη λέξη «αυτοκτόνος», που σημαίνει κάποιος που σκοτώνει με το χέρι του, όχι όμως αναγκαστικά και τον εαυτό του. Η αυτοκτονία δεν περιορίζεται μόνο στον άνθρωπο, παρατηρείται επίσης σε ζώα διαφόρων βαθμίδων εξέλιξης (π.χ. σκορπιός, φάλαινα). Η αυτοκτονία σε ζώα, τόσο σε ατομικές όσο και σε ομαδικές περιπτώσεις, έχει όλα τα χαρακτηριστικά της αυτοκτονίας, αν και είναι δύσκολο να ερμηνευθεί η σκοπιμότητά της. (Γαβριήλ Ιωάννα, 1986)

Ένας ορισμός της αυτοκτονίας είναι ο ακόλουθος, «Αυτοκτονία χαρακτηρίζεται το να τερματίζει κανείς τη ζωή του ο ίδιος. Γίνεται συνήθως διάκριση ανάμεσα στην κατά κυριολεξίαν αυτοκτονία, πράξη ολοκληρωμένη με επισφράγισμα τον θάνατο, την απόπειρα αυτοκτονίας, πράξη ανολοκλήρωτη για τον λόγο ότι το υποκείμενο επέζησε, την τάση προς αυτοκτονία, μία ενέργεια που έχει μόλις εκδηλωθεί, την ιδέα της αυτοκτονίας, απλή νοητική παράσταση της πράξης, που έχει αφετηρία μια επιθυμία θανάτου, λίγο πολύ έντονη. Στην πραγματικότητα, η πρόθεση ή η απόπειρα αυτοκτονίας έχουν συχνά την ίδια σημασία με την αυτοκτονία.» (Πάπυρος Λαρούς Μπριτάννικα, 1980, τόμος 12, σελ. 344-345)

Σύμφωνα με τον Freud, «η αυτοκτονία δεν είναι παρά μια διέξοδος, μια πράξη, μια κατάληψη ενδοψυχικών συγκρούσεων και πρέπει να ερμηνευθεί ο χαρακτήρας της πράξης και ο τρόπος που ο αυτόχειρας κατορθώνει να ξεπερνά την αντίσταση εναντίον της πράξης αυτοκτονίας.» (Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια-Λεξικό, 1989, σελ. 901)

Ένας άλλος ορισμός, σύμφωνα με τον Durkheim (1897) αποκαλείται «αυτοκτονία κάθε περίπτωση θανάτου που προκύπτει άμεσα ή έμμεσα από μία θετική ή αρνητική πράξη του ίδιου του θύματος που γνωρίζει ότι θα επιφέρει το αποτέλεσμα αυτό. Απόπειρα είναι μία πράξη που προσδιορίστηκε έτσι αλλά υστερεί από τον πραγματικό θάνατο.»

Η έκφραση «άμεσα ή έμμεσα» υποδηλώνει μια διάκριση που μπορεί να συγκριθεί με εκείνη του θετικού ή του αρνητικού. Για παράδειγμα μία πιστολιά στον κρόταφο χαρακτηρίζεται ως θετική πράξη και δίνει άμεσο θάνατο, όμως η μη εγκατάλειψη ενός φλεγόμενου σπιτιού ή η άρνηση τροφής θεωρείται ως μία αρνητική πράξη και μπορεί να προκαλέσει μακροπρόθεσμα ή έμμεσα το επιθυμητό αποτέλεσμα, το θάνατο, είναι δηλαδή μια περίπτωση αυτοκτονίας. Σύμφωνα με τον ορισμό αυτό, η έννοια περιλαμβάνει όχι μόνο τις περιπτώσεις αυτοκτονίας που συνήθως θεωρούνται τέτοιες, αλλά επίσης και τις περιπτώσεις εθελούσιου θανάτου, αυτοθυσίας, που περιβάλλονται από μια αίγλη ηρωισμού και δόξας. Αυτές οι περιπτώσεις αρχικά δεν παρομοιάζονται με τις συνήθεις αυτοκτονίες οι οποίες αναφέρονται στην καθημερινή ειδησεογραφία. (Durkheim Emile, 1897)

Μετά την αναφορά των ορισμών αξίζει να σημειωθεί ότι η αυτοκτονία είναι μία πολύπλοκη, πολύμορφη συμπεριφορά, που αντανακλά αφενός κοινωνικά και πολιτισμικά προβλήματα και αφετέρου ενδοπροσωπικές

συγκρούσεις. Γι' αυτό απαραίτητη είναι η ολιστική προσέγγιση της αυτοκτονίας, η μελέτη και η κατανόηση του φαινομένου αυτού διαχρονικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

A. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η αυτοκτονία είναι ένα φαινόμενο που παρατηρείται σε όλες τις ανθρώπινες κοινωνίες, ανεξάρτητα από εθνικότητα, χρώμα, ήπειρο, θρήσκευμα ή πολιτισμό. Στον ελληνικό χώρο, ήδη από την αρχαιότητα, υπάρχουν αρκετές αναφορές περιπτώσεων αλλά και φιλοσοφικός προβληματισμός γύρω από το φαινόμενο αυτό. (Ζαχαράκης Κων/νος, 1996)

Η αυτοκτονία εμφανίζεται στις πρωτόγονες κοινωνίες ως μια έκφραση θυμού ή εκδίκησης και συνδέεται άμεσα με τη μαγεία και τη δεισιδαιμονία, ενώ στις πιο πολιτισμένες υπεισέρχεται η θρησκεία, που της δίνει τη μορφή ηθικού αμαρτήματος. Παρ' όλα αυτά σε ορισμένες συνθήκες, η αυτοκτονία μπορεί να είναι κοινωνικά παραδεκτή, προκαλώντας την επιδοκιμασία ή και το θαυμασμό των συνανθρώπων του αυτόχειρα. (Γαβριήλ Ιωάννα, 1986)

Στην Αρχαία Ελλάδα η στάση της κοινωνίας απέναντι στην αυτοκτονία ήταν γενικά αρνητική, αν και όχι απαραίτητα καταδικαστική. Η αυτοκτονία κάτω από μη ομαλές ψυχολογικές συνθήκες, όπως στις περιπτώσεις της Ιοκάστης και της Φαίδρας, προκαλούν δέος αλλά και συμπάθεια. Επιπλέον στους μύθους του Νάρκισσου και του Αίαντα, οι οποίοι αναφέρονται σε καθαρά παθολογικές περιπτώσεις, δύναται η αποφυγή κάθε κριτικής. (Γαβριήλ Ιωάννα, 1986)

Αντίθετα, για τους φιλοσόφους της αρχαιότητας, η αυτοκτονία είχε αποτελέσει αντικείμενο προβληματισμού και οι τοποθετήσεις τους κάλυπταν όλο το φάσμα από την αποδοκιμασία μέχρι την αποδοχή της αυτοκτονίας.

(Ζαχαράκης Κων/νος, 1996) φιλόσοφοι όπως ο Πυθαγόρας, ο Πλάτωνας και ο Αριστοτέλης παίρνουν αρνητική θέση. Ο Πυθαγόρας καταδικάζει την αυτοκτονία υποστηρίζοντας ότι ο άνθρωπος είναι από τον Θεό προορισμένος για τον κόσμο αυτό και δεν του επιτρέπεται να τον εγκαταλείπει με δική του βούληση. Ο Πλάτωνας και ο Αριστοτέλης την αποδοκιμάζουν ως μια πράξη που αντιτίθεται στο καλό και τη σκοπιμότητα της ζωής και της κοινωνίας. (Γαβριήλ Ιωάννα, 1986) Συγκεκριμένα, ο Αριστοτέλης θεωρεί την αυτοκτονία ως πράξη απερισκεψίας και δειλίας, ενώ ο Πλάτωνας την χαρακτηρίζει αδίκημα προς τον εαυτό του και την πολιτεία και προτείνει οι αυτόχειρες να θάβονται χωριστά από τους υπόλοιπους. Στους "Νόμους" του όμως αναγνωρίζει ελαφρυντικά και δικαιολογεί την αυτοκτονία σε περιπτώσεις ανιάτων νόσων ή βαριάς καταισχύνης. (Ζαχαράκης Κων/νος, 1996)

Η στάση της πολιτείας απέναντι στην αυτοκτονία, στα διάφορα ελληνικά κράτη της αρχαιότητας, ήταν γενικά καταδικαστική και προβλέπονταν διάφορα μέτρα για τον αρνητικό παραδειγματισμό των πολιτών. Στη Θήβα και στην Αθήνα τους αυτόχειρες τους έθαβαν χωρίς νεκρικές τιμές και ο τάφος τους ήταν ανώνυμος. Αναφέρονται και περιπτώσεις επιδημιών αυτοκτονίας, όπως π.χ στη Μίλητο, όπου κάποια περίοδο υπήρξε μεγάλη έξαρση στις αυτοκτονίες νέων γυναικών με απαγχονισμό. Η πολιτεία για να μειώσει την έκταση του φαινομένου όρισε ότι τα νεκρά σώματα των αυτοχείρων θα διαπομπεύονταν γυμνά στην αγορά και στους δρόμους της πόλης. Το μέτρο αυτό φάνηκε αποτελεσματικό στον περιορισμό των αυτοκτονιών. (Ζαχαράκης Κων/νος, 1996)

Στην Ελληνιστική και Ρωμαϊκή περίοδο, η κοινή αντίληψη για την αυτοκτονία διαφοροποιείται. Ο φόβος για τιμωρία και η αποδοκιμασία ισχύουν

για τις κατώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις, ενώ για τις ανώτερες αναπτύσσεται μια ιδιαίτερη ηθική, η οποία δείχνει κάποια ανοχή ή ακόμα και παραδοχή για την πράξη. Σ' αυτό συμβάλλει και η μετασωκρατική φιλοσοφία, που με κύριους αντιπροσώπους της τους Στωικούς και τους Επικούριους, αντικρίζει την αυτοκτονία ως μια ευπρεπή ή αναγκαία λύση στα δεινά της ζωής. Επιπρόσθετα, στη Ρωμαϊκή εποχή, η έννοια της αυτοκτονίας παίρνει οικονομικές διαστάσεις. Η αυτοκτονία ενός σκλάβου ή ενός στρατιώτη είναι ασύμφορη απώλεια για τον κύριο του ή το κράτος. (Γαβριήλ Ιωάννα, 1986)

Με την έλευση του Χριστιανισμού, η αντίληψη ότι η επίγεια ζωή έχει μάλλον μικρή αξία ευνόησε την τάση για αυτοκτονία, η οποία ενισχύθηκε από το παράδειγμα των μαρτύρων της εκκλησίας, που προτιμούσαν να πεθάνουν παρά να αποκηρύξουν την πίστη τους. Αξιοσημείωτη αλλαγή παρατηρείται τον 4ο αιώνα με την καταδίκη της αυτοκτονίας ως αξιόποινη πράξη από τον Άγιο Αυγουστίνο, κατά τον οποίον "Ο άνθρωπος που φονεύει τον εαυτό του φονεύει έναν άνθρωπο". Το επιχείρημα είναι δανεισμένο από τον Φαίδωνα του Πλάτωνα. Ωστόσο τρεις μορφές αυτοκαταστροφής εξακολουθούν να παραμένουν σεβαστές: Ο μαρτυρικός θάνατος για την πίστη, ο θάνατος της ταυτότητας στο όνομα του ασκητισμού, και ο θάνατος παρθένων ή έγγαμων γυναικών όταν κινδυνεύει η αγνότητα τους. Οποιαδήποτε άλλη μορφή αυτοκτονίας, κάτω από την αμείλικτη κρίση της Εκκλησίας, παρουσιάζεται λιγότερο συχνά. (Γαβριήλ Ιωάννα, 1986)

Στο Βυζάντιο το κράτος καταδίκασε την αυτοκτονία και δήμυε την περιουσία των αυτοχείρων. Ο φιλόσοφος Γεώργιος Γεμιστός ή Πλήθων υπερασπίστηκε την πράξη και το δικαίωμα της αυτοκτονίας. Ξεχωριστές είναι οι περιπτώσεις "ηρωικής" ομαδικής αυτοκτονίας στην εποχή της

Τουρκοκρατίας και της Επανάστασης του '21, για την αποφυγή της σύλληψης και της ατίμωσης, όπως ο χορός του Ζαλόγγου και η ανατίναξη στο Κούγκι από τον Σαμουήλ. Οι περιπτώσεις αυτές δοξάστηκαν και υμνήθηκαν από το λαό. (Ζαχαράκης Κων/νος, 1996)

Στα τέλη του 19ου και αρχές του 20ου αιώνα, με εμφανή την επίδραση των έργων του Ρουσσώ, είναι χαρακτηριστικές οι κατά ζεύγη αυτοκτονίες "ρομαντικού" τύπου. Είναι αξιοσημείωτο ότι ο τύπος τότε προέβαλλε τις αυτοκτονίες αυτές με ρομαντικές και λυρικές λεπτομέρειες, πράγμα που θεωρήθηκε ότι προωθούσε τη μίμηση ανάλογων πράξεων. Έτσι, με νόμο απαγορεύθηκε η δημοσίευση των περιγραφών και των αυτοκτονιών. (Ζαχαράκης Κων/νος, 1996)

Η αυτοκτονία από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα θεωρείται στίγμα για την οικογένεια του αυτόχειρα και η στάση της κοινωνίας απέναντι στο φαινόμενο κυμαίνεται από επιφυλακτική μέχρι αρνητική. Σε αυτό συνέβαλαν τόσο τα διάφορα μέτρα που κατά καιρούς έπαιρναν οι διάφορες κυβερνήσεις, όσο και η στάση της Ορθόδοξης Εκκλησίας, η οποία θεωρεί βαρύ αμάρτημα την αυτοκτονία και δίνει άφεση μόνο αν υπάρχει επίσημη γνωμάτευση ότι ο αυτόχειρας έπασχε από ψυχική νόσο. Η τεκμηριωμένη συσχέτιση της αυτοκτονίας με τις ψυχικές νόσους και η εξάπλωση και διάδοση των νεώτερων απόψεων γύρω από τα θέματα αυτά ενδέχεται να συμβάλουν στην τροποποίηση της στάσης της ελληνικής κοινωνίας απέναντι στο φαινόμενο της αυτοκτονίας. (Ζαχαράκης Κων/νος, 1996)

B. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Η αυτοκτονία αποτελεί σήμερα ένα σοβαρότατο κοινωνικό πρόβλημα. Έρευνες σε παγκόσμιο επίπεδο απέδειξαν ότι η άνοδος του δείκτη των αυτοκτονιών σε μια χώρα είναι ανάλογη με το ρυθμό της ανάπτυξής της. (Αναστασιάδης Βασ. Κ., 1993) Τα στατιστικά δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας του Ο.Η.Ε μας πληροφορούν ότι το ψυχοκοινωνικό φαινόμενο της αυτοκτονίας είναι γνωστό σε όλα τα μήκη και πλάτη του πλανήτη μας. Σε αντίθεση με άλλα θρησκευτικά δόγματα, η χριστιανοσύνη, το ισλάμ και ο ιουδαϊσμός θεωρούν την αυτοχειρία ως κολάσιμη ηθικά πράξη χωρίς αυτό, βέβαια, να σημαίνει ότι έχουμε λιγότερες αυτοκτονίες σε κοινωνικά συστήματα όπου επικρατούν οι παραπάνω θρησκείες. (Πιπερόπουλος Γιώργος, 1994)

Από στατιστικές μελέτες προκύπτει ότι τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας ανά 100.000 κατοίκους έχουν η Ουγγαρία, η Αυστρία, η Δανία, η Σουηδία, η Ιαπωνία και η Γερμανία, ενώ χαμηλά ποσοστά παρατηρούνται στην Ιταλία, την Ιρλανδία, τον Καναδά, τη Νορβηγία και την Πολωνία. Η Ελλάδα, στατιστικά τουλάχιστον, δεν παρουσιάζει μέχρι τώρα ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον έστω και αν η πρόσφατα παρατηρούμενη έξαρση στον αριθμό των αυτοκτονιών αποτελεί μια διογκούμενη ψυχοκοινωνική τραυματική εμπειρία για ορισμένα πρόσωπα και οικογένειες. (Πιπερόπουλος Γιώργος, 1994)

Συγκεκριμένα στην Πελοπόννησο, σύμφωνα με τη διατριβή της Γαβριήλ Ιωάννας «Η αυτοκτονία στην Πελοπόννησο: επιδημιολογία, ψυχοπαθολογία, κοινωνικοί παράγοντες» (1986), σημειώθηκαν 254 περιπτώσεις αυτοκτονιών, στοιχεία που προέκυψαν απ' τα αστυνομικά

τμήματα, μεταξύ των ετών 1979 και 1983. Η μέση ετήσια θνησιμότητα από αυτοκτονία την ίδια χρονική περίοδο είναι 5 αυτοκτονίες ανά 100.000 κατοίκους. Η αναλογία αντρών προς γυναικών είναι 1,7:1. Η επίπτωση της αυτοκτονίας στην Πελοπόννησο παρουσιάζει διακυμάνσεις μέσα στο χρόνο, οι οποίες είναι πιο έκδηλες στον αντρικό πληθυσμό. Το 1979, η επίπτωση για τους άντρες είναι 4,9 ανά 100.000 κατοίκους, ενώ το 1983 είναι 8,5. Εξετάζοντας την κατανομή της αυτοκτονίας σε κάθε νομό ξεχωριστά, παρατηρούμε ότι συγκεκριμένα η Αρκαδία και περισσότερο η Λακωνία παρουσιάζουν ιδιαίτερα αυξημένη επίπτωση στις μεγαλύτερες ηλικίες, από τα 45 χρόνια και πάνω, και για τα δύο φύλα. Επίσης είναι ενδιαφέρον ότι οι νομοί Μεσσηνίας και Αρκαδίας παρουσιάζουν μεγάλη θνησιμότητα από αυτοκτονία στις νεαρές γυναίκες, 15 έως 24 ετών.

Η επίπτωση της αυτοκτονίας σε σχέση με τις περιοχές της Πελοποννήσου (αστικές, ημιαστικές, αγροτικές) εμφανίζεται σχετικά αυξημένη στις αγροτικές περιοχές σε σύγκριση με τις αστικές, ιδιαίτερα στους άντρες αυτόχειρες των αγροτικών περιοχών. Όσον αφορά την κατανομή της αυτοκτονίας σε σχέση με την ηλικία και την περιοχή, παρατηρείται μια αυξημένη συχνότητα στους ηλικιωμένους άντρες των αγροτικών περιοχών, από τα 65 τους χρόνια και πάνω, ενώ στις αστικές περιοχές η ηλικιακή κατανομή της αυτοκτονίας παρουσιάζει μικρότερες διακυμάνσεις και για τα δύο φύλα. (Γαβριήλ Ιωάννα, 1986)

Οι άνδρες δείχνουν προτίμηση στα βίαια και συνεπώς πιο αποτελεσματικά μέσα αυτοκτονίας (όπλα ή πτώση από μεγάλο ύψος), ενώ οι γυναίκες προτιμούν ηρεμιστικά χάπια ή το συνδυασμό αλκοόλ και ηρεμιστικών-αγχολυτικών χαπιών. Η επιλογή του μέσου αυτοκτονίας απο-

βαίνει καθοριστική για την επιτυχία του αυτόχειρα ή και για την έγκαιρη ανακάλυψη της απόπειρας και κατά συνέπεια τη διάσωσή του. Ανέκαθεν οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά σε απόπειρες αυτοκτονίας και οι άνδρες σε επιτυχείς αυτοκτονίες. Τα ποσοστά όμως αυτά τείνουν να εξισωθούν ανάμεσα στα δύο φύλα. (Πιπερόπουλος Γιώργος, 1994)

Από τα ίδια γενικά στατιστικά στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας προέρχονται και μερικές αρκετά σημαντικές διαπιστώσεις. Έτσι τα παντρεμένα άτομα παρουσιάζουν μικρότερα ποσοστά στις αυτοκτονίες απ' ό,τι τα αδέσμευτα άτομα, ιδιαίτερα, μάλιστα όταν στην οικογένεια υπάρχουν και παιδιά. (Πιπερόπουλος Γιώργος, 1994) Επιπλέον στη διατριβή της η Γαβριήλ Ιωάννα (1986) αναφέρει ότι άγαμοι αυτόχειρες και των δύο φύλων παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα αυτοκτονίας γενικά και πιο συγκεκριμένα από την ηλικία 25 ως 64 ετών, ενώ με τους εγγάμους αυτό συμβαίνει περισσότερο από την ηλικία των 45 ετών και πάνω, στους δε χήρους από τα 65 και πάνω.

Μια άλλη ομάδα ατόμων στην οποία παρατηρείται αύξηση του ποσοστού αυτοκτονίας είναι οι έφηβοι και τα παιδιά. Ιδιαίτερα ύστερα από το 1970 το ποσοστό των αυτοκτονιών των νέων ηλικίας 16-25 ετών σε σύγκριση με το παρελθόν είναι μεγαλύτερο. Μερικοί το ποσοστό των νέων αυτής της ηλικίας, που αυτοκτονούν, το υπολογίζουν σε 7-8% στο σύνολο των εφήβων. Αλλά οπωσδήποτε το ποσοστό 7-8% για τους εφήβους σήμερα είναι σημαντικό και αποτελεί τη δεύτερη αιτία του θανάτου τους ύστερα από τα τροχαία ατυχήματα στη χώρα μας, ενώ οι θάνατοι από αυτοκτονία ως τα 15 χρόνια κατέχουν τη δέκατη θέση. Η κρίσιμη ηλικία, κατά την οποία παρατηρούνται σήμερα κρούσματα αυτοκτονίας των εφήβων στη χώρα μας

για διάφορους λόγους, είναι η προεφηβική 12-15 ετών. Οι στατιστικές σχετικά με τις αυτοκτονίες εφήβων και παιδιών δεν μπορούν να είναι απόλυτα ακριβείς, γιατί πολλοί γονείς για κοινωνικούς λόγους τις δηλώνουν ως ατυχήματα, με συνέπεια να αλλοιώνονται τα αποτελέσματά τους. (Αναστασιάδη Βασ. Κ., 1993)

Ο Stock βρίσκει ιδέες αυτοκτονίας σε ποσοστό 25-35% γενικά σε νέους 14-24 ετών. Πάντως οι αυτοκτονίες των νέων στη χώρα μας από το 1974 ως το 1980 αυξήθηκαν κατά 120% με τα περισσότερα κρούσματα στην ηλικία 12-14 ετών. Τέλος από τους εφήβους, που την αποτολμούν, σύμφωνα με έρευνες του καθηγητή του Πανεπιστημίου της Αθήνας Παπαθωμόπουλου Ε. τα κορίτσια είναι εφταπλάσια από τα αγόρια. Ενώ δηλαδή στα αγόρια είναι συχνότερες οι αυτοκτονίες, στις κοπέλες είναι συχνότερες οι απόπειρες αυτοκτονίας. Οι περισσότερες στατιστικές αναφέρουν ποσοστό απόπειρας 4% για παιδιά 5 -10 ετών, 29% για 10 -15 ετών και 67% για νέους 15 -18 ετών. Σε μια έρευνα στην Ελλάδα για το διάστημα 1976-80 σε 1120 απόπειρες το ποσοστό στα αγόρια ήταν 11.6%, ενώ στα κορίτσια 88.4%. (Αναστασιάδη Βασ. Κ., 1993)

Τελικά, από τα στατιστικά δεδομένα συνάγεται ότι οι αυτοκτονίες παρουσιάζουν έξαρση την άνοιξη, υποχωρούν τους χειμερινούς μήνες και συμβαίνουν τη Δευτέρα συχνότερα από κάθε άλλη μέρα της εβδομάδας. Επιπρόσθετα σημειώνεται έξαρση στο διάστημα των εορτών των Χριστουγέννων και σε ποσοστό πραγματικά εντυπωσιακό, περίπου το 75%, μέσα στον οικείο χώρο του αυτόχειρα, όπως στο διαμέρισμα ή το σπίτι του, στην αυλή του ή σε κάποιο βοηθητικό οίκημα όταν πρόκειται για αγροτική οικογένεια ή για κάτοικο πόλης που βρίσκεται στο εξοχικό του.

(Πιπερόπουλος Γιώργος, 1994)

Γ. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η χρήση επίσημων στατιστικών δεδομένων για την εκτίμηση του προβλήματος της αυτοκτονίας έχει σχετικά περιορισμένη αξία, τόσο γιατί η αξιοπιστία τους είναι αμφίβολη, όσο και γιατί το πρόβλημα είναι δύσκολο να αξιολογηθεί. Παρ' όλα αυτά ορισμένα δημογραφικά δεδομένα, όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η περιοχή που συνέβη η αυτοκτονία, ενδέχεται να είναι ενδεικτικά γι' αυτόν τον τρόπο θανάτου, παρέχοντας σημαντική βοήθεια στη διασαφήνιση της αιτίας του. (Γαβριήλ Ιωάννα, 1986)

α) ΦΥΛΟ

Μια ενδιαφέρουσα και πολύ σημαντική διαφορά του ποσοστού αυτοκτονίας ανάμεσα στα δύο φύλα παρατηρείται γενικά σε όλους τους πληθυσμούς. Η αναλογία των αντρών είναι από 2 έως 7 φορές μεγαλύτερη από εκείνη των γυναικών. Οι άντρες, συνεπώς, αυτοκτονούν περισσότερο από τις γυναίκες, σημαντικό όμως είναι να αναφερθεί ότι η κατάθλιψη, ως μια ψυχική διαταραχή που ευθύνεται για ένα μεγάλο ποσοστό αυτοκτονιών, είναι πολύ πιο συχνή στις γυναίκες. Πάνω σ' αυτό μπορούν να δοθούν διάφορες εξηγήσεις. Ορισμένες βιολογικές διαφορές, καθώς και η διαφορετική ψυχολογική και κοινωνική ανάπτυξη των δύο φύλων φαίνεται να συντελούν καθοριστικά στη διαμόρφωση μιας προσωπικότητας λιγότερο ή περισσότερο

ευάλωτης σε δυνάμεις αυτοκαταστροφής. Ο κοινωνικός ρόλος των αντρών απαιτεί δύναμη, επιθετικότητα και άρνηση της τάσης για εξάρτηση, γεγονός που θέτει τους άντρες σε κίνδυνο, περισσότερο σε καταστάσεις που προάγουν την αυτοκτονία. Ο αλκοολισμός και η τοξικομανία, που σημειώνονται συχνότερα στους άντρες, θεωρούνται επιπρόσθετες επιβαρυντικές καταστάσεις, που προδιαθέτουν στην αυτοκτονία. Επιπλέον, οι άντρες χρησιμοποιούν πιο βίαιους και αποτελεσματικούς τρόπους αυτοκτονίας, έτσι ώστε το ενδεχόμενο επιτυχίας να είναι μεγαλύτερο. (Γαβριήλ Ιωάννα, 1986)

Αντίθετα, ο παραδοσιακός ρόλος των γυναικών, στο βαθμό που ακόμα παραμένει, μέσα στην κοινωνία και η φυσική τους αντοχή στο στρες φαίνεται πως τις προστατεύουν αρκετά από την αυτοκτονία. Τις τελευταίες δεκαετίες, σε ορισμένες χώρες όπως η Σουηδία και η Γερμανία, η αναλογία των γυναικείων αυτοκτονιών τείνει να προσεγγίσει εκείνη των αντρών, γεγονός που φαίνεται να στηρίζει την υπόθεση ότι οι κοινωνικές συνθήκες επιτρέπουν στις γυναίκες που ζουν σε εξελιγμένες κοινωνίες να δέχονται τα ίδια πιεστικά ερεθίσματα με τους άντρες. (Γαβριήλ Ιωάννα, 1986)

Αντίθετα, είναι γνωστό ότι οι απόπειρες αυτοκαταστροφής και γενικότερα οι σκόπιμες αυτοπροκαλούμενες κακώσεις είναι συχνότερες μεταξύ των γυναικών. Η διαφορά αυτή ως προς το φύλο μεταξύ ολοκληρωμένων αυτοκτονιών και σκόπιμων αυτοπροκαλούμενων κακώσεων οφείλεται πιθανότατα σε ψυχοπαθολογικές διαφορές μεταξύ των ανδρών και των γυναικών, καθώς επίσης και στο ότι οι άνδρες εκφράζουν με βιαιότερο τρόπο και μέθοδο αυτοκτονίας την επιθετικότητά τους, ενώ οι γυναίκες επιλέγουν πιο ανώδυνες και λιγότερο αποτελεσματικές μεθόδους αυτοκτονίας.

(Ζαχαράκης Κων/νος, 1996)

β) ΗΛΙΚΙΑ

Αναφέρεται ότι η πλειονότητα των ανθρώπων που αυτοκτονούν είναι μεγάλης ηλικίας. Η μελαγχολία, που είναι πιο συχνή στις μεγαλύτερες ηλικίες, η μείωση της φυσικής αντοχής, ο κίνδυνος της σωματικής και πνευματικής αναπηρίας με τις συνέπειες του γήρατος, η μοναξιά και η απειλή του θανάτου φαίνεται να αποτελούν ισχυρές καταστάσεις που προδιαθέτουν για αυτοκτονία. Εξάλλου η παράταση του μέσου όρου ζωής στην εποχή μας, η συνταξιοδότηση, η απομάκρυνση των παιδιών από την οικογένεια, η ενδεχόμενη απώλεια αγαπημένου προσώπου αποτελούν επιπρόσθετες επιβαρυντικές καταστάσεις, που αυξάνουν τη δυνατότητα κοινωνικής απομόνωσης και επομένως αυτοκτονίας. (Γαβριήλ Ιωάννα, 1986)

Από την άλλη μεριά, η σχέση μεταξύ αυτοκτονίας και ηλικίας φαίνεται να συνδέεται με ορισμένες κοινωνικές και πολιτισμικές διεργασίες. Σε χώρες όπου άτομα προχωρημένης ηλικίας περιβάλλονται από μεγάλο σεβασμό και φροντίδα, όπως η Κίνα και η Νιγηρία, σημειώνονται λιγότερες αυτοκτονίες. Αντίθετα σε κοινωνίες όπου τα ηλικιωμένα άτομα ζουν απομονωμένα από το οικογενειακό περιβάλλον, αυτοκτονούν συχνότερα. (Γαβριήλ Ιωάννα, 1986)

Θεωρητικά, έχουν διαμορφωθεί τρία πρότυπα αυτοκτονίας στον κόσμο σχετικά με την ηλικία. Το πρώτο, που παρατηρείται στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες, χαρακτηρίζεται από μια σταθερή αύξηση της συχνότητας αυτοκτονίας με την πάροδο της ηλικίας. Το δεύτερο, που παρατηρείται στις Σκανδιναβικές και Αγγλοσαξονικές χώρες, παρουσιάζει μια συνεχή

ανερχόμενη καμπύλη που κάμπτεται μετά από τα 60 ή 65 χρόνια και ένα τρίτο πρότυπο, που παρατηρείται στον Καναδά, Ιαπωνία και σε ορισμένες άλλες χώρες της Ανατολικής Ασίας, κατά το οποίο η μεγαλύτερη συχνότητα αυτοκτονίας συγκεντρώνεται στις νεαρές ηλικίες και στις μεγάλες. (Γαβριήλ Ιωάννα, 1986)

Στις περισσότερες χώρες η αυτοκτονία ηλικιωμένων γυναικών μετά τα 70 τους χρόνια μειώνεται σημαντικά, αντίθετα στους άντρες παρουσιάζεται αύξηση σ' αυτή την ηλικία. Η διαφορά αυτή είναι πιθανό να οφείλεται στο γεγονός ότι οι γυναίκες ανέχονται καλύτερα τη χηρεία και τη μοναξιά, καθώς μπορούν κι απασχολούνται με το νοικοκυριό τους και με τις οικογένειες των παιδιών τους. (Γαβριήλ Ιωάννα, 1986)

Πέρα από τις επιτυχείς αυτοκτονίες διακρίνονται διαφορές με βάση την ηλικία και στις απόπειρες αυτοκτονίας. Σ' όλες σχεδόν τις έρευνες οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι πιο συχνές σε νεαρά άτομα και σε γυναίκες, αντίθετα με τις απόπειρες των ηλικιωμένων. Επιπλέον οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι σπάνιες σε παιδιά κάτω των 12 ετών αλλά δεν είναι αμελητέες. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η μελαγχολία είναι πιο σπάνια στην παιδική ηλικία και ακόμα στη διαφορετική αντίληψη θανάτου που έχουν τα παιδιά. Μόνο γύρω στα 12 χρόνια ο θάνατος γίνεται αντιληπτός ως παγκόσμιο, τελικό και μη αναστρέψιμο γεγονός. Παρ' όλα αυτά παιδιά που προσέρχονται σε παιδο-ψυχιατρικές κλινικές εμφανίζουν αρκετά συχνές αυτοκτονικές σκέψεις και απειλές. Αν και έχουν αναφερθεί και απόπειρες σε παιδιά κάτω των 5 ετών, φαίνεται πως είναι μεμονωμένες περιπτώσεις. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998)

Με την εφηβεία οι απόπειρες αρχίζουν να γίνονται πιο συχνές,

κορυφώνονται στα 16 χρόνια και μετά παραμένουν σταθερές μέχρι τα 20 χρόνια. Στις απόπειρες των εφήβων τα κορίτσια υπερτερούν σε μεγάλο βαθμό από τα αγόρια, πολύ περισσότερο απ' ό τι στους ενήλικες. (Παππιάς Ευάγγελος Η., 1998) Θα μπορούσε να δικαιολογηθεί ο αυξημένος αριθμός αυτοκτονιών νεαρών ατόμων στην εποχή μας, αν ληφθεί υπόψη ότι η ψυχική διαταραχή θεωρείται η κατεξοχήν νόσος της νεαρής ηλικίας, οι νέοι προβληματίζονται γύρω από το επάγγελμα και την καριέρα, έχουν βαθύτερα προβλήματα ταυτότητας και η έννοια του θανάτου τους γοητεύει ιδιαίτερα. Επιπλέον ένας μεγάλος αριθμός τροχαίων ατυχημάτων στα οποία οι νέοι είναι επιρρεπείς φαίνεται να έχει σχέση με μια συγκαλυμμένη μορφή αυτοκτονίας. (Γαβριήλ Ιωάννα, 1986)

γ) ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η οικογενειακή κατάσταση ως κοινωνική παράμετρος της αυτοκτονίας παίζει σημαντικό ρόλο. Έχει επικρατήσει η άποψη ότι οι έγγαμοι διατρέχουν μικρότερο κίνδυνο αυτοκτονίας από τους άγαμους, χήρους ή διαζευγμένους. Από την άλλη, άτομα που δεν έχουν παντρευτεί ποτέ αυτοκτονούν πιο σπάνια από εκείνα που παντρεύονται και χωρίζουν. Η εξήγηση που δίνεται γι' αυτές τις περιπτώσεις είναι ότι αυτοκτονούν εκείνοι που έχουν δυσκολίες προσαρμογής, ανεξάρτητα από το αν παντρεύονται ή παντρεύονται και χωρίζουν. Ουσιαστικά δεν είναι αυτή καθ' αυτή η οικογενειακή κατάσταση που έχει σχέση με την αυτοκτονία, αλλά η ικανότητα προσαρμογής. (Γαβριήλ Ιωάννα, 1986)

Παράλληλα φαίνεται ότι χωριστά από την οικογενειακή κατάσταση, η

ηλικία και το φύλο παίζουν σοβαρό ρόλο. Ενώ στην ηλικία από 65 έως 75 ετών το ποσοστό των αυτοχειρών που βρίσκονται σε χηρεία είναι πολύ υψηλό, μετά την ηλικία αυτή το ποσοστό σε χηρεία αυτοχειρών μειώνεται και συχνά είναι χαμηλότερο από εκείνο των εγγάμων. Αυτό δείχνει πως υπάρχει μια περίοδος μεγάλου κινδύνου μετά την απώλεια του συντρόφου. Ακόμα φαίνεται ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι μεγαλύτερος κατά τους πρώτους έξι μήνες μετά την απώλεια του συντρόφου, ενώ στις γυναίκες ο κίνδυνος υπάρχει για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Η υψηλή συχνότητα που συναντάμε στους διαζευγμένους δικαιολογείται μερικώς, αν θεωρηθεί ότι η κοινωνική απομόνωση προδιαθέτει στην αυτοκτονία. (Γαβριήλ Ιωάννα, 1986)

Ένα άλλο ενδιαφέρον εύρημα ήταν ότι ο δείκτης αυτοκτονίας στους γονείς έχει αντίστροφη σχέση με τον αριθμό των παιδιών αυτό όμως ισχύει μέχρι τα παιδιά να φτάσουν τον αριθμό έξι. Ο προστατευτικός ρόλος της οικογένειας σε όλες τις κοινωνίες έχει επισημανθεί και στο παρελθόν και έχει υποστηριχθεί η σημασία της οικογενειακής ζωής. (Ζαχαράκης Κων/νος, 1996)

δ) ΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΤΟΠΟΥ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

Ένας επιπλέον δημογραφικός παράγοντας που συμβάλει στον προσδιορισμό του φαινομένου της αυτοκτονίας και παρουσιάζει ενδιαφέρον είναι η περιοχή κατοικίας του αυτόχειρα. Η Γαβριήλ Ιωάννα (1986) στη διατριβή της αναφέρει ότι ο Durkheim, με βάση στατιστικές του περασμένου αιώνα, παρατηρεί πως το ποσοστό αυτοκτονίας είναι χαμηλότερο στις αγροτικές περιοχές απ' ότι στις αστικές. Η παρατήρηση αυτή ισχύει για πολλές χώρες και στην εποχή μας. Ο μεγαλύτερος αριθμός αυτοκτονιών στις αστικές

περιοχές έχει αποδοθεί στην κοινωνική απομόνωση, στη βιομηχανοποίηση και στη μετανάστευση. Επιπλέον στις μεγάλες πόλεις μεταναστεύουν κυρίως οι νέοι, ενώ στις αγροτικές περιοχές παραμένουν κατά κύριο λόγο οι ηλικιωμένοι. Σύμφωνα όμως με πιο σύγχρονες και ολοκληρωμένες μελέτες φαίνεται ότι η άποψη αυτή δεν ισχύει σε ευρεία κλίμακα και θεωρείται ότι το μειωμένο ποσοστό που παρουσιάζεται στις αγροτικές περιοχές μπορεί να συνδέεται με μειωμένη καταγραφή αυτοκτονιών. Σε ορισμένες μάλιστα χώρες όπως στην Ιρλανδία, τη Φιλανδία, την Ιαπωνία και την Ελλάδα η αυτοκτονία παρουσιάζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στις αγροτικές περιοχές. (Γαβριήλ Ιωάννα, 1986)

ε) ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Το επάγγελμα αποτελεί παράμετρο που επηρεάζει σημαντικά την οικονομική κατάσταση του ατόμου. Η ύπαρξη σταθερού επαγγέλματος προστατεύει από την αυτοκτονία, αντίθετα η ανεργία αποτελεί παράγοντα αυξημένου κινδύνου αυτοκτονίας. Πιο συγκεκριμένα ο Platts κατέληξε στο συμπέρασμα ότι μεταξύ των αυτοχείρων υπάρχουν περισσότεροι άνεργοι από το αναμενόμενο, αλλά επίσης και ότι οι άνεργοι έχουν υψηλότερους δείκτες αυτοκτονίας από ότι οι εργαζόμενοι. Ασαφές ωστόσο παραμένει το κατά πόσο ο αυξημένος δείκτης αυτοκτονιών στους ανέργους οφείλεται στην απώλεια οικονομικού και κοινωνικού κύρους καθώς και κοινωνικών επαφών, ή αν οφείλεται στην ύπαρξη ψυχικών διαταραχών που αποτελούν αιτία ή αποτέλεσμα της ανεργίας. (Ζαχαράκης Κων/νος, 1996)

Σύμφωνα με μελέτη που έγινε στο Λονδίνο διαπιστώθηκε ότι μετά το Β'

Παγκόσμιο Πόλεμο αυξήθηκαν πολύ οι αυτοκτονίες στη χαμηλότερη οικονομική τάξη. Σε άλλη μελέτη στο Ελσίνκι διαπιστώθηκε και πάλι ότι οι αυτοκτονίες ήταν αυξημένες στις περιοχές χαμηλού οικονομικού επιπέδου. Κατά τον Sainsbury, όμως οι άνθρωποι που πάντα ανήκαν στη χαμηλή οικονομική τάξη είναι συμβιβασμένοι με την πραγματικότητα αυτή και έτσι τους προδιαθέτει λιγότερο για αυτοκτονία σε σχέση με εκείνους που εξαιτίας ανεργίας ή άλλων λόγων υποβιβάζονται σε χαμηλότερες οικονομικές συνθήκες, με τις οποίες δεν μπορούν να συμβιβαστούν. Με βάση βρετανικά στοιχεία παρατηρείται ότι συγκεκριμένα επαγγέλματα έχουν συνδεθεί με αυξημένη συχνότητα αυτοκτονιών, όπως είναι οι γιατροί, οι δικηγόροι, οι νοσηλεύτριες, οι συγγραφείς και αυτοί που εργάζονται σε ξενοδοχειακά επαγγέλματα. (Ζαχαράκης Κων/νος, 1996) Αντίθετα άλλες μελέτες που σημειώνονται στη διατριβή του Πατπά Ευάγγελου Η. (1998) δεν βρήκαν συσχέτιση ανεργίας και απόπειρας. Παρόμοια αποτελέσματα απουσίας συσχέτισης βρέθηκαν και στην Ελλάδα.

στ) ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΤΑΞΗ

Ως προς την κοινωνική τάξη αναφέρεται από τους περισσότερους συγγραφείς αντίστροφη σχέση απόπειρας αυτοκτονίας και κοινωνικής τάξης. Τελευταία χρησιμοποιείται ο όρος "κοινωνικό-οικονομική κατάσταση" που διαμορφώθηκε από τη συσχέτιση επαγγέλματος-εκπαίδευσης. Στην Ελλάδα δεν βρέθηκαν επαρκείς κοινωνιολογικές μελέτες για τον προσδιορισμό των κοινωνικών τάξεων. Συγκεκριμένα στη Θεσσαλονίκη οι πιο πολλοί αποπειραθέντες βρέθηκαν να ανήκουν στις κατώτερες κοινωνικοοικονομικές

τάξεις, αλλά αυτό από μόνο του δεν μπορεί να ερμηνευθεί, αφού στην Ελλάδα οι τάξεις αυτές αντιπροσωπεύουν επίσης ένα μεγάλο ποσοστό του γενικού πληθυσμού. Παρ' όλα αυτά τα παιδιά που προσέρχονται για θεραπεία μετά από απόπειρα αυτοκτονίας ανήκουν στις ανώτερες κοινωνικό-οικονομικές τάξεις. Εκτός από την κοινωνική τάξη, το οικογενειακό υπόβαθρο και κλίμα, φαίνεται να διαφοροποιεί τους νέους αποπειραθέντες από τους άλλους νέους. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998)

Δ. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Σύμφωνα με τον Μάνο Νίκο (1997) σημειώνεται ότι οι ερευνητές που ασχολούνται με την αυτοκτονία έχουν επανειλημμένα διερευνήσει «αυτοκτονικά προφίλ». Στην προσπάθειά τους να μελετήσουν το γιατί ορισμένα άτομα καταφεύγουν στην αυτοκτονία, έχουν εξετάσει διάφορους παράγοντες. Τα παρακάτω είναι ένας κατάλογος από παράγοντες κινδύνου που αναγνωρίζονται σταθερά στις περισσότερες έρευνες, που έχουν πραγματοποιηθεί κυρίως στις ΗΠΑ.

α) Ηλικία

Ο κίνδυνος της αυτοκτονίας αυξάνει με την ηλικία, συγκεκριμένα μετά την ηλικία των 75 χρόνων κορυφώνεται στους άντρες και γύρω στα 50 στις γυναίκες. Τα τελευταία 25 χρόνια όμως, έχει υπερτριπλασιαστεί η συχνότητα των αυτοκτονιών ανάμεσα στους εφήβους και στους νεαρούς ενήλικους.

β) Φύλο

Οι άντρες αυτοκτονούν τρεις φορές πιο συχνά από τις γυναίκες και συνήθως χρησιμοποιούν μαχαίρια, όπλα και άλλες βίαιες μεθόδους. Οι γυναίκες όμως κάνουν δύο ή τρεις φορές πιο συχνά απόπειρες αυτοκτονίας από τους άντρες και καταφεύγουν συνήθως στη δηλητηρίαση.

γ) Οικογενειακή κατάσταση

Η συχνότητα των αυτοκτονιών είναι μικρότερη ανάμεσα στους παντρεμένους και μεγαλύτερη ανάμεσα σ' αυτούς που είναι χωρισμένοι, διαζευγμένοι ή χήροι.

δ) Τρόπος ζωής

Άτομα που ζουν μόνα τους παρουσιάζουν μεγαλύτερους κινδύνους απ' ότι άτομα που ζουν μαζί με άλλους.

ε) Επαγγελματική κατάσταση

Μεγαλύτερους κινδύνους αυτοκτονίας παρουσιάζουν οι άνεργοι απ' ότι αυτοί που εργάζονται μέσα ή έξω από το σπίτι. Ενώ δυσανάλογα μεγαλύτερο κίνδυνο παρουσιάζουν οι επιστήμονες, ειδικά οι άντρες γιατροί.

στ) Σωματική υγεία

Έχει σημειωθεί ότι ανάμεσα στα άτομα που αυτοκτονούν οι σωματικές αρρώστιες ή αντίληψη ότι κάποιος είναι άρρωστος είναι συχνότερες. Χαρακτηριστικά παρατηρείται μια υψηλή συσχέτιση ανάμεσα σε αυτοκτονίες και σε επισκέψεις σε γιατρούς για σωματικές ενοχλήσεις κατά την περίοδο των τελευταίων έξι μηνών πριν την αυτοκτονία. Μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος

αυτοκτονίας κυρίως σε άτομα που πάσχουν από καρκίνο και ακόμα περισσότερο σε άτομα που πάσχουν από AIDS. (Μάνος Νίκος, 1997)

Επιπλέον παρατηρούνται συχνά στις απόπειρες αυτοκτονίας πέρα από την κακή σωματική υγεία και πρόσφατες νοσηλείες σε γενικό νοσοκομείο. Το ποσοστό αυτό εμφανίζεται πιο πολύ στις γυναίκες (34%). Άτομα με επιληψία είναι 5 έως 7 φορές πιο πολλά μεταξύ των αποπειραθέντων σε σχέση με τα ποσοστά επιληψίας στο γενικό πληθυσμό. Ιδιαίτερα οι άνδρες επιληπτικοί κινδυνεύουν περισσότερο. Σε σχέση με τις φάσεις της εμμηνου ρύσεως στις γυναίκες δεν έχει αποδειχθεί μέχρι τώρα συσχέτιση και γενικά τα αποτελέσματα των ερευνών είναι αντιφατικά. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998)

ζ) Ψυχική υγεία

Ψυχικές διαταραχές που παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας είναι η κατάθλιψη, η μανιοκαταθλιπτική νόσος, ο αλκοολισμός και η σχιζοφρένεια. Επιπρόσθετα οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι πιο συχνές σε άτομα με διαταραχές της προσωπικότητας και ιδιαίτερα με μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας. (Μάνος Νίκος, 1997)

η) Προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας

Ο κίνδυνος αυτοκτονίας αυξάνεται όταν υπάρχει προηγούμενο ιστορικό αποπειρών αυτοκτονίας. Έχει μάλιστα υπολογιστεί ότι αυξάνει 64 φορές περισσότερο από το γενικό πληθυσμό. (Μάνος Νίκος, 1997)

θ) Επιπλέον παράγοντες

Υπάρχουν παράγοντες που αν και δύσκολα αναγνωρίζονται, συνδέονται επίσης με την αυτοκτονία. Ορισμένοι παράγοντες είναι η έλλειψη ελπίδας, η διαπροσωπική απώλεια, οι στρεσογόνοι παράγοντες και οι διαπροσωπικές συγκρούσεις. (Μάνος Νίκος, 1997)

Πολλές μελέτες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι το σύμπτωμα της έλλειψης ελπίδας στη ζωή ενός ατόμου συσχετίζεται περισσότερο με την αυτοκτονία απ' ότι συσχετίζεται η κατάθλιψη. (Μάνος Νίκος, 1997)

Επιπλέον υπάρχει υψηλή συσχέτιση μεταξύ διαπροσωπικής απώλειας και αυτοκτονίας. Παραδείγματα διαπροσωπικής απώλειας είναι ο χωρισμός, το διαζύγιο, ο θάνατος κ.τ.λ. και μπορεί να αφορά συγγενείς, φίλους, ερωτικούς συντρόφους, θεραπευτές. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας σε διαπροσωπική απώλεια είναι μεγαλύτερος στους αλκοολικούς. (Μάνος Νίκος, 1997)

Στα άτομα που αυτοκτονούν έχει παρατηρηθεί μεγάλη συχνότητα στρεσογόνων παραγόντων κατά τους τελευταίους έξι μήνες. Τέτοιοι στρεσογόνοι παράγοντες είναι η αλλαγή εργασίας, οι μετακομίσεις, οι τοκετοί, οι αποφοιτήσεις, οι οικονομικές αποτυχίες, ο γάμος, η συνταξιοδότηση, η εμμηνόπαυση κ.ά. Η αναγνώριση αυτών των παραγόντων είναι πολύ σημαντική για την όλη θεραπευτική αντιμετώπιση της κρίσης. (Μάνος Νίκος, 1997)

Ακόμα οι μακροχρόνιες διαπροσωπικές συγκρούσεις με μέλη της οικογένειας ή με άλλα άτομα συνδέονται με υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας. (Μάνος Νίκος, 1997)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΩΣ ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ

A. ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Οι κοινωνιολογικές θεωρίες προσπαθούν να παρουσιάσουν τον τρόπο με τον οποίο το κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο που ζει το άτομο, επηρεάζει την έκφραση της αυτοκτονικής τάσης. Ακολουθούν το κλασικό έργο του Durkheim, ο οποίος εξέτασε τα ποσοστά αυτοκτονίας σε σχέση με τους κοινωνικούς παράγοντες και κατέληξε στη βασική θέση ότι σε ένα συγκεκριμένο πληθυσμό τα ποσοστά ποικίλουν, ανάλογα με τον βαθμό στον οποίο τα άτομα αυτής της ομάδας είναι ενσωματωμένα στην κοινωνία και τον βαθμό που ελέγχονται και ρυθμίζονται από την κοινωνία. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998)

Το βιβλίο που αφιέρωσε ο Durkheim στο πρόβλημα της αυτοκτονίας συνδέεται στενά με τη μελέτη του καταμερισμού της εργασίας. Θεωρεί καλή τη διαφοροποίηση των επαγγελμάτων και των ατόμων, την εξέλιξη των ανθρώπινων κοινωνιών, την υποχώρηση της αυθεντίας της παράδοσης, την αυξανόμενη κυριαρχία του λόγου, την προσωπική πρωτοβουλία. Σημειώνει όμως, ότι ο άνθρωπος δεν είναι περισσότερο ικανοποιημένος από τη μοίρα του στις σύγχρονες κοινωνίες και επισημαίνει σχετικά την άνοδο του αριθμού των αυτοκτονιών, ως έκφραση και απόδειξη ορισμένων παθολογικών ίσως γνωρισμάτων της οργάνωσης της ζωής. (Aron Raymond, 1993)

Ο Durkheim δέχεται τη διάκριση ανάμεσα στο ομαλό και το

παθολογικό. Χρησιμοποιώντας την έννοια ομαλό, στην κοινωνική περιοχή, εννοεί το φαινόμενο που παρουσιάζεται και εξελίσσεται με τον ίδιο τρόπο στον ορισμένο κοινωνικό τύπο. Αντίθετα παθολογικό είναι το φαινόμενο, που στον ίδιο κοινωνικό τύπο έξω από τις μορφές του ομαλού εκφράζεται και σε αποκλίσεις ή εκτροπές. (Γιούλτσης Βασίλειος Τ., 1985) Μερικά παθολογικά φαινόμενα είναι οι οικονομικές κρίσεις, η κακή προσαρμογή των εργαζόμενων στη δουλειά τους, η βιαιότητα των διεκδικήσεων που εγείρουν τα άτομα ενάντια της κοινότητας. Στις σύγχρονες κοινωνίες γίνεται απαραίτητη η εναρμόνιση του επαγγέλματος που ασκεί ο καθένας με τις ικανότητες και τις επιθυμίες του. Συγκεκριμένα στις κοινωνίες όπου κυριαρχεί η παράδοση, δίνεται στον καθένα μία θέση καθοριζόμενη από τη γέννηση του ή από συλλογικές προσαγές και θα ήταν αφύσικο να ζητήσει το άτομο μια κατάσταση που να προσαρμόζεται στα ενδιαφέροντά του ή να αναλογεί στις ικανότητές του. (Aron Raymond, 1993)

Οι άνθρωποι είναι και αισθάνονται μεταξύ τους διαφορετικοί και ο καθένας θέλει να αποκτήσει ότι κρίνει πως δικαιούται. Ο ατομικισμός είναι η αρχή της συγκρότησης των σύγχρονων κοινωνιών παρ' όλα αυτά η δικαιοσύνη έχει γίνει συλλογική, απαραίτητη αρχή της τωρινής τάξης πραγμάτων και μόνο με το σεβασμό της δικαιοσύνης μπορεί να υπάρξει σταθερότητα στην κοινωνία. Ακόμη και στις κοινωνίες που στηρίζονται στην ατομική διαφοροποίηση υπάρχουν πιστεύω και αξίες κοινές σε όλους. Αν αυτές αποδυναμωθούν, η κοινωνία απειλείται με αποσύνθεση. (Aron Raymond, 1993)

Το κεντρικό πρόβλημα των σύγχρονων κοινωνιών, όπως και όλων των κοινωνιών, είναι η σχέση των ατόμων και ομάδας. Η σχέση αυτή έχει υποστεί

μια αλλαγή από το γεγονός ότι ο άνθρωπος δε μπορεί να δεχτεί τυφλά οποιεσδήποτε προταγές της κοινωνίας. Από μια άλλη όμως πλευρά ο ατομικισμός αυτός, ο οποίος είναι επιθυμητός, εμπεριέχει κινδύνους γιατί το άτομο μπορεί να ζητήσει από την κοινωνία περισσότερα από όσα αυτή μπορεί να του προσφέρει. Χρειάζεται λοιπόν μια πειθαρχία, που μόνο η κοινωνία μπορεί να επιβάλλει. (Aron Raymond, 1993)

Η μελέτη της αυτοκτονίας αναφέρεται σε μια παθολογική πλευρά των σύγχρονων κοινωνιών και στη σχέση ατόμου και κοινότητας. Ο Durkheim επιθυμεί να δείξει μέχρι ποιο σημείο τα άτομα καθορίζονται από τη συλλογική πραγματικότητα. Από την άποψη αυτή το φαινόμενο της αυτοκτονίας παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, αφού για το άτομο δεν υπάρχει τίποτα πιο ατομικό από το γεγονός ότι αυτοκτονεί. Όταν το άτομο είναι μόνο του και κατακλύζεται από αισθήματα απελπισίας τόσο ώστε να αποφασίσει να αφαιρέσει τη ζωή του, η κοινωνία είναι εκείνη που βρίσκεται παρούσα στη συνείδηση του ατόμου και του επιτάσσει πολύ περισσότερο από τα προσωπικά του προβλήματα, τη μοναχική πράξη της αυτοκτονίας. (Aron Raymond, 1993)

Πολλοί από τους γιατρούς ή τους ψυχολόγους που παρατήρησαν ατομικές αυτοκτονίες επιχείρησαν να εξηγήσουν το φαινόμενο ψυχολογικά ή ψυχοπαθολογικά. Υποστηρίζουν ότι οι πιο πολλοί αυτόχειρες βρίσκονταν σε παθολογική κατάσταση όταν έκαναν αυτή την απόπειρα και ότι είχαν μια σχετική προδιάθεση εξαιτίας της ευαισθησίας ή του ψυχισμού τους. Ο Durkheim αντιτάσσεται στην εξήγηση αυτή, αλλά δέχεται ότι υπάρχει μια ψυχολογική προδιάθεση προς την αυτοκτονία που μπορεί να ερμηνευθεί με ψυχολογικούς ή ψυχοπαθολογικούς όρους. Αναμφισβήτητα σε δεδομένες

συνθήκες τις περισσότερες πιθανότητες να πραγματοποιήσουν αυτοκτονία, έχουν οι νευροπαθείς. Ουσιαστικά όμως θεωρεί ότι η δύναμη που καθορίζει την αυτοκτονία δεν είναι ψυχολογική αλλά κοινωνική. (Aron Raymond, 1993)

Η επιστημονική μελέτη στρέφεται γύρω από τους όρους ψυχολογική προδιάθεση και κοινωνικός καθορισμός. Ο Durkheim μελετά τις διακυμάνσεις του ποσοστού αυτοκτονιών στους διάφορους πληθυσμούς και προσπαθεί να αποδείξει ότι δεν υπάρχει αντιστοιχία ανάμεσα στην συχνότητα των ψυχοπαθολογικών καταστάσεων και στη συχνότητα των αυτοκτονιών. Για παράδειγμα μελετώντας τις διάφορες θρησκείες διαπιστώνει ότι η αναλογία φρενοβλαβών στα άτομα εβραϊκής θρησκείας είναι ιδιαίτερα υψηλή, ενώ η συχνότητα των αυτοκτονιών είναι πολύ χαμηλή. Επιχειρεί επιπρόσθετα να δείξει ότι δεν υπάρχει αντιστοιχία μεταξύ των κληρονομικών προδιαθέσεων και του ποσοστού αυτοκτονιών. Το ποσοστό των αυτοκτονιών αυξάνει με την ηλικία, γεγονός που δεν συμβιβάζεται με την υπόθεση ότι η γενεσιουργός αιτία της αυτοκτονίας μεταβιβάζεται κληρονομικά. Υπάρχουν πολλά παραδείγματα αυτοκτονιών στην ίδια οικογένεια που είναι πιθανόν να οδηγήσουν στη σκέψη ότι η προδιάθεση για αυτοκτονία μπορεί να μεταβιβαστεί κληρονομικά. Ο Durkheim όμως απορρίπτει την υπόθεση αυτή. (Aron Raymond, 1993)

Απορρίπτει επίσης και την ερμηνεία της αυτοκτονίας με βάση το φαινόμενο της μίμησης. Ο Durkheim θεωρούσε ότι μέσα στον όρο μίμηση συγχέονται τρία φαινόμενα. Το πρώτο είναι η συγχώνευση των συνειδήσεων, το γεγονός ότι πολυάριθμοι άνθρωποι δοκιμάζουν από κοινού τα ίδια συναισθήματα. Τυπικό παράδειγμα είναι το επαναστατημένο πλήθος, για το οποίο ο Jean-Paul Sartre μιλά διεξοδικά στην «Κριτική του διαλεκτικού

Λόγου». Στο επαναστατημένο πλήθος οι άνθρωποι τείνουν να χάσουν την ταυτότητα της συνείδησης τους, ο ένας νιώθει ότι και ο άλλος, τα αισθήματα που κινούν τους ανθρώπους είναι κοινά. Οι πράξεις, τα πιστεύω και τα πάθη εκφράζουν το κάθε άτομο επειδή ανήκουν στο σύνολο. Το υπόβαθρο όμως του ψυχοκοινωνικού αυτού φαινομένου είναι η ίδια η κοινότητα και όχι ένα ή πολλά άτομα. (Aron Raymond, 1993)

Το δεύτερο φαινόμενο είναι εκείνο σύμφωνα με το οποίο το άτομο προσαρμόζεται στην κοινότητα και συμπεριφέρεται όπως οι υπόλοιποι, χωρίς να υπάρχει συγχώνευση συνειδήσεων. Όλοι ακολουθούν, λιγότερο ή περισσότερο, τις διαδεδομένες κοινωνικές επιταγές, επειδή το άτομο δεν θέλει να ξεκόψει από την κοινωνία. Η μόδα είναι μια ήπια μορφή κοινωνικής επιταγής. Μια γυναίκα ενός ορισμένου κοινωνικού κύκλου πιθανόν να ένιωθε ταπεινωμένη αν φορούσε ένα φόρεμα διαφορετικό απ' αυτό που «φοριέται» σε μια συγκεκριμένη εποχή. Στην περίπτωση αυτή δεν υπάρχει μίμηση, αλλά υποταγή του ατόμου στο συλλογικό κανόνα. (Aron Raymond, 1993)

Ο χαρακτηρισμός «μίμηση», με την ακριβή έννοια του όρου, αρμόζει μόνο σε μια πράξη που έχει προηγηθεί άμεσα της παράστασης μιας παρόμοιας πράξης, που έχει επιτελεσθεί νωρίτερα από άλλον και δεν παρεμβάλλεται ανάμεσα στην παράσταση αυτή και στην εκτέλεση καμία νοητική ενέργεια, ρητή ή σιωπηρή, σχετική με τα ενδογενή χαρακτηριστικά της αναπαραγόμενης πράξης. Όπως για παράδειγμα οι μηχανικές αντιδράσεις που παρατηρούνται συχνά σε πολυπληθείς συγκεντρώσεις. (Aron Raymond, 1993)

Χρειάζεται να σημειωθεί ότι δεν είναι δυνατό να χαρακτηρίσουμε με την ίδια ονομασία της μίμησης τη διαδικασία με την οποία διαμορφώνεται ένα

συλλογικό συναίσθημα σε μια συνάθροιση ανθρώπων, τη διαδικασία από την οποία πηγάζει η προσχώρηση των ατόμων στους κοινούς ή παραδοσιακούς κανόνες συμπεριφοράς και τέλος η διαδικασία η οποία ωθεί τα άτομα να αντιδρούν μηχανικά σε μια προγενέστερη συμπεριφορά άλλων ατόμων. Άλλο πράγμα είναι να νιώθει το άτομο κάτι από κοινού, άλλο να ακολουθεί την αυθεντία της κοινής γνώμης και άλλο είναι να επαναλαμβάνει αυτόματα ότι έκαναν οι άλλοι. Μετά τις τυπικές αυτές αναλύσεις ο Durkheim απορρίπτει με τη βοήθεια στατιστικών την άποψη ότι το ποσοστό αυτοκτονιών καθώς και οι διακυμάνσεις τους, καθορίζονται ουσιαστικά από τα φαινόμενα μίμησης. (Aron Raymond, 1993)

α) Συγκρότηση των τύπων

α.1) Εγωιστική αυτοκτονία

Ο Durkheim ότι είναι σε θέση να ορίσει τρεις τύπους αυτοκτονιών, την εγωιστική αυτοκτονία, την αλτρουιστική αυτοκτονία και την άνομη αυτοκτονία.

Η εγωιστική αυτοκτονία αναλύεται με βάση τη συσχέτιση του ποσοστού αυτοκτονιών με τα κοινωνικά πλαίσια ενσωμάτωσης, τη θρησκεία και την οικογένεια. Η οικογένεια μελετάται υπό τη διπλή όψη του γάμου και των τεκνών. Το ποσοστό αυτοκτονιών ποικίλλει με την ηλικία, δηλαδή ανεβαίνει γενικά όσο προχωράει η ηλικία, ποικίλλει ανάλογα με το φύλο, είναι δηλαδή υψηλότερο στους άντρες και χαμηλότερο στις γυναίκες και ακόμα ποικίλλει ανάλογα με τη θρησκεία. (Aron Raymond, 1993)

Η επίδραση της θρησκευτικής πίστης είναι κατά συνέπεια τόσο ισχυρή ώστε να κυριαρχεί σε όλες τις άλλες. Ο Durkheim, χρησιμοποιώντας τις γερμανικές στατιστικές, συμπεραίνει ότι οι αυτοκτονίες είναι συχνότερες στους προτεσταντικούς από όσο στους καθολικούς πληθυσμούς. (Aron Raymond, 1993)

Ασφαλώς υπάρχουν διαφορές μεταξύ του Προτεσταντισμού και του Καθολικισμού και θα μελετηθούν σύμφωνα με τη φύση των δύο αυτών θρησκευτικών συστημάτων. Και οι δύο απαγορεύουν την αυτοκτονία, όχι μόνο την τιμωρούν με ηθικές ποινές ακραίας αυστηρότητας αλλά και οι δύο διδάσκουν ότι μια καινούργια ζωή αρχίζει πέρα από τον θάνατο όπου οι άνθρωποι θα τιμωρηθούν για τις κακές πράξεις τους. Παρ' όλα αυτά ο Προτεσταντισμός ακριβώς όπως και ο Καθολικισμός απαριθμούν μεταξύ τους την αυτοκτονία. Τελικά και στις δύο αυτές λατρείες οι απαγορεύσεις έχουν ένα θείο χαρακτήρα, δηλαδή δεν παρουσιάζονται σαν το λογικό συμπέρασμα του ορθού λόγου. Κατά συνέπεια εάν ο Προτεσταντισμός ευνοεί την ανάπτυξη της αυτοκτονίας, αυτό δεν οφείλεται σε μια τάση διαφορετική από εκείνη του Καθολικισμού, αλλά σ' ένα από τα γενικότερα χαρακτηριστικά που τις διαχωρίζουν. (Durkheim Emile, 1897)

Ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά που τις διαφοροποιεί είναι ότι ο Προτεσταντισμός επιτρέπει την ελεύθερη εξέταση σε ένα πολύ μεγαλύτερο βαθμό από τον Καθολικισμό. Η κλίση του Προτεσταντισμού για την αυτοκτονία συσχετίζεται με το πνεύμα της ελεύθερης εξέτασης που εμπυχώνει αυτή τη θρησκεία. Οι άνθρωποι από εδώ και πέρα χρειάζονται αυτή την ελευθερία, γεγονός που οδηγεί στην ανατροπή των παραδοσιακών πίστσεων. Έτσι είναι σωστό να ειπωθεί ότι η ελεύθερη αναζήτηση, πολλαπλασιάζει αλλά

και προϋποθέτει τα σχίσματα και ταυτόχρονα αξιώνεται και θεσμοποιείται σαν μια αρχή η οποία επιτρέπει λανθάνοντα και μισο-κηρυγμένα σχίσματα να αναπτυχθούν περισσότερο ελεύθερα. (Durkheim Emile, 1897)

Αντίστοιχα η κλίση των Εβραίων στην αυτοκτονία είναι πάντα μικρότερη από εκείνη των Προτεσταντών και επίσης χαμηλότερη από εκείνη των Καθολικών, αν και σε μικρότερο βαθμό. Είναι πράγματι φανερό ότι οι λιγότερο πολυάριθμες θρησκευτικέςπίστεις, που αντιμετωπίζουν την εχθρότητα των πληθυσμών που τις περιβάλλουν, είναι υποχρεωμένες να ασκούν σοβαρό έλεγχο πάνω στους εαυτούς τους για να αυτοδιατηρηθούν και υποβάλλονται σε μια ιδιαίτερα αυστηρή πειθαρχία. Πέρα από αυτές τις σκέψεις, ορισμένα γεγονότα φαίνεται να υποδηλώνουν ότι αυτός ο ιδιαίτερος παράγοντας έχει κάποια επίδραση στην αυτοκτονία. (Durkheim Emile, 1897)

Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η θρησκεία του Ιουδαϊσμού. Η μομφή που οι Εβραίοι έχουν δεχτεί για αρκετό καιρό από τον Χριστιανικό κόσμο, έχει δημιουργήσει αισθήματα ασυνήθιστης αλληλεγγύης μεταξύ των Εβραίων. Η ανάγκη τους να αντισταθούν σε μια γενική εχθρότητα, η αδυναμία ελεύθερης επικοινωνίας με το υπόλοιπο του πληθυσμού, τους υποχρέωσε σε αυστηρή ενότητα μεταξύ τους. Ο καθένας σκεφτόταν και ζούσε παρόμοια και οι ατομικές αποσχίσεις έγιναν σχεδόν αδύνατες από την κοινότητα της ύπαρξης και την στενή και διαρκή επιτήρηση που ο καθένας ασκούσε στους άλλους. Ο Ιουδαϊσμός όπως όλες οι κατώτερες θρησκείες, αποτελείται βασικά από ένα σώμα συνηθειών, αφήνοντας ένα μικρό ελεύθερο χώρο στην ατομική χρήση. (Durkheim Emile, 1897)

Συμπερασματικά ο Durkheim καταλήγει ότι η θρησκεία έχει ένα προστατευτικό αποτέλεσμα στην αυτοκτονία, δηλαδή προστατεύει τον

άνθρωπο από την επιθυμία για αυτοκαταστροφή, γεγονός που δεν οφείλεται στο ότι επαινεί τον σεβασμό για το πρόσωπό του με επιχειρήματα, αλλά επειδή είναι μια έντονα συνδεδεμένη κοινωνία. Η ύπαρξη ορισμένου αριθμού πίστεων και συνηθειών κοινών σε όλους τους πιστούς, παραδοσιακών και συνεπώς υποχρεωτικών είναι αυτό που συνθέτει την κοινωνία των θρησκειών. Όσο περισσότερο πολυάριθμες και ισχυρές είναι αυτές οι συλλογικές καταστάσεις τόσο μεγαλύτερη είναι η ολοκλήρωση της θρησκευτικής κοινότητας και τόσο μεγαλύτερη είναι η προστατευτική της αξία. (Durkheim Emile, 1897)

Η επίδραση της παιδείας στο φαινόμενο της αυτοκτονίας απασχόλησε τον Durkheim καθώς δίνει στους ανθρώπους την δυνατότητα της αυτο-παίδευσης και της απελευθέρωσης από την παράδοση. Όμως η προοδευτική εξασθένηση των συλλογικών και συνηθισμένων προκαταλήψεων παράγει μια τάση προς αυτοκτονία. Τα ελεύθερα επαγγέλματα και γενικότερα οι εύπορες τάξεις είναι ασφαλώς εκείνες με την μεγαλύτερη επιθυμία για μάθηση και την πιο δραστήρια πνευματική ζωή. Αν και οι στατιστικές της αυτοκτονίας κατά επάγγελμα και τάξεις δεν μπορούν να παρθούν με αρκετή ακρίβεια, είναι αναντίρρητα αρκετά συχνή στις ανώτερες τάξεις της κοινωνίας. (Durkheim Emile, 1897)

Η αυτοκτονία, σύμφωνα με τη μελέτη του Durkheim, αυξάνει γενικά με τη γνώση. Ο άνθρωπος στην προσπάθειά του να μορφωθεί χάνει την συνοχή της θρησκευτικής του κοινωνίας και αυτοκτονεί. Ασφαλώς δεν είναι η αποκτημένη μάθηση εκείνο που αποδιοργανώνει την θρησκεία, αλλά η ανάγκη της γνώσης αφυπνίζεται επειδή η θρησκεία είναι αποδιοργανωμένη. "Δεν είναι η γνώση πηγή του κακού αλλά το φάρμακό του." Η γνώση είναι ένα

μέσο για να καταπολεμηθεί η διάλυση των θεσμών, των παραδόσεων και της κοινωνίας. (Durkheim Emile, 1897, σελ. 179)

Εάν η θρησκεία προστατεύει τον άνθρωπο από την αυτοκτονία μόνο επειδή κατά ένα μέτρο είναι μία κοινωνία, είναι πιθανόν ότι και οι άλλες κοινωνίες, όπως η οικογένεια και η πολιτική κοινωνία μπορούν να παράγουν τα ίδια αποτελέσματα. (Durkheim Emile, 1897)

Ο Durkheim μελετώντας την οικογένεια, συγκρίνει την κατάσταση των έγγαμων αντρών και γυναικών με την κατάσταση των εγγένηδων και των χήρων. Ακόμη συγκρίνει τη συχνότητα αυτοκτονιών στους εγγάμους και άγαμους τις ίδιας ηλικίας και συνάγει έτσι αυτό που ονομάζει συντελεστή διαφύλαξης, με τον οποίο μετρά τη μείωση της συχνότητας αυτοκτονιών σε μια δεδομένη ηλικία με βάση την οικογενειακή κατάσταση. Έπειτα ορίζει συντελεστές διαφύλαξης ή αντίθετα, συντελεστές επιδείνωσης, για τις άγαμες ή έγγαμες γυναίκες, τους χήρους ή τις χήρες. (Aron Raymond, 1993)

Καταλήγει στο συμπέρασμα ότι αν υπάρχει διαφύλαξη των ατόμων, ανδρών και γυναικών, χάρη στην έγγαμη κατάσταση, οφείλεται κυρίως στην ύπαρξη τέκνων και λιγότερο στον ίδιο το γάμο. Οι στατιστικές δείχνουν ότι οι άτεκνες έγγαμες γυναίκες, από μια ηλικία και έπειτα δε διαθέτουν συντελεστές διαφύλαξης, αλλά αντίθετα δοκιμάζονται από συντελεστές επιδείνωσης. Η οικογένεια και τα παιδιά επομένως, αποτελούν προστατευτικό παράγοντα περισσότερο απ' ότι ο γάμος. Μια οικογένεια χωρίς παιδιά δεν αποτελεί αρκετά ισχυρό περιβάλλον ενσωμάτωσης. (Aron Raymond, 1993) Παρ' όλα αυτά ο Durkheim αναφέρει ότι όσο ισχυρότερα έχει συσταθεί η οικογένεια, όσο μεγαλύτερη διάρκεια και περισσότερο ενεργητική επικοινωνία υπάρχει μεταξύ των μελών της, τόσο μεγαλύτερη είναι η προστασία της. (Durkheim

Emile, 1897)

Τα εγκαταλειμμένα στον εαυτό τους άτομα διακατέχονται από άπειρες επιθυμίες. Είναι διαρκώς ανικανοποίητα και φθάνουν σε κάποια ισορροπία χάρη σε μια εξωτερική βοήθεια ηθικής υφής, που τους διδάσκει την εγκράτεια και τους βοηθά να βρουν γαλήνη. Κάθε κατάσταση η οποία τείνει να αυξήσει τη διάσταση πόθων και ικανοποίησης μεταφράζεται σε συντελεστή επιδείνωσης. (Aron Raymond, 1993)

Η αυτοκτονία διακυμαίνεται αντίστροφα με τον βαθμό ολοκλήρωσης των κοινωνικών ομάδων όπου το άτομο αποτελεί μέλος. Ως κοινωνικές ομάδες εννοούνται η θρησκεία, η οικογένεια και η πολιτική κοινωνία και θεωρούνται ισχυρά ολοκληρωμένες κοινωνικές ομάδες. Όσο πιο εξασθενημένες είναι, τόσο λιγότερο εξαρτάται από αυτές. Περισσότερο κατά συνέπεια εξαρτάται από τον εαυτό του μόνο και δεν αναγνωρίζει άλλους κανόνες συμπεριφοράς από εκείνους που θεμελιώνονται από τα ιδιωτικά του συμφέροντα. (Durkheim Emile, 1897)

Όταν το άτομο δεν έχει άλλο αντικείμενο από τον εαυτό του δεν μπορεί να δραπετεύσει από τη σκέψη ότι οι προσπάθειες του θα καταλήξουν τελικά στο τίποτα καθώς εξαφανίζεται το ίδιο το άτομο. Αλλά ο εκμηδενισμός τρομάζει. Κάτω από αυτούς τους όρους το άτομο θα έχανε το κουράγιο να υπάρξει, να δρα, να αγωνίζεται καθώς τίποτα δεν παραμένει από την προσπάθειά του. Ο άνθρωπος είναι διπλός κι αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ο κοινωνικός άνθρωπος προστίθεται στο φυσικό άνθρωπο. Ο κοινωνικός άνθρωπος προϋποθέτει μια κοινωνία που εκφράζει και υπηρετεί. Το άτομο χρειάζεται να έχει ένα σκοπό στη ζωή του. (Durkheim Emile, 1897)

Η κοινωνία μπορεί να μεταδώσει μια συλλογική γνώμη για την αξία της

ύπαρξης, της ανθρώπινης ζωής. Η κοινωνία είναι ο σκοπός απ' όπου εξαρτάται ο καλύτερος εαυτός του ατόμου, εάν αυτή αποσυντεθεί οι κανονικές συνθήκες της γενικής ζωής διαταράσσονται στον ίδιο βαθμό. Ο εγωισμός είναι η γενεσιουργός αιτία της αυτοκτονίας, στον εγωιστικό τύπο αυτοκτονίας. Στην περίπτωση αυτή ο δεσμός που προσδένει τον άνθρωπο στη ζωή χαλαρώνει καθώς ατονεί ότι τον προσδένει στην κοινωνία. (Durkheim Emile, 1897)

Στον πρώτο κοινωνικό τύπο αυτοκτονίας οι άντρες και οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη ροπή προς την αυτοχειρία όσο περισσότερο σκέπτονται τους εαυτούς τους, όσο δεν ενσωματώνονται σε μια κοινωνική ομάδα, όσο οι πόθοι που τους διακατέχουν δεν καθοδηγούνται από την αυθεντία της ομάδας και από την ισχύ όσων υποχρεώσεων επιβάλλει ένα περιβάλλον στενό και ισχυρό, ώστε να έρθουν στα μέτρα εκείνα, τα οποία συμβιβάζονται με το ανθρώπινο πεπρωμένο. (Aron Raymond, 1993)

α.2) Αλτρουιστική αυτοκτονία

Ο δεύτερος τύπος αυτοκτονίας είναι η **αλτρουιστική**. Η έννοια του αλτρουισμού εκφράζει αρκετά καλά την αντίθετη κατάσταση όπου το εγώ δεν ανήκει στον εαυτό του, όπου αναμιγνύεται με κάτι που δεν είναι δικό του, όπου ο πόλος της συμπεριφοράς είναι εξωτερικός από αυτόν δηλαδή ανήκει σε μια από τις ομάδες που συμμετέχει. Έτσι αποκαλείται η αυτοκτονία που προκαλείται από έντονο αλτρουισμό, αλτρουιστική αυτοκτονία. (Durkheim Emile, 1897)

Η αυτοκτονία είναι πολύ κοινή μεταξύ των πρωτόγονων λαών, αλλά παρουσιάζει πολύ ιδιότυπα χαρακτηριστικά. Τα γεγονότα που αναφέρονται σχετικά με την αυτοκτονία ανήκουν σε μια από τις ακόλουθες κατηγορίες:

1. Αυτοκτονίες ανδρών στο κατώφλι του γήρατος ή χτυπημένοι από αρρώστια.
2. Αυτοκτονίες γυναικών με το θάνατο του συζύγου τους.
3. Αυτοκτονίες των οπαδών ή υπηρετών με το θάνατο των αρχηγών τους.

(Durkheim Emile, 1897, σελ. 241)

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η περίπτωση των Ινδουιστών, των οποίων η κανονιστική απαίτηση είναι οι χήρες να διαπράττουν τελετουργική αυτοκτονία στην νεκρική πυρά της σωρού των συζύγων τους. (Coser Lewis A., 1977)

Ο άνθρωπος που αυτοκτονεί σ' αυτές τις περιπτώσεις παίρνει την απόφαση αυτή επειδή έχει το χρέος να το κάνει. Εάν αποτύχει σ' αυτή την υποχρέωση ατιμάζεται και ακόμη τιμωρείται, συνήθως με θρησκευτικές κυρώσεις. Αν ένα τέτοιο πρόσωπο επιμένει να ζήσει χάνει τον δημόσιο σεβασμό. Το βάρος της κοινωνίας επιδρά πάνω του για να τον οδηγήσει στην αυτοκαταστροφή. Για να είναι ικανή η συγκεκριμένη κοινωνία να εξαναγκάσει ορισμένα μέλη της να αυτοκτονήσουν η ατομική προσωπικότητα συνεπάγεται ότι έχει μικρή αξία, ενώ αντίθετα η κοινωνία είναι πολύ ισχυρά οργανωμένη, η συλλογική επίβλεψη είναι διαρκής, εμποδίζοντας έτσι τις αποκλίσεις με μεγαλύτερη ετοιμότητα. (Durkheim Emile, 1897)

Το άτομο αυτοκτονεί συμμορφούμενο με κοινωνικές προσαγές, χωρίς να σκεφθεί να προβάλλει το δικαίωμα του στη ζωή. Παράλληλα, ένας κυβερνήτης πλοίου, ο οποίος δε θέλει να επιζήσει της απώλειας του σκάφους

του, αυτοκτονεί λόγω αλτρουισμού. Θυσιάζεται σε μια εσωτερική κοινωνική επιταγή, υπακούοντας σε ότι επιτάσσει η ομάδα σε τέτοιο σημείο ώστε να καταπνίξει μέσα του το ένστικτο της αυτοσυντήρησης. (Aron Raymond, 1993)

Άλλο παράδειγμα είναι αυτό των Ιαπώνων, όπου το άτομο είναι τόσο έντονα συνδεδεμένο με τις απαιτήσεις της κοινωνίας που είναι πρόθυμο να αφαιρέσει τη ζωή του, όταν οι κανόνες της κοινωνίας το απαιτούν, κάνοντας χαρακίρι. (Coser Lewis A., 1977)

Σ' αυτές τις περιπτώσεις το άτομο που αυτοκτονεί δεν είναι υποχρεωμένο να το κάνει. Παρ' όλα αυτά οι αυτοκτονίες είναι της ίδιας φύσης με την υποχρεωτική αυτοκτονία. Μάλιστα αν και η δημόσια γνώμη δεν τις επιβάλλει τυπικά, είναι ασφαλώς ευνοϊκή προς αυτές. Εδώ δεν αποτελεί αρετή η προσκόλληση στην ύπαρξη, ακόμη και του πιο υψηλού βαθμού, ο άνθρωπος που απαρνιέται τη ζωή στην παραμικρή πρόκληση των περιστάσεων ή από απλή ματαιοδοξία είναι άξιος επαίνου, προσδίδοντας έτσι στην αυτοκτονία ένα κοινωνικό γόητρο. Οι συνήθειες αυτές συνδέονται με τα ηθικά χαρακτηριστικά των κατώτερων κοινωνιών. Κι αυτές οι αυτοκτονίες ανήκουν στον τύπο της αλτρουιστικής, αλλά χρειάζεται να προστεθεί ο χαρακτηρισμός προαιρετική για να είναι πιο ευδιάκριτη η ποιότητά της από αυτή της υποχρεωτικής, η λέξη προαιρετική σημαίνει απλά ότι απαιτούνται με λιγότερη σαφήνεια από την κοινωνία. (Durkheim Emile, 1897)

Υπάρχουν όμως και αυτοκτονίες όπου το άτομο ζητά να απογυμνωθεί από την προσωπική του οντότητα για να καταποντιστεί σε κάτι άλλο που το θεωρεί σαν την αληθινή του ουσία. Εάν ένα άτομο αυτοκτονεί τόσο αυθόρμητα δεν ενδιαφέρεται για την ύπαρξή του, γεγονός που γίνεται αντιληπτό σαν μια μελαγχολική αναπαράσταση. Το άτομο πραγματοποιεί την

πράξη αυτή έχοντας ένα σκοπό έξω από τη ζωή, έχοντας ελπίδα και πίστη για όμορφες προοπτικές πέρα από τη ζωή. Στην αλτρουιστική αυτοκτονία μπορεί να ταξινομηθεί και ο θάνατος ορισμένων Χριστιανών μαρτύρων. Μολονότι δεν αυτοκτονούσαν, γύρευαν τον θάνατο με όλη τη δύναμή τους και συμπεριφέρονταν έτσι ώστε να τον καταστήσουν αναπόφευκτο. (Durkheim Emile, 1897)

Εκτός από αυτές τις περιπτώσεις ηρωικής ή θρησκευτικής αυτοκτονίας ο Durkheim ανακαλύπτει στις στατιστικές και ένα σύγχρονο παράδειγμα αλτρουιστικής αυτοκτονίας, το οποίο είναι η αύξηση της συχνότητας των αυτοκτονιών στο στρατό. (Aron Raymond, 1993) Δημιουργούνται αισθήματα στους στρατιώτες όπως απέχθεια απέναντι στην υπηρεσία. Η στρατιωτική ζωή και συγκεκριμένα η αυστηρή και παθητική πειθαρχία, η απουσία ελευθερίας, η απόλυτη υποταγή, η αποστέρωση κάθε άνεσης, οι συνήθειες αυτές βρίσκονται σε αντίθεση με τις απαιτήσεις της δημόσιας συνείδησης. Οι δυσκολίες ύπαρξης είναι ανυπόφορες ακόμα και για τους αξιωματικούς και τους υπαξιωματικούς, για τα άτομα που την διάλεξαν ελεύθερα σαν επάγγελμα. (Durkheim Emile, 1897)

Οι στατιστικές που χρησιμοποιήθηκαν από τον Durkheim αποκαλύπτουν πράγματι ένα συντελεστή επιδείνωσης για τους στρατιωτικούς μιας ορισμένης ηλικίας, τους αξιωματικούς και τους υπαξιωματικούς. Οι στρατιωτικοί αυτοκτονούν πιο συχνά από τους πολίτες της ίδιας ηλικίας και της ίδιας κοινωνικής σειράς. Οι αυτοκτονίες αυτές δεν μπορούν να εξηγηθούν ως εγωιστικές αυτοκτονίες, γιατί οι στρατιωτικοί και κυρίως οι επαγγελματίες και οι βαθμοφόροι, ανήκουν σε έντονα ενσωματωμένη ομάδα. Οι απλοί φαντάροι θεωρούν προσωρινή την κατάσταση τους και συνδυάζουν την

υπακοή με μια μεγαλύτερη ελευθερία, όσον αφορά την εκτίμηση του συστήματος. Αντίθετα, οι επαγγελματίες στρατιωτικοί ενστερνίζονται οπωσδήποτε το σύστημα στο οποίο έχουν ενσωματωθεί, γιατί εκτός από εξαιρετικές περιπτώσεις, δε θα το είχαν επιλέξει αν δεν έτρεφαν γι' αυτό ένα ελάχιστο όριο νομιμοφροσύνης. Εξάλλου, ανήκουν σε μια οργάνωση, της οποίας συστατική αρχή είναι η πειθαρχία. (Aron Raymond, 1993)

Ο συντελεστής επιδείνωσης που ιδιάζει στο επάγγελμα αυτό προκαλείται όχι από την απέχθεια που εμπνέει, αλλά αντίθετα από το σύνολο των καταστάσεων, τις αποκτημένες συνήθειες ή τις φυσικές διαθέσεις που συνθέτουν το στρατιωτικό πνεύμα. Η πρώτη ποιότητα του στρατιώτη είναι ένα είδος αποπροσωπείας που δεν απαντάται στην πολιτική ζωή στον ίδιο βαθμό. Είναι απαραίτητο να έχει ένα ασθενικό δεσμό με την ατομικότητά του για να πειθαρχεί πειθήνια σε εξωτερικές προτροπές. Όσο πειθαρχημένος και να είναι ο αξιωματικός πρέπει να είναι ικανός να παίρνει πρωτοβουλίες σε κάποια έκταση, να έχει ένα ευρύτερο πεδίο δράσης και κατά συνέπεια μια περισσότερο αναπτυγμένη προσωπικότητα. Έχοντας όμως μεγαλύτερη αίσθηση της αξίας της ζωής του, είναι λιγότερο έτοιμος να τη θυσιάσει. Παρ' όλα αυτά εκείνο που διακρίνει τις ομάδες επίλεκτων είναι ο έντονος βαθμός του πνεύματος της άρνησης και της στρατιωτικής απάρνησης. (Durkheim Emile, 1897)

Η τάση αυτοκτονίας αναφέρεται σε δύο τύπους ανθρώπων, αυτούς που είναι υπερβολικά αποσπασμένοι από την κοινωνική ομάδα και εκείνους που δεν είναι όσο πρέπει αποσπασμένοι. Οι εγωιστές αυτοκτονούν ευκολότερα από τους άλλους, το ίδιο όμως και τα άτομα που πιστεύουν έντονα στην έννοια του αλτρουισμού, οι οποίοι συγχέονται σε τέτοιο βαθμό με

την ομάδα όπου ανήκουν, ώστε είναι ανίκανοι να αντισταθούν στα πλήγματα της μοίρας. (Aron Raymond, 1993)

Αν περιοριστούν οι περιπτώσεις αυτοκτονίας που δεν έχουν δεσμό μεταξύ τους, παραμένει μια συμπαγής, ομοιογενής ομάδα που περιλαμβάνει τις περισσότερες αυτοκτονίες που συμβαίνουν στο στρατό και που εξαρτώνται από την κατάσταση αυτή του αλτρουισμού, όπου χωρίς αυτή δεν υπάρχει στρατιωτικό πνεύμα. Η αλτρουιστική αυτοκτονία μολονότι δείχνει τα γνωστά χαρακτηριστικά της αυτοκτονίας, πλησιάζει σε ορισμένες κατηγορίες δράσης που οι άνθρωποι είναι συνηθισμένοι να τιμούν με σεβασμό και ακόμα με θαυμασμό και ο κόσμος συνήθως αρνείται να την θεωρήσει σαν αυτοκαταστροφή. (Durkheim Emile, 1897)

α.3) Άνομη αυτοκτονία

Ο τρίτος κοινωνικός τύπος αυτοκτονίας είναι η **άνομη** αυτοκτονία. Ο Durkheim ενδιαφέρεται περισσότερο γι' αυτόν τον τύπο, γιατί είναι ο πιο χαρακτηριστικός της σύγχρονης κοινωνίας. Η άνομη αυτοκτονία παρατηρείται από τη στατιστική συσχέτιση της συχνότητας των αυτοκτονιών και των φάσεων του οικονομικού κύκλου. (Aron Raymond, 1993) Οι βιομηχανικές ή οι οικονομικές κρίσεις αυξάνουν τις αυτοκτονίες, γεγονός που δεν οφείλεται στο ότι προκαλούν πενία, αφού οι κρίσεις ευημερίας έχουν το ίδιο αποτέλεσμα. Οφείλεται στο γεγονός ότι είναι κρίσεις, δηλαδή διαταραχές της συλλογικής τάξης. Κάθε ρωγμή της ισορροπίας ακόμη κι αν επιτυγχάνει μεγαλύτερη άνεση και ανύψωση της συλλογικής ζωής, σπρώχνει στον θεληματικό θάνατο. Κάθε φορά που πραγματοποιούνται σοβαρές αναπροσαρμογές στο κοινωνικό

σώμα, ανεξάρτητα αν οφείλονται σε μια ξαφνική ανάπτυξη ή ένα απροσδόκητο κατακλυσμό, οι άνθρωποι έχουν μεγαλύτερη κλίση για αυτοκαταστροφή. (Durkheim Emile, 1897)

Αντίθετα, υπάρχει μια τάση μείωσης της συχνότητας των αυτοκτονιών τη στιγμή μεγάλων πολιτικών γεγονότων που θεωρείται ένα άλλο περίεργο φαινόμενο. Για παράδειγμα σε περίοδο πολέμου ο αριθμός των αυτοκτονιών μειώνεται. Τα φαινόμενα αυτά, δηλαδή η αύξηση της συχνότητας αυτοκτονιών στις φάσεις κοινωνικής διαταραχής και η μείωση της συχνότητάς τους σε ώρες μεγάλων γεγονότων, υποβάλλουν στον Durkheim την ιδέα της άνομης αυτοκτονίας. Εκείνο που τον ενδιαφέρει, είναι η κρίση της σύγχρονης κοινωνίας εξαιτίας της κοινωνικής αποδιοργάνωσης και της αποδυνάμωσης όσων δεσμών συνδέουν το άτομο με την ομάδα. (Aron Raymond, 1993)

Κανένα ζωντανό ον δεν μπορεί να είναι ευτυχισμένο εκτός εάν οι ανάγκες του αναλογούν με επάρκεια στα μέσα του. Τίποτα στην οργανική ή στην ψυχολογική σύσταση του ανθρώπου δεν εμφανίζεται που να θέτει ένα όριο στην τάση του ατόμου να αποκτήσει μεγαλύτερη ευημερία, άνεση και πολυτέλεια. Η ανθρώπινη φύση δεν είναι ικανή να προσδώσει μεταβλητά όρια που απαιτούνται για τις ανάγκες των ατόμων. Μια ρυθμιστική δύναμη πρέπει να παίζει τον ίδιο ρόλο για τις ηθικές ανάγκες που παίζει ο οργανισμός για τις φυσικές ανάγκες. Η κοινωνία μπορεί να παίζει αυτό το ρυθμιστικό ρόλο γιατί είναι η ηθική δύναμη υπέρτερη από το άτομο που δέχεται την υπεροχή της, η εξουσία που σέβεται και παραδίδεται αυθόρμητα. Η κατάσταση απουσίας ρύθμισης ή ανομίας ενισχύεται περισσότερο με το να είναι λιγότερο πειθαρχημένα τα άτομα, όταν ακριβώς χρειάζονται ισχυρότερη πειθαρχία. Σε

κοινωνίες όπου ο άνθρωπος υπόκειται σε μια υγιή πειθαρχία υποτάσσεται με μια μεγαλύτερη ευχέρεια στις ατυχίες της ζωής. (Durkheim Emile, 1897)

Όταν η δραστηριότητα του ανθρώπου στερείται ρύθμιση και από τα βάσανά του που ακολουθούν τότε προσδίδεται στον τύπο της άνομης αυτοκτονίας. Στην άνομη αυτοκτονία απουσιάζει η επίδραση της κοινωνίας από τα βασικά ατομικά πάθη αφήνοντάς τα έτσι χωρίς χαλιναγώγηση. Αλλά η οικονομική ανομία δεν είναι η μόνη ανομία που προκαλεί την αυτοκτονία. Οι αυτοκτονίες που συμβαίνουν στην κρίση χηρείας οφείλονται σε οικιακή ανομία που προκύπτει από το θάνατο του συζύγου ή της συζύγου. Πραγματοποιείται μια οικογενειακή καταστροφή, η οποία επηρεάζει τον επιζώντα. Δεν είναι προσαρμοσμένος στην καινούργια κατάσταση όπου βρίσκεται και κατά συνέπεια αυτοκτονεί ευκολότερα. (Durkheim Emile, 1897)

Ο Durkheim κάνει μια μακρά και διεξοδική μελέτη της επίδρασης που ασκεί το διαζύγιο στην συχνότητα των αυτοκτονιών ανδρών και γυναικών. (Aron Raymond, 1993) Ο θεσμός του διαζυγίου μπορεί καθ' εαυτός να προκαλέσει αυτοκτονία από την επίδραση που ασκεί στο γάμο. Το διαζύγιο σημαίνει μια εξασθένιση της συζυγικής ρύθμισης. Όπου υπάρχει και ιδιαίτερα όπου ο νόμος επιτρέπει την εφαρμογή του, ο γάμος δεν είναι τίποτα άλλο από ένα εξασθενημένο ομοίωμα του εαυτού του, είναι μια κατώτερη μορφή γάμου. Η κατάσταση της συζυγικής ανομίας που παράγεται από το θεσμό του διαζυγίου εξηγεί έτσι την παράλληλη ανάπτυξη του διαζυγίου και των αυτοκτονιών. Οι αυτοκτονίες προκύπτουν από μια ηθική σύσταση που η ίδια προκαλείται από μια εξασθένιση της συζυγικής ρύθμισης. (Durkheim Emile, 1897)

Στο θέμα αυτό οι στατιστικές δίνουν σχετικά δυσερμήνευτα

αποτελέσματα. Ο διαζευγμένος άντρας απειλείται περισσότερο από τη γυναίκα. Απαραίτητη είναι για την κατανόηση του φαινομένου, η ανάλυση της μορφής της ισορροπίας, της ικανοποίησης και της πειθαρχίας που βρίσκουν στο γάμο ο άντρας και η γυναίκα. Ο άντρας βρίσκει ισορροπία και πειθαρχία, διατηρεί όμως και ορισμένη ελευθερία, χάρη στην ανοχή των ηθών. Η γυναίκα βρίσκει στο γάμο περισσότερο την πειθαρχία παρά την ελευθερία. Ο διαζευγμένος άντρας επιστρέφει, αλλά και υποκύπτει στην απειθαρχία και στη διάσταση επιθυμιών και ικανοποίησης, ενώ η διαζευγμένη γυναίκα απολαμβάνει περισσότερη ελευθερία που ισοδυναμεί ως ένα σημείο με την απώλεια της οικογενειακής προστασίας. (Aron Raymond, 1993)

Ο τρίτος τύπος αυτοκτονίας, που πλήττει τα άτομα εξαιτίας των συνθηκών ύπαρξης των σύγχρονων κοινωνιών, εκτός της αυτοκτονίας από εγωισμό, είναι η άνομη αυτοκτονία. Στις κοινωνίες αυτές, τα άτομα βρίσκονται σε διαρκή ανταγωνισμό μεταξύ τους, περιμένουν πολλά από τη ζωή και ζητούν πολλά κι έτσι βασανίζονται διαρκώς εξαιτίας της δυσαναλογίας που προκαλείται μεταξύ επιθυμιών και ικανοποίησης. Αυτή η ατμόσφαιρα ανησυχίας ευνοεί την ανάπτυξη των αυτοκτονικών τάσεων. (Aron Raymond, 1993)

Ο Durkheim επιχειρεί κατόπιν να δείξει ότι οι κοινωνικοί τύποι που συγκρότησε αντιστοιχούν κατά προσέγγιση σε ψυχολογικούς τύπους. Η εγωιστική αυτοκτονία εκδηλώνεται με μια κατάσταση απάθειας και αδιαφορίας για τη ζωή, η αλτρουιστική αυτοκτονία με ενεργητικότητα και πάθος και η άνομη αυτοκτονία χαρακτηρίζεται από μια κατάσταση ερεθισμού και παραίτησης. Συγκεκριμένα ο ερεθισμός οφείλεται στις πολλαπλές απογοητεύσεις που προσφέρει η σύγχρονη ύπαρξη και η παραίτηση στη

συνειδητοποίηση της δυσαναλογίας επιθυμιών και ικανοποιήσεων. (Aron Raymond, 1993)

β) Αποτελέσματα μελέτης

Συνοψίζοντας τη θεωρία του Durkheim οι αυτοκτονίες είναι ατομικά φαινόμενα, οι αιτίες των οποίων είναι βασικά κοινωνικές. Στην κοινωνία εμφανίζονται τάσεις αυτοκτονίας, η πηγή των οποίων δεν είναι το άτομο, αλλά η κοινότητα και αποτελούν την πραγματική και καθοριστική αιτία των αυτοκτονιών. Η τάση αυτοκτονίας δεν εκδηλώνεται σε οποιοδήποτε άτομο, τυχαία. Τα άτομα που αυτοκτονούν, είναι πιθανό να είχαν την σχετική προδιάθεση από τη ψυχική τους σύσταση, από τα αδύνατα νεύρα τους και από νευρωτικές διαταραχές. Επιπλέον οι ίδιες κοινωνικές περιστάσεις, που δημιουργούν τις τάσεις αυτοκτονίας, δημιουργούν και τις ψυχολογικές προδιαθέσεις, αυτό οφείλεται στο ότι τα άτομα που ζουν στις συνθήκες της σύγχρονης κοινωνίας, έχουν ευπρόσβλητη ευαισθησία. Οι πραγματικές αιτίες της αυτοκτονίας είναι κοινωνικές δυνάμεις που ποικίλλουν από κοινωνία σε κοινωνία, από ομάδα σε ομάδα και από θρησκεία σε θρησκεία και εκπορεύονται από την ομάδα και όχι από τα άτομα παρμένα χωριστά. (Aron Raymond, 1993)

Μία ακόμα σημαντική αναφορά του Durkheim είναι ότι ένα ορισμένο ποσοστό των αυτοκτονιών μπορεί να θεωρηθεί ως φυσιολογικό, ταυτόχρονα όμως η αύξηση του ποσοστού των αυτοκτονιών στη σύγχρονη κοινωνία θεωρείται παθολογική. Ακόμη πιστεύει ότι το σημερινό ποσοστό αυτοκτονιών αποκαλύπτει μερικά παθολογικά γνωρίσματα της σύγχρονης κοινωνίας.

Γράφει λοιπόν ότι, οι σύγχρονες κοινωνίες παρουσιάζουν ορισμένα παθολογικά συμπτώματα με κυριότερη την ανεπαρκή ενσωμάτωση του ατόμου στην κοινότητα. Από την άποψη αυτή ο τύπος της αυτοκτονίας που επισύρει την προσοχή του Durkheim, είναι εκείνος τον οποίο αποκαλεί άνομο. Θεωρεί πολύ πιθανό ότι πηγή της ανοδικής κίνησης των αυτοκτονιών είναι η παθολογική κατάσταση που συνοδεύει την πορεία του πολιτισμού και την ανάπτυξη της κοινωνίας, χωρίς όμως αυτό να αποτελεί αναγκαία προϋπόθεσή της. (Aron Raymond, 1993)

Η αύξηση του ποσοστού αυτοκτονιών με μεγάλη ταχύτητα προϋποθέτει ότι θα πρέπει η κοινωνική οργάνωση να έχει υποστεί βαθύτατη αλλοίωση στη διάρκεια του αιώνα αυτού. Είναι όμως αδύνατο μια τόσο σοβαρή και τόσο γρήγορη αλλοίωση να μην είναι νοσηρή, γιατί καμιά κοινωνία δεν μπορεί να αλλάξει δομή τόσο ξαφνικά. Οι αλλαγές όμως που προϋποθέτει η στατιστική των αυτοκτονιών δεν είναι δυνατόν να είναι ομαλές, απορρέουν όχι από κανονική εξέλιξη αλλά από ένα νοσηρό κλονισμό που κατόρθωσε να ξεριζώσει τους θεσμούς του παρελθόντος. Η απότομη αλλαγή των θεσμών χωρίς την αντίστοιχη αντικατάστασή τους δεν μπορεί να έχει την ίδια αξία και ισχύ, δηλαδή ένα έργο αιώνων δεν μπορεί να αντικατασταθεί σε μερικά χρόνια. Αυτό που μαρτυρεί η ορμητική αύξηση των εθελούσιων θανάτων δεν είναι η όλο και εντονότερη ανάπτυξη και λάμψη του πολιτισμού μας, αλλά μια κατάσταση κρίσης και διαταραχής που η παράταση της εγκυμονεί κίνδυνο. (Aron Raymond, 1993)

Ο Durkheim στη συνέχεια μελετά με ποιο τρόπο μπορεί να αποκατασταθεί η ενσωμάτωση του ατόμου στην κοινότητα. Γι' αυτό εξετάζει διαδοχικά την οικογενειακή, τη θρησκευτική και την πολιτική ομάδα και

επιχειρεί να αποδείξει ότι καμιά από τις τρεις αυτές ομάδες δεν προσφέρει το κατάλληλο κοινωνικό πλαίσιο, που θα έδινε στο άτομο την ασφάλεια, ενώ συγχρόνως το υποτάσσει στους κανόνες της κοινωνίας και στις απαιτήσεις της αλληλεγγύης. (Aron Raymond, 1993)

Εξετάζοντας ο Durkheim την οικογένεια, απορρίπτει την επανενσωμάτωση στην οικογενειακή ομάδα για δύο λόγους. Αρχικά το ποσοστό άνομων αυτοκτονιών αυξάνει εξίσου στους άγαμους όσο και στους έγγαμους, γεγονός που δείχνει ότι η οικογενειακή ομάδα δεν προσφέρει αποτελεσματική προστασία απέναντι στις αυτοκτονικές τάσεις. Έτσι είναι άσκοπο να βασιστούμε μόνο στην οικογένεια για να δώσουμε στο άτομο έναν περίγυρο, οικείο και ικανό να του επιβάλλει πειθαρχία. Έπειτα ο ρόλος της οικογένειας φθίνει στη σύγχρονη κοινωνία και παίζει πιο περιορισμένο οικονομικό ρόλο. Συνεπώς δεν μπορεί να χρησιμεύσει ως διάμεσο μεταξύ του ατόμου και της κοινότητας. (Aron Raymond, 1993)

Το κράτος ή η πολιτική είναι πολύ μακριά από το άτομο και είναι υπερβολικά αυταρχικά, έτσι δεν μπορούν να προσφέρουν το αναγκαίο πλαίσιο για την ενσωμάτωση του ατόμου. Η θρησκεία αντίστοιχα, δεν μπορεί ούτε κι αυτή να θέσει τέρμα στην ανομία εξουδετερώνοντας τις αιτίες του κακού. Οι θρησκείες καλούν τα άτομα να υπερνικήσουν τα πάθη τους και να ζήσουν σύμφωνα με τον πνευματικό νόμο, δεν έχουν όμως πλέον την ικανότητα να διασαφηνίσουν τις υποχρεώσεις και τους κανόνες στους οποίους πρέπει να υπόκειται ο άνθρωπος στον κοσμικό του βίο. Σύμφωνα με τον Durkheim για τη θεραπεία των κακών χρειάζεται μια ενεργή ηθική και όχι αφηρημένες ιδέες και θεωρίες. (Aron Raymond, 1993)

Η μόνη κοινωνική ομάδα που ευνοεί την ενσωμάτωση των ατόμων

στην κοινότητα είναι το επάγγελμα ή με βάση τον όρο που χρησιμοποιεί ο Durkheim, η συντεχνία. Αναφέρεται σ' αυτή ως θεσμό που σήμερα φαίνεται αναχρονιστική, αλλά που στην πραγματικότητα, ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της σύγχρονης κατάστασης. Αποκαλεί συντεχνίες τις επαγγελματικές οργανώσεις που ενώνουν εργοδότες και εργολήπτες που αφενός είναι αρκετά κοντά στα άτομα και αφετέρου αρκετά πάνω από τον καθένα τους, ώστε να διαθέτουν γόητρο και κύρος. Επιπλέον, οι συντεχνίες ανταποκρίνονται περισσότερο στο χαρακτήρα των σύγχρονων κοινωνιών, στις οποίες κυριαρχεί η οικονομική δραστηριότητα. (Aron Raymond, 1993)

γ) Άλλοι Κοινωνιολόγοι

Ο Durkheim περιέγραψε τρεις μορφές αυτοκτονίας, τις εγωιστικές, τις άνομες και τις αλτρουιστικές. Οι θεωρίες αυτές εξακολουθούν και σήμερα να έχουν ισχύ, παρά τις σοβαρές αμφισβητήσεις. Υπήρξαν επίσης τροποποιήσεις αυτής της θεωρίας που αναφέρονται από τον Adam. Οι Gibbs & Martin εισήγαγαν τον όρο ολοκλήρωση κοινωνικής θέσης για τον καθορισμένο ρόλο της λειτουργίας του ατόμου στην κοινότητα. (Παππιάς Ευάγγελος Η., 1998) Χρειάζεται επομένως να εκτιμηθεί η κατάσταση, η οποία αντανάκλα συγκρούσεις μεταξύ των κοινωνικών ρόλων. Συγκεκριμένα, η θεωρία του Durkheim διαμορφώθηκε ως εξής: «Η αναλογία της αυτοκτονίας σε ένα πληθυσμό ποικίλει αντίστροφα με το βαθμό της κοινωνικής ολοκλήρωσης». (Γαβριήλ Ιωάννα, 1986, σελ. 10) Σύμφωνα με την θεωρία αυτή, τα άτομα που είναι περισσότερο ενσωματωμένα σε σημαντικούς γι' αυτά εργασιακούς ρόλους έχουν υψηλότερη ολοκλήρωση της κοινωνικής τους

θέσης και μικρότερο κίνδυνο αυτοκτονίας. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998)

Οι Henry και Short μελέτησαν τα συμπεράσματα του Durkheim αμέσως μετά από το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο και κατέληξαν ότι η αναλογία της αυτοκτονίας συνδέεται με ορισμένους κοινωνικούς παράγοντες. (Γαβριήλ Ιωάννα, 1986) Επίσης, συνδύασαν τη θεωρία του Durkheim με μια κοινωνική και ψυχολογική θεώρηση της επιθετικότητας. Υποστήριξαν ότι τα εξωτερικά-κοινωνικά όρια που δημιουργούν ματαίωση και επιθετικότητα διαντιδρούν με τα εσωτερικά όρια του ατόμου και καθορίζουν εάν η επιθετικότητα θα στραφεί προς το ίδιο το άτομο με τη μορφή της αυτοκαταστροφής ή προς τους άλλους με την πράξη της ανθρωποκτονίας. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998) Η κοινωνική θεωρία του Durkheim σχετικά με τη συλλογική κατάσταση της κοινωνίας υποβλήθηκε σε σοβαρή κριτική από τον Douglas J., ο οποίος θεωρεί ότι βασίζεται σε μη αξιόπιστα δεδομένα. (Γαβριήλ Ιωάννα, 1986)

Τελευταίες μελέτες ασχολούνται με τα δυναμικά της κοινωνικής αλλαγής και υποστηρίζουν ότι η αυτοκτονία σχετίζεται πιο πολύ με την απώλεια της κοινωνικής θέσης και την προς τα κάτω κινητικότητα παρά με την κοινωνική θέση καθεαυτή. Ακόμη υποστηρίζουν ότι οι κοινωνικές δυνάμεις δεν μπορούν να εξηγήσουν την ατομική αυτοκτονία και απαιτείται συνδυασμός με ψυχολογικές και βιολογικές θεωρίες. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998)

Από σχετικές μελέτες, κλασική θεωρείται εκείνη των Sainsbury και συν., όπου επιλέχθηκαν 15 παράμετροι ως δείκτες κοινωνικών παραγόντων και διερευνήθηκε η σχέση των παραγόντων αυτών με τους δείκτες αυτοκτονίας σε 18 ευρωπαϊκά κράτη, μεταξύ των οποίων είναι και η Ελλάδα. Διαπιστώθηκε ότι οι αυτοκτονίες στα κράτη αυτά είχαν σημαντική θετική συσχέτιση με δείκτες της “ανομίας” (διαζύγια, εγκληματικότητα), με το

ποσοστό των εργαζόμενων γυναικών και το ποσοστό των γεννήσεων από μητέρες κάτω των 20 ετών. Ιδιαίτερα αρνητική ήταν η συσχέτιση των αυτοκτονιών με την οικογενειακή ενότητα, το ποσοστό του πληθυσμού κάτω των 15 ετών και το ποσοστό των γεννήσεων από μητέρες άνω των 30 ετών. Ακόμη αρνητική ήταν η συσχέτιση των αυτοκτονιών με κάποιους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. Οι συσχετίσεις αυτές ήταν κοινές σε άνδρες και γυναίκες. Οι συγγραφείς ξεκίνησαν από τη μελέτη αυτή και μπόρεσαν να προβλέψουν τις μεταβολές στους δείκτες αυτοκτονιών των κρατών αυτών κατά το διάστημα 1961-63 έως 1972-74. Κατά τη διάρκεια του πολέμου παρατηρείται μείωση των αυτοκτονιών σε όλον τον κόσμο και στην Ελλάδα και μπορεί πιθανότατα να αποδοθεί στη σύσφιξη των κοινωνικών δεσμών κατά τις περιόδους αυτές. (Ζαχαράκης Κων/νος, 1996)

B. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

α) Ψυχοδυναμικές Θεωρίες

Οι ψυχοδυναμικές θεωρίες για την αυτοκτονία έχουν επικεντρωθεί στο ρόλο της εσωστρεφόμενης επιθετικότητας καθώς και τις συνέπειες της εσωτερίκευσης απογοητευτικών αντικειμένων, στον εσωτερικό κόσμο του αυτοκτονικού ατόμου. Στο συμπόσιο που διοργάνωσε η Ψυχαναλυτική Εταιρεία της Βιέννης το 1910 με θέμα "Για την Αυτοκτονία και ειδικά για τις αυτοκτονίες νέων σπουδαστών" ο Stekel αναφέρει ότι κάθε άτομο που αποπειράται να σκοτώσει τον εαυτό του, στο παρελθόν έχει επιθυμήσει ή έχει ευχηθεί τον θάνατο κάποιου άλλου. (Παππιάς Ευάγγελος Η., 1998)

Ο Freud ερμηνεύει την αυτοκτονία του καταθλιπτικού ως φονική επίθεση στο αμφιθυμικά αγαπώμενο αντικείμενο, ενώ προσπαθεί να αντιμετωπίσει την απειλή της απώλειας του. Επίσης ερμηνεύεται ως άρνηση του υπερεγώ να εκφράσει το θυμό και τα εχθρικά συναισθήματά του προς το αγαπώμενο αντικείμενο και έτσι μεταθέτει την επιθετικότητα στον εαυτό του. Αργότερα βέβαια ο Freud ερμήνευσε την αυτοκτονία ως την ακραία έκφραση του ενστίκτου του θανάτου, που στρέφεται προς τον εαυτό. (Παππιάς Ευάγγελος Η., 1998) Με την έννοια ενός πρωταρχικού ενστίκτου θανάτου, που ανέπτυξε στο δοκίμιό του «Πέρα απ' την αρχή της Ηδονής», δίνει μία εξήγηση της τάσης για αυτοκαταστροφή ως έναν έμφυτο μηχανισμό, μια τάση επιστροφής σε μια κατάσταση Νιρβάνα, η οποία χαρακτηρίζει την ανόργανη κατάσταση από την οποία ξεκίνησε η ζωή, ένα ένστικτο θανάτου αντίστροφο προς το άλλο βασικό ένστικτο της ζωής, το σεξουαλικό. Το ένστικτο του

θανάτου έχει παθητικές και ενεργητικές εκδηλώσεις, αυτοκαταστροφικές και επιθετικές. (Γαβριήλ Ιωάννα, 1986) Ο Abraham υποστήριξε ότι η ενδοβολή και η εκδραμάτιση αυτών των συναισθημάτων εναντίον του εαυτού ήταν οι πρωτογενείς αμυντικοί μηχανισμοί στην αυτοκτονική συμπεριφορά. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998)

Η Klein σημειώνει τη σημασία της επίθεσης εναντίον του "κακού" ως μία προσπάθεια διάσωσης του "καλού" εσωτερικού αντικειμένου. Η θεωρία των αντικειμενότροπων σχέσεων, η οποία συνεχίζει τις υποθέσεις της Klein, δίνει μια αναπτυξιακή ερμηνεία στα αυτο-τιμωρητικά στοιχεία της αυτοκτονίας. Υποστηρίζει ότι πρώιμες ενδοψυχικές συγκρούσεις δημιουργούν την τάση για τη λειτουργία του διαχωρισμού των ψυχικών αναπαραστάσεων του εαυτού του ατόμου, ιδιαίτερα κατά τις περιόδους ψυχικής έντασης, σε "καλό" και σε "κακό" εαυτό που βιώνονται ως ανεξάρτητοι. Έτσι στην αυτοκτονία το άτομο ταυτίζεται με τον "καλό" τιμωρώντας τον "κακό" εαυτό. Ακόμα σημειώνει ότι ο διαχωρισμός των αναπαραστάσεων του εαυτού του ατόμου λειτουργεί ως ψυχικός αμυντικός μηχανισμός. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998)

Ψυχοδυναμικά η αυτοκτονία θεωρείται ως φαινόμενο διαταραγμένης εσωτερίκευσης. Είναι δηλαδή μία προσπάθεια χειρισμού των εχθρικών ενδοβολών από τη μια και της απουσίας ανακουφιστικών εσωτερικών παρουσιών από την άλλη, που είναι αναγκαίες για τη σταθερότητα και την ψυχική ηρεμία του ατόμου. Πιστεύεται επιπλέον ότι εκτός από την τιμωρία του εσωτερικού αντικειμένου υπάρχει η εκδίκηση καθώς και η επιθυμία για απόρριψη ενός περιφρονούμενου μέρους του εαυτού. Αντίστοιχες θεωρίες δόθηκαν και από άλλους ψυχαναλυτές όπως οι Adler, Sullivan, Homey ανάλογα με την ιδιαίτερη ιδεολογική και θεραπευτική κατεύθυνση του κάθε

ψυχαναλυτή. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998)

Αυτές οι διαπιστώσεις βασίζονται σε παρατηρήσεις που πραγματοποιήθηκαν σε σοβαρά καταθλιπτικούς ασθενείς και σε ασθενείς με μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας, όπου η διαπροσωπική σύγκρουση με σημαντικά πρόσωπα για το άτομο δεν είναι εμφανής. Όμως στις περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας που είναι χαμηλού κινδύνου, τα βαθύτερα προβλήματα της εσωτερίκευσης και της συγκρότησης του εαυτού, εκφράζονται στο πλαίσιο της ενεργού σύγκρουσης με σημαντικά πρόσωπα στη ζωή του ατόμου. Μάλιστα μπορούν να γίνουν καλύτερα κατανοητά σαν μία προσπάθεια επικοινωνίας του ατόμου και έκφρασης της υποκειμενικής δυστυχίας, του άγχους και της απογοήτευσης και ενός μηνύματος του τύπου "μη με εγκαταλείπετε, αλλιώς αυτοκτονώ". Ο Stengel αναφερόταν σε αυτό ως έκκληση για βοήθεια, άλλοι θεωρούσαν ότι ήταν μια κραυγή για βοήθεια και άλλοι μια συμπεριφορά απόσπασης φροντίδας και μια μορφή συμπεριφοράς προσκόλλησης. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998)

Σύμφωνα με τον Hendin η ψυχοδυναμική σημασία της αυτοκτονίας για τον ασθενή πηγάζει τόσο από συναισθηματικά όσο και από γνωστικά στοιχεία. Στις περιπτώσεις που το άτομο επιχειρεί να αυτοκτονήσει η οργή, η απελπισία, η απόγνωση και η ενοχή είναι σημαντικές συναισθηματικές καταστάσεις. Οι συνειδητές και ασυνειδητές σημασίες που δίνει το άτομο στο θάνατο, όπως η επανένωση, η αναγέννηση, η αντεκδικητική απάρνηση, η εκδίκηση, ο θάνατος ως αυτοτιμωρία ή εξιλέωση, μπορεί να είναι πολύ βοηθητικές στην κατανόηση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς του ατόμου και συνεπώς στην ψυχοθεραπευτική του αντιμετώπιση. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998)

Οι Apter et al σε μελέτη των αμυντικών μηχανισμών στην αυτοκαταστροφική και επιθετική συμπεριφορά, βρήκαν ότι σε μια πρώτη φάση οι ψυχικοί αμυντικοί μηχανισμοί της παλινδρόμησης και της μετάθεσης αυξάνουν την ένταση της επιθετικής ενόρμησης. Σε δεύτερη φάση η απώθηση τείνει να στρέψει την επιθετικότητα προς τα μέσα εναντίον του εαυτού, σαν μία αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, ενώ η προβολή και η άρνηση τείνουν να στρέψουν την επιθετικότητα προς τα έξω, σαν μία βίαιη συμπεριφορά. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998)

Συνοψίζοντας τις υπάρχουσες ερμηνείες για την αυτοκτονία, ο σύγχρονος Αμερικανός ερευνητής Farberow τις διακρίνει σε δυο μεγάλες κατηγορίες τις ψυχαναλυτικές και τις μη ψυχαναλυτικές. Οι περισσότερες ψυχαναλυτικές ερμηνείες σχετικά με την κατάθλιψη και το ένστικτο του θανάτου βασίζονται στις θεωρίες του Freud. Έτσι ο Zilboorg υποστηρίζει ότι ένα άτομο που αυτοκτονεί ταυτοποιείται με το πρόσωπο που αγαπά και μισεί ταυτόχρονα, οπότε τα αμφίθυμα συναισθήματα επιστρέφουν στον εαυτό του. (Γαβριήλ Ιωάννα, 1986)

Μία άλλη ψυχαναλυτική άποψη θεωρεί ότι η αυτοκτονία είναι μια πράξη αυτοδιαιώνισης παρά αυτοεγκατάλειψης, το άτομο δηλαδή αρνιέται το διαχωρισμό ζωής και θανάτου. Μοιάζει με παράδοξη ενέργεια αυτοεπιβεβαίωσης, όπου πραγματοποιείται, φαντασιωτικά, η ευθανασία μια συμβολική πράξη παντοδυναμίας, ένας τρόπος διαφυγής από τον φυσικό θάνατο. Στη φαντασίωση, η αυτοκτονία είναι μια δύναμη που εξαναγκάζει τους άλλους να δείξουν την αγάπη τους μετά το θάνατο του αυτόχειρα. Οι ερμηνείες αυτές έχουν βασιστεί στις σκέψεις και τις φαντασιώσεις ασθενών που υποβλήθηκαν σε ψυχανάλυση. Παράλληλα, ο Sadger πιστεύει ότι το

άτομο που θέτει τέλος στη ζωή του το κάνει γιατί πλέον δεν προσδοκεί αγάπη.
(Γαβριήλ Ιωάννα, 1986)

Ένας από τους λίγους ψυχαναλυτές που ασπάστηκαν τις ιδέες του Freud για το ένστικτο του θανάτου, ο Karl Menninger, στη μονογραφία του «Ο Άνθρωπος εναντίον του Εαυτού του», διακρίνει τα δυναμικά της επιθετικότητας σε τρία βασικά σχήματα. Το πρώτο αναφέρεται στις παρορμήσεις που προέρχονται από πρωτογενή επιθετικότητα και παγιώνονται ως μια επιθυμία του ατόμου να σκοτώσει, το δεύτερο αφορά τις παρορμήσεις που προέρχονται από την κινητοποίηση της πρωτογενούς επιθετικότητας και διαμορφώνονται ως μια επιθυμία του ατόμου να σκοτωθεί και το τρίτο τις παρορμήσεις πρωτογενούς επιθετικότητας και άλλων διαφοροποιημένων κινήτρων που εκδηλώνονται ως επιθυμία του ατόμου να πεθάνει. (Γαβριήλ Ιωάννα, 1986)

Σύμφωνα τώρα με τις μη ψυχαναλυτικές θεωρίες, ένα άτομο τη στιγμή της αυτοκτονίας έχει φθάσει στο όριο των δυνατοτήτων του. Η άμεση κατάσταση δρα ως κίνητρο που περιορίζει το επίπεδο της συνείδησης, έχει ως αποτέλεσμα μια αδιαφορία για τη ζωή. Έτσι τα άτομα που πραγματοποιούν απόπειρα αυτοκτονίας αναπτύσσουν επιθετικά πρότυπα αντίδρασης σε καταστάσεις που τους προκαλούν αίσθημα ανασφάλειας, ένα είδος δηλαδή νηπιακής διαμαρτυρίας και εχθρικότητας για την παράσταση του προσώπου που λείπει ή δεν είναι διαθέσιμο. (Γαβριήλ Ιωάννα, 1986)

Ο αυτοτραυματισμός, ο ασκητισμός, ο αλκοολισμός, οι αντικοινωνικές πράξεις, τα σκόπιμα ατυχήματα είναι συμπεριφορές που παίρνουν τη μορφή της χρόνιας ή μερικής αυτοκτονίας. Το γεγονός αυτό ενισχύει την άποψη ότι υπάρχουν θάνατοι, οι οποίοι δεν μπορούν να θεωρηθούν ούτε αυτοκτονίες

ούτε ατυχήματα, αλλά πιθανόν συνέπειες καταστάσεων όπου κάποιο καλυμμένο, ασυνείδητο κίνητρο έδρασε κατά τέτοιο τρόπο ώστε το άτομο να χάσει το ενδιαφέρον του για τη ζωή. Ο Schneidman αναφέρει ότι η άποψη αυτή αλλάζει τη φύση και τη στατιστική της αυτοκτονίας σε σημαντικό βαθμό. (Γαβριήλ Ιωάννα, 1986)

Η αυτοκτονία άλλες φορές παίρνει τη μορφή μιας παράλογης αντίδρασης, όπως μπορεί να συμβεί με έναν ψυχωτικό άρρωστο, που πιστεύει πως ήρθε το τέλος του και αυτοκτονεί. Άλλες φορές όμως είναι μια απόλυτα λογική πράξη που επιβάλλεται από τις εξωτερικές περιστάσεις, όπως μια βαριά, επώδυνη σωματική αρρώστια, κάποια έντονη συναισθηματική πίεση ή μεγάλη μοναξιά, ιδιαίτερα σε άτομα προχωρημένης ηλικίας. (Γαβριήλ Ιωάννα, 1986)

Τέλος έχουν περιγραφεί ομαδικές αυτοκτονίες, όπως κατά τη διάρκεια ενός πολέμου, ως ένδειξη άρνησης για επιβίωση. Συχνά τα άτομα που αυτοκτονούν επιλέγουν τον τρόπο που έχει ακολουθήσει ένα σημαντικό πρόσωπο γι' αυτούς. Συνεπώς η αυτοκτονία θα πρέπει να θεωρηθεί ως το αποτέλεσμα ενός συνδυασμού εσωτερικών συναισθηματικών συγκρούσεων και εξωτερικών συνθηκών, στρες ή ακραίων κοινωνικών πιέσεων, δηλαδή μια αλληλουχία ψυχικών δυνάμεων και περιβαλλοντικών επιδράσεων. (Γαβριήλ Ιωάννα, 1986)

α.1) Ψυχοδυναμικές Θεωρίες για παιδιά-εφήβους

Στο σημείο αυτό εξετάζεται η δυναμική της αυτοκτονίας στα παιδιά και τους εφήβους. Θα ήταν καλό πρώτα να αναφερθεί η έννοια που δίνει το παιδί στο θάνατο. Αυτό βέβαια εξαρτάται από το επίπεδο ανάπτυξης της αντίληψης

στο παιδί, όπως συμβαίνει με όλες τις αφηρημένες έννοιες. Με βάση αυτή την άποψη, διακρίνουμε τρία στάδια, σύμφωνα με τη θεωρία του Piaget. Το πρώτο, μέχρι την ηλικία των 5 ή 6 χρονών, είναι το στάδιο της προλειτουργικής σκέψης, προτού εμπεδωθούν η αιτιότητα και η διατήρηση. Μέχρι αυτή την ηλικία το παιδί δεν κατανοεί καλά τη σχέση ανάμεσα στην αιτία και το αποτέλεσμα και δεν έχει ακόμα λογική. Η σκέψη του κυβερνάται από μαγικές αντιλήψεις και εγωκεντρικές ιδέες, έχει συνειδητοποιήσει ότι οι άνθρωποι ή τα ζώα πεθαίνουν αλλά ο θάνατος βιώνεται σαν πρόσκαιρη απουσία ή εφήμερος αποχωρισμός. Είναι χαρακτηριστικό ότι σ' αυτό το στάδιο παίζει παιχνίδια που έχουν σχέση με θάνατο ή φόνο αλλά οι νεκροί επαναφέρονται αμέσως στη ζωή για να θανατωθούν ξανά. Σ' αυτή την ηλικία η αυτοκτονία είναι μια παρορμητική πράξη του παιδιού για να κρυφτεί ή να απομακρυνθεί από μια κατάσταση που του προκαλεί πόνο ή δυσφορία. Είναι αδύνατη η προμελέτη αυτοκτονίας και στις σπάνιες περιπτώσεις που έχουν αναφερθεί, το παιδί συνήθως πέφτει από ψηλά στο κενό. (Τσιάντης Γιάννης, Μανωλόπουλος Σωτήρης, 1988)

Στην ηλικία των 7 και 12 χρονών, τα παιδιά αναπτύσσουν αυτό που ο Piaget αποκαλεί λειτουργική σκέψη. Με βάση αυτή αναπτύσσονται η λογική, η αιτιότητα και η διατήρηση όγκου και μάζας, παράλληλα με το αίσθημα της ηθικής. Επίσης κατανοεί τη ζωή σαν ένα βιολογικό φαινόμενο που βασίζεται πάνω σε ορισμένες θεμελιακές λειτουργίες. Γνωρίζει πως όταν αυτές οι λειτουργίες σταματήσουν, τερματίζεται η ζωή και επέρχεται ο θάνατος. Σαν αποτέλεσμα, το παιδί αυτής της ηλικίας συλλαμβάνει διανοητικά τη μονιμότητα του θανάτου. Επειδή, όμως, δεν είναι ακόμα σε θέση να κάνει ένα καθαρό και οριστικό διαχωρισμό ανάμεσα στην εσωτερική και εξωτερική πραγματικότητα,

δεν αποδέχεται ποτέ απόλυτα το ανέκκλητο του θανάτου. Έτσι, όταν ένα αγαπημένο πρόσωπο ή ζώο πεθαίνει, οι αναμνήσεις και η νοσταλγία του παιδιού για το χαμένο πρόσωπο ή ζώο είναι τόσο ζωντανές, που μολονότι καταλαβαίνει την έννοια της ζωής και του θανάτου, ενδόμυχα πιστεύει ότι ο θάνατος δεν είναι παντοτινός. Έχει αναφερθεί ότι παιδιά μικρότερα των 12 χρονών με τάσεις αυτοκτονίας και ώριμη γενικά αντίληψη για το θάνατο, πιστεύουν ότι ο δικός τους θάνατος δε θα είναι οριστικός. Η αυτοκτονία είναι μια ακόμα παρορμητική πράξη. Ωστόσο δεν είναι ασυνήθιστο σε αυτοκτονίες παιδιών ηλικίας 7 ή 8 ετών, να παρουσιαστεί προμελέτη. Υπάρχουν για παράδειγμα, περιπτώσεις παιδιών μικρότερων των 10 χρονών που αυτοκτόνησαν με απαγχονισμό. (Τσιάντης Γιάννης, Μανωλόπουλος Σωτήρης, 1988)

Η σκέψη του παιδιού ανάμεσα στα 12 και 15 χρόνια, αναπτύσσει τυπικές λειτουργίες, δηλαδή γίνεται θεωρητική, υποθετική και συμπερασματική, ικανή να κατανοήσει τις φιλοσοφικές αντιλήψεις για τη ζωή και το θάνατο. Το παιδί των 14 ή 15 ετών αντιλαμβάνεται τις ιδέες της ελεύθερης βούλησης και μπορεί να εκδηλώσει τον προβληματισμό του πάνω στο δικαίωμα του ατόμου να διαλέξει τη ζωή ή το θάνατο. Η αντίληψη για το θάνατο σ' αυτή την ηλικία δε διαφέρει σε μεγάλο βαθμό από εκείνη του ενήλικα. (Τσιάντης Γιάννης, Μανωλόπουλος Σωτήρης, 1988)

Σύμφωνα με όσα αναφέρει ο Piaget και ο Ιεροδιακόνου Χαράλαμπος Σ. (1991) παρουσιάζεται ότι στην παιδική ηλικία οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι πιο σπάνιες σε αντίθεση με την εφηβεία. Αυτό συμβαίνει επειδή στα παιδιά μικρότερης ηλικίας, η έννοια του θανάτου είναι διαφορετική από ότι στο παιδί των 14 ή 15 ετών και στον ενήλικα. Επιπλέον ο Τσιάντης Γιάννης (1993)

σημειώνει ότι δεν διευκολύνεται η χρήση ειδικών τρόπων και μεθόδων για αυτοκαταστροφή από το ίδιο το παιδί, λόγω της σχετικής ανωριμότητας του εγώ του παιδιού.

Πιο αναλυτικά ο Ιεροδιακόνου Χαράλαμπος Σ. (1991) σημειώνει ότι η ψυχοπαθολογία της απόπειρας αυτοκτονίας στα παιδιά έχει βασικό χαρακτηριστικό την αντίδραση προς το περιβάλλον, την προσέλκυση της προσοχής και της αγάπης ενώ συγχρόνως εκδηλώνει την εκδίκηση που στρέφεται κατά του περιβάλλοντος. Η απειλή της αυτοκτονίας του παιδιού δηλώνει την τάση του για ανεξαρτησία και παράλληλα τιμωρεί εκείνους που την εμπόδισαν ή στέρησαν την αγάπη προς το παιδί. Η στέρηση αυτή προκαλεί επιθετικές τάσεις στρεφόμενες αρχικά εναντίον εκείνων που του στερούν την αγάπη. Εξαιτίας όμως της αδυναμίας να αντιταχθεί προς τους ισχυρούς γονείς, το παιδί στρέφει την επιθετικότητα προς τον εαυτό του και αναζητά τον οίκτο των ισχυρών. Έτσι συχνά οι φαντασιώσεις αυτοκτονίας στα παιδιά έχουν τη βασική σκέψη ότι όταν πεθάνουν οι γονείς του θα λυπηθούν για όσα έχουν κάνει και θα το αγαπήσουν πάλι. Έτσι επαληθεύεται και η άποψη του Freud ότι κάθε σκέψη αυτοκτονίας αποτελεί φονική ενέργεια εναντίον άλλου που στρέφεται μετά εναντίον του Εγώ.

Η εφηβική περίοδος ανάπτυξης της προσωπικότητας χαρακτηρίζεται από την προσπάθεια του ατόμου για αποχωρισμό και εξατομίκευση. Είναι ιδιαίτερα ευαίσθητη στην εμφάνιση σκέψεων αυτοκτονίας αλλά και αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Με το τέλος της εφηβικής περιόδου το άτομο είναι απαραίτητο να επιτύχει αποχωρισμό και ανεξαρτησία από την οικογένεια και να έχει διαμορφώσει την ταυτότητά του. Κατά τη διάρκεια της εφηβείας, αυτές οι διαδικασίες, οδηγούν σε αντιφατικές εκδηλώσεις στη συμπεριφορά,

στις σχέσεις και στα συναισθήματα. Ακόμη παρατηρούνται σε ορισμένες περιπτώσεις ακραίες και απρόβλεπτες αλλαγές διάθεσης, χαλάρωση των μηχανισμών άμυνας και τάση για παλινδρόμηση. Κατά τη διάρκεια όλης αυτής της αναδιοργάνωσης της προσωπικότητας, μπορεί να εκδηλώνονται επιθετικές ενορμήσεις είτε με τη μορφή της παραπτωματικής συμπεριφοράς είτε με τη μορφή της αυτοκαταστροφικής, αυτοκτονικής συμπεριφοράς. (Τσιάντης Γιάννης, 1994)

Τα βαθύτερα δυναμικά μπορεί να είναι πιο περίπλοκα. Μερικές φορές παράξενες μορφές αυτοκτονίας οφείλονται σε μια σχιζοφρενική κατάσταση παρά σε κατάθλιψη και συνδέονται με σοβαρές διαταραχές στην ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη. Σε άλλες περιπτώσεις η επίθεση στο σώμα είναι πιθανό να συνδέεται με συγκρούσεις που έχουν σχέση με τη σεξουαλική ανταγωνιστικότητα και την αντιζηλία. Συχνά η αυτοκτονία είναι αποτέλεσμα υπερβολικής ενοχής, την οποία είναι εξαιρετικά δύσκολο να συγκρατήσει ο έφηβος. Η απόπειρα φαίνεται να είναι η μοναδική διέξοδος για τον έφηβο και εκφράζεται με επιθετικότητα στο ίδιο του το σώμα. Θεωρεί δηλαδή, το σώμα υπεύθυνο για τις βασανιστικές σκέψεις, την ενοχή ή ακόμα τις ερωτικές επιθυμίες που αισθάνεται. Η επιθυμία του για τιμωρία, σε συνδυασμό με την ερωτική δραστηριότητα είναι συχνά συνδεδεμένη με αισθήματα ενοχής για τις αιμομικτικές του επιθυμίες, γεγονός που ίσως εκφράζεται στις απόπειρες αυτοκτονίας του εφήβου. Αρκετές φορές παρατηρείται ότι οι έφηβοι εκδηλώνουν μαζοχιστικές τάσεις στις φαντασιώσεις τους και η ερωτική πράξη γίνεται επιτρεπτή μόνο όταν επιβάλλεται κάποια τιμωρία. (Τσιάντης Γιάννης, 1993)

Ένας έφηβος που αντιμετωπίζει αυτά τα προβλήματα μπορεί να

κατακλυστεί από αισθήματα αδυναμίας, αναξιότητας και απελπισίας και να καταλήξει στην επίθεση στον εαυτό του και το σώμα του. Η αυτοκαταστροφή πραγματοποιείται συνήθως όταν το άτομο δεν μπορέσει να βρει κάποιον που να τον ακούσει με κατανόηση. Οι αυξημένες απαιτήσεις από το σώμα του, που διαρκώς αλλάζει, μαζί με τις πολλαπλές και πιεστικές απαιτήσεις από τους γονείς του, τον εξωτερικό κόσμο για ανταγωνισμό και για ακαδημαϊκή επιτυχία, μπορεί να συμβάλλουν στα αισθήματα αναξιότητας και αδυναμίας του εφήβου. Το αποτέλεσμα είναι να αισθάνεται ο έφηβος ότι δεν αξίζει τίποτα και θεωρεί ότι η αυτοτιμωρία και η αυτοκαταστροφή είναι η μόνη διέξοδος. (Τσιάντης Γιάννης, 1993)

α.1.1) Το Μοντέλο του Jacobs

Ο Jacobs προτείνει ένα μοντέλο, σύμφωνα με το οποίο είναι δυνατό να ερμηνευτούν οι απόπειρες αυτοκτονίας στην εφηβεία. Αυτό είναι αποτέλεσμα της ερευνητικής του προσπάθειας, σε ένα δείγμα από πενήντα εφήβους και τις οικογένειές τους, με το οποίο ασχολήθηκε στην κλασική του μονογραφία σχετικά με τις απόπειρες αυτοκτονίας στην εφηβεία. Πιστεύει, χωρίς να αγνοεί τα ενδοψυχικά δυναμικά, ότι οι απόπειρες αυτοκτονίας στην εφηβεία είναι το αποτέλεσμα μιας βαθμιαίας απομόνωσης του εφήβου από ουσιαστικές κοινωνικές σχέσεις. Οι διεργασίες μέσα από τις οποίες περνάει ο έφηβος είναι ένα προηγούμενο μακρύ ιστορικό που χαρακτηρίζεται από παλιά προβλήματα από την πρώτη παιδική ηλικία μέχρι την έναρξη της εφηβείας, καθώς και η κλιμάκωση των προβλημάτων, από την έναρξη της εφηβείας, σε σημείο που να είναι πιο έντονα και πιο μεγάλα απ' ό,τι φυσιολογικά συμβαίνει στην

εφηβεία. Ακόμη μία διεργασία είναι η προοδευτική αποτυχία προσιτών προσαρμοστικών μηχανισμών για να αντιμετωπιστούν παλιά και νέα προβλήματα, τα οποία οδηγούν σε προοδευτική απομόνωση του εφήβου και επομένως, αδυναμία να έχει ουσιαστικές κοινωνικές σχέσεις. Άλλη μία διεργασία είναι η αλυσιδωτή αντίδραση που οδηγεί σε μια πλήρη σχεδόν διάσπαση ή διάλυση των σημαντικών, ουσιαστικών κοινωνικών σχέσεων που έχει ο έφηβος, τις εβδομάδες και μέρες που προηγούνται της απόπειρας, και που τελικά οδηγούν τον έφηβο να σκεφτεί ότι δεν υπάρχει πλέον καμιά ελπίδα. Τέλος, οι εσωτερικές διαδικασίες με τις οποίες ο έφηβος δικαιολογεί την αυτοκτονία για τον εαυτό του, πράγμα που τον κάνει να γεφυρώσει το χάσμα μεταξύ σκέψης και πράξης. (Τσιάντης Γιάννης, 1993)

β) Ψυχικές Διαταραχές

Παλιότερες μελέτες ανέφεραν πως μόνο ένα τρίτο των ανθρώπων που αυτοκτονούν πάσχουν από κάποια νεύρωση, ψύχωση ή σοβαρή διαταραχή προσωπικότητας. Παρ' όλα αυτά πιο πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι η πλειονότητα των αυτοχειρών εμφανίζουν ψυχικές διαταραχές με συχνότερες την κατάθλιψη, τη σχιζοφρένεια, τις διαταραχές προσωπικότητας και τον αλκοολισμό. (Παππιάς Ευάγγελος Η., 1998)

Οι ψυχιατρικές διαταραχές είναι σημαντικός παράγοντας και στις απόπειρες αυτοκτονίας, σε μικρότερο όμως βαθμό από τις αυτοκτονίες. Οι ψυχώσεις βρίσκονται σπανιότερα, ενώ επικρατούν οι νευρώσεις και άλλες διαταραχές. Μέχρι και σε 20% των περιπτώσεων αναφέρονται παροδικές

ψυχιατρικές διαταραχές ως αντίδραση προσαρμογής στις ψυχοπιεστικές καταστάσεις, με τις οποίες έρχεται αντιμέτωπο το άτομο. Ψυχιατρικές εκτιμήσεις αναφέρουν πως 50% έχουν διαταραχή προσωπικότητας και μέχρι 40% άλλες ψυχιατρικές διαταραχές. Η πιο συχνή διάγνωση, που δεν είναι διαταραχή προσωπικότητας, είναι η κατάθλιψη σε συχνότητα έως 40% στις γυναίκες και 30% στους άνδρες. Σύμφωνα με άλλους συγγραφείς 35 έως 79% των αποπειραθέντων παρουσιάζουν κατάθλιψη. Οι Hawton & Catalan κατέληξαν στο συμπέρασμα πως ενώ πολλοί αποπειραθέντες αναφέρουν ψυχιατρικά συμπτώματα, που σε ένα ποσοστό δείχνουν ψυχιατρική διαταραχή. Στους περισσότερους οι διαταραχές είναι αντιδραστικές, ήπιες, παροδικές και έχουν την μορφή διαταραχών της διάθεσης, εκτός από ένα ποσοστό 5-8% που έχει σοβαρή ψυχιατρική διαταραχή κυρίως κατάθλιψη, σχιζοφρένεια καθώς και αλκοολισμό. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998)

Στον ελληνικό πληθυσμό οι έρευνες αναφέρονται στην ψυχοπαθολογία κατά την εξέταση και δεν έχουν στοιχεία για την εξέλιξη των διαταραχών. Ψυχιατρικές διαταραχές αφορούν την πλειοψηφία των περιπτώσεων, σε ποσοστό 75-96%, με συχνότερη διάγνωση την κατάθλιψη, ενώ συχνά βρίσκονται η διαταραχή προσαρμογής, η εφηβική κρίση και διαταραχές της προσωπικότητας. Η σχιζοφρένεια εμφανίζεται συνήθως σε μικρότερο ποσοστό 4-12%, εκτός από τη μελέτη των Kontaxakis et al, όπου είναι η πρώτη σε συχνότητα ψυχιατρική διάγνωση σε ποσοστό 29,8%. Όλες οι ψυχιατρικές διαταραχές έχουν αυξημένο κίνδυνο για αυτοκτονία εκτός από τη νοητική καθυστέρηση και πιθανόν την άνοια και την αγοραφοβία. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998)

β.1) Κατάθλιψη

Μία από τις σοβαρότερες ψυχικές διαταραχές είναι η κατάθλιψη. Η διαταραχή αυτή αναφέρεται σε μια κατάσταση η οποία σημειώνεται από αλλαγές στη διάθεση του ατόμου και από συνδεδεμένες συμπεριφορές, οι οποίες εκτείνονται από ένα μικρό βαθμό θλίψης σε έντονα συναισθήματα απελπισίας και αυτοκτονικές σκέψεις. (Oster Gerald D., 1995) Το άτομο που βρίσκεται σε καταθλιπτική διαταραχή συνήθως νιώθει λύπη, θλίψη, απογοήτευση, απελπισία κτλ. Η καταθλιπτική αυτή διάθεση χαρακτηριστικά κυριαρχεί στη ζωή του ατόμου. (Μάνος Νίκος, 1997)

Μολονότι είναι επικίνδυνο να υποθέσουμε ότι η κατάθλιψη οδηγεί στην αυτοκτονία, ένας αριθμός από μελέτες δείχνει ότι είναι συνδεδεμένες σε μεγάλο βαθμό. Μάλιστα η αυτοκτονία θεωρείται ως η πιο σοβαρή και επικίνδυνη επιπλοκή των καταθλιπτικών διαταραχών. Το ενδιαφέρον του ατόμου στην αυτοκτονία συνήθως αναπτύσσεται σταδιακά ως αποτέλεσμα της απώλειας ευχαρίστησης και της κούρασης, η οποία συνοδεύεται από σοβαρή καταθλιπτική διάθεση. (Sue David, Sue Gerald, Sue Stanley, 1997)

Ο μεγαλύτερος κίνδυνος για αυτοκτονία είναι στην περίοδο των 6 έως 9 μηνών που ακολουθείται από τη βελτίωση των ασθενών. Το γεγονός αυτό οφείλεται πιθανά στο ότι στην περίοδο αυτή ο ασθενής έχει αποκτήσει αρκετή ενεργητικότητα για να ολοκληρώσει ένα σχέδιο αυτοκτονίας, ενώ δεν έχει αλλάξει σημαντικά τη θεώρηση της ζωής του, την οποία θεωρεί αρκετά αρνητική, ώστε να θέλει έντονα να αυτοκτονήσει. (Μάνος Νίκος, 1997) Επιπρόσθετα η Ραγιά Αφροδίτη Χρ. (2001) αναφέρει ότι συχνότερα αυτοκτονούν οι καταθλιπτικοί, επειδή δεν μπορούν να υποφέρουν την ψυχική

οδύνη του καταθλιπτικού συναισθήματος, απελπίζονται και χάνουν το νόημα της ζωής.

Ο κίνδυνος αυτοκτονίας στην περίπτωση της κατάθλιψης είναι σημαντικός κατά τη μελαγχολική φάση. Το άτομο, σχεδόν πάντα, όταν επιχειρεί την αυτοκτονία, νιώθει ενοχή και βαθιά ψυχική οδύνη. Η πράξη αυτή αποτελεί τον έσχατο τρόπο αντιμετώπισης μίας έντονης πεποίθησης ότι έχει διαπράξει ένα σφάλμα ή αποτελεί το μοναδικό μέσο διαφυγής από ένα αβάσταχτο ψυχικό μαρτύριο. Συχνά η πρόθεση αποκρύπτεται, το εγχείρημα προετοιμάζεται λεπτομερώς και εκτελείται μέσα στη μοναξιά με βίαιο τρόπο, ως προς την επιλογή των μέσων, ο οποίος επιβεβαιώνει τραγικά την ύπαρξη επιθυμίας θανάτου. (Lempriere T. - Feline A. και συνεργάτες, 1995)

Η κατάθλιψη είναι η συχνότερα αναφερόμενη ψυχική διαταραχή στους αυτόχειρες καθώς και στις απόπειρες αυτοκτονίας. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998) Τα χαρακτηριστικά του καταθλιπτικού αρρώστου που αυτοκτονεί είναι άνδρας, ώριμης ηλικίας, χωρισμένος, χήρος, διαζευγμένος ή άγαμος, ζει μόνος, έχει πραγματοποιήσει απόπειρα αυτοκτονίας στο παρελθόν, έχει πρώιμη εμπειρία γονεϊκής στέρησης, δεν έχει καλή συνεργασία σε θεραπευτικού τύπου παρεμβάσεις. (Χριστοδούλου Γ. Ν., 1998) Αν και η επίπτωση της διαταραχής αυτής δεν είναι γνωστή με ακρίβεια, αναφέρονται ότι καταθλιπτικά συμπτώματα εμφανίζονται σε ποσοστό 13% έως 20% του γενικού πληθυσμού (Ιωάννα Γαβριήλ, 1986), ενώ περίπου 15% έως 19% των καταθλιπτικών είναι πιθανό να αυτοκτονήσουν σε κάποια στιγμή της ζωής τους, με τον κίνδυνο να είναι μεγαλύτερος στις αρχές της νόσου. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998)

β.1.1) Μελαγχολία

Στο κεφάλαιο των διαταραχών του συναισθήματος υπάγεται μια ψύχωση που λέγεται «μανιοκαταθλιπτική» και που το ένα της σκέλος ονομάζεται μελαγχολία. Η διαταραχή αυτή συνήθως προσβάλλει τα ανώτερα κοινωνικά στρώματα και ιδιαίτερα τους καλλιεργημένους ανθρώπους. (Ευαγγέλου Ιάσων, 1999)

Για την ανάπτυξη της μελαγχολίας συμβάλλει ο ψυχισμός των ηλικιωμένων, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι η εφηβεία αλλά και η παιδική ηλικία δεν παρουσιάζουν κρούσματα μελαγχολίας. Οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα απ' τους άντρες και ιδιαίτερα στην κλιμακτήριο ή στην εγκυμοσύνη. Η γεωγραφική θέση μιας χώρας και η εποχή του χρόνου διαδραματίζουν ρόλο στην εκδήλωση της μελαγχολίας. (Ευαγγέλου Ιάσων, 1999)

Όλα τα δυσάρεστα συναισθήματα επιμένουν και μεγεθύνονται με αποτέλεσμα να οδηγούν στη συναισθηματική ψύχωση της μελαγχολίας, η οποία δεν απαρτίζεται μόνο από καθαρή λύπη, αλλά κι από ένα πλήθος συναισθημάτων όπως η ανία, η μέριμνα, η νοσταλγία, η αγωνία, η έντονη επιθυμία κ.ά. Διακρίνουμε δυο μορφές μελαγχολίας: α) την *ενδογενή μελαγχολία ή κατάθλιψη*, που έχει κάποιο κληρονομικό υπόστρωμα και β) την *«μελαγχολία εξ αντιδράσεως»*, που οφείλεται σ' ένα τυχαίο οδυνηρό γεγονός. (Ευαγγέλου Ιάσων, 1999)

Οι σπουδαιότερες αιτίες της μελαγχολίας είναι οι εξής:

α) Η βιολογική επιβάρυνση

Υπάρχουν μερικά άτομα και κυρίως γυναίκες που έχουν μια ροπή προς τη μελαγχολία και την αυτοκτονία. Αυτό οφείλεται σε κάποια κληρονομική επιβάρυνση (ψυχολογική καταβολή) και σε πολλά συμπλέγματα τα οποία αποκτήθηκαν στα πρώτα παιδικά χρόνια. Ακόμα έχουν εντοπιστεί διάφορες παθολογικές εκδηλώσεις στη συμπεριφορά τους. Για παράδειγμα αισθάνονται έντονα τη μοναξιά, η οποία δεν τους ευχαριστεί και δεν κάνουν τίποτα για να πλησιάσουν το κοινωνικό σύνολο και να αλλάξουν την κατάσταση στην οποία βρίσκονται.

β) Η υπερευαισθησία του χαρακτήρα

Εδώ υπάγονται άτομα με μεγάλη προδιάθεση για υπερβολική αίσθηση της λύπης ή της χαράς και με μεγάλη συναισθηματική αντίδραση στην περίπτωση που αντιμετωπίζουν τα διάφορα γεγονότα της ζωής. Για παράδειγμα υπήρξαν άνθρωποι που προτίμησαν το θάνατο από μια επώδυνη εγχείρηση.

γ) Η επίδραση ενός τυχαίου οδυνηρού γεγονότος

Στην περίπτωση αυτή δημιουργείται η «μελαγχολία εξ αντιδράσεως», όπως για παράδειγμα μια επαγγελματική αποτυχία, μια οικονομική καταστροφή, μια ξαφνική αρρώστια ή ο θάνατος ενός προσφιούς προσώπου, ο χωρισμός από ένα πρόσωπο κ.ά.

δ) Η προσωπική αποδιοργάνωση του ατόμου

Καταστάσεις οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν σε μια προσωπική αποδιοργάνωση μέσα στα πλαίσια της μελαγχολίας, είναι πολλές. Σημειώνονται οι πιο χαρακτηριστικές όπως η ακαθόριστη μελαγχολία, οι πνευματικές και ηθικές συγκρούσεις, οι αναγνωρισμένες επιθυμίες, το συναίσθημα της μειονεκτικότητας και το μίσος προς τον εαυτό. (Ευαγγέλου Ιάσων, 1999)

β.2) Σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια θεωρείται σαν ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, στην οποία το άτομο αντιδρά με τρόπους που βλάπτουν τη ζωή του. Αυτή η αλλοίωση ή παραμόρφωση της πραγματικότητας, ο πυρήνας της αρρώστιας, παρουσιάζεται με διαταραχές, συμπτώματα στην αντίληψη, στη σκέψη, στο συναίσθημα, στην ομιλία και στην ψυχοκινητικότητα. Είναι σημαντικό να μην δημιουργηθεί μια συγκεκριμένη εικόνα, που θα στιγματίζει τον σχιζοφρενή κι αυτό γιατί οι άνθρωποι, παρουσιάζουν πολύ μεγάλη ποικιλία, από την έντονη διέγερση ως την απάθεια και την απόσυρση, από την απλή εκκεντρικότητα ως την πιο αλλόκοτη συμπεριφορά. (Μάνος Νίκος, 1997)

Η αυτοκτονία στο σχιζοφρενή μπορεί να είναι αποτέλεσμα μιας παράδοξης και απρόβλεπτης αυτοεπιθετικής παρόρμησης ή να επέλθει κατά τη διάρκεια μιας αγχώδους κρίσης πανικού, η οποία συνδυάζεται με βιώματα κατακερματισμού της προσωπικότητας. (Lemperiere T. - Feline A. και συνεργάτες, 1995) Γενικά, προηγούμενες απόπειρες, μεγάλη θεραπευτική εξάρτηση,

σοβαρό άγχος, έλλειψη θετικών προσδοκιών για το μέλλον, ενδεχόμενη κοινωνική απομόνωση, κατάθλιψη, αισθήματα αβοηθησίας, μοναξιά και ανεργία, ιδιαίτερα στους άντρες σχιζοφρενείς, συνδέονται με μεγάλο κίνδυνο αυτοκτονίας. Ιδιαίτερα, ο φόβος της νοητικής και ψυχικής αποδιοργάνωσης που συναντάει κανείς στους σχιζοφρενείς και η έλλειψη ελπίδας για το μέλλον συνιστούν σημαντικά προγνωστικά σημεία για μια συμπεριφορά αυτοκτονίας. (Γαβριήλ Ιωάννα, 1986)

Τα χαρακτηριστικά του ασθενή με σχιζοφρένεια που αυτοκτονεί είναι άνδρας, ανεπάγγελτος, που μένει μόνος και έχει ιστορικό με απόπειρες αυτοκτονίας, συχνά εκφράζει αισθήματα ανεπάρκειας και απελπισίας και έχει σχετικά υψηλό επαγγελματικό επίπεδο πριν την αυτοκτονία καθώς και υψηλές προσδοκίες. Υπολογίζεται ότι το 20% των σχιζοφρενών είναι πιθανό να κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας, ενώ άλλοι αναφέρουν μεγαλύτερα ποσοστά (55%). Οι σχιζοφρενείς κάνουν πιο σοβαρές απόπειρες, συχνότερα βέβαια αποπειρώνται οι άνδρες σχιζοφρενείς. Στη σχιζοφρένεια ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι υψηλός αν και ως διάγνωση βρίσκεται μόνο στο 3% των αυτοχειρών. Συνήθως νέοι στην ηλικία σχιζοφρενείς στην αρχή της νόσου τους αποτελούν το 10% των αυτοχειρών. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998)

β.3) Αλκοολισμός

Ο αλκοολισμός είναι ένα από τα μεγαλύτερα ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Μολονότι είναι πιο συχνό στους άντρες απ' ότι στις γυναίκες, η συχνότητά του στις γυναίκες συνεχώς αυξάνει. Αν και παρουσιάζεται σ' όλες τις κοινωνικές και οικονομικές τάξεις, είναι πιο συχνός στις χαμηλότερες

τάξεις. Ο αλκοολικός αρνείται τις περισσότερες φορές ότι έχει πρόβλημα με το αλκοόλ, επίσης συχνά εκλογικεύει τις κοινωνικές και επαγγελματικές του δυσκολίες και δεν θεωρεί ότι είναι αποτέλεσμα του εθισμού του στο αλκοόλ. (Μάνος Νίκος, 1997)

Ουσιαστικά, ο αλκοολισμός είναι μια μορφή χρόνιας αυτοκτονίας. Άτομα που πάσχουν από λανθάνουσα κατάθλιψη και ως συνέπεια έχουν τάσεις αυτοκτονίας, καταφεύγουν στο αλκοόλ για προσωρινή ανακούφιση. Το αλκοόλ διευκολύνει τη φυγή από την ψυχοπιεστική πραγματικότητα, μειώνει τις αναστολές και τον αυτοέλεγχο και απελευθερώνει επιθετικές παρορμήσεις. Ενδεχομένως αυτός να είναι ο λόγος που πολλοί αυτόχειρες πριν από την αυτοκτονία βρίσκονται σε κατάσταση μέθης. (Γαβριήλ Ιωάννα, 1986)

Στις ξένες μελέτες φαίνεται να υπάρχει ξεκάθαρη σχέση ανάμεσα στον αλκοολισμό και την αυτοκτονική συμπεριφορά, ειδικά στους άντρες. Ο Miles υπολογίζει πως το 15% των αλκοολικών τελικά αυτοκτονεί. Μάλιστα οι αλκοολικοί αυτοκτονούν 60-100 φορές πιο συχνά από τον μη ψυχιατρικά πάσχοντα πληθυσμό. Η συννοσηρότητα με άλλες ψυχικές διαταραχές και κυρίως την κατάθλιψη και τα πρόσφατα ψυχοπιεστικά γεγονότα, ιδιαίτερα οι διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αυτοκτονία των αλκοολικών. Στην Ελλάδα τα ποσοστά είναι χαμηλότερα χωρίς όμως να αμφισβητείται η συσχέτιση αλκοολισμού και αυτοκτονικών συμπεριφορών. Αυτό πιθανόν να σχετίζεται με τη μικρή συχνότητα του αλκοολισμού στην Ελλάδα, σε σύγκριση με άλλες χώρες. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998)

β.4) Διαταραχές Προσωπικότητας

Οι διαταραχές της προσωπικότητας χαρακτηρίζονται από άκαμπτο και δυσπροσαρμοστικό τρόπο αντιμετώπισης του στρες. Όλη η ζωή του ατόμου, επηρεάζεται σημαντικά με αποτέλεσμα να μην μπορεί να αντεπεξέλθει στις τρεις βασικές διαστάσεις της ζωής του, όπως αγάπη, εργασία, διασκέδαση. Έτσι δημιουργούνται προβλήματα που συνήθως το άτομο αποδίδει στο περιβάλλον και όχι στον εαυτό του. Πολλές επιπλοκές συνοδεύουν τις διαταραχές της προσωπικότητας. Οι πιο κοινές είναι η κατάθλιψη, η αυτοκτονία, η βία και η αντικοινωνική συμπεριφορά, τα παροδικά ψυχωτικά συμπτώματα, τα βραχεία ψυχωτικά επεισόδια και η κατάχρηση ουσιών. (Μάνος Νίκος, 1997)

Η διαταραχή προσωπικότητας οδηγεί στην αυτοκτονική συμπεριφορά με πολλούς τρόπους. Προδιαθέτει, για παράδειγμα, σε μείζονες ψυχιατρικές διαταραχές, δημιουργεί δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις και στην κοινωνική προσαρμογή, επιφέρει δυσάρεστα γεγονότα ζωής, εξασθενεί την ικανότητα αντιμετώπισης μιας ψυχιατρικής ή σωματικής νόσου κλπ. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998) Οι βαριές διαταραχές της προσωπικότητας με νευρωσικά και ψυχοπαθητικά χαρακτηριστικά ευθύνονται για 30 έως 40% των αυτοκτονιών. Σε αυτή την περίπτωση, ο θάνατος είναι αποτέλεσμα ενός αμφιθυμικού εγχειρήματος, το οποίο εκφράζει ταυτόχρονα συναισθηματική διεκδίκηση και επιθυμία θανάτου. (Lempriere T. - Feline A. και συνεργάτες, 1995)

Ο υψηλότερος κίνδυνος αυτοκτονίας συνδέεται με τις νευρώσεις. Οι νευρώσεις παρουσιάζονται σε ανώριμα άτομα, με έντονες συναισθηματικές

καθελώσεις, τα οποία έχουν την τάση να ξαναζούν ύστερα από κάθε αποτυχία τις τραυματικές εμπειρίες εγκατάλειψης της παιδικής τους ηλικίας. Στους ψυχοπαθητικούς αντίστοιχα η αυτοκτονία διευκολύνεται σε μεγάλο βαθμό από την κατανάλωση οινόπνεύματος και ο θάνατος επέρχεται ύστερα από πολλές απόπειρες χωρίς το άτομο να είναι απόλυτα αποφασισμένο για την κατάληξη αυτή. (Lempriere T. – Feline A. και συνεργάτες, 1995)

Σε ελληνικές μελέτες τα ποσοστά διαταραχών προσωπικότητας μεταξύ των αποπειραθέντων ποικίλλουν από 14% έως 32% και είναι πιο συχνές στους άνδρες αποπειραθέντες με ποσοστό 29% έναντι του 15% των γυναικών. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998)

Γ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η αυτοκτονία αποτελεί αναμφισβήτητα ένα κοινωνικό φαινόμενο και για το λόγο αυτό χρήσιμο θα ήταν να μελετηθούν οι κοινωνικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην απόφαση των ατόμων να τερματίσουν τη ζωή τους. Η σημερινή πολύπλοκη, εγωιστική, ανταγωνιστική κοινωνία αναπαράγει συνεχώς κρίσεις, εξαρτήσεις και φοβίες προσφέροντας στους ανθρώπους τις ιδανικές συνθήκες, που τους μετατρέπουν σε ιδανικούς αυτόχειρες. (Καργάκος Σαράντος Ι., 1989)

Σύμφωνα με τον Γρίβα Κλεάνθη (1987) η αυτοκτονία αποτελεί μία δυνατή ύστατη αντίδραση απελπισίας της ατομικής προσωπικότητας, απέναντι στη νοσογόνα δράση που ασκούν πάνω της οι διάφοροι κατασταλτικοί θεσμοί. Ανάμεσα σε αυτούς ιδιαίτερη θέση κατέχει η οργάνωση και δομή της κοινωνίας καθώς και το θεσμικό σύνολο της οικογένειας, του σχολείου, του στρατού και της εκκλησίας που προετοιμάζει το άτομο για την ισορροπημένη κοινωνική του ένταξη και συμμετοχή.

α) Κοινωνία

Οι κοινωνικοί παράγοντες φαίνεται ότι παρεμβαίνουν στο φαινόμενο της αυτοκτονίας, ενισχύοντας τα προβλήματα του ατόμου και την αίσθηση της απομόνωσης και μ' αυτό τον τρόπο συνηγορούν στην τελική απόφαση του να αφαιρέσει τη ζωή του. Η κοινωνική απομόνωση, η συνεχής μετακίνηση των ατόμων, η κοινωνική αποδιοργάνωση και η ανεπαρκής παιδεία παράλληλα με τα υπάρχοντα οικονομικά προβλήματα που προκύπτουν από την ανεργία,

αποτελούν βασικούς παράγοντες αυτοχειρίας για τους ανθρώπους. (Μπαλογιάννης Σταύρος Ι., 1986)

Η σημερινή κοινωνία η οποία χαρακτηρίζεται και ως κοινωνία της αφθονίας μπορεί να έδωσε λύσεις σε διάφορα υλικής υφής προβλήματα του ανθρώπου, όμως δεν μπόρεσε να δώσει διέξοδο στις πνευματικές και ηθικές ανησυχίες και αγωνίες του. Η σύγχυση που ακολούθησε από τις αδυναμίες του καταναλωτισμού και την ταχύρυθμη ανάπτυξη της κοινωνίας συνέβαλε στην εμφάνιση νέων σχημάτων και θεωριών, τα οποία αναπροσαρμόζονται πριν καν προλάβουν να σταθεροποιηθούν. Έτσι ιδιαίτερα οι νέοι αντιμετωπίζουν ένα πρόβλημα προσαρμογής σ' ένα περιβάλλον που αλλάζει διαρκώς και απότομα. Η αστάθεια και η σύγχυση μεταφέρονται από το κοινωνικό επίπεδο στο ατομικό. Παράλληλα η παρουσία μιας ατέρμονης κρίσης αξιών η οποία συνδυάζεται με την απουσία σκοπών, ιδανικών και σαφών προβληματισμών των νέων, τους δημιουργεί αισθήματα απελπισίας και τους ωθεί στην αυτοκτονία. (Καργάκος Σαράντος Ι., 1989)

α.1) Μοναξιά

Η μοναξιά είναι ένας σημαντικός κοινωνικός παράγοντας που οδηγεί τα άτομα στην αυτοκτονία. Σύμφωνα με τον Αμερικανό καθηγητή Calvin J. Frederick, οι αιτίες που μπορούν να σπρώξουν κάποιον στην αυτοκτονία είναι πολλές και διάφορες. Στην πραγματικότητα υπάρχει ένας συνδυασμός από αιτίες με κυριότερη τη μοναξιά που τη συνοδεύει το αίσθημα της απαισιοδοξίας, της βαθιάς απογοήτευσης από τη ζωή, της ανικανότητας, όπως σε περίπτωση βαριάς ή ανίατης αρρώστιας κ.λ.π. Πολλοί είναι εκείνοι

που σκέφτονται την αυτοκτονία κάποια φορά στη ζωή τους. Ο Δρ. Frederick λέει ότι “Όλοι μας δοκιμάζουμε κατά καιρούς κάποια απ’ αυτά τα συναισθήματα”, αλλά όταν συμβεί να τα αισθάνεται κάποιος όλα μαζί, η πιθανότητα της αυτοκτονίας είναι μεγάλη. (Κοριτατζή-Μάριου Εύα, 1985)

Πολλοί υποφέρουν από την μοναξιά, ακόμα και εκείνοι που έχουν συγγενείς γύρω τους. Υπάρχουν πολλοί τύποι και αιτίες μοναξιάς. Υπάρχει η μοναξιά των νέων, οι οποίοι εγκαταλείπουν τα σπίτια τους και μεταναστεύουν στις μεγάλες πόλεις, επειδή τα ενδιαφέροντα γι’ αυτούς είναι περισσότερα και υπάρχουν πιο πολλές δυνατότητες για εργασία. Οι περισσότεροι όμως ανακαλύπτουν σύντομα την αποξένωση στη μεγάλη πόλη. Η γοητευτική προοπτική της χαρούμενης ζωής στην πόλη, μεταμορφώνεται έτσι σε μια ανυπόφορη μοναξιά. Αυτού του είδους η μοναξιά ισχύει και για κείνους που διαλέγουν συνειδητά την ανεξαρτησία επειδή φοβούνται μήπως εφησυχαστούν στην αγάπη και την ασφάλεια του σπιτιού και της οικογένειας. (Lawson Alethea, 1986)

Υπάρχουν όμως κι εκείνοι που δε διαλέγουν τη μοναξιά, αλλά τους επιβάλλεται, όπως όσοι χωρίζουν ή χηρεύουν. Συνήθως μοναχική ζωή βιώνουν οι γυναίκες, αφού ζουν περίπου έξι χρόνια περισσότερο απ’ τους άντρες. Οι μοναχικοί άνθρωποι αν δεν βοηθηθούν, οδηγούνται σταδιακά στην περιθωριοποίηση και στην κοινωνική απομόνωση. Μεγάλη ανακούφιση, συμπάθεια και βοήθεια προσφέρουν οι συγγενείς κι οι φίλοι, το πρόβλημα όμως της μοναξιάς είναι καλό να αντιμετωπιστεί από το ίδιο το μοναχικό άτομο. Τελικά η παραδοχή του πλήγματος και η αναζήτηση κάποιας μορφής ευτυχίας είναι κάτι που πρέπει να επιχειρηθεί από τον ίδιο τον πάσχοντα, όσο κι αν η νέα μορφή ευτυχίας μοιάζει διαφορετική και λιγότερο σημαντική απ’

την προηγούμενη. (Lawson Alethea, 1986)

Υπάρχει ακόμα η μοναξιά της νεαρής συζύγου των προαστίων, η οποία ενώ περιβάλλεται από την οικογένεια της, νιώθει μοναξιά και πλήξη κλεισμένη στο σπίτι. Μερικές μάλιστα φορές νιώθει απομονωμένη επειδή βρίσκεται μακριά απ' τις γειτόνισσες της ηλικίας της, της τάξης της και των αντιλήψεων της. Το θέμα είναι να κάνει η ίδια προσπάθειες για να έρθει σ' επαφή με τους άλλους. Υπάρχουν οργανώσεις γύρω της, κοινωνικές ή πολιτιστικές, όπου μπορεί να συνεργαστεί με άλλα άτομα και να αναπτύξει τα ενδιαφέροντα της. Ακόμα κι αν δεν επιθυμεί να εμπλακεί σε ομαδικές δραστηριότητες, μπορεί να γνωρίσει νέα άτομα η συντροφιά των οποίων θα της ήταν ευχάριστη. (Lawson Alethea, 1986)

Η αίσθηση του ατόμου ότι είναι ανεπιθύμητο μπορεί να είναι μία σοβαρή αιτία μοναξιάς. Στην εποχή μας μεγαλύτερη σημασία δίνεται στα νιάτα, γεγονός που δημιουργεί μια ανυπόφορη αίσθηση στους ηλικιωμένους. Έτσι συνειδητοποιούμε ότι δεν εμφανίζεται μόνο η μοναξιά των νέων αλλά και η μοναξιά των γηρατειών. Υπάρχει διαφορά ανάμεσα στο να νιώθει το άτομο μόνο ορισμένες φορές, απ' το να είναι μόνο μέσα στην κοινωνία. Οι ηλικιωμένοι μπορεί να νιώθουν μόνοι μερικές φορές, αλλά οι περισσότεροι έχουν γείτονες, φίλους, παιδιά κι εγγόνια που βλέπουν και χαίρονται τη συντροφιά τους κατά διαστήματα, έστω κι αν στην πραγματικότητα ζουν μόνοι. Έτσι, αν νιώθουν μοναξιά, καλό είναι να διατηρήσουν πιο στενή επαφή με τους συγγενείς και τους φίλους τους και να απολαμβάνουν την παρέα τους όσο πιο συχνά γίνεται. Όταν οι νέοι είναι μοναχικοί, ελπίζουν ότι αυτό είναι προσωρινό, ότι κάποια μέρα θ' αλλάξουν οι συνθήκες και θα βρεθούν οι άνθρωποι που θα τους απαλλάξουν απ' τη μοναξιά τους. Μπορεί αυτό να μην

ισχύει για τους ηλικιωμένους, παρ' όλα αυτά οι βασικές ικανότητες για την απόλαυση της ζωής δεν είναι προνόμιο μόνο των νέων. Αντίθετα, οι ηλικιωμένοι φαίνεται να διαθέτουν περισσότερες τέτοιες ικανότητες, εξαιτίας της πείρας ζωής που έχουν αποκτήσει. (Lawson Alethea, 1986)

Μεγαλώνοντας ο άνθρωπος αναπόφευκτα βιώνει σωματικές αλλαγές, μείωση της σωματικής δύναμης και υγείας. Παράλληλα με τη συνταξιοδότηση αισθάνεται ότι γερνάει και αντιμετωπίζει αλλαγές στο ρυθμό της μέχρι τώρα έντονης ζωής του. Οι φίλοι και οι συγγενείς πεθαίνουν, η κοινωνική απομόνωση σταδιακά αυξάνεται και η προοπτική του θανάτου γίνεται περισσότερο ρεαλιστική. (Sue David, Sue Gerald, Sue Stanley, 1997) Είναι γεγονός ότι όσο γερνάει ο άνθρωπος, μένει αναπόφευκτα περισσότερο μόνος, χωρίς αυτό να έχει την έννοια της τιμωρίας. Είναι μια κατάσταση κατά την οποία μπορεί να αξιοποιήσει τα χαρίσματα του, τις γνώσεις και τις εμπειρίες που απέκτησε με το πέρασμα του χρόνου, χρησιμοποιώντας και αναπτύσσοντας τα έτοιμα που να δώσουν περισσότερο νόημα στη ζωή του. Η χαρά της ζωής σε κάθε ηλικία, συμπεριλαμβανομένων και των γηρατειών, εξαρτάται από το ίδιο το άτομο κι από τον τρόπο σκέψης του. Η απόγνωση, η απελπισία και η μοναξιά των γηρατειών πιο συχνά οφείλεται στην πνευματική αδράνεια παρά στην ανικανότητα της ηλικίας. (Lawson Alethea, 1986)

β) Οικογένεια

Η οικογένεια ως κύριος θεσμός της πρωτογενούς κοινωνικοποίησης του ατόμου, εξαιτίας των συνεχών και ταχύρυθμων αλλαγών της κοινωνίας, έχει υποστεί την πλήρη ανατροπή τόσο του παραδοσιακού θεσμικού της

ρόλου, όσο και των παραδοσιακών ενδο-οικογενειακών ρόλων και μορφών επικοινωνίας. (Γρίβας Κλεάνθης, 1987) Μία αλλαγή ήταν η μείωση των οικογενειακών δεσμών, ως αποτέλεσμα της αύξησης του αριθμού των διαζυγίων. Η απώλεια της οικογενειακής στήριξης έχει γίνει πιο συνηθισμένη και συχνά συμβαίνει σε πρώιμη ηλικία. Αυτό συμπίπτει με την τάση των νέων ατόμων να αντιμετωπίζουν τις πιέσεις, σε συνδυασμό με την ενηλικίωση, νωρίτερα στη ζωή τους. Για παράδειγμα, οι σχέσεις με το αντίθετο φύλο ξεκινούν συχνά τώρα σε μικρότερη ηλικία από ότι στο παρελθόν, και έτσι υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα των νέων να γνωρίσουν την διάλυση των σοβαρών σχέσεων. Τέτοια κοινά άγχη υφίστανται τώρα οι νέοι άνθρωποι με την έλλειψη υποστήριξης. Τα στοιχεία που αφορούν τη σημασία των υποστηρικτικών σχέσεων είναι πολλά και εάν αυτά λείπουν, η κατάθλιψη γίνεται πιθανή συνέπεια και μπορεί να είναι ένας παράγοντας που συμβάλλει στην αύξηση του αριθμού των αυτοκτονιών μεταξύ των νέων. (Hawton Keith, 1986)

Η ανατροπή που επήλθε στην οικογένεια θα μπορούσε να συσχετισθεί με την αυτοκτονία. Αρχικά αυτό στηρίζεται στο γεγονός ότι ενώ η αυτοκτονία των παιδιών μέχρι τα τέλη του 19ου αιώνα αποτελεί σπάνιο φαινόμενο, από τις αρχές του 20ου αιώνα εμφανίζει μία ανησυχητική αυξητική πορεία που κορυφώνεται στις ημέρες μας. Επιπλέον, ενώ μέχρι τα τέλη του προηγούμενου αιώνα ο δείκτης των αυτοκτονιών των άγαμων είναι σημαντικά υψηλότερος από τον αντίστοιχο των έγγαμων, από τις αρχές του αιώνα μας η σχέση μεταξύ τους εμφανίζεται αντεστραμμένη. (Γρίβας Κλεάνθης, 1987)

Η έλλειψη ερευνών πάνω σε αυτοκτονίες παιδιών και εφήβων, γενικά αποτελεί εμπόδιο στην κατανόηση αυτών των πράξεων. Πολλές από τις

απόπειρες αυτοκτονίας και συγκεκριμένα το 73% συνέβησαν στο σπίτι. Στο 87% των αποπειρών αυτοκτονίας κάποιος άλλος ήταν κοντά, γενικότερα οι γονείς. Το γεγονός ότι οι περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας λαμβάνουν χώρα στα σπίτια συνεπάγεται ότι οι γονείς είναι στην καλύτερη θέση να αναγνωρίσουν και να αποτρέψουν την αυτοκτονική συμπεριφορά. (Sue David, Sue Gerald, Sue Stanley, 1997)

Οι ερευνητές Garfinkel, Froese, Hood βρήκαν ότι οι οικογένειες των παιδιών που αυτοκτονούν είναι κάτω από οικονομική πίεση και έχουν αυξημένα ποσοστά ανεργίας από ότι οι υπόλοιπες οικογένειες. Ίσως οι γονείς που είναι προκατειλημμένοι με οικονομικά προβλήματα να είναι λιγότερο διατεθειμένοι να στηρίξουν τα παιδιά τους σε καταστάσεις ανάγκης. Επιπρόσθετα οι οικογένειες των παιδιών που πραγματοποιούν απόπειρα αυτοκτονίας είχαν υψηλά ποσοστά ιατρικών προβλημάτων και ψυχιατρικών ασθενειών καθώς και ιστορικό αυτοκτονιών σε σύγκριση με τις υπόλοιπες οικογένειες. Το κυρίαρχο ψυχιατρικό πρόβλημα ήταν το αλκοόλ και η κατάχρηση ουσιών. (Sue David, Sue Gerald, Sue Stanley, 1997)

Ακόμη η οικογενειακή αστάθεια και το άγχος καθώς και μία χαοτική οικογενειακή ατμόσφαιρα συσχετίζονται με τις απόπειρες αυτοκτονίας. Τα παιδιά που αυτοκτονούν έχουν βιώσει απρόβλεπτα τραυματικά γεγονότα και έχουν υποφέρει την απώλεια μιας σημαντικής γονεϊκής μορφής πριν την ηλικία των 12 ετών. Οι γονείς τους τείνουν να είναι αλκοολικοί ή χρήστες ναρκωτικών οι οποίοι παρείχαν φτωχά μοντέλα ρόλων για την αντιμετώπιση του άγχους. Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά του παιδιού φαίνεται να είναι μια ύστατη προσπάθεια να επηρεάσει ή να εξαναγκάσει αυτούς που απειλούν

την ψυχολογική του ευημερία. Αξιοσημείωτη είναι η οργή που παρουσιάζεται στα παιδιά που αυτοκτονούν. (Sue David, Sue Gerald, Sue Stanley, 1997)

Επίσης η οικογενειακή βία, οι συχνοί και έντονοι γονεϊκοί καυγάδες και η σωματική και σεξουαλική κακοποίηση έχουν συχνά εμφανιστεί μεταξύ των αποπειραθέντων εφήβων και παιδιών. Τραύμα κατά την παιδική ηλικία συμβάλλει στην έναρξη αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, αλλά η έλλειψη ασφαλών προσκολλήσεων στη συνέχεια είναι που τη διατηρεί. Η Ελληνική οικογένεια παράλληλα με τον προστατευτικό της ρόλο θεωρείται από μερικούς ως πηγή συγκρούσεων και δυσλειτουργίας. Επιπλέον οι αποπειραθέντες βρέθηκε να έχουν μικρότερο κοινωνικό δίκτυο από ομάδα γενικού πληθυσμού και να έχουν λιγότερη υποστήριξη από μέλη της οικογένειας. Είναι όμως πιθανό η προσωπικότητα του ατόμου να επηρεάζει τόσο τη δημιουργία όσο και την αντίληψη του υπάρχοντος κοινωνικού υποστηρικτικού συστήματος. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998)

Γενικά η αυτοκτονία, οφείλεται σε μια ψυχική σύγχυση του ατόμου, κατά την οποία κυριαρχεί το συναίσθημα πάνω στη λογική καθώς και τα συναισθήματα απελπισίας. Καταλήγει σ' αυτήν, με σκοπό να εκδικηθεί τα άτομα που θεωρεί υπεύθυνα για τα αίτια της αυτοκτονίας του. Η βασική αιτία της ενέργειάς του αυτής είναι η υπερβολική ευαισθησία του, που σχετίζεται και ενισχύεται από τη συναισθηματική αστάθεια της εφηβικής ηλικίας. Στην ουσία ο αυτόχειρας νέος δε θέλει το θάνατο, αλλά με την πράξη αυτή εκδηλώνει την ανάγκη να τον αφήσουν ήσυχο και απερίσπαστο να οργανώσει μόνος του την προσωπικότητά του. Έρευνες αποδεικνύουν ότι το 30% των νέων, που επιχειρούν να αυτοκτονήσουν, προβαίνουν στην ενέργειά τους αυτή και για δεύτερη φορά, ενώ ένα πολύ μεγάλο ποσοστό υποφέρει για αρκετά χρόνια

από ψυχικές διαταραχές και ένα ελάχιστο ποσοστό οδηγείται στην ψύχωση.
(Αναστασιάδης Βασ. Κ., 1993)

Ο έφηβος με την πράξη του αυτή, που την πραγματοποιεί μέσα σε μια κατάσταση συγχυσμένης συνείδησης και που δεν μπορεί ούτε ο ίδιος να τη δικαιολογήσει, επιδιώκει να ασκήσει πίεση στο άμεσο κοινωνικό περιβάλλον του, δηλαδή την οικογένεια, και να τραβήξει την προσοχή των συνομηλίκων του. Στην ουσία η πράξη αυτή εξωτερικεύει ένα μήνυμα διαταραχής, απελπισίας και οργής και είναι μια απεγνωσμένη προσπάθεια για επικοινωνία με τον κοινωνικό του περίγυρο καθώς και μια απελπισμένη κραυγή για αγάπη και βοήθεια. Η αυτοκτονία, η οποία συνδέεται στενά με την κατάθλιψη και την επιθετικότητα, είναι μια έκφραση της αδυναμίας του εφήβου απέναντι σ' ένα περιβάλλον, που τον πιέζει, καθώς και της επιθυμίας του να ξεφύγει από μια οδυνηρή γι' αυτόν εσωτερική και εξωτερική κατάσταση. Η κατάσταση αυτή θεωρείται ανυπόφορη και αναπόφευκτη από τον έφηβο και η αδυναμία να την ελέγξει όπως και η πίστη ότι είναι αδύνατο να ξεφύγει, του δημιουργούν μια κατάσταση δυστυχίας. Αποτέλεσμα είναι να καταφεύγει στην αυτοκτονία, την οποία θεωρεί σαν μια ύστατη προσπάθεια να ξεφύγει από μια ανυπόφορη σύγκρουση. Το άτομο αυτό ζει μόνο στο παρόν, δεν έχει μέλλον και νιώθει ανίκανο να δώσει μορφή στα σχέδιά του και λύσεις στα προβλήματά του.
(Αναστασιάδης Βασ. Κ., 1993)

Ιδιαίτερα οι αυξημένες απαιτήσεις από τη σωματική του ανάπτυξη και οι πολλαπλές και πιεστικές απαιτήσεις των γονέων και γενικά του περιβάλλοντός του για ανταγωνισμό και ιδίως για ακαδημαϊκή επιτυχία είναι πιθανό να δημιουργήσουν στον έφηβο συναισθήματα αναξιοσύνης και αδυναμίας. Κατά συνέπεια οδηγείται στην αυτοτιμωρία του με την αυτοκτονία,

που τη θεωρεί ως μοναδική διέξοδο στην αντιμετώπιση των προβλημάτων του. Ο Jacobs υποστηρίζει ότι οι απόπειρες αυτοκτονίας στην εφηβεία οφείλονται στη βαθμιαία απομόνωση του εφήβου από ουσιαστικές κοινωνικές σχέσεις και στη μη ευόδωση των προσπαθειών του να λύσει με επιτυχία παλιά και νέα προβλήματα του. Σε μια έρευνα στην Ελλάδα για το διάστημα 1976-1980 σε 1120 απόπειρες ως λόγοι αναφέρονται, προβλήματα με τους γονείς 59%, προβλήματα με το άλλο φύλο 20.3%, υπερευαισθησία 9%, προβλήματα με το σχολείο 8% και ψυχοπάθειες 3%. Το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο των οικογενειών των παιδιών αυτών είναι χαμηλό κατά 60%, μέσο κατά 30% και υψηλό μόνο κατά 10%. (Αναστασιάδης Βασ. Κ., 1993)

Μια βασική αιτία για την εκδήλωση της αυτοκαταστροφικής τάσης είναι η ίδια η εφηβεία. Σ' ένα μικρό ποσοστό εφήβων επιφέρει προσωρινές διαταραχές συμπεριφοράς, ενώ στην πλειοψηφία τους εξελίσσεται χωρίς κρίσεις και αξιοσημείωτες διαταραχές. Η αντικοινωνικότητα και η αστάθεια του εφήβου στις προσωπικές του σχέσεις, που του επιφέρουν κοινωνική απόρριψη και δικαστικές ακόμη κυρώσεις τον εξωθούν στην άρνηση της ζωής. Η απουσία ελέγχου, η αποφυγή κάθε ευχαρίστησης, κάθε ευκαιρίας για επιτυχία και κάθε δυνατότητας για ικανοποιητική σχέση και προπάντων η έλλειψη αυτοεκτίμησης είναι επιπλέον παράγοντες που οδηγούν το άτομο στην αυτοχειρία. Τα άτομα αυτά με τέτοιες τάσεις χαρακτηρίζονται από αβουλία, έντονη οργή, εχθρική συμπεριφορά και επιθετικότητα, που απευθύνεται κυρίως στους γονείς τους. (Αναστασιάδης Βασ. Κ., 1993)

Ένας άλλος λόγος, που συμβάλλει στην κατάσταση αυτή, είναι και η κρίση ταυτότητας του εφήβου, ως προς τον προβληματισμό της επιλογής των αξιών, που θα θέσει ως στόχο στη ζωή του. Αυτή συντελεί ακόμη και στο να

συγκρουστεί με την οικογένειά του και να απομακρυνθεί από αυτήν, για να αποκτήσει την αυτονομία του και την ανεξαρτησία του. Μερικές φορές η κρίση αυτή είναι τόσο οδυνηρή και τόσο αγχωτική, ώστε, αν δε βρει τη λύση ή τουλάχιστον αν δεν την αναβάλει, μπορεί να οδηγηθεί και στην ακραία περίπτωση της αυτοκτονίας. Γι' αυτό κρίνεται απαραίτητη για τον έφηβο η ένταξή του σε ομάδες και η σύναψη φιλιών με συνομηλίκους του. Η ενσωμάτωση του εφήβου στην ομάδα, στην οποία θα συναντήσει μοντέλα για ταύτιση, αποτελεί ένα βήμα, για να βρει την ταυτότητά του, η οποία δεν αποκτιέται με την απομόνωση, αλλά με την επικοινωνία με την οικογένειά και τους συνομηλίκους του. Σ' ένα φυσιολογικό έφηβο μπορούν να συνυπάρχουν παράλληλα ο ισχυρός δεσμός τόσο με την οικογένειά του όσο και με την ομάδα ή την παρέα του. Τελικά όμως η ένταξη του εφήβου, με τάσεις αυτοκτονίας, σε μια ομάδα δεν επαρκεί ώστε να τον αποτρέψει από την αυτοκτονία. (Αναστασιάδης Βασ. Κ., 1993)

Οι στατιστικές έρευνες αποδεικνύουν ότι η οικογένεια παίζει βασικό ρόλο στην εξώθηση του νέου στην αυτοκτονία. Η πράξη αυτή κατά βάθος είναι συνέπεια των παθολογικών αλληλοεπιδράσεων ανάμεσα στον ίδιο και στο άμεσο περιβάλλον του. Οι σπουδαιότεροι οικογενειακοί παράγοντες είναι η διαλυμένη οικογένεια, η απώλεια γονέων (του ενός ή και των δυο), η απώλεια ή απουσία ενός από τα αδέρφια του, η απομάκρυνσή από την οικογένειά του, η φυσική απουσία ενός γονέα (κυρίως του πατέρα), η οικογενειακή αστάθεια και οι χαοτικές συνθήκες διαβίωσης, η έλλειψη πραγματικής επικοινωνίας με την οικογένειά του και η διακοπή κάθε δεσμού μαζί της. Συνέπεια αυτών είναι να κυριεύεται από συναισθήματα μοναξιάς, απογοήτευσης και απόρριψης. Σημαντικοί παράγοντες είναι ακόμη ο

υπερπροστατευτισμός και ο αυταρχισμός των γονέων, η έλλειψη κάποιας ανεξαρτησίας και αυτονομίας, ο ασφυκτικός έλεγχος και η καταπιεστική συμπεριφορά των γονέων απέναντι του, η οποία επιφέρει αδιέξοδο και κατάθλιψη, καθώς και πολύ υψηλές ή πολύ χαμηλές (δηλαδή μη ρεαλιστικές) προσδοκίες των γονέων από τον έφηβο. (Αναστασιάδης Βασ. Κ., 1993)

Εκτός από αυτούς άλλοι παράγοντες είναι η μη καλλιέργεια της αυτοπεποίθησης και της αυτοεκτίμησής του, η συνεχής αποθάρρυνσή του για ανάληψη πρωτοβουλιών, η απουσία κάθε ελέγχου του και κάθε προσδοκίας από αυτόν (ο υπέρμετρος έλεγχος και η σωματική και ψυχολογική επιθετικότητα δημιουργούν και επιφέρουν αντίθετα αποτελέσματα από τα επιδιωκόμενα). Επιπλέον παράγοντες είναι η έλλειψη ενθάρρυνσης, συμπαράστασης και καθοδήγησης από τους γονείς του, οι συναισθηματικές και σχολικές αποτυχίες και η διάλυση των φιλιών του, η προβληματική παιδική ηλικία, η απομόνωση και η ανικανότητα έκφρασης των συναισθημάτων του, η μελαγχολία και προπάντων η έντονη κατάθλιψη, που είναι αποτέλεσμα μακροχρόνιας διαδικασίας αποσταθεροποίησης της παιδικής και της εφηβικής προσωπικότητας. Και τέλος το μη υγιές κοινωνικό περιβάλλον και η απουσία υγιών ιδανικών όπως ο καταναλωτισμός, ο υλισμός, η βία, τα ναρκωτικά, η πορνεία και η απομυθοποίηση των βασικών κοινωνικών θεσμών. (Αναστασιάδης Βασ. Κ., 1993)

Αξίζει να σημειωθεί ότι η κυριότερη αιτία είναι η χρόνια οικογενειακή αστάθεια ή διαταραχή, το διαζύγιο ή η απομάκρυνση των γονέων από την οικογένεια. Αντίθετα ο θάνατος των γονέων δεν θεωρείται τόσο σημαντική αιτία. Συγκεκριμένα οι διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις, η απουσία επικοινωνίας και αληθινών συναισθηματικών δεσμών με την οικογένεια, η

εχθρότητα των γονέων προς τον έφηβο και οι αλκοολικοί γονείς, που είχαν τάση για αυτοκτονία, και προπάντων οι συγκρούσεις των γονέων μεταξύ τους, δηλαδή η μακροχρόνια φθορά των οικογενειακών δεσμών οδηγούν τους εφήβους στην αυτοκτονία. (Αναστασιάδης Βασ. Κ., 1993)

γ) Σχολείο-Εκπαίδευση

Το σχολείο σαν κύριος θεσμός της δευτερογενούς κοινωνικοποίησης του ατόμου, κάτω από την πίεση των εξελισσόμενων εργασιακών σχέσεων, έχει υποστεί μια ριζική ανατροπή τόσο του θεσμικού του ρόλου, όσο και των ενδο-σχολικών ρόλων και δομών που αντιστοιχούν σ' αυτόν. Ακόμη ανατροπή έχει υποστεί η κατεύθυνση της διαμόρφωσης μιας συνεχώς μεταβαλλόμενης ανταγωνιστικής προσωπικότητας, σύμφωνης με τις διαρκώς μεταβαλλόμενες και εντεινόμενες απαιτήσεις για αποδοτικότητα, στις οποίες στηρίζεται η ανταγωνιστική κοινωνία. (Γρίβας Κλεάνθης, 1987)

Σε σχέση με αυτό θα μπορούσαν να αναφερθούν δύο δεδομένα. Το πρώτο αφορά τον συνεχώς αυξανόμενο δείκτη παιδικών αυτοκτονιών και το δεύτερο τον υψηλό δείκτη αυτοκτονίας των μαθητών, ιδιαίτερα στις περιόδους εντατικοποίησης των πιέσεων που τους ασκούνται, όπως περίοδοι εξετάσεων και έκδοσης αποτελεσμάτων. (Γρίβας Κλεάνθης, 1987)

Η εφηβεία είναι μια δύσκολη και πολυτάραχη περίοδος για τους περισσότερους εφήβους και η αυτοκτονία μπορεί να φαίνεται σαν μια λογική αντίδραση στο άγχος της ενηλικίωσης και στην πίεση να αντεπεξέλθουν με επιτυχία στις σχολικές απαιτήσεις. Μια αυτοκτονία που συμβαίνει στο σχολείο αυξάνει τον κίνδυνο για άλλες αυτοκτονίες εξαιτίας της εγγύτητάς της στην

καθημερινή ζωή των μαθητών. Ιδιαίτερη σημασία δόθηκε πρόσφατα στις πολλαπλές ή όπως λέγονται μιμήσεις αυτοκτονιών στις οποίες νέοι σε ένα συγκεκριμένο σχολείο ή κοινότητα φαίνεται να μιμούνται μια προηγούμενη αυτοκτονία. Παρόλο που πολλά γεγονότα, πεπιοθήσεις και συναισθήματα μπορεί να συνέβαλαν σε αυτούς τους τραγικούς θανάτους – αυτοκτονίες, η υποβολή και η μίμηση φαίνεται να διαδραματίζουν έναν ιδιαίτερα ισχυρό ρόλο. Οι νέοι άνθρωποι μπορεί να είναι ιδιαίτερα ευπαθείς αλλά οι μελέτες δείχνουν ότι οι αυτοκτονίες που έχουν δημοσιευθεί, όπως μιας διασημότητας, ενός στενού φίλου, συγγενή, συναδέλφου ή άλλων γνωστών προσώπων μπορεί να αυξήσει τον αριθμό των επακόλουθων αποπειρών αυτοκτονίας. Η μίμηση φαίνεται να είναι μια πραγματικότητα για τους νέους που μπορεί ήδη να έκαναν σκέψεις αυτοκτονίας. Οι σταθεροί, καλά προσαρμοσμένοι έφηβοι δεν φαίνεται να κινδυνεύουν σε τέτοιες καταστάσεις. (Sue David, Sue Gerald, Sue Stanley, 1997)

γ.1) Φοιτητές και Αυτοκτονία

Η αυτοκτονία είναι ένα αυξανόμενο πρόβλημα ανάμεσα στους φοιτητές. Περίπου το 20% των φοιτητών κάνουν σκέψεις αυτοκτονίας κατά τη διάρκεια των σπουδών τους και παρουσιάζουν έναν υψηλό κίνδυνο για νέους ανθρώπους αυτής της ηλικίας. Αν και οι φοιτητές διαθέτουν πολλά ταλέντα, νιάτα, εξυπνάδα και απεριόριστες ευκαιρίες έχουν την τάση να γίνονται περισσότερο επιρρεπείς στην αυτοκτονία, επειδή η κατάσταση στα πανεπιστήμια καλλιεργεί αυτοκαταστροφικές πράξεις. (Sue David, Sue Gerald, Sue Stanley, 1997)

Στο παρελθόν ο συγκριτικά υψηλός αριθμός αυτοκτονίας μεταξύ των φοιτητριών μπορεί να ήταν αποτέλεσμα των διαμαχόμενων κοινωνικών πιέσεων οι οποίες συνοδεύτηκαν από την ταχεία αλλαγή των ρόλων των δύο φύλων. Είναι πιθανό να ισχύει ότι όσο οι γυναικείοι ρόλοι και ο τρόπος ζωής τους γίνεται παρόμοιος περισσότερο με αυτόν των ανδρών, το ίδιο γίνεται και με τους ρυθμούς της αυτοκτονίας τους. Το γεγονός ότι οι φοιτητές που διαπράττουν αυτοκτονία έχουν καλύτερες επιδόσεις από ότι ο γενικός πληθυσμός των φοιτητών αποκαλύπτει ένα ακόμα στοιχείο. Φίλοι και συγγενείς αναφέρουν ότι σχεδόν όλοι αυτοί οι φοιτητές ήταν δυσαρεστημένοι από την απόδοσή τους ενώ αντικειμενικά η επίδοσή τους ήταν καλή. Οι φοιτητές αυτοί ήταν γεμάτοι με αμφιβολίες για τις ικανότητές τους να επιτύχουν. Μια εξήγηση γι' αυτά τα συναισθήματα είναι ότι οι φοιτητές αυτοί είχαν θέσει υψηλούς στόχους και είχαν μη ρεαλιστικές υψηλές προσδοκίες για τους εαυτούς τους. (Sue David, Sue Gerald, Sue Stanley, 1997)

Πολλοί φοιτητές που τελικά αυτοκτονούν νιώθουν δυσβάσταχτη ντροπή εξαιτίας της αίσθησής τους ότι απογοητεύουν τους άλλους. Κυρίως φοιτητές από άλλες χώρες είναι υπό πίεση από τις οικογένειες και τους φίλους τους, να αριστεύσουν και να επιτύχουν στη χώρα που τώρα διαμένουν. Ο μεγαλύτερός τους φόβος είναι ότι μπορεί να μην πραγματοποιήσουν τις προσδοκίες των οικογενειών τους που ίσως να έχουν θυσιάσει πολλά για να χρηματοδοτήσουν τις σπουδές τους. Οι πιέσεις είναι ακόμη πιο έντονες για τους φοιτητές από κουλτούρες στις οποίες είναι σημαντικό να φέρουν τιμή και αναγνώριση στο όνομα της οικογένειας. Τα ακαδημαϊκά επιτεύγματα ή η επαγγελματική επιτυχία αντικατοπτρίζονται αποδιδόμενα σε όλη την οικογένεια, όχι μόνο στο άτομο. Αντίθετα, μη επιθυμητές συμπεριφορές όπως

η παραβατικότητα ανηλίκων, η ψυχική ασθένεια και η αποτυχία στο σχολείο ντροπιάζουν την οικογένεια. Αντιμετωπίζοντας τέτοιες πιέσεις πολλοί φοιτητές αναφέρουν μόνο επιτυχίες στις οικογένειες τους και καλύπτουν τις αποτυχίες τους. Η ανάγκη διαρκώς να ενισχύουν την αβέβαιη κατασκευασμένη εικόνα της συνεχούς επιτυχίας και γνωρίζοντας επίσης ότι η μέρα της «τακτοποίησης των λογαριασμών» θα έρθει τελικά οδηγεί κάποιους φοιτητές να διαλέξουν την αυτοκτονία. (Sue David, Sue Gerald, Sue Stanley, 1997)

Τελικά είναι πιθανό ότι ο πιο κοινός παρανομαστής μεταξύ των φοιτητών που αυτοκτονούν μπορεί απλά να είναι η συναισθηματική διαταραχή. Οι άλλοι παράγοντες μπορεί να παίζουν ένα ρόλο, αλλά η ψυχοπαθολογία μπορεί να προδιαθέτει τους φοιτητές να υπεραντιδρούν σε αυτούς. (Sue David, Sue Gerald, Sue Stanley, 1997) Αν ένας φοιτητής για παράδειγμα πάθει μία νεύρωση, θα επηρεάσει άμεσα την ικανότητά του για εργασία. Έτσι, μπορεί να αποτύχει στις εξετάσεις του, να μην πάρει το δίπλωμα του και να δει την καριέρα του να καταστρέφεται. (Lawson Alethea, 1986)

Το άτομο που έχει τάση προς την αυτοκτονία θεωρεί τον εαυτό του αποτυχημένο. Μερικές φορές η πεποίθηση αυτή μπορεί να βασίζεται σε πραγματικές αιτίες, αλλά πολύ συχνά είναι δημιούργημα της φαντασίας του. Το συναίσθημα της αποτυχίας μπορεί να προέρχεται από την αποτυχία στη δουλειά, την αποτυχία στις σχέσεις με το άλλο φύλο ή από κάποια βαριά προσβολή. (Κοριτατζή-Μάριου Εύα, 1985) Αυτό μπορεί να είναι δύσκολο να αντιμετωπισθεί από το νέο, ειδικά όταν ο φοιτητής βρίσκεται μακριά από το σπίτι του, όπως οι περισσότεροι και δε νιώθει την ασφάλεια και τη σιγουριά στην οποία είναι συνηθισμένος. Η δουλειά του χρειάζεται να είναι επίμονη και

αποδοτική, ενώ παράλληλα με αυτό το πρόβλημα, έχει να αντιμετωπίσει και τα προβλήματα που προκύπτουν από την ενηλικίωσή του. (Lawson Alethea, 1986) Δυστυχώς αυτά τα άτομα δεν πιστεύουν πια ότι έχουν αρκετά αποθέματα αγωνιστικής δύναμης για να βοηθήσουν τον εαυτό τους ή ότι θα μπορούσαν να ξεπεράσουν την κρίση ζητώντας βοήθεια και βλέπουν σαν μοναδική λύση τον τερματισμό της ζωής τους. (Κοριτατζή-Μάριου Εύα, 1985)

Η μοναξιά είναι μεγάλη μέσα σε μια κοινότητα όπως το πανεπιστήμιο. Η μοναξιά συχνά μεγαλώνει σε αναλογία με το μέγεθος του πλήθους. Χρειάζεται να σημειωθεί ότι οι συνομήλικοι των φοιτητών που απασχολούνται σε μία εργασία, πιστεύεται ότι προσφέρουν στην κοινωνία περισσότερα από τα άτομα που ακόμα σπουδάζουν, γεγονός που δημιουργεί δυσάρεστα αισθήματα στους φοιτητές. Εύκολα αυτό γίνεται κατανοητό αν ληφθεί υπόψη το άγχος που προκαλείται από τον ανταγωνιστικό ρυθμό της εποχής μας. (Lawson Alethea, 1986)

δ) Στρατός

Ο στρατός είναι ο κύριος θεσμός ολοκλήρωσης, εμπέδωσης και ελέγχου των αποτελεσμάτων της διαδικασίας τόσο της πρωτογενούς όσο και της δευτερογενούς κοινωνικοποίησης. Θεωρείται ότι είναι ο μοναδικός ανάμεσα σε όλους τους κοινωνικούς θεσμούς, που σ' ότι αφορά τη δομή, τον προσανατολισμό και τις σχέσεις του με την υπόλοιπη κοινωνία, παραμένει σχεδόν αμετάλλακτος και ανεπηρέαστος από τις συντελούμενες κοινωνικό-πολιτικές και οικονομικές μεταβολές. Ο στρατός, από αυτή την οπτική γωνία, αποτελεί μία σκόπιμη επιβίωση ενός θεσμού με πρωτόγονη διάρθρωση στα

πλαίσια μια συνεχώς εκσυγχρονιζόμενης κοινωνίας. Λέγοντας θεσμός με πρωτόγονη διάρθρωση εννοείται ένας θεσμός που οριοθετεί «μία συμπαγή μάζα η οποία μπορεί να συμπίεζει το άτομο, εμποδίζοντας κάθε ανεξάρτητη κίνηση του, εμποδίζοντάς το δηλαδή να υπάρξει σαν άτομο». (Γρίβας Κλεάνθης, 1987)

Ο στρατός ως θεσμός έχει ένα μαζικό χαρακτήρα σε αντίθεση με τον ατομικό χαρακτήρα των ατόμων που τον πλαισιώνουν. Η λύση στην αντίθεση αυτή γίνεται πάντα προς όφελος του στρατού. Αυτό συμβαίνει γιατί ο στρατός αποτελεί από άποψη προσανατολισμού και δομής μία αμετάβλητη θέσπιση, ενώ η ατομική προσωπικότητα εξαιτίας ιστορικών και κοινωνικών λόγων αποτελεί μία μεταβλητή παράμετρο. Ο στρατός σαν θεσμός με ιστορικά αμετάβλητη μαζική (δηλαδή πρωτόγονη) διάρθρωση, λειτουργεί στην κατεύθυνση της πλήρους μαζοποίησης του ανθρώπινου δυναμικού που συνδέεται μαζί του. Αυτό εξαρτάται από τη δυνατότητα του να καταργεί την προσωπική ταυτότητα των ατόμων που εμπίπτουν στις αρμοδιότητές του και να την υποκαθιστά με μια μαζική ταυτότητα που εκφράζει όχι το άτομο, αλλά το θεσμό. Το γεγονός αυτό επιτυγχάνεται με την επιβολή της παθητικής πειθαρχίας και της απόλυτης υποταγής που αποτελούν τα δύο κύρια μέσα της επιδιωκόμενης μαζοποίησης του ατόμου. (Γρίβας Κλεάνθης, 1987)

Επιπρόσθετα, ο θεσμός «στρατός» οδηγεί σε μία ολοκληρωτική μαζοποίηση σε αντίθεση με τη γενική τάση της κοινωνίας που ενισχύει την ατομικοποίηση, εκφραστής της οποίας είναι η ατομική προσωπικότητα. Η λύση αυτής της αντίθεσης λειτουργεί πάντα προς όφελος του θεσμού «στρατός». Σε περιόδους κοινωνικής κρίσης δίνεται η δυνατότητα στο στρατό

να κυριαρχήσει στο κοινωνικό σώμα, επιβάλλοντας σ' αυτό τις γενικές αρχές της δομής και του προσανατολισμού του. (Γρίβας Κλεάνθης, 1987)

Δέκτες του θεσμού «στρατός» των προσανατολισμών του, του αμετάβλητου χαρακτήρα του και της πρωτόγονης-μαζικής διάρθρωσής του, είναι τα αγόρια που στην πολύ μικρή ηλικία των 18 ετών βιώνουν την υποχρεωτική στρατιωτική θητεία. Πριν ακόμα προφτάσουν να ωριμάσουν σωματικά και ψυχικά αποχωρίζονται τους οικείους τους. Οι καθημερινές μονότονες ασκήσεις, η σκληραγωγία και η αναγκαστική πειθαρχία, σε συνδυασμό με κάποιες αψυχολόγητες συμπεριφορές βαθμοφόρων, κάνουν τη στρατιωτική θητεία να τους φαίνεται ανυπόφορη, μολονότι οι συνθήκες, τα τελευταία χρόνια, έχουν βελτιωθεί αισθητά. Σύμφωνα με τα παραπάνω δεν προξενεί έκπληξη το γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί ο δείκτης των αυτοκτονιών στο στρατό. (Καργάκος Σαράντος Ι., 1989)

Η οικογένεια, το σχολείο και η πολιτεία δεν προετοιμάζουν το παιδί ψυχολογικά για τη στρατιωτική θητεία, που κατά μία έννοια αποτελεί μία υψηλή πολιτική λειτουργία αφού ο στρατιώτης έχει την ευθύνη να υπερασπίσει με τα όπλα την εθνική ασφάλεια και τους δημοκρατικούς θεσμούς. Όταν όμως το παιδί διαπαιδαγωγείται με την αντίληψη ότι «στρατιωτικό» σημαίνει καταναγκαστικά έργα και βλέπει σε πολλούς επώνυμους να μειώνεται ή να γλιτώνουν τη στρατιωτική θητεία, είναι επόμενο να νιώθει αδικημένο ενώ παράλληλα είναι απομονωμένο από τους φίλους και την οικογένεια του. Αποτέλεσμα είναι να παθαίνει κατάθλιψη και σε κάποιες έντονες στιγμές να φτάνει σε κατάσταση υστερίας, που το σπρώχνει είτε στην ανθρωποκτονία είτε στην αυτοκτονία. (Καργάκος Σαράντος Ι., 1989)

Ο αμετάβλητος χαρακτήρας του θεσμού «στρατός» και η κατάργηση της προσωπικής ταυτότητας των ατόμων που τον συνθέτουν, προδιαθέτουν τα άτομα στην αυτοκτονία. Παρατηρείται ότι σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες, η συχνότητα των αυτοκτονιών των στρατιωτών είναι υψηλότερη (από 25 μέχρι 900%) σε σύγκριση με αυτή των πολιτών, ιδιαίτερα εκεί όπου η μεταβαλλόμενη κοινωνική πραγματικότητα άφησε ανέγγιχτο τον ολοκληρωτικό χαρακτήρα και τη στεγανοποίηση του στρατού. Η αυξανόμενη συχνότητα των αυτοκτονιών των στρατιωτικών, αφορά σε όλα τα επίπεδα της ιεραρχίας. (Γρίβας Κλεάνθης, 1987) Τα υψηλά ποσοστά αυτοκτονίας μεταξύ των στρατιωτικών δεν μπορούν να εξηγηθούν μόνο από τις στερήσεις της στρατιωτικής ζωής που υφίστανται οι χαμηλά καταταγμένοι άντρες, εφόσον τα ποσοστά της αυτοκτονίας συμβαίνει να είναι υψηλότερα για τους αξιωματικούς. Το υψηλό ποσοστό για τους αξιωματικούς μπορεί να ερμηνευθεί από τον στρατιωτικό κώδικα τιμής που επιβάλλει μια παθητική συνήθεια υπακοής και οδηγεί τους αξιωματικούς στην υποτίμηση της δικής τους ζωής. (Coser Lewis A., 1977) Ο στρατός άλλωστε, από την ίδια του την φύση αποτελεί στοιχείο που προωθεί παραπέρα την ανθρώπινη καταστροφική συμπεριφορά μια από τις ιδιαίτερες εκφάνσεις της οποίας είναι και η αυτοκτονία. (Γρίβας Κλεάνθης, 1987)

Η στρατιωτική θητεία σε περίοδο ειρήνης συνδέεται με την αύξηση του αριθμού των αυτοκτονιών σε αντίθεση με τις περιόδους πολέμου, όπου μειώνεται κατακόρυφα η συχνότητα της αυτοκτονίας. (Μπαλογιάννης Σταύρος Ι., 1986) Εξάλλου, οι πόλεμοι αν εξετασθούν βαθύτερα, δεν είναι παρά μία μορφή αυτοκτονίας του ανθρώπινου γένους. (Καργάκος Σαράντος Ι., 1989)

ε) Θρησκεία

Μια θλιβερή πραγματικότητα που βιώνουν όλοι οι άνθρωποι, είναι ότι σε κάποια στιγμή της ζωής τους έρχονται αναπόφευκτα αντιμέτωποι με το θάνατο. Ο κύκλος της ζωής για όλους τελειώνει με το θάνατο. Το τραυματικό γεγονός του θανάτου παρουσιάζεται με το πρόβλημα της αντιμετώπισης του φόβου για το άτομο που πεθαίνει και με τη διαχείριση της θλίψης από τους συγγενείς του αποθανόντα. Με βάση τα θρησκευτικά πιστεύω ο θάνατος αντιμετωπίζεται σαν ένα μεταβατικό στάδιο για μια μελλοντική ύπαρξη. Με την άρνηση του θανάτου, σαν οριστικό γεγονός, παρηγορούν και ανακουφίζουν το άτομο που πρόκειται να πεθάνει και δίνουν ελπίδα σ' αυτούς που ζουν. Οι θρησκείες παρέχουν σ' αυτές τις στιγμές μία ερμηνεία, εξηγήσεις, ελπίδα, καθοδήγηση και άλλου είδους ψυχολογική στήριξη. (Reynolds Vernon, Tanner Ralph, 1995)

Παρατηρείται όμως ότι ενώ η Ορθόδοξη Εκκλησία στο φυσικό θάνατο ανακουφίζει το άτομο και στηρίζει τους συγγενείς του, η στάση της διαφοροποιείται και είναι επικριτική απέναντι στην πράξη της αυτοκτονίας. Πιστεύει ότι ο Θεός έχει την κυρίαρχη εξουσία πάνω στη ζωή και γι' αυτό οι άνθρωποι δεν πρέπει να αναμειγνύονται με κανένα τρόπο. Η ζωή δεν είναι δική τους για να την τερματίζουν και ο αυτόχειρας θεωρείται ότι έχει διαπράξει αμαρτία, γι' αυτό απαγορεύεται η εκκλησιαστική ταφή. (Reynolds Vernon, Tanner Ralph, 1995)

Παράλληλα ο Βουλγαράκης Ηλίας (1992) αναφέρει, χωρίς πρόθεση να επικρίνει τη στάση της εκκλησίας απέναντι στους αυτόχειρες, ότι είναι χρήσιμο να γίνει κάποιος έλεγχος από μέρους της εκκλησίας, για την έμμεση ευθύνη

της πάνω σ' έναν αριθμό περιστατικών αυτοκτονίας. Την ευθύνη αυτή μπορεί κανείς να την αναζητήσει σε δύο κύριους τομείς. Ο πρώτος συνδέεται με την έλλειψη διαφώτισης πάνω στο σοβαρό αυτό θέμα. Με τον όρο διαφώτιση δεν νοείται μόνο ο προφορικός λόγος ή το γραπτό κείμενο, αλλά κυρίως η ποιμαντική συμπαράσταση στον άνθρωπο για την αντιμετώπιση των παραγόντων που οδηγούν στην αυτοχειρία. Ένα μέρος της συμπαράστασης αυτής, μπορεί να είναι επίσης δοκιμασμένες μέθοδοι σε άλλα περιβάλλοντα, που στηρίζονται στο διαπροσωπικό διάλογο, έστω κι αν αυτός μπορεί κάποτε να γίνεται μέσω τηλεφώνου. Η υποστήριξη της όλης προσπάθειας μέσω της επιστημονικής έρευνας θα βοηθούσε την εκκλησία να ενημερώνεται και να αναπροσαρμόζει τις μεθόδους της. Ο δεύτερος τομέας, που μπορεί κανείς να αναζητήσει την ευθύνη της εκκλησίας για το πρόβλημα της αυτοχειρίας, είναι περισσότερο ευαίσθητος. Συνδέεται με την αδυναμία της να έχει σωστή επικοινωνία με μια μεγάλη μερίδα χριστιανών, η οποία αδυναμία όχι σπάνια, μεταβάλλεται από την πλευρά αυτών χριστιανών σε απώθηση.

Κάτω από αυτές τις συνθήκες η άρνηση της εκκλησιαστικής ταφής στον αυτόχειρα εκλαμβάνεται από το άμεσο περιβάλλον του ως μια πράξη εκδίκησης, εναντίον μάλιστα της οποίας δε μπορεί κανείς να αμυνθεί. Η εκδίκηση από την οπτική γωνία του περιβάλλοντος αυτού, δεν είναι κατανοητή, εφόσον, κατά την κρίση του, την ευθύνη για την όποια μορφή σχέσης του με την Εκκλησία τη φέρνει ατόφια η ίδια. Αλλά κι αν μερικοί δέχονται ότι οι ευθύνες μπορεί να είναι μοιρασμένες ή και ακόμη ότι βαραινούν μόνο αυτούς, τους είναι αδύνατο να δεχτούν ότι η Εκκλησία, μπορεί να επιφυλάσσει μια τέτοια κακή μεταχείριση στον αυτόχειρα και

μάλιστα κατά την τελευταία του συναλλαγή με τη ζωή. (Βουλγαράκης Ηλίας, 1992)

Οι αντιλήψεις τις ψυχιατρικής πάνω στο θέμα της αυτοκτονίας συνοψίζονται σε τρεις θέσεις. Η πρώτη αφορά τον υγιή άνθρωπο ο οποίος σε δεδομένη στιγμή μπορεί να προσεγγίσει το χώρο της ψυχικής νόσου και να συμπεριφερθεί αντίστοιχα. Η δεύτερη αφορά τον άνθρωπο που πάσχει από μία ψυχική διαταραχή και η τρίτη αναφέρεται στους ψυχικά υγιείς οι οποίοι πιστεύουν σε κάποιες ιδεολογίες, επικρατούσες αντιλήψεις και γι' αυτό το λόγο αποπειρώνται να πεθάνουν. Η εκκλησία δέχεται και δικαιολογεί την αυτοκτονία μόνο στην περίπτωση της ψυχικής νόσου. (Βουλγαράκης Ηλίας, 1992)

Ο όρος «εκφρενής», ως προϋπόθεση για την άδεια χορήγησης εκκλησιαστικής ταφής σε έναν αυτόχειρα, δεν είναι με τα σημερινά δεδομένα της ψυχιατρικής μονοσήμαντος. Αυτό σημαίνει ότι διευρύνεται πολύ το φάσμα των αυτοχειρών, εκείνων που προχωρούν στο τραγικό διάβημα τους χωρίς να έχουν συνείδηση της πράξης τους και συνεπώς αντίστοιχη ευθύνη. Ταυτόχρονα οι περιπτώσεις που οδηγούν σε αυτοχειρία είναι σχεδόν αδύνατο να βεβαιώνονται ιατρικά εκ των υστέρων, συγκεκριμένα ο ψυχίατρος δεν είναι σε θέση και ίσως δεν είναι σωστό να δώσει μια διάγνωση μετά το θάνατο του αυτόχειρα. Με τις νέες προόδους της ψυχιατρικής για την κατανόηση της αυτοκτονίας αυξάνεται ακόμη περισσότερο η αμφιβολία για το αν και κατά πόσο ο κάθε συγκεκριμένος αυτόχειρας κινείται για την διάπραξη αυτοκτονίας από περιφρόνηση της ζωής ως δώρο του Θεού ή από λόγους που ανάγονται στη δικαιοδοσία της ψυχιατρικής. (Βουλγαράκης Ηλίας, 1992)

Ανεξάρτητα από την αιτία που οδήγησε το άτομο στην αυτοκτονία οι άνθρωποι αποδίδουν ιδιαίτερη σημασία στην κήδευση των νεκρών τους. Σύμφωνα με τη ΙΔ' Διάταξη του Τιμοθέου Αλεξανδρείας, οι συγγενείς των αυτοχειρών στην προσπάθειά τους να πετύχουν τη συμπαράσταση της Εκκλησίας στο νεκρό, προσπαθούσαν να πείσουν τους αρμόδιους ότι αντιμετώπιζαν ψυχολογικά προβλήματα. Γεγονός που κάνει φανερή την αρνητική επίδραση, που ασκεί στους πιστούς της εκκλησίας, η απαγόρευση της νεκρώσιμης ακολουθίας και των λοιπών ευχών στους αυτόχειρες. (Βουλγαράκης Ηλίας, 1992)

Επιπλέον, ο Θεόδωρος Στουδίτης δίνει μια διαφορετική αντίληψη για την αυτοκτονία. Αναφέρει την περίπτωση κάποιου που απαγχονίστηκε και οι συγχωριανοί διέκοψαν κάθε σχέση με την οικογένεια του σε τέτοιο βαθμό ώστε να αποφεύγουν κάθε συνδιαλλαγή και προσφορά βοήθειας στα μέλη της. Πρέπει να σημειωθεί ότι η έντονη αυτή αντίδραση των χωρικών ήταν ενδεχόμενο να μην οφείλεται σε θρησκευτικούς λόγους, αλλά σε ανομολόγητη φοβία γιατί σύμφωνα με την επικρατούσα τότε προκατάληψη «πολλοί από τους πλέον απλοϊκούς νομίζουν ότι οι ψυχές όσων πεθαίνουν από βίαιο θάνατο γίνονται δαίμονες». (Βουλγαράκης Ηλίας, 1992)

Η αυτοκτονία είναι βεβαίως λιγότερο συχνή όπου η καθοδήγηση και η εξουσία της θρησκείας είναι δεκτές χωρίς αμφισβήτηση και όπου η εκκλησία υποδεικνύει το υπόβαθρο της κοινοτικής ζωής και τα καθήκοντά της είναι αυστηρά υπαγορευμένα. (Reynolds Vernon, Tanner Ralph, 1995) Ο γενικότερος ψυχισμός του τότε χριστιανού απέναντι στην αυτοχειρία θεωρείται βέβαιο ότι συχνά συντελούσε ως ανασταλτικός παράγοντας σε σκέψεις για

απονενομημένα διαβήματα, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι η αυτοχειρία αναστελλόταν αμετάκλητα. (Βουλγαράκης Ηλίας, 1992)

Από εγκυκλίους της Ι. Συνόδου, καθώς και από λοιπούς συγγραφείς που ασχολήθηκαν με το πρόβλημα της αυτοχειρίας τονίζεται και η κοινωνική διάσταση που έχει η αυτοκτονία. Τα μέσα που προτείνονται για την περιστολή του κακού είναι δύο ειδών, προληπτικά και κατασταλτικά. Στα προληπτικά υπάγεται η διαφώτιση του λαού του Θεού με τον καθιερωμένο τρόπο, η οποία σε νεώτερα κείμενα διευρύνεται με το να γίνεται λόγος για συνεργασία της εκκλησίας με τις οργανώσεις κοινωνικής πολιτικής και ψυχικής υγιεινής. (Βουλγαράκης Ηλίας, 1992) Μάλιστα ο ιερέας σε συνεργασία με τον ψυχίατρο ή το ψυχικό κέντρο καθώς και με την κοινωνική υπηρεσία μπορεί να πληροφορηθεί και να λειτουργήσει θετικά για τον ψυχικά πάσχοντα και το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. (Μπαλογιάννης Σταύρος Ι., 1986) Τα κατασταλτικά παραμένουν από την εποχή της καθιέρωσης τους τα ίδια και είναι η άρνηση της κηδείας και γενικότερα των προσευχών υπέρ του νεκρού. (Βουλγαράκης Ηλίας, 1992)

Είναι χρήσιμο σε αυτό το σημείο να διερευνηθεί αν τα κατασταλτικά μέσα είναι κοινωνικά επιτυχή και αποτελεσματικά για την εποχή μας, δηλαδή αν η απαγόρευση των προσευχών στους αυτόχειρες λειτουργεί σήμερα για τους μελλοντικούς αυτόχειρες ως ανασταλτικό μέσο για το διάβημά τους. Μια τέτοια υπόθεση δεν ισχύει απόλυτα για το μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων. Αν αυτό ισχύει, σημαίνει ότι για το μεγαλύτερο ποσοστό των αυτοκτονούντων τα κατασταλτικά μέσα πρέπει να λειτουργούν αρνητικά. Η λέξη αρνητικά μπορεί να δηλώνει ένα ολόκληρο φάσμα αντιδράσεων κατά της Εκκλησίας. Σήμερα η υιοθέτηση των κατασταλτικών μέσων της Εκκλησίας με

σκοπό να βοηθήσει το κοινωνικό σύνολο, οδηγεί μάλλον στο αντίθετο αποτέλεσμα. (Βουλγαράκης Ηλίας, 1992)

Δ. ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

Αρκετές μελέτες έχουν διερευνήσει με ποικίλες μεθοδολογικές προσεγγίσεις τη σχέση της αυτοκτονίας καθώς και της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς γενικότερα, με διάφορους βιολογικούς παράγοντες. (Ζαχαράκης Κων/νος, 1996) Οι δύο βιολογικοί παράγοντες που κυρίως έχουν προσελκύσει το ενδιαφέρον των μελετητών είναι η σεροτονινεργική νευρομεταβίβαση και ορισμένες νευροενδοκρινικές λειτουργίες. (Παππιάς Ευάγγελος Η., 1998)

Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι η χαμηλή συγκέντρωση σεροτονίνης στον εγκέφαλο, όπως φαίνεται από τα χαμηλά επίπεδα 5-υδροξυ-ινδολοξικού οξέως (5-HIAA) στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ΕΝΥ) που παίρνεται με οσφυονωτιαία παρακέντηση, συνδέεται σταθερά με κίνδυνο για αυτοκτονία, ιδίως με βίαια μέσα. Παρουσιάζεται πιο συχνά στους μελαγχολικούς, αλλά ανευρίσκεται και σε άλλες διαγνωστικές κατηγορίες. Άλλοι δείκτες που δείχνουν διαταραχή της σεροτονινεργικής δραστηριότητας είναι η Μονο-αμινο-ξειδάση τύπου Α (ΜΑΟ-Α), η οποία είναι ένζυμο του μεταβολισμού της σεροτονίνης, στα αιμοπετάλια και τον εγκέφαλο και τα χαμηλά επίπεδα χοληστερόλης. Παρ' όλα αυτά τα στοιχεία που στηρίζουν τις υποθέσεις αυτές δεν είναι πολλά ούτε σταθερά. (Παππιάς Ευάγγελος Η., 1998)

Η μειωμένη δραστηριότητα της μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ) φαίνεται να συνδέεται με ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Συχνά όμως, προκύπτουν μεθοδολογικές δυσκολίες σε τέτοιου είδους εκτιμήσεις, όπως μια ανεπάρκεια ανοχής στην εγκατάλειψη, μια τάση για περιπετειώδεις καταστάσεις και μια ψυχαναγκαστική διάθεση. Έχει παρατηρηθεί ότι ένα μεγάλο ποσοστό αποπειραθέντων που χρησιμοποίησαν βίαιους τρόπους είχαν χαμηλή δραστηριότητα της μονοαμινοξειδάσης. Η δραστηριότητα της ΜΑΟ βρίσκεται κάτω από γενετικό έλεγχο και φαίνεται να έχει σχέση με την αυτοκτονία ή την εγκληματικότητα. (Γαβριήλ Ιωάννα, 1986)

Η μοναδική πάντως σοβαρή ένδειξη για νευροενδοκρινική ή ορμονική δυσλειτουργία στην αυτοκτονική συμπεριφορά προέρχεται από τα στοιχεία για την σεροτονίνη. Σε μια ανάλυση 27 μελετών που συμπεριλάμβαναν 1202 ασθενείς βρέθηκαν έντονες ενδείξεις για εμπλοκή του σεροτονινεργικού συστήματος στην αυτοκτονική συμπεριφορά. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998)

Σε μετά θάνατον μελέτες εγκεφάλων αυτοχειρών βρέθηκαν χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης και 5-HIAA στα νευρικά κύτταρα και αυξημένος αριθμός μετασυναπτικών υποδοχέων σεροτονίνης. Υπάρχουν όμως και μελέτες όπου δεν διαπιστώθηκαν διαφορές στους εγκεφάλους αυτοχειρών σε σχέση με μάρτυρες. Γενικά οι μελέτες που πραγματοποιούνται μετά τον θάνατο των αυτοχειρών παρουσιάζουν σοβαρά μεθοδολογικά προβλήματα. (Ζαχαράκης Κων/νος, 1996)

Στις απόπειρες αυτοκτονίας τα χαμηλά επίπεδα 5-HIAA στο ΕΝΥ αποτελούν αρκετά σταθερό εύρημα και φαίνεται να είναι χαρακτηριστικό της αυτοκτονικής συμπεριφοράς ιδίως της βίαιης. Το χαμηλό επίπεδο 5-HIAA και ομοβανιλικού οξέος (HVA) στο ΕΝΥ φαίνεται να έχει προγνωστική αξία για

αυτοκτονικό κίνδυνο, τουλάχιστον σε ασθενείς που έχουν διαταραχές της επιθετικότητας κι αν συνδυασθεί με άλλους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες κινδύνου μπορεί να αποτελεί μία πολύ σημαντική πληροφορία. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998)

Εκτός από την αυτοκτονία και άλλες καταστάσεις έχουν συνδεθεί με μειωμένη σεροτονινεργική δραστηριότητα, όπως είναι η επιθετική συμπεριφορά στα ζώα, η βίαιη παρορμητική συμπεριφορά στους ανθρώπους και ο αλκοολισμός. Είναι λοιπόν πιθανό ότι η ελαττωμένη σεροτονινεργική δραστηριότητα καθιστά κάποιο άτομο πιο επιρρεπές σε παρορμητική ακόμα και σε αυτοκαταστροφική συμπεριφορά όταν βρεθεί σε κρίσιμες καταστάσεις ή όταν νοσεί ψυχικά. Έτσι, μπορεί να αντιδράσει με τρόπο απρόβλεπτα επιθετικό εναντίον των άλλων ή εναντίον του εαυτού του. Είναι πιθανό ότι η διαταραχή αυτή του σεροτονινεργικού συστήματος, ανεξάρτητα αν έχει γενετική βάση ή πυροδοτείται κάτω από ειδικές συνθήκες, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο μέσα στον περίπλοκο παθογενετικό μηχανισμό της αυτοκτονίας. (Ζαχαράκης Κων/νος, 1996)

Δεν είναι γνωστό εάν οι βιολογικοί δείκτες σχετίζονται με την αυτοκτονικότητα γενικά ή με κάποιες άλλες παραμέτρους όπως η παρορμητικότητα, η επιθετικότητα και η αντιμετώπιση του άγχους. Σε μια πρόσφατη ανασκόπηση για τη συσχέτιση αυτοκτονικότητας και επιθετικότητας φαίνεται ότι η δυσλειτουργία στο σεροτονινεργικό σύστημα συνδέεται όχι μόνο με την επιθετικότητα, αλλά με την παρορμητικότητα που αποτελεί το υπόβαθρο της επιθετικότητας. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998)

Η κατάθλιψη, η πιο βασική ψυχική διαταραχή, που θεωρείται υπεύθυνη για την αυτοκτονία, σύμφωνα με τις βιολογικές θεωρίες είναι αποτέλεσμα

διαταραχής της σεροτονίνης ή της νοραδρεναλίνης, δύο βιογενών αμινών του εγκεφάλου. Η αυτοψία εγκεφάλων αυτοχειρών έδειξε ότι η συγκέντρωση σεροτονίνης σε ορισμένους πυρήνες της ραφής, που θεωρούνται βασικοί σεροτονινεργικοί νευρώνες, ήταν χαμηλότερη απ' ό,τι σε μια αντίστοιχη ομάδα μαρτύρων. Πειραματικές μελέτες έχουν δείξει ότι η νευρομεταβιβαστική αυτή ουσία εμπλέκεται στον έλεγχο μερικών νευροφυσιολογικών λειτουργιών, όπως η μάθηση, η μνήμη και η αντίληψη αισθητηρίων ερεθισμάτων. (Γαβριήλ Ιωάννα, 1986)

E. ΓΕΝΕΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

Η έρευνα βιολογικών παραγόντων, που πιθανόν να έχουν σχέση με την αυτοκτονική συμπεριφορά, έχει στραφεί επίσης και στη μελέτη των γενετικών παραγόντων. Αρκετοί συγγραφείς θεωρούν ότι γενετικοί παράγοντες συμβάλλουν στην εκδήλωση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Αυτό προκύπτει από μελέτες οικογενειών, διδύμων και υιοθεσίας καθώς και από την εφαρμογή των ανακαλύψεων της μοριακής βιολογίας στη ψυχιατρική γενετική. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998)

Οι μελέτες οικογενειών στην πλειοψηφία τους φανερώνουν ότι γενετικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Από τις μελέτες διδύμων διαπιστώθηκε σημαντικά μεγαλύτερος βαθμός συμφωνίας αυτοκαταστροφής στους μονοζυγωτικούς (13,2%) σε σύγκριση με τους διζυγωτικούς διδύμους (0,7%). Ως πιθανοί γενετικοί συντελεστές αυτοκαταστροφικότητας μπορούν να θεωρηθούν η

γενετική μεταβίβαση ψυχιατρικής και ιδιαίτερα συναισθηματικής διαταραχής και η αδυναμία του ελέγχου της παρορμητικότητας. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998)

Από τις μελέτες διδύμων των Haberlandt, Juel-Nielsen et al, Roy et al, Kringlen προκύπτει ότι στους μονοζυγωτικούς διδύμους υπάρχει σημαντικά μεγαλύτερος βαθμός συμφωνίας αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς απ' ότι στους διζυγωτικούς διδύμους. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν ότι υπάρχει συμμετοχή γενετικών παραγόντων στην εκδήλωση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Χρειάζεται ωστόσο να τονισθεί και η σημασία των ψυχολογικών παραγόντων οι οποίοι αλλοιώνουν την εκδήλωση της γενετικής προδιάθεσης. Τα ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής μπορεί να έχουν διαφορετική επίδραση στον κάθε δίδυμο, καθώς επίσης και η αυτοκτονία του ενός μπορεί να μειώνει την πιθανότητα αυτοκτονίας του επιζώντος δίδυμου δια μέσου ψυχολογικών μηχανισμών. (Ζαχαράκης Κων/νος, 1996)

Από μελέτες οικογενειών, ο Tsuang μετά από μακρόχρονη παρακολούθηση 500 ψυχιατρικών ασθενών διαπίστωσε ότι η πιθανότητα αυτοκτονίας στους συγγενείς πρώτου βαθμού ψυχιατρικών ασθενών ήταν περίπου οκτώ φορές μεγαλύτερη από ότι στους συγγενείς φυσιολογικών μαρτύρων. Επιπλέον, στους συγγενείς των ασθενών που αυτοκτόνησαν εκδηλώθηκε περίπου τετραπλάσιος κίνδυνος αυτοκαταστροφής σε σχέση με τους συγγενείς των ασθενών που δεν αυτοκτόνησαν. (Ζαχαράκης Κων/νος, 1996)

Ο Roy μελέτησε άτομα των οποίων ο ένας γονέας είχε αυτοκτονήσει και διαπίστωσε εμφάνιση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς στα παιδιά των αυτοχείρων, όταν αντίστοιχα το παιδί κατά την αυτοκτονία του γονέα είχε

ηλικία κάτω των 11 ετών σε ποσοστό 75% , 11-20 ετών σε ποσοστό 62% και άνω των 20 ετών σε ποσοστό 47%. Άλλες μελέτες οικογενειών που στηρίζουν την υπόθεση της γενετικής συμμετοχής στην εκδήλωση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς είναι και αυτές των Murphy et al, Brendt et al, Dabbagh, Zaw. (Ζαχαράκης Κων/νος, 1996)

Οι Linkowski και συν διακρίνοντας την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά σε βίαιη και μη βίαιη σύμφωνα με τα κριτήρια των Paykel και Rassaby, μελέτησαν ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη και οικογενειακό ιστορικό αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Το συμπέρασμά τους ήταν ότι η ύπαρξη θετικού κληρονομικού ιστορικού αυτοκτονίας, κυρίως βίαιης, προδιέθετε σημαντικά σε εκδήλωση απόπειρας αυτοκαταστροφής, κυρίως βίαιης, στις γυναίκες διπολικού τύπου αλλά και στους άνδρες ανεξάρτητα από τον τύπο της συναισθηματικής διαταραχής. Συνεπώς η ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού βίαιης αυτοκτονίας μπορεί να θεωρηθεί προγνωστικός δείκτης για αυτοκαταστροφική συμπεριφορά σε ασθενείς με συναισθηματική διαταραχή. Οι Scheftner και συν δεν στήριξαν το συμπέρασμα αυτό. (Ζαχαράκης Κων/νος, 1996)

Στη μελέτη των Lykouras και συν η αυξημένη επιθετική συμπεριφορά εκδηλώθηκε με μορφή αυτοκτονίας ή ανθρωποκτονίας στα μέλη της οικογένειας που μελετήθηκε. Οι Mitterauer και συν συμπέραναν ότι αν υπάρχει θετικό οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας, τότε η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά μπορεί να εκδηλωθεί σαν ανεξάρτητη γενετική έκφραση και παρατηρείται όχι μόνο στους ασθενείς με ενδογενή κατάθλιψη. (Ζαχαράκης Κων/νος, 1996)

Οι μελέτες υιοθεσίας και κύρια αυτή που πραγματοποιήθηκε στη Δανία

συνέκρινε τους βιολογικούς συγγενείς υιοθετημένων ατόμων που αυτοκτόνησαν με τους βιολογικούς συγγενείς ισάριθμων συζευγμένων, ως προς το φύλο και την ηλικία υγιών μαρτύρων, που είχαν επίσης υιοθετηθεί. Διαπιστώθηκε ότι οι αυτοκτονίες στους βιολογικούς συγγενείς της πρώτης κατηγορίας ήταν σημαντικά συχνότερες απ' ό,τι στους βιολογικούς συγγενείς της δεύτερης. Διαπιστώθηκε ακόμα αυξημένη επίπτωση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς στους βιολογικούς συγγενείς των καταθλιπτικών υιοθετημένων σε σχέση με τους βιολογικούς συγγενείς των μαρτύρων. (Ζαχαράκης Κων/νος, 1996)

Συνοψίζοντας, ως γενετικοί παράγοντες αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς μπορούν να θεωρηθούν η γενετική μεταβίβαση του ελέγχου της παρορμητικής συμπεριφοράς και τέλος η περίπτωση κάποιου μέλους της οικογένειας του οποίο αυτοκτόνησε και χρησιμεύει σαν πρότυπο σε ψυχικώς διαταραγμένα μέλη της οικογένειας. (Ζαχαράκης Κων/νος, 1996)

Υπάρχουν όμως και συγγραφείς που αμφισβητούν την ειδική γενετική προδιάθεση στην αυτοκτονική συμπεριφορά. Για παράδειγμα ο Adam υποστηρίζει πως το επιβαρυντικό αυτοκτονικό οικογενειακό ιστορικό (7-14% ιστορικό αυτοκτονιών σε οικογένειες αποπειραθέντων) είναι πιο πιθανό να οφείλεται σε πολιτισμικούς παράγοντες και στη μίμηση. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998)

Ακόμα από μια μελέτη 2.500 διδύμων, που έφερε στο φως 11 αυτοκτονίες, από τις οποίες οι οκτώ αναφέρονται σε ετεροζυγώτες και οι τρεις σε ομοζυγώτες, προέκυψε ότι σε καμιά από τις περιπτώσεις δεν αυτοκτόνησαν και οι δύο. Φαίνεται πως κληρονομείται μια τυχαία διάθεση για αυτοκτονία, η οποία είτε παίρνει τη μορφή μίμησης ή συμπεριφοράς που

μαθαίνεται και αυτόματα χρησιμοποιείται. (Γαβριήλ Ιωάννα, 1986)

Ο Skinner υποστηρίζει ότι η αυτοκτονία βασίζεται στη μάθηση, επομένως κάθε γενετική μεταλλαγή θα πρέπει να εξαλείφεται από μόνη της. Με άλλα λόγια η αυτοκτονία πιθανόν να συνδέεται με οντογενετικά παρά με φυλογενετικά απρόοπτα. Τόσο η μάθηση όσο και η πολιτισμική ανάπτυξη μπορούν να ερμηνεύσουν ένα μοντέλο συμπεριφοράς αυτοκτονίας. Έχει παρατηρηθεί ότι δημοσιεύσεις άλλων αυτοκτονιών, ιδιαίτερα σημαντικών προσώπων, αυξάνουν τον αριθμό αυτοκτονιών. (Γαβριήλ Ιωάννα, 1986)

Ο Catanzaro σχηματοποιεί τη συμπεριφορά αυτοκτονίας με βάση ορισμένα εξελικτικά και κοινωνιοβιολογικά μοντέλα. Η αυτοκτονία αποτελεί μια ακραία συμπεριφορά στο εξελικτικό μοντέλο, όπου η βιολογική προσαρμογή εμφανίζεται ελαττωμένη. Η συμπεριφορά αυτή είναι αποτέλεσμα αλληλοεπίδρασης μάθησης και ορισμένων έμφυτων παραμέτρων. Στην περίπτωση αυτή, η αυτοκτονία είναι μια συμπεριφορά ανεξάρτητη από τη βιολογική εξέλιξη, όπου τα διάφορα συμπεριφεριολογικά πρότυπα που έχουν μαθευτεί πιθανόν να μην ελέγχονται γενετικά. Καταστάσεις που προκαλούν μακροχρόνιο στρες όπως προβλήματα υγείας ή διαπροσωπικών σχέσεων, ψυχική διαταραχή κ.λ.π. προάγουν σε μια ελλιπή βιολογική προσαρμογή. Στην προαγωγή μιας καλής βιολογικής προσαρμογής και συνεπώς επιβίωσης φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο και ορισμένοι βιολογικοί παράγοντες, οι οποίοι κληρονομούνται ως μια “συγκινησιακή συμπεριφορά”, που διαμορφώνεται από οργανωμένα βιολογικά συστήματα που δρουν μέσα στον εγκέφαλο. Αυτά τα συστήματα εμπλέκουν ορμονικές, νευροχημικές και νευρορρυθμικές ουσίες, οι οποίες ανταποκρίνονται στα διάφορα ερεθίσματα. (Γαβριήλ Ιωάννα, 1986)

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι η προσέγγιση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς μόνο με βιολογικούς όρους και η παράληψη της μελέτης των παραγόντων που σχετίζονται με το κοινωνικό περιβάλλον και την ατομική ψυχοπαθολογία θα αποτελούσε μονομερή αντιμετώπιση ενός τόσο σύνθετου φαινομένου. Οι γενετικοί παράγοντες όπως και οι βιολογικοί πρέπει να συνυπολογίζονται με τους ψυχοδυναμικούς και κοινωνιολογικούς παράγοντες όπως είναι οι εμπειρίες ζωής και οι κοινωνικές συνθήκες που ευοδώνουν ή αναστέλλουν την αυτοκαταστροφικότητα. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998)

ΣΤ. ΑΛΛΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

Η αυτοκτονία είναι μια συμπεριφορά εξαιρετικά πολύπλοκη, δύσκολο να διερευνηθεί στο σύνολό της. Ανεξάρτητα λοιπόν από την κοινωνιολογική και την ψυχολογική προσέγγιση θα γίνει αναφορά και σε ορισμένες άλλες θεωρίες. (Γαβριήλ Ιωάννα, 1986)

Μια άλλη προσέγγιση είναι η φιλοσοφική ή υπαρξιακή άποψη. Ο Camus στο δοκίμιό του «Ο μύθος του Σίσυφου» δηλώνει ότι "δεν υπάρχει παρά ένα μόνο φιλοσοφικό πρόβλημα και αυτό είναι η αυτοκτονία". Ο Wittgenstein ακόμη πρεσβεύει ότι "η κύρια ηθική διέξοδος για τον άνθρωπο είναι η αυτοκτονία". Νωρίτερα κι από τους δύο, ο William James θα παρατηρήσει ότι "είμαι της γνώμης πως δεν υπάρχει καλλιεργημένος άνθρωπος που δεν έχει ποτέ παίξει με τη σκέψη της αυτοκτονίας. (Γαβριήλ Ιωάννα, 1986)

Οι Frederick και Resnik υποστηρίζουν ότι η συμπεριφορά ενός ατόμου κινητοποιείται και μαθαίνεται. Οι υπάρχουσες κοινωνικές δομές, οι

ασυνείδητες συγκρούσεις και οι νευροχημικές επιδράσεις παρεμβαίνουν στον τρόπο που μαθαίνεται και εκφράζεται. Αυτοί οι συγγραφείς πιστεύουν ότι υπάρχει πολύ μικρή διαφορά ανάμεσα στις ψυχοδυναμικές θεωρίες και τις θεωρίες της μαθήσεως. Συχνά συμβαίνει μια αυτοκαταστροφική συμπεριφορά να τροποποιηθεί με συμπεριφεριολογικούς χειρισμούς. Πολύ νωρίς συνήθως τα παιδιά αντιλαμβάνονται ότι εκφράσεις θυμού ενισχύονται θετικά ή αρνητικά. Ακόμα σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεωρία, η κατάθλιψη είναι μια στροφή της επιθετικότητας προς τον ίδιο τον εαυτό. Επομένως, αν θετικές ενισχύσεις του θυμού έχουν συμβεί νωρίς στην παιδική ηλικία, η συμπεριφορά αυτή μαθαίνεται και υποκειμενικά βιώνεται με την έννοια της κατάθλιψης. Σοβαρές τιμωρίες κατά την παιδική ηλικία είναι ένα προειδοποιητικό σημείο συμπεριφοράς αυτοκτονίας. Η ικανότητα του παιδιού να μειώσει την έντασή του και το θυμό των γονέων του μέσα από την επιδίωξη της τιμωρίας είναι έντονη. Στην ενήλικη ζωή του η αυτοεπιβαλλόμενη τιμωρία μέσω του υπερεγώ μπορεί να ενισχυθεί προκειμένου να μειωθεί η ενδοψυχική σύγκρουση. (Γαβριήλ Ιωάννα, 1986)

Επιπλέον ο Resnik υποστηρίζει ότι η αυτοκτονική συμπεριφορά μπορεί να εξηγηθεί με τη θεωρία της μαθήσεως ως μια μαθημένη συμπεριφορά. Σημειώνει ακόμα ότι οι κοινωνικές δομές, οι ασυνείδητες συγκρούσεις και οι νευροχημικοί παράγοντες επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο μαθαίνεται, βιώνεται και εκφράζεται αυτή η μαθημένη συμπεριφορά. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998)

Η γνωστική θεωρία του Beck υποστηρίζει ότι η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά είναι το αποτέλεσμα περιορισμένων γνωστικών μεθόδων επίλυσης προβλημάτων και των αρνητικών πεποιθήσεων των ατόμων τόσο

για τον εαυτό τους όσο και για τους άλλους και το μέλλον, με κεντρική διαταραχή την απελπισία. Παρεμφερής με τη γνωστική θεωρία είναι η άποψη ότι οι αποπειραθέντες έχουν σε μεγαλύτερο βαθμό την αίσθηση ότι ο τόπος ελέγχου βρίσκεται έξω από αυτούς, στο περιβάλλον και συνεπώς είναι πιο ευάλωτοι στις διαπροσωπικές δυσκολίες και τις αντιξοότητες του περιβάλλοντος, δηλαδή στα ψυχοπαιστικά γεγονότα. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998)

Η ηθολογική προσέγγιση πρεσβεύει ότι υπάρχει ένας βιολογικός καθορισμός στην ανθρώπινη συμπεριφορά, ο οποίος στρέφει την επιθετικότητα ενάντια στο ίδιο το άτομο. Η αποστέρηση που προκαλείται από την απώλεια του ελέγχου στο περιβάλλον, ενεργοποιεί την επιθετικότητα, η οποία στρέφεται στον εαυτό όταν οι κοινωνικοί ή οι γνωστικοί μηχανισμοί δεν επιτρέπουν την έκφρασή της προς τα έξω. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998)

Άλλοι τονίζουν ότι η απόπειρα αυτοκτονίας λειτουργεί ως τρόπος επικοινωνίας στοχεύοντας στην τροποποίηση των στάσεων του άμεσου περιβάλλοντος και σε μια προσπάθεια να μεταβληθεί η λειτουργία του οικογενειακού συστήματος. Σύμφωνα με αυτούς η απόπειρα αυτοκτονίας αποδεικνύει την τραγική αδυναμία του ατόμου απέναντι σε ένα περιβάλλον που το συνθλίβει και αποτελεί έκφραση της προσπάθειας των δυναμικών του συστήματος (δυαδική σχέση, οικογένεια, κοινότητα, κλπ.) για διατήρηση της ισορροπίας του (συστημική θεώρηση). (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998)

Σε μια μελέτη για την εφαρμογή 15 θεωριών για την αυτοκτονία στις βιογραφίες γνωστών αυτοχειρών ο Lester βρήκε πως η γνωστική θεωρία του A. Beck έχει την μεγαλύτερη εφαρμογή ενώ η ψυχαναλυτική θεωρία του Freud την μικρότερη. Πολλοί όμως είναι οι συγγραφείς που υποστηρίζουν ότι η

αυτοκτονική συμπεριφορά απαιτεί την σύνθεση πολλών προσεγγίσεων για την κατανόησή της και την καλύτερη αντιμετώπισή της. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

A. ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Υπάρχουν πολλοί μύθοι που έχουν αναπτυχθεί σχετικά με την αυτοκτονία και τον κίνδυνο της αυτοκτονίας. Είναι σημαντικό να διευκρινιστούν ορισμένοι μύθοι και να κατανοηθούν οι διαφορετικές πραγματικότητες που ισχύουν για την αυτοκτονία. (Oster Gerald D., 1995)

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

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

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

Πραγματικότητα. Η ακριβής εκτίμηση του αυτοκτονικού ιδεασμού και σχεδιασμού είναι πρωταρχικής σημασίας για τον προγραμματισμό της φροντίδας του.

Μύθος. Μόνο τα ψυχωτικά άτομα διαπράττουν αυτοκτονία.

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

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

Πραγματικότητα. Τα περισσότερα άτομα μιλούν για την αυτοκτονική τους πρόθεση πριν διαπράξουν απόπειρα αυτοκτονίας.

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

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

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

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

Μύθος. Τα άτομα που αυτοκτονούν είναι πάντα καταθλιπτικά.

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

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

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

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

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

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

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

Μύθος. Οι αυτοκτονικοί σπάνια ζητούν ιατρική βοήθεια.

Πραγματικότητα. Σε αναδρομικές μελέτες αυτοκτονιών, το 50-60% των ατόμων αυτών είχαν ζητήσει ιατρική βοήθεια μέσα στο προηγούμενο εξάμηνο. (Ραγιά Αφροδίτη Χρ., 2001, σελ. 309-310)

Μύθος. Βελτίωση που ακολουθεί την κρίση αυτοκτονίας σημαίνει ότι η περίοδος του κινδύνου τελείωσε.

Πραγματικότητα. Οι περισσότερες αυτοκτονίες συμβαίνουν μέσα σε τρεις μήνες ύστερα από μια οξεία κρίση, όταν η βελτίωση δίνει στο

αυτοκαταστροφικό άτομο περισσότερη ενέργεια με την οποία μπορεί να φέρει σε πέρας τις προθέσεις του. (Μάνος Νίκος, 1997, σελ. 704)

Συγκεκριμένα για τους εφήβους αναφέρονται τα παρακάτω:

Μύθος. Οι έφηβοι που σκέφτονται σοβαρά να αυτοκτονήσουν δεν μιλάνε για τις αυτοκτονικές τους σκέψεις.

Πραγματικότητα. Η πλειοψηφία των εφήβων μιλά ή δίνει στοιχεία για τις αυτοκτονικές της προθέσεις πριν την απόπειρα.

Μύθος. Οι έφηβοι είναι παρορμητικοί και δεν σχεδιάζουν πραγματικά να αυτοτραυματιστούν.

Πραγματικότητα. Πολλές αυτοκτονίες είναι σχεδιασμένες πράξεις τις οποίες οι έφηβοι έχουν προηγουμένως σκεφθεί καλά.

Μύθος. Οι έφηβοι δε θα προσπαθήσουν να τραυματίσουν τον εαυτό τους περισσότερο από μία φορά.

Πραγματικότητα. Η πλειοψηφία των ατόμων που διαπράττουν με επιτυχία αυτοκτονία, έχουν κάνει προηγουμένως απόπειρες.

Μύθος. Η συζήτηση για την αυτοκτονία κάνει τους εφήβους να την σκέφτονται πιο συχνά.

Πραγματικότητα. Συζητώντας το θέμα με τους εφήβους, τους δείχνουμε ότι νοιαζόμαστε και ότι επίσης τους παίρνουμε στα σοβαρά. Δημόσιες

συζητήσεις πάνω στο θέμα είναι υγιείς τρόποι να κρατούνται ενημερωμένοι και να ανταλλάσσουν ανησυχίες.

Μύθος. Οι έφηβοι που έχουν διαπράξει αυτοκτονία θέλουν πραγματικά να πεθάνουν.

Πραγματικότητα. Οι περισσότεροι έφηβοι δεν έχουν πραγματικά αποφασίσει να πεθάνουν. Συχνά έχουν δώσει σημάδια σχετικά με το πώς αισθάνονται, ελπίζοντας ότι κάποιος θα τους βοηθήσει. Συχνά θέλουν να διαφύγουν τρέχουσα αναστάτωση ή πόνο και δεν μπορούν να σκεφτούν άλλες λύσεις.

Μύθος. Από τη στιγμή που κάποιος έφηβος αποφασίζει να διαπράξει αυτοκτονία, τίποτα δεν μπορεί να γίνει.

Πραγματικότητα. Τους περισσότερους ανθρώπους μπορούν να τους σταματήσουν, αλλά όλες οι προσπάθειες για παρέμβαση μπορεί να μην είναι επιτυχημένες. Παρ' όλα αυτά αξίζει τον κόπο να γίνει μια προσπάθεια.

(Oster Gerald D., 1995, σελ. 84-85)

Εξουσιαστικοί μύθοι για την αυτοκτονία.

Ο Γρίβας Κλεάνθης (1987) στο βιβλίο του «Η εξουσία της βίας» αναφέρει ότι με στόχο τη συγκάλυψη της αληθινής φύσης της αυτοκτονίας και του ρόλου που διαδραματίζει σ' αυτήν η εξουσία, διαμορφώθηκε μια πληθώρα επιστημονικοφανών ιδεολογικών ευρημάτων που τείνουν στην

απενοχοποίηση μιας μη λειτουργικής κοινωνικής δομής, η οποία στηρίζεται στη βία και την αναπαράγει διαρκώς.

Πρωταρχικό ρόλο στη διαμόρφωση και τη διάδοση των μύθων που απενοχοποιούν την εξουσία διαδραματίζουν οι ιδεολογικοί απολογητές της, οι «διανοούμενοι», που υπηρετούν έμμισθα την εξουσία, με την ετικέτα του γιατρού, του ψυχιάτρου, του ψυχολόγου, του κοινωνιολόγου. Με βάση τα παραπάνω γίνεται μια προσπάθεια προσέγγισης των επιστημονικοφανών μύθων που καλλιεργεί η εξουσία σχετικά με την αυτοκτονία. (Γρίβας Κλεάνθης, 1987)

Σύμφωνα με τον πρώτο απ' αυτούς τους δύο κυρίαρχους μύθους, η αυτοκτονία ταυτίζεται με την ψυχική αρρώστια ή αποτελεί επακόλουθο της, ενώ σύμφωνα με το δεύτερο, η αυτοκτονία συνιστά παράγωγο μιας επιβαρημένης κληρονομικότητας. (Γρίβας Κλεάνθης, 1987)

Μύθος πρώτος: Η αυτοκτονία δηλώνει ή είναι επακόλουθο «ψυχικής αρρώστιας».

1. Αν η αυτοκτονία είναι επακόλουθο «ψυχικής αρρώστιας», θα έπρεπε να υπάρχει μια στατιστικά αναλογική σχέση μεταξύ αυτοκτονιών και ψυχικών ασθενειών, που να αποδεικνύεται σε κάθε κοινωνία. Αυτό βέβαια δεν υπάρχει.

Σε κάθε κοινωνική ή θρησκευτική ομάδα, η αυτοκτονία και η ψυχική αρρώστια αποτελούν μεγέθη αντιστρόφως ανάλογα. Ένα παράδειγμα είναι οι Εβραίοι, στους οποίους ο δείκτης συχνότητας των ψυχασθενειών εμφανίζει

την υψηλότερη δυνατή τιμή, ενώ ο δείκτης συχνότητας των αυτοκτονιών την χαμηλότερη δυνατή τιμή.

2. Αν η αυτοκτονία είναι επακόλουθο «ψυχικής αρρώστιας», θα έπρεπε να υπάρχει μια αναλογική σχέση μεταξύ της αυτοκτονίας και των εγκλείστων στα ψυχιατρεία, ανδρών και γυναικών, που να αποδεικνύεται. Πράγμα που βέβαια δεν υπάρχει.

Οι άνδρες οι οποίοι είναι έγκλειστοι σε ψυχιατρεία παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά αυτοκτονίας απ' ότι οι γυναίκες που είναι αντίστοιχα έγκλειστες σε ψυχιατρεία. Παρατηρείται λοιπόν ότι εάν η αυτοκτονία είναι επακόλουθο ψυχικής αρρώστιας αφορά εκλεκτικά τους άνδρες «ψυχικά αρρώστους», πράγμα που σημαίνει ότι ακόμα και αυτή η θεώρηση δίνει προτεραιότητα στο στοιχείο του φύλου και παραμερίζει το αντίστοιχο της «ψυχικής αρρώστιας».

3. Αν η αυτοκτονία είναι επακόλουθο «ψυχικής αρρώστιας», θα έπρεπε να υπάρχει μια παρεμφερής σχέση ανάμεσα στις έννοιες «αυτοκτονία» και «ψυχική αρρώστια» απ' τη μια μεριά, και στην ηλικία εκδήλωσης τους από την άλλη. Που βέβαια, δεν υπάρχει.

Αυτό συμβαίνει γιατί σ' ότι αφορά την «ψυχική αρρώστια», ο δείκτης συχνότητάς της είναι χαμηλός κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία, ενώ παρατηρείται εντυπωσιακή αύξηση κατά την νεανική ηλικία και την ώριμη φάση της ζωής και μειώνεται σημαντικά μετά απ' αυτή. Ενώ σ' ότι αφορά την αυτοκτονία, ο δείκτης συχνότητάς της εμφανίζει μια σταθερή αυξητική πορεία κατά την εξέλιξη του ανθρώπου από την παιδική προς την γεροντική ηλικία.

Το συμπέρασμα από τα παραπάνω είναι ότι ανάμεσα στην «ψυχική αρρώστια» και την αυτοκτονία δεν αποδεικνύεται ότι υπάρχει σχέση αιτίου αποτελέσματος. (Γρίβας Κλεάνθης, 1987, σελ. 82-85)

Μύθος δεύτερος: Η αυτοκτονία είναι επακόλουθο της κληρονομικότητας.

1. Αν η αυτοκτονία είναι επακόλουθο της κληρονομικότητας θα έπρεπε να αφορά τον κάθε φυλετικό τύπο σταθερά, ανεξάρτητα από τις πολιτιστικές συνθήκες που ζει.

Θα έπρεπε για παράδειγμα, να υπάρχει μια παραπλήσια συχνότητα αυτοκτονιών ανάμεσα στους Γερμανούς που ζουν στη Γερμανία και στους Γερμανούς που ζουν στην Ελβετία ή όποια άλλη ευρωπαϊκή χώρα. Που φυσικά, δεν υπάρχει. Όλα τα στατιστικά δεδομένα δείχνουν ότι οι πρώτοι υπερτερούν σημαντικά των δεύτερων σ' ότι αφορά τον δείκτη συχνότητας των αυτοκτονιών.

2. Αν η αυτοκτονία είναι επακόλουθο της κληρονομικότητας αυτό θα έπρεπε να ισχύει στον ίδιο περίπου βαθμό και για τα δύο φύλα. Που βέβαια, δεν ισχύει.

Από τα υπάρχοντα στατιστικά δεδομένα βγαίνει το συμπέρασμα πως η αυτοκτονία συνήθως παρατηρείται στους άνδρες τόσο ανάμεσα στον «υγιή» πληθυσμό όσο και ανάμεσα στους «ψυχικά αρρώστους».

3. Αν η αυτοκτονία είναι επακόλουθο της κληρονομικότητας θα έπρεπε να εκδηλώνεται στις πρώτες φάσεις τη ζωής του ατόμου, κι όχι να αυξάνεται σταθερά με την εξέλιξη της ηλικίας του.

Το συμπέρασμα από την κριτική θεώρηση του δεύτερου εξουσιαστικού μύθου για την αυτοκτονία είναι ότι ανάμεσα στην κληρονομικότητα και στην αυτοκτονία δεν αποδεικνύεται να υπάρχει καμιά σχέση αιτίου αποτελέσματος. (Γρίβας Κλεάνθης, 1987, σελ. 85-87)

B. ΠΟΙΟΣ ΕΙΝΑΙ ΕΠΙΡΡΕΠΗΣ ΣΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Η Alethea Lawson αναφέρει πως πρέπει να υπάρχουν πολλοί άνθρωποι που σε στιγμές άγχους έκαναν τη σκέψη της αυτοκτονίας, αλλά τελικά δεν προέβησαν στην πράξη αυτή. Συνειδητοποίησαν ότι η αυτοκτονία δεν ήταν η μόνη διέξοδος για να βγουν από την κρίση, όσο άσχημη κι αν ήταν. Υπάρχουν όμως άλλοι που επιχειρούν με την αυτοκτονία να γλιτώσουν απ' το ανυπόφορο άγχος. Αυτούς τους ονομάζουμε «επιρρεπείς στην αυτοκτονία». (Lawson Alethea, 1986)

Επιρρεπής στην αυτοκτονία μπορεί να είναι κάποιος που προέρχεται από διαλυμένη οικογένεια, δηλαδή κάποιος που έχασε έναν ή και τους δυο γονείς του, πριν από τα δεκαπέντε του, εξαιτίας θανάτου ή διαζυγίου. Διαλυμένη μπορεί επίσης να θεωρηθεί μια οικογένεια μέσα στην οποία οι γονείς, χωρίς να έχουν χωρίσει, βρίσκονται σε διαρκή εχθρότητα. Οι συναισθηματικές διαταραχές που προκαλούνται από την έλλειψη σίγουρης εξάρτησης απ' την αγάπη των γονιών, έχουν σοβαρές συνέπειες. Κάποιος που σαν παιδί μεγαλώνει σε τέτοιο περιβάλλον, είναι σαν ενήλικος δεν είναι σταθερός και δε μπορεί να αντεπεξέλθει σε καταστάσεις άγχους. (Lawson Alethea, 1986)

Ιδιαίτερα επιρρεπείς στην αυτοκτονία είναι οι αλκοολικοί ή οι τοξικομανείς. Αυτοί που καταλαμβάνονται από τέτοια πάθη προσπαθούν να δραπτετεύσουν από την πραγματικότητα και θεωρούν την αυτοκτονία σαν μια προέκταση αυτής της ανάγκης τους για φυγή. Επιπρόσθετα αν κάποιος υποφέρει από μόνιμη αϋπνία, είναι πιθανό να φτάσει σε τέτοιο σημείο κούρασης και απαισιοδοξίας που να επιθυμεί να τελειώσει η ζωή του. (Lawson Alethea, 1986)

Επιρρεπείς είναι επίσης εκείνοι που υπέφεραν από κάποια ψυχική διαταραχή, ειδικά εκείνοι που χρειάστηκαν θεραπεία. Ορισμένες φορές, μπορεί κανείς να υποφέρει από νευρική κατάθλιψη, που δεν έχει ποτέ διαγνωσθεί και να παρουσιάσει αυτοκτονικές τάσεις. Σ' άλλες πάλι περιπτώσεις, κατά τις οποίες έχει γίνει διάγνωση της κατάθλιψης και έχει εφαρμοσθεί η σχετική θεραπεία, μπορεί ο ασθενής να παρουσιάσει αυτοκτονικές τάσεις. Είναι πιθανό να εμφανιστούν οι τάσεις αυτές κατά την περίοδο της ανάρρωσης, καθώς αρχίζει να αποκτά περισσότερη ενεργητικότητα, ενώ πριν απ' αυτή τη φάση ήταν εξαντλημένος και δεν είχε την απαραίτητη ενεργητικότητα. (Lawson Alethea, 1986)

Στην αυτοκτονία μπορεί επίσης να οδηγηθεί κάποιος που ξαφνικά δέχεται ένα οικονομικό πλήγμα. Καταλαμβάνεται από απόγνωση βλέποντας τον εαυτό του και την οικογένεια του να καταστρέφονται. Στο ίδιο διάβημα μπορεί να οδηγήσει και η θλίψη για το χαμό αγαπημένου προσώπου. Σ' αυτές τις περιπτώσεις η αυτοκτονία φαίνεται σαν η μοναδική διέξοδος. (Lawson Alethea, 1986)

Στα αίτια που κάνουν κάποιον επιρρεπή στην αυτοκτονία ανήκουν επίσης και όλες οι περιπλοκές του γάμου. Επιπλέον μερικοί άνθρωποι που

έχουν ανάγκη για αγάπη και δεν τη βρίσκουν στη ζωή πιστεύουν ότι μετά το θάνατό τους οι άλλοι θα τους θυμούνται με μεγαλύτερη αγάπη απ' αυτή που τους πρόσφεραν όσο ήταν στη ζωή. Επιρρεπής στην αυτοκτονία μπορεί να γίνει επίσης κάποιος που υποφέρει από μακροχρόνια ασθένεια και αισθάνεται ότι είναι βάρος για τους άλλους, αλλά και για τον ίδιο του τον εαυτό. Έτσι νιώθουν ειδικά οι ηλικιωμένοι. (Lawson Alethea, 1986)

Η αυτοχειρία μπορεί επίσης να είναι ένα είδος εκδίκησης. Σ' αυτή την περίπτωση, ο αυτόχειρας πιστεύει ότι πεθαίνοντας μεταβιβάζει την ευθύνη για το θάνατο του σε ένα πρόσωπο ή μια ομάδα προσώπων, έτσι ώστε να νιώθουν ενοχές για την υπόλοιπη ζωή τους. Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που συχνά οδηγεί τους ανθρώπους στην αυτοκτονία, είναι η κοινωνική απομόνωση. (Lawson Alethea, 1986)

α) Επικίνδυνα σημάδια που οδηγούν στην αυτοκτονία

Κατά τον Δρ. Frederick τα πιο συνηθισμένα σημάδια αυτοκτονικών τάσεων, είναι η παρατεταμένη κατάθλιψη, η απομόνωση και η απομάκρυνση από φίλους, η απουσία δραστηριότητας, η τάση για κλάμα, η αλλαγή στις συνήθειες φαγητού (ανορεξία ή λαιμαργία), η αλλαγή στις συνήθειες του ύπνου, η χρήση οιοπνευματωδών ποτών ή ναρκωτικών, η ατημελησία. Είναι πιθανό ο υποψήφιος αυτόχειρας να εκφράσει και προφορικά ότι σχεδιάζει το θάνατο του. Επίσης, είναι πιθανό οι αυτόχειρες να θελήσουν να τακτοποιήσουν τις υποθέσεις τους, για παράδειγμα τη διαθήκη, την εξόφληση χρεών ή να χαρίσουν τα υπάρχοντα τους. (Κοριτατζή-Μάριου Εύα, 1985)

Η Ραγιά Αφροδίτη Ν. (2001) αναφέρει ορισμένα χαρακτηριστικά στοιχεία της αυτοκτονικής διάθεσης του αρρώστου. Τα στοιχεία αυτά αφορούν γενικότερα τους πιθανούς αυτόχειρες.

Το άτομο:

- Έχει ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας.
- Μιλιά για θάνατο, αυτοκτονία και εκδηλώνει την επιθυμία να είχε πεθάνει και φαίνεται σκυθρωπός και σκεπτικός.
- Κάνει ερωτήσεις που δείχνουν σκέψεις ή σχέδια αυτοκτονίας.
- Ανησυχεί ότι δε μπορεί να κοιμηθεί και φοβάται το σκοτάδι της νύχτας.
- Φαίνεται καταθλιπτικός και κλαίει συχνά.
- Απομονώνεται από τους άλλους ιδιαίτερα σε μοναχικούς χώρους ή πίσω από κλειδωμένες πόρτες.
- Δείχνει ανήσυχος και απελπισμένος.
- Φαντάζεται ότι έχει σοβαρή αρρώστια όπως για παράδειγμα καρκίνο ή AIDS και μπορεί να θέλει να τερματίσει την ταλαιπωρία για τον εαυτό του και τους δικούς του.
- Εκφράζει βαθιά ενοχή για μια πραγματική ή φανταστική του πράξη και αισθάνεται ότι δεν αξίζει να ζει.
- Διαδίδει ότι είναι τιμωρημένος, ότι βασανίζεται ή καταδιώκεται.
- Ακούει φωνές που ίσως να τον προτρέπουν να σκοτώσει τον εαυτό του.
- Ξαφνικά φαίνεται πολύ ευτυχισμένος ή ανακουφισμένος χωρίς φανερή αιτία μετά από μεγάλη περίοδο κατάθλιψης. Αυτό ίσως είναι ένα σημείο ότι η αμφιθυμία να αυτοκτονήσει ή όχι, ανακουφίστηκε με την απόφαση να το κάνει.

- Συλλέγει αντικείμενα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για πρόκληση βλάβης και επιπλέον μοιράζει τα ατομικά του είδη. (Ραγιά Αφροδίτη Ν., 2001, σελ. 311-312)

Οι ειδικοί, όπως ο Chabrol H., διαπιστώνουν έξι βασικούς παράγοντες, που είναι επικίνδυνοι και είναι δυνατό να οδηγήσουν τον έφηβο στην αυτοκτονία.

- α) Ψυχιατρική διάγνωση ψύχωσης και παθολογικής προσωπικότητας,
- β) Οικογενειακός αλκοολισμός,
- γ) Ατομικό ιστορικό με διαταραχές συμπεριφοράς και δυσκολίες σχετικά με το χαρακτήρα και τις σπουδές,
- δ) Παθολογικές οικογενειακές σχέσεις,
- ε) Προέλευση από οικογένεια με τέσσερα ή περισσότερα παιδιά,
- στ) Καταθλιπτικές τάσεις. (Αναστασιάδης Βασ. Κ., 1993, σελ. 213-214)

Η εφηβική κατάθλιψη αποτελεί ένα βασικό προμήνυμα της τάσης του εφήβου για αυτοκτονία. Σύμφωνα με την πιο κοινή αντίληψη θεωρείται άμεσα υπεύθυνη για την αυτοκτονία, γι' αυτό η διάγνωση και η θεραπεία της αποτελούν την κυριότερη προφύλαξη του εφήβου. Η κατάσταση αυτή εκδηλώνεται συχνά με ευερεθιστότητα, υπερευαισθησία, ανασφάλεια, φόβο, πανικό, απομόνωση, μελαγχολία, έλλειψη αυτοεκτίμησης, ανικανότητα έκφρασης των συναισθημάτων του, δυσκολίες ένταξης και προσαρμογής του στην εφηβική ομάδα και στην οικογένειά του, με σεξουαλική αγωνία και ακόμη με διαταραχές της συμπεριφοράς του. (Αναστασιάδης Βασ. Κ., 1993, σελ. 215)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

A. ΝΟΜΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Η προστασία της ζωής του ανθρώπου συνεπάγεται τη νομική υποχρέωσή του να μην προκαλεί με τη θέλησή του το θάνατό του. Αυτός όμως που προβαίνει στην πράξη της αυτοκτονίας και παύει να υπάρχει φυσικά και νομικά ως πρόσωπο, δεν είναι δυνατό να υποστεί ποινή, σε αντίθεση με την Αρχαιότητα ή το Μεσαίωνα, όπου το πτώμα υπόκειντο κακομεταχείριση ως ποινική κύρωση κατά του αυτόχειρα. (Πάπυρος Λαρούς Μπριτάννικα, 1980) Παύει να αντιμετωπίζεται ως αδίκημα με την εμφάνιση του Διαφωτισμού και με τη διάδοση των αρχών του Πολιτικού και Κοινωνικού Φιλελευθερισμού γύρω στα τέλη του 18ου αιώνα. Ο αυτοχειριασμός, δηλαδή, δεν υπήρξε ανέκαθεν αδιάφορος ποινικά. (Παπαχαραλάμπους Χάρης, 1997)

Σήμερα κατά τον Ποινικό Κώδικα, η απόπειρα αυτοκτονίας δεν θεωρείται ποινικώς αξιόλογη αδικοπραγία, αφού σύμφωνα με το άρθρο 299 §1, αξιόποινη είναι η θανάτωση εταίρου προσώπου, δηλαδή διαφορετικού από το δράστη. Σκόπιμο όμως για την αποτελεσματική προστασία της ανθρώπινης ζωής είναι να τιμωρείται η συμμετοχή στην αυτοκτονία την οποία και προβλέπει το άρθρο 301 ΠΚ. Έτσι δημιουργείται το παράδοξο, να τιμωρείται η συμμετοχή σε κύρια πράξη, η οποία δεν είναι αξιόλογη ποινικά. (Πάπυρος Λαρούς Μπριτάννικα, 1980)

Για την αντικειμενική υπόσταση του εγκλήματος της συμμετοχής σε αυτοκτονία κατά το άρθρο 301 ΠΚ απαιτείται είτε η *κατάπεισις εταίρου σε αυτοκτονία* είτε η *παροχή βοήθειας κατά την πράξη της αυτοκτονίας*. Ως

«κατάπεισις» νοείται η επίμονη και σκόπιμη προσπάθεια έξαρσης του θανάτου, ως μόνη λύση για τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το άτομο και σχετική προτροπή, δηλαδή πρόκληση της απόφασης του εν λόγω ατόμου για αυτοκτονία από κάποιον τρίτο. (Πάπυρος Λαρούς Μπριτάννικα, 1980)

Δεν «καταπείθει» σε αυτοκτονία κατά την κρατούσα γνώμη και δεν τιμωρείται κατά το άρθρο 301 ΠΚ εκείνος που με τη σκληρή και άδικη συμπεριφορά του προξενεί την αυτοκτονία του άλλου. Για την ποινική ευθύνη του «καταπείσαντος» προβλέπεται από τον νόμο, ως εξωτερικός όρος του αξιόποινου, η εκτέλεση της αυτοκτονίας ακόμα και της απόπειρας αυτοκτονίας. Έτσι, αν για παράδειγμα εκείνος που «καταπείστηκε» να αυτοκτονήσει και αγόρασε για το σκοπό αυτό δηλητήριο μετανόησε την τελευταία στιγμή και δεν το ήπιε, εκείνος που τον κατέπεισε δεν έχει ποινική ευθύνη. Δεν υπάρχει θέμα συνδρομής του εξωτερικού όρου του αξιόποινου στην περίπτωση της παροχής βοήθειας, εφόσον το άρθρο 301 ΠΚ προϋποθέτει ότι η βοήθεια παρέχεται στην πράξη της αυτοκτονίας και όχι πριν από αυτή. (Πάπυρος Λαρούς Μπριτάννικα, 1980)

Η κατάπειση σε αυτοκτονία προσώπου που δεν είναι ανίκανο για καταλογισμό δεν θεωρείται συμμετοχή σε αυτοκτονία, αλλά έμμεση αυτουργία σε ανθρωποκτονία από δόλο. Η ποινή που προβλέπει το άρθρο 301 ΠΚ για τη συμμετοχή σε αυτοκτονία είναι φυλάκιση από 10 ημέρες μέχρι και 5 χρόνια. (Πάπυρος Λαρούς Μπριτάννικα, 1980)

Η επισκόπηση των αλλοδαπών ρυθμίσεων δικαίου αποκαλύπτει ότι γενικά επικρατεί η νομοθετική επιλογή της θέσπισης του αξιόποινου της συμμετοχής στην αυτοκτονία. Οι έννομες τάξεις που δεν τιμωρούν αυτή τη συμπεριφορά, όπως η γερμανική, η βελγική ή η σουηδική, μειοψηφούν. Όπου

πάλι προβλέπεται το αξιόποιο οι ρυθμίσεις διαφέρουν αρκετά μεταξύ τους. (Παπαχαλαράμπος Χάρης, 1997)

Το κύριο νομικό θέμα είναι η διαδικασία με την οποία ένας θάνατος χαρακτηρίζεται ως αυτοκτονία. Η διαδικασία αυτή δεν είναι κοινή σε όλες τις χώρες. Στη χώρα μας για την ταφή των θανόντων είναι απαραίτητη η άδεια ταφής η οποία χορηγείται από την Αστυνομία, αφού προσκομιστεί συμπληρωμένο και υπογεγραμμένο από γιατρό το πιστοποιητικό θανάτου. (Ζαχαράκης Κων/νος, 1996, σελ. 36)

Σε περιπτώσεις αιφνίδιων θανάτων ή θανάτων για τους οποίους δεν έχει εκδοθεί πιστοποιητικό θανάτου, η αστυνομία δεν χορηγεί άδεια ταφής αλλά:

- α) παίρνει καταθέσεις από τους συγγενείς του θανόντος, σχετικά με τις συνθήκες του θανάτου,
- β) παραγγέλλει ιατροδικαστική εξέταση,
- γ) σχηματίζει δικογραφία, με βάση τα παραπάνω, την οποία προωθεί στον Εισαγγελέα (Πλημμελειοδικών).

Ο Εισαγγελέας μελετά τη δικογραφία και στηριζόμενος κυρίως στην ιατροδικαστική έκθεση, χαρακτηρίζει την περίπτωση ως φυσιολογικό θάνατο, ως δολοφονία ή ως αυτοκτονία. Στην τελευταία περίπτωση, ο εισαγγελέας εξετάζει και πάλι τις συνθήκες θανάτου και τα πρόσωπα που συνδέονται με τον θανόντα, για να εξακριβωθεί εάν κάποιος επηρέασε τον θανόντα ή τον βοήθησε να αυτοκτονήσει (άρθρο 301 του Ποινικού Κώδικα, «Συμμετοχή σε αυτοκτονία»). Εάν από τη διερεύνηση αυτή προκύψουν στοιχεία εις βάρος κάποιων προσώπων, τότε εναντίον τους ασκείται δίωξη σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις του Ποινικού Κώδικα. Εάν αντίθετα δεν προκύψουν τέτοια

στοιχεία, αποστέλλεται η δικογραφία στον Εισαγγελέα Εφετών (άρθρο 43 Κωδ. Ποιν. Δικονομίας) για να εγκριθεί η τοποθέτηση της στο Αρχείο. Συνοψίζοντας τα παραπάνω, ο χαρακτηρισμός αυτοκτονία αποδίδεται από τον Εισαγγελέα με βάση κυρίως την ιατροδικαστική γνωμάτευση αλλά και τα στοιχεία που προκύπτουν από τις καταθέσεις των προσώπων που εξετάστηκαν. (Ζαχαράκης Κων/νος, 1996, σελ. 36)

Εάν αποδειχθεί ότι το άτομο αυτοκτόνησε ή αποπειράθηκε να αυτοκτονήσει τότε ισχύει σύμφωνα με το άρθρο 27 §2 του ΝΔ 2493/1953, που τροποποίησε διατάξεις του ΑΝ 1092/1938 «περί τύπου», απαγόρευση σε περίπτωση αυτοκτονίας και απόπειρας αυτοκτονίας της δημοσίευσης λεπτομερειών για τα αίτια και τον τρόπο της τέλεσής τους, με απειλή ποινής φυλάκισης μέχρι και 6 μήνες ή χρηματικής ποινής ή και των δύο. Συγκεκριμένα επιτρέπεται η απλή δημοσίευση του γεγονότος και των μέσων τέλεσής του, χωρίς όμως την περιγραφή λεπτομερειών που είναι ενδεχόμενο απ' τη μία να ασκήσουν επίδραση στα άτομα που έχουν νοσηρή προδιάθεση και να τους παρέχουν παράδειγμα προς μίμηση, ενώ απ' την άλλη να προκαλέσουν σκάνδαλο βλάπτοντας την υπόληψη της οικογένειας του αυτοκτονήσαντος. (Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα, 1980)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

A. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η εκτίμηση του κινδύνου για επανάληψη της απόπειρας ή για αυτοκτονία αποτελεί ένα σημαντικό ζήτημα. Υπάρχει όμως μεγάλη δυσκολία να γίνει ικανοποιητική πρόγνωση του κινδύνου σε ατομικό επίπεδο. Δεν υπάρχει κάποιος βιολογικός δείκτης για τον κίνδυνο μελλοντικής αυτοκτονικής συμπεριφοράς και οι κλίμακες που έχουν δημιουργηθεί για την πρόβλεψη αυτού του κινδύνου δεν είναι ακριβείς, εξαιτίας της πολυπλοκότητας και της σπανιότητας του φαινομένου. Η κλινική εκτίμηση που παραμένει ο πιο αξιόπιστος τρόπος πρόβλεψης χρειάζεται να είναι συνθετική στην προσέγγιση και να λαμβάνει υπόψη ταυτόχρονα πολλούς παράγοντες, όπως την αυτοκτονική πρόθεση, τον πόνο καθώς και την αντοχή του συγκεκριμένου ατόμου στον πόνο, τα ψυχοπιεστικά γεγονότα και το υποστηρικτικό σύστημα του ατόμου, κλπ. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998)

Ένα υψηλό ποσοστό επανάληψης απόπειρας αυτοκτονίας γίνεται τους πρώτους τρεις μήνες και οι περισσότερες τον πρώτο χρόνο μετά την καταγραφείσα απόπειρα. Ο κίνδυνος όμως παραμένει υψηλός ακόμη και αρκετά χρόνια μετά την απόπειρα αναφοράς. Στην Ελλάδα τα ποσοστά ιστορικού προηγούμενης απόπειρας στους αποπειραθέντες κυμαίνονται από 23-34%, Οι επαναλήψεις είναι σπανιότερες στους πολύ νέους, σε ποσοστό 18,8% σε διάστημα 18-24 μηνών και στους ηλικιωμένους, στους τελευταίους όμως είναι πιο συχνές οι αυτοκτονίες μετά από απόπειρα. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998)

Σε μια ανασκόπηση 70 μελετών παρακολούθησης αποπειραθέντων που νοσηλεύτηκαν βρέθηκε ότι οι παράγοντες που σχετίζονταν με επακόλουθη αυτοκτονική συμπεριφορά ήταν το ιστορικό προηγούμενων αποπειρών, η εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες, το ιστορικό ψυχιατρικής θεραπείας, η διαταραχή προσωπικότητας, κυρίως για την επανάληψη απόπειρας, η μεγάλη ηλικία και το άρρεν φύλο μόνο όσον αφορά την αυτοκτονία. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998)

Ειδική προσοχή έχει δοθεί σε όσους χρόνια και κατά συνήθεια επαναλαμβάνουν τις απόπειρες. Συνήθως είναι άτομα με χρόνιες δυσκολίες, διαπροσωπικές και κοινωνικές, που περιπλέκονται με αλκοολισμό ή χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Συνήθως τα άτομα αυτά πάσχουν από μαιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας. Οι λόγοι για τη συμπεριφορά αυτή είναι δύσκολο να αναφερθούν, αλλά συνήθως επισημαίνονται η έλλειψη ικανοτήτων αντιμετώπισης των δυσκολιών της ζωής, η βίωση αφόρητης συναισθηματικής έντασης, η αναζήτηση προσοχής και η αναζήτηση διέγερσης που συνεπάγεται ο κίνδυνος. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998)

Έχει επίσης μελετηθεί η σχέση της απόπειρας αυτοκτονίας με την αυτοκτονία. Περίπου 1% των αποπειραθέντων θα αυτοκτονήσει τον πρώτο χρόνο μετά την απόπειρα αναφοράς, ιδιαίτερα τους πρώτους 6 μήνες. Το 10 έως 14% υπολογίζεται ότι θα αυτοκτονήσουν κάποια στιγμή της ζωής τους. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας για τους αποπειραθέντες θεωρείται ότι είναι κατά 100 φορές μεγαλύτερος σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας παραμένει πολλά χρόνια, έως και 18 χρόνια, μετά την αρχική απόπειρα. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998)

Η εκτίμηση πάντως του αυτοκτονικού κινδύνου είναι συχνά επισφαλής

εξαιτίας της φύσης της αυτοκτονικής συμπεριφοράς, της σχετική σπανιότητα της αυτοκτονίας, των μη ειδικών προγνωστικών παραγόντων, της δυσκολίας εφαρμογής γενικών κανόνων στο συγκεκριμένο άτομο, της απρόβλεπτης αλλαγής των παραγόντων κινδύνου, της διάκρισης του άμεσου από το μακροπρόθεσμο κίνδυνο και της μη καθολικότητας των παραγόντων κινδύνου. Παρόλο που έχουν αναπτυχθεί διάφορες κλίμακες πρόβλεψης του κινδύνου με δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ατόμων που κινδυνεύουν, παρατηρείται δυσκολία στην εκτίμηση του αυτοκτονικού κινδύνου. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998)

B. ΠΡΟΛΗΨΗ

Είναι γεγονός ότι αρκετές προσπάθειες έχουν γίνει για την πρόληψη των αυτοκτονικών συμπεριφορών και τη θεραπεία των ασθενών με αυτοκτονικό κίνδυνο. Στην πρωτογενή πρόληψη έχουν γίνει προτάσεις για την ίδρυση και λειτουργία υπηρεσιών που να παρέχουν εύκολη πρόσβαση και άμεση βοήθεια στο άτομο σε κίνδυνο, για έγκαιρη αναγνώριση και επαρκή αντιμετώπιση των ατόμων σε κίνδυνο, καλύτερο έλεγχο της πρόσβασης στα φάρμακα, τις τοξικές ουσίες και τα πυροβόλα όπλα, τροποποίηση των στάσεων στην κοινότητα, εκπαίδευση ομάδων κινδύνου όπως είναι οι έφηβοι, για την αντιμετώπιση προσωπικών κρίσεων και τέλος βελτίωση των υλικών και κοινωνικών συνθηκών. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998)

Επιπλέον είναι απαραίτητο να δημιουργηθούν τουλάχιστον στις μεγαλουπόλεις ειδικοί συμβουλευτικοί σταθμοί βοήθειας για περιπτώσεις

ψυχολογικών κρίσεων που να λειτουργούν σε 24ωρη βάση. Αυτοί οι σταθμοί στο εξωτερικό αποκαλούνται crisis lines ή hot lines και παρέχουν στον πιθανό αυτόχειρα την απαραίτητη χρονική κάλυψη των έντονων συναισθηματικών του αναγκών ή των ψυχικών του κρίσεων, με ανθρωπιά αλλά και με επιστημονική αρτιότητα. Τέτοια κέντρα ή τηλεφωνικές γραμμές υπάρχουν σε κάθε μεγαλούπολη άλλων χωρών και οι διευθύνσεις και τα τηλέφωνα τους είναι προσβάσιμα ανά πάσα στιγμή. (Πιπερόπουλος Γιώργος, 1994)

Ως προς την δευτερογενή πρόληψη έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορες θεραπευτικές μέθοδοι όπως η υποστηρικτική, η ψυχοδυναμική, η γνωστική και η συμπεριφορική. Οι πιο πολλές δεν φαίνεται να έχουν επίδραση στα ποσοστά επανάληψης της απόπειρας, αλλά φαίνεται να βοηθούν στην αντιμετώπιση των ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων ατόμων που δεν είχαν σοβαρά ψυχικά προβλήματα και δεν βρίσκονταν σε άμεσο κίνδυνο για αυτοκτονία. Γίνεται φανερό ότι η παρέμβαση στα άτομα αυτά είναι αναγκαία και αποτελεσματική. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998)

Σημαντικό βήμα ως προς την πρόληψη είναι και η αντιμετώπιση ορισμένων μύθων σχετικά με την αυτοκτονία. Τέτοιοι μύθοι για παράδειγμα είναι το θεωρούμενο δικαίωμα του αυτόχειρα να πεθάνει, ενώ είναι γνωστή η αμφιθυμία των αυτοχείρων και η βοήθεια που ζητάνε πριν την αυτοκτονία, ή η εσφαλμένη εντύπωση ότι εάν κανείς μιλά για αυτοκτονία δεν το κάνει, ενώ είναι γνωστό ότι το 80% των αυτοχείρων έχουν εκφράσει την πρόθεσή τους λίγο πριν αυτοκτονήσουν. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998)

Από μια ανασκόπηση των θεραπευτικών παρεμβάσεων στις απόπειρες αυτοκτονίας προκύπτει ότι:

α) Τα κέντρα πρόληψης αυτοκτονίας δεν επιδρούν στην επίπτωση της αυτοκτονίας.

β) Οι ασθενείς που συμμορφώνονται με θεραπευτικά προγράμματα έχουν χαμηλότερα ποσοστά επανάληψης χωρίς ίσως αυτό να σχετίζεται με την θεραπεία.

γ) Η εντατική παρέμβαση κατ' οίκον μετά από νοσηλεία σε μονάδα ειδική για αποπειραθέντες δεν ήταν αποτελεσματικότερη για την πρόληψη επανάληψης από τη συνήθη παρακολούθηση.

δ) Ένα πρόγραμμα επαφής των αποπειραθέντων από θεραπευτική ομάδα διαφόρων ειδικοτήτων ήταν αποτελεσματικό σε μία, αλλά αναποτελεσματικό σε τρεις άλλες μελέτες.

ε) Η συμπεριφορική θεραπεία δεν ήταν καλύτερη από την ψυχοδυναμική θεραπεία.

στ) Δεν υπάρχει σχέση μεταξύ της βελτίωσης των συμπτωμάτων και των κοινωνικών συνθηκών από τη μία και του ποσοστού επανάληψης της απόπειρας από την άλλη.

Η αποτελεσματικότητα όμως των διαφόρων παρεμβάσεων στην πρόληψη της αυτοκτονίας συνεχίζει να αποτελεί πεδίο αντιπαραθέσεων. Αυτό πάντως δεν αντιφάσκει με την αναγκαιότητα και τη χρησιμότητα της παρέμβασης σε ατομικό επίπεδο. Ίσως μάλιστα κάνει πιο επιτακτική την ανάγκη έρευνας στο πεδίο αυτό για την ανεύρεση κατάλληλων μεθόδων πρόληψης. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998, σελ. 175-177)

α) Οικογένεια-Έφηβοι

Είναι απαραίτητο οι γονείς, οι συγγενείς και οι φίλοι, οι οποίοι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στον τομέα της πρόληψης, να προστρέξουν ζητώντας τη γνώμη κάποιου ειδικού αμέσως μόλις γίνουν αντιληπτά τα πρώτα σημάδια ή αμέσως μετά την πρώτη ανεπιτυχή απόπειρα. Η προσφερόμενη νοσοκομειακή βοήθεια δεν εξαντλεί το πλήρες, απαιτούμενο φάσμα ψυχοκοινωνικής αρωγής στο άτομο και τα μέλη της οικογενείας του. (Πιπερόπουλος Γιώργος, 1994)

Μεγαλύτερο κίνδυνο να διαπράξουν αυτοκτονία παρουσιάζουν τα παιδιά όταν τα προβλήματα τους παραμένουν άγνωστα και δεν έχουν θεραπευτεί. Ζωτικής σημασίας είναι η έγκαιρη ανακάλυψη των καταθλιπτικών τους σημαδιών. Εντατική οικογενειακή θεραπεία, συμπεριλαμβανομένης της εκπαίδευσης των γονέων και αναγνώριση των γονεϊκών ρόλων, μπορεί να βοηθήσει. Οι γονείς μπορούν να μάθουν να αναγνωρίζουν τα σημάδια της κατάθλιψης, να γνωρίζουν για τις δραστηριότητες των παιδιών τους μετά το σχολείο και να είναι ενήμεροι του ρόλου και της ευκολίας προσέγγισης των παιδιών. Οι ειδικοί επαγγελματίες ψυχικής υγείας και το κοινό χρειάζεται να είναι ενημερωμένοι ως προς το σύνθετο σύνολο των αυτοκτονιών των εφήβων που αλλάζει με γρήγορους ρυθμούς. Στις περιπτώσεις μάλιστα που η οικογένεια δεν κρίνεται κατάλληλη, το παιδί μπορεί να χρειαστεί να απομακρυνθεί από αυτήν. (Sue David, Sue Gerald, Sue Stanley, 1997)

Ιδιαίτερα βασική είναι η εκπαίδευση των γιατρών, των δασκάλων, των νοσοκόμων κτλ, οι οποίοι έρχονται σε επαφή με τους εφήβους και τα προβλήματά τους, καθώς και η ευαισθητοποίηση του κοινού σε θέματα

ψυχοκοινωνικής υγείας για μια περισσότερο ανθρώπινη αντιμετώπιση των προβλημάτων των εφήβων. Οι έφηβοι και τα νέα άτομα είναι ευάλωτα σε κοινωνικές και οικονομικές πιέσεις και η θεραπευτική δουλειά με αυτούς δεν είναι δυνατό να απομονωθεί τεχνητά από το ευρύτερο πλαίσιο μέσα στο οποίο πολιτικές, κοινωνικές και πολιτισμικές δυνάμεις ενεργούν. (Τσιάντης Γιάννης, 1993)

Οι χειρισμοί που είναι απαραίτητο να γίνουν εξαρτώνται από την ψυχοδυναμική κάθε περίπτωσης. Χρειάζεται να ληφθούν υπόψη ο χαρακτήρας, η οικογένεια και οι συνθήκες του περιβάλλοντος. Ο παιδίατρος ή ο οικογενειακός γιατρός που γνωρίζει τις συνθήκες στο σπίτι είναι καλό να βοηθήσει ώστε να υπάρξει μια γέφυρα επικοινωνίας ανάμεσα στους γονείς και το παιδί τους. Είναι αναγκαία μια εκτενής και ειλικρινής συζήτηση όλων των θεμάτων σε αυτή την ευαίσθητη ηλικία, ώστε να αποφευχθούν νέες απόπειρες. Η εξασφάλιση ενός καινούργιου προγραμματισμού ζωής και οι δυσκολίες στις σχέσεις με το άλλο φύλο μπορούν να αντιμετωπισθούν με τη βοήθεια ενός ειδικού στα πλαίσια ατομικής ή οικογενειακής ψυχοθεραπείας. (Ιεροδιακόνου Χαράλαμπος Σ., 1991)

β) Συμπεράσματα και Προτάσεις

Απαραίτητη για την πρόληψη είναι η εκπαίδευση και η ευαισθητοποίηση του προσωπικού που έρχεται σε επαφή με τους αποπειραθέντες και όσους εκφράζουν αυτοκτονικές σκέψεις. Η ανάπτυξη ψυχιατρικών μονάδων στα γενικά νοσοκομεία, που έχει καθυστερήσει ήδη σημαντικά, καθώς και η τομεοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, μπορεί

να βοηθήσει στην ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας, στην καλύτερη αντιμετώπιση και έπειτα στην παρακολούθηση των αποπειρωμένων. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998)

Το ποσοστό των αποπειραθέντων και αυτοκτονούντων που έρχεται σε επαφή με τις υπηρεσίες υγείας πριν την απόπειρα είναι μεγάλο, ενώ σημαντικό επίσης είναι το ποσοστό που χρησιμοποιεί για την απόπειρα τα φάρμακα που παίρνει από το γιατρό του. Η δυσκολία έγκειται στο ότι οι περισσότεροι δεν κουβεντιάζουν το πρόβλημα που τους οδήγησε στην απόπειρα. Συνεπώς χρειάζεται διερεύνηση του αυτοκτονικών σκέψεων και του αυτοκτονικού ιστορικού (ατομικού και οικογενειακού) σε όσους έρχονται σε επαφή με τις υπηρεσίες υγείας. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται να δοθεί σε όσους αναφέρουν ιστορικό ψυχιατρικής νόσου. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998)

Ιδιαίτερη επισήμανση χρειάζεται να γίνει και για τη διερεύνηση του ιστορικού για χρήση αλκοόλ κατά την αξιολόγηση αυτοκτονικού κινδύνου, γνωρίζοντας ότι πολλοί αλκοολικοί έχουν αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Τα φάρμακα που βρίσκονται στο σπίτι είναι καλό να βρίσκονται σε ασφαλές μέρος, αφού πολλές απόπειρες, ιδίως νέων γυναικών, γίνονται παρορμητικά, που σημαίνει ότι εάν περάσει η ένταση της στιγμής και δεν βρεθεί το μέσο είναι πιθανό να μη πραγματοποιηθεί η απόπειρα. Η δυσκολία πρόσβασης στα μέσα αυτοκτονίας, η αυστηρότητα στη συνταγογράφηση ψυχοφαρμάκων, η κυκλοφορία φαρμάκων με μεγαλύτερο εύρος ασφάλειας και γενικότερα ο έλεγχος των μέσων αυτοκτονίας μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998)

Η πρόληψη στους εφήβους είναι προβληματική, στην πλειοψηφία τους δεν έχουν ψυχική διαταραχή ούτε έρχονται σε επαφή με υπηρεσίες ψυχικής

υγείας και έτσι δεν είναι εύκολη η έγκαιρη αναγνώριση των ατόμων σε κίνδυνο. Η βελτίωση του οικογενειακού κλίματος και της επικοινωνίας μεταξύ των γενεών, καθώς και η ευαισθητοποίηση ανθρώπων που έρχονται σε επαφή με εφήβους, όπως οι εκπαιδευτικοί, μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση των κρίσεων και την ενίσχυση των γνώσεών τους ως προς την αντιμετώπιση των προβλημάτων των εφήβων. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998)

Η βελτίωση της εκπαίδευσης, υγείας του πληθυσμού και ειδικά ορισμένων ομάδων, όπως οι εκπαιδευτικοί και οι έφηβοι, είναι πιθανό να βοηθήσει στην πρόληψη, αφού μπορεί να μειώσει την επίδραση του στίγματος, την ευκολότερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας καθώς και την έγκαιρη αναζήτηση βοήθειας για συναισθηματικά και διαπροσωπικά προβλήματα. Η ενημέρωση για τις αυτοκτονικές συμπεριφορές και τους κινδύνους τους και για τις υπηρεσίες που υπάρχουν για την αντιμετώπισή τους, θα βοηθούσε στην έγκαιρη αναγνώριση των ατόμων που κινδυνεύουν, τη θεραπεία των υποκειμένων ψυχικών διαταραχών και την πρόληψη των αυτοκτονιών. (Παππάς Ευάγγελος Η., 1998)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

A. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

α) Εκτίμηση του ασθενή με τάσεις αυτοκτονίας

Η εκτίμηση του κινδύνου αυτοκτονίας, αποτελεί πρόβλημα της ιατρικής πρακτικής, παρουσιάζεται με διαφορετικούς όρους και με διαφορετική οξύτητα σε κάθε περίπτωση. Άλλοτε, πρόκειται για έναν ασθενή που εκφράζει στον γιατρό αυτοκτονική πρόθεση ή πρόκειται για κάποιον που εκμυστηρεύεται σε κάποιο άτομο του περιβάλλοντος του ιδέες ή προθέσεις αυτοκτονίας. Άλλοτε πάλι, πρόκειται για ένα άτομο που διέπραξε ήδη απόπειρα αυτοκτονίας, οπότε πρέπει να αξιολογηθεί ο κίνδυνος υποτροπής. (Lemperiere T. - Feline A., 1995)

Η εκτίμηση του κινδύνου αυτοκτονίας θα πρέπει να εστιάζεται στις τάσεις ή προθέσεις για αυτοκτονία (αυτοκτονικός ιδεασμός), στις απόπειρες αυτοκτονίας αν υπάρχουν, στη γενική ψυχιατρική κατάσταση και στην ύπαρξη ή όχι δυνατότητας υποστήριξης από το περιβάλλον. (Μάνος Νίκος, 1997, σελ. 708)

Η τάση ή η πρόθεση για αυτοκτονία μπορεί να εμφανιστεί με ποικίλους τρόπους, που συχνά είναι ασαφείς και όχι ιδιαίτερα εμφανείς. Γι' αυτό ο ειδικός χρειάζεται να βρίσκεται σε ετοιμότητα και εγρήγορση και να ευαισθητοποιείται σε ορισμένους τύπους λεκτικών και μη λεκτικών ενδείξεων που εμφανίζουν άτομα που μπορεί να αυτοκτονήσουν. (Μάνος Νίκος, 1997)

☞ ΛΕΚΤΙΚΕΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Άμεσες δηλώσεις για αυτοκτονία αναγνωρίζονται εύκολα. Πολλές φορές όμως τα άτομα εκφράζουν την πρόθεσή τους να αυτοκτονήσουν με τύπο αστείου. Οι δηλώσεις για αυτοκτονία με οποιοδήποτε τρόπο και αν ειπωθούν, είναι απαραίτητο να παίρνονται στα σοβαρά έως ότου να αποδειχτεί το αντίθετο. Είναι συχνό φαινόμενο τα άτομα με τάσεις αυτοκτονίας να μιλούν έμμεσα για την επιθυμία τους να πεθάνουν. Ιδιαίτερα ενδεικτική είναι η έλλειψη ελπίδας για τα άτομα αυτά. (Μάνος Νίκος, 1997)

☞ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΕΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Άτομα που δεν μπορούν να εκφράσουν λεκτικά την επιθυμία τους να πεθάνουν μπορεί να την προβάλλουν με διάφορους τρόπους. Ο ασθενής που ξαφνικά αποφασίζει να κάνει τη διαθήκη του ή που μοιράζει πολύτιμα προσωπικά αντικείμενα, είναι πιθανό να τακτοποιεί τις υποθέσεις του, πριν επιχειρήσει να αυτοκτονήσει. Διάφορες πράξεις που μπορεί να φαίνονται σαν απλή προνοητικότητα, αργότερα ίσως να αποδειχθεί ότι εμπεριείχαν πρόθεση αυτοκτονίας. Πειραματισμοί με θανατηφόρα μέσα, όπως φάρμακα ή όπλα, ίσως να προετοιμάζουν το έδαφος για μια σοβαρή απόπειρα. (Μάνος Νίκος, 1997)

α.1) Πώς γίνεται η εκτίμηση

Τα άτομα που κάνουν σκέψεις αυτοκτονίας βρίσκονται σε κατάσταση απελπισίας. Οι συνηθισμένες μέθοδοι που χρησιμοποιούσαν για να αντεπεξέρχονται στις δυσκολίες της ζωής τους έχουν αποτύχει και ίσως να νιώθουν ντροπή που βιώνουν αυτή την κατάσταση. (Μάνος Νίκος, 1997)

Καλό θα ήταν να γίνεται προσπάθεια ο ασθενής με αυτοκαταστροφικές τάσεις να εξετάζεται σε ένα ήσυχο μέρος, όσο είναι δυνατό. Στις περιπτώσεις που ο ασθενής έχει κάνει απόπειρα αυτοκτονίας, είναι βασικό η συνέντευξη να γίνει όταν η φυσική του κατάσταση είναι καλή και ο ασθενής βρίσκεται εκτός κινδύνου. Αρχικά ο ειδικός θα μιλήσει μόνος του με τον ασθενή και αργότερα θα επικοινωνήσει με τους φίλους του είτε προσωπικά είτε με το τηλέφωνο, διευκρινίζοντας στον καθένα το πώς θα προχωρήσει η εκτίμηση. (Μάνος Νίκος, 1997)

Μια οργανωμένη προσέγγιση θα ελαττώσει την υπερβολική ένταση, που είναι φυσικό να επικρατεί μεταξύ των μελών της οικογένειας και των φίλων. Γενικά χρειάζεται να αποφεύγει ο ειδικός να καθησυχάζει πρόωρα τον ασθενή γιατί μπορεί να παρερμηνευθεί και να θεωρηθεί ότι ο ειδικός δεν είναι σε θέση να καταλάβει τη σοβαρότητα της κατάστασης. Η εκτίμηση αυτή χρειάζεται χρόνο και σχολαστική προσοχή στις συναισθηματικές αποχρώσεις. Και οι δύο αυτοί παράγοντες όμως είναι δύσκολο να λειτουργήσουν σε πολυάσχολα εξωτερικά ιατρεία. Παρ' όλα αυτά πρέπει να καταβληθεί κάθε προσπάθεια για τη συγκέντρωση των απαραίτητων για την εκτίμηση στοιχείων. (Μάνος Νίκος, 1997)

Δεν είναι δυνατό όμως να χρησιμοποιηθούν αυστηρά επιστημονικά κριτήρια. Οι περιστάσεις, η τυχαία και απρόβλεπτη καθυστέρηση στην παροχή βοήθειας, μπορεί να οδηγήσουν σε μοιραία έκβαση μια απόπειρα αυτοκτονίας. Είναι αναγκαίο να λαμβάνεται σοβαρά κάθε πρόθεση αυτοκτονίας που εκφράζεται και να επιχειρείται η αποσαφήνιση της σημασίας της, σε συνάρτηση με το ψυχολογικό και το κοινωνικό οικογενειακό πλαίσιο του αρρώστου. Θα λαμβάνεται υπόψη, κυρίως:

☞ *Η βαρύτητα και η φύση της σύγκρουσης.*

Ο κίνδυνος είναι πιο μεγάλος όταν πρόκειται για ενδοψυχική σύγκρουση με παθολογική προέλευση (μελαγχολία, σχιζοφρένεια). Η επιθυμία θανάτου, σε αυτή την περίπτωση, είναι πιο συγκεκριμένη και έντονη. Στην περίπτωση διαπροσωπικής σύγκρουσης, το αυτοκτονικό εγχείρημα εμπεριέχει ένα αίσθημα απόγνωσης του αυτόχειρα και την πρόθεση του να κάνει κακό στον άλλο, απειλώντας τον με το δικό του θάνατο. Η αλλαγή των εξωτερικών συνθηκών και της στάσης του περιβάλλοντος μετριάζουν την αποφασιστικότητα του. Συχνά η σύγκρουση είναι περίπλοκη, όπως και τα κίνητρα της αυτοκτονίας. Συνυπάρχουν καθαρά ενδοπροσωπικές συγκρούσεις και δυσμενείς περιβαλλοντολογικές συνθήκες. Η πράξη της αυτοκτονίας πραγματοποιείται συνήθως σε μια στιγμή απρόβλεπτης όξυνσης και των δύο αυτών παραγόντων κινδύνου. (Lempriere T. - Feline A., 1995, σελ. 458-460)

☞ *Τα ψυχοκοινωνιολογικά χαρακτηριστικά του ατόμου.* Τα σημαντικότερα δεδομένα είναι τα εξής:

- ✓ Η ηλικία. Είναι γνωστό το πολύ υψηλό ποσοστό επιτυχίας αυτοκτονίας των ηλικιωμένων ατόμων. Κάθε φορά που ένας ηλικιωμένος εκφράζει πρόθεση αυτοκτονίας, θα πρέπει να λαμβάνονται ιδιαίτερα μέτρα υποστήριξης και προστασίας.
- ✓ Το φύλο. Η επιτυχία της αυτοκτονίας είναι πιο υψηλή στους άνδρες.
- ✓ Τα βιογραφικά στοιχεία. Αφορούν την ψυχική ευπάθεια του ατόμου και την κοινωνική, επαγγελματική και οικογενειακή του προσαρμογή. Τα στοιχεία που πιστοποιούν την ύπαρξη ψυχικής ευπάθειας είναι το ιστορικό καταθλιπτικών επεισοδίων, ψυχιατρικών νοσηλείων και κυρίως το ιστορικό αποπειρών αυτοκτονίας. Οι απόπειρες επιβεβαιώνουν τον κίνδυνο πραγματοποίησης της απειλής λαμβάνοντας υπόψη ότι η πιθανότητα επανάληψης του εγχειρήματος αυξάνεται με τον αριθμό των αποπειρών, οι οποίες έχουν ήδη πραγματοποιηθεί.
- ✓ Τα κυριότερα γνωρίσματα της προσωπικότητας. Γίνεται εκτίμηση του βαθμού της συναισθηματικής ωρίμανσης, των ικανοτήτων επικοινωνίας, των ενδιαφερόντων στη ζωή, των θρησκευτικών ή φιλοσοφικών αντιλήψεων, δηλαδή όλων των στοιχείων που επιτρέπουν να αξιολογηθούν τα μέσα που διαθέτει το άτομο για την επίλυση των ψυχοσυγκρούσεών του. Η ύπαρξη στοιχείων ψυχοπαθητικότητας αυξάνει κατά πολύ την πιθανότητα αυτοκτονίας. (Lempriere T. - Feline A., 1995, σελ. 458-460)

☞ *Η δυνατότητα βοήθειας από το περιβάλλον.*

Οι περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας, λειτουργούν ως έκκληση για βοήθεια. Περισσότεροι από 70% των αυτοχειρών είχαν ειδοποιήσει, άμεσα ή

έμμεσα, τους οικείους ή τους γνωστούς τους για τις προθέσεις τους. Κατά συνέπεια, ο κίνδυνος αυτοκτονίας δείχνει μεγαλύτερος, όταν το άτομο είναι συναισθηματικά απομονωμένο και βρίσκεται σε κατάσταση ανέχειας. (Lempriere T. - Feline A., 1995, σελ. 458-460)

β) Δυνατότητα υποστήριξης από το περιβάλλον

Τα άτομα με κίνδυνο αυτοκτονίας μπορεί να αντιμετωπισθούν και σαν εξωτερικοί ασθενείς, αν υπάρχει η κατάλληλη υποστήριξη από το περιβάλλον.

Οικογένεια και φίλοι. Η στάση και η συμπεριφορά των ατόμων που βρίσκονται πιο κοντά στον ασθενή δίνει χρήσιμες πληροφορίες για τις δυνατότητες θεραπείας. Σημαντικά πρόσωπα για τα άτομα που νοιάζονται και που αναγνωρίζουν τόσο τη σοβαρότητα της κατάστασης όσο και την αναγκαιότητα της θεραπείας, μπορούν να συμβάλλουν θετικά στην ασφάλεια και τη βελτίωση της κατάστασης του ατόμου. Τα άτομα αυτά όταν είναι διατεθειμένα να μείνουν με τον ασθενή, μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά και να τον βοηθήσουν να ξεπεράσει την κρίση της αυτοκτονίας. Απ' την άλλη πλευρά, βρίσκεται το άτομο που δεν έχει κανένα κοντά του και που κινδυνεύει, γιατί αφήνοντας το χώρο του νοσοκομείου σημαίνει ότι θα επιστρέψει σ' έναν αφιλόξενο κόσμο. (Μάνος Νίκος, 1997)

Τα άτομα που βρίσκονται συνήθως κοντά στον ασθενή κατακλύζονται από πανικό, σύγχυση ή θυμό, που σημαίνει ότι μπορεί να μην είναι σε θέση να προσφέρουν συνεχή υποστήριξη και βοήθεια. Ακόμα πιο επικίνδυνα είναι τα πράγματα για τον ασθενή, όταν η οικογένεια και οι φίλοι είναι αδιάφοροι στην κρίση που περνάει και είναι πιθανό να ελαχιστοποιούν τον κίνδυνο της

κατάστασης καθώς και να αποθαρρύνουν τον ασθενή από το να ζητήσει βοήθεια από τον ειδικό. Μεγαλύτερος κίνδυνος θανάτου αφορά τις περιπτώσεις στις οποίες τα άτομα που περιβάλλουν τον ασθενή, τον ενθαρρύνουν με τον τρόπο τους ν' αυτοκτονήσει. Για παράδειγμα ο σύζυγος που αδιαφορεί στις απειλές της καταθλιπτικής γυναίκας του για αυτοκτονία ή αφήνει σε εμφανές μέρος τα ηρεμιστικά στο σπίτι του, ίσως συνειδητά ή ασυνείδητα να επιθυμεί το θάνατο της γυναίκας του. Αν το ιστορικό φανερώνει κάτι τέτοιο, ο ασθενής θα πρέπει να βγει από το περιβάλλον αυτό, έως ότου αποφασισθεί τι θα γίνει. (Μάνος Νίκος, 1997)

Άλλα άτομα. Σημαντικά άτομα που μπορούν επίσης να βοηθήσουν είναι οι ψυχοθεραπευτές, οι οικογενειακοί γιατροί και οι ιερείς. Άλλα άτομα που έπαιξαν σπουδαίο ρόλο στη ζωή του ασθενή χρειάζεται επίσης να αναζητηθούν για πιθανή παροχή βοήθειας, ιδιαίτερα στην περίπτωση που σχεδιάζεται η θεραπευτική αντιμετώπιση να γίνει έξω από τον χώρο του νοσοκομείου. Κατά κανόνα κάθε γιατρός ή θεραπευτής που πρόσφατα θεράπευσε τον ασθενή είναι καλό να ειδοποιηθεί ενώ γίνεται η εκτίμηση του ασθενή. (Μάνος Νίκος, 1997)

γ) Θεραπεία

Όταν ο κίνδυνος αυτοκτονίας παρουσιάζεται αυξημένος, ο γιατρός ή ο ειδικός αφού συζητήσει με τον ασθενή και την οικογένεια του, χρειάζεται να προτείνει την εισαγωγή στο νοσοκομείο, η οποία έχει σκοπό :

- ✓ Να αποτρέψει την πραγματοποίηση της αυτοκτονίας.

- ✓ Να επιτρέψει την επίλυση της αυτοκτονικής κρίσης μέσα σ' ένα προστατευμένο περιβάλλον.
- ✓ Να εγκαθιδρύσει μια σχέση βοήθειας και εμπιστοσύνης, η οποία θα βοηθήσει τη φαρμακευτική και την ψυχοθεραπευτική αγωγή. Η εισαγωγή μπορεί να γίνει στο ψυχιατρείο του τομέα, στην ειδική υπηρεσία ενός γενικού νοσοκομείου ή σε ιδιωτική κλινική, ανάλογα με τις δυνατότητες, τις επιθυμίες του αρρώστου και τη φύση της σύγκρουσης. Σε άλλες περιπτώσεις, η εισαγωγή στο νοσοκομείο δύναται να αποφευχθεί ή να αναβληθεί. Η συναισθηματική ποιότητα του περιβάλλοντος, η πραγματική του παρουσία στο πλευρό του ασθενούς, καθώς και η πολύ προσεκτική έναρξη μιας φαρμακευτικής και ψυχοθεραπευτικής αγωγής, μπορεί να επιτρέψουν να ξεπεραστεί η κρίση και να επιλυθούν οι συγκρούσεις. Πιο σπάνια, η επίμονη άρνηση θεραπείας από μελαγχολικούς ή παραληρητικούς ασθενείς, οδηγεί στη λήψη μέτρων αναγκαστικής νοσηλείας, για λόγους προστασίας της ζωής τους. (Lempriere T. - Feline A., 1995, σελ. 460)

Ο ειδικός είναι αναγκαίο να χρησιμοποιήσει την κρίση του για να εκτιμήσει τον συνεχιζόμενο κίνδυνο αυτοκτονίας και τις διαθέσιμες πηγές βοήθειας που υπάρχουν, ώστε ν' αποφασίσει τον τρόπο παρέμβασης του. Απαραίτητα είναι τα στοιχεία που θα συγκεντρώσει μιλώντας τόσο με το άτομο, όσο και με την οικογένεια, τους φίλους του και άλλα άτομα που μπορούν να βοηθήσουν. Γενικά, ο ειδικός θα πρέπει να διαλέξει ανάμεσα σε τρεις τρόπους παρέμβασης. (Μάνος Νίκος, 1997)

☞ *Το άτομο να πάει σπίτι του.*

Το άτομο που δεν έχει κάνει απόπειρα αυτοκτονίας και εκφράζει μόνο αόριστες ιδέες, αλλά αρνείται οποιοδήποτε αυτοκαταστροφικό σχέδιο ή πρόθεση, είναι πιθανά υποψήφιο για εξωνοσοκομειακή θεραπεία. Η θεραπεία θα γίνει ανάλογα με την προτίμηση του ασθενή, από ειδικό ή τον οικογενειακό γιατρό και σε συνεργασία με αυτούς που τον παρέπεμψαν. Για το άτομο που έχει κάνει απόπειρα αυτοκτονίας, η εισαγωγή του στο νοσοκομείο είναι συνήθως η θεραπεία εκλογής. Όταν όμως, το άτομο αυτό αρνείται ότι συνεχίζει να έχει πρόθεση για αυτοκτονία, η απόπειρα παρουσιάζει μικρό κίνδυνο, το άτομο δεν βρίσκεται σε έντονη κατάθλιψη ή ψύχωση και οι συγγενείς ή φίλοι μπορούν να μείνουν μαζί του. Σ' αυτή την περίπτωση δίνεται η δυνατότητα στον ειδικό να σκεφτεί την πιθανότητα να πάει το άτομο στο σπίτι του. Το άτομο αυτό θα πρέπει να προγραμματίσει μια συνάντηση για την επόμενη κιόλας μέρα με κάποιο ειδικό της ψυχικής υγείας και επίσης η υπηρεσία ή το άτομο που θα το δει χρειάζεται να έχουν ενημερωθεί με λεπτομέρεια πριν το άτομο φύγει να πάει στο σπίτι του. (Μάνος Νίκος, 1997)

Η εξωνοσοκομειακή θεραπεία βασίζεται στις ανάγκες του ασθενή και στη διάγνωση του και μπορεί να κυμανθεί από λίγες συναντήσεις παρέμβασης σε κρίση έως μακράς διάρκειας ψυχοθεραπεία και φαρμακοθεραπεία. Οι μορφές της ψυχοθεραπείας μπορεί να είναι ατομική θεραπεία, οικογενειακή θεραπεία, θεραπεία ζευγαριού και ομαδική ψυχοθεραπεία. Η φαρμακοθεραπεία είναι συνήθως αντικαταθλιπτική αγωγή για κατάθλιψη. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο ειδικός χρειάζεται κατά την εξωνοσοκομειακή θεραπεία να είναι προσεκτικός στην εκτίμηση του κινδύνου

αυτοκτονίας και επίσης να μην δίνει μεγάλη ποσότητα φαρμάκων για το σπίτι.
(Μάνος Νίκος, 1997)

☞ *Εκούσια εισαγωγή στο νοσοκομείο.*

Πολλά από τα άτομα που έχουν σχεδιάσει την αυτοκτονία τους καθώς και αυτά που έχουν κάνει σοβαρή απόπειρα χρειάζεται να εισαχθούν στο νοσοκομείο. Η νοσοκομειακή περίθαλψη προσφέρει ασφάλεια, λεπτομερή διαγνωστική εκτίμηση και γρήγορη έναρξη της θεραπείας. Άτομα που βρίσκονται σε απόγνωση τις περισσότερες φορές συμφωνούν με την ένδειξη νοσηλείας τους, ιδιαίτερα αν υποστηρίζεται από τους συγγενείς και τους φίλους τους. Αν υπάρχει υπόνοια ότι το άτομο μπορεί να κάνει άλλη απόπειρα ακόμα και μέσα στο νοσοκομείο, η παρατήρηση είναι απαραίτητο να είναι συνεχής και προσεκτική. (Μάνος Νίκος, 1997)

☞ *Ακούσια εισαγωγή στο νοσοκομείο.*

Ο ειδικός έχει το δικαίωμα από το νόμο να ζητήσει την εισαγωγή στο νοσοκομείο του ατόμου, το οποίο κινδυνεύει να αυτοκτονήσει και δεν θέλει να νοσηλευθεί, με σκοπό να το προφυλάξει. Τα άτομα που σχεδιάζουν να αυτοκτονήσουν βρίσκονται σε τρομερή σύγκρουση με τις επιθυμίες τους και η απόφαση για νοσηλεία χρειάζεται να ανακοινωθεί ξεκάθαρα και σταθερά.
(Μάνος Νίκος, 1997)

Εφόσον εξασφαλισθεί η προστασία του ασθενή από την τάση για αυτοκτονία, η προσοχή θα στραφεί στη θεραπεία της νόσου, που μπορεί να υπάρχει. Οπότε δίδεται αντιψυχωτική αγωγή στο άτομο με σοβαρή κατάθλιψη, λίθιο και αντιψυχωτική αγωγή προστίθεται στο άτομο με διπολική

διαταραχή και στο άτομο με ψυχωτική κατάθλιψη. Αντικαταθλιπτική αγωγή μπορεί να προστεθεί στην αντιψυχωτική αγωγή σε άτομο με καταθλιπτική σχιζοσυναισθηματική διαταραχή ή ακόμα και σε άτομο με σχιζοφρένεια που έχει κατάθλιψη. (Μάνος Νίκος, 1997)

Μετά από κάθε απόπειρα αυτοκτονίας η ψυχιατρική συνέντευξη είναι απαραίτητη. Η επίκληση της ανάγκης για μη «ψυχιατρικοποίηση» της απόπειρας αυτοκτονίας, συχνά συγκαλύπτει την άρνηση να αναγνωρισθεί η αυθεντικότητα και η εγκυρότητα του εγχειρήματος, το οποίο ακόμα και όταν είναι αμφιθυμικό ως προς τα κίνητρα, δεν είναι ποτέ χωρίς αιτία και σημασία. Η θεραπευτική απόφαση θα ληφθεί με τη σύμφωνη γνώμη του αρρώστου μετά την ψυχιατρική συνέντευξη, η οποία θα πρέπει να συμπληρωθεί και από μια συνάντηση με την οικογένεια. Ανεξάρτητα από την απόφαση καλό είναι να έχει δημιουργηθεί στο άτομο η πεποίθηση ότι το έχουν ακούσει και προσπαθούν να το καταλάβουν. Αυτή η πρώτη επαφή είναι η ευκαιρία για την έναρξη μιας θεραπείας που μπορεί να οδηγήσει σε μια πιο ουσιαστική επίλυση των συγκρούσεων. (Lemperiere T. - Feline A., 1995)

Ο Τσιάντης Γιάννης (1993) διατυπώνει ορισμένες γενικές παρατηρήσεις για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του εφήβου με κατάθλιψη ή μετά από πρόσφατη απόπειρα αυτοκτονίας. Αναφέρει ότι ο έφηβος έχει ανάγκη να επικοινωνήσει με κάποιο άτομο ουσιαστικά. Παράλληλα χρειάζεται να γνωρίζει ότι μπορεί να εξαρτηθεί από αυτόν και θα έχει συναισθηματική παροχή και υποστήριξη του εγώ του για όσο χρονικό διάστημα την έχει ανάγκη. Εκείνο που επίσης είναι ιδιαίτερα σημαντικό στη θεραπεία του εφήβου είναι η ευκαμψία του θεραπευτή, όπως μια μεγάλη ικανότητα του για συναισθηματική προβλητική ταυτοποίηση με τον έφηβο. Στην αρχική φάση

της θεραπείας του εφήβου είναι απαραίτητο, να δοθεί άμεση υποστήριξη για να αντιμετωπιστούν οι καθημερινές του δυσκολίες. Αυτό μπορεί να βοηθήσει και στην ενίσχυση της θεραπευτικής συμμαχίας. Ουσιαστικά προτείνεται μια ψυχοθεραπευτική προσέγγιση, που θα βοηθήσει τον έφηβο να επιλύσει τις συγκρούσεις και το πρόβλημα του.

Στη χώρα μας δεν υπάρχουν υπηρεσίες για εφήβους και οι επαγγελματίες αντιμετωπίζουν αδιάκοπα το πρόβλημα του εφήβου με μεγάλη κατάθλιψη ή με πρόσφατη σοβαρή απόπειρα αυτοκτονίας. Η εισαγωγή στην ιδιωτική κλινική, το ψυχιατρικό ίδρυμα ή άσυλο δεν είναι η επιθυμητή λύση, όπως και η χορήγηση αντικαταθλιπτικών. Σκοπός των φυσικών μεθόδων θεραπείας είναι κυρίως η γρήγορη συμπτωματική θεραπεία, χωρίς να αγγίζεται το προσωπικό πρόβλημα του εφήβου. Επιπλέον ο Τσιάντης Γιάννης θεωρεί ότι με τα φάρμακα οι έφηβοι όπως και τα παιδιά, αντιδρούν με αντίθετο τρόπο από αυτόν που περιμένει ο ειδικός. (Τσιάντης Γιάννης, 1993)

Η εισαγωγή σε μια ειδική μονάδα για εφήβους είναι εκείνη που ενδείκνυται σε περιπτώσεις απόπειρας αυτοκτονίας με σοβαρή κατάθλιψη, αν η οικογένεια δεν μπορεί να αντέξει το άγχος από την κατάθλιψη ή την απόπειρα. Είναι απαραίτητο στις μονάδες αυτές να υπάρχει μεγάλος αριθμός από εξειδικευμένο προσωπικό. Η έμφαση της μονάδας χρειάζεται να δοθεί στη δημιουργία μιας ατμόσφαιρας ψυχοθεραπευτικής, έτσι ώστε το περιβάλλον να βοηθήσει τον έφηβο να αναρρώσει. Είναι επίσης αναγκαίο να υπάρχουν δυνατότητες για εκπαιδευτικές εμπειρίες και ψυχαγωγικές εκδηλώσεις, τις οποίες να μπορεί να χρησιμοποιήσει ο έφηβος όποτε θέλει και μπορεί. (Τσιάντης Γιάννης, 1993)

Στις περιπτώσεις όμως των εφήβων με σοβαρή αποστέρηση, το προσωπικό χρειάζεται να είναι έτοιμο να αντιμετωπίσει έντονες εκδηλώσεις εκδραμάτισης. Οι έφηβοι που εισάγονται σε γενικά νοσοκομεία μετά από απόπειρα πρέπει να βγαίνουν από το νοσοκομείο μόνο αφού τους έχει δοθεί η δυνατότητα να μιλήσουν με έναν ψυχίατρο και γίνει μια πλήρης εκτίμηση της ψυχολογικής τους κατάστασης, καθώς και της οικογένειας, από την ψυχιατρική ομάδα. (Τσιάντης Γιάννης, 1993)

Η καλλιέργεια της επικοινωνίας και της κοινωνικότητας του εφήβου είναι η καλύτερη βοήθεια προς αυτόν. Γι' αυτό, όταν οι γονείς βλέπουν τον έφηβο τους αδιάφορο, απομονωμένο και μελαγχολικό, χρειάζεται να ανησυχούν και να πάρουν τα απαραίτητα μέτρα. Η θεραπεία ευνοείται σημαντικά, όταν παροτρύνεται ο έφηβος να μιλά ελεύθερα για τα προβλήματα του ή για ότι σκέφτεται κατά τη διάρκεια της συνέντευξης μαζί του. Εκείνο που κυρίως ενδιαφέρει είναι να εκφραστεί ανοιχτά, να μοιραστεί με την οικογένεια του το πρόβλημα του και να μην έρθει σε καμιά εχθρική αντιπαράθεση με αυτήν. Στην περίπτωση αυτή παίζουν σπουδαίο ρόλο οι ενθαρρυντικές δραστηριότητες και η βελτίωση της επικοινωνίας μαζί του για την επίλυση των προβλημάτων του. (Αναστασιάδης Βασ. Κ., 1993)

Ο Αναστασιάδης Βασ. Κ. (1993) θεωρεί ότι είναι μάταιο να επιχειρήσει κανείς να σχεδιάσει μια οριστική στρατηγική αγωγής, επειδή ακριβώς η αγωγή είναι ανάγκη να προσαρμόζεται ανάλογα με την αντίδραση του ίδιου και της οικογένειας του. Η τροποποίηση του περιβάλλοντος αποδεικνύεται αποτελεσματική και ιδιαίτερα σημαντική είναι η δραστήρια και παρατεταμένη θεραπεία στα άτομα αυτά και στο περιβάλλον τους. Επιπλέον στα άτομα αυτά εμφανίζονται αργότερα προβλήματα όπως ο αλκοολισμός, το διαζύγιο, η

απαλλαγή από τη στρατιωτική υπηρεσία εξαιτίας ανικανότητας, οι δικαστικές καταδίκες, οι αποχές από την εργασία για σωματική ή ψυχική νόσο και η απόκτηση αναπηρικής σύνταξης. Για την αποτροπή αυτών των εκδηλώσεων και της τάσης για αυτοκτονία απαιτείται ένα κοινωνικό περιβάλλον, που να τον αποδέχεται, να τον σέβεται, να τον εκτιμά, να τον αγαπά και να του συμπαραστέκεται στις δυσκολίες του.

Όλοι οι ερευνητές συνιστούν μια ποικιλόμορφη θεραπεία. Αυτή περιλαμβάνει ατομική και οικογενειακή θεραπεία, καθώς και βιολογική αντιμετώπιση του προβλήματος με αντικαταθλιπτικά, στις περιπτώσεις που υπάρχει θετική διάγνωση για κατάθλιψη. (Τσιάντης Γιάννης, Μανωλόπουλος Σωτήρης, 1988)

Ο Δρ. Frederick σημειώνει ότι χρειάζεται να παρθούν δραστικά μέσα στην περίπτωση που κάποιος μιλήσει για αυτοκτονία.

- Να γίνεται προσπάθεια να μην δημιουργούνται λογομαχίες και διαφωνίες με άτομο που σκέφτεται να αυτοκτονήσει. Είναι μια διαφωνία που δεν κερδίζεται και ο «αυτοκτονικός» μπορεί να τη θεωρήσει ως πρόκληση.
- Αντίθετα, χρειάζεται το άτομο που είναι μαζί με τον «αυτοκτονικό» να καλέσει βοήθεια και, ωστόσο να έρθει, να προσπαθήσει να πείσει τον υποψήφιο αυτόχειρα πως όσο κι αν είναι απογοητευμένος και θλιμμένος, θα του περάσει και πως πρέπει να συνεχίσει να ζει, να καταλάβει ότι ο θάνατος δε διορθώνει τίποτα.
- Να γίνει μια έκκληση στο χρέος που έχει να ζηήσει για χάρη της οικογένειάς του. Να καταλάβει ότι τον χρειάζονται η οικογένεια του και οι φίλοι του, ότι δεν έχει το δικαίωμα να τους προκαλέσει τόσο πόνο.

- Να γίνει μια προσπάθεια να είναι το άτομο που βρίσκεται κοντά στον «αυτοκτονικό» υπομονετικό μαζί του, να δείχνει κατανόηση και να επιμένει να του μιλάει, για να κερδίσει χρόνο και να αλλάξει τη σκέψη του από αυτό που πάει να κάνει μέχρι που να του περάσει η κρίση ή να φτάσει βοήθεια (οι πρώτες βοήθειες και η αστυνομία).
- Όσο γίνεται να υπάρχει ασφάλεια στο περιβάλλον. Να απομακρυνθούν όπλα, επικίνδυνα αντικείμενα και φάρμακα. (Κοριτατζή-Μάριου Εύα, 1985)

γ.1) Σημεία προσοχής κατά την θεραπεία

Η επίφαση υγείας. Ορισμένα άτομα φαίνονται υγιέστατα μετά την απόπειρα αυτοκτονίας, όταν η απόπειρα αυτή έχει κινητοποιήσει την υποστήριξη των φίλων και των συγγενικών προσώπων. Άτομα που δίνουν λογικότερες εξηγήσεις για τις απόπειρές τους πείθουν εύκολα κάποιον ότι βρίσκονται εκτός κινδύνου. Παρ' όλα αυτά χρειάζεται να γίνει μία ψυχιατρική εκτίμηση που να συνοδεύεται από συμφωνία για παρακολούθηση για κάποιο διάστημα. Η πιθανότητα για μια επόμενη πιο σοβαρή απόπειρα αυτοκτονίας είναι πολύ μεγάλη, αν οι συνθήκες της ζωής του ασθενή παραμένουν προβληματικές και αμετάβλητες. (Μάνος Νίκος, 1997)

Υπαρξιακές αμφιβολίες. Ο ειδικός μπορεί να εμπλακεί σε αμφισβήτηση για το ποια είναι τα υπέρ και ποια τα κατά της αυτοκτονίας. Θα πρέπει να έχει υπόψη του ότι σχεδόν όλοι οι αυτοκαταστροφικοί ασθενείς είναι αμφιθυμικοί και κατά πάσα πιθανότητα θα θέλουν να ζήσουν μόλις περάσει η κρίση. Υπαρξιακές συζητήσεις και επιχειρηματολογίες συνήθως δεν βοηθούν στη διάρκεια της κρίσης. (Μάνος Νίκος, 1997)

Οι προσωπικές αντιδράσεις. Ο ειδικός μπορεί να αισθανθεί ιδιαίτερα ενοχλημένος από την απελπισία και την απόγνωση του ασθενή ή από τη χειραγώγηση του. Μπορεί να νιώσει οργή ή τρόμο μπροστά στο άτομο που θέλει να πεθάνει. Ακόμη μπορεί να αρνηθεί τον κίνδυνο και να θεωρήσει το άτομο πιο υγιές απ' ό,τι πραγματικά είναι. Θα πρέπει, λοιπόν, να αναγνωρίσει τις προκαταλήψεις του και τις συγκρούσεις του, ώστε να μπορεί να κάνει αντικειμενική εκτίμηση. Αν χρειαστεί, να μη διστάσει να ζητήσει τη βοήθεια ενός συναδέλφου ή επιβλέποντα. (Μάνος Νίκος, 1997)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

Στο κεφάλαιο αυτό θεωρήθηκε απαραίτητο να γίνει μια συγκέντρωση των συμπερασμάτων που βγαίνουν από αυτή τη μελέτη καθώς και προτάσεις που μπορούν να συμβάλλουν στη μείωση του φαινομένου της αυτοκτονίας και της απόπειρας αυτοκτονίας.

A. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- ☞ Αξίζει να σημειωθεί ότι είναι δύσκολο να διεξαχθεί μια έρευνα με θέμα την αυτοκτονία ή τις απόπειρες αυτοκτονίας επειδή η πράξη αυτή θεωρείται ντροπή για το ίδιο το άτομο και την οικογένεια και επικρίνεται από την κοινωνία. Η ορθόδοξη εκκλησία καταδικάζει την αυτοκτονία και συχνά δεν επιτρέπει την ταφή του νεκρού με νεκρώσιμη ακολουθία. Η οικογένεια δεν επιθυμεί να συζητήσει για το θέμα της αυτοκτονίας του μέλους της ή δίνει λόγω συναισθηματικής φόρτισης λανθασμένα στοιχεία για το άτομο που αυτοκτόνησε. Επίσης δεν υπάρχει επαρκής οργάνωση υπηρεσιών που να καταγράφουν τον αριθμό των ατόμων που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν ή που αυτοκτόνησαν ώστε να παρθούν κατάλληλα μέτρα.
- ☞ Μελετώντας το θέμα της αυτοκτονίας συμπεραίνουμε ότι υπάρχουν πολλοί παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της αυτοκτονίας. Αναλύθηκαν οι πεπιοθήσεις Θεωρητικών διαφόρων προσεγγίσεων με χαρακτηριστική την κοινωνιολογική προσέγγιση του Durkheim, όπου υποστήριξε ότι υπάρχουν τρεις τύποι αυτοκτονίας η εγωιστική, η αλτρουιστική και η άνομη. Θεωρούσε ότι οι κοινωνιολογικοί παράγοντες

έπαιζαν τον πιο σημαντικό ρόλο στην αυτοκτονική τάση του ατόμου και αυτό αποτέλεσε τη βάση για την εξέλιξη άλλων κοινωνιολογικών θεωριών.

- ☞ Σύμφωνα με τη ψυχοδυναμική θεωρία η συχνότερη διάγνωση ψυχιατρικής διαταραχής ήταν η κατάθλιψη και ακολουθούσαν οι ψυχώσεις. Υπήρχαν διαφορές ως προς τις ψυχιατρικές διαγνώσεις μεταξύ ανδρών και γυναικών, καθώς και ενηλίκων και εφήβων. Οι ενήλικες άνδρες παρουσίαζαν σοβαρότερη ψυχοπαθολογία.
- ☞ Οι παράγοντες που οδηγούν στην αυτοκτονία τα παιδιά, τους εφήβους, τους φοιτητές, τους ενήλικες άντρες και γυναίκες καθώς και τους ηλικιωμένους διαφοροποιούνται ανάλογα με την ηλικία, την ικανότητα προσαρμογής στο περιβάλλον, το υποστηρικτικό σύστημα, την ψυχική κατάσταση του ατόμου καθώς και άλλα γεγονότα που διαταράσσουν την ισορροπία του ατόμου.
- ☞ Εμφανίζεται συχνά στα άτομα που έχουν την πρόθεση να αυτοκτονήσουν κάποιο αρνητικό γεγονός από το οικογενειακό τους ιστορικό συνήθως βία, ψυχιατρική διαταραχή, χρήση αλκοόλ, απώλεια γονέα πριν την ηλικία των 15 ετών και αυτοκτονικό ιστορικό. Αναφέρεται επίσης ατομικό ιστορικό αποπειρών.
- ☞ Ως προς το χρόνο, οι περισσότερες απόπειρες έγιναν την άνοιξη, υποχωρούν τους χειμερινούς μήνες. Επιπρόσθετα σημειώνεται έξαρση στο διάστημα των εορτών των Χριστουγέννων και σε ποσοστό πραγματικά εντυπωσιακό.
- ☞ Τα πιο συχνά αίτια για την απόπειρα ήταν τα προβλήματα με τους γονείς, τα προβλήματα με σύντροφο και ο χωρισμός ή απόρριψη από σύντροφο. Αρκετοί ανέφεραν σαν αίτιο τα ψυχιατρικά συμπτώματα και τη μοναξιά και

θεωρούσαν το υποστηρικτικό τους σύστημα ανεπαρκές. Κάνοντας απόπειρα αυτοκτονίας πολλά άτομα δεν επιθυμούν να πεθάνουν, αλλά να πετύχουν κάτι είτε να επιστρέψει κοντά τους ένα αγαπημένο πρόσωπο είτε να τους αγαπήσουν οι άλλοι είτε να ζητήσουν βοήθεια.

☞ Άλλοι παράγοντες που βρέθηκαν να σχετίζονται με την αυτοκτονία ήταν το άρρεν φύλο, η μεγαλύτερη ηλικία, η ανεργία και η συνταξιοδότηση, το επιβαρημένο ψυχιατρικό ιστορικό, η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, το ιστορικό προηγούμενων αποπειρών και το ανεπαρκές υποστηρικτικό σύστημα. Ακόμη οι υψηλές τιμές κατάθλιψης στη μέτρηση της ψυχοπαθολογίας.

B. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

☞ Η παρέμβαση στην αντιμετώπιση της απόπειρας αυτοκτονίας στο ατομικό επίπεδο χρειάζεται να περιέχει στοιχεία από πολλές θεωρητικές προσεγγίσεις και να είναι εξατομικευμένη και πολυεπίπεδη, να απευθύνεται στο άτομο και στην οικογένεια καθώς και στα κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα. Το υποστηρικτικό σύστημα τόσο το κοινωνικό όσο και το οικογενειακό καθώς και τα ψυχοπιεστικά γεγονότα χρειάζεται να εξετάζονται με προσοχή και να συμπεριλαμβάνονται στο σχεδιασμό της παρέμβασης.

☞ Ιδιαίτερη σημασία χρειάζεται να δίνεται στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης, των ψυχώσεων και των διαταραχών προσαρμογής. Ανεξάρτητα από την κλινική διάγνωση η κατάθλιψη είναι παράγοντας που πρέπει να

διερευνάται και να αντιμετωπίζεται στους αποπειραθέντες.

- ☞ Όσον αφορά την πρόληψη χρειάζεται εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση του προσωπικού που έρχεται σε επαφή με τους αποπειραθέντες και όσους εκφράζουν ιδέες αυτοκτονίας, αφού ένα σημαντικό ποσοστό των αποπειραθέντων έχουν ιστορικό αποπειρών αυτοκτονίας. Η ανάπτυξη ψυχιατρικών μονάδων στα γενικά νοσοκομεία καθώς και η τομεοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας μπορεί να βοηθήσει στην ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας και στην καλύτερη αντιμετώπιση και την παρακολούθηση των αποπειρωμένων.
- ☞ Ιδιαίτερα βοηθητικό ρόλο ως προς την αντιμετώπιση των αυτοκτονιών διαδραματίζουν οι ειδικοί, γιατροί, ψυχίατροι, ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί. Είναι απαραίτητο να ενημερώνονται διαρκώς, να υπάρχει πληροφόρηση στα ζητήματα της αυτοκτονίας και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το άτομο. Σημαντική είναι η εποπτεία στα επαγγέλματα αυτά ώστε να γίνεται συναισθηματική αποφόρτιση και σωστή επαγγελματική κατεύθυνση.
- ☞ Χρειάζεται να επανδρωθούν οι υπηρεσίες με καταρτισμένα άτομα και να ιδρυθούν νέοι οργανισμοί που να παρέχουν την δυνατότητα στα άτομα να πληροφορούνται για το τι μπορούν να κάνουν, που μπορούν να απευθυνθούν. Επίσης είναι καλό να υπάρχουν διευθύνσεις και τηλέφωνα των υπηρεσιών που να είναι εύκολα προσβάσιμες από τα άτομα που εμφανίζουν αυτοκτονικές τάσεις και από άτομα που γνωρίζουν ότι κάποιο άτομο πρόκειται να κάνει απόπειρα αυτοκτονίας.
- ☞ Επισημαίνεται ακόμη ότι χρειάζεται να γίνει διερεύνηση του ιστορικού για ψυχιατρική νόσο, χρήση αλκοόλ για την αξιολόγηση κινδύνου αυτοκτονίας,

αφού είναι γνωστό ότι τα άτομα αυτά έχουν αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Η δυσκολία πρόσβασης στα μέσα αυτοκτονίας, η αυστηρότητα στη συνταγογράφηση ψυχοφαρμάκων, η κυκλοφορία φαρμάκων με μεγαλύτερη ασφάλεια και γενικά ο έλεγχος των μέσων αυτοκτονίας μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη.

- ☞ Ακόμη εάν κάποιο παιδί επιβαρύνεται από την κατάσταση που επικρατεί στο σπίτι εξαιτίας προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι γονείς του όπως για παράδειγμα βία ή ψυχιατρική διαταραχή ή χρήση αλκοόλ, ωφέλιμη είναι η απομάκρυνσή του από το περιβάλλον αυτό για να μην εμφανίσει τάσεις αυτοκτονίας.
- ☞ Προβληματική είναι πρόληψη στους εφήβους, η πλειοψηφία των οποίων δεν έχει ψυχική διαταραχή ούτε έρχονται σε επαφή με υπηρεσίες ψυχικής υγείας και έτσι δεν είναι εύκολη η έγκαιρη αναγνώριση των ατόμων σε κίνδυνο. Η βελτίωση του οικογενειακού κλίματος και της επικοινωνίας μεταξύ των γενεών, καθώς και η ευαισθητοποίηση ανθρώπων που έρχονται σε επαφή με εφήβους μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση των κρίσεων και των προβλημάτων των εφήβων.
- ☞ Η βελτίωση της εκπαίδευσης υγείας του πληθυσμού και ειδικά ορισμένων ομάδων όπως οι εκπαιδευτικοί και οι έφηβοι είναι πιθανό να βοηθήσει στην πρόληψη, αφού συμβάλλει στη μείωση της επίδρασης του στίγματος, της ευκολίας στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας και της έγκαιρης αναζήτησης βοήθειας. Η ενημέρωση για τις αυτοκτονικές συμπεριφορές καθώς και για τις αρμόδιες υπηρεσίες που υπάρχουν για την αντιμετώπισή τους, πιστεύεται ότι θα βοηθούσε στην έγκαιρη αναγνώριση των ατόμων που κινδυνεύουν, τη θεραπεία τους και την πρόληψη των αυτοκτονιών.

- ☛ Χρήσιμη θα ήταν και η παρουσία κοινωνικού λειτουργού στα σχολεία και στην κοινότητα με στόχο την πρόληψη των αυτοκτονιών. Απαραίτητη είναι η ενημέρωση για θέματα αυτοκτονίας, καθώς και η συζήτηση κατ' ιδίαν με το κάθε άτομο για ανεύρεση άλλων πιθανών λύσεων και στόχων για την επίλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει, έτσι ώστε να βελτιώσει τη ζωή του.
- ☛ Τέλος, χρειάζεται να σημειωθεί ότι παρατηρείται ένα ποσοστό αυτοκτονίας φοιτητών. Πολλοί αντιμετωπίζουν δυσκολίες προσαρμογής, αλλά υπάρχουν κι εκείνοι οι οποίοι δέχονται μεγάλη πίεση από την οικογένειά τους, ώστε όχι μόνο να αντεπεξέλθουν στις νέες απαιτήσεις της φοιτητικής ζωής αλλά και να αριστεύσουν. Καλό θα ήταν να υπάρχει ομάδα ψυχολογικής υποστήριξης για φοιτητές ή ακόμα να υπάρχει η δυνατότητα να παραπέμπονται σε ειδικές υπηρεσίες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- ☞ Αναστασιάδης Βασ. Κ. (1993), «Ψυχοπαιδαγωγική της Εφηβικής Ηλικίας: Ο τρόπος της αγωγής της σήμερα στο σχολείο και στην οικογένεια.», Αθήνα, εκδόσεις: Βασ. Κ. Αναστασιάδης.
- ☞ Βουλγαράκης Ηλίας (1992), «Αυτοκτονία και Εκκλησιαστική Ταφή», Αθήνα, εκδόσεις: Αρμός.
- ☞ Γαβριήλ Ιωάννα (1986), «Η Αυτοκτονία στην Πελοπόννησο: Επιδημιολογία, Ψυχοπαθολογία, Κοινωνικοί Παράγοντες», Πάτρα, εκδόσεις: Πανεπιστήμιο Πατρών Ιατρική. (διατριβή)
- ☞ Γιούλτσης Βασίλειος Τ. (1985), «Εισαγωγή στη Γενική Κοινωνιολογία», Θεσσαλονίκη, εκδόσεις: Εκδοτικός Οίκος Αφων Κυριακίδη.
- ☞ Γρίβας Κλεάνθης (1987), «Η Εξουσία της Βίας», Θεσσαλονίκη, εκδόσεις: Ιανός.
- ☞ Δοξιάδη - Τριπ Ανθή, Ζαχαρακοπούλου Εύη (1985), «Ο Έφηβος και η Οικογένεια (Δύο Συμπόσια)», Αθήνα, εκδόσεις: Βιβλιοπωλείον της "Εστίας".

- ☞ Ευαγγέλου Ιάσων (1999), «Το Πρόβλημα της Αυτοκαταστροφής και της Αυτοθυσίας», Αθήνα, εκδόσεις: Αντ. Ν. Σάκκουλα.
- ☞ Ζαχαράκης Κων/νος (1996), «Διαχρονική Μελέτη του Φαινομένου της Αυτοκτονίας στην Ελλάδα», Αθήνα, εκδόσεις: Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών. (διατριβή)
- ☞ Ιεροδιακόνου Χαράλαμπος Σ. (1991), «Ψυχικά Προβλήματα στα Παιδιά», Θεσσαλονίκη, εκδόσεις: Μαστορίδη.
- ☞ Καργάκος Σαράντος Ι. (1989), «Προβληματισμοί: Ένας Διάλογος με τους Νέους», Αθήνα, τόμος Δ΄, εκδόσεις: Gutenberg.
- ☞ Κοριτατζή - Μάριου Εύα (1985), «Βοήθεια: Σωτήριες Συμβουλές για να Σώζετε Ζωές σε Περιπτώσεις Άμεσης Ανάγκης», Αθήνα, εκδόσεις: Ο Τύπος Α. Ε..
- ☞ Μάνος Νίκος (1997), «Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής», Θεσσαλονίκη, εκδόσεις: University Studio Press.
- ☞ Μπαλογιάννης Σταύρος Ι. (1986), «Ψυχιατρική και Ποιμαντική Ψυχιατρική», Θεσσαλονίκη, εκδόσεις: Π. Πουρνάρα.
- ☞ «Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια-Λεξικό» (1989), Αθήνα, τόμος 2^{ος}, εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα.

- ☞ Παπαχαραλάμπους Χάρης (1997), «Η Συμμετοχή σε Αυτοκτονία», Αθήνα, εκδόσεις: Π. Ν. Σάκκουλας.
- ☞ Παππάς Ευάγγελος Η. (1998), «Συμβολή στη Διερεύνηση της Αυτοκτονικής Πρόθεσης και Φονικότητας στις Απόπειρες Αυτοκτονίας», Ιωάννινα, εκδόσεις: Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων Ιατρική Σχολή. (διατριβή)
- ☞ «Πάπυρος Λαρούς Μπριτάννικα» (1980), Αθήνα, τόμος 12^{ος}, εκδόσεις: Εκδοτικός Οργανισμός Πάπυρος.
- ☞ Πιπερόπουλος Γιώργος (1994), «Ένας Ψυχολόγος Κοντά Σου», Αθήνα, εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα.
- ☞ Ραγιά Αφροδίτη Χρ. (2001), «Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας: Ψυχιατρική Νοσηλευτική», Αθήνα, εκδόσεις: Α. Ραγιά.
- ☞ Τσιάντης Γιάννης, Μανωλόπουλος Σωτήρης (1988), «Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής: Ψυχοπαθολογία», Αθήνα, τόμος 2^{ος}, 2^ο μέρος, εκδόσεις: Καστανιώτη.
- ☞ Τσιάντης Γιάννης (1993), «Ψυχική Υγεία του Παιδιού και της Οικογένειας», Αθήνα, τεύχος Β΄, εκδόσεις: Καστανιώτη.
- ☞ Τσιάντης Γιάννης (1994), «Εφηβεία: Ένα Μεταβατικό Στάδιο σ' ένα Μεταβαλλόμενο Κόσμο», Αθήνα, εκδόσεις: Καστανιώτη.

- ☞ Τσιάντης Γιάννης (1997), «Εφηβεία», Αθήνα, εκδόσεις: Καστανιώτη.
- ☞ Χριστοδούλου Γ. Ν. (1998), «Κατάθλιψη», Αθήνα, εκδόσεις: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις Μονοπρόσωπη ΕΠΕ.



- ☞ Aron Raymond (1993), «Η Εξέλιξη της Κοινωνιολογικής Σκέψης», Αθήνα, μετάφραση: Μπάμπης Λυκούδης, τόμος Β΄, εκδόσεις: Γνώση.
- ☞ Durkheim Emile (1897), «Κοινωνικές Αιτίες της Αυτοκτονίας», Αθήνα, μετάφραση: Μανώλης Μαρκάκης, εκδόσεις: Γερ. Αναγνωστίδη.
- ☞ Lawson Alethea (1986), «Πως να Καταπολεμήσετε το Άγχος Χωρίς Φάρμακα», Αθήνα, εκδόσεις: Διόπτρα.
- ☞ Lempriere T. – Feline A. (1995), «Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων: Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Εφαρμογές της στην Ελλάδα», Αθήνα, τόμος Β΄, εκδόσεις: Παπαζήση.

ΞΕΝΗ

- ☞ Coser Lewis A. (1977), «Masters of Sociological Thoughts», USA, εκδόσεις: Harcourt Brace and Company Publishers.
- ☞ Hawton Keith (1986), «Suicide and Attempted Suicide Among Children and Adolescents», Beverly Hills California, εκδόσεις: Sage Publications.
- ☞ Oster Gerald D. (1995), «Helping Your Depressed Teenager», New York, εκδόσεις: John Wiley & Sons Inc.
- ☞ Reynolds Vernon, Tanner Ralph (1995), «The Social Ecology of Religion», Oxford, εκδόσεις: Oxford University Press.
- ☞ Sue David, Sue Gerald, Sue Stanley (1997), «Understanding Abnormal Behavior», USA, εκδόσεις: Houghton Mifflin Company.

