



**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

**«Η ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ:
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟΥ»**

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ:

ΒΛΑΧΟΓΙΑΝΝΗ ΡΟΔΟΥΛΑ
ΔΟΥΡΟΥ ΙΩΑΝΝΑ
ΤΑΚΩΝΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΓΟΥΡΓΟΥΡΙΝΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΠΑΤΡΑ, ΙΟΥΛΙΟΣ 2012

«Το μεγαλύτερο απ' όλα τα εγκλήματα είναι η αυτοκτονία, γιατί είναι το μόνο στο οποίο δεν χωράει μετάνοια».

Αλέξανδρος Δουμάς

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία αποτελεί μία προσπάθεια διερεύνησης του φαινομένου της εφηβικής αυτοκτονίας στην Ελλάδα. Ειδικότερα, μελετώνται οι διαστάσεις και οι παράγοντες που συνδέονται με την αυτοκτονία κατά την εφηβική ηλικία, με ιδιαίτερη έμφαση στο ρόλο και στην επίδραση του διαδικτύου.

Το υλικό της μελέτης αποτέλεσε ελληνική και κυρίως ξενόγλωσση βιβλιογραφία καθώς διαπιστώθηκε ανεπάρκεια ερευνητικών δεδομένων στη χώρα μας. Επίσης, χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από προσωπική επικοινωνία με φορείς και οργανώσεις που παρέχουν υπηρεσίες στήριξης, συμβουλευτικής και παρέμβασης στην αυτοκτονία. Τέλος, τα περισσότερα στοιχεία συγκεντρώθηκαν από ποιοτική έρευνα που διενεργήθηκε με εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας, σε φορείς και υπηρεσίες της Αθήνας και της Πάτρας.

Τα αποτελέσματα επικεντρώνονται στη σύνδεση της εφηβείας με την αυτοκτονία, στους παράγοντες που επηρεάζουν την εκδήλωση του φαινομένου, στα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά του αυτοκτονικού εφήβου, στο ρόλο και στις επιπτώσεις της χρήσης του διαδικτύου στην εφηβική αυτοκτονία.

Σύμφωνα με τα πορίσματα της έρευνας, τον πρωτεύοντα ρόλο σύνδεσης της αυτοκτονίας με την εφηβεία, λαμβάνει η οικογένεια με παράγοντες όπως: αδυναμία ενδοοικογενειακής επικοινωνίας, διαπροσωπικά προβλήματα σχέσεων και αστάθεια του οικογενειακού περιβάλλοντος. Η μελέτη εντόπισε τους προδιαθεσικούς παράγοντες εκδήλωσης αυτοκτονικών φαινομένων και στην αλόγιστη χρήση του διαδικτύου από τον έφηβο και στην κοινωνική απομόνωση που αυτή επιφέρει. Το διαδίκτυο, με τις απεριόριστες δυνατότητες, προσφέρει στους έφηβους μία «διέξοδο» προκειμένου να καλύψουν τις δυσκολίες (ορμονικές αλλαγές, άγχος, ανάγκη για κατανόηση, δυσκολία διαμόρφωσης ταυτότητας και δημιουργίας σχέσεων) που αντιμετωπίζουν συχνά κατά τη συγκεκριμένη περίοδο ζωής.

Λέξεις Κλειδιά: αυτοκτονία, εφηβεία, διαδίκτυο

ABSTRACT

This paper is an attempt to explore the phenomenon of teenage suicide in Greece. Specifically, it examines the dimensions and factors associated with suicide in adolescence, with particular emphasis on the role and impact of the Internet.

The material of the study was Greek and mainly foreign bibliography as well as this it was found that there was insufficient research data in our country. Also, data were used by personal communication with agencies and organizations that provide support services, counseling and intervention in suicide. Finally, the most data were gathered by qualitative research conducted by qualified health professionals and mental health agencies and services in Athens and Patras.

The results are focusing on the connection of the adolescence with suicide, on the factors that influence the onset of the phenomenon, on the psychosocial characteristics of the suicidal adolescent, on the role and on the impacts of the use of the internet in the adolescent suicide.

According to the findings of the survey, the primary role of the connection between teenage and suicide, takes on the family with factors such as: weakness, domestic communication, interpersonal relationship problems and unstable family environment. The study identified the risk factors predisposing expressions of suicidal phenomena and the careless use of the internet by the teenager and the social isolation that it brings. The internet with its limitless possibilities, offers to the teenagers a “way out” in order to cover the difficulties (hormonal changes, stress, need for understanding, difficulty on forming relationships and on creating an identity) often encountered during that period of life.

Key Words: suicide, teenagers, internet

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ABSTRACT

ΕΙΣΑΓΩΓΗ 1

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ..... 3

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 - ΕΦΗΒΕΙΑ 3

1.1 Ορισμοί 3

1.2 Χαρακτηριστικά εφηβείας 4

1.3 Χαρακτηριστικά των εφήβων 8

1.4 Σχέσεις εφήβων 11

1.4.1 Γονείς 11

1.4.2 Φίλοι 13

1.4.3 Σχολείο 14

1.4.4 Κοινωνία 15

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – Η ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ 17

2.1 Ορισμοί 17

2.2 Συμπεριφορές που σχετίζονται με την αυτοκτονία..... 18

2.3 Ιστορική Αναδρομή 19

2.4 Μελέτη του φαινομένου της αυτοκτονίας σε παγκόσμιο επίπεδο 20

2.5 Αυτοκτονία στην Ελλάδα 23

2.6 Τρόποι – Μέσα αυτοκτονίας με έμφαση στους εφήβους 25

2.7 Προφίλ αυτοκτονικού εφήβου 26

2.8 Αιτιολογικοί παράγοντες αυτοκτονίας 27

2.8.1 Ιατρικοί 27

2.8.2 Ψυχολογικοί..... 29

2.8.3 Κοινωνικοί 32

2.8.4 Οικογενειακοί 34

2.8.5 Φιλικό περιβάλλον 36

2.8.6 Οικονομικοί 38

2.9 Επιπτώσεις αυτοκτονίας 39

2.9.1 Στο ίδιο το άτομο 40

2.9.2 Στην οικογένεια	40
2.9.3 Στην κοινωνία.....	42
2.10 Ο ρόλος του Διαδικτύου στην αυτοκτονία.....	43
2.10.1 Αίτια.....	43
2.10.2 Συνέπειες	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	45
ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ	45
3.1 Μέσα Πρόληψης- Μέθοδοι	45
3.2 Ο ρόλος της ενημέρωσης.....	46
3.2.1 Στην οικογένεια	47
3.2.2 Κοινωνικά προγράμματα πρόληψης φαινομένου.....	50
3.2.3 Στο σχολείο	52
3.2.4 Διαδίκτυο- Μ.Μ.Ε.	53
3.3 Προγράμματα πρόληψης αυτοκτονίας ανά τον κόσμο.....	55
3.4 Γραμμή Παρέμβασης για την Αυτοκτονία	57
3.5 Μύθοι περί αυτοκτονίας	58
3.6 Τρόποι Αντιμετώπισης του φαινομένου	60
3.6.1 Αντιμετώπιση της κατάθλιψης.....	60
3.6.2 Επαγγελματίες ψυχικής υγείας	64
Β' ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	68
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	68
4.1 Σκοπός έρευνας-Ερευνητικά ερωτήματα.....	68
4.2 Υλικό και μεθοδολογία της έρευνας.....	69
4.2.1 Εργαλείο έρευνας.....	69
4.2.2 Μέθοδος ποιοτικής ανάλυσης και κωδικοποίησης.....	71
4.2.3 Δείγμα έρευνας.....	72
4.2.4 Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	72
4.2.5 Δυσκολίες της έρευνας.....	73
4.2.6 Περιορισμοί της μελέτης.....	74
4.3 Αποτελέσματα έρευνας.....	75
4.3.1 Παρουσίαση του δείγματος.....	75

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....97

Συμπεράσματα-Συζήτηση.....97

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Εισαγωγή

Η εφηβεία είναι μια ιδιαίτερα έντονη περίοδος για την πνευματική, ψυχική και σωματική ανάπτυξη του ατόμου. Οι έφηβοι έρχονται σε επαφή με νέες εμπειρίες κατά τη διάρκεια αυτής της μεταβατικής περιόδου, αναπτύσσουν νέες σχέσεις, έρχονται αντιμέτωποι με σημαντικές αποφάσεις για το μέλλον τους και παρατηρούν σωματικές αλλαγές καθώς και αλλαγές στη συμπεριφορά και στον τρόπο σκέψης τους.

Την τελευταία δεκαετία παρατηρήθηκε μια ανησυχητική αύξηση των περιστατικών απόπειρας αυτοκτονίας από εφήβους. Τα στατιστικά στοιχεία από τις αρχές του 1990 μέχρι και σήμερα αποδεικνύουν ότι η αυτοχειρία συγκαταλέγεται ανάμεσα στις τρεις πρώτες αιτίες θανάτου των εφήβων και των νέων από 14 έως 24 ετών.

Είναι γεγονός πως ένα μεγάλο μέρος των εφήβων παρουσιάζει τάσεις κατάθλιψης, μια ψυχιατρική ασθένεια με σημαντικές και επικίνδυνες συνέπειες σε βάθος χρόνου, η οποία μπορεί να ωθήσει ακόμα και στην αυτοκτονία. Κάποιοι έφηβοι επίσης βρίσκονται εγκλωβισμένοι μέσα στα ερωτήματα και τις αβεβαιότητές τους και αισθάνονται ότι δεν έχουν κάπου να απευθυνθούν, δεν έχουν κάποιον να τους καταλάβει. Η σύγχυση αυτή μπορεί να τους οδηγήσει ακόμη και στο θυμό ή και σε πράξεις βίας.

Πολλές φορές επίσης δε θέλουν να εξωτερικεύουν τα προβλήματά τους καθώς θεωρούν ότι μπορούν να γίνουν αντικείμενο συζήτησης στο οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον ή ότι κάποιοι φίλοι ενδεχομένως θα το διακωμωδήσουν. Ως άμεση συνέπεια, δεν είναι λίγοι αυτοί που επιλέγουν να δώσουν τέλος στην ζωή τους θεωρώντας πως αποτελεί λύση στο ψυχολογικό αδιέξοδο το οποίο αντιμετωπίζουν. Κατ' αυτό τον τρόπο, η αυτοκτονία στην εφηβεία συνιστά ένα επίκαιρο θέμα που γεννά πληθώρα σκέψεων και προβληματισμών.

Στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας μελέτης ορίζεται και αναλύεται η εφηβεία και τα χαρακτηριστικά της. Το δεύτερο κεφάλαιο πραγματεύεται ζητήματα που άπτονται της αυτοκτονίας στην εφηβική ηλικία, ενώ το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στους τρόπους πρόληψης και αντιμετώπισης της αυτοκτονίας στην εφηβεία. Στο τέταρτο κεφάλαιο ορίζεται ο σκοπός της έρευνας, η χρησιμοποιηθείσα μεθοδολογία και παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας. Στο πέμπτο και τελευταίο

κεφάλαιο πραγματοποιείται συζήτηση και ανάλυση των συμπερασμάτων της έρευνας.

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 - Εφηβεία

1.1. Ορισμοί

Η εφηβεία είναι η ηλικιακή περίοδος μεταξύ 13 και 19 ετών, όπου γίνεται η μετάβαση από την παιδική ηλικία στην ενήλικη ζωή. Η εφηβεία είναι συνυφασμένη με την ανάπτυξη των φυσικών και πνευματικών χαρακτηριστικών του ανθρώπου, αλλά το τέλος είναι πιο δύσκολο να καθορισθεί. Στο δυτικό κόσμο, το τέλος της εφηβείας σηματοδοτείται με την αποχώρηση από το σπίτι και το στήσιμο ενός ανεξάρτητου σπιτικού, την έναρξη πιθανότατα μια σοβαρής σεξουαλικής σχέσης καθώς και την οικονομική και υλική ανεξαρτησία του προσώπου με την εύρεση μιας εργασίας. (Roberts, 1997)

Οι πρόσφατες κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες όμως έχουν μετατοπίσει τόσο το χρονικό περιθώριο αποχώρησης από την οικογενειακή στέγη, όσο και την επίτευξη πλήρους οικονομικής ανεξαρτησίας. Πολλοί μελετητές σημειώνουν την καθυστέρηση που παρατηρείται σε αυτή τη μετάβαση, η οποία συνοδεύεται από τη δυσκολία εύρεσης εργασίας, ή τουλάχιστον μιας εργασίας που να μπορεί από μόνη της να καθιστά τον νέο οικονομικά ανεξάρτητο (Roberts, 1997). Για άλλους, αυτή η μετάβαση δεν είναι μια απλή μετάβαση αλλά μία πολυδιάστατη μετάβαση σε διαφορετικά περιβάλλοντα, σε διαφορετικά μοντέλα εκπαίδευσης και πολλές φορές σε διαφορετικές συνθήκες διαβίωσης. (Coleman, Rucker, 1998)

Ως εφηβική ηλικία ορίζεται «η χρονική περίοδος από την έναρξη της ήβης μέχρι την ενηλικίωση». Ο όρος «εφηβεία» χρησιμοποιείται για να χαρακτηρίσει μια περίοδο στην οποία ένα άτομο αντιμετωπίζει μια μετάβαση από την παιδική στην ώριμη ηλικία. Την ίδια άποψη καταγράφει και ο Μιχαηλίδης – Νουάρος «η εφηβεία δεν είναι τίποτε άλλο από μια πορεία με πολλές φάσεις όπου ο έφηβος αντιμετωπίζει και προσαρμόζεται σε νέες συνθήκες ζωής. Είναι μια μεταβατική περίοδος που αρχίζει στο σημείο που τελειώνει η παιδική ηλικία και σταματά εκεί που αρχίζει η ενήλικη ζωή». (Κοκκέβη, Κίτσος, Φωτίου, 2000)

Επίσης, ως «εφηβική ηλικία» αναφέρεται η περίοδος εκείνη η οποία βρίσκεται το παιδί μεταξύ της παιδικής και της ώριμης ζωής. Επομένως ο έφηβος ούτε παιδί

είναι ούτε και ώριμος, αλλά ον το οποίο παρουσιάζει πολλά ίδια σωματικά και ψυχικά γνωρίσματα από τα οποία κάποια υπενθυμίζουν την παιδική και άλλα την ώριμη ηλικία». (Coleman, Rucker, 1998)

1.2. Χαρακτηριστικά εφηβείας

Η εφηβεία είναι μια περίοδος με πολλά παράδοξα αναφορικά με τη συνολική σωματική και πνευματική ανάπτυξη. Στην περίοδο αυτή, οι νέοι ωριμάζουν, αποκτούν σωματική δύναμη και όγκο, διαμορφώνουν κριτική σκέψη, αντιλαμβάνονται και αντιμετωπίζουν μόνοι τους το κρύο, τη ζέστη, τον τραυματισμό, το στρες και το άγχος. Σε κάθε τομέα δηλαδή της σωματικής και πνευματικής ανάπτυξης αποκτούν δύναμη και ανθεκτικότητα. (Roberts, 1997)

Ωστόσο, παρά την ανάπτυξη σε όλους τους τομείς, τα ποσοστά συμπεριφορικής απόκλισης και θανάτου αυξάνονται κατά 200% σε σύγκριση με τις άλλες περιόδους της παιδικής και ενήλικης ζωής. Ο διπλασιασμός του ποσοστού αυτού δεν έγκειται τόσο σε ασθένειες όπως ο καρκίνος, τα καρδιαγγειακά επεισόδια, ή κάποιες άλλες θανατηφόρες ασθένειες, όσο σε ζητήματα που άπτονται της συμπεριφοράς και του συναισθήματος. Εκεί βρίσκουμε υψηλά ποσοστά σε ατυχήματα, αυτοκτονίες, κατάθλιψη, αλκοόλ, ναρκωτικά, βία, παραβατική συμπεριφορά, ανορεξία, προβλήματα σε σχέση με ακραία σεξουαλική συμπεριφορά. Τα προβλήματα αυτά έχουν καταγραφεί από την ιατρική και ακαδημαϊκή κοινότητα. Η εφηβεία συνολικά είναι στενά συνδεδεμένη με την αύξηση της ανάληψης ρίσκου, την αναζήτηση έντονων συναισθημάτων, την αφηρημένη συμπεριφορά, κάθε ένα εξ αυτών με καταλυτικές συνέπειες στην υγεία. (Dahl, 2004)

Παράλληλα, αυτή η αποκλίνουσα συμπεριφορά συνοδεύεται και με ένα δεύτερο παράδοξο που έχει να κάνει με την ανάπτυξη της κριτικής σκέψης και της ικανότητας λήψης αποφάσεων. Οι έφηβοι στο τέλος της περιόδου ανάπτυξής τους και στην ηλικιακή τους είσοδο στην ενηλικίωση παρουσιάζουν σημάδια ωριμότητας στη σκέψη τους και στις επιλογές τους μοιάζουν σε μεγάλο βαθμό με αυτή των ενήλικων. Ωστόσο και πάλι, ο παράγοντας «συναίσθημα» παίζει πρωτεύοντα ρόλο και πολλές φορές υποβαθμίζει λογική σκέψη και οδηγεί σε ακραίες συμπεριφορές. Τα παράδοξα αυτά, από τη μία το υψηλό ποσοστό αποκλίνουσας συμπεριφοράς και θανάτου σε συνδυασμό με την αύξηση της σωματικής και πνευματικής δύναμης, και από την

άλλη η αύξηση της συναισθηματικής επιρροής μαζί με την παράλληλη ανάπτυξη της κριτικής σκέψης, παρέχουν το πλαίσιο μέσα στο οποίο αναπτύσσεται η έρευνα της συμπεριφορικής επιστήμης και της νευροψυχολογίας σε σχέση με τη μεταβατική περίοδο στη ζωή των εφήβων. (Coleman, Rucker, 1998)

Η ανάπτυξη της νευροψυχολογίας έθεσε πολλά ερωτήματα σχετικά με την μεταβατική αυτή περίοδο στη ζωή των εφήβων. Πέρα από την παρατήρηση της συμπεριφοράς και της μελέτης της αποκλίνουσας συμπεριφοράς, η επιστήμη θέτει τους εξής προβληματισμούς:

- Οι αλλαγές αυτές οφείλονται μόνο στη βιολογική ανάπτυξη ή έχουν να κάνουν και με τις κοινωνικές επιρροές και τις ελευθερίες που αποκτούν οι έφηβοι;
- Η παρατήρηση της ανάπτυξης είναι ένα φαινόμενο που εντοπίζεται σε όλες τις κουλτούρες και τους πολιτισμούς ή έχει να κάνει πρωτίστως με το ζήτημα των ορμονών;
- Πώς αυτή η περίοδος δημιουργεί συμπεριφορικές ανωμαλίες οι οποίες οδηγούν σε αποκλίνουσα συμπεριφορά;
- Πώς αυτή η πλαστικότητα που παρατηρείται στη συμπεριφορά μπορεί να οδηγήσει σε νέα πεδία εξερεύνησης της επιστήμης;

Τα ερωτήματά αυτά βρίσκουν την απάντηση στην ευρύτερη μελέτη της συμπεριφοράς των εφήβων. Ένα μεγάλο μέρος των αδυναμιών που παρουσιάζονται στην εφηβική συμπεριφορά έχει να κάνει με τις αλλαγές στο νευρικό σύστημα αναφορικά με το συναίσθημα και το κίνητρο, οι οποίες φαίνεται να παίζουν να παίζουν σημαντικό ρόλο στην τάση για ανάληψη ρίσκου και στην αναζήτηση έντονων συναισθηματικών εμπειριών. Οι έφηβοι αναζητούν τη συγκίνηση πολύ περισσότερο από άλλες ηλικιακές ομάδες. Επιδιώκουν την αδρεναλίνη, ακούνε πολύ δυνατά μουσική, τους αρέσουν οι ταινίες τρόμου, διψάνε για περιπέτεια, θέλουν να εξερευνήσουν νέα μέρη και νέες καταστάσεις. Για κάποιους νέους, η κατάσταση αυτή μπορεί να είναι κανονικά διαχειρίσιμη ενώ για άλλους να καταστεί μια πολύ δύσκολη υπόθεση (Dahl, 2004).

Στις δυτικές κοινωνίες, η εφηβεία γίνεται αντιληπτή ως μια περίοδο επανάστασης και προσωπικής αναστάτωσης. Εντούτοις, η διατύπωση αυτή δεν είναι

πάντα ο κανόνας καθώς πολλοί έφηβοι διαφοροποιούνται στη συμπεριφορά, στην αντίληψη, και την ωριμότητα. Σταδιακά η αντίληψη περί στρες και προσωπικής επανάστασης άρχισε να εμπλουτίζεται ακαδημαϊκά και να συνδέεται περισσότερο με τη ανάπτυξη στρεσογόνου συμπεριφοράς λόγω εξωτερικών ερεθισμάτων, όπως η εμφάνιση, ο ανταγωνισμός στο σχολείο, οι σχέσεις με τους γονείς, και η αυξανόμενη ανάγκη για προσωπικό χώρο. Στο πλαίσιο αυτό, το αστικό περιβάλλον στο οποίο μεγαλώνει ο έφηβος επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τη συμπεριφορά και την κουλτούρα του, ιδίως όταν διαβιεί σε μη προνομιακές περιοχές ή περιοχές με συνολικά χαμηλό επίπεδο διαβίωσης. Εδώ, η προσέγγιση και αντίληψη των ευαίσθητων ζητημάτων που απασχολούν τον έφηβο διαπλάθεται από το πρίσμα του περιβάλλοντος της γειτονιάς, με τις οικονομικές δυσκολίες, τα πρώτα επαγγελματικά όνειρα, τον έρωτα και την αναζήτηση της παρέας να έχουν εξέχοντα ρόλο στη διαμόρφωση του χαρακτήρα (Johnson, MacDonald, Mason, Ridley, Webster 2000).

Ένα άλλο πεδίο που παρουσιάζει ενδιαφέρον αναφέρεται στην εικόνα που διαμορφώνουν οι έφηβοι για τον εαυτό τους ως εν δυνάμει ενήλικες. Εκτεταμένες έρευνες στις Ηνωμένες Πολιτείες τη δεκαετία του 1990 και στις αρχές του 2000 απέδειξαν ότι ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των Αμερικανών εφήβων αντιλαμβάνονται τους εαυτούς τους ως κάτι ενδιάμεσο μεταξύ εφήβου και ενήλικα, γεγονός που σύμφωνα με τον Arnett (2000) αποτελεί απόδειξη της υποκειμενικής αντίληψης που έχουν για την πνευματική και σωματική ανάπτυξή τους καθώς και ένδειξη ότι η ηλικία είναι ένα υποκειμενικό στοιχείο για την χρονικό προσδιορισμό της εφηβείας και της μετάβασης στην ενηλικίωση.

Για πολλούς εφήβους η δυσκολία προσδιορισμού έγκειται στην έλλειψη μόνιμης, ανεξάρτητης κατοικίας, του σχολικού περιβάλλοντος, της έλλειψης μακροχρόνιας σχέσης ή ενδεχομένως ενός γάμου. Ωστόσο, ένα μεγάλο μέρος της έρευνας αποδεικνύει πως οι παράγοντες αυτοί, που τις προηγούμενες δεκαετίες αποτελούσαν τους σημαντικότερους παράγοντες υποκειμενικού αυτοπροσδιορισμού, δεν κατέχουν πλέον την σημαντικότητα που άλλοτε είχαν. Για την ακρίβεια, οι Αμερικανοί έφηβοι αντιλαμβάνονται την μετάβαση στην ενηλικίωση στη βάση της ποιότητας και του κουλτούρας της προσωπικότητας του καθενός, της συνειδητοποίησης της ευθύνης για ανεξάρτητες αποφάσεις, και της οικονομικής ανεξαρτησίας. Η συνειδητοποίηση δηλαδή της ευθύνης του εαυτού αποτελούν απαραίτητο κριτήριο μετάβασης στην ενηλικίωση για τους Αμερικανούς, ενώ παράλληλα η δημιουργία οικογένειας αποτελεί ένα επιπλέον στάδιο ενηλικίωσης

σύμφωνα με τις έρευνες, το οποίο για την πλειοψηφία των εφήβων παραμένει ένα δύσκολο διαχειρίσιμο ζήτημα, καθώς μεταφέρει την ευθύνη από το «εγώ» στο «εμείς». (Arnett, 2000)

Η επιλογή σπουδών και του ακαδημαϊκού προφίλ είναι ένα ακόμα πεδίο προβληματισμού για τους έφηβους. Κατά τη διάρκεια των σχολικών ετών, πολλοί μαθητές αλλάζουν πάνω από μία φορά κατευθύνσεις, κυρίως λόγω της δυσκολίας που έχουν να καταλήξουν σε αυτό που πραγματικά επιθυμούν. Ακόμα και μετά την εισαγωγή στο πανεπιστήμιο και το τέλος των προπτυχιακών σπουδών, υπάρχουν ακόμα φοιτητές που αναζητούν τον επαγγελματικό τους προσανατολισμό μέχρι και τα μέσα των 20 ετών τους. Αυτό αποδεικνύει πως το ηλικιακό ζήτημα δεν είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με τη μεταβατική αυτή περίοδο της εφηβείας, αλλά είναι κυρίως ζήτημα κοινωνιολογικό και σε μεγάλο βαθμό οικονομικό, αφού πολλοί μαθητές επιλέγουν το αντικείμενο σπουδών με βάση την αξία και την αποδοτικότητα που προσφέρει στην αγορά εργασίας, χωρίς απαραίτητα να ήταν αυτό το επάγγελμα που πραγματικά θα ήθελαν να ακολουθήσουν. (Kandel, Lesser, 1972)

Ο πειραματισμός και η διαρκής αναζήτηση και εναλλαγή είναι επίσης χαρακτηριστικό γνώρισμα και στον τομέα των ερωτικών σχέσεων. Για πολλούς εφήβους, η μεταβατική αυτή περίοδος είναι σημαντική για τον εμπλουτισμό των ερωτικών εμπειριών και εξαιτίας της μικρότερης και χαλαρότερης επίβλεψης των γονέων, αλλά και εξαιτίας της χαλάρωσης των ηθών σχετικά με τον γάμο και την προγαμιαία συμπεριφορά. Στο ίδιο μήκος κύματος βρίσκεται και το ζήτημα του πειραματισμού στον επαγγελματικό τομέα, με πολλούς νέους να επιλέγουν εθελοντική εργασία προκειμένου να αποκτήσουν εμπειρίες και να προσανατολιστούν καλύτερα ως προς αυτό που τους ταιριάζει καλύτερα. Επίσης, είναι και μια σημαντική ευκαιρία κοινωνικοποίησης έξω από τα στενά πλαίσια του σχολικού περιβάλλοντος και της οικογενειακής θαλπωρής, αλλά και ένας τρόπος για νέες ταξιδιωτικές εμπειρίες. Όχι τόσο για τους Ευρωπαίους που μπορούν εύκολα να ταξιδέψουν σε άλλα μέρη της ηπείρου, όσο κυρίως για τους Αμερικανούς που εξαιτίας των αποστάσεων δεν έχουν πολύ συχνά τη δυνατότητα να ταξιδέψουν υπερατλαντικώς, η εθελοντική εργασία, η πρακτική άσκηση και η περιπλάνηση προσφέρουν νέες εμπειρίες, νέες εικόνες, και βέβαια μια μεγάλη ευκαιρία να γνωρίσουν τον κόσμο και να διευρύνουν το πνεύμα τους (Arnett, 2000).

Ένα εξίσου σημαντικό πεδίο μελέτης έχει να κάνει με την ανάληψη ρίσκου από μέρους των εφήβων, κυρίως αναφορικά με το σεξ χωρίς προφύλαξη, τη χρήση

ναρκωτικών ουσιών και την επικίνδυνη οδήγηση. Σε μεγάλο βαθμό αυτό εξηγείται από τις προσωπικές αναζητήσεις των εφήβων και την ανάγκη τους να εξερευνήσουν ό,τι εκείνοι εκτιμούν ως πρωτότυπο και «καινούριο». Το φαινόμενο αυτό εξηγείται σε ένα βαθμό και από την βιολογική εξέλιξη του ανθρώπου, τα κοινωνικά πρότυπα, το χαρακτήρα και βέβαια το κοινωνικό περιβάλλον μέσα στο οποίο αναπτύσσεται ο έφηβος. Το οικογενειακό περιβάλλον παίζει σημαντικό ρόλο και εδώ, μεταξύ άλλων, και στοιχεία όπως η κουλτούρα και η παιδεία των γονέων, καθώς και η προγενέστερη εμπειρία τους πλάθουν την εικόνα και το χαρακτήρα του εφήβου που αναπτύσσει σε κάποιο βαθμό μιμητικά πρότυπα (O'Connor, Allen, Bell, Hauser, 1996).

Επομένως, η εφηβεία πρέπει να θεωρείται μια περίοδος αλλαγής ρόλων που οδηγεί στην διαμόρφωση της προσωπικότητας του ατόμου. Όλες οι αλλαγές στην ζωή του εφήβου τον οδηγούν και τον υποχρεώνουν να υιοθετήσει νέες συμπεριφορές. Η συμπεριφορά απέναντι στους γονείς του είναι διαφορετική από αυτή ενός δεκάχρονου παιδιού. Επίσης και οι σχέσεις του με τους συνομήλικούς του είναι διαφορετικές, αφού χαρακτηρίζονται από διαφορετικές προσδοκίες και κοινωνικές συμπεριφορές. Πρόκειται για μια απόλυτα μεταβατική περίοδο σε όλο το φάσμα της ζωής του εφήβου η οποία τον χαρακτηρίζει και προδιαγράφει σε όλη την μετέπειτα πορεία του.

1.3. Χαρακτηριστικά των εφήβων

Οι έφηβοι έρχονται αντιμέτωποι με μια σειρά από θέματα σωματικής και πνευματικής ανάπτυξης. Ο Havighurst (1952) υπογράμμισε την ύπαρξη δύο ζητημάτων που αφορούν την εργασία και τις σχέσεις, ενώ ο Levinson (1978) εστίασε στην αλλαγή των σχέσεων και στη συνεχή αναζήτηση νέων επαφών και εμπειριών. Ο Erikson (1968) έδωσε έμφαση στην ανάγκη για προσωπικό χώρο και στη δέσμευση για εκπλήρωση των στόχων, ενώ ο Super (1963) τόνισε τη σημασία της αναζήτησης επιλογών και της ανάπτυξης του στοιχείου της κριτικής σκέψης. Αυτό που διαφαίνεται πιο καθαρά και σε συνολικό βαθμό είναι η ανάγκη των εφήβων να καταστούν ανεξάρτητοι και να συμπεριφερθούν ως ενήλικες, παλεύοντας να διαμορφώσουν μια συνολική αντίληψη για την εργασία και την προσωπικότητα ως στοιχείο αυτοπροσδιορισμού. Οι επαγγελματικές ανησυχίες συνάδουν σε μεγάλο βαθμό και με το οικογενειακό περιβάλλον, αλλά σε ευρεία κλίμακα έχουν να κάνουν τις επαγγελματικές προοπτικές, τις προκλήσεις, την αγορά εργασίας, σε βαθμό που

εκείνη προσφέρει ένα υψηλό επίπεδο αβεβαιότητας, και βέβαια που σχετίζονται με την επιβεβλημένη ανάγκη του επαγγελματικού προσανατολισμού σε μια ηλικιακή περίοδο που δεν είναι ακόμα διαμορφωμένη η επαγγελματική ικανότητα και η συνολική εικόνα που παρουσιάζει ο κάθε ένας επαγγελματικός τομέας (Borgen, Amudson, Trench, 2005).

Συνολικά, τα χαρακτηριστικά των εφήβων μπορούν να ομαδοποιηθούν σε φυσικά, πνευματικά, ψυχολογικά, κοινωνικά, και ηθικά, ως εξής (Jonhson, 2000):

Φυσικά Χαρακτηριστικά

- Ανάπτυξη στη σωματική διάπλαση
- Αυξομειώσεις στην μεταβολική λειτουργία του οργανισμού
- Έντονη όρεξη
- Ωριμότητα φυσικών χαρακτηριστικών με διαφορετική/ανομοιόμορφη ανάπτυξη
- Ενοχλήσεις και προσωπική εξερεύνηση των σωματικών αλλαγών

Πνευματικά Χαρακτηριστικά

- Έντονη περιέργεια
- Πρώτη επαφή και σκέψεις για τα προβλήματα της ζωής
- Εγωκεντρισμός
- Αναλυτική και κριτική σκέψη

Ψυχολογικά Χαρακτηριστικά

- Εκρηκτικοί και ασυνεπείς στην συμπεριφορά τους
- Έντονη ευαισθησία στην κριτική
- Μεταπτώσεις στη συμπεριφορά
- Αναζήτηση της ταυτότητας (σεξουαλικής και μη) και αποδοχή από τρίτους

Κοινωνικά Χαρακτηριστικά

- Επαναστατικότητα και άρνηση απέναντι στους γονείς και σε πρόσωπα που εκπροσωπούν κάποια εξουσία
- Φόβος και αναστάτωση απέναντι σε κάποιο νέο σχολικό και κοινωνικό περιβάλλον
- Αφοσίωση στη φιλία/ομάδα
- Επιθετικότητα και έντονη επιχειρηματολογία
- Συνεχής αναζήτηση επιβεβαίωσης και αγάπης από τους ενήλικους

Ηθικά Χαρακτηριστικά

- Είναι ιδεαλιστές
- Έντονη αίσθηση της τιμότητας και της δικαιοσύνης
- Προβληματισμός για ηθικά διλήμματα και ζητήματα
- Φιλοσοφικές/αφαιρετικές και υπαρξιακές αναζητήσεις για το νόημα της ζωής

Οι έφηβοι επίσης εμφανίζονται αποτελεσματικοί στη λήψη αποφάσεων υπό συνθήκες χαλαρότητας και κοντρολαρισμένων συναισθημάτων, ενώ υπό συνθήκες πίεσης τείνουν να πανικοβάλλονται και να μην τα βγάζουν πέρα. Αυτό οδηγεί αναπόφευκτα στο ερώτημα για το πότε η κοινωνία συνολικά θα πρέπει να προσδοκά από τους νέους να είναι ικανοί να λάβουν αποφάσεις ανεξάρτητες από συναισθηματική φόρτιση, και να είναι υπεύθυνοι για το αποτέλεσμα και τις συνέπειες των πράξεών τους. Η πλειοψηφία των αμερικανικών ερευνών αποδεικνύει ότι η κάθε κοινωνία θέτει ξεχωριστά τα δικά της όρια για τη διαμόρφωση του πλαισίου δράσης των εφήβων και των νέων, και πως η ελαστικότητα της κουλτούρας δίνει και η ίδια απαντήσεις στα ερωτήματα αυτά. (Dahl, 2004)

Για παράδειγμα, η αντιμετώπιση της έκτρωσης από μία έφηβο στην κοινωνία του Λονδίνου σε σχέση με την αντιμετώπιση στην κοινωνία του Ισλαμαμπάντ στο Πακιστάν θα είναι εντελώς διαφορετική. Στο Λονδίνο το ζήτημα θα αντιμετωπιστεί κατά πάσα πιθανότητα με ιδιαίτερη προσοχή, κυρίως για το αποτέλεσμα που θα έχει η έκτρωση στη ψυχολογία της νέας κοπέλας και τις ιατρικές συνέπειες αυτού, ενώ στο Ισλαμαμπάντ η αντιμετώπιση θα κυμαίνεται πιθανότητα μεταξύ πλήρους αδιαφορίας, κοινωνικής κατακραυγής, και «τιμωρίας» της κοπέλας από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Στο σημείο αυτό, παίζει ιδιαίτερο ρόλο το σοκ που θα υποστεί η κοπέλα, αλλά σε συνολική κλίμακα διαφαίνεται και ο βαθμός επιρροής της κοινωνίας σε μελλοντικές αποφάσεις της εφήβου, στο κατά πόσο δηλαδή θα νιώθει κοινωνικά ένοχη για αποκλίνουσα συμπεριφορά ή θα υιοθετήσει μια πιο ανοιχτή προσέγγιση σε ζητήματα, όπως η έκτρωση, που δεν είναι εύκολα διαχειρίσιμα από ψυχολογική και κοινωνιολογική πλευρά (Masten, Hubbard, Gest, 1999).

1.4 Σχέσεις εφήβων

1.4.1 Γονείς

Πριν από το 1970, η επικρατούσα αντίληψη για τη σχέση οικογένειας-εφηβείας ήταν εκείνη που έδινε έμφαση στη φύση και τις συγκρούσεις μεταξύ γονέων-εφήβου. Οι ψυχολογικές προσεγγίσεις πάνω στις σχέσεις της οικογένειας έδιναν έμφαση στην ανάγκη των εφήβων να απομακρυνθούν από το οικογενειακό περιβάλλον και τις συγκρούσεις που προέκυπταν από την ανάγκη των εφήβων να αποσυνδεθούν ψυχολογικά από τους γονείς. Οι γονείς ανέμεναν αυτή την αντίδραση και, σύμφωνα με τη θεωρία, έπρεπε να ανησυχούσαν εάν αυτή η συμπεριφορά δεν προέκυπτε και εμφανιζόταν. Η απουσία σύγκρουσης γινόταν αντιληπτή από τους γονείς ως στοιχείο ανώμαλης ανάπτυξης. Οι θέσεις αυτές διατυπώνονταν από ψυχαναλυτές και θεωρητικούς της ψυχανάλυσης, όπως ο Blos (1967) και ο Erikson (1968).

Κατά τη δεκαετία του 1970, οι απόψεις αυτές άρχισαν να αμφισβητούνται από μια σειρά εμπειρικών μελετών που αντίδραση στη θέση ότι η σύγκρουση ήταν τυπική ή αναπόφευκτη. Μεταξύ 1966 και 1972 αρκετές μελέτες σε κοινοτικό επίπεδο και σε σχολεία δημοσιεύτηκαν και κατέγραψαν ότι το 75% των εφήβων είχαν υγιείς σχέσεις με τους γονείς τους, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν υπήρχαν καυγάδες και συγκρούσεις (Douvan, Adelson, 1966; Kandel, Lesser, 1972; Offer, 1969). Η βασική διαφορά μεταξύ των δύο αυτών τάσεων και αποτελεσμάτων έχει να κάνει με το γεγονός ότι οι πρώτες συντάχθηκαν από κλινικούς ερευνητές, ενώ οι δεύτερες αποτέλεσαν δείγμα από κοινότητες και σχολικό περιβάλλον. Το δεύτερο δείγμα ήταν απελευθερωμένο από τη μεταβλητή της ψυχολογικής σύγκρουσης, ενώ η πρώτη έπαιρνε ως δεδομένο την ύπαρξη συγκρούσεων για την μελέτη του οικογενειακού περιβάλλοντος.

Παράλληλα, κατά τη δεκαετία του 1960 η αντίληψη περί χάσματος γενεών είχε φτάσει στο αποκορύφωμά του, καθώς η νέα γένια είχε γοητευτεί από νέες κοινωνικές συνήθειες με τη χρήση ήπιων ναρκωτικών ουσιών, το απελευθερωμένο σεξ, και το ροκ εν ρολ, σε αντίθεση με τις παλαιότερες γενιές που ήταν προσκολλημένες στον πατριωτισμό, τη σκληρή δουλειά και την οικογένεια. Το κίνημα αυτό διογκώθηκε και προβλήθηκε σε βαθμό κορεσμού από τα μέσα ενημέρωσης, τη στιγμή που η ακαδημαϊκή κοινότητα ήταν πιο συγκρατημένη ως προς τις νέες κοινωνικές συνήθειες και την επιρροή τους στις σχέσεις εφήβων-γονέων.

Σταδιακά όμως, το χάσμα γενεών που αποτελούσε τη βασική αιτία σύγκρουσης, τα αίτια της σύγκρουσης άρχισαν να γίνονται αντιληπτά από την ακαδημαϊκή κοινότητα όχι μόνο ως απότοκος της συμπεριφοράς των νέων, αλλά και ως αποτέλεσμα της συμπεριφοράς των γονέων απέναντι στις νέες κοινωνικές προκλήσεις και προσωπικά τους προβλήματα που έβρισκαν διέξοδο σε μία σύγκρουση με τα παιδιά (Collins, 1990).

Και οι έφηβοι και οι γονείς έχουν μεγαλώσει με διαφορετικές εμπειρίες, διαφορετικούς κώδικες επικοινωνίας, με διαφορετική αντίληψη σε πολλές περιπτώσεις για το τί είναι σωστό και τί είναι λάθος, έχουν διαφορετικούς κώδικες επικοινωνίας, διαφορετικές προσλαμβάνουσες και σε κάποιο βαθμό διαφορετικό οικογενειακό και εκπαιδευτικό υπόβαθρο. Στις περισσότερες των περιπτώσεων οι γονείς είναι εκείνοι που θα φύγουν οργισμένοι και απογοητευμένοι από έναν καυγά, και όχι οι έφηβοι, καθώς οι πρώτοι πιστεύουν πως ακυρώνονται οι προσπάθειές τους για την διάπλαση της προσωπικότητας των παιδιών τους, ενώ στην πραγματικότητα δεν αντιλαμβάνονται πως πρόκειται για μια κανονική εξελικτική σχέση και πως και οι ίδιοι σε μεγάλο βαθμό είχαν ανάλογη συμπεριφορά σε συγκρούσεις με τους γονείς τους όταν ήταν έφηβοι.

Αυτές οι συγκρούσεις, που συνήθως έχουν επαναλαμβανόμενο χαρακτήρα, βαραίνουν κυρίως τις μητέρες οι οποίες αποτελούν την «πρώτη γραμμή σύγκρουσης» με τον έφηβο. Η ένταση είναι περισσότερο έντονη όταν οι γονείς πιάσουν τους εφήβους σε προσωπικές στιγμές, όταν έφηβος είναι το ίδιο φύλο με τον γονέα που έχει τη σύγκρουση, όταν οι γονείς αφοσιώνονται στα παιδιά τους αναλογικά περισσότερο απ' όσο αφοσιώνονται στο γάμο τους και τη δουλειά τους, ή όταν οι γονείς είναι χωρισμένοι. Περίπου το 40 τοις εκατό των γονέων που εμπίπτουν σε αυτές τις περιπτώσεις παρουσιάζουν τα εξής χαρακτηριστικά: χαμηλή αυτοεκτίμηση, μειωμένη ικανοποίηση από τη καθημερινή ζωή, αυξημένο άγχος και τάσεις κατάθλιψης, και μεγάλη ανησυχία για τα συμπτώματα της ηλικίας τους. Η απομυθοποίηση των γονέων από τα παιδιά τους είναι ένα ακόμα σοβαρό σύμπτωμα που παρατηρείται και το οποίο οι περισσότεροι γονείς δυσκολεύονται να αντιμετωπίσουν. Μέρος αυτής της δυσκολίας έγκειται στη σύγκρουση μεταξύ των ψυχολογικών μεταπτώσεων των εφήβων και των αντίστοιχων των γονέων τους που βρίσκονται στη μέση ηλικία (Steinberg, 2001).

Στο πλαίσιο αυτό, η αυταρχική γονεϊκή συμπεριφορά παίζει σημαντικό ρόλο στη μελέτη των αντιδράσεων απέναντι στους εφήβους. Οι αυταρχικοί γονείς

εμπλέκονται στα ζητήματα των εφήβων, διαμορφώνοντας συγκεκριμένες συμπεριφορές και καλλιεργώντας συγκεκριμένες προσδοκίες. Οι συνθήκες αυτές επηρεάζουν τη γενικότερη κουλτούρα και συμπεριφορά των εφήβων δημιουργώντας τους επιπρόσθετο ψυχολογικό βάρος και στρες. Οι έφηβοι που μεγαλώνουν σε αυταρχικό οικογενειακό περιβάλλον παρουσιάζουν συμπτώματα έντονες αντιδράσεις σε ό,τι αυταρχικό εκτός του οικογενειακού περιβάλλοντος, τη στιγμή που αποδίδουν καλύτερα στο σχολείο, ενώ είναι συνήθως εξαιρετικά εξωστρεφείς στις κοινωνικές τους επαφές (Steinberg, 1992).

Ένα ενδιαφέρον σημείο παρατήρησης είναι η επιρροή που έχει η αυταρχικότητα και η υψηλή πειθαρχία των γονέων στις πρακτικές που ακολουθούν απέναντι στα παιδιά τους. Συνολικά, στις μελέτες που αναφέραμε προηγουμένως, οι μαθητές των οποίων οι γονείς παρευρίσκονται σε σχολικές εκδηλώσεις, παρακολουθούν την πορεία των παιδιών και την επιλογή των μαθημάτων, και ευνοούν την επιτυχία και την αφοσίωση στο σχολείο, πηγαίνουν καλύτερα στο σχολείο σε σχέση με τα παιδιά των οποίων οι γονείς εμπλέκονται λιγότερο. Η συναισθηματική επιρροή και το περιβάλλον που καλλιεργείται, η αυταρχικότητα των γονέων –η οποία τελικά μπορεί να εκφραστεί και ως αυστηρή πειθαρχία και προσήλωση στις σπουδές και το μέλλον του παιδιού- επηρεάζουν περισσότερο τους έφηβους και αναφέρονται στον τρόπο που αυτή η αυταρχικότητα ασκείται πάνω σε αυτούς.

1.4.2 Φίλοι

Στη διαλεκτική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ γονέων και εφήβων, σημαντικός είναι και ο ρόλος του φιλικού και σχολικού περιβάλλοντος, υπό την έννοια ότι και αυτό επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την συμπεριφορά του νέου, αλλά παράλληλα ρυθμίζει και το φιλικό περιβάλλον ανάλογα. Και αυτό γιατί η επιλογή της παρέας ή του φίλου/ης είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τον χαρακτήρα του καθενός, τις ιδιοτροπίες, τις επιθυμίες και τα ενδιαφέροντα του κάθε εφήβου. Συνεπώς, ο παράγοντας φιλία, μολονότι επηρεάζει τη σχέση γονέα-εφήβου, εμπίπτει και αυτός στο γενικότερο πλαίσιο μελέτης της εφηβικής και γονεϊκής συμπεριφοράς, άλλοτε θετικά και άλλοτε αρνητικά. Όσο περισσότερη δηλαδή διαφορετική είναι η προσωπικότητα μεταξύ δύο εφήβων, τόσο μεγαλύτερη είναι η σύγκρουση που αναπτύσσεται στην ψυχολογία του νέου, ενώ αντιθέτως όσο περισσότερο ανάλογη

είναι η συμπεριφορά και ο τρόπος ανατροφής, τόσο περισσότερο αμβλύνονται τα ζητήματα που προκύπτουν στο φιλικό και οικογενειακό περιβάλλον (Hogue, Steinberg, 1994).

Η επιρροή του φιλικού περιβάλλοντος είναι σε κάποιες περιπτώσεις πιο έντονη και το αποτέλεσμά της πιο ορατό στη σχέση γονέα-εφήβου. Για παράδειγμα, τα παιδιά των μειονοτήτων στις Ηνωμένες Πολιτείες, και κυρίως οι Αφρο-Αμερικανοί, τείνουν να αποκλίνουν από την αυταρχική συμπεριφορά και πειθαρχία που επιβάλλουν οι γονείς τους, κυρίως λόγω της δύναμης των κωδικών συμπεριφοράς και του ευρύτερου οικονομικού και κοινωνικού περιβάλλοντος. Ακόμα και σήμερα οι Αφρο-Αμερικανοί, λόγω του περιβάλλοντος στο οποίο αναπτύσσονται, με τις οικονομικές δυσκολίες, τον αποκλεισμό και την παραβατικότητα που τους αποδίδεται σε μεγάλο βαθμό προερχόμενο από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, τείνουν να διαμορφώνουν το χαρακτήρα, τη συμπεριφορά και τις επιλογές τους μέσα από την αδιαφορία για το σχολείο και τις σχολικές επιδόσεις, την έλλειψη προοπτικής για ακαδημαϊκές σπουδές και τη δημιουργία ισχυρών δεσμών φιλίας, στη βάση αυτής της άρνησης του κατεστημένου. Σε ανάλογο πλαίσιο, τα κοινωνικά δίκτυα που οι έφηβοι οργανώνουν και συμμετέχουν, καθώς η επιρροή της παρέας από την γειτονιά, διαμορφώνουν τη συμπεριφορά των εφήβων και επηρεάζουν τις σχέσεις τους με τους γονείς τους (Steinberg, 1992).

1.4.3 Σχολείο

Οι έφηβοι έχουν την τάση να αντικαθιστούν τους γονείς τους με τους συνομήλικούς τους, γεγονός που λειτουργεί σαν συνδετικός κρίκος για τη μετάβαση από τις εξαρτητικές σχέσεις σε ανεξάρτητες. Η εφηβική παρέα στηρίζει και ανεβάζει το χαμηλό εφηβικό ηθικό καθώς μοιράζονται κοινές εμπειρίες και εξιδανικεύονται. Το σχολείο, με τη σειρά του, αποτελεί έναν συναισθηματικά σημαντικό μεταβατικό χώρο του εφήβου, με την οικογένειά του και την κοινωνία. Σε αυτόν τον χώρο θα δημιουργήσουν ομάδες, θα αναπτύξουν σχέσεις και θα ανταλλάξουν εμπειρίες. Η ένταξη του εφήβου σε ομάδες αποτελεί και το βασικό παράγοντα για την αποτροπή της ψυχοπαθολογίας. (Havigurst, 1952)

Από την άλλη πλευρά, οι έφηβοι μέσα από το σχολικό περιβάλλον βιώνουν σημαντικές αλλαγές και στον ίδιο χρόνο καλούνται να πάρουν σημαντικές αποφάσεις οι οποίες άπτονται της ακαδημαϊκής τους εξέλιξης. Παράλληλα, έχουν να

αντιμετωπίσουν το μεγάλο βάρος των απαιτήσεων του σχολείου και να καταβάλουν σημαντική προσπάθεια προκειμένου να καταφέρουν το καλύτερο δυνατό.

Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που η περίοδος αυτή παρουσιάζει ανωμαλίες και ανακύπτουν σημαντικά προβλήματα. Η χαμηλή βαθμολογία ή η άρνηση και η αδιαφορία για την μελέτη, συνθέτουν έναν αρνητισμό ο οποίος αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό της εφηβείας. Οι γονείς είναι υπεύθυνοι να τονώσουν το ενδιαφέρον για μελέτη δίχως να προκαλέσουν πίεση και συμπτώματα άγχους τα οποία μπορεί να επιφέρουν τα ακριβώς αντίθετα αποτελέσματα.

Είναι γεγονός, πως η εφηβεία από την φύση της, δε βοηθά ιδιαίτερα στην συγκέντρωση και στη μελέτη των σχολικών μαθημάτων. Οι γονείς, είναι επιβεβλημένο να στέκονται με συμβουλευτική διάθεση στο πλευρό των εφήβων δίχως να του στερούν την ελευθερία και τον αυθορμητισμό που επιτάσσει η εφηβεία. Η συζήτηση και ο διάλογος πρέπει να αποτελούν τα πρώτα όπλα των γονέων στην προσπάθεια να βελτιώσουν την σχέση των εφήβων παιδιών τους με το σχολείο και γενικότερα με την εκπαίδευση τους και να περιορίσουν τα αρνητικά συναισθήματα που πολλές φορές κυριεύουν τους νέους σε σχέση με το σχολείο που δεν είναι αλλά από την ανία, την παθητικότητα, την ανελευθερία και το φόβο. Οι έφηβοι μέσα από το σχολείο δεν αποκτούν μόνο γνώσεις αλλά και μια πληθώρα ευκαιριών με τις οποίες θα κληθούν να ολοκληρώσουν την προσωπικότητά τους. (Havigurst,1952)

1.4.4 Κοινωνία

Εκτός από το γεγονός ότι οι έφηβοι εντάσσονται σε κάποια συγκεκριμένη ομάδα συνομήλικων, εντάσσονται και σε ένα πλήθος το οποίο αναζητά μια προσωρινή ταυτότητα διαφορετική από αυτή που αντιπροσωπεύουν οι ενήλικες. Με αυτόν τον τρόπο δημιουργείται μια υποκουλτούρα που είναι βασισμένη στις επιθυμίες των εφήβων και όχι των γονιών τους. Οι ατελείωτες ώρες απραξίας ή οι χωρίς σημασία συζητήσεις εκφράζουν τον τρόπο ζωής των εφήβων και τις εσωτερικές τους ανάγκες. Η γλώσσα επίσης που χρησιμοποιούν πάντα διέφερε. Η σημασία των λέξεων αλλάζει και γίνεται χαλαρή. Νέες λέξεις και ονοματολογίες δημιουργούνται με αποτέλεσμα τα πράγματα να αποκτούν καινούργια σημασία και συχνά να δίνεται η εντύπωση ενός νέου, συμβολικού κόσμου. (Gruber, 2001)

Οι έφηβοι δανείζονται πολλά στοιχεία από κοινωνικές περιθωριακές υποκουλτούρες και ταυτίζονται με αυτά. Προχωρούν στην άρνηση των κοινωνικών αξιών και στην έκφραση επιθετικότητας. Οι ενήλικες με τη σειρά τους αντιμετωπίζουν τους έφηβους αρνητικά και χωρίς κατανόηση. Αν και ο πιο αποτελεσματικός τρόπος είναι να προσαρμοσθούν οι ίδιοι ή και να ενσωματωθούν. Η απόρριψη των αξιών είναι συνηθισμένο φαινόμενο από τους εφήβους και ο συμβιβασμός τους αφόρητος. Οι αξίες λοιπόν της κοινωνίας δοκιμάζονται και ανανεώνονται από αυτούς. Οι έφηβοι βρίσκονται σε ένα στάδιο στο οποίο νιώθουν την ανάγκη να αμφισβητούν και να κριτικάρουν. Όλη αυτή η κατάσταση διαμορφώνει την περίοδο της εφηβείας ως ένα εύθραυστο μεταβατικό στάδιο στο οποίο ο έφηβος πρέπει να αντιμετωπίζεται από το σύνολο της κοινωνίας με την δέουσα προσοχή προκειμένου να ενηλικιωθεί ομαλά και να αποφύγει να αντιμετωπίσει δυσάρεστες καταστάσεις οι οποίες θα επηρεάσουν μοιραία και την μετέπειτα ζωή του. (Douvan, Adelson, 1966)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 - Η αυτοκτονία στην εφηβική ηλικία

2.1 Ορισμοί

Σχετικά τον ορισμό της αυτοκτονίας, υπάρχουν πολλοί τρόποι για να την χαρακτηρίσει κανείς. Είναι εκείνο το πρόσωπο που αποφασίζει να βάλει τέλος στη ζωή του γιατί έχει επηρεαστεί από πολλούς παράγοντες, ψυχολογικούς και ιατρικούς, αλλά είναι και ο στρατιώτης που επιλέγει να αυτοκτονήσει για να μην προδώσει τους συμπολεμιστές του. Είναι επίσης εκείνο το πρόσωπο που επέλεξε να αυτοκτονήσει γιατί έκρυβε κάποιο μυστικό του οποίου η αποκάλυψη θα προκαλούσε ευρύτερο κακό, αλλά είναι και εκείνο το πρόσωπο που μετά από μια σφαγή, επιλέγει να δώσει τέλος στη ζωή του λόγω αβάσταχτων μετα-δολοφονικών ενοχών. Η έννοια που εμφανίστηκε για πρώτη φορά στα 1600 αναδιαμορφώθηκε ανά τους αιώνες προκειμένου να ανταποκριθεί στις διαφορετικές ερμηνευτικές διαστάσεις που έπαιρνε (Maris, Berman, Silverman, 2000).

Οι σύγχρονοι θεωρητικοί της αυτοκτονίας τείνουν να ερμηνεύουν την έννοια ως «ως πολυδιάστατη κατάσταση που περιέχει στοιχεία βιολογικά, κουλτούρας, κοινωνιολογικά, διαπροσωπικά, ψυχιατρικά, στοιχεία λογικής, και στοιχεία συνειδητού, ασυνειδητού, και φιλοσοφικού περιεχομένου, η οποία απαντά σε συγκεκριμένες ψυχολογικές ανάγκες» (Leenars, 1999). Η αυτοκτονία επίσης ερμηνεύεται ως «πράξη αυτοκαταστροφής, απόλυτα συνειδητή, και πολυδιάστατη στη σύλληψή της ως ο ενδεδειγμένος τρόπος και η τέλεια επιλογή για την αντιμετώπιση ενός προβλήματος ή μιας κατάστασης» (Shneidman, 1985).

Στη ψυχιατρική μελέτη, η αυτοκτονία συνοδεύεται και από επιμέρους κατηγορίες, όπως είναι η απόπειρα αυτοκτονίας και οι αυτοκτονικές τάσεις. Ενώ η αυτοκτονία οδηγεί στο θάνατο, η απόπειρα αυτοκτονίας είναι μια αυτοκαταστροφική επιλογή που έχει σκοπό το θάνατο –είναι με λίγα λόγια μια αποτυχημένη αυτοκτονία. Η σημασία για αυτόν που την επιλέγει έχει να κάνει με την επιθυμία του να δώσει τέλος στη ζωή του και για λόγους εσωτερικούς ή παράγοντες εξωτερικούς αποτυγχάνει. Οι αυτοκτονικές τάσεις συνοδεύουν και τις δύο από τις παραπάνω ενέργειες, τόσο ως προς την ένταση και τη διάρκεια, και αποτελούν προμήνυμα πράξης αυτοκτονίας. Κοινό στοιχείο και των τριών πράξεων και τάσεων είναι η έλλειψη ελπίδας από το πρόσωπο που τις επιλέγει ως λύση στα προβλήματά του (Weisman and Worden, 1972).

2.2 Συμπεριφορές που σχετίζονται με την αυτοκτονία

α) Η **παρα-αυτοκτονική συμπεριφορά** που ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως: «μια πράξη χωρίς θανατηφόρο αποτέλεσμα, κατά την οποία το άτομο εμφανίζει μία μη συνήθη συμπεριφορά χωρίς την παρέμβαση άλλων, η οποία προκαλεί αυτοτραυματισμό ή χαρακτηρίζεται από τη λήψη φαρμακευτικής ουσίας σε πολύ μεγαλύτερη από τη θεραπευτική δόση και η οποία συμπεριφορά έχει ως στόχο την επίτευξη αλλαγών που το άτομο επιθυμεί μέσω των πραγματικών ή των αναμενόμενων σωματικών επιπτώσεων-βλαβών».

Ο παραπάνω ορισμός συμπεριλαμβάνει και την απόπειρα αυτοκτονίας. Ωστόσο, ο όρος «παρα-αυτοκτονία» συνήθως χρησιμοποιείται για να περιγράψει τη συμπεριφορά ασθενών που αυτοακρωτηριάζονται ή αυτοτραυματίζονται, χωρίς να υπάρχει πάντα πρόθεση θανάτου. Αυτή η συμπεριφορά είναι συχνότερη στις μικρές ηλικίες (στην εφηβεία ή την πρώιμη ενήλικη ζωή). Είναι συχνότερη στις γυναίκες απ' ό,τι στους άντρες.

Οι άνθρωποι που αυτοτραυματίζονται συνήθως προκαλούν οι ίδιοι αμυχές, εκδορές, ή βαθύτερα τραύματα με μαχαίρι, ξυράφι, σπασμένο γυαλί κλπ. Συνήθως οι τραυματισμοί εντοπίζονται στα μπράτσα, τους καρπούς, τους μηρούς και τις κνήμες (πιο σπάνιες εντοπίσεις είναι το πρόσωπο, το στήθος και η κοιλιά). Ο αυτοτραυματισμός είναι ένας τρόπος για να ανακουφιστούν από την ένταση που νιώθουν ή να εκτονώσουν το θυμό που νιώθουν για τον εαυτό τους ή τους άλλους. Σε κάποιες περιπτώσεις είναι ένας τρόπος να εκδηλώσουν την επιθυμία τους να πεθάνουν. Αυτού του είδους η συμπεριφορά είναι συχνότερη στους ανθρώπους που έχουν κάποια ψυχική πάθηση, συνήθως διαταραχή προσωπικότητας.

β) Ο **αυτοκτονικός ιδεασμός** που αναφέρεται σε σκέψεις του ανθρώπου που αφορούν αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Αυτές οι σκέψεις μπορεί να είναι ασαφείς και ακαθόριστες και να αφορούν το θάνατο σε κάποιο μελλοντικό χρόνο ή να παίρνουν τη μορφή συγκεκριμένου σχεδίου αυτοκτονίας. Το σχέδιο μπορεί να περιλαμβάνει τον τόπο και το χρόνο της αυτοκτονίας και το μέσο που θα χρησιμοποιηθεί. Η ύπαρξη σχεδίου αυξάνει τον κίνδυνο αυτοκτονίας.

Ο αυτοκτονικός ιδεασμός μπορεί να είναι χρόνιος και επίμονος, ή να είναι παροδικός και να πυροδοτείται από αντίξοα γεγονότα της ζωής. Σε κάθε περίπτωση, εκφράζει τη δυσκολία του ανθρώπου να τα βγάλει πέρα και να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες της ζωής. (Klimaka Bulletin, 2009)

2.3 Ιστορική Αναδρομή

Η σημασία και το νόημα που δίνεται στην πράξη της αυτοκτονίας διαφέρει από ιστορική περίοδο σε ιστορική περίοδο. Για παράδειγμα, στην Αρχαία Ελλάδα η αυτοκτονία θεωρείτο προσβολή έναντι της πολιτείας και οι αυτόχειρες στερούντα το δικαίωμα της ταφής σε νεκροταφεία της πόλης. Η ζωή θεωρείτο δώρο από τους Θεούς και το δικαίωμα της ζωής και του θανάτου οριζόταν μόνο από αυτούς. Αντιθέτως, στην αυτοκρατορική Ρώμη περιστατικά αυτοκτονίας εκλαμβάνονταν συχνά ως πράξεις ανδρείας και τιμής, ηρωισμού και αυτοθυσίας μεταξύ των πολιτικών ηγετών και διανοουμένων της χώρας. Σε κάποιες περιπτώσεις όμως, όπως για παράδειγμα επί Κωνσταντίνου Ι, η νομοθεσία έναντι της αυτοκτονίας έγινε πιο αυστηρή επιβάλλοντας δήμευση της περιουσίας σε περίπτωση αυτοχειρίας προκειμένου να αποφευχθεί η ποινική δίωξη της υπόθεσης ή να αποζημιωθεί η πολιτεία για την απώλεια του πολίτη.

Σε άλλες περιπτώσεις, όπως για παράδειγμα κατά τη διάρκεια του Μεσαίωνα, η στάση απέναντι στο θέμα παρέμεινε διχασμένη. Θεωρείτο μια πράξη εγωιστική που έπρεπε να διωχθεί νομικά και γινόταν αποδεκτή μόνο όταν επιτελείο για λόγους τιμής. Είναι μόνο στην Αναγέννηση που για πρώτη φορά επιχειρείται προσπάθεια ευρύτερης κατανόησης του ζητήματος και απόπειρες αυτοκτονίας γνωστών προσώπων της ιστορίας ερμηνεύονταν ως έκφραση και φιλοσοφικών πεποιθήσεων.

Σε αντίστοιχο επίπεδο, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις κάθε κράτους και λαού διαδραμάτισαν καθοριστικό ρόλο στη θεώρηση του θέματος της αυτοκτονίας. Για παράδειγμα, σε μονοθεϊστικές θρησκείες, όπως ο Χριστιανισμός, ο Ισλαμισμός, και ο Ιουδαϊσμός μεταξύ άλλων, η αυτοκτονία θεωρείται αμάρτημα απέναντι στο Θεό. Η αυτοθυσία θεωρείται μια πράξη αλτρουιστική, ενώ η αυτοχειρία μια πράξη εγωιστική και συνάμα αμαρτωλή. Αντιθέτως σε άλλες θρησκείες όπως ο Βουδισμός, εκφράζεται μια πιο διαλλακτική στάση απέναντι στο ζήτημα της αυτοχειρίας, χαρακτηριστικό παράδειγμα του οποίου αποτελεί η παραδοσιακή τελετουργική αυτοκτονία του χαρακίρι στην κουλτούρα των Ιαπώνων.

Η αυτοκτονία έχει λάβει και διαφορετικές διαστάσεις στη σύγχρονη εποχή, κυρίως με αφορμή τις βομβιστικές επιθέσεις στους Δίδυμους Πύργους στη Νέα Υόρκη το 2001. Ιστορικά, η έναρξη των σύγχρονων βομβιστών αυτοκτονίας τοποθετείται χρονικά το Δεκέμβριο του 1981 στον Λίβανο, με δράστες μέλη της συιτικής εξτρεμιστικής ομάδας γνωστής σήμερα ως Χεζμπολλάχ. Σύμφωνα με μια διαρκώς αμφισβητούμενη ερμηνεία του Κορανίου, οι βομβιστές αυτοκτονίας δεν

τελούν αυτοκτονία, αλλά υφίστανται μαρτυρικό θάνατο για να τιμήσουν τη θρησκεία τους και να εξαφανίσουν τους «άπιστους» Χριστιανούς. Πρόκειται για μια ακραία δράση, την οποία υιοθετούν κυρίως εθνικιστικές και απελευθερωτικές οργανώσεις στη Μέση Ανατολή.

2.4 Μελέτη του φαινομένου της αυτοκτονίας σε παγκόσμιο επίπεδο

Η εφηβική αυτοκτονία αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα και πλέον επίμαχα ζητήματα που απασχολούν γιατρούς, ακαδημαϊκή κοινότητα και γονείς σε παγκόσμιο επίπεδο, καθώς το ποσοστό της εφηβικής αυτοκτονίας έχει αυξηθεί δραματικά από την δεκαετία του 1950 μέχρι σήμερα. Μεταξύ του 1950 και του 1990 το ποσοστό αυτό μεταξύ των ηλικιών 15-19 έφτασε το 11.1 τους εκατό ανά 100.000 ανθρώπους, ενώ προηγουμένως ήταν μόλις στο 2.1 αντιστοίχως. Αναφορικά με τις φυλετικές ομάδες και σε σχέση με το φύλο, οι μαύροι έφηβοι σημειώνουν τα υψηλότερα ποσοστά, ενώ τα αγόρια είναι πιο επιρρεπή στην αυτοκτονία και στην τάση αυτοκτονίας. Τα στατιστικά στοιχεία σε Ηνωμένες Πολιτείες και Ευρώπη αναφέρουν πως στις ηλικίες 10-19 η αυτοκτονία είναι ο τρίτος σημαντικότερος τρόπος θανάτου, ενώ για όλες της ηλικιακές ομάδες, η αυτοκτονία βρίσκεται στην ενδέκατη θέση (Cash and Bridge, 2009).

Η κατάθλιψη είναι ένα από τα μεγαλύτερα και ευρέως αναγνωρίσιμα αίτια της αυτοκτονίας. Στις Ηνωμένες Πολιτείες το 8 τοις εκατό των εφήβων υποφέρει από κατάθλιψη, ενώ το 60 τοις εκατό αυτών που πάσχουν κορυφώνει τις ψυχολογικές εκτροπές της ασθένειας μεταξύ 15 και 17. Μόνο το 50 τοις εκατό διαγιγνώσκεται ιατρικώς, και μόνο το 25 τοις εκατό από αυτό που διαγιγνώσκεται λαμβάνει την κατάλληλη θεραπεία. Το χαμηλό αυτό ποσοστό δικαιολογείται σε μεγάλο βαθμό από την άρνηση του θεραπευόμενου να εμπιστευτεί και να εφαρμόσει πλήρως και με συνέπεια την θεραπεία, ενώ σημαντικά είναι και τα κενά που διαπιστώνονται κατά τη διάρκεια της θεραπείας αναφορικά με το κατά πόσο είναι η κατάλληλη σε κάθε περίπτωση.

Η διαφορά της κατάθλιψης στους εφήβους με την κατάθλιψη στους ενήλικες έγκειται με την έλλειψη εμπιστοσύνης των νέων προς κάθε τί που προσβέυει μια αρχή-στη συγκεκριμένη περίπτωση ο ψυχίατρος/ψυχολόγος- καθώς και η αποτελεσματικότητα της αγωγής, τα ποσοστά επιτυχίας της οποίας είναι πολύ χαμηλότερα στους έφηβους συγκριτικά με τους ενήλικες. Η αντιδραστικότητα στη

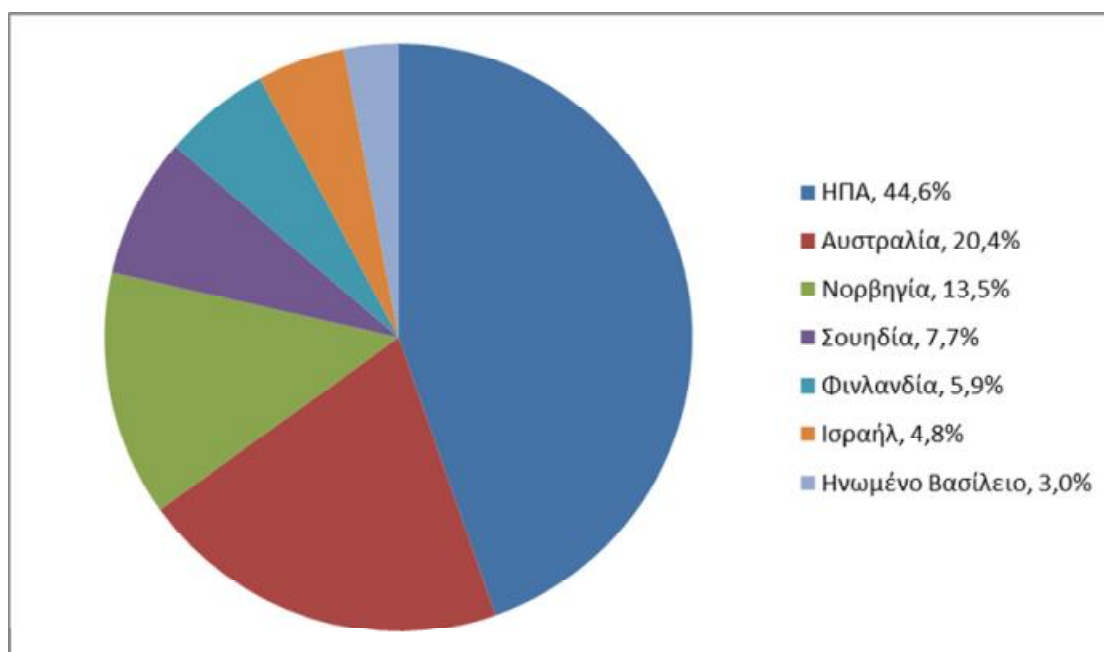
θεραπεία είναι απότοκος και άλλων παραγόντων, όπως είναι ζητήματα ορμονικά, αυτοπεποίθησης, και αδυναμίας διαχείρισης στρες και άγχους, που τελικά καταλήγουν στην εμφάνιση ανωμαλιών αναφορικά με τη διατροφή, την προσωπικότητα, και τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών (Cheung, 2010).

Μαζί με τα προαναφερθέντα συμπτώματα, οι έφηβοι εν μέσω κατάθλιψης παρουσιάζουν συμπεριφορές που ανάγονται σε διαταραχή της προσωπικότητας που αναφέρονται στις ψυχολογικές μεταπτώσεις και στην ασυνέπεια των λεγομένων τους, με ανωμαλίες στη συμπεριφορά, όπως είναι ο αυτοτραυματισμός, η κακή κρίση και οι λανθασμένες επιλογές σε απλά ζητήματα της καθημερινότητας, η έλλειψη κινήτρου, και η πεσμένη διάθεση λόγω κακής ή ελλιπούς διατροφής.

Στη περίπτωση των αγοριών παρουσιάζονται υψηλότερα ποσοστά χρήσης ναρκωτικών ουσιών, ενώ στις κοπέλες τα ποσοστά είναι υψηλά σε σχέση με τις μεταπτώσεις στην ψυχολογία, τις αποτυχημένες απόπειρες αυτοκτονίας, και του αυτοτραυματισμού. Οι πιο συχνά παρατηρήσιμοι παράγοντες κινδύνου είναι μια σοβαρή σύγκρουση στην οικογένεια, μια ερωτική απογοήτευση, αλλά ακόμα και η απογοήτευση ως προϊόν αποτυχίας σε έναν σχολικό διαγωνισμό. Κοντά σε αυτά, ο ρόλος των μέσων μαζικής ενημέρωσης στη διαμόρφωση ασθενικών ειδώλων, αλλά και η ανάγκη κοινωνικής αναγνώρισης και αποδοχής από το ευρύτερο περιβάλλον παίζουν και αυτά τον ρόλο τους (Cheung, 2010).

Σε παγκόσμιο επίπεδο, η συνολική καταγραφή του προφίλ των αυτοκτονικών εφήβων και εκείνων που επιχειρούν να αυτοκτονήσουν αποδεικνύει πως οι έντονες μεταστροφές στη συμπεριφορά αποτελούν τη βασικότερη αιτία για την αυτοκτονία. Σε χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, οι Σκανδιναβικές χώρες, το Ισραήλ, και η Αυστραλία, οι μεταπτώσεις στη συμπεριφορά αποτελούν τον βασικότερο παράγοντα. Δεύτερος σε ποσοστό παράγοντας είναι οι συνέπειες από τη χρήση ναρκωτικών ουσιών, και τρίτος η απογοήτευση από κάποιο σημαντικό γεγονός. Το παρακάτω γράφημα διανέμει τις χώρες που παρουσιάζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά αυτοκτονίας παγκοσμίως (Fleischmann, Bertolote, Belfer, 2005)

Γεωγραφική Κατανομή των Περιπτώσεων Αυτοκτονίας (επί &)



Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας ο οποίος δεν έχει ευρέως μελετηθεί και υπογραμμίζεται στη μελέτη των Wakefield και Rice. (2008) αναφορικά με την αυτοκτονία στην εφηβεία έχει να κάνει με την επιρροή του διαδικτύου και της διαδικτυακής επαφής των νέων. Πέρα από τα θετικά του διαδικτύου –στα οποία δεν υπάρχει λόγος να αναφερθούμε- υπάρχουν και αρνητικά σημεία τα οποία άπτονται της αποκάλυψης των προσωπικών δεδομένων του χρήστη και επηρεάζουν την συμπεριφορά του. Με ένα πάτημα των πλήκτρων παρουσιάζονται πληροφορίες όπως το πού μένει κάποιος, το προσωπικό του τηλέφωνο, ακόμα και κατευθύνσεις για το πώς μπορεί κάποιος να εντοπισθεί μέσα από συγκεκριμένα και ακριβή συστήματα πλοήγησης. Έχει καταστεί εξαιρετικά δύσκολο για τους γονείς να προστατέψουν τα παιδιά τους από την συσσώρευση αυτή πληροφοριών και να τους δώσουν να καταλάβουν ότι τα προσωπικά δεδομένα πρέπει να είναι γνωστά μόνο στους ίδιους και στο στενό τους φιλικό περιβάλλον (Wakefield and Rice, 2008).

Η αύξηση της έντασης των επαφών που αναπτύσσονται στο διαδίκτυο μέσω των κοινωνικών φόρουμ διαδικτύωσης -όπως το facebook και το twitter- αποτελεί δυνητικά μία σημαντική απειλή για την ψυχολογία του εφήβου, καθώς οι σχέσεις που αναπτύσσονται και η επικοινωνία που υπάρχει μπορεί μεν να είναι εντονότερες, ωστόσο απουσιάζει η άμεση διάδραση τόσο σε επίπεδο χρόνου όσο και σε επίπεδο ποιότητας. Η πλασματική αυτή επικοινωνία μπορεί να οδηγήσει τους νέους σε

κατάθλιψη, που ενίοτε νιώθουν απομονωμένοι μέσα σε αυτό το περιβάλλον διάδρασης. Επίσης, η συνεχής παρατήρηση των δραστηριοτήτων των άλλων καλλιεργεί αισθήματα ζήλιας και αναπτύσσει καταστάσεις συνεχούς σύγκρισης, αναφορικά με τα φυσικά χαρακτηριστικά, τις συνήθειες, τους φίλους, τα χόμπι, ακόμα και την οικονομική κατάσταση που παρουσιάζει ο «άλλος». Αναφορικά με την αυτοκτονία, το χάος πληροφοριών του διαδικτύου δίνει στους εφήβους τη δυνατότητα να επισκέπτονται σελίδες και φόρουμ συζητήσεων που αναφέρονται στο θέμα, παρέχουν ενημέρωση για τρόπους αυτοχειρίας, για αυθαίρετη λήψη φαρμάκων, και αναρτούν δίκτυο επαφών προκειμένου να «θρέψουν» την περιέργεια των εφήβων (Wakefield and Rice, 2008).

2.5 Αυτοκτονία στην Ελλάδα

Το τελευταίο διάστημα, τα επίπεδα αυτοκτονίας στην χώρα μας έχουν αυξηθεί δραματικά, γεγονός που αποδίδεται σε μεγάλο βαθμό στην βαθύτατη οικονομική κρίση που πλήττει τα νοικοκυριά. Ωστόσο, ακόμα και υπό αυτές τις συνθήκες, τα συγκριτικά επίπεδα αυτοκτονίας δεν μπορούν να συγκριθούν με αντίστοιχα χωρών της Ευρώπης και της περιφέρειας μας, που παρουσιάζουν τάσεις εκτόξευσης σε συνεχή κλίμακα, παρά μόνο φέτος οπότε η οικονομική κρίση έλαβα ευρύτερες και βαθύτερες διαστάσεις.

Το 2008, η Ελλάδα ήταν στην 84η θέση παγκοσμίως, με συχνότητα 2,8 / 100.000 κατοίκους. Μετά την αύξηση του 2010 ανεβαίνει στο 5,7 περίπου, ποσοστό πολύ χαμηλότερο από το 10/100.000 της Ιταλίας, Ισπανίας, Ολλανδίας, το 13/100.000 των ΗΠΑ και το 25/100.000 της Σκανδιναβίας, Γερμανίας, Ανατολικών χωρών, Ιαπωνίας.

Παρόλα αυτά, το πρόβλημα είναι σοβαρό διότι ο διπλασιασμός σε ένα έτος είναι αρνητικό ρεκόρ. Τα ίδια συμπεράσματα βγαίνουν και από τις κλήσεις στην γραμμή άμεσης ανάγκης 1018 που αναφέρουν διπλασιασμό των τηλεφωνημάτων το 2010 (WSJ online, 2011).

Οι αυτοκτονίες, γενικώς, έχουν κάποιες ενδιαφέρουσες παραμέτρους:

- Ενώ οι απόπειρες είναι 3 φορές συχνότερες στις γυναίκες, οι άνδρες επιτυγχάνουν τον θάνατο 3 φορές περισσότερο από αυτές. Προφανώς οι απόπειρες αυτοκτονίας, είναι περισσότερο αποδεκτές σαν αντίδραση διαμαρτυρίας στο γυναικείο φύλο, στην κοινωνία μας.

- Το 90% των αυτοχειρών έχουν σοβαρή σωματική ή ψυχική νόσο (κυρίως κατάθλιψη).
- Αυτοκτονίες για οικονομικούς λόγους αφορούν κυρίως άνδρες 35-50 ετών επιχειρηματίες ή ανέργους.

Εάν εστιάσουμε την προσοχή μας στις αυτοκτονίες λόγω της οικονομικής κρίσης που αυξάνει δραματικά τις πτωχεύσεις, την οικονομική ανέχεια, την ανεργία, θα παρατηρήσουμε ότι (WHO, 2011):

- Η οικονομική καταστροφή και δυσπραγία στην εποχή μας έχει χαρακτηριστικά ενός συνεχούς και παρατεταμένου stress. Δεν είναι εύκολο τώρα κάποιος να ανακάμψει από οικονομική καταστροφή, ανέχεια ή ανεργία. Το παρατεταμένο stress είναι εξαιρετικά ψυχοθόρο για τον ανθρώπινο ψυχισμό όπως έδειξαν πειράματα των ναζί στον Β. Παγκόσμιο πόλεμο και ‘επαγγελματίες βασανιστές’ (μαρτύριο της σταγόνας, συνεχής αϋπνία κ.ά.).
- Η αυτοκτονία μοιάζει τελικά σαν τη μόνη διέξοδο να γλυτώσει κανείς από τον πόνο της ανέχειας, της κοινωνικής υποβάθμισης, της αυτουποτίμησης, της αδυναμίας να βρεθούν διέξοδοι.
- Μαζί με την οικονομική κρίση συνήθως έρχεται κρίση και σε όλες τις κοινωνικές, οικογενειακές, προσωπικές σταθερές. Ο γάμος συχνά κλονίζεται, οι φιλίες αποδεικνύονται πολύ λιγότερες ή ανύπαρκτες την ώρα της κρίσης, το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον περιορίζεται συνήθως στο ‘τσάι και συμπάθεια’ ή μάλλον μόνο στη ‘συμπάθεια’. Το κράτος έχει μεγάλες αδυναμίες στήριξης των ανέργων και οικονομικά πασχόντων.
- Είναι εύκολα αντιληπτό ότι όσο πιο ψηλά ευρίσκεται κανείς, τόσο μεγαλώνει η επίπτωση από την πτώση. Οι πλούσιοι που ξαφνικά γίνονται φτωχοί βιώνουν δραματική διαφορά στην καθημερινότητά τους.

Τα τελευταία στατιστικά στοιχεία και οι επιδημιολογικές μελέτες καταδεικνύουν μία σημαντική αύξηση σε ποσοστά αυτοκτονιών στην Ελλάδα, η οποία μπορεί να αγγίζει το 40%. Παρόλα αυτά, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κατατάσσει την Ελλάδα στις χώρες με τα χαμηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών παγκοσμίως, ενώ το Υπουργείο Υγείας διαβεβαιώνει ότι η αντιμετώπιση του προβλήματος της αύξησης αυτής είναι μια από τις βασικές προτεραιότητες τόσο της

ΕΕ όσο και του ίδιου του Υπουργείου. Μένει να αποδειχθεί στην πράξη κατά πόσο τα ποσοστά αυτά θα διατηρηθούν ή θα αυξηθούν σε προσεχές διάστημα εν μέσω συρρίκνωσης των επιλογών εξόδου από την κρίση.

2.6 Τρόποι – Μέσα αυτοκτονίας με έμφαση στους εφήβους

Η αυτοκτονία ως μια πράξη που αποσκοπεί και αποφέρει τελικά τον θάνατο σε αυτόν που την έχει σχεδιάσει, είναι μια παράδοξη κατάσταση της ανθρώπινης φύσης που εκπλήσσει τους πάντες γύρω της. Επιστήμονες, γιατροί, ψυχολόγοι, ψυχίατροι, και κοινωνικοί λειτουργοί θέτουν σημαντικά ερωτήματα και εκπονούν μελέτες σχετικά με τα αίτια που προκαλούν την αυτοκτονία. Ιδιαίτερα οι σημειώσεις από αυτόχειρες λίγο πριν το θάνατό τους προκαλούν σοκ στο προσωπικό περιβάλλον του αυτόχειρα και δίνουν κάποιες απαντήσεις σχετικά με την επιλογή να τεθεί τέλος στη ζωή.

Τρόποι αυτοκτονίας είναι πολλοί και σχετίζονται τόσο με τη φαντασία του ανθρώπου, όσο και με τις επιλογές που προβάλλονται εκών άκων από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, το ίντερνετ, τις ταινίες, τα βιβλία. Η λίστα είναι μεγάλη, και περιλαμβάνει στατιστικά ως πρωτεύοντες τρόπους την κατάποση μεγάλης ποσότητας χαπιών, την χρήση ξυραφιών για το κόψιμο των φλεβών, την χρήση όπλου, το επιτηδευμένο αυτοκινητιστικό δυστύχημα, και τον σχεδιασμένο πνιγμό στη θάλασσα ή στην μπανιέρα. Σημαντική σε αυτή την περίπτωση είναι η επιρροή του διαδικτύου στους τρόπους επιλογής της αυτοκτονίας, καθώς σύμφωνα με μελέτη, υπάρχουν ιστοσελίδες που εξειδικεύονται στους τρόπους αυτοχειρίας, παρέχοντας ανατριχιαστικές λεπτομέρειες για την σωστή διάπραξή της. (Tonkin,1986)

Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις χρηστών του διαδικτύου που κατά καιρούς ενθάρρυναν ή βοηθούσαν έμπρακτα άλλους να αυτοκτονήσουν ή να διαπράξουν διάφορα εγκλήματα. Τα άφθονα παράνομα – ή στα όρια της νομιμότητας- υλικό που κυκλοφορεί στον κυβερνοχώρο και η αυξημένη προσκόλληση των νέων σε διαδικτυακά παιχνίδια βίας συνθέτουν ένα εκρηκτικό μίγμα που προβληματίζει τους ειδικούς. Κοντά σε αυτό, πολλές φορές έχει απασχολήσει και τις αστυνομικές αρχές ανά τον κόσμο η διεθνής συνεργασία που αναπτύσσεται σε ιστοσελίδες που αναρτούν σημειώματα αυτοχειρών για να παροτρύνουν εκείνους που θέλουν να αυτοκτονήσουν και να αναπτύξουν μια μιμητική στάση απέναντι στο φαινόμενο. Μάλιστα στον διαδικτυακό τόπο facebook υπήρχε ομάδα χρηστών που μελετούσε και πρότεινε τρόπους αυτοκτονίας, έχοντας μάλιστα και μεγάλη επιτυχία ως προς το ενδιαφέρον

που προσέλκυε στους εφήβους. Άλλοι πάλι αναζητούν βοήθεια στο διαδίκτυο για να αυτοκτονήσουν, εντοπίζοντας με μια απλή έρευνα χώρους που προσφέρονται για αυτό.

Επανερχόμενοι στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, οφείλουμε να σημειώσουμε εδώ ότι η επίδρασή τους είναι πολύ ισχυρή, κυρίως λόγω της αναλυτικότητας κάλυψης φαινομένων αυτοκτονίας, της καλλιέργειας ενός αισθήματος φόβου και αναστάτωσης και της παρατεταμένης παραπληροφόρησης γύρω από την κάθε περίπτωση που αναπτύσσεται από άλλα δίκτυα. Σε κάθε περίπτωση, ειδικά για τις ευαίσθητες ηλικίες των εφήβων, η κάλυψη και παρακολούθηση τέτοιων γεγονότων όφειλε να γίνεται κάτω από την επίβλεψη των γονέων και με την αμέριστη προσοχή τους (Humphry, 1997).

2.7 Προφίλ αυτοκτονικού εφήβου

Οι σημαντικότεροι παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν έναν έφηβο στο να επιλέξει να αυτοκτονήσει ή να κάνει απόπειρα αυτοκτονίας, είναι η κατάθλιψη, το αλκοόλ, τα ναρκωτικά, η επιθετική συμπεριφορά, και ενδεχομένως μια προηγούμενη αποτυχημένη απόπειρα αυτοκτονίας. Εάν παρατηρούνται κάποια από τα παρακάτω συμπτώματα, κάποιες εμπειρίες ή συμπεριφορές, ο έφηβος θα ήταν καλό να συμβουλευτεί κάποιον ψυχίατρο ή ψυχολόγο, ή έστω έναν γονέα του ή έναν σχολικό σύμβουλο (American Psychiatric Association Report, 2010):

- Καταθλιπτική συμπεριφορά
- Κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών
- Συχνά επεισόδια επιθετικής συμπεριφοράς και απομάκρυνσης από το περιβάλλον
- Απώλεια στην οικογένεια ή προβλήματα με τους γονείς
- Εξωτερίκευση αυτοκτονικών τάσεων, σκέψεις για το θάνατο, συμπτώματα θλίψης και βαρεμάρας
- Δυσκολίες στη διαχείριση των σεξουαλικών σχέσεων
- Απάρνηση για οποιαδήποτε δραστηριότητα
- Αναπάντεχη εγκυμοσύνη
- Εκφράσεις θυμού και συνεχής ένταση

Οι έφηβοι που σκέφτονται την αυτοκτονία συνήθως είναι μοναχικοί και αρνητικοί σε κάθε προσπάθεια ή δραστηριότητα. Είναι ιδιαίτερος ευάλωτοι όταν έχουν χάσει κάποιο δικό τους πρόσωπο, όταν έχουν υποστεί ταπείνωση ή έχουν κάποιο αντίστοιχο τραύμα, όπως μια κακή απόδοση στο σχολείο, ένα χωρισμό, ένα γονέα που είναι αλκοολικός ή φίλους τους που έχουν εθιστεί στα ναρκωτικά, κάποιες έντονες διαφωνίες στην οικογένεια, ή όταν είναι μέλη μονογονεϊκής οικογένειας. Εντούτοις, υπάρχουν έφηβοι που έχουν αυτοκτονική συμπεριφορά ακόμα και όταν δεν παρουσιάζουν κάποια από τα προαναφερθέντα συμπτώματα ή δεν έχουν αντίστοιχες εμπειρίες. (Maine and Martin, 2001)

Οι έφηβοι που σκέφτονται να αυτοκτονήσουν συνήθως προβαίνουν σε ξεκαθάρισμα των αγαπημένων αντικειμένων τους, καθαρίζουν με ασυνήθιστο ζήλο το δωμάτιο και τον χώρο τους, ή πετάνε πράγματα που αδικαιολογήτως φύλαγαν για καιρό. Μετά από μια περίοδο κατάθλιψης μπορεί ξαφνικά να περάσουν σε μια κρίση χαράς και ευδιαθεσίας γιατί πιστεύοντας ότι με το να επιλέξουν να αυτοκτονήσουν θα δώσουν ένα τέλος στα προβλήματά τους, φρονώντας πως είναι η καλύτερη επιλογή. Νέοι που έχουν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας στο παρελθόν έχουν περισσότερες πιθανότητες να το επαναλάβουν, συνηθίζοντας να εκφράζουν συγκεκριμένες προτάσεις που δείχνουν ή προϋδεάζουν τον άλλον για αυτό που σκέφτονται να κάνουν.

2.8 Αιτιολογικοί παράγοντες αυτοκτονίας

2.8.1 Ιατρικοί

Η επιλογή της αυτοκτονίας και η απόπειρα αυτοκτονίας είναι στενά συνδεδεμένες με την κατάθλιψη. Η κατάθλιψη με τη σειρά της είναι μια κατάσταση έντονου προβληματισμού, εσωστρέφειας και ένα σύνολο συμπεριφορικών συμπτωμάτων που μπορεί να έχουν την αφετηρία τους σε μια σειρά από προβλήματα και δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι έφηβοι και στα οποία αδυνατούν να ανταποκριθούν. Τέσσερα είναι τα πιο συχνά παρατηρούμενα προβλήματα που περιβάλλουν την αυτοκτονία στους εφήβους: η χρήση ναρκωτικών ουσιών και ο εθισμός στο αλκοόλ, η έκτρωση, μια μεγάλη ερωτική απογοήτευση καθώς και η νευρική ανορεξία (Cheung, 2010).

Παράλληλα με αυτό, υπάρχουν πολλά εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι ψυχίατροι και ψυχολόγοι, γεγονός που επηρεάζει σημαντικά την αποτελεσματικότητα των μεθόδων τους αναφορικά με τον αυτοκτονικό έφηβο. Το βασικότερο από αυτά τα προβλήματα έγκειται στη δυσκολία ακριβής διάγνωσης της κατάθλιψης και των ορατών τάσεων και συμπεριφορών αποκρυπτογράφησης της. Οι έφηβοι τείνουν γενικά να είναι διστακτικοί, εάν όχι αρνητικοί, μπροστά στον ψυχολόγο. Η αποτελεσματικότητα των μεθόδων τους είναι πολύ χαμηλότερη στο συγκεκριμένο ηλικιακό γκρουπ σε σχέση με τα υπόλοιπα, ενώ η ανάγκη για περίθαλψη και συγκεκριμένη αγωγή είναι πιο ορατή ύστερα από κάποιο ισχυρό σοκ ή απώλεια (π.χ. θάνατος γονέα, σεξουαλική απογοήτευση). Συχνότερα, τουλάχιστον στις περισσότερες χώρες του δυτικού κόσμου, ο πρώτος άνθρωπος που θα μιλήσει ή θα εμπιστευτεί κάτι ο έφηβος είναι ο σχολικός σύμβουλος, μία νοσοκόμα, ή ένας μεγαλύτερος φίλος.

Η κατάθλιψη όπως προαναφέρθηκε, είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τις απόπειρες αυτοκτονίας. Η κατάθλιψη γεννά ενίοτε και έντονη επιθετικότητα απέναντι στον οποιονδήποτε, και συνήθως απέναντι σε πρόσωπα που οι έφηβοι νιώθουν πιο οικεία. Ένα ακόμη στοιχείο της κατάθλιψης των εφήβων έχει να κάνει με την εξωτερική εμφάνιση και το πώς αυτή γίνεται αντιληπτή από το ίδιο το πρόσωπο απέναντι στους τρίτους. Οι διατροφικές αναταράξεις και ανωμαλίες είναι ένα σύνηθες φαινόμενο ιδιαίτερα στις κοπέλες, και είναι συνδεδεμένες με μια χρόνια ασθένεια, την νευρική ανορεξία. Η ασθένεια αυτή έχει πάρει εξαιρετικά μεγάλες διαστάσεις σε όλο τον κόσμο, και αποτελεί εδώ και μια 15ετία μία από τις σοβαρότερες αιτίες θανάτου στις νεαρές ηλικίες. Είναι όμως και αιτία αυτοκτονίας, και περισσότερο συνδέεται με αυξημένο αριθμό απόπειρων αυτοκτονίας.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες μόνο, το ποσοστό απόπειρας αυτοκτονίας ως απότοκος της νευρικής ανορεξίας και της κατάθλιψης που προκαλεί αγγίζει ετησίως κατά μέσο όρο το 5 τοις εκατό στο σύνολο των αιτιών απόπειρας αυτοκτονίας από το 1998 μέχρι το 2008. Το ποσοστό αυτό είναι ανησυχητικό, λαμβάνοντας υπόψιν ότι την τελευταία πενταετία οι διαφημιστικές καμπάνιες, αλλά και οι θεραπευτικές μέθοδοι έχουν αναπτυχθεί και εξελιχθεί σε σημαντικό βαθμό, δίνοντας έμφαση στο φαινόμενο αυτό. Παρόλα αυτά, το ποσοστό δεν δείχνει τάσεις μειώσεις, ενώ οι ειδικοί σημειώνουν ότι όσο επιχειρείται από τα μέσα ενημέρωσης η προβολή ενός συγκεκριμένου μοντέλου εξωτερικής εμφάνισης, οι έφηβες θα αδυνατούν να προσαρμοστούν και θα επιχειρούν συνεχώς να μοιάσουν στα είδωλα αυτά

καταστρέφοντας τον οργανισμό τους και καταλήγοντας στο θάνατο (Bursztein and Apter, 2008).

2.8.2 Ψυχολογικοί

Τα ναρκωτικά, και κυρίως ο εθισμός σε αυτά, αποτελούν πηγή κινδύνου και διευκολύνουν την απόφαση για αυτοκτονία. Σε πρώτο στάδιο, η χρήση ναρκωτικών ουσιών γίνεται για λόγους πειραματισμού και διασκέδασης, ενώ σε πολλές περιπτώσεις είναι και μια προσπάθεια κοινωνικοποίησης μεταξύ εφήβων που δυσκολεύονται να ενταχθούν σε ένα φιλικό περιβάλλον. Είναι ακόμα και ένα στοιχείο πρεστίτζ, τόλμης, και φήμης για πολλούς που προσπαθούν να αποδείξουν την ανθεκτικότητά τους στην χρήση επικίνδυνων ουσιών για να εντυπωσιάσουν. Σε μεγάλο βαθμό είναι και μια προσπάθεια για αποφυγή μια επώδυνης κατάστασης – οικογενειακής, ερωτικής, φιλικής- και δημιουργία μιας τεχνητής πραγματικότητας στην οποία το πρόβλημα αμβλύνεται και κατά τη διάρκεια της επήρειας εξαφανίζεται (Runeson, 1989).

Για πολλούς εφήβους το πέρασμα από τη χρήση ναρκωτικών ουσιών, στην εξάρτηση, και τελικά στην απόπειρα αυτοκτονίας είναι μια επίπονη διαδικασία. Είναι όμως και σχετικά εύκολο να φτάσει ένας έφηβος στην εξάρτηση, ιδιαίτερα όταν οι μεταπτώσεις στην ψυχολογία είναι έντονες. Ο εθισμός επιτυγχάνεται μέσω της ανάγκης του εφήβου να δώσει τέλος στη ζωή του, και την γενικότερη αντίληψη πρωτοβουλιών υψηλού ρίσκου που αναλαμβάνει. Γίνεται απρόσεκτος, αντικοινωνικός, και φτάνει στα άκρα όταν βρίσκεται υπό την επήρεια των ναρκωτικών ουσιών. Σε μεγάλο βαθμό, έφηβοι που ακολουθούν συγκεκριμένη θεραπεία με αντικαταθλιπτικά χάπια, και είναι παράλληλα εν αγνοία των ψυχιάτρων χρήστες ναρκωτικών ουσιών, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για παρουσίαση τάσεων αυτοκτονίας λόγω της μείξης ουσιών που αναταράσσουν συνολικά την εγκεφαλική λειτουργία (Runeson , 1989).

Παράλληλα με τη χρήση ναρκωτικών ουσιών, ο εθισμός στο αλκοόλ είναι ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που περιβάλλει την αυτοκτονία στους εφήβους. Η κατανάλωση αλκοόλ και σταδιακά η εξάρτηση από αυτό σε συνδυασμό με την κατάθλιψη είναι ένας συνδυασμός που οδηγεί τους νέους στην αυτοκτονία. Ακόμα και ως ανεξάρτητος παράγοντας σε σχέση με την κατάθλιψη, το αλκοόλ μπορεί από μόνο του να οδηγήσει στην επιλογή της αυτοκτονίας (Gruber, 2001).

Συνολικά μέχρι σήμερα είναι λίγες οι μελέτες που έχουν δώσει έμφαση στο ρόλο του αλκοόλ στην εφηβική αυτοκτονία. Μία από τις σημαντικότερες είναι εκείνη των Jones (2009), η οποία αναφέρεται στις πολιτικές για τον έλεγχο της κατανάλωσης αλκοόλ στους νέους. Τα στοιχεία αποδεικνύουν ότι στις Ηνωμένες Πολιτείες, αλλά και συνολικά στις δυτικές κοινωνίες, το χαμηλό ηλικιακό όριο στο οποίο επιτρέπεται η χρήση αλκοόλ είναι υπεύθυνο σε σημαντικό βαθμό για την επίδραση που έχει στους εφήβους. Σε πολιτείες των ΗΠΑ όπου το ηλικιακό όριο πάνω από το οποίο επιτρέπεται ένας νέος να καταναλώσει αλκοόλ είναι υψηλότερο, τα ποσοστά αυτοκτονίας είναι χαμηλότερα, τουλάχιστον 15 τοις εκατό σε συγκριτικό επίπεδο. Αντίθετα στις πολιτείες όπου το όριο είναι τα 18 έτη υπάρχουν υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας.

Παράλληλα, το ηλικιακό όριο είναι απόλυτα συνυφασμένο με τη φορολογία των αλκοολούχων ποτών. Σε μια ανάλογη έρευνα του Sloan. (2006) αποδεικνύεται ότι η υψηλότερη φορολογία στα ποτά αποτρέπει τους νέους να καταναλώσουν μεγάλες ποσότητες, και κατά συνέπεια να αποφύγουν την υπερβολική κατανάλωση και τον εθισμό. Τονίζεται βέβαια παράλληλα πως η κατανάλωση αλκοόλ κατ'οίκον είναι επίσης ένας σοβαρός παράγοντας εθισμού, τη στιγμή που στο σπίτι υπάρχει κάποια κάβα, ή ένας από τους δύο γονείς καταναλώνει μεγάλες ποσότητες.

Ένα επιπλέον πρόβλημα είναι η αδιαλλαξία κυρίως των αγοριών εφήβων να αναζητήσουν ψυχολογική και ιατρική βοήθεια, γεγονός που αποδεικνύεται και από τα στατιστικά στοιχεία που παρουσιάσαμε προηγουμένως. Κατά συνέπεια ο ψυχολόγος έρχεται σε επαφή με τον έφηβο μέσα από την επιμονή κάποιου καλού φίλου, συγγενή, ή δασκάλου. Η επέμβαση του ψυχολόγου είναι έπειτα από την συνέπεια κάποιου τραύματος, μιας μαθησιακής δυσκολίας, ή μιας διατροφικής διαταραχής. Και αυτό διότι όπως αποδεικνύεται από μελέτες σε Καναδά, Ηνωμένες Πολιτείες, και τη Σκανδιναβία -μία από τις περιοχές με υψηλό δείκτη εφηβικής αυτοκτονίας στην Ευρώπη- η αυτοκτονία και η διάγνωση αυτής μέσω κάποιας προγενέστερης συμπεριφοράς εντοπίζεται σε βαθμό της τάξεως του 10 τοις εκατό, ποσοστό ιδιαίτερα χαμηλό.

Ανάλογες μελέτες αποδεικνύουν ότι ο πιο συνηθισμένος συνδυασμός χαρακτηριστικών που οδηγούν στην αυτοκτονία των εφήβων αγοριών είναι το αλκοόλ, η οργή, και τελικά η επιλογή ενός μέσου -συνήθως όπλο- για τον τερματισμό της ζωής. Αντίστοιχα μελέτες στη βάση της απόπειρας αυτοκτονίας αποκαλύπτουν την χρήση λιγότερο άμεσων μέσων (π.χ γκλομπ), τις επαναλαμβανόμενες

προσπάθειες, και την υπογράμμιση υψηλών ποσοστών απόπειρας στις έφηβες κοπέλες (Tonkin, 1986).

Ο Eisenberg ορίζει την αυτοκτονική συμπεριφορά ως ένα σύνδρομο αδυναμίας στο οποίο αυτός που υποφέρει των βασικών συστατικών και βιταμινών για την πίστη στον εαυτό την έλλειψη ελπίδας για το μέλλον, υπογραμμίζοντας πως το αντίδοτο βρίσκεται στην φροντίδα και την κατανόηση από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον. Η φροντίδα και η κατανόηση πρέπει να δίνονται στις κατάλληλες δόσεις, και υπεύθυνος για αυτό είναι ο ψυχολόγος, καθώς οι παθόντες χρειάζονται χρόνο και υπομονή για να επανέλθουν. Και αυτό διότι, όπως αποκαλύπτουν έρευνες, μόνο ένας στους τρεις έφηβους με τάσεις αυτοκτονίας θα παραμείνει τελικά στο δωμάτιο αναμονής πριν επισκεφτεί στον ψυχολόγο. Ο ψυχολόγος διαθέτει την υπομονή και τα κατάλληλα επιστημονικά εργαλεία για να ανταποκριθεί στο σκοπό αυτό και να παρακολουθήσει τη συμπεριφορά του εφήβου καθ'όλη την πορεία των επισκέψεων και της ενδεχόμενης θεραπείας. Γνωρίζει την ανάπτυξη και εφαρμογή συγκεκριμένων στρατηγικών, μπορεί να φέρει τον ασθενή σταδιακά αντιμέτωπο με το πρόβλημά του, να τον βάλει στη διαδικασία να επιλέξει εναλλακτικές πρακτικές για να αντιμετωπίσει το πρόβλημά του, και να είναι έτοιμος να καταλάβει τα λάθη του και να τα διορθώσει (Eisenberg, 1980).

Επιπρόσθετα, η ερωτική απογοήτευση αποτελεί έναν ακόμη παράγοντα που περιβάλλει την αυτοκτονία στους εφήβους. Ο έρωτας είναι ένα πολύ έντονο, σχεδόν ονειρικό συναίσθημα, και γεννά καταστάσεις και στιγμές που επηρεάζουν αποφασιστικά τη ζωή ενός εφήβου. Η διαχείριση της κατάστασης είναι κάτι παραπάνω από δύσκολη, και αυτό ισχύει για όλες τις ηλικιακές κατηγορίες, όχι μόνο για τους έφηβους. Κοντά σε αυτό, ένα μεγαλύτερο πρόβλημα δημιουργείται για ομοσεξουαλικά ζευγάρια, που πέρα από τα δικά τους προβλήματα και τις δικές τους αναζητήσεις, έχουν να αντιμετωπίσουν και ένα συντηρητικό και φιλύποπτο περιβάλλον σχολικό και οικογενειακό, το οποίο βαραίνει ιδιαίτερα την ψυχολογική τους κατάσταση και τους απομονώνει.

Η σεξουαλική αυτή μειονότητα στα σχολεία αντιμετωπίζεται καθημερινά με προσβολές, υποτιμητικές εκφράσεις και απομόνωση, καθώς γίνεται δύσκολη, αν όχι αδύνατη, μια φυσιολογική αντιμετώπιση του ζητήματος από τους συμμαθητές. Κοντά σε αυτό, τα τηλεοπτικά προγράμματα και ταινίες που βλέπουν, οι διαφημίσεις, οι γονείς, οι διδάσκοντες δίνουν στους έφηβους ένα μικτό μήνυμα, αλλά πιο συνήθως παρέχουν μια αρνητική άποψη για τον ομοφυλοφιλιισμό. Ζώντας σε ένα τέτοιο

περιβάλλον, οι έφηβοι αποκτούν συνολικά μια ιδιαίτερη συμπεριφορική δυσκαμψία και ανασφάλεια σε ζητήματα με συνομηλικούς τους που είναι γκέι, λεσβίες, τρανσέξουαλ και γενικότερα ομοφυλόφιλοι, τη στιγμή που οι ίδιοι προσπαθούν να διαμορφώσουν μια συγκεκριμένη σεξουαλική συμπεριφορά αναπτύσσοντας ταμπού. (Rotheram-Borus and Fernandez, 1995).

Τα προβλήματα των σεξουαλικών μειονοτήτων στα σχολεία για τα παιδιά αυτά είναι εντυπωσιακά. Ο D'Augelli (2002) σε μια μελέτη του συμπεριέλαβε δείγμα 350 λεσβίων και γκέι νέων ηλικίας μέχρι 18 ετών. Σχεδόν οι μισές από τις λεκτικές προσβολές από τους συμμαθητές τους είχαν να κάνουν με την σεξουαλική τους συμπεριφορά και τον σεξουαλικό τους προσανατολισμό, ενώ το 11 τοις εκατό έπεσε θύμα λιντσαρίσματος. Συνήθως τα αγόρια στοχοποιούνται πιο συχνά από τα κορίτσια, και αυτό έχει να κάνει με τη θέση που έχουν τα αγόρια στη σχολική κοινωνία και οι ρόλοι που τους αποδίδονται μέσα στο σχολικό περιβάλλον. Σε μεγάλο βαθμό οι ρόλοι αυτοί μοιάζουν να ακολουθούν τις επιταγές της πατριαρχικής οικογένειας, όπου ο άντρας (πατέρας) είναι ο κυρίαρχος του σπιτιού. Αυτό το μοντέλο, μολονότι είναι πλέον ξεπερασμένο στις δυτικές κοινωνίες, παραμένει ακόμα ζωντανό στα σχολεία ως «οδηγός» συμπεριφοράς και διατήρησης των ισορροπιών μεταξύ των φυλών. Σταδιακά, όπως αναφέρεται στην μελέτη, το μοντέλο αυτό χαλαρώνει και παύει να λειτουργεί όσο μεγαλώνουν τα παιδιά και διαμορφώνουν μια πιο ανεκτική συμπεριφορά απέναντι στο διπλανό τους, τις ιδιαιτερότητές του, και τον χαρακτήρα του.

Η ερωτική απογοήτευση τόσο μεταξύ των ετερόφυλων όσο και μεταξύ των ομόφυλων ζευγαριών είναι μια επώδυνη διαδικασία που διαφοροποιείται μόνο ως προς την αποδοχή και αντιμετώπιση που λαμβάνει από το εξωτερικό περιβάλλον. Για τη δεύτερη περίπτωση, τα πράγματα είναι σαφώς πιο δύσκολα λόγω της ευρύτερης κοινωνικής άρνησης για αποδοχή της διαφορετικότητας (D'Augelli, 2002).

2.8.3 Κοινωνικοί

Πολλοί ακαδημαϊκοί υποστηρίζουν πως η αυτοκτονία στην εφηβεία είναι αποτέλεσμα μιμητικής στάσης, κυρίως για είδωλα των εφήβων που αυτοκτόνησαν, όπως ηθοποιοί, καλλιτέχνες, και πρόσωπα του θεάματος. Ο τρόπος και η ηλικία τους παίζει παράλληλα σημαντικό ρόλο, καθώς είδωλα νεαρής ηλικίας που επέλεξαν να αυτοκτονήσουν με βίαιο τρόπο συγκινούν και επηρεάζουν ακόμη περισσότερο τους

εφήβους. Για αυτόν ακριβώς τον λόγο, τόσο το οικογενειακό όσο και το φιλικό περιβάλλον πρέπει να ενδιαφέρονται και να παρατηρούν παράξενες και καταθλιπτικές συμπεριφορές, να τις καταγράφουν, και να καταφεύγουν σε έναν ειδικό που θα μπορέσει να δώσει λύση, μέσα από το διάλογο, ή ακόμα και τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. Η έλλειψη εμπειρίας και ο φόβος αποκάλυψης των ενδόμυχων σκέψεων και προβληματισμών αποτελούν τις μεγαλύτερες αδυναμίες της εφηβικής ηλικίας και πρέπει να αντιμετωπίζονται ανάλογα για να αποφεύγονται ακραίες συμπεριφορές (Tonkin, 1986).

Η κοινωνιολογική προσέγγιση της αυτοκτονίας από τον Durkheim αποτελεί περισσότερο ένα μοντέλο αναφοράς και κατηγοριοποίησης της αυτοκτονίας, ωστόσο επειδή ακριβώς περικλείει όλες τα συμπεριφορικά ενδεχόμενα, παραμένει πάντα κλασσικό και οικουμενικό στη σύλληψή του. Ο Γάλλος κοινωνιολόγος μίλησε για τρεις συγκεκριμένους τύπους αυτοκτονίας: τον «αλτρουιστικό», βάσει του οποίου το άτομο στην προσπάθειά του να διασώσει κάποιον ή κάποιους συγγενείς, φίλους, γνωστούς, ή ακόμα και εντελώς άγνωστους συνανθρώπους του από άμεσο κίνδυνο «θυσιάζει» την προσωπική του ύπαρξη. Το μοντέλο αυτό μπορεί να πάρει διάφορες διαστάσεις και να εντοπιστεί είτε κατά τη διάρκεια μίας μάχης, είτε όταν γνωρίζοντας ότι πάσχει από κάποια ανίατη ασθένεια σε προχωρημένο στάδιο, να αποφασίσει να δώσει τέλος στη ζωή του για να βοηθήσει με τη δωρεά ενός οργάνου κάποιον συνάνθρωπό του (Kushner and Sterk, 2005).

Ο δεύτερος τύπος αυτοκτονίας είναι η «εγωιστική», όπου το άτομο τερματίζει την ζωή του για καθαρά προσωπικούς λόγους όντας εντελώς αποστασιοποιημένο από τον πόνο και την οδύνη που αυτή του η πράξη μπορεί να προκαλέσει σε συγγενικά του πρόσωπα και φίλους. Ο τρίτος τύπος είναι η «ανομική» αυτοκτονία, όπου το άτομο αποφασίζει αμετάκλητα να διακόψει τη ζωή του επειδή κάποιες φυσικές καταστροφές, όπως για παράδειγμα σεισμοί, πλημμύρες, ή πόλεμοι, ανατρέπουν συλλήβδην το σύστημα στο οποίο έχει μάθει να ζει και να αναπτύσσεται. Και οι δύο τελευταίοι τύποι αυτοκτονίας συναντώνται στην εποχή μας, με τον μεν δεύτερο να συνδέεται περισσότερο με την κατάθλιψη, τον δε τρίτο να αναφέρεται στην ακαριαία επιλογή της αυτοκτονίας, μια επιλογή που αν και όπως αναφέραμε σε προηγούμενο κεφάλαιο είναι η λιγότερο συνηθισμένη, είναι εκείνη που συντρέχει σε περιπτώσεις ακραίας συμπεριφορικής και ψυχολογικής ανισορροπίας (Kushner and Sterk, 2005).

Αναλύοντας τα κοινωνικά αίτια της αυτοκτονίας στην εφηβεία μπορούμε επίσης να διακρίνουμε πως η έκτρωση είναι επίσης συνδεδεμένη με ένα σχετικά

υψηλό ποσοστό συσχέτισης με την αυτοκτονία. Ειδικά σε αυστηρά οικογενειακά περιβάλλοντα και σε κλειστές τοπικές κοινωνίες, η επιλογή της έκτρωσης είναι μια επώδυνη, πέρα από σωματική, και ψυχολογική διαδικασία. Η αντιμετώπιση του στενού περιβάλλοντος και η δυσκολία αποδοχής μια τέτοιας απόφασης είναι κάτι το οποίο βαραίνει τη συνείδηση των κοριτσιών που είτε από απροσεξία, λάθος, ή ασυνείδητη επιλογή έμεινα έγκυες. Το ψυχολογικό βάρος και η έλλειψη υποστήριξης ακόμα και από το σύντροφο είναι ένα επιπλέον εμπόδιο που καλείται να ξεπεράσει μία έφηβη κοπέλα, και συνήθως στις ηλικίες αυτές η κατανόηση και η ώριμη σκέψη είναι κάτι που δεν αποτελεί τον κανόνα. Σε πολλές περιπτώσεις, η επιλογή για την έκτρωση βαραίνει τόσο πολύ τη συνείδηση της έφηβης, που στη συνέχεια οι ενοχές και η έλλειψη κατανόησης τη οδηγούν στη χρήση ναρκωτικών ουσιών, στα ναρκωτικά, και τελικά στην αυτοκτονία. Στις Ηνωμένες Πολιτείες και τις Σκανδιναβικές χώρες παρουσιάζεται το μεγαλύτερο ποσοστό συνδεδεμένο με την αυτοκτονία, αγγίζοντας στο σύνολο των αιτιών το 8 τοις εκατό (Strahan, 2000).

2.8.4 Οικογενειακοί

Οι έρευνες των κοινωνικών επιστημών έχουν αποδείξει ότι η συμμετοχή των γονέων επηρεάζει τη συμπεριφορά των εφήβων, κυρίως μέσω της παρακολούθησης των δράσεων και δραστηριοτήτων τους. Οι γονείς που ξοδεύουν περισσότερο χρόνο για την επίβλεψη των παιδιών τους βλέπουν τα παιδιά τους να συμμετέχουν σε λιγότερες επικίνδυνες συμπεριφορές, ενώ πρόσφατες έρευνες απέδειξαν επίσης ότι η ποιότητα της σχέσης μητέρας-κόρης επηρεάζει την ηλικία κατά την οποία οι έφηβες θα κάνουν σεξ (McNeely, Shew, Beuhring, Sierving, 2002).

Μια άλλη πτυχή του γονεϊκού ελέγχου είναι το βάρος της ευθύνης που αποθέτουν οι γονείς στα παιδιά για τη συντήρηση των νοικοκυριών. Η ευθύνη αυτή μπορεί να έχει μια θετική ή αρνητική επίδραση στη συμπεριφορά των εφήβων, ενώ τα παιδιά που έχουν περισσότερες ευθύνες στο νοικοκυριό μπορεί στην πραγματικότητα να έχουν λιγότερο γονεϊκό έλεγχο. Δηλαδή, οι γονείς τους μπορεί να μην βρίσκονται τόσο συχνά στο σπίτι, γεγονός που αναγκάζει τα παιδιά να αναλάβουν περισσότερους ρόλους ενηλίκων. Αντιθέτως, ορισμένα παιδιά μπορεί να έχουν περισσότερο γονεϊκό έλεγχο και, συνεπώς, περισσότερες δουλειές για να εξασφαλιστεί η συνεχής συμμετοχή τους στην οικογένεια. Κατά γενική παρατήρηση το φαινόμενο αυτό

παρουσιάζει μεγάλες διακυμάνσεις, και είναι εξαιρετικά δύσκολο να εξετασθεί η συμπεριφορά των εφήβων σε σχέση με το νοικοκυριό και πώς αυτό επηρεάζει την εμπλοκή τους σε επικίνδυνες συμπεριφορές (McNeely, Shew, Beuhring, Sierving, 2002).

Μία από τις σημαντικότερες επιρροές που απαντώνται σε διεθνές επίπεδο και διαμορφώνουν την συμπεριφορά του εφήβου είναι η ύπαρξη ενός γονέα που πάσχει από μία σοβαρή ασθένεια στην οποία απαιτείται συνεχής φροντίδα. Οι έφηβοι μπορεί να επηρεάζονται τόσο από την ανάγκη για άμεση φροντίδα του γονέα τους, όσο και από τις επιπτώσεις που έχει η εικόνα αυτή στην κοινωνική και συναισθηματική τους υγεία και την ευημερία. Ανάγκες όπως η αγάπη, η σωματική και συναισθηματική φροντίδα, και την ασφάλεια που έχουν ανάγκη τα παιδιά μπορεί ανά μην εκπληρώνονται υπό το βάρος της ασθένειας. Για παράδειγμα, η κατάθλιψη της μητέρας και η αδυναμία παροχής στήριξης και ανταπόκρισης στις ανάγκες των παιδιών, μπορούν να επηρεάσουν τη σωματική και ψυχική υγεία των παιδιών, και να τους δημιουργήσει σοβαρά κοινωνικά προβλήματα (Burke, 2003).

Τα παιδιά μπορεί επίσης να έχουν να αντιμετωπίσουν μια σειρά από συναισθήματα και αντιδράσεις που προέρχονται από την ύπαρξη ενός ψυχικά ασθενούς γονέα. Μια μελέτη που διενεργήθηκε το 2006 στην περιοχή των Βαλκανίων και της ευρύτερης Ανατολικής Ευρώπης οικογένειας απέδειξε πως τα παιδιά επηρεάζονται από την ψυχική ασθένεια των γονέων τους σε μια σειρά από τρόπους συμπεριφοράς, όπως αυξημένη σύγχυση, φόβος, αντικοινωνικότητα και ανησυχία για το μέλλον. Τα παιδιά θεώρησαν επίσης θεώρησαν δύσκολη την ανάπτυξη στενών φιλικών σχέσεων υπό το βάρος της ψυχολογικής πίεσης στο σπίτι (Kokanovic, Petersen, and Klimidis, 2006).

Στο πλαίσιο αυτό, τα στοιχεία δείχνουν ότι η φροντίδα μπορεί να έχει αρνητικό αντίκτυπο στην κοινωνική υποστήριξη και δικτύωση για ένα μεγάλο ποσοστό των εφήβων, ενώ αντίθετα για κάποιους η υποστήριξη των γονέων τους μπορεί να είναι ένας παράγοντας που βοηθά στην ψυχολογική ανακούφιση από την βοήθεια που προσφέρεται στον γονέα. Μια μεγάλης κλίμακας ιταλική μελέτη για έφηβους που ζουν σε οικογενειακό περιβάλλον με γονέα που πάσχει από σχιζοφρένεια έδειξε ότι τα παιδιά είχαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα κοινωνικών επαφών και δικτύωσης (Magliano, Marasco, Fiorillo, Malangone, Guarneri, Maj., 2006). Μια προγενέστερη μελέτη από την ίδια επιστημονική ομάδα διαπίστωσε ότι, ενώ τα δύο τρίτα από τους συγγενείς του ατόμου που πάσχει από σχιζοφρένεια

αισθάνθηκαν ότι κάποιος θα τους φρόντιζε σε περίπτωση που αποκτούσαν οι ίδιοι κάποια αρρώστια, μόνο περίπου το ένα τρίτο είχε την αίσθηση ότι θα μπορούσε να στηριχθεί στους φίλους τους όταν θα ήταν πλέον άρρωστος (Magliano, Marasco, Fiorillo, Malangone, Guarneri, Maj., 2006). Οι έρευνες αποδεικνύουν τον φόβο και την ανασφάλεια που υπάρχει στις νεαρές ηλικίες για την ασθένεια γενικά, και για το πόσο αυτή επηρεάζει την ομαλή κοινωνική τους ανάπτυξη και συμπεριφορά.

Η δομή της οικογένειας είναι ένας καταλυτικός παράγοντας που θα μπορούσε να επηρεάσει την απόφαση ενός εφήβου να αυτοκτονήσει. Η δομή αναφέρεται στην ποιότητα του γάμου, στη μητρότητα, και στη συζυγική σχέση του ζευγαριού. Οικογενειακή κατάσταση έχει μια ισχυρή επιρροή στην πράξη αυτοκτονίας (Krosowa, 2000). Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες, τον Καναδά και τις Σκανδιναβικές χώρες (Qin, Agerbo, Mortensen, 2003) παρουσιάστηκε συνολικά σημαντικό αυξημένος κίνδυνος αυτοκτονίας σε εφήβους που μεγαλώνουν με γονείς που δεν είναι παντρεμένοι και απλά συζούν, ενώ αντίθετα σε περιπτώσεις όπως η Δανία τόσο η συμπεριφορά των εφήβων που ζουν με γονείς που συγκατοικούν και δεν είναι παντρεμένοι, όσο και ο κοινωνικός αντίκτυπος είναι ιδιαίτερα χαλαροί και χωρίς ιδιαίτερες συμπεριφορικές δυσκολίες. Στην περίπτωση αυτή, πιο σημαντική είναι η οικονομική κατάσταση, παρά το μοντέλο συμβίωσης.

Οι οικογενειακοί τσακωμοί, η έλλειψη αρμονίας και ηρεμίας στο σπίτι, και οι εντάσεις αυξάνουν το ψυχολογικό βάρος των εφήβων και κατά συνέπεια τον κίνδυνο απόπειρας αυτοκτονίας (Waldron, Hughes, Brooks, 1996). Επιπλέον, διαπιστώνεται ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας αυξάνεται σταδιακά όταν προκύπτουν συχνές κατηγορίες μεταξύ του ζευγαριού, ενώ σε περιπτώσεις που το ζευγάρι είναι ομοφυλοφιλικό και μεγαλώνει ένα παιδί, τότε τα ζητήματα που προκύπτουν εμπλέκουν σε μεγάλο βαθμό και την σχολική κοινότητα και τους σχολικούς συμβούλους που πρέπει να έχουν μια αγαστή σχέση με τους γονείς και το παιδί για να καταφέρουν να αντιμετωπίσουν τυχόν ζητήματα μη αποδοχής που θα προέρχονται από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον (Joung, Stronks, Van de Mheen, Mackenbach, 1995).

2.8.5 Φιλικό περιβάλλον

Το φιλικό περιβάλλον επίσης μπορεί να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό την εφηβική αυτοκτονία και την απόπειρα αυτοκτονίας. Οι περισσότερες μελέτες για το ρόλο της φιλίας στην αυτοκτονία των εφήβων έχουν επικεντρωθεί στην κοινωνική

απομόνωση, δηλαδή στην απουσία των φίλων. Μερικές μελέτες έχουν βρει σχέση μεταξύ της κοινωνικής απομόνωσης και της εφηβικής αυτοκτονίας και της κατάθλιψης (Hacker et al., 2006), ενώ άλλες μελέτες δίνουν έμφαση στην κατάθλιψη που προκαλείται από την κοινωνική απομόνωση (De Man et al., 1992; Prinstein et al., 2000). Ακόμη, άλλες μελέτες δεν έχουν βρει καν σχέση μεταξύ της κοινωνικής απομόνωσης και αυτοκτονίας (Queralt, 1993).

Στο σύνολο, τα μικτά αποτελέσματα είναι ίσως πιθανόν να αντικατοπτρίζουν την πολυπλοκότητα της φιλίας στην εφηβική ηλικία. Άλλοτε η παραβατικότητα σε μια φιλία είναι χειρότερη από την έλλειψη φίλων συνολικά, άλλοτε η ύπαρξη φιλίας είναι καλύτερη από την ύπαρξη μιας ποιοτικής φιλικής σχέσης, και άλλοτε η ύπαρξη ανταγωνιστικής φιλίας κάνει το ζήτημα ακόμη πιο σύνθετο. Εκείνο το οποίο έχει τελικά μεγάλη σημασία για την πλειοψηφία των μελετητών είναι η ποιότητα της φιλίας, η διάρκειά της στο χρόνο, και η ικανότητα απορροφητικότητας των κραδασμών που γεννούνται σε βάθος χρόνου. Όσο πιο σταθερή και υγιής είναι μια φιλική σχέση, τόσο μικρότερες είναι οι πιθανότητες μια έντονη σύγκρουση να οδηγήσει μεσοπρόθεσμα στην αυτοκτονία (Prinstein, Boergers, Spirito, Little, Grapentine, 2000).

Όσον αφορά στο σχολείο, η φιλία παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην κοινωνικοποίηση και την μιμητική συμπεριφορά. Έφηβοι που έχουν εγκαταλείψει το σχολείο μπορεί να οδηγήσουν άλλους εφήβους να το εγκαταλείψουν και αυτοί. Επίσης, η ποιότητα της φιλικής σχέσης επηρεάζει τον χρόνο και την ποσότητα της μελέτης στο σπίτι, τη συμπεριφορά στη τάξη, απέναντι στους δασκάλους, και στους υπόλοιπους συμμαθητές που είναι εκτός του φιλικού κύκλου (Steinberg, Dornbusch, Brown, 1992). Στο ανάλογο πλαίσιο δομών και δεσμών, η βία που αναπτύσσουν κάποιες παρέες είναι ένας παράγοντας και ομαδοποίησης, που όμως έχει αρνητικές συνέπειες στη γενικότερη κοινωνική συμπεριφορά. Η παραβατική συμπεριφορά, όσο κι αν σε πολλές περιπτώσεις δημιουργεί λανθάνουσα, αλλά έντονη και υποστηρικτική σχέση, μπορεί να δημιουργήσει μακροπρόθεσμα έντονα ενοχικά σύνδρομα και απομόνωση του εφήβου. Η απομόνωση αυτή μπορεί να τον οδηγήσει στην αυτοκτονία (Locke and Newcomb, 2005).

2.8.6 Οικονομικοί

Πέρα από τους ψυχολογικούς παράγοντες, τα προβλήματα υγείας, το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, που αποτελούν τους σημαντικότερους παράγοντες που περιβάλλουν την αυτοκτονία και την απόπειρα αυτοκτονίας, υπάρχει κάποιος επιμέρους παράγοντες που σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό ανάλογα με την κουλτούρα της κοινωνίας και τις προσωπικές αντοχές και δυνάμεις του καθενός επηρεάζουν το φαινόμενο της αυτοκτονίας: Η μετανάστευση και η εργασιακή - οικονομική κατάσταση συνιστούν δύο σημαντικούς παράγοντες αυτοκτονίας.

Ως προς τον πρώτο παράγοντα, η μετανάστευση τόσο στο παρελθόν όσο και τώρα αποτελούσε μια μορφή ξεριζωμού από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον που σε μεγάλο βαθμό ήταν επιβεβλημένη εξαιτίας ενός συνόλου εξωτερικών παραγόντων, όπως για παράδειγμα η οικονομική επιβίωση, ή οι σπουδές. Είναι μια κατάσταση που οδηγεί σε συσσώρευση ψυχολογικών πιέσεων και ψυχολογικής καταπόνησης καθώς το άτομο που μεταναστεύει αντιμετωπίζει δυσκολίες προσαρμογής, νιώθει απομονωμένος, μακριά από το στενό του περιβάλλον και πολλές φορές αδυνατεί να προσαρμοστεί στην κουλτούρα και τον τρόπο ζωής της χώρας υποδοχής. Όχι τόσο παλαιότερα όσο σήμερα, η μετανάστευση είναι περισσότερο συνδεδεμένη με την λαθραία μετανάστευση και με τις περιπτώσεις ανθρώπων που επέλεξαν τον δρόμο αυτό γιατί δεν είχαν άλλη επιλογή. Στην πορεία πολλοί από αυτούς βλέπουν τα όνειρα που είχαν να μην πραγματοποιούνται, βλέπουν την οικογένειά τους να υποφέρει, ενώ και οι ίδιοι αδυνατούν να χτίσουν τη ζωή τους σε νέες βάσεις. Για τους έφηβους που επιλέγουν να μεταναστεύουν για τους εκάστοτε λόγους, κυρίως ακολουθώντας την οικογένειά τους, το τίμημα είναι βαρύ και ένα ποσοστό ειδικά σε κουλτούρες με πολύ χαμηλό εκπαιδευτικό υπόβαθρο (π.χ. Αβορίγινες, Ινδιάνοι), η προσαρμογή είτε παίρνει πολύ χρόνο είτε δεν επιτυγχάνεται ποτέ. Για αυτούς που δεν επιτυγχάνεται ποτέ, η λύση της αυτοκτονίας ή απόπειρα αυτοκτονίας αποτελούν την ύστατη διαφυγή (Wadsworth and Kubrin, 2007 ; Debellis, 2001).

Ως προς το δεύτερο παράγοντα, η εργασιακή-οικονομική κατάσταση του ατόμου επηρεάζει την ψυχολογία του και τον οδηγεί σε κατάθλιψη καθώς αναγνωρίζει λανθασμένα πως αφενός δεν μπορεί να προσφέρει στον εαυτό του, αφετέρου δεν νιώθει παραγωγικός στην κοινωνία. Αναπτύσσει σύνδρομα κατωτερότητας και απομόνωσης, και παραμελεί τον εαυτό του αδιαφορώντας για την

υγιεινή του και την σωματική και πνευματική του ανάπτυξη και ισορροπία. Το φαινόμενο αυτό είναι ιδιαίτερα έντονο στην σύγχρονη καταναλωτική κοινωνία, όπου το κόστος ζωής και οι απαιτήσεις που εμφανίζονται καθημερινά καταδικάζουν σε αποξένωση άτομα που είτε δεν τα βγάζουν πέρα οικονομικά, έχοντας όμως μια δουλειά, είτε παραμένουν άνεργοι και αναπτύσσουν ακόμα και προβλήματα υγείας λόγω του στρες και του κοινωνικού και οικονομικού αποκλεισμού. Πολλοί επιζητούν διαφυγή στο ποτό και καταλήγουν εξαρτημένοι από το αλκοόλ και τις ναρκωτικές ουσίες, γεγονός που αποδεικνύεται και από διαπανεπιστημιακές οικονομικές μελέτες στην Ευρώπη (Rodríguez, 2005). Για τους έφηβους που ανησυχούν για το μέλλον τους και βλέπουν τους γονείς να δυσκολεύονται οικονομικά, το βάρος και η ψυχολογική πίεση είναι διπλή. Ειδικά στη σημερινή τρέχουσα συγκυρία, ο κίνδυνος του αδιεξόδου είναι ακόμη μεγαλύτερος και βαραίνει δυσανάλογα τις συνειδήσεις των νέων που θέλουν να βρουν μια δουλειά για να ελαφρύνουν και το βάρος των γονέων τους. Η αδυναμία εύρεσης εργασίας στις νεαρές ηλικίες και η διασύνδεση της με την επιλογή της αυτοκτονίας και της απόπειρας αυτοκτονίας είναι ένα ζήτημα που ενδεχομένως θα απασχολήσει ακόμη περισσότερο την ακαδημαϊκή και ιατρική κοινότητα στα χρόνια που έρχονται.

2.9 Επιπτώσεις αυτοκτονίας

Η αυτοκτονία αφήνει ανεξίτηλα ψυχολογικά σημάδια στο στενότερο περίγυρο του προσώπου, το περιβάλλον, την κοινωνία. Τα τραύματα είναι μεγάλα και δύσκολα επουλώνονται καθώς υπάρχει πάντα ο ψυχολογικός σύνδεσμος, η κοινή συμβίωση, ενδεχομένως η περιπέτεια που προηγήθηκε, μια αποτυχημένη απόπειρα. Η αποδιοργάνωση που παρατηρείται στον ευρύτερο κύκλο του αυτόχειρα, η τάση κατάθλιψης, ο θρήνος με μεγαλύτερη ή μικρότερη ένταση, η άρνηση για ζωή και δράση είναι μερικές μόνο από τις σημαντικότερες επιπτώσεις της αυτοκτονίας. Σε ανάλογο επίπεδο, η αποτυχημένη απόπειρα αυτοκτονίας έχει σημαντικές συνέπειες στην ψυχολογία του αποτυχημένου αυτόχειρα, τόσο ως προς τον εαυτό του, όσο και απέναντι στο περιβάλλον του. (Shneidman, 1985)

2.9.1 Στο ίδιο το άτομο

Η αποτυχημένη απόπειρα αυτοκτονίας λογίζεται από τον άτομο που τη διαπράττει ως μια σημαντική αποτυχία που γεννά ντροπή, εκ νέου κατάθλιψη, και κατακόρυφη μείωση της κοινωνικότητας και κανονικότητας της συμπεριφοράς του πάσχοντα. Συνήθως η αποτυχημένη απόπειρα προκύπτει είτε ως συνέπεια δειλίας της τελευταία στιγμή, είτε ως αμέλεια επιλογής του ορθότερου και πιο αποτελεσματικού τρόπου αυτοκτονίας. Είναι πολλά τα περιστατικά εκείνα όπου κάποιος ή κάποια επιχείρησαν να αυτοκτονήσουν, και όχι μόνο δεν τα κατάφεραν αλλά σωματικά κατάφεραν να προκαλέσουν μεγαλύτερη ζημιά, που ενίοτε μπορεί να μην είναι ιάσιμη, όπως για παράδειγμα ένα εξωτερικό τραύμα ή έναν τραυματισμό που είναι αξεπέραστος και βυθίζει ακόμη περισσότερο την ψυχολογία του αποπειραθέντος.

Σε μεγάλο βαθμό, η αποτυχημένη απόπειρα ακολουθείται από μια δεύτερη σε σύντομο χρονικό διάστημα, κυρίως λόγω του ψυχολογικού βάρους της αποτυχίας που φέρει η πρώτη προσπάθεια. Στις Ηνωμένες Πολιτείες έρευνα απέδειξε ότι η απόπειρα αυτοκτονίας που δεν κατέληξε σε θάνατο ακολουθήθηκε από άλλη πράξη αυτοχειρίας σε χρονικό διάστημα μικρότερο του μηνός και ήταν κατά 70 τοις εκατό επιτυχημένη. Σε άλλες περιπτώσεις, το άτομο αδυνατεί να επιχειρήσει εκ νέου να αυτοκτονήσει υπό τον φόβο της νέας αποτυχίας, τον φόβο της συνειδητοποίησης της πράξης, ενώ άλλοτε η ιατρική, ψυχιατρική και ψυχολογική βοήθεια που παρέχεται καταφέρνει να αντισταθμίσει την ροπή προς την αυτοκτονία. (Runeson, 1989)

Επίσης, η νέα απόπειρα αυτοκτονίας θα κριθεί σε μεγάλο βαθμό και από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον του ασθενούς, τον βαθμό δηλαδή που η αποτυχημένη αυτοχειρία θα γίνει κατανοητή και δεν θα αντιμετωπιστεί με ακραίο τρόπο ελλείψει κατανόησης του ζητήματος. Η συμβολή του ψυχιάτρου/ψυχολόγου είναι καταλυτική, όπως επίσης και ο χρόνος παροχής ψυχολογικής υποστήριξης. Η άμεση παρέμβαση θεωρείται στατιστικά ως πιο επιτυχημένος τρόπος αποφυγής μιας νέας απόπειρας, ενώ η καθυστερημένη παροχή στήριξης αυξάνει τις πιθανότητες νέας απόπειρας.

2.9.2 Στην οικογένεια

Η αυτοκτονία ενός εφήβου βιώνεται ως ένα τραγικό γεγονός στη ζωή των γονέων. Πολλές είναι επιπτώσεις στην ψυχολογία τους, την καθημερινότητά τους, τη

δουλεία τους, τις φίλιες τους, ενώ το σοκ της απώλειας και το ψυχολογικό βάρος αυτής δύσκολα καταπολεμάται σε πολλές περιπτώσεις.

Η αυτοκτονία είναι ένα γεγονός που δύσκολα ερμηνεύεται και οι γονείς είναι πρώτοι που δυσκολεύονται να το κατανοήσουν. Θα ψάξουν να βρουν τα αίτια αυτής και θα αναπτύξουν σε σημαντικό βαθμό ενοχικό σύνδρομο που θα κουβαλούν σε όλη τους τη ζωή. Η κατανόηση της αυτοκτονίας έχει να κάνει επίσης και με το επίπεδο αντίληψης και μόρφωσης των γονέων, καθότι μετέπειτα θα έρθουν σε επαφή με ψυχολόγους αναζητώντας τα αίτια της αυτοχειρίας. Όσο πιο σύνθετη και ανεπτυγμένη είναι η αντιληπτική ικανότητα του γονέα, τόσο πιο εύκολα θα γίνει κατανοητή η πράξη αυτοχειρίας. Σε καμία περίπτωση αυτό δεν αλλάζει την ψυχολογία άρδην, ωστόσο βοηθά στην συγκράτηση του πόνου και στη διαχείριση της ψυχολογικής και υπαρξιακής κρίσης. Οι ψυχολόγοι συχνά υποστηρίζουν πως όσο πιο ειλικρινείς είναι μετά την αυτοκτονία η συζήτηση που θα έχουν με τους γονείς, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα οι γονείς να ξεπεράσουν σταδιακά και σε βάθος χρόνο τις ενοχές που γεννούνται με την αυτοκτονία απέναντι στο παιδί τους και τον εαυτό τους. (Collins, 1990)

Ο πόνος της απώλειας επηρεάζει την καθημερινότητά τους τόσο στο φιλικό περίγυρο, όσο και στον επαγγελματικό χώρο. Συχνά παρατηρούνται φαινόμενα κατάθλιψης, έλλειψης διάθεσης και προσπάθειας για δημιουργία, ενώ τα επίπεδα αντικοινωνικότητας αυξάνονται και πλήττουν ακόμη περισσότερο την ψυχολογία τους. Οι φίλιες τους περνάνε παροδικά ή μόνιμα κρίση, καθώς προσπαθούν να ερμηνεύσουν τα αίτια της αυτοκτονίας. Σε αρκετές περιπτώσεις μπορεί το ζευγάρι να χωρίσει, ενώ σε άλλες μπορεί να δεθεί περισσότερο υπό το βάρος της απώλειας. Μελέτες αναφέρουν ότι συνήθως όταν υπάρχουν παραπάνω του ενός παιδιά στην οικογένεια και ανεξαρτήτως ηλικίας, υπάρχει η τάση να αυξάνεται κατακόρυφα η εκδήλωση ακραίων συναισθημάτων αγάπης αλλά και υπέρμετρου φόβου σε κάθε δραστηριότητα του έτερου παιδιού. Η σύσφιξη ή απόθεση των ενδοοικογενειακών σχέσεων συγκεντρώνουν εξίσου υψηλές πιθανότητες. (Bursztein, Apter, 2008)

Τέλος αξίζει να σημειώσουμε πως η συνειδητοποίηση του θανάτου του εφήβου παίρνει χρόνο και για μεγάλο χρονικό διάστημα οι γονείς τείνουν να αδυνατούν να κατανοήσουν την απώλεια, αρνούμενοι να την αποδεχτούν και να προχωρήσουν στην ζωή τους. Επαναλαμβάνουμε εδώ ότι, σύμφωνα με στατιστικές μελέτες στις Ηνωμένες Πολιτείες, η ανάληψη της ευθύνης για τον θάνατο του εφήβου από τους γονείς είναι μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που αντιμετωπίζουν και

έχουν να αντιμετωπίσουν οι ψυχολόγοι στην πορεία ψυχολογικής εξιλέωσης των γονέων.

2.9.3 Στην κοινωνία

Σε ευρύτερο πλαίσιο, η αυτοκτονία συνεχίζει να αντιμετωπίζεται με καχυποψία από την κοινωνία που δεν είναι συνηθισμένη σε τέτοιες ενέργειες. Σε σημαντικό βαθμό, η αντιμετώπιση της αυτοκτονίας υπακούει στις διδαχές της εκάστοτε θρησκευτικής αρχής, όπως για παράδειγμα στην ορθόδοξη εκκλησία όπου η αυτοκτονία είναι μια πράξη υποχώρησης από την επίγεια μάχη και μια παραίτηση από τις ομορφιές και δυσκολίες που προσφέρει η ζωή.

Σε ανάλογη βάση, σε συντηρητικές κοινωνίες η αυτοχειρία αντιμετωπίζεται υποτιμητικά κατά κύριο λόγο επειδή προκαλεί το κοινό αίσθημα και είναι δύσκολα κατανοητή η ουσία και τα αίτια της πράξης της. Κατά συνέπεια, όσο πιο κλειστή είναι μια κοινωνία, τόσο πιο εύκολα διαρρέει το γεγονός της αυτοκτονίας και οι συζητήσεις περιστρέφονται γύρω από αυτήν δυσκολεύοντας κι άλλο το ίδιο δυσβάσταχτο φορτίο των γονέων, των συγγενών, και των φίλων. Αντίστοιχα, οι γονείς και στενοί συγγενείς που διαβιών στο ίδιο περιβάλλον επιφορτίζονται με το βάρος της κατακραυγής και των σχολίων και αδυνατούν να ξεπεράσουν το ζήτημα χωρίς τις συζητήσεις τρίτων. (Runeson, 1989)

Υπάρχουν και περιπτώσεις όπου η κοινωνία αναπτύσσει και μαζοχιστικές τάσεις ανάλυσης της αυτοκτονίας, κυρίως λόγω της παρατεταμένης και προβεβλημένης εικόνας και ανάλυσης που βγαίνει από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Εδώ έρχεται και αναπτύσσεται η λεγόμενη θεωρία της κλειδαρότρυπας, όπου αναφέρεται στην εγγενή τάση του ανθρώπου να ελκύεται από τον ανθρώπινο πόνο και την διαστροφική τάση, πάντα όταν αυτή δεν εισβάλλει στην προσωπική του ζωή και τον δικό του χώρο. Περιστατικά αυτοκτονίας που έχουν κατά καιρούς καλυφθεί από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης παγκοσμίως έχουν κεντρίσει το ενδιαφέρον του κοινού, για αυτό και όπως αναφέρεται σε πολλές μελέτες, ο χρόνος διάρκειας ενός ρεπορτάζ με θέμα βίας, αυτοκτονίας και θανάτου καταλαμβάνει πολύ μεγαλύτερο τηλεοπτικό χρόνο από ότι ένα απλό πολιτικό ή πολιτιστικό ρεπορτάζ. (Tonkin, 1986)

Πολλώ δε μάλλον όταν πρόκειται για αυτοχειρία εφήβου, όπου τα ερευνητικά εργαλεία του ρεπορτάζ και η κοινή αντίληψη περί αυτής σταματούν στα όρια γνώσης της ψυχιατρικής και της ψυχολογίας. Αυτό σημαίνει πως ο θεατής ή εκείνος ο οποίος

τυγχάνει να βρίσκεται στο περιβάλλον διάπραξης της αυτοκτονίας, χωρίς να είναι κοντά στον αυτόχειρα, τείνει να αναπτύξει θεωρίας που θα αναπαράξει στον δικό του κύκλο ελλείψει συγκεκριμένης γνώσης για το θέμα.

Σε τελική ανάλυση, η εστία του προβλήματος βρίσκεται στην ελλιπή πληροφόρηση, ενίοτε και στην παραπληροφόρηση του κοινού σχετικά με την αυτοκτονία ως φαινόμενο και επιλογή και στην αυτοκτονία ως είδηση που αρέσκονται τα μέσα ενημέρωσης να υπερ-προβάλλουν για ίδιους εμπορικούς λόγους (Jordan, 2001).

2.10 Ο ρόλος του διαδικτύου στην αυτοκτονία

Η πληθώρα αλλά και η ποικιλία πληροφοριών που διατίθενται σε καθημερινή βάση, αποτελούν μία μόνο από τις πτυχές της τεράστιας και συνεχώς αυξανόμενης δυναμικής που εμφανίζει το διαδίκτυο την τελευταία δεκαετία. Το διαδίκτυο αποτελεί ένα χώρο όπου τα άτομα μπορούν να δράσουν ελεύθερα, χωρίς αναστολές και πραγματοποιούν πιο εύκολα κάτι που στην πραγματική ζωή, στην κοινωνία δεν θα τολμούσαν. Συνιστά επίσης μια παράλληλη κοινωνία και δίνει τη δυνατότητα στα άτομα να συναλλάσσονται και να επικοινωνούν ξεφεύγοντας από τη ρουτίνα της καθημερινής ζωής, βρίσκοντας συντροφιά και κοινά ενδιαφέροντα στα fora, ξεφεύγουν από τη μοναξιά και την απομόνωση και προβάλλουν μια δεύτερη προσωπικότητα στον απαλλαγμένο από συνέπειες χώρο των μπλογκς και ιστοσελίδων κοινωνικών δικτύων.

2.10.1 Αίτια

Πίσω από εικονίδια και καλλιτεχνικές φωτογραφίες ο χρήστης τολμά να προβάλλει στους άλλους κρυφές πτυχές της προσωπικότητάς του, τολμά να διαμαρτυρηθεί, να φλερτάρει και να εκφραστεί καλλιτεχνικά. Τί γίνεται όμως όταν αυτή η απελευθέρωση οδηγεί σε ενέργειες καταστροφικές, τόσο για το ίδιο το άτομο όσο και για τους άλλους ανθρώπους; Το ερώτημα είναι ρητορικό καθώς υπάρχουν αρκετά περιστατικά αυτοχείρων που πήραν ιδέες από άλλους χρήστες του internet ή ομαδικών αυτοκτονιών που συντονίστηκαν μέσω διαδικτύου. (Beatson, 2000)

Τίθεται λοιπόν ένα ηθικό θέμα μείζονος σημασίας, όσον αφορά την ενοχοποίηση του διαδικτύου σχετικά με τα παραπάνω θέματα. Τα μέλη των

διαδικτυακών κοινοτήτων τάσσονται και στις δύο πλευρές. Οι μεν κατηγορούν την αυξημένη πρόσβαση του καθενός σε πληθώρα "απαγορευμένων" πληροφοριών, και οι δε πιστεύουν πως οι αυτοκτονίες θα συνέβαιναν ούτως ή άλλως και πως είναι άδικο και ανούσιο να κατηγορούνται εκείνοι που προτρέπουν κάποιους άλλους να αυτοκτονήσουν ως ηθικοί αυτουργοί.

2.10.2 Συνέπειες

Υπάρχουν και περιπτώσεις όπου κλείνεται σύμφωνο αυτοκτονίας (cybersuicide pact) και το οποίο αποτελεί μια συνεννόηση άγνωστων μεταξύ τους ανθρώπων που γνωρίζονται μέσω διαδικτύου και αυτοκτονούν μαζί για να μοιραστούν την εμπειρία. Στην Ιαπωνία το 2000 έγινε το πρώτο περιστατικό συμφώνου αυτοκτονίας, ενώ έκτοτε έχει αυξηθεί κατακόρυφα ο αριθμός των ιστοσελίδων όπου παρέχονται συμβουλές για ανώδυνες ή και σκληρές αυτοκτονίες.

Από την άλλη πλευρά, ο πλουραλισμός αυτός και η αφθονία στην ενημέρωση επιτρέπουν και στις ομάδες δίωξης ηλεκτρονικού εγκλήματος να δρουν και να αποτρέπουν φαινόμενα αυτοκτονικής επιρροής. Στην Ελλάδα, ο ψηφιακός εντοπισμός των ατόμων αυτών γίνεται από Αξιωματικούς της Δίωξης Ηλεκτρονικού Εγκλήματος, οι οποίοι ειδικεύονται σε θέματα διαδικτύου και εντοπίζουν το ηλεκτρονικό ίχνος μέσω του οποίου γίνεται η ανάρτηση στο διαδίκτυο. Ανάλογα με τον τρόπο που γίνεται η δημοσιοποίηση του μηνύματος υπάρχουν και διαφορετικές τεχνικές εντοπισμού. Η διαδικασία που ακολουθείται είναι πολύπλοκη και η εκπαίδευση των αρμοδίων γίνεται με σεμινάρια που οργανώνουν αστυνομικές υπηρεσίες σε διάφορες χώρες (Beatson, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Πρόληψη και Αντιμετώπιση της Αυτοκτονίας στην Εφηβεία

3.1 Μέσα Πρόληψης- Μέθοδοι

Η παρεμπόδιση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς απαιτεί παρεμβάσεις στο άτομο και την οικογένεια, ενώ το πλαίσιο ανάπτυξης για την αποφυγή της αυτοκτονίας περιλαμβάνει (Nock ,Borges, Bromet, Cha, Kessler and Lee, 2008):

- Τον προσδιορισμό του προβλήματος στις διάφορες διαστάσεις του
- Την κατανόηση των παραγόντων κινδύνου
- Την ανάπτυξη παρεμβάσεων και την καθιέρωση διεργασιών που λειτουργούν προστατευτικά

Πολλοί άνθρωποι που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν συνήθως μιλούν για το διάβημά τους πριν κάνουν την προσπάθεια. Μερικές φορές, η συζήτηση με έναν υπομονετικό συνομιλητή και ακροατή είναι αρκετή για να αποτρέψει το αυτοκτονικό άτομο από την προσπάθεια της αυτοκτονίας. Αυτός είναι και ο λόγος ύπαρξης των τηλεφωνικών γραμμών υποστήριξης και πρόληψης της αυτοκτονίας, που λειτουργούν υποστηρικτικά στα αυτοκτονικά άτομα την ώρα της ψυχολογικής κρίσης (Kneisl, Riley, 1992). Ωστόσο, όλες οι αυτοκτονίες δεν μπορούν να αποτραπούν, αλλά στην πλειοψηφία τους μπορεί να προληφθούν. Η διερεύνηση και η εντόπιση ατόμων υψηλού κινδύνου αυτοκτονίας τόσο στο γενικό πληθυσμό, όσο και σε συγκεκριμένες διαγνωστικές κατηγορίες θα βοηθήσει στη διαμόρφωση προληπτικών παρεμβάσεων καθώς και πολιτική πρόληψης της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.

Σε εθνικό και κοινοτικό επίπεδο υπάρχουν παρεμβάσεις που μπορούν να αναληφθούν και να συμβάλλουν στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του προβλήματος, όπως (Kneisl, Riley, 1992; Katsumata, Matsumoto, Kitani, and T. Takeshima 2008):

- Εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας και διεπαγγελματική συνεργασία για την αναγνώριση των αυτοκτονικών τάσεων
- Οργάνωση υπηρεσιών «παρέμβασης σε κρίση», όπως είναι οι μονάδες τηλεφωνικής βοήθειας και οι κινητές μονάδες
- Έγκαιρη παραπομπή σε ψυχιατρικές υπηρεσίες ατόμων με αυτοκτονικό ιδεασμό και τάσεις αυτοκτονικές

- Εκτίμηση του βαθμού της αυτοκτονικής πρόθεσης των ατόμων που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν
- Συστηματική παρακολούθηση (follow up) των αποπειραθέντων
- Σύνδεση μεταξύ υπηρεσιών ψυχικής υγείας της κοινότητας και σχολείων για την έγκαιρη εντόπιση εφήβων υψηλού κινδύνου στο σχολικό περιβάλλον
- Φροντίδα και υποστήριξη σε ηλικιωμένους που ζουν μόνοι ή πρόσφατα έχασαν το σύντροφό τους
- Υποστήριξη των πληθυσμών σε κίνδυνο (π.χ. άνθρωποι με κατάθλιψη, ηλικιωμένοι, έφηβοι σε κρίση)
- Μείωση της διαθεσιμότητας και της πρόσβασης στα μέσα της αυτοκτονίας (φάρμακα, τοξικές ουσίες, όπλα)
- Ενίσχυση των δικτύων υποστήριξης των επιζώντων μετά από απόπειρα αυτοκτονίας
- Ψυχοκοινωνική υποστήριξη και έγκαιρη επισήμανση της κατάθλιψης και των αυτοκτονικών τάσεων σε άτομα με χρόνια, καταληκτικά νοσήματα
- Ευρεία ενημέρωση του κοινού για τη διαχείριση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς
- Ενημέρωση των πολιτών από τους επαγγελματίες υγείας για τη σωστή χρήση των μέσων μαζικής ενημέρωσης σε σχέση με θέματα αυτοκαταστροφής
- Ευρεία δημοσιότητα στην κοινότητα για τις γραμμές βοήθειας, τα κέντρα πρόληψης κρίσης και τα κέντρα που παρέχουν βοήθεια στα άτομα με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και τις οικογένειές τους.

3.2 Ο ρόλος της ενημέρωσης

Η αυτοκτονία είναι μια πράξη που προκαλεί αντιδράσεις στην κοινωνία και γίνεται δύσκολα κατανοητή από μεγάλη μερίδα των πολιτών. Είναι ένα από τα μεγαλύτερα ταμπού των αστικών κοινωνιών και για αυτόν ακριβώς το λόγο συχνά αποσιωπάται από την οικογένεια του θύματος. Αυτός είναι και ένας από τους σοβαρότερους και μεγαλύτερους λόγους για τους οποίους η ενημέρωση για την αυτοκτονία είναι σχετικά περιορισμένη στο ευρύ κοινό και διαχέεται κυρίως στους

κόλπους των ιατρών, ψυχολόγων και ακαδημαϊκών. Το γεγονός αυτό περιορίζει την ανάληψη δραστηριοτήτων για την πρόληψη της αυτοκτονίας στους κόλπους της οικογένειας και της κοινωνίας.

Ωστόσο καθίσταται αναγκαία η ενημέρωση των γονέων, των παιδιών, της κοινωνίας γενικότερα προκειμένου να υπάρξουν οι κατάλληλες δράσεις και προσεγγίσεις του φαινομένου.

3.2.1 Στην οικογένεια

Η εφηβεία είναι μια μεταβατική περίοδος από την παιδική ηλικία στην ενηλικίωση. Κατά τη διάρκεια αυτή παρουσιάζονται σημαντικές αλλαγές τόσο βιολογικές όσο και ψυχολογικές, οι οποίες είναι έντονες και ραγδαίες και επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τη ζωή τόσο του ίδιου του εφήβου όσο και των γονέων του. Οι βιολογικές αλλαγές αφορούν στα χαρακτηριστικά του σώματος και στην εμφάνιση νέων χαρακτηριστικών. Οι ψυχολογικές αναφέρονται κυρίως στην αλλαγή της συμπεριφοράς, στον πειραματισμό, την ανάγκη για ανεξαρτητοποίηση, και την αναζήτηση μιας νέας κοινωνικής ταυτότητας. (Kandel, Lesser, 1972)

Από την πλευρά τους οι γονείς νιώθουν ότι για εκείνους είναι μια μεταβατική περίοδος, στην οποία «αναγκάζονται» κατά κάποιον τρόπο να αναδιαμορφώσουν την συμπεριφορά τους απέναντι στα παιδιά τους, αντιδρώντας πολλές φορές με εκρηκτικότητα απέναντι στις «εκρήξεις» των εφήβων. Η συζυγική σχέση συνήθως δοκιμάζεται ειδικότερα στις περιπτώσεις εκείνες όπου το παιδί λειτουργεί ως απαραίτητο «συμπλήρωμα» στη σχέση του ζευγαριού. Για να μην κλονιστεί αυτή η σχέση, οι γονείς συχνά αντιδρούν στην ανεξαρτησία του εφήβου ενοχοποιώντας τον απέναντί τους ή εκδηλώνοντας συμπεριφορά προσκόλλησης προς εκείνον (Main Martin, 2001).

Η αυτοκτονία είναι η τρίτη κύρια αιτία θανάτου μεταξύ των νέων μεταξύ 10 και 19 ετών παγκοσμίως. Ωστόσο, η αυτοκτονία μπορεί να προληφθεί. Οι νέοι που εξετάζουν το ενδεχόμενο αυτοκτονίας δίνουν συχνά προειδοποιητικά σημάδια της αγωνίας τους, τα οποία οι γονείς, οι δάσκαλοι, και οι φίλοι μπορούν με την κατάλληλη ενημέρωση να είναι σε θέση να διακρίνουν για να αναλάβουν δράση.

Μερικά χαρακτηριστικά στη συμπεριφορά είναι άρρηκτα συνδεδεμένα με έναν αυξημένο κίνδυνο απόπειρας αυτοκτονίας Αυτά είναι (Shneidman, 1985) :

- Οι ψυχικές ασθένειες, όπως η κατάθλιψη, οι διαταραχές συμπεριφοράς, και η κατάχρηση ουσιών
- Το στρες και οι επικοινωνιακή δυσλειτουργία
- Κίνδυνοι που έχουν να κάνουν με το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον, όπως για παράδειγμα η παρουσία ενός όπλου στο σπίτι
- Καταστάσεις κρίσης, όπως ο τραυματισμός ή θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, η σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση, η οικογενειακή βία

Σε ανάλογο πλαίσιο, υπάρχουν σημάδια συμπεριφοράς που προμηνύουν τον κίνδυνο απόπειρας αυτοκτονίας, και μπορούν και αυτά να γίνου ορατά με την κατάλληλη παρατήρηση. Μεταξύ αυτών βρίσκουμε (Main, Martin, 2001):

- Απειλές αυτοκτονίας με τη μορφή άμεσων και έμμεσων δηλώσεων
- Σημειώματα αυτοκτονίας και σχέδια
- Προηγούμενη απόπειρα αυτοκτονίας
- Οργάνωση ζητημάτων της τελευταίας στιγμής, όπως π.χ. η προετοιμασία της κηδείας και της διαθήκης
- Ενασχόληση και εμμονή με το θάνατο
- Αλλαγές στη συμπεριφορά, στην εμφάνιση, στις σκέψεις και τα συναισθήματα
- Αλλαγές στις συνήθειες ύπνου και διατροφής
- Αποτράβηγμα από τους φίλους, την οικογένεια, και από τις συνήθειες δραστηριότητες
- Βίαιες πράξεις, αντιδραστική συμπεριφορά ή ακόμη φυγή από το σπίτι
- Χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ
- Ασυνήθιστη παραμέληση της ατομικής υγιεινής και εμφάνισης
- Αξιοπρόσεκτες αλλαγές της προσωπικότητας
- Επίμονα αισθήματα και κατάσταση πλήξης, δυσκολία συγκέντρωσης
- Μείωση της σχολικής επίδοσης
- Συχνά παράπονα για σωματικές ενοχλήσεις, οι οποίες συχνά συσχετίζονται με την συναισθηματική σφαίρα όπως κούραση, πόνοι στο στομάχι, πονοκέφαλοι κ.α.

- Μείωση του ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που δημιουργούν ευχαρίστηση
- Αντίδραση και απόρριψη των επαίνων και ανταμοιβών

Οι έφηβοι που έχουν τάσεις αυτοκτονίας δεν είναι πιθανό να ζητήσουν βοήθεια άμεσα, ή να απευθυνθούν σε κάποιο έμπιστο πρόσωπο. Ωστόσο, οι γονείς, το προσωπικό στο σχολείο, και οι συνομήλικοί του μπορούν να αναγνωρίσουν τα προειδοποιητικά σημάδια και να αναλάβουν άμεση δράση για να προστατέψουν τα αυτοκτονικά άτομα. Όταν ένας νέος δίνει σημάδια ότι πρόκειται ή προετοιμάζεται να αυτοκτονήσει, θα πρέπει να αναληφθούν οι ακόλουθες ενέργειες (Gruber, 2001):

- Η διατήρηση της ψυχραιμίας
- Άμεση ερώτηση για το κατά πόσο ο συγκεκριμένος έφηβος/έφηβη σκέφτεται την αυτοκτονία
- Να δοθεί έμφαση στην ανησυχία των γονέων για την ευημερία του και να αποφευχθούν κατηγορίες και απειλές
- Καθησυχασμός του προσώπου και προσπάθεια για δημιουργία ασφαλούς και ήπιου ψυχολογικά περιβάλλοντος
- Αποφυγή άσκησης κριτικής
- Παροχή συνεχούς επίβλεψης και ενδιαφέροντος
- Διαβεβαίωση ότι υπάρχει βοήθεια και ότι στο ζήτημα αυτό δεν είναι μόνοι τους
- Απομάκρυνση αντικειμένων που μπορεί να προκαλέσουν τραυματισμό.

Η ενημέρωση των γονέων είναι ένα ζωτικό μέρος της την πρόληψη των αυτοκτονιών. Οι γονείς πρέπει να ενημερώνονται και να συμμετέχουν ενεργά στις αποφάσεις που αφορούν την καλή διαβίωση του παιδιού τους. Ακόμα και αν ένα παιδί κρίνεται ότι βρίσκεται σε χαμηλό κίνδυνο για αυτοκτονική συμπεριφορά, τα

σχολεία θα πρέπει να ζητήσουν από τους γονείς να συμμετάσχουν ενεργά σε συναντήσεις με τους σχολικούς ψυχολόγους και να ενημερώνονται τακτικά από αυτούς. Επιπλέον, πρέπει οι ίδιοι οι γονείς να παράσχουν κάθε δυνατή πληροφορία για την εκτίμηση του κινδύνου αυτοκτονίας, καθώς έχουν συχνά πληροφορίες ζωτικής σημασίας για τη συμπεριφορά του εφήβου στο σπίτι, προκειμένου να γίνει η κατάλληλη αξιολόγηση του κινδύνου, συμπεριλαμβανομένου του ψυχιατρικού ιστορικού της οικογένειας, τα τελευταία τραυματικά γεγονότα, και ενδεχομένως τις προηγούμενες αυτοκτονικές συμπεριφορές ή απόπειρες αυτοκτονίες (Main, Martin, 2001).

3.2.2 Κοινοτικά προγράμματα πρόληψης φαινομένου

Η Πράσινη Βίβλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης περιλαμβάνει τόσο τους στόχους της Επιτροπής όσο και προγράμματα που είναι σε εφαρμογή σχετικά με την βελτίωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού. Η εντολή για δράση σε κοινοτικό επίπεδο στον κλάδο της δημόσιας υγείας καθορίζεται στο άρθρο 152 της Συνθήκης ΕΚ, και προβλέπει ότι η κοινοτική δράση συμπληρώνει τις εθνικές πολιτικές για τη βελτίωση της υγείας, την πρόληψη ασθενειών και νόσων, την ενημέρωση και την εκπαίδευση για την υγεία, καθώς επίσης και τη μείωση βλαβών από τα φάρμακα, ενώ ενθαρρύνει τη συνεργασία μεταξύ των κρατών μελών σε αυτούς τους τομείς. Τα κράτη μέλη διαθέτουν την αποκλειστική αρμοδιότητα για τη διοργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών και της περίθαλψης, ενώ για τις υπόλοιπες κοινοτικές πολιτικές θα ισχύσουν οι κατάλληλες νομικές βάσεις της εκάστοτε εθνικής νομολογίας. Από το 2000 και εφεξής, έχουν θεσπιστεί τα εξής προγράμματα και πρωτοβουλίες:

- 1) τη θέσπιση της οδηγίας 2000/78/ΕΚ που απαγορεύει μεταξύ άλλων τις διακρίσεις λόγω αναπηρίας στον κλάδο της απασχόλησης
- 2) δράσεις στο πλαίσιο του Ευρωπαϊκού Έτους για τα άτομα με αναπηρίες 2003
- 3) η θέσπιση ευρωπαϊκής συμφωνίας-πλαίσιου για το εργασιακό άγχος μεταξύ των κοινωνικών εταίρων το 2004
- 4) η πολιτική για την κοινωνία της πληροφορίας και τα μέσα ενημέρωσης υποστήριξε την ανάπτυξη εργαλείων της τεχνολογίας πληροφοριών και επικοινωνιών (ΤΠΕ) για σκοπούς πρόληψης, διάγνωσης και περίθαλψης
- 5) η περιφερειακή πολιτική υποστηρίζει τις επενδύσεις σε υποδομές στον τομέα της υγείας, οι οποίες ωφελούν τη διαρθρωτική προσαρμογή των περιφερειών

6) η εκπαιδευτική πολιτική επικεντρώνεται στην ψυχική υγεία στο πλαίσιο του έργου της (π.χ. με τις βασικές ικανότητες για την κοινωνία της γνώσης) και μέσω προγραμμάτων

7) στο πλαίσιο της κοινοτικής πολιτικής για την ελευθερία, τη δικαιοσύνη και την ασφάλεια, το πρόγραμμα DAPHNE II καταπολεμά τη βία κατά των παιδιών, των νέων και των γυναικών, η οποία μπορεί να προκαλέσει προβλήματα ψυχικής υγείας.

Παράλληλα η πολιτική υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης καλύπτει την ψυχική υγεία από το 1997 μέσω συγκεκριμένων προγραμμάτων και πολιτικών πρωτοβουλιών. Το πρόγραμμα δημόσιας υγείας της ΕΕ 2005- 2012 παρέχει τη νομική βάση για δράση, ενώ επιπλέον σχετικές προτεραιότητες επικεντρώθηκαν στην κατάχρηση φαρμάκων και τις βλάβες που προκαλεί το αλκοόλ. Κοντά σε αυτό, οι πρωτοβουλίες στο πλαίσιο της κοινωνικής πολιτικής και πολιτικής απασχόλησης της Ευρωπαϊκής Ένωσης αφορούν τη μη διακριτική μεταχείριση των ατόμων με κακή ψυχική υγεία, την κοινωνική ένταξη των ατόμων με διανοητικές μειονεξίες και την πρόληψη του άγχους στον εργασιακό χώρο, και περιλαμβάνουν:

α) τη θέσπιση της οδηγίας 2000/78/ΕΚ που απαγορεύει μεταξύ άλλων τις διακρίσεις λόγω αναπηρίας στον κλάδο της απασχόλησης.

β) δράσεις στο πλαίσιο του Ευρωπαϊκού Έτους για τα άτομα με αναπηρίες.

γ) τη θέσπιση ευρωπαϊκής συμφωνίας-πλαισίου για το εργασιακό άγχος μεταξύ των κοινωνικών εταίρων το 2004.

Όλες οι προτάσεις και τα προγράμματα βρίσκονται σε ισχύ και έχουν δεσμευτικό χαρακτήρα για όλα τα κράτη-μέλη, ενώ προωθείται αργά αλλά σταθερά ο διάλογος για τη διαμόρφωση μιας νέας στρατηγικής για την ψυχική υγεία σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης που περιλαμβάνει:

α) τη δημιουργία ενός πλαισίου ανταλλαγής και συνεργασίας μεταξύ των κρατών μελών

β) τη συμβολή στην αύξηση της συνεκτικότητας των ενεργειών στους διάφορους πολιτικούς τομείς

γ) τη δρομολόγηση πλατφόρμας για τη συμμετοχή των φορέων, συμπεριλαμβανομένων των οργανώσεων πασχόντων και των οργανώσεων της κοινωνίας των πολιτών, στην εξεύρεση λύσεων (EU Portal Bulletin, 2010).

3.2.3 Στο σχολείο

Στο πλαίσιο αυτό, ο ρόλος του σχολείου και των σχολικών συμβούλων και ψυχολόγων είναι σημαντικός για τη διάγνωση της αποκλίνουσας συμπεριφοράς και την ενημέρωση των γονέων για την ενδεχόμενη αυτοκτονική συμπεριφορά των παιδιών. Το ενδιαφέρον των σχολικών συμβούλων και προγραμμάτων οφείλει να επικεντρώνεται στα εξής (Mann, Apter, Bertolote, 2005):

- Την εκτίμηση του κινδύνου
- Το χειρισμό του μαθητή που κινδυνεύει να αυτοκτονήσει
- Το χειρισμό του μαθητή που έχει κάνει απόπειρα στο παρελθόν
- Την ενημέρωση της οικογένειας
- Την αντιμετώπιση της κρίσης σε περίπτωση που η αυτοκτονία ή η απόπειρα πραγματοποιηθεί στο χώρο του σχολείου

Στην ομάδα παρέμβασης μπορούν να συμμετέχουν ο διευθυντής του σχολείου, ο υπεύθυνος εκπαιδευτικός κάθε τάξης, ο σχολικός σύμβουλος, ο σχολικός ψυχολόγος και η νοσηλεύτρια του σχολείου (όπου υπάρχουν). Το συντονισμό της ομάδας μπορεί να αναλάβει ο διευθυντής του σχολείου ή ο σχολικός σύμβουλος. Τα μέλη της ομάδας είναι καλό να ενημερωθούν για τις υπηρεσίες που είναι διαθέσιμες στην περιοχή ή την πόλη τους (υπηρεσίες ψυχικής υγείας, νοσοκομεία, κοινωνικές υπηρεσίες κλπ) και να επικοινωνήσουν με εκπροσώπους αυτών των φορέων για να διευκρινιστεί αν είναι διαθέσιμοι για την υλοποίηση του σχεδίου παρέμβασης καθώς και ποιες υπηρεσίες μπορούν να παρέχουν.

Είναι χρήσιμο να συμμετέχουν στην ομάδα παρέμβασης ειδικοί της ψυχικής υγείας -ψυχολόγος και ψυχίατρος- που ανήκουν σ' αυτούς τους φορείς. Στο πλαίσιο αυτό, ο ρόλος της ομάδας δεν περιορίζεται μόνο στην πρόληψη της αυτοκτονίας αλλά επεκτείνεται στην έγκαιρη αναγνώριση ψυχικών νόσων, ουσιοεξαρτήσεων, άλλων προβλημάτων (π.χ. κακοποίηση, παραμέληση) και γενικότερα οποιασδήποτε κατάστασης θέτει σε κίνδυνο την υγεία των μαθητών (Κλίμακα, 2008).

Σχετικά με την ενημέρωση των γονέων, σε περίπτωση κινδύνου ο εκπαιδευτικός πρέπει να ενημερώσει την οικογένεια το συντομότερο δυνατό. Είναι καλό ο μαθητής να το γνωρίζει και να είναι σύμφωνος, όμως σε περίπτωση που ο κίνδυνος είναι μεγάλος, η οικογένεια θα ενημερωθεί έστω και χωρίς τη συγκατάθεσή του. Ο εκπαιδευτικός θα μιλήσει στους γονείς προσέχοντας να μην αποκαλύψει προσωπικές πληροφορίες του μαθητή και να είναι όσο το δυνατόν πιο ευέλικτος και

λεπτός στους χειρισμούς του. Ωστόσο, σε ορισμένες ακραίες περιπτώσεις είναι προτιμότερο η οικογένεια να μην ενημερωθεί, όπως για παράδειγμα σε περίπτωση που υπάρχει σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση του παιδιού από τους γονείς του. Αν οι γονείς πληροφορηθούν ότι το παιδί αποκάλυψε όσα συμβαίνουν, υπάρχει ο κίνδυνος να κακοποιηθεί χειρότερα. Σε αυτή την περίπτωση θα πρέπει να χειριστεί το θέμα η υπηρεσία ψυχικής υγείας που συνεργάζεται με το σχολείο. (Κλίμακα, 2008)

Τέλος, σε περίπτωση που έχει διαπραχθεί απόπειρα αυτοκτονίας είναι απαραίτητο να διαμορφωθεί ένα μετα-αυτοκτονικό πλαίσιο για την ενημέρωση του σχολείου και των μαθητών, προκειμένου να έχουν την κατάλληλη πληροφόρηση όλοι οι μαθητές και να αποφευχθούν ανάλογες συμπεριφορές και εκρήξεις αναστάτωσης από τους συμμαθητές. Η ομάδα συμβούλων του σχολείου θα πρέπει:

- Να ενημερώσουν τους μαθητές και το προσωπικό του σχολείου
- Να εντοπίσουν τους μαθητές, τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς που χρειάζονται βοήθεια
- Να καλέσουν στο σχολείο τους ειδικούς ψυχικής υγείας με τους οποίους συνεργάζονται
- Να ενημερώσουν τους μαθητές ότι οι ειδικοί βρίσκονται στο σχολείο για να υποστηρίξουν όποιον το χρειάζεται. (Shneidman, 1985)

3.2.4 Διαδίκτυο – Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (M.M.E.)

Το διαδίκτυο και τα MME με τον πλούτο πληροφοριών που διαθέτουν μπορούν να συμβάλλουν στη σωστή πρόληψη του φαινομένου της αυτοκτονίας. Πολλές είναι εκείνες οι ιστοσελίδες και οι δράσεις που αναπτύσσονται μόνιμα ή περιοδικά και βοηθούν στην ενημέρωση των γονέων, του ευρύτερου περιβάλλοντος και του σχολείου. Μεταξύ άλλων δύο είναι οι βασικότερες καμπάνιες που προωθούνται μέσω του διαδικτύου και των MME: ο έλεγχος της καταχρηστικής άσκησης του διαδικτύου, και η καταπολέμηση της «πληροφοριόρπανσης».

Αναφορικά με το πρώτο, σημαντική είναι η λελογισμένη χρήση της πρακτικής του απόρρητου. Το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων είχε ήδη ασχοληθεί με το ζήτημα της ανωνυμίας στο διαδίκτυο προστατεύοντας τους χρήστες του διαδικτύου σε παράνομες παρακολουθήσεις από το κράτος. Η διεύρυνση του καταλόγου της Ευρωπαϊκής Επιτροπής σχετικά με την προστασία του απόρρητου

είναι ένα σημαντικό βήμα, ωστόσο είναι αδιανόητο ακόμη και σήμερα να μην προστατεύονται οι χρήστες για τις υποκλοπές, τις κακόβουλες επιθέσεις σε πληροφοριακά συστήματα και τις διαδικτυακές απάτες.

Σε γενικότερο επίπεδο ωστόσο, η καταφυγή των χρηστών στη δίωξη ηλεκτρονικού εγκλήματος και η ανάπτυξη μεθόδων φιλτραρίσματος ιστοσελίδων με κακόβουλο περιεχόμενο επιτυγχάνεται μέσα από συγκεκριμένα προγράμματα προστασίας που διατίθενται από τις εταιρίες ηλεκτρονικών συστημάτων. Η συμβολή των γονέων και η παρακολούθηση και προστασία που παρέχουν στα παιδιά της είναι κάτι παραπάνω από απαραίτητα συστατικά που μαζί με την ανάπτυξη της ασφάλειας στον κυβερνοχώρο μπορούν να συντείνουν στην αποφυγή ή στον έλεγχο των αυτοκτονικών τάσεων. (Beatson, 2000)

Επίσης, πολλές οργανώσεις, ινστιτούτα και ομάδες ψυχολόγων και ψυχιάτρων έχουν αναπτύξει ιστοσελίδες ενημέρωσης σχετικά με την αυτοκτονία, τα συμπτώματα, τα αίτια, τις συνέπειες, και τρόπους για την κατάλληλη πρόληψη και αποφυγή της αυτοκτονίας. Αυτός ο τρόπος ενημέρωσης κρίνεται επιτυχημένος καθώς όλο και περισσότεροι χρήστες ενημερώνονται μέσω διαδικτύου για όλα τα ζητήματα, ενώ σε μεγάλο βαθμό η ανωνυμία αυτή που παρέχει το διαδίκτυο βοηθά στην καλύτερη πρόσβαση σε ενημερωτικό υλικό που σε διαφορετική περίπτωση οι ενδιαφερόμενοι θα δίσταζαν να προσεγγίσουν για λόγους συστολής, φόβου ή κοινωνικής κατακραυγής.

Αναφορικά με τα MME, πολλά δίκτυα έχουν αναπτύξει εκπαιδευτικά προγράμματα και προγράμματα χορηγίας για την προστασία και προφύλαξη των παιδιών από κακόβουλες επιρροές του διαδικτύου. Επίσης, είναι σημαντικό να τονίσουμε πως αρκετά τηλεοπτικά δίκτυα αναπτύσσουν καμπάνιες ενημέρωσης και πληροφόρησης των εφήβων και των γονέων αναφορικά με την αυτοκτονία, ενώ σε ορισμένες χώρες όπως για παράδειγμα στην Ελβετία και την Σουηδία, όπου τα ποσοστά αυτοκτονίας σε νεαρές ηλικίες είναι ιδιαίτερα υψηλά, έχει αναπτυχθεί ένα σύστημα συνεχούς πληροφόρησης με τηλεφωνικό κέντρο που στηρίζει άμεσα υποψήφια θύματα και γονείς με ειδική πλατφόρμα ενσωματωμένη στα μέσα μαζικής μεταφοράς. (Hawton, 2002)

Στο ίδιο μήκος κύματος, επιχειρηματίες των MME διοργανώνουν εκδηλώσεις υποστήριξης και προβολής του θέματος για την καλύτερη ενημέρωση των εμπλεκόμενων και την ανάπτυξη και προβολή δικτύων ενημέρωσης που βρίσκονται

στην αφάνεια λόγω έλλειψης πόρων και κατάλληλης προβολής. Τα μηνύματα με οικουμενικό χαρακτήρα που προβάλλονται από τα ΜΜΕ είναι τα εξής:

α. Κατανόηση των βλαβερών συνεπειών της πληροφορούπανσης

β. Σεβασμός των ανθρώπων που συναντούμε καθημερινά και κατανόηση των προβλημάτων του

γ. Διάλογος με τους γονείς για τα προβλήματα που απασχολούν τους εφήβους

Αυτές οι τρεις αρχές αποτελούν τα βασικά συστατικά της εκστρατείας των ΜΜΕ ανά τον κόσμο για την προβολή του ζητήματος της αυτοχειρίας και την καλύτερη ενημέρωση των εφήβων, των γονέων, και του σχολικού και φιλικού περιβάλλοντος, καθώς και την προστασία και προφύλαξη των υποψήφιων αυτόχειρων (Hawton, 2002).

3.3 Προγράμματα πρόληψης αυτοκτονίας ανά τον κόσμο

Οι δημόσιες εκπαιδευτικές εκστρατείες με στόχο την αναγνώριση του κινδύνου αυτοκτονίας και τη βοήθεια μέσω της βελτίωσης της κατανόησης των αιτιών και των παραγόντων κινδύνου για αυτοκτονική συμπεριφορά, αποτελούν ένα από τα βασικά εργαλεία της ψυχιατρικής κοινότητας παγκοσμίως για προβολή του ζητήματος της εφηβικής αυτοκτονίας. Η δημόσια εκπαίδευση αποσκοπεί επίσης στη μείωση του στιγματισμού της ψυχικής νόσου και της αυτοκτονίας και τις προκλήσεις της αποδοχής της αυτοκτονίας ως σοβαρή ασθένεια, αναπόφευκτο γεγονός των σύγχρονων κοινωνιών. Παρά τη δημοτικότητα των προγραμμάτων σε παγκόσμιο επίπεδο τους ως δημόσια παρέμβαση για την υγεία, η αποτελεσματικότητα των εκστρατειών ευαισθητοποίησης και εκπαίδευσης με στόχο τη μείωση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς, έχουν ελάχιστα αξιολογηθεί συστηματικά.

Μελέτες στη Γερμανία, το Ηνωμένο Βασίλειο, την Αυστραλία, και τη Νέα Ζηλανδία, αποκαλύπτουν τη μέτρια αποτελεσματικότητα των εκστρατειών εκπαίδευσης σχετικά με τα αίτια και τη θεραπεία της κατάθλιψης. Οι μεγάλες αυτές εκστρατείες της δημόσιας εκπαίδευσης με σκοπό την ευαισθητοποίηση στο ζήτημα της εφηβικής αυτοκτονίας δεν έχουν παρουσιάσει κάποιο συνολικό αποτελέσματα αναφορικά με τη μείωση των αυτοκτονιών ή για τα μέτρα που λαμβάνονται εκ των προτέρων, όπως η θεραπεία με τη χρήση αντικαταθλιπτικών χαπιών (Mann, Apter, Bertolote, 2005)

Η κατάθλιψη και άλλες ψυχικές διαταραχές είναι υποτιμημένες και ελλιπώς μελετημένες στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Η πρόληψη είναι δυνατή επειδή οι περισσότεροι έφηβοι που αυτοκτόνησαν είχαν προηγουμένως επαφή με ένα γιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας μέσα σε ένα μήνα από τον θάνατο. Ωστόσο σε πολλές χώρες η έλλειψη γιατρών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αλλά κυρίως ή έλλειψη κατάλληλης γνώσης και ανάλυσης της ψυχολογίας του ασθενή εκ των προτέρων οδηγεί τελικά στην μη αποφυγή της αυτοκτονίας. Ως εκ τούτου, η βελτίωση της αναγνώρισης της κατάθλιψης από τον γιατρό και η αξιολόγηση του κινδύνου της αυτοκτονίας είναι ένα συστατικό που πρέπει να μελετηθεί περαιτέρω για την πρόληψη των αυτοκτονιών. (Mann, Apter, Bertolote, 2005)

Σύμφωνα με τους Goldsmith, Pellmar, Kleinman, και Bunney (2006) η πρόληψη των αυτοκτονιών περιλαμβάνει μια σειρά από παρεμβάσεις που επικεντρώνονται στην ευρύτερη κοινότητα με πρόσωπα, επαγγέλματα και αρμοδιότητες που βρίσκονται στον ευρύτερο χώρο της ιατρικής και της ψυχολογίας, και τα οποία έρχονται σε επαφή με δυνητικά ευάλωτες ομάδες πληθυσμού. Το πρόγραμμα αυτό το οποίο εφαρμόστηκε πιλοτικά στην Ουάσινγκτον των ΗΠΑ το 2004-5, αποτελεί μια ευκαιρία για τον εντοπισμό των τάσεων κατάθλιψης σε άτομα, προκειμένου να γίνει δυνατή η κατάλληλη αξιολόγηση και να παρασχεθεί η κατάλληλη θεραπεία. Στα άτομα αυτά περιλαμβάνεται ο κλήρος και η εκκλησία γενικότερα, οι φαρμακοποιοί, οι νοσηλευτές, και όλοι όσοι απασχολούνται σε κομβικές θέσεις στα σχολεία. Η εκπαίδευση, ενημέρωση, και αξιολόγηση των παραγόντων κινδύνου, η αλλαγή της κοινοτικής και δημοτικής πολιτικής για την ενθάρρυνση της αναζήτησης βοήθειας, η διάθεση πόρων, καθώς και κάθε προσπάθεια για τη αντιμετώπιση του ζητήματος της αυτοκτονίας έδειξαν ότι έφεραν αποτελέσματα σε τοπικό επίπεδο. Το πρόγραμμα αυτά προωθήθηκαν και σε άλλες πολιτείες των ΗΠΑ και οδήγησαν μεσοπρόθεσμα στη διευκόλυνση της πρόσβασης σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Η αντικαταθλιπτική αγωγή παίζει επίσης σημαντικό ρόλο στη διαδικασία πρόληψης της αυτοκτονίας. Τα υψηλότερα ποσοστά συνταγογράφησης των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, συσχετίζονται με μείωση των ποσοστών αυτοκτονίας σε ενήλικες ή νέους στην Ουγγαρία, στη Σουηδία, στην Αυστραλία, και τις Ηνωμένες Πολιτείες. Ανάλογα, γεωγραφικές περιοχές και δημογραφικές ομάδες με την υψηλότερη επαναπρόσληψη της σεροτονίνης εντοπίζονται στις ΗΠΑ και την Αυστραλία και παρουσιάζουν το χαμηλότερο ποσοστό αυτοκτονίας. Στην Ισλανδία,

την Ιαπωνία, και την Ιταλία τα υψηλά ποσοστά του αλκοολισμού αυξάνουν τα ποσοστά αυτοκτονίας, ενώ οι άνδρες δείχνουν να καταφεύγουν πιο εύκολα στη χρήση αντικαταθλιπτικών. Όπου χρησιμοποιείται ευρέως η χορήγηση αντικαταθλιπτικών, τα ποσοστά κατάθλιψης δείχνουν αισθητή πτώση, αλλά ακόμα και σε αυτή τη περίπτωση υπάρχουν επιμέρους μεταβλητές που καθορίζουν αναλόγως την πτώση ή μείωση του ποσοστού αυτού (Mann et al., 2005).

Η ψυχοθεραπεία και όλα τα μοντέλα εφαρμογής της αποτελούν μία μέθοδο με θετικά αποτελέσματα στη μείωση της τάσης αυτοκτονίας. Στη ψυχοθεραπεία εντάσσονται η συναισθηματική θεραπεία, η επίλυση προβλημάτων, και η έντονη ψυχολογική φροντίδα μέσα από στοχευμένες συνεδρίες. Η διαλεκτική συμπεριφορική θεραπεία είναι επίσης μια μέθοδος η οποία συμβάλλει αποφασιστικά στη μείωση του ποσοστού των παρατηρούμενων τάσεων αυτοκτονίας, ενώ σε ανάλογο βαθμό η νοσηλεία για μικρό χρονικό διάστημα σε κλινική συμβάλλει στο πλαίσιο αυτό. Ψυχολογικές καταστάσεις όπως το συναίσθημα της απελπισίας και συμπτώματα κατάθλιψης και κατατονίας βελτιώνονται μέσω συνεδριών, ενώ μελέτες αποδεικνύουν ότι η τάση αυτοκτονίας ελέγχεται μέσα από τη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία, τη γνωστική συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, και τη διαλεκτική συμπεριφορική θεραπεία (Gaynes, West, Ford, Frame, Klein και Lohr., 2004)

3.4 Γραμμή Παρέμβασης για την Αυτοκτονία

Η Μη Κυβερνητική Οργάνωση (ΜΚΟ) «Κλίμακα» έχει αναπτύξει ένα δίκτυο ενημέρωσης και υλοποιεί μία σειρά ευρύτερων δράσεων στοχευόμενων στην πρόληψη και αντιμετώπιση της αυτοκτονίας. Η τηλεφωνική Γραμμή Παρέμβασης για την Αυτοκτονία (1018) λειτουργεί από το 2007, με την υποστήριξη και την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Η γραμμή λειτουργεί επτά μέρες την εβδομάδα, σε 24ωρη βάση και δέχεται κλήσεις από κινητό ή σταθερό τηλέφωνο με αστική χρέωση. Στελεχώνεται από επαγγελματίες της ψυχικής υγείας. Είναι πανελλαδικής εμβέλειας και απευθύνεται σε οποιονδήποτε αντιμετωπίζει προσωπικά, οικογενειακά, οικονομικά ή άλλα προβλήματα που δεν μπορεί να διαχειριστεί, έρχεται σε αδιέξοδο και σκέφτεται να προβεί σε κάποια αυτοκαταστροφική πράξη. Απευθύνεται επίσης σε όσους έχουν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας στον παρελθόν ή ανησυχούν για κάποιο πρόσωπο του οικείου τους περιβάλλοντος. (www.klimaka.org.gr)

3.5 Μύθοι περί αυτοκτονίας

Υπάρχουν κάποιες λανθασμένες, στερεότυπες απόψεις σχετικά με την αυτοκτονία που μπορεί να παρεμποδίσουν την έγκαιρη αντίληψη των προθέσεων ενός ατόμου που σκέφτεται να αυτοκτονήσει. Ορισμένοι εξ αυτών των «μύθων» παρατίθενται στη συνέχεια:

1ος μύθος: «Οι άνθρωποι που λένε ότι θ' αυτοκτονήσουν δεν πρόκειται ποτέ να το κάνουν»

Πολλοί άνθρωποι πιστεύουν ότι όταν κάποιος λέει ότι θ' αυτοκτονήσει στην πραγματικότητα προσπαθεί να τραβήξει την προσοχή των άλλων. Ωστόσο, σε πολλές περιπτώσεις οι άνθρωποι που αυτοκτονούν αποκαλύπτουν τις προθέσεις τους πριν την απόπειρα. Επομένως, όταν κάποιος μας εκμυστηρεύεται ότι θέλει να αυτοκτονήσει πρέπει να τον αντιμετωπίζουμε με σοβαρότητα και να ζητάμε πάντα τη βοήθεια ενός ειδικού (ψυχολόγου ή ψυχιάτρου).

2ος μύθος: «Μιλώντας σε κάποιον για την αυτοκτονία, του δίνουμε την ιδέα να αυτοκτονήσει»

Δεν υπάρχει περίπτωση να ωθήσουμε κάποιον στην αυτοκτονία απλά και μόνο ρωτώντας τον αν σκέφτεται να κάνει κακό στον εαυτό του. Αντίθετα, σε περίπτωση που κάνουμε αυτή την ερώτηση μπορεί να τον διευκολύνουμε να μιλήσει γι' αυτά που νιώθει και σκέφτεται. Η άμεση προσέγγιση του θέματος, με προσοχή και ευαισθησία, είναι ο μόνος τρόπος να καταλάβουμε αν κάποιος κινδυνεύει να αυτοκτονήσει.

3ος μύθος: «Η αυτοκτονία δεν αφορά τους περισσότερους από εμάς. Συμβαίνει σπάνια, σε ανθρώπους που είναι "περίεργοι"»

Στην πραγματικότητα, η αυτοκτονία είναι αρκετά συχνή και ο καθένας από εμάς μπορεί να βρεθεί σε αυτή τη θέση. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, σε όλο τον κόσμο αυτοκτονούν περίπου ένα εκατομμύριο άνθρωποι κάθε χρόνο. Αυτός ο αριθμός αντιστοιχεί σε μία αυτοκτονία κάθε 40 sec, ενώ οι μη θανατηφόρες απόπειρες είναι 15-20 φορές περισσότερες.

4ος μύθος: «Η αυτοκτονία είναι μια παρορμητική κίνηση, “μια στιγμή τρέλας”»

Σε κάποιες περιπτώσεις η αυτοκτονία είναι παρορμητική, ειδικά στην εφηβεία. Ωστόσο, πολλοί από τους ανθρώπους που αυτοκτονούν έχουν προσχεδιάσει την πράξη τους. Το σχέδιο μπορεί να περιλαμβάνει τον τόπο, το χρόνο και τον τρόπο που θα γίνει η απόπειρα. Η ύπαρξη σχεδίου αυξάνει τη σοβαρότητα της κατάστασης και τον κίνδυνο αυτοκτονίας.

5ος μύθος: «Για τους ανθρώπους που επέζησαν από μια απόπειρα, ο κίνδυνος έχει περάσει»

Στην πραγματικότητα, οι άνθρωποι που έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν στο παρελθόν διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να το επαναλάβουν στο μέλλον. Ο κίνδυνος είναι πολύ μεγάλος τον πρώτο χρόνο μετά την απόπειρα και παραμένει αυξημένος εφ'όρου ζωής.

6ος μύθος: «Οι άνθρωποι που αυτοκτονούν θέλουν πραγματικά να πεθάνουν»

Οι άνθρωποι που αυτοκτονούν νιώθουν ότι βρίσκονται σε αδιέξοδο κι ότι ο θάνατος είναι η μόνη λύση που έχουν. Ωστόσο τις περισσότερες φορές έχουν αμφιθυμικά συναισθήματα για την αυτοκτονία, δηλαδή εκτός από την επιθυμία για θάνατο υπάρχει κι η επιθυμία για ζωή. Αφενός αισθάνονται παγιδευμένοι σε μια επώδυνη πραγματικότητα και καταφεύγουν στην αυτοκτονία αναζητώντας ένα τρόπο «διαφυγής». Αφετέρου εύχονται να λυνόντουσαν με κάποιο τρόπο τα προβλήματά τους και να μπορούσαν να «σωθούν».

7ος μύθος: «Τα παιδιά δεν αυτοκτονούν»

Η συχνότητα των αυτοκτονιών στην παιδική ηλικία είναι μικρή. Ωστόσο σε κάποιες περιπτώσεις έχουν αναφερθεί αυτοκτονίες παιδιών. Στους εφήβους και τους νέους ενήλικες η συχνότητα των αυτοκτονιών αυξάνει. (www.suicide-help.gr)

3.6 Τρόποι Αντιμετώπισης του φαινομένου

3.6.1 Αντιμετώπιση της κατάθλιψης

Η αντιμετώπιση του φαινομένου έγκειται ως επί το πλείστον στην κατάλληλη ενημέρωση, αλλά ακόμη και στην διάγνωση και αντιμετώπιση των αυτοκτονικών συναισθημάτων. Η προέλευση των αυτοκτονικών συναισθημάτων προέρχεται, σύμφωνα με την βιβλιογραφία, σε μεγάλο βαθμό από την επίδραση της κατάθλιψης πάνω στην ψυχοσύνθεση του ανθρώπου.

Η κατάθλιψη είναι μια διαταραχή της διάθεσης που επιδρά σε πρόσωπα όλων των ηλικιών και των κατηγοριών. Είναι η πιο συχνή διανοητική ασθένεια και η πιο θεραπεύσιμη. Πολλά καταθλιπτικά πρόσωπα δε λαμβάνουν θεραπεία, συνήθως επειδή αυτά ή η οικογένειά τους περιμένουν πως η στενοχώρια θα εξαφανιστεί. Το Εθνικό Ίδρυμα Διανοητικής Υγείας υπολογίζει ότι 25% όλων των γυναικών των Η.Π.Α. και 11,5% όλων των ανδρών θα έχουν ένα καταθλιπτικό επεισόδιο στη διάρκεια της ζωής τους. (Nock, Borges, Bromet, Cha, Kessler, Lee, 2008)

Ίσως η σημαντικότερη διαπίστωση για την κατάθλιψη είναι ότι πρόκειται για ασθένεια και όχι για αδυναμία. Η έρευνα έχει πειστικά καταδείξει ότι η κατάθλιψη συνίσταται σε μια έλλειψη των ουσιών των νευροδιαβιβαστών στη χημεία του κεντρικού νευρικού συστήματος. Συγκεκριμένα, η μείωση της νορεπινεφρίνης στις συνάψεις των νευρώνων του εγκεφάλου είναι η σαφής αιτία για την ασθένεια που αποκαλούμε κατάθλιψη. Οι λόγοι για τη μείωση της νορεπινεφρίνης δεν είναι πλήρως κατανοητοί, αλλά πιθανόν να πρόκειται για ένα συνδυασμό γενετικών, σωματογενών και ψυχογενών αιτιών. Εν πάση περιπτώσει, ο καταθλιπτικός πάσχει από μια χημική δυσαναλογία στη χημεία του εγκεφάλου. (Nock, Borges, Bromet, Cha, Kessler, Lee, 2008)

Κάθε έφηβος μπορεί να νοιώσει τα παροδικά συναισθήματα της θλίψης και της μοναξιάς που συνδέονται με ατυχή γεγονότα, αποτυχίες, ή συναισθηματικές μεταπτώσεις εξαιτίας προσωπικής ανασφάλειας ή άλλων αιτιών όπως οι διακοπές. Αυτές δεν είναι καταθλιπτικές διαταραχές. Η κλινική κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από μια αλλαγή στη συμπεριφορά, που τείνει συχνά προς την υπολειτουργία (όταν δεν έχει επιθυμία να βγει, να εργαστεί, να ψωνίσει, και να συνεχίσει άλλες δραστηριότητες που στο παρελθόν ήταν συνήθειες) και την απόσυρση. Συνήθως η κλινική κατάθλιψη συνοδεύεται από αλλαγές στις συνήθειες του ύπνου, τη λήψη τροφής και την ψυχαγωγία. Αυτές οι αλλαγές μπορεί να συνεχιστούν για μακρά

περίοδο, αν το πρόσωπο δε δεχτεί την κατάλληλη θεραπεία. Και σε αυτό το σημείο είναι που έρχονται να δράσουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας (Plourde, 2001).

Μπορεί η κατάθλιψη να είναι μία σοβαρή ασθένεια, ωστόσο σήμερα αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά στη μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων. Το πρώτο βήμα για τη θεραπεία είναι η επίσκεψη σε ένα γιατρό. Αφού γίνει η διάγνωση, η θεραπεία την κατάθλιψης περιλαμβάνει δύο στάδια. Τη θεραπεία των οξέων συμπτωμάτων και, στη συνέχεια, τη συνέχιση της θεραπείας προκειμένου να διατηρηθεί το θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Οι κύριες θεραπείες για την κατάθλιψη, σήμερα, είναι οι βιολογικές θεραπείες, οι ψυχοθεραπείες και οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις. Η επιλογή της θεραπείας θα εξαρτηθεί από την εκτίμηση του ειδικού για την κατάσταση του ατόμου που πάσχει από κατάθλιψη. Πρόσφατες έρευνες υποστηρίζουν ότι τα καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα προκύπτουν από το συνδυασμό φαρμακευτικής αγωγής και ψυχοθεραπείας. Ο συνδυασμός αυτός πλεονεκτεί, γιατί διατηρεί το θεραπευτικό όφελος και προστατεύει το άτομο από την επανεμφάνιση των συμπτωμάτων. Καθοριστικό ρόλο για την επιτυχή έκβαση της θεραπείας διαδραματίζει η «σχέση» ανάμεσα στο θεραπευτή και το θεραπευόμενο (Holder, 2008).

A. Φάρμακα

Τα Αντικαταθλιπτικά. Υπάρχουν διάφοροι τύποι αντικαταθλιπτικών φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για να αντιμετωπίσουν την καταθλιπτική διαταραχή. Τα αντικαταθλιπτικά δρουν αποκαθιστώντας την ισορροπία των νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο, επιδρώντας δηλαδή στη σεροτονίνη ή στη νοραδρεναλίνη ή και στους δύο αυτούς νευροδιαβιβαστές.

Η συνεργασία θεράποντος ιατρού-ασθενή είναι σημαντική για την επιλογή της κατάλληλης αγωγής και θα πρέπει να διατηρείται σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας. Μερικές φορές κάποιο φάρμακο δεν έχει το αναμενόμενο αποτέλεσμα και χρειάζεται ο γιατρός να το αντικαταστήσει ή να προσθέσει και κάποιο άλλο με διαφορετικό μηχανισμό δράσης ώστε να βρεθεί το καταλληλότερο φάρμακο ή συνδυασμός φαρμάκων, ενώ κάποιες φορές χρειάζεται να αυξηθεί η δοσολογία ενός φαρμάκου για να έχει αποτέλεσμα. (Magliano, Fiorillo, Malangone, De Rosa, Maj 2002)

Αν και κάποια βελτίωση μπορεί να παρατηρηθεί από τις πρώτες εβδομάδες, τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρειάζονται 3 με 4 (ή και περισσότερο) εβδομάδες

συστηματικής λήψης, ώστε να εμφανίσουν το πλήρες θεραπευτικό τους αποτέλεσμα. Ποτέ δεν πρέπει να σταματά κανείς τη λήψη ενός αντικαταθλιπτικού χωρίς να συμβουλευτεί το γιατρό του. Οι παρενέργειες των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων είναι συνήθως ήπιες και παύουν να υφίστανται λίγες ημέρες μετά τη χρήση του φαρμάκου. Οι πιο συχνές είναι η κεφαλαλγία που συνήθως σταματά γρήγορα, η ναυτία που και αυτή είναι προσωρινή, η νευρική κατάσταση και η αϋπνία καθώς και σεξουαλικές διαταραχές.

Οι παρενέργειες των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων είναι συνήθως ήπιες και παύουν να υφίστανται λίγες ημέρες μετά τη χρήση του φαρμάκου. Οι πιο συχνές είναι η κεφαλαλγία που συνήθως σταματά γρήγορα, η ναυτία που και αυτή είναι προσωρινή, η νευρική κατάσταση και η αϋπνία καθώς και σεξουαλικές διαταραχές.

Τα αντικαταθλιπτικά δεν προκαλούν εξάρτηση. Ωστόσο, όπως και για κάθε φάρμακο, ο γιατρός θα πρέπει να ελέγχει τακτικά τη δόσολογία και την αποτελεσματικότητα του αντικαταθλιπτικού φαρμάκου. Τα φάρμακα κάθε είδους δεν θα πρέπει ποτέ να αναμειγνύονται χωρίς τη συμβουλή γιατρού.

Κάποια φάρμακα, αν και ακίνδυνα όταν τα παίρνει κανείς μόνα τους, όταν ληφθούν μαζί με άλλα ενδέχεται να προκαλέσουν σοβαρές και επικίνδυνες παρενέργειες. Επίσης, το αλκοόλ θα πρέπει να αποφεύγεται γιατί μπορεί να προκαλέσει δυσάρεστες αλληλεπιδράσεις σε συνάρτηση με τη φαρμακευτική αγωγή.

Τα αγχολυτικά δεν είναι αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Κάποιες φορές, όταν το έντονο άγχος συνυπάρχει με την κατάθλιψη, τα αγχολυτικά μπορεί να χορηγηθούν μαζί με τα αντικαταθλιπτικά για μικρό όμως χρονικό διάστημα γιατί προκαλούν εξάρτηση. Η διακοπή τους πρέπει να γίνεται με βάση τις οδηγίες του ειδικού. Δεν είναι αποτελεσματικά όταν λαμβάνονται μόνα τους για τη θεραπεία της κατάθλιψης. Τα αντιψυχωσικά φάρμακα μπορεί να χορηγηθούν μαζί με τα αντικαταθλιπτικά όταν στην κατάθλιψη συνυπάρχουν ψευδαισθήσεις ή και παραληρητικές ιδέες (Holder, 2008).

B. Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT)

Σήμερα, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία χρησιμοποιείται σπάνια και μόνο στις περιπτώσεις εκείνες των ατόμων με βαριά και απειλητική για τη ζωή κατάθλιψη ή για ασθενείς που δεν μπορούν να λάβουν για διάφορους λόγους φαρμακευτική αντικαταθλιπτική αγωγή.

Γ. Η ψυχοθεραπεία

Η ψυχοθεραπεία έχει σκοπό να υποστηρίξει το άτομο να κατανοήσει τα προβλήματά του στη ζωή και να το βοηθήσει να επιστρέψει σε έναν πιο υγιή και ικανοποιητικό τρόπο ζωής, να ξαναβρεί ελπίδα και νόημα στη ζωή του. Υπάρχουν διάφοροι τύποι ψυχοθεραπείας που είναι κατάλληλοι στην κατάθλιψη.

1. Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία είναι μία σύγχρονη μορφή ψυχοθεραπείας με πολύ καλά αποτελέσματα στην κατάθλιψη και στις αγχώδεις διαταραχές. Αποτελεί, σήμερα, την πιο συχνά χρησιμοποιούμενη ψυχοθεραπεία στον κόσμο. Εστιάζει στα παρόντα προβλήματα του ασθενή, έχει σχετικά μικρή διάρκεια και βασίζεται στη συνεργασία θεραπευτή και θεραπευόμενου. Στοχεύει στην τροποποίηση βαθιά ριζωμένων αρνητικών σκέψεων και συμπεριφορών και στην αλλαγή του αρνητικού τρόπου με τον οποίο κάποιος σκέφτεται για τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον. Γιατί, «ο κόσμος δεν αλλάζει, αλλάζει όμως ο τρόπος που τον αντιμετωπίζουμε». (Mann, Apter, Bertolote, 2005)

2. Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία είναι και αυτή μία βραχεία ψυχοθεραπεία, αποτελεσματική στις ήπιες μορφές κατάθλιψης. Εστιάζει στις διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου που προκαλούν ή επιδεινώνουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης.

3. Η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία, που λέγεται και ψυχαναλυτικού τύπου ψυχοθεραπεία, είναι συνήθως μακροχρόνια και θεωρείται πιο χρήσιμη σε ανθρώπους με προβλήματα προσωπικότητας ή ήπιες μορφές κατάθλιψης που χρονίζουν. Επικεντρώνεται στη συνειδητοποίηση των επιθυμιών, των αναγκών και των ενδόμυχων σκέψεων του ατόμου, που επηρεάζουν τις επιλογές στη ζωή του. Εστιάζει σε γεγονότα της ζωής που συνέβησαν στην παιδική ηλικία του ατόμου και στοχεύει στην επίλυση των εσωτερικών συγκρούσεων.

4. Η ομαδική ψυχοθεραπεία, η οποία μπορεί να είναι βραχεία ή μακροχρόνια. Το άτομο αντλεί την υποστήριξη που χρειάζεται από την ομάδα και εξερευνά το πρόβλημά του μαζί με αυτή. Ενθαρρύνεται να μιλήσει για το πρόβλημά του, τον εαυτό του και τις σχέσεις του με τους άλλους και να εκφράσει τα συναισθήματά του (Miller, 2004).

3.6.2 Επαγγελματίες ψυχικής υγείας

Οι ειδικοί ψυχικής υγείας προέρχονται από διάφορες ειδικότητες και μπορούν να βοηθήσουν με διαφορετικό τρόπο. Είναι σημαντικό για οποιοδήποτε ειδικό να ελέγξει κάποιος ότι κατέχει άδεια ασκήσεως επαγγέλματος, καθώς κάθε ένας από τους ειδικούς έχει λάβει εκπαίδευση ώστε να μπορεί να εισακούσει και να κατανοήσει τα προβλήματα του πελάτη αλλά και να δώσει τις κατάλληλες συμβουλές και καθοδήγηση. Συνήθως απαιτούνται μερικές συνεδρίες ώστε να εκτιμηθεί η συνολική κατάσταση που αντιμετωπίζετε και να παρασχεθούν συμβουλές.

Κάθε ένας από αυτούς μπορεί να είναι εκπαιδευμένος σε κάποια μορφή ψυχοθεραπείας. Η ψυχοθεραπεία, αποτελεί μία ακόμη πιο βαθιά διερεύνηση των θεμάτων που αντιμετωπίζει κάποιος. Η ψυχοθεραπευτική διαδικασία απαιτεί αρκετές συνεδρίες με στόχο τόσο την ανακούφιση των συμπτωμάτων όσο και την αναζήτηση των βαθύτερων αιτιών αυτών. Όταν υπάρχει η δυνατότητα παροχής ψυχοθεραπείας τότε συνήθως ο επαγγελματίας κατέχει και τον συνοδευτικό τίτλο «ψυχοθεραπευτής». Τόσο η συμβουλευτική όσο και η ψυχοθεραπεία μπορεί να πραγματοποιηθεί σε ατομικό πλαίσιο ή ομαδικό, σε επίπεδο ζεύγους ή και οικογένειας. Πιο αναλυτικά, ο κατάλογος των επαγγελματιών υγείας είναι ο εξής:

A. Ψυχίατρος

Αρκετοί επαγγελματίες ασχολούνται με τα προβλήματα της ψυχικής υγείας, αλλά ο ψυχίατρος είναι ο μόνος που μπορεί να προσφέρει μια ιατρική διάγνωση και μια πλήρη θεραπεία του πάσχοντα, συμπεριλαμβανομένης της συνταγογράφησης των φαρμάκων στην ψυχιατρική, τόσο στο βιολογικό, όσο και στο κοινωνικό και ψυχολογικό επίπεδο. Μπορεί κάποιος να τον συμβουλευθεί άμεσα ή με τη σύσταση άλλου επαγγελματία της υγείας, όπως ο γιατρός της οικογένειας παραδείγματος χάρη.

Ο ψυχίατρος περιθάλπει τις ασθένειες που συνδέονται με τις δυσκολίες της καθημερινής ζωής, είτε είναι φυσικής (βιολογικής), είτε ψυχολογικής, είτε κοινωνικής προέλευσης. Η κατάθλιψη, η «νεύρωση», οι ψυχώσεις, οι ψυχοσωματικές ασθένειες, το στρες (το άγχος), η εξάρτηση από το αλκοόλ, τα προβλήματα της προσαρμογής σε μια νέα κατάσταση, είναι τέτοια παραδείγματα. (Runeson, 1989)

Αρκετοί επαγγελματίες ασχολούνται με τα προβλήματα της ψυχικής υγείας, αλλά ο ψυχίατρος είναι ο μόνος που μπορεί να προσφέρει μια ιατρική διάγνωση και μια πλήρη θεραπεία του πάσχοντα (συμπεριλαμβανομένης της συνταγογράφησης των

φαρμάκων στην ψυχιατρική) - τόσο στο βιολογικό, όσο και στο κοινωνικό και ψυχολογικό επίπεδο. Μπορεί κάποιος να τον συμβουλευθεί άμεσα ή με τη σύσταση άλλου επαγγελματία της υγείας, όπως ο γιατρός της οικογένειας παραδείγματος χάρη. Ο ψυχίατρος εργάζεται σε ιδιωτικό γραφείο ή σε νοσοκομείο, και μπορεί να συνεργαστεί για τη βελτίωση του ασθενούς, με ψυχολόγους, εργοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, και νοσηλευτές, μεταξύ άλλων.

Ο σωστός ψυχίατρος χρειάζεται όχι μόνον τις τυπικές επιστημονικές γνώσεις και τα δεδομένα της σύγχρονης Ψυχιατρικής, αλλά πρέπει επίσης να διαθέτει μεγάλη ευρύτητα αντίληψης της ανθρώπινης φύσης, πλατιά παιδεία και ειδικές ικανότητες παρατηρητικότητας, όπως να «ακούει» (να αντιλαμβάνεται) πίσω από τις λέξεις που εκφέρει ο ασθενής του, και να «βλέπει» (να κατανοεί τι βλέπει) το σύνολο των εκφράσεων, στάσεων και κινήσεων του ασθενούς του.

Ο ψυχίατρος πρέπει να έχει την ψυχική ευλυγισία ώστε να κραδαίνεται συγκινησιακά, νοιώθοντας το συναίσθημα του ανθρώπου που αναλαμβάνει να υποστηρίξει, να έχει τη δύναμη της αμερόληπτης και ουδέτερης κρίσης και απόφασης, να διαθέτει συνθετικές ικανότητες ώστε να δημιουργεί από όλα τα στοιχεία που έχει συλλέξει, μια συνολική εικόνα για το πρόβλημα και την πορεία της ρεαλιστικής λύσης του. Ο ψυχίατρος πάνω από όλα, έχει πάντα στο νου του, ότι ο άνθρωπος είναι φτιαγμένος από το υλικό που φτιάχνονται και τα όνειρα, και έτσι είναι ιδιαίτερα προσεκτικός στους χειρισμούς του, ώστε να μην αλλοιώνει τα συστατικά της ανθρώπινης φύσης, παρά να επεμβαίνει μόνο όσο είναι απόλυτα αναγκαίο, για να μην υποφέρει ο ασθενής του και πάλι μόνο όσο εκείνος του το επιτρέπει (Soreff, 1991).

B. Ψυχολόγος

Ο ψυχολόγος είναι ειδικά εκπαιδευμένος, ο οποίος έχει μεγάλη εμπειρία στο να βοηθάει ανθρώπους να διαπραγματεύονται αποτελεσματικά τα συναισθηματικά και άλλα προσωπικά τους προβλήματα.

Αξιολογεί και αντιμετωπίζει συναισθηματικές διαταραχές, προβλήματα συμπεριφοράς, καθώς και δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις. Η διαδικασία της ψυχολογικής θεραπείας περιλαμβάνει κυρίως διάλογο και σκέψη. Οι ψυχολόγοι κάνουν χρήση διαγνωστικών τεστ και άλλων μεθόδων που βοηθούν στην εξέταση και θεραπεία. Χρησιμοποιούν διάφορες μορφές ψυχοθεραπείας και δεν μπορούν να χορηγήσουν φάρμακα. (Tonkin, 1986)

Ο ψυχολόγος οφείλει να παραπέμπει με επιμονή, οποιοδήποτε σοβαρό περιστατικό, σε ψυχίατρο, είτε ο ασθενής αναφέρει αυτοκτονικό ιδεασμό είτε όχι. Σε περίπτωση άρνησης του ασθενούς, πρέπει να ενημερώνει την οικογένεια ώστε να αναλαμβάνει αυτή την ευθύνη. Αλλά και ελαφρύτερα σημερινά αγχώδη νοσήματα όπως πχ. η νεύρωση μετατροπής (υστερία) μπορεί να εξελιχτούν σε μερικά χρόνια σε ψευδο-αναπηρικές μορφές, με μεγάλη αποδόμηση της προσωπικότητας του ασθενούς.

Γενικά μιλώντας, είναι παρακινδυνευμένο και ίσως ανήθικο, ο ψυχολόγος να αναλαμβάνει αποκλειστικά μεμονωμένους ασθενείς για ψυχοθεραπείες, χωρίς την υποστήριξη ενός ψυχιάτρου. Ο ψυχίατρος βλέπει εύκολα τα χειρότερα πριν συμβούν (λόγω βαθιάς γνώσης της εξέλιξης της ψυχικής νόσου από την εκπαίδευσή του στα νοσοκομεία, με βαριά περιστατικά), σε αντίθεση με έναν ψυχολόγο που κινδυνεύει «να μην δει το τραίνο να έρχεται καταπάνω στον ασθενή». Η συμμετοχή ενός ψυχιάτρου στην υποστήριξη μιας ψυχικής νόσου είναι αργά ή γρήγορα αναγκαία.

Ο ψυχολόγος όμως μπορεί να δουλέψει με επιτυχία και είναι απαραίτητος, σε τομείς που δεν χρειάζεται ο ψυχίατρος. Έτσι είναι κατάλληλος για ατομική υποστήριξη ή οργάνωση - επίβλεψη ομαδικών συνεδριάσεων σε: κοινότητες, σχολεία, εργασιακούς χώρους, στο χώρο της κοινωνικής πρόληψης, της δικαιοσύνης, σε προβλήματα σχέσεων, της σχέσης με το παιδί, των σχέσεων της εργασίας κ.λ.π. Ο ψυχολόγος μπορεί να προσφύγει στις ψυχολογικές δοκιμές για να αξιολογήσει τις πνευματικές ικανότητες, τις επαγγελματικές ικανότητες ή τις διαφορετικές πλευρές της προσωπικότητας του πελάτη του (Smith, 1996).

Γ. Κοινωνικός Λειτουργός

Ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι ένας μεσολαβητής, μεταξύ του ατόμου ή της ευπαθούς ομάδας στην οποία ανήκει και του εξωτερικού του περιβάλλοντος με σκοπό την προστασία του και την επανένταξή του στο κοινωνικό σύνολο. Ο κοινωνικός λειτουργός είναι κάτοχος αντίστοιχου τίτλου και συνήθως κάποιου μεταπτυχιακού τίτλου. Εκτός των άλλων μπορεί να δώσει συμβουλές για πρακτικά θέματα όπως ασφαλιστικά ζητήματα, εργασιακά κ.τ.λ. Ένας κοινωνικός λειτουργός μπορεί να εργαστεί σε ίδρυμα κοινωνικών υπηρεσιών, ιδιωτικά, ως μέλος μιας νοσοκομειακής θεραπευτικής ομάδας που περιλαμβάνει ψυχίατρο, ψυχολόγο, νοσηλευτές καθώς και θεραπευτές. (Plourde, 2001)

Οι κοινωνικοί λειτουργοί δεν μπορούν να χορηγήσουν φάρμακα. Ο κοινωνικός Λειτουργός, ασκεί την κοινωνική Εργασία, σε υποστηρικτικό - συμβουλευτικό - θεραπευτικό επίπεδο. Ο κοινωνικός λειτουργός μέσω της υποστηρικτικής θεραπείας στοχεύει στην συναισθηματική εκφόρτιση του ασθενή και στην κατανόηση και επεξεργασία των συναισθημάτων αυτών. Η παραδοχή ότι υπάρχει η ασθένεια, η ερμηνεία και η επεξήγησή της, είναι απαραίτητη με στόχο την ρεαλιστική αντιμετώπισή της, και των επιπτώσεων της στην καθημερινή ζωή του ατόμου. (Shneidman, 1985)

Η ψυχοκοινωνική φροντίδα του ασθενούς μπορεί να ενισχύσει τις εσωτερικές του δυνάμεις και να τον βοηθήσει στην πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων του. Παραδοσιακά ο κοινωνικός λειτουργός έρχεται σε επικοινωνία με τον εισερχόμενο άρρωστο και με τους συγγενείς του (εάν υπάρχουν). Ο κοινωνικός λειτουργός, προσεγγίζει και βοηθά τον άρρωστο και το περιβάλλον του με διάλογο, με παρεμβάσεις ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης και γενικότερης ψυχοκοινωνικής στήριξης. Γενικά, αντιμετωπίζει τον ασθενή σαν βιοψυχοκοινωνική οντότητα υπό το πρίσμα της ολιστικής προσέγγισης.

Ο κοινωνικός λειτουργός συλλέγει στοιχεία κοινωνικού ιστορικού για τον ασθενή και την οικογένεια του, που θα χρησιμοποιηθούν στο ιατρικό έργο για τη θεραπεία του ασθενούς. Η συναισθηματική στήριξη του αρρώστου είναι πολυδιάστατη και πρέπει να ξεκινά πρώτα απ' όλα από μια σωστή εκτίμηση. Γίνετε αξιολόγηση των κοινωνικών προβλημάτων που συνυπάρχουν με τη πάθηση του ασθενούς. Σημαντικό βήμα για την προσέγγιση του ασθενούς είναι η καλή επικοινωνία η οποία εξασφαλίζεται μέσω διαλόγου κυρίως. Ενός διαλόγου που αποπνέει σεβασμό στον ασθενή και να του παρέχει την απαιτούμενη πληροφόρηση και υποστήριξη (BeStrong Organization Report, 2005).

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Σκοπός Έρευνας – Ερευνητικά Ερωτήματα

Σκοπός της ερευνητικής δραστηριότητας είναι να αναδείξει το κοινωνικό φαινόμενο της αυτοκτονίας στην εφηβική ηλικία. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στο ρόλο και στην επίδραση του διαδικτύου στην εφηβική αυτοκτονία.

Τα τελευταία χρόνια, το φαινόμενο της αυτοκτονίας λαμβάνει ολοένα και μεγαλύτερες διαστάσεις στη χώρα μας, δεδομένων και των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών που συμβάλλουν σε σημαντικό βαθμό. Διαπιστώθηκε ότι στην Ελλάδα δεν υπάρχει επαρκής αριθμός ερευνών που να αναδεικνύει το φαινόμενο της αυτοκτονίας στο σύνολό του. Για το λόγο αυτό, θεωρήθηκε από πλευράς μας ότι νέα ερευνητικά δεδομένα ενδεχομένως θα φανούν χρήσιμα για την ουσιαστική καταγραφή και καταπολέμηση του φαινομένου, μέσω δράσεων παρέμβασης, προγραμμάτων πρόληψης, ενημέρωσης και ολιστικής αντιμετώπισης.

Για την αποτελεσματικότερη ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας και τη διεξαγωγή συμπερασμάτων, κρίθηκε απαραίτητη η διαμόρφωση ορισμένων ερευνητικών ερωτημάτων:

- 1) Ποιος είναι ο βαθμός σύνδεσης μεταξύ της εφηβικής ηλικίας και του φαινομένου της αυτοκτονίας;
- 2) Ποιοι είναι οι παράγοντες που θα μπορούσαν ενδεχομένως να ωθήσουν έναν έφηβο στην αυτοκτονία;
- 3) Ποιο είναι το προφίλ του αυτοκτονικού εφήβου; Σκιαγράφηση ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών.
- 4) Ποια είναι η σχέση μεταξύ εφηβικής αυτοκτονίας και διαδικτύου;
- 5) Ποιες είναι οι επιπτώσεις της χρήσης διαδικτύου στην εφηβική ηλικία;

4.2 Υλικό και Μεθοδολογία της Έρευνας

4.2.1 Εργαλείο Έρευνας

Το κύριο ερευνητικό εργαλείο της έρευνας αποτέλεσε η ποιοτική μέθοδος. Η ποιοτική έρευνα στηρίζεται στην υπόθεση ότι η γνώση για τους ανθρώπους είναι αδύνατη, χωρίς την περιγραφή της ανθρώπινης εμπειρίας, όπως αυτή βιώνεται και περιγράφεται από τους ίδιους. Η ποιοτική μέθοδος, μέσω ενός διαμορφωμένου οδηγού συνέντευξης, θεωρήθηκε ότι θα έδινε τη δυνατότητα διερεύνησης των βασικών ερευνητικών αξόνων.

Με τον όρο ποιοτική έρευνα νοούνται οι έρευνες των κινήτρων (motivation) και της συμπεριφοράς (attitude) των ανθρώπων, δηλαδή για ποιο λόγο οι άνθρωποι συμπεριφέρονται κατά ένα συγκεκριμένο τρόπο, ποια είναι η στάση των ανθρώπων απέναντι σε ορισμένα θέματα (Τομαράς, 2000). Η συλλογή δεδομένων χρησιμοποιώντας ποιοτικές μεθόδους είναι μια πολύπλευρη διαδικασία με τέσσερα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά (Δημητρόπουλος, 2004):

- Ο σκοπός είναι μια όσο το δυνατόν πλουσιότερη περιγραφή του πραγματικού πλαισίου της έρευνας.
- Δεν είναι εκ των προτέρων καθορισμένο επακριβώς το τι δεδομένα θα συλλεχθούν.
- Χρησιμοποιούνται πολλαπλές μέθοδοι συλλογής δεδομένων.
- Τα δεδομένα δεν είναι πάντα αντικειμενικά.

Είναι φανερή η διαφορά με τις ποσοτικές μεθόδους έρευνας όπου θεωρητικά αν διαφορετικοί ερευνητές μελετήσουν το ίδιο φαινόμενο χρησιμοποιώντας την ίδια μέθοδο και διαδικασία θα πρέπει να καταλήξουν στα ίδια συμπεράσματα. Η ποιοτική έρευνα είναι μια αρκετά διαφορετική προσέγγιση από την ποσοτική έρευνα. Έχει να κάνει περισσότερο με κατανόηση, επεξήγηση, ερμηνεία, στρατηγική και σχεδιασμό. Σε αντίθεση με την ποσοτική έρευνα που έχει να κάνει με περιγραφή, ανάλυση, μέτρηση και ορισμούς. Οι ποσοτικές έρευνες διαρκούν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε σχέση με τις ποιοτικές έρευνες όπως έχει καθιερωθεί να πραγματοποιούνται στις εταιρείες ερευνών (Τηλικίδου, 2004).

Η στρατηγική που χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή της έρευνας ήταν η διερευνητική – περιγραφική. Στις διερευνητικές – περιγραφικές έρευνες, οι περιοριστικοί έλεγχοι και οι σκόπιμες παρεμβάσεις που μπορεί ή/ και θέλει να

επιβάλλει ο ερευνητής, δεν είναι παρά ελάχιστοι σε όλα τα στάδια της ερευνητικής διαδικασίας (ερευνητικά ερωτήματα, τρόπος συλλογής δεδομένων, συμμετέχοντα υποκείμενα κ.τ.λ.) Οι διερευνητικές – περιγραφικές έρευνες αποβλέπουν κυρίως στη συστηματική περιγραφή και στην πληρέστερη απεικόνιση – περιγραφή του φαινομένου, χωρίς να αποσκοπούν στην ερμηνεία του και στον καθορισμό των αιτιωδών σχέσεων. (www.clab.edc.uoc.gr)

Σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1993), στις διερευνητικές – περιγραφικές έρευνες σπάνια χρησιμοποιούνται σταθμισμένες κλίμακες. Τα ψυχοτεχνικά μέσα που χρησιμοποιούνται είναι συνήθως η ατομική συνέντευξη και κυρίως η ημι-δομημένη συνέντευξη και η παρατήρηση, που ως όργανο μέτρησης είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν και «ανθρώπινοι παρατηρητές» και τεχνικά μέσα.

Στη συγκεκριμένη μελέτη, επιλέχθηκε η ατομική ημι-δομημένη (ημι -κατευθυνόμενη) συνέντευξη, μέσω ενός ενδεικτικού οδηγού που διαμορφώθηκε για την αποτελεσματικότερη διεξαγωγή της ερευνητικής διαδικασίας. Ο ερευνητής έχει τη δυνατότητα και την ευελιξία να προσαρμόζει το λόγο του ανάλογα με τον εκάστοτε συνεντευξιαζόμενο και να διαφοροποιεί τη σειρά των ερωτήσεων χωρίς παράλληλα να επηρεάζεται η αξιοπιστία των ερευνητικών ευρημάτων. Ο συγκεκριμένος τρόπος επιλέχθηκε λοιπόν ως ο καταλληλότερος για τη συγκέντρωση πρωτογενών στοιχείων που θα βοηθήσουν στην εξαγωγή ορθότερων και ασφαλέστερων συμπερασμάτων.

Η συνέντευξη είναι η πιο διαδεδομένη μέθοδος συλλογής δεδομένων στις ποιοτικές έρευνες. Χρησιμοποιείται κυρίως για συλλογή - καταγραφή εμπειριών ή συμπεριφορών, για συλλογή απόψεων - γνώμης, για καταγραφή συναισθημάτων, για καταγραφή γνώσεων, για συλλογή δημογραφικών στοιχείων κλπ. Παρόλο που η συνέντευξη ως εργαλείο συλλογής δεδομένων έχει χρησιμοποιηθεί και σε έρευνες με «ποσοτική» λογική, η χρησιμοποίησή της στην ποιοτική μεθοδολογία έχει εντελώς διαφορετικούς σκοπούς. Σε αυτή την περίπτωση ο στόχος είναι να παροτρυνθούν οι συμμετέχοντες στην έρευνα να εκφράσουν και να περιγράψουν τη δική τους άποψη σχετικά με το αντικείμενο της έρευνας (Sauders et al, 2006).

Στην ποιοτική έρευνα, η επιλογή των στοιχείων πραγματοποιείται μέσω ερωτήσεων που υπάρχει η δυνατότητα ο ερωτώμενος να δώσει ένα μεγαλύτερο εύρος απαντήσεων, βάσει των προσωπικών του κριτηρίων (Sauders et al, 2006). Επίσης, η χρήση της συνέντευξης στην ποιοτική έρευνα, δίνει τη δυνατότητα στους συνεντευξιαζόμενους να αιτιολογήσουν τις απαντήσεις τους (Σταθακόπουλος, 2005).

4.2.2 Μέθοδος ποιοτικής ανάλυσης και κωδικοποίηση

Στην ποιοτική έρευνα η ανάλυση δεν μπορεί να γίνει με στατιστικές αναλύσεις και συγκριτικά γραφήματα, όπως στην ποσοτική έρευνα. Πρέπει και αυτό το βήμα να ακολουθεί λογικά όλα τα προηγούμενα. Έτσι, το πρώτο πράγμα που θα χρειαστεί να κάνει ο ποιοτικός ερευνητής, αφού συλλέξει τα δεδομένα του, είναι να τα καταγράψει όλα σε χαρτί. Αν, δηλαδή, έχει διεξαγάγει μαγνητοφωνημένες μη δομημένες ερευνητικές συνεντεύξεις, τότε αυτές πρέπει να καταγραφούν κατά λέξη, όπως επίσης οι παύσεις της ομιλίας ή τυχόν αστεία. Εφόσον οι συνεντεύξεις ή οι παρατηρήσεις καταγραφούν, τότε ο ποιοτικός ερευνητής διαβάζει και ξαναδιαβάζει όλα τα καταγεγραμμένα δεδομένα, αφενός για να τα ξαναθυμηθεί και αφετέρου για να αρχίσει να τα κατανοεί, δηλαδή να μπορέσει να αποκτήσει μια ολοκληρωμένη αντίληψη ως προς το τι λένε ή κάνουν οι συμμετέχοντες (Morse et al, 1996, Brink et al, 1998)

Το αμέσως επόμενο σημείο είναι αυτό που οι ποιοτικοί ερευνητές ονομάζουν κωδικοποίηση. Εδώ ο ερευνητής αποδίδει έναν αντιπροσωπευτικό κωδικό σε μια μεγάλη ενότητα του κειμένου. Ο κωδικός αυτός εκφράζει σε συντομία την ερμηνεία που ο ερευνητής δίνει στο συγκεκριμένο κομμάτι της συνέντευξης, όπως για παράδειγμα αίσθημα αγωνίας ή δυσκολία κατανόησης κ.λπ. Πρέπει να σημειωθεί ότι ο κωδικός αναδύεται κατά κάποιο τρόπο μέσα από το κείμενο και δεν επιβάλλεται από τον ερευνητή εκ των προτέρων. Στη συνέχεια και αφού όλο το κείμενο της συνέντευξης ουσιαστικά συμπυκνωθεί σε μια σειρά από αντιπροσωπευτικούς κωδικούς, τότε αυτοί οι κωδικοί αντιπαραβάλλονται και συγκρίνονται μεταξύ τους για να εντοπιστούν κωδικοί με όμοια χαρακτηριστικά ή νοήματα (Polit et al, 1999, Huberman et al, 1998, Tesch et al, 1990).

Εφόσον εντοπιστούν όμοιοι κωδικοί και σημειωθούν οι μεταξύ τους ομοιότητες, τοποθετούνται μαζί, ώστε να σχηματιστεί αυτό που ονομάζεται θεματική ενότητα. Οι θεματικές ενότητες, λοιπόν, αποτελούν συμπυκνωμένες ολιστικές περιγραφές και ερμηνείες. Είναι το τελικό απαύγασμα για το πώς ερμηνεύουν, αντιλαμβάνονται και βιώνουν οι συμμετέχοντες το υπό έρευνα φαινόμενο και αποτελούν το απόσταγμα που προσφέρει τη βαθύτερη κατανόηση και επεξεργασμένη γνώση για τους συμμετέχοντες. Οι θεματικές ενότητες συνήθως δεν ξεπερνούν τους μονοψήφιους αριθμούς, διαφορετικά απαιτείται περαιτέρω ανάλυση (Tesch et al, 1990, Strauss et al, 1998)

4.2.3 Δείγμα Έρευνας

Η διαδικασία της δειγματοληψίας ακολουθεί έξι (6) στάδια. Το πρώτο βήμα στη διαδικασία είναι να οριστεί ο «πληθυσμός» από τον οποίο θα διεξαχθούν τα αποτελέσματα της έρευνας. Στη συνέχεια, να προσδιοριστούν οι πηγές και οι πίνακες που θα χρησιμοποιηθούν για να γίνει η επιλογή του δείγματος. Στο τρίτο στάδιο, να καθοριστεί ποια θα είναι τα μέλη εκείνα που θα αποτελέσουν το δείγμα. Ακολουθεί η επιλογή της μεθόδου που θα χρησιμοποιηθεί για να επιλεγεί το δείγμα. Στο επόμενο στάδιο, καθορίζεται το μέγεθος του δείγματος. Τέλος, γίνεται συλλογή των στοιχείων από εκείνους τους συνεντευξιαζόμενους που θα προσδιοριστούν μέσω της προαναφερθείσας διαδικασίας.

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν δεκαπέντε (15) επαγγελματίες ψυχικής υγείας εκ των οποίων επτά (7) ψυχολόγοι, δύο (2) ψυχίατροι και έξι (6) κοινωνικοί λειτουργοί. Ως προς το φύλο, οκτώ (8) ήταν γυναίκες και επτά (7) άνδρες ενώ φορείς απασχόλησής τους αποτέλεσαν γενικά νοσοκομεία, υπηρεσίες ψυχικής υγείας και μη κυβερνητικές οργανώσεις σε Αθήνα και Πάτρα. Σε επίπεδο ηλικιών, ο μέσος όρος των συνεντευξιαζόμενων κυμαινόταν στα 33,4 έτη ενώ ο μέσος όρος των ετών προϋπηρεσίας ήταν τα πέντε (5) περίπου έτη.

4.2.4 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η χρονική διάρκεια της συνολικής ερευνητικής διαδικασίας ήταν το διάστημα από 10.06.2011 έως 22.05.2012. Για την υλοποίηση της μελέτης, προηγήθηκε αρχικά η διαμόρφωση και ο σχεδιασμός του οδηγού συνέντευξης και εν συνεχεία η καταγραφή και η επιλογή των φορέων-υπηρεσιών που ασχολούνται με το υπό εξέταση θέμα, την αυτοκτονία. Η δειγματοληψία έγινε με τρόπο τυχαίο, επιχειρώντας να διασφαλιστεί η -κατά το δυνατόν- αξιοπιστία των ερευνητικών δεδομένων. Η διαδικασία στηρίχθηκε στην αυτοδιάθεση των επαγγελματιών υγείας να συμβάλλουν στη διενέργεια της παρούσας μελέτης.

Στην ατομική συνέντευξη, ο ερευνητής και ο συνεντευξιαζόμενος βρίσκονται πρόσωπο με πρόσωπο και ο ερωτώμενος απαντά τις ερωτήσεις. Η συνέντευξη μπορεί να είναι προγραμματισμένη, που σημαίνει ότι ο ερωτώμενος έχει ήδη συμφωνήσει να απαντήσει μπορεί όμως να είναι και απρογραμματίστη. (Σταθακόπουλος, 2005) Για λόγους διευκόλυνσης της ερευνητικής διαδικασίας, οι συνεντεύξεις διεξήχθησαν κατόπιν προκαθορισμένων συναντήσεων ενώ επεξηγούνταν εξ αρχής στους

συνεντευξιαζόμενους τόσο ο σκοπός όσο και η διαδικασία της έρευνας. Ο μέσος χρόνος της συνέντευξης ανήλθε σε 30' περίπου ενώ δε χρησιμοποιήθηκε συσκευή μαγνητοφώνησης αλλά καταγραφή, υπό τη μορφή σημειώσεων, από πλευράς των ερευνητών.

Ο λόγος που επελέγη η συνέντευξη, ήταν για να υπάρξει η βεβαίωση συμπλήρωσης όλων των μερών της και να δοθούν οι απαραίτητες διευκρινίσεις στους ερωτώμενους με συμβολή στη συγκέντρωση ποιοτικών δεδομένων. Οι συμμετέχοντες στην αρχή ενημερώνονταν για το σκοπό της έρευνας, το λόγο για τον οποίο επιλέχτηκε το συγκεκριμένο δείγμα ώστε να διασφαλιστεί όσο το δυνατό περισσότερο η αξιοπιστία και η ακρίβεια των απαντήσεων (Sauders et al, 2006). Επίσης ενημερώνονταν για τον τρόπο διεξαγωγής της συνέντευξης, με την παράλληλη διασφάλισή τους ότι τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιούνταν για καθαρά επιστημονικούς λόγους.

Στην αρχική φάση της συνέντευξης, δίνονταν πληροφορίες και απαραίτητες διευκρινίσεις για το θέμα το οποίο διερευνάται. Στη συγκεκριμένη ποιοτική έρευνα, η συνέντευξη περιλαμβάνει μια σειρά συνολικά έντεκα (11) ερωτημάτων που εστιάζουν σε διάφορους θεματικούς άξονες που σχετίζονται με την αυτοκτονία και το ρόλο του διαδικτύου (σύνδεση φαινομένου με εφηβεία, παράγοντες κινδύνου, σχέση εφηβικής αυτοκτονίας με χρήση διαδικτύου, συνέπειες, ρόλος υποστηρικτικού πλαισίου στην αυτοκτονία, μέτρα πρόληψης-αντιμετώπισης κ.α.)

4.2.5 Δυσκολίες της έρευνας

Στο σημείο αυτό, επιχειρείται μία συνοπτική καταγραφή των προβλημάτων και δυσκολιών παρουσιάστηκαν κατά τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης. Οι κυριότερες δυσκολίες που αντιμετωπίστηκαν κατά το σχεδιασμό και την υλοποίηση της συγκεκριμένης έρευνας, συνοψίζονται ως εξής:

- Περιορισμένος αριθμός ερευνών επί του θέματος στην Ελλάδα.
- Περιορισμένο εύρος βιβλιογραφίας.
- Δυσκολίες στην επιλογή και εύρεση δείγματος ώστε να είναι επαγγελματίες οι οποίοι έχουν συνάφεια και εξειδικευμένη γνώση όσον αφορά στην αυτοκτονία.
- Δυσκολία στον καθορισμό συναντήσεων λόγω φόρτου εργασίας των επαγγελματιών ή λόγω άλλων γραφειοκρατικών παραγόντων - χρονικών καθυστερήσεων - διαδικασιών έγκρισης από φορείς.

4.2.6 Περιορισμοί της μελέτης

Η απουσία αναγνώρισης και καταγραφής των πραγματικών διαστάσεων του φαινομένου της αυτοκτονίας στη χώρα μας, αποτελεί ένα σημαντικό περιορισμό της παρούσας μελέτης. Η άγνοια που σχετίζεται με το ποσοστό αλλά και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του φαινομένου –με έμφαση στην εφηβική ηλικία- δυσχεραίνουν τη δυνατότητα διερεύνησης του συγκεκριμένου ζητήματος.

Άλλα χαρακτηριστικά της μελέτης που θα μπορούσαν να λειτουργήσουν ως περιορισμοί είναι ο μικρός αριθμός του δείγματος. Η συγκέντρωση απαντήσεων από ακόμα περισσότερους επαγγελματίες θα βοηθούσε στην ευκολότερη γενίκευση των συμπερασμάτων. Βασικός περιορισμός, που εντοπίζεται σε όλα τα συμβατικά δείγματα είναι ότι είναι αδύνατο να διαπιστωθεί εάν το δείγμα είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού. Δεν μπορεί δηλαδή να υπολογιστεί το δειγματοληπτικό σφάλμα, τόσο το συστηματικό όσο και το μεταβλητό. Επικρατεί βέβαια η αντίληψη ότι όσο πιο μεγάλο είναι το δείγμα της μορφής αυτής τόσο πιο αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού είναι. Επίσης, ο γεωγραφικός περιορισμός του δείγματος αφού η έρευνα αναφέρεται μόνο σε επαγγελματίες της Αθήνας και της Πάτρας και δεν επεκτείνεται σε άλλες περιοχές της χώρας.

Περιορισμό της έρευνας μπορούν να αποτελέσουν και οι «κοινωνικά αποδεκτές» απαντήσεις που θα δοθούν σε ορισμένες περιπτώσεις. Οι συνεντευξιαζόμενοι μπορεί να δώσουν απαντήσεις μη θέλοντας να διαφοροποιηθούν από το σύνολο, περιορίζοντας μ' αυτό τον τρόπο τον αυθορμητισμό και την έκφραση διαφορετικών απαντήσεων. Επίσης, η φυσική παρουσία του ερευνητή σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να επηρεάσει και την απάντηση που θα δοθεί.

Επίσης, εφόσον πρόκειται για ποιοτική και όχι για ποσοτική μελέτη, δεν μπορούν να γίνουν στατιστικές αναλύσεις δεδομένων και να εξαχθούν γενικευμένα συμπεράσματα. Αυτό θα μπορούσε να επιτευχθεί αν με την ποιοτική έρευνα διεξαγόταν παράλληλα ή ακολουθούσε μία ποσοτική.

Περιορισμούς δημιουργεί και η μεθοδολογία (ημι - δομημένη συνέντευξη) που επιλέχθηκε για τη διεξαγωγή της έρευνας, παρόλο τον πλούτο των πληροφοριών που προσφέρει. Σε αντίστοιχη περίπτωση ποσοτικής μελέτης, ως μεθοδολογικό εργαλείο θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ένα σταθμισμένο ερωτηματολόγιο.

Τέλος, ένα στοιχείο που θα μπορούσε να λειτουργήσει περιοριστικά είναι η συγχρονική φύση της παρούσας μελέτης. Η έρευνα αναφέρεται στο «εδώ και τώρα», στο συγκεκριμένο χρονικό πλαίσιο στο οποίο διενεργήθηκε. Σε αντίθετη περίπτωση,

ο διαχρονικός σχεδιασμός μίας μελέτης θα μπορούσε να προσδιορίσει αιτιολογικές σχέσεις και να αναδείξει το κοινωνικό φαινόμενο της αυτοκτονίας σε βάθος χρόνου.

4.3 Αποτελέσματα Έρευνας

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας με έμφαση στους βασικούς ερευνητικούς άξονες επί του συνολικού δείγματος. Αποτελεί την παράθεση των στοιχείων της ποιοτικής έρευνας που διεξήχθη, με παράλληλη ανάλυση των δεδομένων. Μέσω της συγκέντρωσης των ερευνητικών δεδομένων, επιχειρείται η ανάλυση, η κατανόηση και η ερμηνεία του φαινομένου της αυτοκτονίας στους εφήβους και του ρόλου του διαδικτύου.

4.3.1 Παρουσίαση του δείγματος

Το συνολικό δείγμα των συμμετεχόντων αποτέλεσαν δεκαπέντε (15) άτομα, επαγγελματίες υγείας, με βασικές ειδικότητες αυτές του ψυχολόγου, του ψυχιάτρου και του κοινωνικού λειτουργού, οι οποίοι απασχολούνταν σε διάφορους φορείς και υπηρεσίες υγείας και ψυχικής υγείας, σε Αθήνα και Πάτρα.

Οι φορείς απασχόλησής τους ήταν δημόσια νοσοκομεία, ΜΚΟ και κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας (όπως το Κέντρο Κοινοτικής Ψυχιατρικής) σε Αθήνα και Πάτρα. Σε επίπεδο επαγγελματικής εμπειρίας, οι επτά (7) ερωτηθέντες δεν επιθυμούσαν να αποκαλύψουν τα έτη προϋπηρεσία τους στο φορέα που εργάζονταν για λόγους προστασίας των προσωπικών τους στοιχείων ενώ οι υπόλοιπες απαντήσεις κάλυπταν χρονικά τα 3 έως 7 έτη.

Για λόγους τήρησης απορρήτου και ανωνυμίας των συμμετεχόντων στην ερευνητική διαδικασία, οι συνεντευξιαζόμενοι καταγράφονται με τυχαία σειρά και παρουσιάζονται με χρήση των κεφαλαίων γραμμάτων της αλφαβήτου.

A/A		Υπηρεσία	Πόλη	Ειδικότητα	Προϋπηρεσία
1	(Α)	Μ.Κ.Ο.	Αθήνα	Ψυχολόγος	-
2	(Β)	Γενικό Νοσοκομείο	Αθήνα	Ψυχίατρος	-
3	(Γ)	Γενικό Νοσοκομείο	Αθήνα	Ψυχολόγος	4 έτη
4	(Δ)	Γενικό Νοσοκομείο	Αθήνα	Ψυχολόγος	5 έτη
5	(Ε)	Γενικό Νοσοκομείο	Αθήνα	Ψυχολόγος	4 έτη
6	(Ζ)	Μ.Κ.Ο.	Αθήνα	Κοινωνική λειτουργός	-

7	(H)	Μ.Κ.Ο.	Αθήνα	Κοινωνική λειτουργός	-
8	(Θ)	Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας	Πάτρα	Κοινωνικός λειτουργός	-
9	(I)	Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας	Πάτρα	Κοινωνικός λειτουργός	-
10	(K)	Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας	Πάτρα	Ψυχολόγος	5 έτη
11	(Λ)	Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας	Πάτρα	Ψυχολόγος	7έτη
12	(M)	Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας	Πάτρα	Ψυχολόγος	3 έτη
13	(N)	Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας	Πάτρα	Κοινωνική λειτουργός	6 έτη
14	(Ξ)	Μ.Κ.Ο.	Αθήνα	Ψυχίατρος	-
15	(O)	Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας	Πάτρα	Κοινωνική λειτουργός	6 έτη

Κωδικοποίηση 1^η: Σύνδεση φαινομένου αυτοκτονίας με εφηβική ηλικία

Το φαινόμενο της αυτοκτονίας μπορεί να συνδεθεί με διάφορα γεγονότα ή καταστάσεις που βιώνει ένα άτομο κατά τη διάρκεια της ζωής του. Στη διάρκεια της εφηβείας, όπου οι ψυχικές μεταβολές και οι αλλαγές συναισθημάτων είναι αρκετά συχνότερες, το φαινόμενο μπορεί να λάβει χώρα.

Στο κρίσιμο ερώτημα της σύνδεσης του φαινομένου της αυτοκτονίας στην εφηβική ηλικία, έχουν δοθεί διάφορες απαντήσεις σε πληθώρα ερευνών άλλοτε βασισμένων στον ψυχισμό του εφήβου και άλλοτε στις επικρατούσες περιβαλλοντικές συνθήκες (οικογένεια, φίλοι κλπ).

Σύνδεση φαινομένου αυτοκτονίας με εφηβική ηλικία	Απαντήσεις
Ορμονολογικές ανακατατάξεις	1
Παρορμητισμός	3
Αδυναμία ενδοοικογενειακής επικοινωνίας, οικογενειακή αστάθεια, προβλήματα σχέσεων	9
Κοινωνική απόρριψη	1
Λανθάνουσα κρίση	1

Στο συγκεκριμένο ερώτημα, οι περισσότερες απαντήσεις που ελήφθησαν συσχετιζαν το φαινόμενο με την εφηβεία εφόσον συνέτρεχαν κάποιοι βασικοί

παράγοντες όπως η αδυναμία ενδοοικογενειακής επικοινωνίας, τα διαπροσωπικά προβλήματα σχέσεων και πιθανή αστάθεια του οικογενειακού περιβάλλοντος. Τον πρωτεύοντα ρόλο σύνδεσης δηλαδή λαμβάνει το οικογενειακό περιβάλλον, όπως αυτό έχει δομηθεί. Χαρακτηριστικά, αναφέρεται η απάντηση συνεντευξιαζόμενου που επιβεβαίωσε τα ανωτέρω.

(Α): «Η οικογενειακή αστάθεια, η αποτυχία στις διαπροσωπικές σχέσεις, η μη κοινωνική αποδοχή είναι παράγοντες που μπορούν να ωθήσουν κυρίως έναν έφηβο σε απόπειρα».

Σημαντικές επιδράσεις ωστόσο ασκούν και οι ορμονολογικές μεταβολές που συντελούνται κατά τη διάρκεια της εφηβικής ηλικίας οι οποίες σε συνδυασμό με τη λανθάνουσα άποψη γύρω από το θάνατο και τον παρορμητισμό της ηλικίας μπορούν να επιτείνουν την εκδήλωση του φαινομένου. Σ' αυτήν την άποψη συνέκλιναν οι 4 από τους 15 ερωτώμενους.

(Β): «Είναι η ηλικία που χρησιμοποιεί το διαδίκτυο περισσότερο, επηρεάζεται από αυτό, τις περισσότερες φορές. Οι ορμονολογικές ανακατατάξεις συντελούν στην αποδιοργάνωση του ψυχισμού τους, ιδιαίτερα αν δεν υπάρχει σταθερό ή ισορροπημένο οικογενειακό υπόβαθρο. Οι διαπροσωπικές σχέσεις δοκιμάζονται και επαναπροσδιορίζονται».

(Δ): «Αν και οι αυτοκτονίες στην παιδική ηλικία είναι ελάχιστες, ο αριθμός αυξάνει με πολλούς παράγοντες (όπως είναι η απαρτίωση της έννοιας του θανάτου με τρόπο αντίστοιχο με αυτόν του ενηλίκου - οι έφηβοι αντιλαμβάνονται το θάνατο ως οριστική και αμετάκλητη παύση των βιολογικών λειτουργιών). Επίσης πολλές ψυχικές διαταραχές «ανοίγουν» στην εφηβεία). Οι αυτοκτονίες των εφήβων είναι συχνά παρορμητικές».

Τέλος, σημαντική σύνδεση του φαινομένου της αυτοκτονίας με την εφηβική ηλικία μπορεί να προκύψει από το γεγονός ότι στο συγκεκριμένο στάδιο ζωής και μέσω της λανθάνουσας κρίσης, ο έφηβος έχει την τάση να μεγαλοποιεί τα γεγονότα και τις καταστάσεις.

(Γ): «Το φαινόμενο της αυτοκτονίας παρουσιάζεται συνήθως στην εφηβική ηλικία. Αυτό συμβαίνει κυρίως γιατί ο έφηβος έχει την τάση να μεγαλοποιεί τα γεγονότα, που του συμβαίνουν, καθώς επίσης και εξ' αιτίας του έντονου παρορμητισμού που τον χαρακτηρίζει, σε αυτή την ηλικία».

(Ε): «Θεωρώ πως η εφηβική ηλικία χαρακτηρίζεται από λανθάνουσα κρίση του έφηβου ως προς το χειρισμό θεμάτων που συμβαίνουν στη ζωή του. Άρα λοιπόν ο έφηβος εύκολα φθάνει σε τόσες ακραίες πράξεις όπως η αυτοκτονία. Ο έφηβος μπορεί να έχει κάποιο πρόβλημα είτε φιλικό είτε οικογενειακό και στο μυαλό του να το διογκώνει και μη γνωρίζοντας πώς να το χειριστεί θολώνει η κρίση του και να αρχίζει να σκέφτεται την αυτοκτονία».

Κωδικοποίηση 2^η: Παράγοντες ώθησης εφήβου σε αυτοκτονία

Η εκδήλωση αυτοκτονικών φαινομένων σ' όλα τα στάδια ζωής του ατόμου, είναι απόρροια πολλών παραγόντων. Οι παράγοντες αυτοί αυξάνονται ακόμα περισσότερο στο κρίσιμο χρονικό διάστημα της εφηβείας.

Παράγοντες ώθησης εφήβου σε αυτοκτονία	Απαντήσεις
Μοναξιά, απογοήτευση, εξαρτήσεις, αποτυχίες, ψυχική ασθένεια	3
Οικογενειακά και διαπροσωπικά προβλήματα σχέσεων, απόρριψη γονεϊκού περιβάλλοντος	7
Ερωτική απογοήτευση	4
Συναισθηματικά προβλήματα, έλλειψη αυτοπεποίθησης	1

Και σ' αυτό το κρίσιμο ερώτημα που τέθηκε, η πλειοψηφία των απαντήσεων (7 από 15) εστίαζε στους παράγοντες γύρω από το οικογενειακό περιβάλλον και τα προβλήματα που πιθανόν υπάρχουν σ' αυτό αλλά κυρίως στη στάση των γονέων απέναντι στους εφήβους. Για παράδειγμα, μια απορριπτική στάση ή η αποθάρρυνση κάποιων επιλογών, θα μπορούσαν ενδεχομένως να συμβάλλουν σ' έναν βαθμό στην εκδήλωση του φαινομένου της αυτοκτονίας.

(Ζ): «Βασικά ποικίλουν οι παράγοντες. Κατά τη άποψη μου και βάσει της εμπειρίας μου είναι η αποδοκιμασία των γονιών δηλαδή σε πολλές περιπτώσεις οι

γονείς δεν επιβραβεύουν τα παιδιά τους και με αυτό τον τρόπο τα αποθαρρύνουν. Επίσης τα προβλήματα στις φιλικές τους σχέσεις αποτελεί παράγοντα γιατί πολλές φορές μπορεί να μην γίνεται αποδεκτό από τους άλλους συνομηλίκους του. Όσο και παράδοξο να φαίνεται η ερωτική απογοήτευση αποτελεί έναν επίσης παράγοντα καθώς στην εφηβεία υπάρχει λανθασμένη αντίληψη του μεγέθους των συναισθημάτων τους. Και το διαδίκτυο παίζει πολύ μεγάλο ρόλο, η προσβολή της προσωπικότητας του εφήβου μέσω του διαδικτύου είναι ένα πάρα πολύ σημαντικός παράγοντας».

(H): «Ως παράγοντες που ωθούν έναν έφηβο σε απόπειρα αυτοκτονίας θεωρώ πως είναι η αποδοκιμασία των γονιών και η κακή χρήση του διαδικτύου που θίγουν την προσωπικότητα του εφήβου».

Η βίωση συναισθημάτων κατά τη διάρκεια της εφηβικής ηλικίας είναι αναμφίβολα εντονότερη λόγω των ψυχολογικών μεταπτώσεων αλλά και των αλλαγών που συντελούνται σε ορμονικό επίπεδο. Ο έφηβος, σ' αυτό το στάδιο της ζωής του, αποκτά όλο και περισσότερες επαφές με το αντίθετο φύλο, αναζητά την ανάπτυξη φιλικών σχέσεων. Μια πιθανή ερωτική απογοήτευση ή η απόρριψη από φίλους μέσω της διαπόμπευσης διαδικτυακά ή σε διαπροσωπικό επίπεδο, μπορεί να εντείνουν το πρόβλημα.

(I): «Οι λόγοι που ένας έφηβος ωθείται σε απόπειρα αυτοκτονίας σε μας δεν φαίνονται τόσο σοβαροί, αλλά ο έφηβος θεωρεί πως για παράδειγμα, η ερωτική απογοήτευση, η ρήξη στις φιλικές του σχέσεις ή ακόμα η έλλειψη κατανόησης ή επικοινωνίας από τους γονείς του είναι πολύ σημαντικά προβλήματα. Εκτός από αυτούς τους παράγοντες όμως έρχεται να προστεθεί και ένας άλλος αυτός της διαπόμπευσης του εφήβου μέσω του διαδικτύου το οποίο είναι ένα πολύ σοβαρό σοκ για εκείνον».

(Ξ): «Σίγουρα όταν ένας έφηβος δε γίνεται αποδεκτός είτε από το φιλικό του περίγυρο είτε από κάποια ερωτική σχέση που επιθυμεί να συνάψει, απογοητεύουν τον έφηβο και καθώς το μυαλό του έχει θολώσει και δεν έχει ορθή κρίση για να αξιολογήσει τις καταστάσεις μπορεί να τον ωθήσουν σε απόπειρα αυτοκτονίας. Σήμερα όμως εκτός από τις φιλικές σχέσεις και τις ερωτικές έχουμε και το διαδίκτυο, που ένας

έφηβος χρησιμοποιεί πολύ . Όταν όλα αυτά μεταφέρονται στο χώρο του διαδικτύου, ο έφηβος πιέζεται ακόμα περισσότερο».

(N): «Αίσθηση μοναξιάς, ερωτική απογοήτευση, αποτυχία στα μαθήματα (ιδιαίτερα στις πανελλήνιες), εξαρτήσεις, ψυχικές ασθένειες οικογενειακοί παράγοντες (π.χ. κακοποίηση)».

Βασικό στοιχείο πέραν των διαπροσωπικών σχέσεων, είναι και η αίσθηση αναγνώρισης από τους συνομηλίκους, το αίσθημα της επιτυχίας σε σχολικές κυρίως δραστηριότητες και η απουσία bullying που βιώνει ο έφηβος. Στα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά εστίασε τη σύνδεση ένας συνεντευξιαζόμενος:

(B) «Αν αναφέρεστε στα αίτια μιας αυτοκτονίας θα μπορούσαμε να αναφέρουμε τα εξής... Σχολική αποτυχία, διαπληκτισμοί με συνομηλίκους, κακές σχέσεις με οικείους, χωρισμός, «bullying» κ.α. Οι αυτοκτονίες στην εφηβεία είναι συχνά παρορμητικές. Ο λόγος που αναφέρει ο έφηβος μπορεί να φαίνεται ήσσονος σημασίας για έναν ενήλικο (π.χ. καυγάς με συνομηλίκους, αποτυχία στις εξετάσεις). Ωστόσο ένας ευάλωτος έφηβος μπορεί να κινητοποιηθεί και να κάνει απόπειρα».

Κωδικοποίηση 3^η: Παράγοντες κινδύνου αυτοκτονίας

Σε βιβλιογραφικό επίπεδο, οι παράγοντες κινδύνου αυτοκτονίας ως αναγνωριστικό στοιχείο εστιάζουν στην απομόνωση, σε ψυχικές ασθένειες, σε προβλήματα οικονομικής φύσης, σε προηγούμενες απόπειρες κλπ. Ωστόσο, κατά το κρίσιμο διάστημα της εφηβείας τα αναγνωριστικά στοιχεία εμφανίζουν μεγαλύτερο εύρος.

Παράγοντες κινδύνου αυτοκτονίας	Απαντήσεις
Απομόνωση, εξαρτήσεις, παραβατικότητα, ψυχικές ασθένειες	2
Απόρριψη από φιλικό - κοινωνικό περιβάλλον	5
Αλόγιστη χρήση διαδικτύου	3
Προηγούμενες απόπειρες, συνοσηρότητα ασθενειών	2
Οικονομικά προβλήματα, κοινωνικός αποκλεισμός	2
Παραμέληση, κακοποίηση	1

Βάσει των στοιχείων της παρούσας έρευνας, οι 5 από τις 15 απαντήσεις εστίασαν στην απόρριψη του φιλικού και ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος. Η ανάγκη του εφήβου να δημιουργήσει φιλικές, διαπροσωπικές σχέσεις και να διευρύνει τον κοινωνικό του περίγυρο αν και εφόσον δεν καλυφθεί, δημιουργεί μια σειρά συναισθημάτων και προβληματισμών που μπορούν να τον οδηγήσουν ακόμα και στην αυτοκτονία.

(Γ): *«Υπάρχουν πολλά σημάδια που μας κρούουν τον κίνδυνο για πρόθεση αυτοκτονίας. Πρώτα από όλα η ρήξη στις φιλικές σχέσεις τους, η απόρριψη του εφήβου από το κοινωνικό περιβάλλον που περιλαμβάνει και το φιλικό και την ερωτική απογοήτευση έχουμε δει σε πολλές περιπτώσεις να παίζει πολύ μεγάλο σε αυτό. Αλλά το κυριότερο όλων στην εποχή που διανύουμε είναι η ανεξέλεγκτη χρήση του διαδικτύου που συνεπάγεται την κακή χρήση του διαδικτύου».*

(Ε): *«Ως παράγοντες κινδύνου θα μπορούσαν να θεωρηθούν η ρήξη στις φιλικές τους σχέσεις και η μη αποδοχή τους από το κοινωνικό περίγυρο».*

Επίσης, ένα τμήμα των απαντήσεων (3 από 15) εντόπισε τους προδιαθεσικούς παράγοντες εκδήλωσης αυτοκτονικών φαινομένων και στη χρήση του διαδικτύου από τον έφηβο. Κατά τη χρήση του διαδικτύου, ο έφηβος βρίσκεται «εκτεθειμένος» σε κινδύνους όπως η λεκτική παρενόχληση, η προσβολή της προσωπικότητάς του ή ακόμα και πιθανή ερωτική απογοήτευση που πιθανόν να βιώσει κυρίως από τις ιστοσελίδες κοινωνικής δικτύωσης, μπορούν να αποτελέσουν αναγνωριστικό στοιχείο.

(Μ): *«Ως παράγοντες κινδύνου μπορούν να θεωρηθούν η αλόγιστη και ανεξέλεγκτη χρήση του διαδικτύου , όταν απογοητευτεί ερωτικά ένας έφηβος αλλά και όταν αποτύχει στους σχολικούς βαθμούς (κακοί βαθμοί)».*

(Θ): *«Σε ένα έφηβο πρέπει να υπάρχουν όρια. Δεν είναι δυνατόν ένας έφηβος να έχει το δικαίωμα να χρησιμοποιεί το διαδίκτυο με όποιο τρόπο θέλει ή όσες ώρες θέλει . Την ανεξέλεγκτη χρήση του διαδικτύου τη θεωρώ παράγοντα κινδύνου, καθώς*

ένας έφηβος είναι πλήρως εκτεθειμένος στο διαδίκτυο. Όπως είπα και προηγουμένως και η απόρριψη από το φιλικό περίγυρο».

Στην αναζήτηση των αιτιολογικών παραγόντων της αυτοκτονίας ως πηγών κινδύνου, οι ερωτώμενοι εντόπισαν επίσης την κοινωνική απομόνωση, την εξάρτηση από ουσίες, την παρουσία κάποιας ψυχικής ασθένειας, ακόμα και προηγούμενη εμπειρία.

(I): «Απομόνωση, ψυχική ασθένεια, παραβατικότητα ή παραυτοκτονική συμπεριφορά, εξάρτηση από αλκοόλ ουσίες ή υπερχρήση τους, παλαιότερες απόπειρες, μηνύματα στο διαδίκτυο, σχετικά με την αυτοκτονία έμμεσα ή άμεσα».

Κωδικοποίηση 4^η: Χαρακτηριστικά προσωπικότητας αυτοκτονικού εφήβου

Η σκιαγράφηση της προσωπικότητας και των χαρακτηριστικών ενός αυτοκτονικού ατόμου, πόσο μάλλον ενός εφήβου, είναι μια αρκετά πολύπλοκη και συχνά χρονοβόρα διαδικασία. Ωστόσο, κατά καιρούς έχουν προσδιοριστεί ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που μπορούν να οδηγήσουν σε αυτοκτονία.

Χαρακτηριστικά προσωπικότητας αυτοκτονικού εφήβου	Απαντήσεις
Κατάθλιψη, συναισθηματική αστάθεια, παραβατικότητα	4
Εχθρικότητα, νευρικότητα, εσωστρέφεια, απομόνωση	6
Παρορμητικότητα, επιθετικότητα, κατάθλιψη, υποτονικότητα	2
Ευερεθιστότητα, απειλητικότητα, αυτοκαταστροφικές τάσεις, αντιδραστικότητα	3

Από τα δεδομένα της έρευνας, οι 6 από τις 15 απαντήσεις όρισαν ως χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ενός εφήβου με αυτοκτονικές τάσεις κυρίως την κοινωνική απομόνωση, την εχθρική στάση έναντι των συνομηλίκων και της οικογένειας και τις τάσεις εσωστρέφειας που εκδηλώνει. Χαρακτηριστικές είναι οι απαντήσεις 3 ερωτώμενων επί του συγκεκριμένου θέματος και οι οποίες παρατίθενται στη συνέχεια.

(A): «Υπάρχουν κάποια σημάδια ή κάποιες συμπεριφορές που συναντάμε στον έφηβο που σκέφτεται ή πράττει την αυτοκτονία. Σε πολλές περιπτώσεις είναι καταθλιπτικός, απόμακρος, εσωστρεφής, ακόμα και απειλητικός.

(K): «Ένας αυτοκτονικός έφηβος είναι αντιδραστικός, επιθετικός, κλείνεται στον εαυτό του και αυτό ειδικά τον ωθεί σε ακραίες συμπεριφορές. Αυτό αποτελεί απόρροια του ότι ο έφηβος αισθάνεται πως κανείς δεν μπορεί να τον καταλάβει και να επικοινωνήσει μαζί του όπως θα ήθελε».

(M): «Ένας αυτοκτονικός έφηβος απομακρύνεται από το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον και γενικότερα έχει έντονη αντίδραση και επιθετικότητα».

Η εσωστρέφεια όμως ή η κοινωνική απομόνωση κατά τους 4 από 15 ερωτώμενους, δεν αποτελούν πάντα τη βασική αιτία. Το χαρακτηριστικότερο ίσως στοιχείο αποτελεί η εκδήλωση κατάθλιψης, η γενικότερη συναισθηματική αστάθεια και ο απόλυτος τρόπος σκέψης αναφορικά με την πραγμάτωση μη ρεαλιστικών στόχων.

(Ξ): «Σίγουρα είναι υποτονικός, απόμακρος, ίσως πιο εσωστρεφής όχι πάντα απαραίτητα. Σε πολλές περιπτώσεις απειλητικός όχι όμως απαραίτητα να πραγματοποιεί τις απειλές αυτές. Θα μπορούσα επίσης να πω και καταθλιπτικός αν έχει φτάσει σ αυτό το στάδιο».

(O): «Συναισθηματική αστάθεια, παρορμητικότητα, ευερεθιστότητα και επιθετικότητα, απόλυτος τρόπος σκέψης μη ρεαλιστικές προσδοκίες, μειωμένη ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, αίσθημα αναξιοσύνης, κατωτερότητας, ενοχής, μη αποδοχή ταυτότητας εαυτού».

Κωδικοποίηση 5^η: Σύνδεση αυτοκτονίας με το διαδίκτυο

Η πρώτη έρευνα για προβληματική χρήση του διαδικτύου και τους κινδύνους που περιλαμβάνει, έγινε το 1996 στην Αμερική από την Kimberly Young και παρουσιάστηκε στο συνέδριο της Αμερικάνικης Εταιρείας Ψυχολόγων στο Τορόντο με τίτλο «Εθισμός στο διαδίκτυο: η εμφάνιση μιας νέας διαταραχής». Έκτοτε πλήθος

ερευνών ανά τον κόσμο υποδεικνύει την ύπαρξη του φαινομένου, το οποίο ονομάζεται προβληματική χρήση του διαδικτύου. Τα βασικότερα χαρακτηριστικά του εθισμένου εφήβου εστιάζουν στα ακόλουθα (Λουίζου, 2009):

- Προσκόλληση με το διαδίκτυο.
- Ανάγκη για συνεχή αύξηση των ωρών χρήσης του διαδικτύου για τη απόκτηση αισθήματος ικανοποίησης.
- Συνεχείς ανεπιτυχείς προσπάθειες για έλεγχο, ελάττωση ή διακοπή της χρήσης του διαδικτύου.
- Δημιουργία αισθημάτων ανησυχίας, κακοδιαθεσίας και οξυθυμίας κάθε φορά που γίνεται προσπάθεια μείωσης των ωρών χρήσης.
- Διακινδύνευση ή απώλεια σημαντικής σχέσης γονέων – εφήβων.
- Απόκρυψη πληροφοριών από την οικογένεια, το θεραπευτή ή άλλους σχετικά με τη συχνότητα χρήσης του διαδικτύου.
- Χρήση του διαδικτύου ως μέσο διαφυγής από προβλήματα ή για ανακούφιση από αίσθημα δυσφορίας όπως στεναχώρια, άγχος, ανησυχία, ενοχή κτλ.

Σύνδεση αυτοκτονίας με το διαδίκτυο	Απαντήσεις
Υπάρχει σχετική σύνδεση	8
Αβεβαιότητα ως προς τη σύνδεση	1
Υπάρχει άμεση σύνδεση	6

Η σύνδεση ωστόσο της αυτοκτονίας με το διαδίκτυο που προκύπτει είτε από την αλόγιστη είτε από τη μη ορθή χρήση του, συναντάται σε διάφορα επίπεδα. Η πλειονότητα των ερωτηθέντων βρίσκουν μια σχετική σύνδεση αυτοκτονίας – διαδικτύου (8 από 15) κυρίως στους ιστότοπους κοινωνικής δικτύωσης όπου δίνουν τη δυνατότητα δικτυακής επικοινωνίας με φίλους, γνωστούς αλλά και τη δυνατότητα νέων γνωριμιών (messenger, facebook). Μέσα σε αυτούς τους ιστότοπους οι έφηβοι προβάλλουν προσωπικά στοιχεία όπως νέα και φωτογραφίες. Οι πιθανοί κίνδυνοι επίκεινται στο ότι οι ίδιοι οι έφηβοι μπορεί να ξοδεύουν πολύ χρόνο αμελώντας την πραγματική και ουσιαστική επικοινωνία και κοινωνικοποίηση ή στο ότι κάποιος επιτήδειος μπορεί να πλησιάσουν τους χρήστες και να προσπαθήσουν να εκμεταλλευτούν ιδιαίτερες καταστάσεις. Τα συγκεκριμένα στοιχεία πιθανόν να οδηγήσουν ή να παροτρύνουν την αυτοκτονία.

(Δ): «Ο έφηβος είναι εκτεθειμένος σε πολλούς κινδύνους που παραμονεύουν με την χρήση του διαδικτύου. Όταν ας πούμε, ένας έφηβος είναι κάτοχος μιας σελίδας κοινωνικής δικτύωσης είναι εκτεθειμένα όλα τα προσωπικά του στοιχεία όπως φωτογραφίες, η ηλικία του κ.α. . Μπορεί ο έφηβος να δεχθεί ανά πάσα στιγμή, κάποια προσβολή και να φανεί ανήμπορος να τη διαχειριστεί να αισθανθεί ταπεινωμένος ή εξαπατημένος συναισθήματα που είναι τραυματικά για έναν έφηβο. Κατά κάποιο τρόπο έτσι θεωρώ ότι συνδέεται η αυτοκτονία με το διαδίκτυο».

Σημαντικό ποσοστό των ερωτηθέντων ωστόσο βρήκε άμεση σύνδεση της αυτοκτονίας με το διαδίκτυο (6 από 15). Ο μεγαλύτερος κίνδυνος είναι ότι τα άτομα με τα οποία οι έφηβοι επικοινωνούν στο διαδίκτυο, αρκετά συχνά παρουσιάζονται με «ψεύτικη» ταυτότητα. Στο διαδίκτυο ο καθένας είναι όποιος και ό,τι δηλώσει. Δεν υπάρχει, δηλαδή, κανένας απολύτως τρόπος να γνωρίζει ο έφηβος με σιγουριά ποιος βρίσκεται στην άλλη άκρη της γραμμής. Όλα αυτά, σε συνδυασμό με την αλόγιστη χρήση και την απομόνωση που επιφέρει, υποδηλώνουν άμεση σύνδεση.

(Ζ): «Πολλοί έφηβοι κάνουν χρήση του διαδικτύου, όταν όμως μιλάμε για αλόγιστη χρήση του τότε είναι πιθανή η αυτοκτονία. Ένας έφηβος δεν είναι σε θέση να φιλτράρει τα μηνύματα που δέχεται μέσω του διαδικτύου και είναι πολύ πιθανό να παρουσιάσει καταθλιπτικά χαρακτηριστικά τα οποία θα γίνονται όλο και πιο έντονα με τη συνέχιση της χρήσης του διαδικτύου».

(Α): «Η υπερεμπλοκή με το διαδίκτυο μπορεί να συντείνει στην απομόνωση του ατόμου, την έκφραση επιθετικότητας προς τους οικείους του την αύξηση καταθλιπτικών στοιχείων, αύξηση αρνητικών σκέψεων ως προς την αντιμετώπιση της ζωής, και κατά συνέπεια ροπή προς αυτοκτονικές στάσεις».

Χαρακτηριστική τέλος είναι η άποψη ενός ερωτώμενου ο οποίος δήλωσε αβεβαιότητα ως προς τη σύνδεση των δύο στοιχείων, ωστόσο εντόπισε δυνατότητες ελέγχου τόσο χρονικού όσο και ποιοτικού του διαστήματος που ο έφηβος χρησιμοποιεί το διαδίκτυο ώστε να εξαλειφθεί κάθε πιθανότητα εκδήλωσης της αυτοκτονίας.

(Ο): «Δεν ξέρω αν υπάρχει σύνδεση μεταξύ της αυτοκτονίας στην εφηβική ηλικία και της χρήσης του διαδικτύου, μπορούμε να αναφέρουμε όμως ότι η ανεξέλεγκτη και μη ποιοτική χρήση του διαδικτύου μπορεί να βλάψει τον έφηβο. Είναι πολύ πιθανό να οδηγηθεί σε απόπειρα αυτοκτονίας σταδιακά και αυτό είναι ένα κομβικό σημείο μεταξύ της αυτοκτονίας και του έφηβου».

Κωδικοποίηση 6^η: Διαδίκτυο ως αιτιολογικός παράγοντας αυτοκτονίας στην εφηβεία

Η εφηβεία χαρακτηρίζετε ως μια περίοδος αλλαγών η οποία σηματοδοτεί τη μετάβαση από την παιδική ηλικία στην ενηλικίωση. Οι εμφανείς σωματικές αλλαγές συνοδεύονται από την αναζήτηση της ταυτότητας και την ένταξη στο κοινωνικό σύνολο και τη κοινωνική πραγματικότητα. Το άγχος, η ανάγκη για κατανόηση, η δυσκολία διαμόρφωσης της ταυτότητας και η περιπλοκότητα της δημιουργίας σχέσεων δεν είναι κάτι εύκολο για τα παιδιά που περνούν την εφηβεία. Το διαδίκτυο, με τις απεριόριστες δυνατότητες, προσφέρει στους έφηβους μία διέξοδο προκειμένου να καλύψουν τις όποιες δυσκολίες αντιμετωπίζουν στην καθημερινότητα.

Διαδίκτυο ως αιτιολογικός παράγοντας αυτοκτονίας στην εφηβεία	Απαντήσεις
Σε ορισμένες περιπτώσεις	2
Άμεση σύνδεση	3
Πιθανόν	5
Σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες	3
Όχι	2

Η σύνδεση του διαδικτύου ωστόσο ως αιτιολογικού παράγοντα πρόκλησης της αυτοκτονίας είναι αρκετά περίπλοκη. Για ένα τμήμα των ερωτηθέντων (3 από 15) υπάρχει άμεση σύνδεση που εκφράζεται ακόμα και με την προβολή μέσω ιστοσελίδων «διαδικασιών πραγματοποίησης» μιας αυτοκτονίας ενώ για 5 από τους 15 ερωτώμενους η σύνδεση είναι πιθανή. Πέραν αυτού, οι επιλογές αυξάνονται από

την επαφή με ανθρώπους που ωθούν σε τέτοιες ενέργειες, κυρίως μέσω των ιστοσελίδων κοινωνικής δικτύωσης.

(B): «Υπάρχουν ειδικοί ιστότοποι όπου καταδεικνύονται τρόποι με τους οποίους θα μπορούσε κανείς να προβεί σε επιτυχή απόπειρα και τα οποία κανονικά θα έπρεπε να είναι απαγορευμένα ως προς την πρόσβαση. Κατάχρηση του διαδικτύου μπορεί να συνδέεται με αύξηση καταθλιπτικών στοιχείων στο άτομο, αποκοπή από το περιβάλλον του και κατά συνέπεια ενίσχυση της ψυχοπαθολογίας».

(A): «Ναι αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα. Γιατί όπως προανέφερα οι τρόποι με τους οποίους αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα το διαδίκτυο είναι η κακή χρήση του διαδικτύου από τους εφήβους, καθώς δε χρησιμοποιούν το διαδίκτυο για ενημέρωση αλλά ως μέσο επίδειξης του εαυτού τους και όχι πάντα με τον καλύτερο τρόπο».

Οι πιθανότητες να αποτελέσει αιτιολογικό παράγοντα αυτοκτονίας το διαδίκτυο είναι μεν λιγότερες αλλά απαιτούν και το συνδυασμό με άλλους παράγοντες όπως τα διαπροσωπικά προβλήματα, η αδυναμία επικοινωνίας, η κατάθλιψη κλπ. Μ' αυτή την άποψη συντάχθηκαν 3 από τους 15 ερωτώμενους. Η παρουσία του διαδικτύου διαμέσου της αλόγιστης και μη ελεγχόμενης χρήσης του από τον έφηβο, λειτουργεί επιβαρυντικά στους προαναφερθέντες παράγοντες.

(N): «Το διαδίκτυο μπορεί να αποτελέσει αιτιολογικό παράγοντα για την αυτοκτονία στην εφηβεία αλλά πάντα σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες που αφορούν είτε την ψυχική υγεία του έφηβου είτε την μη ομαλή οικογενειακή κατάσταση είτε ακόμα και το είδος της χρήσης του διαδικτύου (πόσο χρόνο την ημέρα, ποιους ιστότοπους επισκέπτεται κ.τ.λ.). Καταληκτικά, μπορεί να αποτελέσει αιτιολογικό παράγοντα όταν συνυπάρχει με κάποιους όπως τους προαναφερόμενους παράγοντες».

(O): «Είναι πολύ πιθανό να αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα για την αυτοκτονία στην εφηβεία καθώς δεν γίνεται σωστή χρήση του διαδικτύου χωρίς αυτό όμως να είναι απόλυτο».

Άξια αναφοράς είναι και η άποψη 2 ερωτώμενων οι οποίοι αποσύνδεσαν πλήρως το διαδίκτυο ως αιτιολογικό παράγοντα κατά την εφηβεία.

(E): «Όχι, δε θεωρώ ότι το διαδίκτυο αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα για την αυτοκτονία στην εφηβεία χωρίς φυσικά να αφαιρώ τη σημαντικότητα του φαινομένου».

Κωδικοποίηση 7^η: Συσχέτιση ποσοστών αυτοκτονίας με ευρεία χρήση του διαδικτύου

Η αυτοκτονία στην εφηβεία σε επίπεδα ποσόστωσης διαμοιράζεται σε διάφορους αιτιολογικούς παράγοντες. Με το παρόν ερώτημα, οι συνεντευξιζόμενοι θέλησαν να αποδώσουν την πρέπουσα βαρύτητα συσχέτισης της αυτοκτονίας με το διαδίκτυο.

Συσχέτιση ποσοστών αυτοκτονίας με ευρεία χρήση του διαδικτύου	Απαντήσεις
Πιθανότητα συσχέτισης	7
Άμεση συσχέτιση	6
Ανυπαρξία συσχέτισης	2

Στην πλειονότητα τους, οι ερωτώμενοι διαπίστωσαν από πιθανή ως άμεση συσχέτιση των ποσοστών αυτοκτονικών λόγω διαδικτύου. Ωστόσο, διατυπώθηκαν και απόψεις (2 συνολικά) οι οποίες αποσύνδεσαν τα ποσοστά αυτοκτονιών στους εφήβους από τη διαδικτυακή χρήση. Ως προς την άμεση συσχέτιση (6 από 15 απαντήσεις), οι ερωτώμενοι στήριξαν τις απαντήσεις τους στη σταδιακή αύξηση των αυτοκτονιών στο σύνολό τους αυξάνοντας συγκεντρωτικά και τα ποσοστά που οφείλονται στο διαδίκτυο.

(Ξ): «Ναι υπάρχει και πολύ μεγάλη».

(Ζ): «Και βέβαια υπάρχει συσχέτιση γιατί έχω δει στατιστικά δεδομένα και σε πρόσφατες έρευνες η χρήση του διαδικτύου έχει προστεθεί στα ποσοστά στην εφηβεία».

(Β): «Ναι θεωρώ ότι υπάρχει άμεση συσχέτιση των ποσοστών στην εφηβεία με την ευρεία χρήση του διαδικτύου».

Οι περισσότερες απαντήσεις (7 από 15) βρήκαν κάποια πιθανή συσχέτιση όπως χαρακτηριστικά παρουσιάζουν τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν και παρατίθενται παρακάτω.

(Θ): «Πιστεύω πως μπορεί και να υπάρχει».

(I): «Είναι πολύ πιθανό να υπάρχει».

(M): «Ίσως και να υπάρχει κάποια συσχέτιση καθώς παρατηρούμε μια αύξηση στα ποσοστά τα τελευταία χρόνια που συνεπάγεται με τη χρήση του διαδικτύου».

Ένα στοιχείο που αξίζει να αναφερθεί είναι η πλήρης αποσύνδεση της ποσόστωσης των αυτοκτονιών με το διαδίκτυο. Στο πλήθος των 15 απαντήσεων, υπήρξαν και 2 συνεντευξιαζόμενοι οι οποίοι δε θεωρούν το διαδίκτυο ως βασικό αιτιολογικό παράγοντα θεωρώντας την αυτοκτονία πολυπαραγοντικό φαινόμενο.

(Γ): «Η ευρεία χρήση του διαδικτύου δεν μπορεί να θεωρηθεί από μόνη της ως αιτιολογικός παράγοντας αυτοκτονίας στην εφηβεία, οπότε κατά τη γνώμη μου δεν σχετίζεται με τα ποσοστά αύξησης της αυτοκτονίας στην εφηβεία».

(O): «Όχι δεδομένου ότι η αυτοκτονία είναι πολυπαραγοντικό φαινόμενο και η χρήση του διαδικτύου (από μόνη της) δεν μπορεί να θεωρηθεί αιτιολογική».

Κωδικοποίηση 8^η: Συνέπειες χρήσης διαδικτύου στην εφηβεία

Έρευνες στον εφηβικό πληθυσμό υποδεικνύουν θετικές συσχετίσεις μεταξύ χρήσης διαδικτύου και καταχρηστικής ενημέρωσης. Ο βασικός κίνδυνος είναι ότι οι έφηβοι έχουν πρόσβαση σε υλικό ακατάλληλο, επιβλαβές και ανεπιθύμητο για την ηλικία τους. Για παράδειγμα, πορνογραφία, βία, ρατσιστικό και σατανιστικό υλικό, διαφημίσεις τσιγάρων ή ποτών, ναρκωτικά, ακόμη και συνταγές για εκρηκτικά. Μεγάλο κίνδυνο αποτελεί επίσης και η υφαρπαγή προσωπικών δεδομένων κάποιου

χρήστη, όπως ο αριθμός ταυτότητάς του όσο και, πιο σημαντικό, αριθμοί πιστωτικών καρτών, λογαριασμών τραπεζής κ.α.

Συνέπειες χρήσης διαδικτύου στην εφηβεία	Απαντήσεις
Απομόνωση, εξάρτηση, παραβατικότητα	5
Αποξένωση από το κοινωνικό και σχολικό περιβάλλον	5
Κακές σχολικές επιδόσεις, αποξένωση από φιλικό περιβάλλον	3
Ευαλωτότητα, απώλεια ενδιαφερόντων	1
Δημιουργία ψευδούς κόσμου	1

Πέραν όμως των συνεπειών που προαναφέρθηκαν, υπάρχουν και βασικές επιπτώσεις σε ψυχολογικό και σε επίπεδο σχέσεων. Ειδικότερα, σε ένα σύνολο 5 απαντήσεων η βασική συνέπεια είναι η κοινωνική απομόνωση τόσο στο φιλικό όσο και στο σχολικό περιβάλλον. Οι έφηβοι που καταχρηστικά χρησιμοποιούν το διαδίκτυο δεχόμενοι πληθώρα πληροφοριών που δεν μπορούν να αξιολογήσουν, οδηγούνται σε ένα είδος κοινωνικής απομόνωσης. Η άποψη αυτή επιβεβαιώνεται από ορισμένες από τις απαντήσεις που δόθηκαν και παρατίθενται.

(E): «Κοινωνική απομόνωση, εξάρτηση από τη χρήση του διαδικτύου, ελλιπής ενημέρωση για την σωστή χρήση του διαδικτύου».

(A): «Οι συνέπειες της χρήσης του διαδικτύου σε σχέση με την εφηβική ηλικία μπορεί να είναι η απομόνωση του σε σχέση με το κοινωνικό αλλά και με το οικογενειακό περιβάλλον. Ακόμη είναι πιθανό να υπάρχει ταύτιση της πραγματικότητας με το διαδίκτυο και σ' ένα επίπεδο ο έφηβος θεωρεί ότι ό, τι συμβαίνει στο διαδίκτυο ανταποκρίνεται πάντα στην πραγματικότητα».

Η απομόνωση ωστόσο αποκτά και ένα διαφορετικό είδος έκφρασης που είναι η αποξένωση και η εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς. Οι έφηβοι κατά τη χρήση του διαδικτύου επιδέχονται επιδράσεων που επηρεάζουν άμεσα τη συμπεριφορά τους σε κοινωνικό επίπεδο, οδηγώντας τους σε αποξένωση και αδιαφορία για τη δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων.

(I): *«Αποξένωση, επιθετικότητα, αποστροφή από οποιοδήποτε κοινωνική επαφή».*

(O): *«Αποξένωση από οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, Παραβατικότητα, Επιθετικότητα (κυρίως λεκτική)».*

Υπήρξε και μια άποψη σύμφωνα με την οποία η χρήση του διαδικτύου επιδρά αρνητικά και στην αντίληψη του εφήβου αναφορικά με την ορθή χρήση του πραγματικού κόσμου. Ο έφηβος που δεν αξιολογεί τις πληροφορίες, εντοπίζει δυσκολίες και προβλήματα στον πραγματικό κόσμο που δεν μπορεί να επιλύσει, στρέφεται στον ψηφιακό κόσμο του διαδικτύου αναζητώντας λύσεις και διαμορφώνοντας συνθήκες λιγότερων προβληματισμών.

«Η χρήση του διαδικτύου έχει τις συνέπειες της, μιλάμε δηλαδή για δημιουργία μιας ψευδαίσθησης ότι το διαδίκτυο είναι ο πραγματικός κόσμος και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την αποξένωση του εφήβου από τον κοινωνικό και οικογενειακό περίγυρο . Κατά την άποψη μου αυτή είναι η μεγαλύτερη συνέπεια».

Κωδικοποίηση 9^η: Επάρκεια προληπτικών και κατασταλτικών μέτρων αυτοκτονίας

Το φαινόμενο της αυτοκτονίας, δημιούργησε την ανάγκη καθορισμού συγκεκριμένου πλαισίου προστασίας των εφήβων που διατρέχουν το μεγαλύτερο κίνδυνο. Ιδιαίτερα, στη σημερινή εποχή που το διαδίκτυο έχει εισέλθει δυναμικά στην καθημερινότητα των εφήβων σε τέτοιο βαθμό, η ύπαρξη κανόνων είναι αδιαμφισβήτητο στοιχείο.

Το ερώτημα που προκύπτει είναι αν η συμπεριφορά των εφήβων χρηστών μπορεί να ρυθμιστεί με ποινικούς κανόνες δικαίου και εάν στην συνέχεια οι ποινικοί αυτοί κανόνες μπορούν να εφαρμοστούν στην πράξη. Το πρώτο αποτελεί ερώτημα του ουσιαστικού ποινικού δικαίου και το δεύτερο ερώτημα του ποινικού δικονομικού δικαίου (Στυλιάδης, 2011).

Στο ποινικό πεδίο, οι έννομες τάξεις έρχονται κατά κανόνα εκ των υστέρων να ρυθμίσουν νομοθετικά τις καταστάσεις. Κλασικό παράδειγμα αποτελεί ο τομέας της

τεχνολογίας όπου η εμφάνιση των εγκλημάτων που διαπράττονται με ηλεκτρονικούς υπολογιστές που η «συμβατική νομοθεσία» δεν επαρκούσε για την αντιμετώπισή τους. Σήμερα όλες οι προηγμένες χώρες έχουν καταρτίσει σχετική νομοθεσία, που προσπαθούν να αντιμετωπίσουν αδικήματα και προβλήματα που διαπράττονται με τη χρήση υπολογιστών.

Έχει υποστηριχθεί η άποψη ότι απαιτείται η κατάρτιση νέας νομοθεσίας και μέτρων ενημέρωσης και πληροφόρησης αναφορικά με το φαινόμενο της αυτοκτονίας για την αντιμετώπιση της προβληματικής χρήσης και των επιπτώσεων του διαδικτύου. Το θεσμικό πλαίσιο για το διαδίκτυο στην Ελλάδα είναι πολύπλοκο και γενικά διάσπαρτο σε πολλά νομοθετήματα. Ωστόσο είναι υπαρκτό, ρυθμίζει τις διαδικτυακές σχέσεις και δημιουργεί δικαιώματα και υποχρεώσεις. Εκείνο που απαιτείται είναι να οργανωθεί σε ένα καλύτερο πλαίσιο και να εμπλουτιστεί με τα δεδομένα που διαμορφώνουν οι τρέχουσες συνθήκες (Διάπλους, 2011).

Επάρκεια προληπτικών και κατασταλτικών μέτρων αυτοκτονίας	Απαντήσεις
Ανεπαρκή	15

Ως προς τα ερευνητικά στοιχεία που συγκεντρώθηκαν, στο σύνολό τους οι συνεντευξιαζόμενοι έκριναν ως ανεπαρκή τα μέτρα που λαμβάνονται και αφορούν την πρόληψη και αντιμετώπιση του φαινομένου της αυτοκτονίας. Στην Ελλάδα δεν έχουν καθοριστεί τα επαρκή πλαίσια προστασίας ενώ υπάρχει ουσιαστικά απουσία πληροφόρησης και ενημέρωσης τόσο των οικογενειών όσο και των ίδιων των εφήβων. Ως καταλληλότερα μέτρα προτάθηκαν η συνεργασία μεταξύ των επιστημονικών φορέων, οι κατάλληλες παραπομπές κλινικών περιστατικών και ένα οργανωμένο σχέδιο παρέμβασης - πρόληψης κατά των αποπειρών αυτοκτονίας μέσω εκπαίδευσης και ενημέρωσης των ειδικών ψυχικής υγείας σε περισσότερους δημόσιους ή μη φορείς.

(Γ): «Όχι. Η Ελλάδα δεν έχει ακόμη καταρτίσει εθνική στρατηγική για την πρόληψη της αυτοκτονίας που χρειάζεται να γίνει».

(Α): «Όχι, στην Ελλάδα δεν είναι επαρκή τα μέτρα που λαμβάνονται σε σχέση με το εν λόγω φαινόμενο. Θα μπορούσε να υπάρχει διεπιστημονική συνεργασία, σωστή ενημέρωση, μέσω ανοιχτών στο κοινό ημερίδων, ιστοτόπων, διαφημιστικών κλιπ

κ.τ.λ., ύπαρξη κρατικής μέριμνας για την ασφαλή πλοήγηση των εφήβων στο διαδίκτυο».

(Δ): «Όχι, δεν είναι επαρκή τα μέσα που λαμβάνονται στην Ελλάδα. Θα ήταν πολύ σημαντικό να υπήρχε σωστή ενημέρωση στους νέους από την προεφηβική περίοδο ώστε να προετοιμάζονται κατάλληλα για την δύσκολη φάση που θα ακολουθήσει. Ακόμη θα έπρεπε να υπήρχε ειδικό μάθημα στο σχολείο το οποίο να διδάσκει την σωστή χρήση του διαδικτύου αλλά και να ενημερώνει για τους κινδύνους που υπάρχουν στο διαδίκτυο».

(Θ): «Όχι. Θα έπρεπε τόσο σε θεσμικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο να υπάρχει θεωρητική αλλά κυρίως ενημέρωση μέσα από πρακτικές σε παιδιά σχολικής ηλικίας και άνω για όλα τα οφέλη και τους κινδύνους της χρήσης του διαδικτύου».

Κωδικοποίηση 10^η: Ρόλος υποστηρικτικού περιβάλλοντος στην πρόληψη της αυτοκτονίας (οικογένεια, φίλοι, σχολείο)

Στην Ελλάδα, έχει επισημανθεί ο κίνδυνος για την αντιμετώπιση του φαινομένου της αυτοκτονίας που οφείλεται στο διαδίκτυο, τόσο για τους ενήλικες, όσο και για τους εφήβους. Οι έφηβοι χρησιμοποιούν το διαδίκτυο ως μέσο ενημέρωσης, επικοινωνίας, επιμόρφωσης αλλά και ψυχαγωγίας. Ωστόσο, η διαχωριστική γραμμή μεταξύ χρήσης και κατάχρησης είναι πολύ λεπτή και δύσκολα διακρίνεται με αποτέλεσμα ο έφηβος να οδηγείται σε λανθασμένες επιλογές.

Ρόλος υποστηρικτικού περιβάλλοντος στην πρόληψη της αυτοκτονίας (οικογένεια, φίλοι, σχολείο)	Απαντήσεις
Σημαντικός και καθοριστικός	5
Υποστηρικτικός, προστατευτικός και συμβουλευτικός	8
Ενδυναμωτικός και καθοδηγητικός	1
Ύπαρξη εξειδικευμένων δομών	1

Στα παραπάνω πλαίσια, ο ρόλος του υποστηρικτικού περιβάλλοντος στην πρόληψη της αυτοκτονίας (οικογένεια, φίλοι, σχολείο) χαρακτηρίστηκε από την πλειοψηφία των ερωτώμενων ως ιδιαίτερα σημαντικός και καθοριστικής σημασίας. Συγκεκριμένα, οι 8 από τους 15 συνεντευξιζόμενους απάντησαν ότι η οικογένεια και οι φίλοι μπορούν να λειτουργήσουν υποστηρικτικά, προστατευτικά και συμβουλευτικά συμβάλλοντας ενδυναμωτικά στη δημιουργία εξάλειψης πιθανών συνθηκών αυτοκτονίας. Επίσης, 1 ερωτώμενος εντόπισε δυνατότητες μέσω της δημιουργίας κατάλληλων υποστηρικτικών δομών που μπορούν να παρέχουν την απαιτούμενη πληροφόρηση για την αποφυγή της αυτοκτονίας. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται ορισμένες χαρακτηριστικές απαντήσεις που δόθηκαν.

(I): «Η οικογένεια ως υποστηρικτικό περιβάλλον θα μπορούσε να είναι δίπλα στον έφηβο και να τον συμβουλεύει όπως και οι φίλοι του όταν αντιλαμβάνονται οτιδήποτε μη φυσιολογικό να απευθύνονται σε κάποιον ειδικό για να βοηθήσει. Το σχολείο ακόμη παίζει καθοριστικό ρόλο στην διάγνωση μιας πιθανής αυτοκτονικής συμπεριφοράς ενός έφηβου».

(K): «Ως υποστηρικτικό περιβάλλον μπορεί να θεωρηθεί η οικογένεια και το φιλικό περιβάλλον, συμβουλεύοντας τον έφηβο να απευθυνθεί σε κάποιον ειδικό όταν υπάρχουν τάσεις αυτοκτονίας».

(M): «Η οικογένεια θα πρέπει να έχει ρόλο προστατευτικό και υποστηρικτικό για να μπορεί να αισθάνεται ο έφηβος άνετα και για να μπορεί να μιλάει με τους γονείς του για οποιοδήποτε πρόβλημα έχει. Όσον αφορά το φιλικό περιβάλλον θα πρέπει να μπορεί να κατανοήσει το μέγεθος του προβλήματος και να ενημερώνει τους γονείς για την ύπαρξη ενός τέτοιου προβλήματος. Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να χειριστεί ένα τέτοιο πρόβλημα μόνος του, θα πρέπει πάντα να απευθύνεται σε κάποιον ενήλικα».

Κωδικοποίηση 11^η: Μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης αυτοκτονίας

Στην πρόληψη αλλά και στην αντιμετώπιση της αυτοκτονίας, σημαντικό -αν όχι το σημαντικότερο- ρόλο διαδραματίζουν οι διάφοροι φορείς και υπηρεσίες. Πέραν του πλαισίου που καθορίζει τις απαιτούμενες γνώσεις και ενέργειες που θα πρέπει να κατέχει το περιβάλλον του εφήβου (οικογενειακό, φιλικό, σχολικό κλπ),

τίθεται και το ερώτημα κατά πόσο προσφέρονται οι απαιτούμενες γνώσεις και η ενημέρωση από πολιτειακούς φορείς, οργανισμούς και επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας.

Μέτρα πρόληψης και αντιμετώπιση αυτοκτονίας (επαγγελματίες, υπηρεσίες)	Απαντήσεις
Ύπαρξη εξειδικευμένου δικτύου φορέων	1
Ενημέρωση γονέων, εφήβων, εκπαιδευτικών σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας	7
Ανάπτυξη αισθήματος αυτοπεποίθησης εφήβου, προστασία από ιστότοπους	3
Ομιλίες, ημερίδες, σεμινάρια ειδικών	2
Εξάλειψη bullying	1

Σε επίπεδο στοιχείων που συγκεντρώθηκαν, σχεδόν οι μισοί ερωτώμενοι (7 από 15) ως βασικό μέτρο πρόληψης θεώρησαν τη σωστή ενημέρωση όλων των εμπλεκομένων της καθημερινότητας του εφήβου (οικογένειας, φίλων, εκπαιδευτικών κλπ) σε ζητήματα που αφορούν στην αυτοκτονία και παράλληλα στο ρόλο του διαδικτύου. Στην πληρέστερη ενημέρωση μπορεί να συμβάλει βοηθητικά η διεξαγωγή ομιλιών, συνεδρίων, σεμιναρίων με το θέμα της αυτοκτονίας (2 από 15 απαντήσεις) ενώ ακόμα και το ίδιο το διαδίκτυο μπορεί να βοηθήσει με την προβολή ιστοσελίδων που συμβουλεύουν, κατευθύνουν και ενημερώνουν σχετικά με την προστασία από την αυτοκτονία (3 από 15 απαντήσεις). Οι χαρακτηριστικότερες απαντήσεις για κάθε περίπτωση που προαναφέρθηκε παρουσιάζονται ακολούθως:

(Α): «*Η σωστή εκπαίδευση των εκπαιδευτικών στα σχολεία ώστε να μπορούν να στηρίζουν τον έφηβο και να μπορούν να εντοπίζουν την ύπαρξη μιας μη φυσιολογικής συμπεριφοράς*».

(Ε): «*Ως μέτρα πρόληψης - αντιμετώπισης της αυτοκτονίας στην εφηβική ηλικία θα μπορούσαν να είναι η προστασία και η ενημέρωση των εφήβων όσο το διαδίκτυο, να συμβάλλουν ουσιαστικά οι εκπαιδευτικοί και γενικά το σχολικό πρόσωπο και να οργανώνονται ομιλίες και ημερίδες ώστε να ενημερώνονται και να ευαισθητοποιούνται οι γονείς σε θέματα ψυχικής υγείας. Ακόμη πολύ σημαντική είναι και η ενημέρωση των*

γονέων και των εφήβων για υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Τέλος για την αντιμετώπιση της αυτοκτονίας στην εφηβική ηλικία πολύ σημαντικός είναι και ο ρόλος του σχολείου και γενικά του σχολικού περιβάλλοντος όπου πρέπει να ενισχύει την αυτοπεποίθηση των μαθητών, η καταπολέμηση του bullying (νταηλίκι) και της βίας γενικά στο χώρο του σχολείου καθώς και η ενθάρρυνση των μαθητών για επικοινωνία και συναισθηματική έκφραση».

(Α): «Υπαρξη ενημερωτικών ιστοσελίδων για τους κινδύνους του διαδικτύου, εξάλειψη του ρατσισμού προς κάποιες πληθυσμιακές ομάδες».

Κεφάλαιο 5

Συμπεράσματα - Συζήτηση

Σήμερα, δεδομένων και των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών που επικρατούν σε εθνικό αλλά και σε διεθνές επίπεδο, γίνονται ολοένα και περισσότερες αναφορές στο φαινόμενο της αυτοκτονίας. Πολλές έρευνες επικεντρώνονται στη μελέτη της αυτοκτονίας, εστιάζοντας σε διάφορες πτυχές του φαινομένου. Παρόλα αυτά, δεν είναι πολλές εκείνες οι έρευνες –ιδιαιτέρως στη χώρα μας- που έχουν διενεργηθεί σχετικά με την εφηβική αυτοκτονία και του ιδιαίτερου ρόλου που διαδραματίζει η χρήση του διαδικτύου. Από την παρούσα μελέτη, θεωρήθηκε ότι μπορεί να εξαχθούν σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τις διαστάσεις του φαινομένου, τους αιτιολογικούς και εκλυτικούς παράγοντες, το ρόλο και την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων και των ομάδων που αποτελούνται από επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι ασχολούνται με το συγκεκριμένο ζήτημα.

Πριν ολοκληρώσει τη διαδρομή της η παρούσα έρευνα με τη συγγραφή των συμπερασμάτων, θα πρέπει να αναφερθούν ορισμένα στοιχεία που σχετίζονται άμεσα με αυτή. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η ποιοτική έρευνα που διεξήχθη ήταν μια αρκετά πολύπλοκη, απαιτητική και χρονοβόρα διαδικασία.

Επίσης, η οργάνωση, ο σχεδιασμός και τελικά η υλοποίηση της συγκεκριμένης μελέτης, εκτιμάται ότι ενδεχομένως θα οδηγήσει σε δεδομένα που μπορούν να αποτελέσουν τη βάση διεξαγωγής μελλοντικών παρόμοιων ερευνών. Στο σημείο αυτό, κρίνεται σημαντικό να διευκρινιστεί εκ νέου ότι λόγω της ερευνητικής μεθοδολογίας που εφαρμόστηκε, δεν είναι δυνατόν να διεξαχθούν γενικευμένα συμπεράσματα βάσει στατιστικών αναλύσεων καθώς η φύση των ερευνητικών δεδομένων είναι ποιοτική. Παρόλα αυτά θα γίνει μία προσπάθεια διατύπωσης θέσεων, πορισμάτων και προτάσεων, σε αντιπαραβολή με επιπρόσθετα στοιχεία που έχουν προκύψει από άλλες προηγούμενες αναφορές και μελέτες, στην Ελλάδα και σε χώρες του εξωτερικού.

Μελετώντας τη θεώρηση σχετικά με τη συσχέτιση της αυτοκτονίας των εφήβων με τη χρήση του διαδικτύου, όπως αυτή παρατίθεται στην παρούσα εργασία, είναι εύλογο να αναρωτηθεί κανείς αν τελικά οφείλεται αποκλειστικά ή σε μεγάλο βαθμό σ' αυτό. Ασφαλή και πλήρη συμπεράσματα δεν μπορούν να εξαχθούν, μπορούν όμως να προσδιοριστεί ως ένα βαθμό η γενεσιουργός αιτία του φαινομένου σε σχέση με το διαδίκτυο.

Η αυτοκτονία ως πρόθεση ή ως πράξη είναι μία από τις σοβαρότερες και πιο συναισθηματικά φορτισμένες καταστάσεις της ψυχιατρικής, τόσο για τους εφήβους όσο και για τις οικογένειες τους και τους ειδικούς. Οι δρόμοι προς την αυτοκτονία είναι πολλοί αλλά σχεδόν όλοι οι έφηβοι που την προσεγγίζουν, έχουν φθάσει σε ένα στάδιο αφόρητης συναισθηματικής

κατάστασης. Ο θυμός, η απελπισία που συναντάται σε αυτή την κατηγορία εφήβων, είναι συχνά τρομακτική. Οι έφηβοι με αυτοκαταστροφικές τάσεις προκαλούν έντονα συναισθήματα στα άτομα που βρίσκονται κοντά τους. Οι οικογένειες και οι φίλοι μπορεί να αντιδράσουν στις απειλές αυτοκτονίας με συμπάθεια, με άγχος ή με επιθετικότητα. Μπορεί να αισθάνονται ανήμποροι και ανίκανοι να βοηθήσουν. Συχνά κατηγορούν τον εαυτό τους για την όλη κρίση που ξέσπασε και αισθάνονται υπεύθυνοι για την έκβαση (Μαδιανός, 1989).

Σύμφωνα με τον Τσιάντη, η καταγραφή στοιχείων για απόπειρες και αυτοκτονίες ποικίλλει από χώρα σε χώρα κι αυτό σχετίζεται με την επάρκεια του συστήματος καταγραφής και σε κοινωνικούς λόγους, όπως όταν η αυτοκτονία είναι συνυφασμένη με έντονο κοινωνικό στίγμα (Τσιάντης, 1981).

Από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα, φάνηκε μία αύξηση της εφηβικής και νεανικής αυτοκτονίας ανάμεσα στα 15-24 έτη ηλικίας. Από το 1960 στις Η.Π.Α. άρχισε μία ταχεία αύξηση στις αυτοκτονίες στις ηλικίες 15-24 ετών, που έφτασε στην κορύφωση το 1977. Για τους έφηβους έως 15 ετών, το ποσοστό αυτοκτονίας σε εφήβους ψυχιατρικούς ασθενείς το 1986 στις Η.Π.Α. ήταν 0,9/100.000 και αν και το ποσοστό αποπειρών αυτοκτονίας αυξήθηκε τις τελευταίες δεκαετίες, η αύξηση ήταν χαμηλότερη από την αύξηση για τις ηλικίες 15 έως 24 ετών (Pfeffer, 1991). Οι αυτοκτονίες στις ΗΠΑ στις 15-24 χρόνων από 4/100.000 το 1950 αυξήθηκαν σε 13/100.000 το 1990 (Woods et al, 1997). Σε μελέτη στην Ελλάδα τα έτη 1980 - 1987 σε ηλικίες 10-19 χρόνων, ο μέσος όρος του δείκτη αυτοκτονίας ήταν 0,98/100.000 (αγοριών 1,07 κοριτσιών 0,89) και η μικρότερη ηλικία τα 13 χρόνια (Beratis, 1991).

Παγκοσμίως, η αυτοκτονία είναι υπεύθυνη για 300.000 - 450.000 θανάτους κατ' έτος. Στις Δυτικές χώρες είναι μία από τις τρεις κυρίες αιτίες θανάτου στους νέους ανθρώπους. Στην Ευρώπη, η συχνότητα είναι μεγαλύτερη στις βόρειες χώρες, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, η Ολλανδία και οι Σκανδιναβικές χώρες, ενώ αναφέρεται λιγότερο συχνά στην Ισπανία και την Ελλάδα. Πιο ειδικά στο Η. Βασίλειο, η αυτοκτονία είναι υπεύθυνη για περίπου 5.500 θανάτους το χρόνο, που αντιστοιχούν στο 1% της συνολικής θνητότητας. Τα πρόσφατα χρόνια στη Μ. Βρετανία παρατηρήθηκε μια συνολική αύξηση της συχνότητας στους άνδρες και μείωση στις γυναίκες (Δημητρίου, 1995, WHO, 2005).

Σύμφωνα με το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (Centers for Disease Control and Prevention - CDC) των Η.Π.Α., το 2004, η αυτοκτονία είναι η τρίτη κυριότερη αιτία θανάτου μεταξύ των 15 έως 24 ετών. Μεταξύ των 15 - 24 ετών, οι έφηβοι αποτελούσαν το 12,9% του συνόλου των θανάτων ενώ υπήρχε μια αυτοκτονία εφήβου για κάθε 100 με 200 προσπάθειες. Κατά τον Goldsmith, από το 2003 - 2004, το ποσοστό των αυτοκτονιών μεταξύ των 10 - 24 ετών αυξήθηκε κατά 8%, η μεγαλύτερη ενιαία ετήσια αύξηση κατά τη διάρκεια του 1990 με 2004 (Goldsmith et al, 2002).

Βάσει στοιχείων της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας (Ε.Σ.Υ.Ε.) μόνο μέσα σε ένα εξάμηνο, από το Μάιο έως τον Οκτώβριο του 2006, καταγράφηκαν σε πανελλαδικό επίπεδο 3.060 απόπειρες αυτοκτονίας, από τις οποίες οι 513 έγιναν από παιδιά και έφηβους ηλικίας 10 έως 18 ετών. Το 89,1% των παιδιών που αποπειράθηκαν ήταν κορίτσια και το 10,9% αγόρια, που στην πλειονότητά τους πήραν φάρμακα (αναλγητικά). Περίπου το 65% των εφήβων που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν ήταν ηλικίας 16-18 ετών. Επίσης, σύμφωνα με τα δημογραφικά στοιχεία της Ε.Σ.Υ.Ε., από τις απόπειρες αυτοκτονίας που συμβαίνουν ετησίως στη χώρα μας, οι περίπου 400 αποβαίνουν τελικά μοιραίες. Από τους αυτόχειρες, οι 10 είναι παιδιά και έφηβοι, ηλικίας 10-18 ετών. Για το 2007, 328 άτομα απεβίωσαν λόγω αυτοκτονίας στην Ελλάδα, πιο συγκεκριμένα από τις ηλικίες 10 έως 14 ετών πραγματοποιήθηκε μια αυτοκτονία και 9 στις ηλικίες 15-19.

Έχει παρατηρηθεί ότι η απόπειρα αυτοκτονίας αποτελεί πολύ σπάνια εκδήλωση κατά την παιδική ηλικία και κατά πολύ από την παιδική ηλικία στην εφηβεία και ότι οι αυτοκτονίες αποτελούν (με θνησιμότητα 12%) τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα τροχαία ατυχήματα. Οι απόπειρες αυτοκτονίας διπλασιάζονται στην εφηβεία (18% στο γενικό πληθυσμό, 35% στους εφήβους). Οι στατιστικές δείχνουν τη μικρότερη συχνότητα στις ηλικίες κάτω του 15ου έτους, ενώ παρατηρείται απότομη αύξηση κατά την εφηβεία. Ενώ, ως προς το φύλο, στις απόπειρες υπερτερούν τα κορίτσια και στις «επιτυχείς» αυτοκτονίες τα αγόρια με αναλογία 6 προς 1 στις περιπτώσεις εφηβικής κρίσης και σε 12 κορίτσια προς 1 αγόρι στις περιπτώσεις υστερίας. Σημαντικό είναι, επίσης, το γεγονός ότι σε μεγάλο ποσοστό (30-50%) ακολουθεί επανάληψη της απόπειρας σε διάστημα μικρότερο των 6 μηνών (Ιεροδιάκονος και συν., 1991, Σολδάτος και συν., 2006).

Αρχικά λοιπόν, όσον αφορά στη συγκεκριμένη μελέτη, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η αυτοκτονία μπορεί να συνδεθεί με διάφορα γεγονότα ή καταστάσεις που βιώνει ένα άτομο κατά τη διάρκεια της ζωής του, με την εφηβεία να αποτελεί ένα ιδιαίτερο στάδιο. Οι αντίξοες ψυχοκοινωνικές καταστάσεις σχετίζονται με την απόπειρα αυτοκτονίας σε εφήβους (Gould et al, 1996, King et al, 2001). Ο συσχετισμός της εφηβείας με την αυτοκτονία βρίσκει βάση εφόσον συντρέχουν κάποιοι βασικοί παράγοντες όπως η αδυναμία ενδοοικογενειακής επικοινωνίας, τα διαπροσωπικά προβλήματα σχέσεων και πιθανή αστάθεια του οικογενειακού περιβάλλοντος. Ωστόσο, τον πρωτεύοντα ρόλο σύνδεσης, με βάση την παρούσα εργασία, λαμβάνει το οικογενειακό περιβάλλον.

Ο ρόλος του οικογενειακού πλαισίου στην αυτοκτονία συναντάται και σε άλλες, προηγούμενες μελέτες. Η δυσλειτουργία της οικογένειας, οι ενδοοικογενειακές συγκρούσεις, οι χωρισμοί, η απουσία του πατέρα και ο αλκοολισμός των μελών της οικογένειας αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες της αυτοκτονικής συμπεριφοράς των εφήβων (Σολδάτος και συν.,

2006). Ειδικότερα, η χαμηλή συναισθηματική στήριξη και τα αρνητικά γεγονότα ζωής έχουν συνδεθεί με αυτοκτονική συμπεριφορά (Brent et al, 1994). Οι έφηβοι που δεν παίρνουν από την οικογένειά τους τη συνοχή και τη συναισθηματική υποστήριξη ή που λαμβάνουν συγκρούσεις ή δυσλειτουργία, είναι περισσότερο επιρρεπείς προς μία αυτοκτονική συμπεριφορά (McKeown et al, 1998).

Σε έφηβους θύματα αυτοκτονίας, βρέθηκε πως όσον αφορά στο οικογενειακό περιβάλλον, υπήρχε ένα χαμηλό επίπεδο επικοινωνίας ανάμεσα σε γονείς και παιδιά (Shaffer, 1999). Η Pfeffer (1991) μιλά για τα δυναμικά σε οικογένειες εφήβων, όπου ο έφηβος αυτοκατηγορείται για οικογενειακά προβλήματα και πιστεύει πως πρέπει να πεθάνει για να ελευθερωθεί η οικογένεια από τα προβλήματά της. Σε μελέτη του Brent (1994) αναφορικά με την επίδραση των οικογενειακών παραγόντων στην εκδήλωση αυτοκτονικών συμπεριφορών από τον έφηβο, διαπίστωσε ότι οι ασταθείς οικογενειακές σχέσεις, οι ενδοοικογενειακές συγκρούσεις και γενικότερα ένα δυσλειτουργικό οικογενειακό πλαίσιο, αποτελούν από τις πρώτες αιτίες εκδήλωσης του φαινομένου (Brent et al, 1994).

Στις σκανδιναβικές χώρες ιδιαίτερα, οι αυτοκτονίες εφήβων σημείωσαν μεγάλη αύξηση με αιτιολογικούς παράγοντες το οικογενειακό περιβάλλον και την ανατροφή των παιδιών με αυστηρότερους όρους. Υπάρχει γενικά άποψη ότι οι αντιξοότητες στην εφηβική ηλικία και η οικογενειακή αστάθεια ως προς το ζήτημα διαχείρισης της σχέσης με το διαδίκτυο μπορούν να συντείνουν τις συνθήκες εκδήλωσης του φαινομένου. Ευρήματα για την παιδική κακοποίηση και παραμέληση, κακή ανατροφή των εφήβων συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονικής συμπεριφοράς (Christoffersen, 2009).

Η συγκεκριμένη εργασία καταδεικνύει επίσης τις σημαντικές επιδράσεις που ασκούν και οι ορμονολογικές μεταβολές, οι οποίες συντελούνται κατά τη διάρκεια της εφηβικής ηλικίας. Σε συνδυασμό με τη λανθάνουσα άποψη γύρω από το θάνατο και τον παρορμητισμό της ηλικίας, μπορούν να επιτείνουν την εκδήλωση του φαινομένου. Τα συναισθήματα κατά τη διάρκεια της εφηβικής ηλικίας είναι αναμφίβολα εντονότερα λόγω των αλλαγών που συντελούνται σε ορμονικό επίπεδο. Οι ορμονικές αλλαγές επιδρούν και στην ερωτική ζωή του εφήβου αφού αποκτώνται όλο και περισσότερες επαφές με το αντίθετο φύλο. Μια πιθανή ερωτική απογοήτευση ή η απόρριψη από φίλους μπορεί να εντείνουν το πρόβλημα.

Ως προς τους παράγοντες κινδύνου αυτοκτονίας εστιάζουν στην απομόνωση, σε ψυχικές ασθένειες, σε προβλήματα οικονομικής φύσης, σε προηγούμενες απόπειρες κλπ. Ωστόσο, κατά το κρίσιμο διάστημα της εφηβείας τα αναγνωριστικά στοιχεία εμφανίζουν μεγαλύτερο εύρος. Σημαντικό ρόλο φάνηκε να κατέχει και η απόρριψη που μπορεί να βιώσει ο έφηβος από το φιλικό περιβάλλον ενώ προδιαθεσικοί παράγοντες εκδήλωσης αυτοκτονικών φαινομένων αποδίδονται και στη χρήση του διαδικτύου από τον έφηβο.

Από τον Π.Ο.Υ. η αυτοκτονία αναφέρεται ως η 2^η ή 3^η αιτία θανάτου για τις ηλικίες 14-18 χρόνων (Παπαδημητρίου, 1995, Hallfors et al, 2004). Επίσης, σε έρευνα του Παπαδημητρίου (1995) διαπιστώθηκε ότι οι έφηβοι όλων των ηλικιών κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας, στην πλειοψηφία τους κορίτσια που δε χρησιμοποιούν βίαιες μεθόδους, αλλά φάρμακα. Στο 1/3 των περιπτώσεων εντοπίστηκαν συμπτώματα ψυχοπαθολογίας, αλλά σε λιγότερες από το 1/7 τα συμπτώματα ήταν τόσα και τέτοια που να τεκμηριώνουν ψυχιατρική διάγνωση.

Τόσο οι αντιξοότητες στην παιδική και εφηβική ηλικία (γονικός διαχωρισμός, κακή γονική σχέση, βίαιη γονική συμπεριφορά, προβλήματα με το αλκοόλ, φυλάκιση, σωματική και σεξουαλική κακοποίηση, όσο και ψυχιατρικές νοσηρότητες συμβάλλουν σημαντικά στον κίνδυνο σοβαρών αποπειρών αυτοκτονίας (Ferguson et al, 2001). Οι αυτοκτονικές συμπεριφορές σε εφήβους αποκάλυψαν δυσμενείς κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες, ανατροφή των παιδιών με μειονέκτημα κατά την παιδική ηλικία, έκθεση στο στρες και αντιξοότητες αλλά και ψυχιατρική νοσηρότητα (Beautrais, 2003).

Ο Ryan, με τα δεδομένα που συγκέντρωσε και επεξεργάστηκε για το διάστημα 1990–2005 αναφορικά με την αυτοκτονία των εφήβων, οι τάσεις είναι αυξητικές με κύριο αίτιο τις διαπροσωπικές σχέσεις. Σημαντική επίδραση ασκούν επίσης και οι ψυχολογικές μεταπτώσεις, η εκδήλωση κατάθλιψης και το παρελθόν προηγούμενης προσπάθειας αυτοκτονίας (Ryan, 2007).

Η Bursztein et al, συμπέρανε ότι η εφηβική αυτοκτονία παραμένει ένα σημαντικό κλινικό πρόβλημα και μια σημαντική αιτία θανάτου στους νέους. Επίσης, η μη θανατηφόρα αυτοκτονική συμπεριφορά συνδέεται με υψηλή νοσηρότητα και πόνο για τον έφηβο, σωματικό και ψυχικό. Κατά την Bursztein et al, θα πρέπει να αναζητώνται οι βιολογικοί και γενετικοί παράγοντες εκδήλωσης του φαινομένου και η αλληλεπίδραση εξωγενών παραγόντων όπως του σχολείου, του φιλικού περιβάλλοντος κλπ. (Bursztein et al, 2008).

Μελέτη του Christoffersen το 2009, διερεύνησε τους παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με την εμφάνιση αυτοκτονικής συμπεριφοράς σε νέους ηλικίας 15 έως 24, στους οποίους περιλαμβάνονται και έφηβοι. Η μελέτη εξέτασε παράγοντες όπως η οικογένεια, ο γεωγραφικός προσδιορισμός ή μεμονωμένων ελλειμμάτων που θα μπορούσαν να αυξήσουν την πιθανότητα αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Τα στοιχεία που μελετήθηκαν αφορούσαν δεδομένα μιας δεκαετίας (Christoffersen, 2009).

Βάσει των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης, η σκιαγράφηση της προσωπικότητας ενός αυτοκτονικού εφήβου περιλαμβάνει χαρακτηριστικά όπως κοινωνική απομόνωση, εχθρική στάση έναντι των συνομηλίκων και της οικογένειας, τάσεις εσωστρέφειας, εκδήλωση κατάθλιψης και γενικότερη συναισθηματική αστάθεια.

Ο έφηβος δεν είναι μια μικρογραφία ενός ενήλικα. Ο ψυχισμός του είναι εξαιρετικά ευάλωτος και ευαίσθητος σε εξωτερικές επιδράσεις. Η οικογένεια, το κοινωνικό και πολιτιστικό περιβάλλον συμβάλλουν στη διαμόρφωση της τελικής ταυτότητας του ώριμου ενήλικα. Η ικανοποιητική ανταπόκριση του περιβάλλοντος, ιδιαίτερα του οικογενειακού, στις πολύπλευρες ανάγκες του εφήβου είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την ομαλή και φυσιολογική ψυχοκοινωνική του ανάπτυξη.

Ο έφηβος με τάσεις προς αυτοκτονία προσπαθεί κατ' ουσία να αποφύγει μιαν αφόρητη γι' αυτόν κατάσταση και αντιδρά προς τη ματαιώση των συναισθηματικών τους αναγκών με εκδικητικές απόπειρες αυτοκτονίας. Η αρνητική εικόνα του εαυτού, η απελπισία, η απουσία ποιοτικών σχέσεων με τους άλλους, οι δυσοίωνες προσδοκίες για το μέλλον και τα προβλήματα στις πρωτογενείς ομάδες κοινωνικοποίησης στις οποίες ανήκει είναι δυνατόν να τον οδηγήσουν σε απόπειρα αυτοκτονίας.

Σε επίπεδο σύνδεσης της εφηβικής αυτοκτονίας με το διαδίκτυο που προκύπτει είτε από την αλόγιστη είτε από τη μη ορθή χρήση του, παρουσιάζεται μια σχετική σύνδεση, η οποία οφείλεται κυρίως στους ιστότοπους κοινωνικής δικτύωσης. Βάσει προηγούμενης έρευνας, οι έφηβοι που περνούν πολλές ώρες στο διαδίκτυο έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν αυτοκτονική συμπεριφορά, εφόσον ωστόσο συντρέχουν συνδυαστικά και άλλοι παράγοντες όπως αστάθεια οικογενειακού περιβάλλοντος, ψυχικές διαταραχές κλπ. Η παρατεταμένη χρήση του διαδικτύου από τους εφήβους συνδέεται με την αυτοκτονία αφού η υπερβολική χρήση του διαδικτύου για τους εφήβους, επιδρά επίσης στη μείωση του χρόνου που περνούν οι έφηβοι με την οικογένειά τους, περιορίζουν τις αγαπημένες τους συνήθειες και τις κοινωνικές τους συναναστροφές, παραμελούν το διάβασμα, τις σχολικές τους υποχρεώσεις και μειώνεται η συνολική διάρκεια του ύπνου κυρίως λόγω των μεταμεσονύκτιων συνδέσεων με το διαδίκτυο (Benjamin et al, 2007).

Ωστόσο, η απόλυτη σύνδεση της αυτοκτονίας με το διαδίκτυο δεν μπορεί να αξιολογηθεί καθώς υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που επιδρούν ταυτόχρονα. Βάσει των στοιχείων της παρούσας εργασίας, η ευρεία και η αλόγιστη χρήση του διαδικτύου, ως ένας αιτιολογικός παράγοντας που μπορεί να οδηγήσει σε αυτοκτονία, έχει από μόνος του μία αυξημένη βαρύτητα. Στο συγκεκριμένο ζήτημα, αξιολογήθηκε και το ποσοστό σύνδεσης των αυτοκτονικών που οφείλονται στη χρήση του διαδικτύου. Από τα αποτελέσματα που προέκυψαν, υπάρχει πιθανή έως άμεση συσχέτιση των ποσοστών αύξησης των αυτοκτονιών από τη βαθμιαία και ποσοστιαία αύξηση της χρήσης του διαδικτύου από τους εφήβους.

Σε επίπεδο συνεπειών της αλόγιστης και ανεξέλεγκτης χρήσης του διαδικτύου στην εφηβεία, ο βασικότερος ίσως κίνδυνος είναι ότι οι έφηβοι έχουν πρόσβαση σε υλικό ακατάλληλο, επιβλαβές και ανεπιθύμητο για την ηλικία τους. Σε ψυχολογικό και σε επίπεδο σχέσεων, πρώτη

επίπτωση είναι η κοινωνική απομόνωση τόσο στο φιλικό όσο και στο σχολικό περιβάλλον και η εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς.

Οι Christiansen και Jensen, από αξιολόγηση δεδομένων αυτοκτονίας εφήβων που συγκέντρωσαν το χρονικό διάστημα 1989 – 2001, υπολογίζεται ότι μεταξύ των 15-24 ετών σε εκπαιδευτικό πλαίσιο, περίπου το 75 - 90% του συνόλου των αποπειρών αυτοκτονίας δεν είχε εγγραφεί στο σύστημα της υγειονομικής περίθαλψης συμβάλλοντας μ' αυτόν τον τρόπο σε ένα ακόμη προσθετικό στοιχείο της πολιτειακής ανεπάρκειας (Christiansen et al, 2004).

Στην παρούσα εργασία, βάσει των ερευνητικών δεδομένων που προέκυψαν, καταγράφηκαν και αξιολογήθηκαν, τα μέτρα που λαμβάνονται και αφορούν στην πρόληψη και αντιμετώπιση του φαινομένου της αυτοκτονίας είναι ανεπαρκή, καθώς δεν έχουν καθοριστεί τα επαρκή πλαίσια προστασίας ενώ υπάρχει ουσιαστικά απουσία πληροφόρησης και ενημέρωσης τόσο των οικογενειών όσο και των ίδιων των εφήβων.

Ως καταλληλότερα μέτρα προτάθηκαν από τους συνεντευξιαζόμενους η συνεργασία μεταξύ των επιστημονικών φορέων, οι κατάλληλες παραπομπές κλινικών περιστατικών και ένα οργανωμένο σχέδιο παρέμβασης - πρόληψης κατά των αποπειρών αυτοκτονίας μέσω εκπαίδευσης και ενημέρωσης των ειδικών ψυχικής υγείας σε περισσότερους δημόσιους ή μη φορείς. Για την επίτευξη όλων των παραπάνω δεδομένων, ο βασικότερος ρόλος ανήκει στο οικογενειακό περιβάλλον ο οποίο σε άμεση επικοινωνία με φορείς και επαγγελματίες μπορεί να αποτελέσει το θεμέλιο λίθο αποφυγής αυτοκτονικών φαινομένων.

Η παρούσα έρευνα επεδίωξε να αναδείξει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τα αίτια της αυτοκτονίας στην εφηβεία καθώς και να εντοπίσει αν και κατά πόσο διαδραματίζει κάποιο ρόλο το διαδίκτυο στο φαινόμενο αυτό. Ωστόσο υπάρχουν δυνατότητες περαιτέρω διερεύνησης του θέματος από έρευνες που δύναται να πραγματοποιηθούν μελλοντικά. Ολοκληρώνοντας, και σύμφωνα με τα όσα αναδείχθηκαν ερευνητικά, αξίζει να σημειωθεί ότι από μόνη της η προσπάθεια περιορισμού του φαινομένου της αυτοκτονίας δε θα έχει τα αποτελέσματα που οι ερευνητές επιδιώκουν, αν δε συνδυαστεί και δεν υπάρξει συνέργεια μεταξύ οικογένειας, εφήβου, επαγγελματιών υγείας και φορέων της πολιτείας.

Ως προς την αντιμετώπιση του φαινομένου, θα μπορούσαν να θεσπιστούν τόσο νομοθετικές ρυθμίσεις που θα προστατεύουν τους εφήβους όσο και πλαίσια υποστηρικτικών δομών. Η επάρκεια του νομοθετικού πλαισίου αναμφίβολα δεν επαρκεί για την προστασία των εμπλεκόμενων με το φαινόμενο. Η αναγκαιότητα δημιουργίας εξειδικευμένων προγραμμάτων, νέων υποστηρικτικών δομών και προγραμμάτων ενημέρωσης και εκπαίδευσης είναι αδιαμφισβήτητη. Ωστόσο, τόσο η επιτυχία των προγραμμάτων όσο και η λειτουργία των υποστηρικτικών φορέων απαιτεί συνεργασία οικογένειας, πολιτείας αλλά και επαγγελματιών υγείας.

Από την πλευρά της οικογένειας, θα πρέπει να επισημανθεί η αναγκαιότητα ενημέρωσης και εκπαίδευσης για αναγνώριση σε πρώτο βαθμό του φαινομένου που θα οδηγήσει σε λήψη επιπλέον υποστηρικτικής βοήθειας. Η πολιτεία από το μέρος της, εκτός της πληροφόρησης και της ενημέρωσης που πρέπει να παρέχει αξιοποιώντας όλα τα διαθέσιμα μέσα επικοινωνίας (ραδιόφωνο, τηλεόραση, διαδίκτυο κλπ.) προς τις οικογένειες και τα μέλη της, θα πρέπει να φροντίζει και για την εκπαίδευση και ενημέρωση των εμπλεκόμενων επαγγελματιών υγείας (ψυχολόγων, ψυχιάτρων, κοινωνικών λειτουργών κλπ.)

Συμπερασματικά, η απόπειρα αυτοκτονίας αποτελεί φαινόμενο που οφείλεται σε προσωπικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες επηρεαζόμενους και από το διαδίκτυο. Κάτω από την πίεση άλυτων ενδοψυχικών συγκρούσεων, ο έφηβος έχει να αντιμετωπίσει μια σκληρή κοινωνική πραγματικότητα, όπως αυτή διαμορφώνεται από την ανυπαρξία συγκεκριμένων ιδανικών, την κατάρρευση των κοινωνικών δομών και την έλλειψη ηθικών αξιών που αναζητά στο διαδίκτυο.

Το φαινόμενο της αυτοκτονίας αντικατοπτρίζει συχνά το βαθμό απόγνωσης των νέων ανθρώπων και τη δυσκολία τους στην αντιμετώπιση των ψυχοπιεστικών γεγονότων της ζωής. Επομένως, η απόπειρα αυτοκτονίας θα πρέπει να αποτελεί μείζον θέμα για την κοινωνία αλλά και του κοινωνικού κράτους. Το φαινόμενο ενδέχεται να μειωθεί εφόσον το κοινωνικό περιβάλλον και η οικογένεια θα ανταποκρίνονται αποτελεσματικότερα στις ανάγκες των εφήβων.

Όπως προαναφέρθηκε, κατά το παρελθόν έχουν πραγματοποιηθεί σειρά πειραματικών μελετών για την εκδήλωση του φαινομένου. Πλέον είναι γνωστό ότι οι έφηβοι που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν έχουν υψηλό κίνδυνο μελλοντικά θανατηφόρου ή μη θανατηφόρου αυτοκτονικής συμπεριφοράς.

Κατά τον Apter (2002), η προηγούμενη προσπάθεια αυτοκτονίας από εφήβους, και ιδιαίτερα του γυναικείου φύλου, αποτελεί σημαντικό παράγοντα επανεκδήλωσης του φαινομένου που μπορεί να αγγίξει το 41% μεταξύ των ηλικιών 10–17 ετών. Ο Beratis (1991) διαπίστωσε ότι η απόπειρα αυτοκτονίας συνιστά σημαντικό πρόβλημα μεταξύ των εφήβων. Επίσης, συμπεράνε ότι είναι δύσκολο αλλά απαραίτητο να σχεδιαστούν μέτρα πρόληψης ενώ υπάρχει και ανάγκη για σωστότερη καταγραφή των αποπειρών αυτοκτονίας και των σχετιζόμενων συνθηκών που τις προκάλεσαν, καλύτερη ψυχική φροντίδα των αποπειραθέντων, διενέργεια πειραματικών μελετών για την πρόληψη των υποτροπών αλλά και συνεχή εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και της οικογένειας. Αφού λοιπόν πλέον είναι γνωστό ότι οι έφηβοι που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν έχουν υψηλό κίνδυνο μελλοντικά θανατηφόρου ή μη θανατηφόρου αυτοκτονικής συμπεριφοράς, θα πρέπει να αναπτυχθούν νέοι και περισσότεροι τρόποι προκειμένου να βοηθηθούν.

Προς την κατεύθυνση αυτή, μπορούν να θεωρηθούν οι δράσεις πρόληψης, ενημέρωσης και έγκαιρης παρέμβασης σε σχολεία που μέσω εξειδικευμένων προγραμμάτων και με τη βοήθεια ερωτηματολογίων ελέγχου, είναι δυνατό να αναγνωρίζονται οι έφηβοι με αυξημένο κίνδυνο αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Ακόμη μια καινοτόμα και ουσιαστική εξέλιξη αποτελούν οι υπηρεσίες ψυχολογικής υποστήριξης και οι τηλεφωνικές γραμμές βοήθειας εφήβων με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας, οι οποίες θα στελεχώνονται από εξειδικευμένους επαγγελματίες που θα παρέχουν, άμεσα και εμπιστευτικά, υπηρεσίες συμβουλευτικής και παρέμβασης στην κρίση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Βλάχος, Π., Καλαμαρά, Δ., Παπαθωμόπουλος, Ε., Πούλος, Λ., Παπαδάτος, Κ., (1986), Απόπειρες αυτοκτονίας σε παιδιά και εφήβους, Παιδιατρική, Αθήνα, 49, 316-324.
- Δημητρίου, Ε., (1995), Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά στην Ελλάδα: δημογραφικά και κλινικά ευρήματα, Ψυχιατρική, Αθήνα, 6, 260-269.
- Δημητρίου, Ε., (1995), Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά στην Ελλάδα: δημογραφικά και κλινικά ευρήματα, Ψυχιατρική, Αθήνα, 6, 260-269.
- Δημητρόπουλος, Ε., (2004), Εισαγωγή στη μεθοδολογία της επιστημονικής έρευνας, 3^η Έκδοση, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα.
- Δρίτσας Σ., Μάστορα, Μ., Τσάτσα, Α., Δίκογλου, Χ., Φωτιάδου, Α., Κεχαγιόγλου, Κ., (1993), Απόπειρες αυτοκτονίας με φάρμακα. Ορισμένα στοιχεία από την περιοχή της πρωτεύουσας, Ιατρική, Αθήνα, 63, 474-9.
- Ιεροδιάκονος, Χ., Φωτιάδης, Χ., Δημητρίου, Ε., (1991), Ψυχιατρική, Εκδόσεις Μαστορίδης. Θεσσαλονίκη, 205-249.
- Κλίμακα. 2008. Οδηγός για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας Παιδιών και Εφήβων.
- Μαδιανός, Μ., (1989), Κοινωνία και ψυχική υγεία, Εκδόσεις Καστανιώτης, Αθήνα, 119, 127-128.
- Παπαδημητρίου, Γ., (1995), Κληρονομικότητα και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, Ψυχιατρική, Αθήνα, 6, 242-250.
- Σολδάτος, Κ., Λύκουρας, Λ., (2006), Σύγγραμμα ψυχιατρικής, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 564-565, 572-573.
- Σταθακόπουλος, Β., (2005), Μέθοδοι έρευνας αγοράς, Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα.

- Τηλικίδου, Ε., (2004), Η έρευνα του μάρκετινγκ: θεωρητικές προσεγγίσεις και εφαρμογές, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Τομαράς, Π., (2000), Εισαγωγή στο marketing και την έρευνα αγοράς, Έκδοση συγγραφέα, Αθήνα.
- Τσιάντης, Ι., Γιαννοπούλου – Καβουρίδη, Σ., Ξυπολυτά - Τσαντίλη Δ., (1981), Απόπειρες αυτοκτονίας σε παιδιά και εφήβους, Παιδιατρική, Αθήνα, 44, 99-110.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- Apter, A, (2002), I Adolescent suicide and attempted suicide, MAJ: 4:283-287.
- American Psychiatric Association Report. 2010. California: Los Angeles.
- Beatson, S. 2000. “Suicide and the Internet”, Psychiatric Bull, Vol. 34, pp. 420-34.
- Borgen, W.A., N.E. Amudson, E., Trench 2005. “Personality and Intelligence in Career Education and Vocational Guidance Counseling”, in D.H. Saklofske and M. Zeidner (eds), *International Handbook of Personality and Intelligence*. New York: Plenum, pp. 23-48.
- Beautrais, A., (2003), Life course factors associated with suicidal behaviors in young people, American Behavioral Scientist 46, 20.
- Beautrais, A., Joyce, P., Mulder, R., (1996), Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 35, 1174-1182.
- Benjamin, N., Shain, M., (2007), Suicide and suicide attempts in adolescents. Pediatrics, Volume 120, Number 3, 669-676.
- Beratis, S., (1986), Suicide in south -western Greece 1979 – 1984, Acta Psychiatr Scand, 0 74(5): 433-439.

- Beratis, S., (1991), Suicide among adolescents in Greece, *Br J Psychiatry*, 159: 515-519.
- Beratis, S., (1991), Suicide among adolescents in Greece, *Br J Psychiatry*, 159: 515-519.
- Bordens, K., Abbott, B., (1986), *Research design and methods: a process approach*, Mountain View, Calif, Mayfield Pub. Co.
- Brent, D., Perper, J., Goldstein, C., Kolko, D., Allan, M., Allman, C., Zelenak, J., (1988), Risk factors for adolescent suicide. A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients, *Arch Gen Psychiatry*, 45(6): 581-8
- Brent, D., Perper, J., Moritz, G., Liotus, L., Schweers, J., Balach, L., Roth, C., (1994), Familial risk factors for adolescent suicide: a case - control study, *Acta sychiatr Scand*, 89(1): 52-58.
- Brink, P., Wood, M., (1998), *Advanced design in nursing research*. 2nd ed. London, Sage Publ.
- Burszteina, C., Aptera, A., (2008), Adolescent suicide. *Current Opinion in Psychiatry*, 22:1–6.
- Bursztein, C. and A. Apter. 2008. “Adolescent Suicide”, *Current Opinion in Psychiatry*, Vol. 2, pp. 1-6.
- Burke, L. 2003. “The impact of maternal depression on familial relationships”, *International review of Psychiatry*, Vol. 15, pp. 243-55).
- Cash, S. and J. Bridge. 2009. “Epidemiology of youth suicide and suicide behavior”, *Current Opinion in Pediatrics*, Vo. 21, pp. 613-19.
- Cheung, A. 2010. “Adolescent depression and suicide”. Revisited Report of the University of Toronto, Department of Psychiatry. Toronto: UoT.
- Coleman, J. and D. Roker. 1998. “Adolescence: A Review”, *the Psychologist*, pp. 593-5, December.

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2007), Suicide trends among youths and young adults aged 10–24 years - United States, 1990–2004, *Morbidity and Mortality*
- Christiansen, E., Jensen, B., (2004), Register for suicide attempts, *Danish Medical Bulletin* Vol. 51 No. 4:415-417.
- Christoffersen, M., (2009), Attempted suicide and completed suicide among young people: Risk and protective factors in a prospective register based study, *The Danish National Centre For Social Research*, Oslo:1-37
- Collins, W. 1990. “Parent-child relationship in the transition to adolescence: Continuity and change in interaction, affect, and cognition”, in R. Montemayor and G. Adams (eds), *Advances in adolescent development: Volume 2. The transition from childhood to adolescence*. Beverly Hills, CA: Sage, pp. 10-31.
- D’Augelli, A. 2002. “Mental health problems amongst lesbian, gay, and bisexual youths ages 14 to 21”, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 7, pp. 439-62.
- Dahl, R. 2004. “Adolescent brain development: A period of vulnerabilities and capabilities”, *New York Academic Science*, Vol. 1021, pp. 1-22.
- Debellis, M. 2001. “Developmental traumatology: The psychobiological development of maltreated children”, *Development and Psychopathology*, Vol. 18, pp. 539-64.
- De Man, A., C. Leduc, and L. Labrèche-Gauthier. 1992. “Correlates of suicide ideation in French-Canadian adults and adolescents: A comparison”. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 48, 811-816.
- Fergusson, D., Horwood, J., Woodward, L., (2001), Unemployment and psychosocial adjustment in young adults: causation or selection?, *Soc Sci Med* 53, 305-320.
- Douvan, E. and J. Adelson. 1966. *The adolescent experience*. New York: Wiley.
- Eisenberg, L. “Adolescent suicide: on taking arms against a sea of troubles”, *Pediatr*, Vol. 66, pp. 315-320.

- Erikson, E.H. 1968. *Identity youth and crisis*. New York: W.W. Norton.
- Fleischmann, A., JM. Bertolote, M. Belfer. 2005. “Completed suicide and psychiatric diagnoses in young people: A critical examination of the evidence”, *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 75, pp. 676-83.
- Gaynes, B., S. West, C. Ford, P. Frame, J. Klein, and K. Lohr. 2004. “Screening for suicide risk in adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force”, *Annals of International Medicine*, Vol. 140, pp. 822-835.
- Garrison, C., McKeown, R., Valois, R., Vincent, M, (1993), Aggression, substance use, and suicidal behaviors in high school students, *Am J Public Health*, 83(2):179-84.
- Goldsmith, S., Pellmar, K., Kleinman, A., Bunney, W., (2002), *Reducing suicide: A national imperative*, The National Academies Press, Washington, DC.
- Gutenschwager, G., Gutenschwager, M., (2001), *Κοινωνική επιστήμη και σχεδιασμός», Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Βόλος.*
- Goldsmith, S., T. Pellmar, A. Kleinman, and W. Bunney. 2006. *Reducing Suicide: A National Imperative*. Washington, DC: National Academies Press.
- Gruber, J. 2001. *Risky behavior among youths*. Chicago: the University of Chicago Press.
- Hacker, K., F. Suglia, L. Fried, N. Rappaport, and H. Cabral. 2006. “Developmental differences in risk factors for suicide attempts between ninth and eleventh graders”. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Vol. 36, 154-166.
- Havigurst, R.J. 1952. *Developmental Tasks and Education*. New York: David McKay.
- Hawton, K. 2002. “Influence of the media on suicide”, *British Medical Journal*, Vol. 14, No. 325, pp. 1369-1378.
- Hogue, A. And L. Steinberg. 1995. “Homophily of internalized distress in adolescent peer groups”, *Developmental Psychology*, Vo. 31, pp. 897-306.

- Holder, D. 2008. “A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy”. *ArchGenPsychiatry*, Vol. 54, pp. 768-82.
- Humphry, D. 1997. . Dell Publishing.
- Johnston, L., R. MacDonald, P. Mason, L. Ridley, C. Webster. 2000. “Getting By: Young people, transitions, and social inclusion. Implications for the connexion service”. Paper presented at DfEE Conference Research to Inform the Development of the Connexions Service, Forte Poshouse, Bloomsbury, London, 14th June, pp. 1-16.
- Jones, N.,C. Pieper, and L. Robertson. 2009. “The effect of legal drinking age on fatal injuries of adolescents and young adults”, *Am J Public Health*, Vol. 82, 112-5).
- Jordan, J. 2001. “Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature”. *Suicide and Life Threatening Behavior*, Vol. 31, No. 1, pp. 91-102.
- Joung, I.M., K. Stronks, H. Van de Mheen, and J. Mackenbach. 1995. “Health behaviours explain part of the differences in self reported health associated with partner/marital status in The Netherlands”. *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 49, pp. 482-8.
- Kandel, D. and G. Lesser. 1972. *Youth in two worlds*. San Francisco: Jossey-Bass, pp. 17-30.
- Kneisl C., Riley EA. Suicide and self-destructive behavior. In: Wilson HS, Kneisl CR (eds) *Psychiatric nursing*. Redwood City, New York, 1992
- Katsumata Y, T. Matsumoto, M. Kitani, and T. Takeshima.2008. “Electronic media use and suicidal ideation in Japanese adolescents. *Psychiatry Clinical Neuroscience*, Vol. 62, pp. 744–746.
- Kokanovic, R., A. Petersen, and S. Klimidis. 2006. “Nobody can help me... I am living through it alone: Experiences of caring for people diagnosed with mental illness in ethno-cultural and linguistic minority communities”, *Journal of Immigrant and Minority Health*, Vol. 8, No. 2, pp. 125-35.
- Kposowa, A.J. 2000. “Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study”. *Journal of Epidemiology and Community Healthy*, Vol. 54, pp. 254-61.

- Kushner, H. and C. Sterk. 2005. "The limits of social capital: Durkheim, suicide, and social cohesion", *American Journal of Public Health*, Vol. 95, pp. 1139-1143.
- Leenaars, A. 1999. *Lives and Deaths: Selections from the works of Edwin S. Shneidman*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Lai, K., Wong, C., (1992), Adolescent suicide attempts - a review, Child and Adolescent Psychiatric Unit, Department of Psychiatry, The Chinese University of Hong Kong, Prince of Wales Hospital, Sha Tin, J Hong Kong Med Assoc Vol. 44, No. 3, 139-145.
- Lyotard, J., Πάλλη, Ι., Χατζηδήμου, Κ., (1985), *La phenomenology*, Εκδόσεις Χατζηνικολή, Αθήνα.
- Levinson, D. 1978. *The seasons of a man's life*. New York: Ballantine.
- Locke, T. F., and M.D. Newcomb. 2005. "Psychosocial predictors and correlates of suicidality in teenage Latino males". *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, Vol. 27, 319-336.
- Magliano, L., A. Fiorillo, C. Malangone, C. De Rosa, M. Maj, and the National Mental Health Project Working Group. 2006. "Social network in long-term diseases: A comparative study in relatives of persons with schizophrenia and physical illnesses versus a sample from the general population", *Social Science & Medicine*, Vol. 62, pp. 1392–1402.
- Magliano, L., C. Marasco, A. Fiorillo, C. Malangone, M. Guarneri, M. Maj, and the Working Group of the Italian National Study on Families of Persons with Schizophrenia. 2002. "The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Vol. 106, pp. 291–298.
- Maine, S. and G. Martin. 2001. "Educating parents about youth suicide: Knowledge, response to suicidal statements, attitudes, and intention to help". *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Vol. 31, No. 3, pp. 320-32.

- Mann, J., A. Apter, and J. Bertolote. 2005. "Suicide prevention strategies: A systematic review", *JAMA*, Vol. 294, No. 16, pp. 2064-74.
- Morse, M., Field, P., (1996), *Nursing research: The application of qualitative approach*, Chapman & Hall, London,
- Maris, R., A. Berman, M. Silverman. 2000. *Comprehensive textbooks of suicidology*. New York: The Guildford Press.
- Masten, A., J. Hubbard, and S. Gest. 1999. "Competence in the context of adversity: pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence", *Development and Psychopathology*, Vol. 11, 143-69.
- McNeely, C., M. Shew, T. Beuhring, and R. Sierving. 2002. "Mother's Influence on adolescents' sexual debut", *Journal of Adolescent Health*, Vol. 31, No. 3, pp. 256-265.
- Miller, S. 2004. "Brief cognitive-behavioral treatment of adolescent suicide attempters and their families". *J M Aced Child Adolescent Psychiatry*, Vol. 33, pp. 307-30).
- Nock M., G. Borges, E. Bromet, C. Cha, R. Kessler and S. Lee. 2008. "Suicide and suicidal behavior", *Epidemiology Review*, Vol. 30, pp. 133–154.
- O'Connor, T., G. Allen, K. Bell, S. Hauser. 1996. "Adolescent-parent relationships and leaving home in early adulthood", *New Directions in Child Development*, Vol. 31, 39-52.
- Offer, D. 1969. *The psychological world of the teenager*. New York: Basic.
- Plourde, A. 2001. *Confronting Suicide, Seeking Counseling*. University of Main Press.
- Prinstein, M. J., J. Boergers, A. Spirito, T. Little, and W. Grapentine. 2000. "Peer functioning, family dysfunction, and psychological symptoms in a risk factor model for adolescent inpatients' suicidal ideation severity". *Journal of Clinical Child Psychology*, Vol. 29, 392-405.
- Petronis, K., Samuels, J., Moscicki, E., Anthony, J., (1990), An epidemiologic investigation of potential risk factors for suicide attempts, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 25, 193-199.

- Pfeffer, R., (1991), Attempted suicide in children and adolescents. causes and management, in: Melvin Lewis ed. *Child and Adolescent Psychiatry – A Comprehensive Textbook*. Lippincott Williams & Wilkins, Chapter 57, 664-672.
- Polit, D., Hungler, P., (1999) *Nursing research: Principles and methods*. Lippincott, Philadelphia.
- Qin, P., E. Agerbo, and P.B. Mortensen. 2003. “Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997”, *American Journal of Psychiatry*, Vol. 160, 765-72.
- Queralt, M. 1993. “Psychosocial risk factors associated with suicide in a small community sample of Latino adolescent attempters”. *Social Work in Education*, Vol. 15, 91-103.
- Rodriguez, A. 2005. “Income inequality, unemployment, and suicide: a panel data analysis of 15 European countries”. *Applied Economics*, Vol. 37, pp. 439-451.
- Roberts, K. 1997. “Prolonged Transitions to Uncertain Destinations: the implications for career guidance”, *British Journal of Guidance and Counselling*, Vol. 25, No. 3, pp. 345-60.
- Rotheram-Borus, M. and I. Fernandez. 2002. “Sexual orientation and development challenges experienced by gay and lesbian youth”, *Suicide and Life Threatening Behavior*, Vol. 25, pp. 26-34.
- Runeson, B. 1989. “Mental disorder in youth suicide”, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Vol. 79, No. 5, pp. 490-7.
- Ryan, K., (2007), *Adolescent suicide in New Jersey: Data overview and prevention activities*, Department of Children and Families, 1-24.
- Sloan, F., B. Reilly, and C. Schenzler. 2006. “Effects of prices, civil and criminal sanctions, and law enforcement on alcohol-related mortality”, *J Stud Alcohol*, Vol. 55, pp. 454-465.
- Smith, G. 1996. “The Role of Psychologists in the Treatment, Management, and Prevention

- of Chronic Mental Illness”. *The International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, Vol. 48, No. 9, pp. 966-72.
- Shneidman, E. 1985. *Definition of Suicide*. New York: Wiley.
 - Soreff, M. 1991. “The psychiatrist’s role, responses, and responsibilities when a patient commits suicide”. *The American Journal of Psychiatry*, Vol. 148, pp. 739-43.
 - Steinberg, L., S. Dornbusch, and B. Brown. 1992 . “Ethnic differences in adolescent achievement: An ecological perspective”, *American Psychologist*, Vol. 47, 723-729.
 - Strahan, T. 2000. “Differential adverse impact on teenagers who undergo induced abortion”, *Association for Interdisciplinary Research Bulletin*, Vol. 15, No. 1, pp. 19-30.
 - Super, D.E. 1963. *Career development: Essays in vocational development*. New York: David McKay.
 - Saunders, M., Thornhill, A., Lewis, P., (2006), *Research methods for business students*, 4th Edition, Prentice Hall.
 - Sean, J., Baser, R., Harold, W., Caldwell, Jackson, J., (2009), 12 - Month and lifetime prevalence of suicide attempts among black adolescents in the national survey of american life, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 48:3.
 - Strauss, A, Corbin, J., (1998), *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*, 2nd ed. Thousand Oaks, Sage Publ
 - Tonkin, R.S. 1986. “Suicide in Adolescence”, *Can Fam Psysician*, Vol. 32, pp. 2437-2442
 - Tesch, R., (1990), *Qualitative research: Analysis, types and software tools*, Falmer, New York.
 - Wadsworth, T. and C. Kubrin. 2007. “Hispanic Suicide in U.S. Metropolitan Areas: Examining the Effects of Immigration, Assimilation, Affluence, and Disadvantage”, *American Journal of Sociology*, Vol. 112, No. 6, pp. 1848-85.

- Wakefield, M. and C. Rice. 2008. “The impact of cyber-communication on today’s youth”, Report upon the American Counseling Association. Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Wall Street Journal, 2011, September. “Greek Crisis Exacts the Cruellest Toll”. Available at
- Waldron, I., M. Hughes, and T. Brooks. 1996. “Marriage protection and marriage selection-prospective evidence for reciprocal effects of marital status and health”. *Social Science and Medicine*, Vol. 43, pp. 113-23.
- Weisman, A. and J. Worden. 1972. “Risk-rescue rating in suicide assessment”, *Archives of General Psychiatry*, Vol. 26, pp. 553-60
- W.H.O., (2005), Suicide rates (per 100 000), by country, year, and gender, World Health Organisation, Geneva, 1-4.
- Woods, E., Lin, Y., Middleman, A., Beckford P., Chase, L., DuRant, R., (1997), The association of suicide attempts in adolescents, *Paediatrics*, 99(6): 791-796.
- BeStrong Organization Report, 2005.
- EU Portal Bulletin, May 2010.
- Klimaka Bulletin. 2009.
- WHO, 2011. Country Report. Washington DC

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

- Διάπλους, (2011), Διαδίκτυο και δίκαιο. Διαθέσιμο στο: [http://www.diaplous.org /library/nomothesia.php](http://www.diaplous.org/library/nomothesia.php), ημερομηνία ανάκτησης 21/03/2012, Πάτρα.
- Λουίζου, Α., (2009), Έφηβοι και προβληματική χρήση του διαδικτύου. Άρθρο διαθέσιμο στο: [http://www.specialeducation.gr/modules.php?op=modload&name=News &file=index&catid=3](http://www.specialeducation.gr/modules.php?op=modload&name=News&file=index&catid=3), ημερομηνία ανάκτησης 26/03/2012, Πάτρα.
- Στυλιάδης, Κ., (2011). Νομοθεσία σχετικά με το internet. Διαθέσιμο στο: <http://dide.flo.sch.gr/Plinet/Nomothesia-Internet/Nomothesia-Internet.html.php>, ημερομηνία Ανάκτησης 29/03/2012, Πάτρα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΟΔΗΓΟΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

1. Πως θεωρείτε ότι συνδέεται το φαινόμενο της αυτοκτονίας με την εφηβική ηλικία;
2. Ποιοι θεωρείτε ότι είναι οι παράγοντες που θα μπορούσαν να ωθήσουν έναν έφηβο σε απόπειρα αυτοκτονίας;
3. Ποιοι θα μπορούσαν να θεωρηθούν παράγοντες κινδύνου;
4. Σκιαγράφηση του αυτοκτονικού εφήβου.
5. Ποια είναι η σύνδεση της αυτοκτονίας στην εφηβεία με το διαδίκτυο;
6. Το διαδίκτυο θα μπορούσε να αποτελέσει αιτιολογικό παράγοντα για την αυτοκτονία στην εφηβεία; Με ποιους τρόπους;
7. Θεωρείται ότι υπάρχει κάποια συσχέτιση των ποσοστών στην εφηβεία με την ευρεία χρήση του διαδικτύου;
8. Οι συνέπειες της χρήσης του διαδικτύου σε σχέση με την εφηβική ηλικία. (κατάχρηση ή ενημέρωση)
9. Θεωρείται ότι είναι επαρκή τα μέτρα που λαμβάνονται στη χώρα μας σε σχέση με την πρόληψη και αντιμετώπιση του φαινομένου; (αν όχι τι άλλο μπορεί να γίνει)
10. Τι ρόλο θα μπορούσε να διαδραματίσει το υποστηρικτικό περιβάλλον στην πρόληψη της αυτοκτονίας; (οικογένεια - φίλοι - σχολείο)
11. Ποια θα μπορούσαν να είναι τα μέτρα πρόληψης – αντιμετώπισης της αυτοκτονίας στην εφηβική ηλικία. (ρόλο επαγγελματιών – εξιδανικευμένων υπηρεσιών)