

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

ΚΑΚΑΛΗ ΜΑΡΙΑ

**ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΔΡ. ΣΙΚΕΛΙΑΝΟΥ ΔΕΣΠΟΙΝΑ**

ΠΑΤΡΑ 2011

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή	2
Σκοπός μελέτης	2
Ιστορική ανασκόπηση	3
Κεφάλαιο 1. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ	5
Υποκεφάλαιο 1.1. Χαρακτηριστικά της Εφηβικής ηλικίας	
1.1.1. Χαρακτηριστικά του Βιοσωματικού τομέα ανάπτυξης	5
1.1.2. Χαρακτηριστικά του Γνωστικού τομέα ανάπτυξης	7
1.1.3. Χαρακτηριστικά του Συναισθηματικού τομέα ανάπτυξης	9
1.1.4. Χαρακτηριστικά του Ψυχοκοινωνικού τομέα ανάπτυξης	11
Υποκεφάλαιο 1.2. Η αυτοκτονία ως σύμπτωμα και ως διαταραχή	
1.2.1 Αυτοκτονία και Εφηβική Κατάθλιψη	12
1.2.2. Αυτοκτονία και Σχιζοφρένεια	16
1.2.3. Αυτοκτονία και Διαταραχές Προσωπικότητας	17
1.2.4. Αυτοκτονία και Χρήσεις Ουσιών	19
1.2.5. Αυτοκτονία και Διατροφικές διαταραχές	21
Υποκεφάλαιο 1.3. Αιτιολογικοί παράγοντες της Αυτοκτονίας στην Εφηβική Ηλικία-Παράγοντες Κινδύνου	
1.3.1. Βιολογικοί παράγοντες-Γενετική υπόθεση	22
1.3.2. Ατομικοί παράγοντες	24
1.3.3. Η κρίση της εφηβείας	27
1.3.4. Ψυχιατρική διαταραχή	29
1.3.5. Ο ρόλος της οικογένειας	31
1.3.6. Πολιτισμικοί και κοινωνικοί παράγοντες	33
1.3.7. Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης	34
1.3.8. Η Θρησκεία	35
1.3.9. Παράγοντες κινδύνου	35
1.3.9.1. Το φύλο	35
1.3.9.2. Το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο	36

1.3.9.3. Η σχολική αποτυχία	37
1.3.9.4. Άλλοι παράγοντες κινδύνου	39
Υποκεφάλαιο 1.4. Το προφίλ του αυτοκτονικού εφήβου	
1.4.1. Τύποι του αυτοκτονικού εφήβου	39
1.4.2. Έφηβοι με χαμηλή αυτοπεποίθηση και με επιθετικότητα	40
1.4.3. Έφηβοι με φτωχές κοινωνικές δεξιότητες και περιορισμένη ικανότητα επίλυσης προβλημάτων	41
1.4.4. Έφηβοι με αντικοινωνικές τάσεις	41
1.4.5. Έφηβοι με ψυχιατρικές διαταραχές	42
Υποκεφάλαιο 1.5. Το Προφίλ της Οικογένειας του αυτοκτονικού εφήβου	
1.5.1. Η αυταρχική και απαιτητική οικογένεια	43
1.5.2. Η υπερπροστατευτική οικογένεια	44
1.5.3. Η οικογένεια με χαλαρούς δεσμούς	47
1.5.4. Η Οικογένεια και η άσκηση σωματικής βίας	47
Υποκεφάλαιο 1.6. Η Πρόληψη της αυτοκτονικής συμπεριφοράς στους εφήβους	
1.6.1. Η αναγκαιότητα της πρόληψης	48
1.6.2. Στάδια πρόληψης	49
1.6.3. Η συζήτηση με τον έφηβο	50
1.6.4. Προγράμματα πρόληψης της εφηβικής αυτοκτονίας	53
Υποκεφάλαιο 1.7. Θεραπευτική αντιμετώπιση-Θεραπευτικά μοντέλα	
1.7.1. Η αναζήτηση επαγγελματικής βοήθειας	56
1.7.2. Η Γνωσιακή Θεραπεία	57
1.7.3. Η Συμπεριφορική Θεραπεία	58
1.7.4 Η ψυχαναλυτική (ψυχοδυναμικού τύπου) ψυχοθεραπεία	60
1.7.5 Η Υποστηρικτική θεραπεία	62
1.7.6 Η Οικογενειακή (Συστημική) Ψυχοθεραπεία	62
BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	65

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αυτοκτονική συμπεριφορά ορίζεται ως εκείνη η συμπεριφορά κατά την οποία το άτομο επιδιώκει να βλάψει τον εαυτό του με σκοπό να δώσει τέλος στη ζωή του. Περιλαμβάνει τις απόπειρες αυτοκτονίας και τις ολοκληρωμένες αυτοκτονίες. Στην πρώτη περίπτωση το άτομο δεν καταφέρνει να ολοκληρώσει την προσπάθεια του που στοχεύει στην αυτοκαταστροφή του. Αντίθετα στην δεύτερη περίπτωση ολοκληρώνεται επιτυχώς ο στόχος αυτοκαταστροφής. Αρκετές έρευνες υποδεικνύουν ότι ο όρος αυτοκτονία είναι ετερογενής και περιλαμβάνει ένας εύρος συμπεριφορών: από τον αυτοκτονικό ιδεασμό μέχρι τις απόπειρες αυτοκτονίας και τις ολοκληρωμένες πράξεις αυτοκτονίας (π.χ. Bridge et al., 2006; Lewinsohn et al., 1996; Silverman et al., 2007).

Σύμφωνα με τον Mann et al (2005), η αυτοκτονικότητα είναι μια σύνθετη έννοια που μπορεί να περιλαμβάνει τον ιδεασμό, το σχεδιασμό ή/και την απόπειρα αυτοκτονίας. Οι μελέτες δείχνουν ότι η πλειοψηφία των ολοκληρωμένων αυτοκτονιών πραγματοποιούνται στις πρώτες απόπειρες του ατόμου (Lee et al. , 2010).

Η εφηβική περίοδος ανάπτυξης της προσωπικότητας, η οποία χαρακτηρίζεται από την προσπάθεια του ατόμου για αποχωρισμό, ανεξαρτητοποίηση από την οικογένεια, απόκτηση αυτονομίας και ενηλικίωση, είναι ιδιαίτερα ευαίσθητη στην εμφάνιση σκέψεων αυτοκτονίας αλλά και αυτοκτονικής συμπεριφοράς (Μπεράτη, 2005). Στην ηλικιακή αυτή περίοδο παρατηρούμε σημαντική αύξηση του κινδύνου για αυτοκτονία συγκριτικά με την προηγούμενη περίοδο του δημοτικού σχολείου κατά την οποία η συναισθηματική κατάσταση του παιδιού είναι συνήθως ήρεμη και ευχάριστη. Στην εφηβεία παρατηρούμε δυσκολίες προσαρμογής που συνοδεύονται από έντονο άγχος, και ακραίες και απρόβλεπτες αλλαγές διάθεσης, οι οποίες φαίνεται να συνδέονται με τις αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα, στον ψυχισμό, στις εξωτερικές συνθήκες της ζωής και στις απαιτήσεις για ωριμότερη λειτουργία και αυξημένη απόδοση.

Έρευνες έχουν δείξει ότι σε κάποιες χώρες η αυτοκτονία αποτελεί την τρίτη ή ακόμα και την δεύτερη αιτία θανάτου για άτομα ηλικίας 15 έως 24 ετών. Προηγούνται τα ατυχήματα και οι ανθρωποκτονίες. Επίσης υπολογίζεται ότι ένας στους δέκα ανθρώπους θα εκδηλώσουν ισχυρές αυτοκαταστροφικές τάσεις. Στην εφηβεία επίσης συναντώνται με αυξημένη συχνότητα τα αυτοκτονικά ισοδύναμα, συμπεριφορές που θέτουν σε κίνδυνο την ζωή ή τη σωματική ακεραιότητα, χωρίς να υπάρχει συνειδητή θέληση θανάτου (Μπεράτη, 2005).

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στόχος της παρούσας βιβλιογραφικής μελέτης ήταν η αυτοκτονία στην εφηβική ηλικία. Συγκεκριμένα, διερευνήθηκαν τα αίτια και οι αιτιολογικοί παράγοντες πρόκλησης της αυτοκτονικής πράξης, το προφίλ της οικογένειας του αυτοκτονικού εφήβου και το προφίλ του ίδιου του αυτοκτονικού εφήβου και τέλος, η πρόληψη και η θεραπευτική αντιμετώπιση του φαινομένου αυτού.

Ειδικότερα, η εργασία αυτή αποτελείται από επτά (7) υποκεφάλαια. Στο υποκεφάλαιο 1.1 αναφέρονται τα χαρακτηριστικά του βιοσωματικού, του γνωστικού, του συναισθηματικού και του ψυχοκοινωνικού τομέα ανάπτυξης της εφηβικής ηλικίας. Στο υποκεφάλαιο 1.2 παρουσιάζεται η αυτοκτονία ως σύμπτωμα και ως διαταραχή και η σχέση της αυτοκτονίας με άλλες διαταραχές, δηλαδή με την εφηβική κατάθλιψη, τη σχιζοφρένεια, τις διαταραχές προσωπικότητας, τις χρήσεις ουσιών και τις διατροφικές διαταραχές. Στο υποκεφάλαιο 1.3 παρουσιάζονται αναλυτικά οι αιτιολογικοί παράγοντες που ευθύνονται για την εμφάνιση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς στους εφήβους και πιο συγκεκριμένα οι βιολογικοί παράγοντες και η γενετική υπόθεση, οι ατομικοί παράγοντες, η κρίση της εφηβείας, η ψυχιατρική διαταραχή, ο ρόλος της οικογένειας, οι πολιτισμικοί, οι κοινωνικοί παράγοντες και τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης. Επίσης, στο ίδιο υποκεφάλαιο αναφέρονται οι παράγοντες κινδύνου, δηλαδή το φύλο, η θρησκεία, ο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η σχολική αποτυχία και άλλοι παράγοντες κινδύνου. Στο υποκεφάλαιο 1.4 περιγράφονται το προφίλ και οι τύποι του αυτοκτονικού εφήβου. Στο υποκεφάλαιο 1.5 περιγράφονται το προφίλ της οικογένειας του αυτοκτονικού εφήβου. Εδώ, γίνεται λόγος για την αυταρχική και απαιτητική οικογένεια, την υπερπροστατευτική οικογένεια, την οικογένεια με χαλαρούς δεσμούς και την οικογένεια που ασκεί σωματική βία. Στο υποκεφάλαιο 1.6 παρουσιάζεται αναλυτικά η πρόληψη της αυτοκτονικής συμπεριφοράς και τα στάδια πρόληψης. Τέλος, στο υποκεφάλαιο 1.7. παρουσιάζονται τα θεραπευτικά μοντέλα για την θεραπευτική αντιμετώπιση του φαινομένου της αυτοκτονίας στην εφηβική ηλικία.

ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Ο γενικός στόχος της παρούσας βιβλιογραφικής μελέτης ήταν να μελετήσουμε το φαινόμενο της αυτοκτονίας στην εφηβική ηλικία.

Ειδικότερα, μελετήθηκαν:

- i) Τα χαρακτηριστικά της εφηβικής ηλικίας.
- ii) Η αυτοκτονία ως σύμπτωμα και ως διαταραχή.
- iii) Οι αιτιολογικοί παράγοντες της αυτοκτονίας στην εφηβική Ηλικία και οι παράγοντες κινδύνου που προκαλούν το φαινόμενο της αυτοκτονίας στην εφηβεία.
- iv) Το προφίλ του αυτοκτονικού εφήβου και το προφίλ της οικογένειας του αυτοκτονικού εφήβου.
- v) Η Πρόληψη και η Θεραπευτική αντιμετώπιση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς στους εφήβους.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Η αυτοκτονία αποτελεί μια πράξη που πάντα τρώμαζε και προβλημάτιζε τους ανθρώπους και ευρύτερα την κοινωνία, που δεν μπορούσε να την κατανοήσει σαν φαινόμενο. Βέβαια το νόημα και ο τρόπος αντιμετώπισης της διαφέρουν ανάμεσα στις διαφορετικές ιστορικές περιόδους (Τζελέπη, 2009). Πιο αναλυτικά, στην αρχαία Ελλάδα η αυτοκτονία αποτελούσε προσβολή του αυτόχειρα απέναντι στην πολιτεία και για αυτό απαγορευόταν η ταφή του σε δημόσια νεκροταφεία. Επίσης θεωρείτο μια πράξη που δήλωνε ανταρσία απέναντι στους θεούς, καθώς η ζωή που αφαιρούσε ο αυτόχειρας ήταν δώρο των θεών οι οποίοι είχαν το αποκλειστικό δικαίωμα να ορίζουν τις ζωές και τον θάνατο των ανθρώπων. Αργότερα όμως στην Ρωμαϊκή εποχή η αυτοκτονία εκλαμβάνόταν συχνά ως πράξη τιμής, ηρωισμού και αυτοθυσίας των πολιτικών ηγετών και των διανοουμένων. Στο Βυζάντιο η νομοθεσία που θεσπίστηκε ήταν αυστηρή απέναντι στην αυτοκτονία, αυτό συνεχίστηκε και κατά την διάρκεια του Μεσαίωνα όπου όμως υπήρχαν εξαιρέσεις ως προς την αυστηρότητα των νόμων. Κατά την Αναγέννηση η αυτοκτονία άρχισε να αντιμετωπίζεται με διαφορετικό και συχνά θετικό τρόπο καθώς αρκετοί διανοούμενοι προσέγγισαν το θέμα φιλοσοφικά.

Αν εξαιρέσουμε κάποιες περιπτώσεις, η αυτοκτονία εξακολουθεί ακόμα και σήμερα να ξαφνιάζει και να προκαλεί πολλά ερωτηματικά στους ανθρώπους. Οι αντιδράσεις όμως των ανθρώπων απέναντι στην αυτοκτονία είναι εντονότερες όταν πρόκειται για νέους και ιδιαίτερα για εφήβους. Άλλωστε τα δεδομένα που έρχονται από τον χώρο της επιστήμης για την εφηβική αυτοκτονία είναι ανησυχητικά. Πιο αναλυτικά, κάθε χρόνο παγκοσμίως πεθαίνουν αυτοκτονώντας 90.000 άτομα ηλικίας 10-19 ετών (Mann et al., 2005). Διεθνώς η αυτοκτονία είναι η 14^η αιτία θανάτου, με τα υψηλότερα επίπεδα να εμφανίζονται στην ανατολική Ευρώπη. Ακολουθούν οι ΗΠΑ, η δυτική Ευρώπη και η Ασία ενώ τα χαμηλότερα

επίπεδα παρατηρούνται στην κεντρική και νότια Αμερική (Nock et al., 2008). Επιπλέον ένας στους πέντε νέους αναφέρει ότι έχει σκεφθεί σοβαρά να αυτοκτονήσει, σύμφωνα με τον Grunbann, και η αυτοκτονία αποτελεί την τρίτη αιτία θανάτου ανάμεσα στους εφήβους των ΗΠΑ, σύμφωνα με τον Anderson (Verona & Jardani, 2011). Το 1957 ο δείκτης αυτοκτονίας στους εφήβους ανερχόταν στο 4.% για 100.000 άτομα και ανέβηκε στο 13,3% το 1977 ενώ ανάμεσα στο 1950 έως το 2000 τα επίπεδα αυτοκτονικότητας των νέων στις ΗΠΑ σημείωσαν περαιτέρω αύξηση (Berman et al., 2006).

Επίσης ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υποστηρίζει ότι στην Ελλάδα η αυτοκτονία είναι η δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου ανάμεσα στους νέους ανθρώπους ηλικίας 15-35 ετών, μετά τα τροχαία ατυχήματα. Αν δεν ληφθούν κάποια προληπτικά μέτρα, σύμφωνα με τις προβλέψεις, θα σημειωθεί μια δραματική αύξηση των αυτοκτονικών συμπεριφορών τις επόμενες δεκαετίες. Στην χώρα μας, σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, από το 1984 έως το 2007 οι θάνατοι από αυτοκτονίες νέων ηλικίας 15-19 ετών ανέρχονταν στους 6 με 22 για κάθε έτος (Kokkevi et al., 2011). Τα χαμηλά αυτά επίπεδα για την Ελλάδα, σε σχέση ιδίως με άλλες χώρες, πιθανόν να οφείλονται στον χαρακτήρα της ελληνικής κοινωνίας και ίσως στην ύπαρξη κοινωνικού στίγματος καθώς και στην στάση που τηρεί η εκκλησία απέναντι στην αυτοκτονία. Τα επίπεδα αυτοκτονίας στην Ελλάδα έχουν ανέβει από το 1998 έως το 2003 με μια μικρή πτώση το 2007 (Zacharakis et al., 1998).

Πάντως, υπολογίζεται ότι οι περισσότερες απόπειρες στην εφηβεία χαρακτηρίζονται από χαμηλά επίπεδα βιαιότητας και περίπου οι μισές γίνονται με υψηλές πιθανότητες επιβίωσης (Kokkevi et al., 2011). Επίσης, πολλοί έφηβοι που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν, αρνήθηκαν ότι επιθυμούσαν να πεθάνουν κατά την διάρκεια της απόπειρας, σε αντίθεση με το 2% αυτών των εφήβων. Ωστόσο, οι απόπειρες αυτές θεωρούνται ότι αποτελούν το πιο δυνατό προβλεπτικό παράγοντα μιας μελλοντικής ολοκληρωμένης αυτοκτονίας. Άλλωστε οι μισοί άνθρωποι που διαπράττουν αυτοκτονία έχουν προηγούμενο ιστορικό αποπειρών αυτοκτονιών. Από το 1999 έως το 2006 οι πιο κοινές μέθοδοι αυτοκτονίας των εφήβων ήταν η χρήση όπλων (50,7%), ο πνιγμός από ασφυξία (34,1%), η δηλητηρίαση ή η υπερβολική δόση ναρκωτικών(7,9%) και οι πτώσεις(2,5%) (Duke & Borowsky, 2009).

Σύμφωνα με τη Lester-Παπαματθαϊάκη (1988) είναι δύσκολο να προσδιορίσουμε τους ακριβείς αριθμούς των αυτοκτονιών στους εφήβους και είναι γενικά παραδεκτό ότι οι στατιστικές αυτές είναι πολύ χαμηλότερες από την πραγματικότητα γιατί το γεγονός αυτό συχνά αποκρύπτεται από την οικογένεια ή το ίδιο το άτομο όταν πρόκειται για αυτοκτονικές τάσεις ή απόπειρα. Άλλωστε η απόκρυψη της αυτοκτονίας πολύ νεαρών ατόμων από τη

ευρύτερη κοινωνία δεν αποτελεί συνειδητή προσπάθεια αλλά είναι προϊόν άρνησης του γεγονότος αυτού. Η ανάγκη του ενήλικα να πιστεύει στην ελπίδα και την υπόσχεση της εφηβικής ηλικίας, τον εμποδίζει να αποδεχτεί σημάδια απελπισίας στο νέο.

Κεφάλαιο 1 : ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ

Υποκεφάλαιο 1.1. Χαρακτηριστικά της Εφηβικής ηλικίας.

Η εφηβεία περιλαμβάνει μια σωματική συνιστώσα, την ήβη, με την έννοια ότι με τον τελευταίο όρο ονομάζουμε όλες τις σωματικές αλλαγές που επέρχονται κατά την διάρκεια της εφηβείας. Εκτός όμως από την ήβη, η εφηβεία περιλαμβάνει και μια σειρά από ψυχολογικές αλλαγές, οι οποίες , μαζί με τις αλλαγές της ήβης, μεταφράζονται σε αλλαγές στα επίπεδα της κοινωνικής συμπεριφοράς και σε αυτό των διαπροσωπικών σχέσεων. Φυσικά όλα αυτά τα πεδία, στο πλαίσιο των οποίων εκτυλίσσεται η εφηβεία βρίσκονται σε αλληλεπίδραση μεταξύ τους με την έννοια, για παράδειγμα, ότι οι σωματικές αλλαγές επηρεάζουν τον ψυχικό κόσμο του εφήβου αλλά και το αντίστροφο, ότι δηλαδή ψυχολογικοί παράγοντες που χαρακτηρίζουν τον έφηβο επιδρούν, με άμεσο ή έμμεσο τρόπο ακόμη και σε κάποιες σωματικές αλλαγές της εφηβείας (Συνοδινού, 2007).

1.1.1. Χαρακτηριστικά του Βιοσωματικού τομέα ανάπτυξης.

Κατά την διάρκεια της εφηβείας, μια σειρά βιολογικών εξελίξεων, γνωστών ως ήβη, μεταμορφώνουν τα άτομα από την κατάσταση της φυσικής ανωριμότητας σε μια κατάσταση, στην οποία είναι βιολογικά ώριμα και ικανά για σεξουαλική αναπαραγωγή (Cole & Cole, 2002). Η ήβη αρχίζει με ένα σήμα από τον υποθάλαμο, ο οποίος βρίσκεται στη βάση του εγκεφάλου, και ενεργοποιεί την υπόφυση, ένα όργανο που είναι προσαρτημένο στον υποθάλαμο. Μετά, η υπόφυση αυξάνει την παραγωγή των ορμονών ανάπτυξης που με τη σειρά τους, ενεργοποιούν την ανάπτυξη όλων των ιστών του σώματος. Η υπόφυση εκκρίνει επίσης ορμόνες που προκαλούν μεγάλη αύξηση της παραγωγής των δυο γοναδοτρόπων ορμονών. Οι γονάδες, τα πρωτεύοντα σεξουαλικά όργανα, είναι, για τις γυναίκες οι ωοθήκες

και για τους άνδρες οι όρχεις. Στις γυναίκες, οι ορμόνες αυτές ενεργοποιούν τις ωθήκες να παράγουν τις ορμόνες, οιστρογόνα και προγεστερόνη, που με την σειρά τους ενεργοποιούν πολυάριθμα σωματικά γεγονότα, μεταξύ των οποίων την ωορρηξία, η οποία επιτρέπει, τελικά την αναπαραγωγή τους. Στους άνδρες, οι γοναδοτρόποι ορμόνες ενεργοποιούν τους όρχεις και οι επινεφρίδιοι αδένες παράγουν την ορμόνη τεστοστερόνη, που επιφέρει την παραγωγή του σπέρματος. Ενώ τα οιστρογόνα θεωρούνται συνήθως, η θηλυκή ορμόνη και η τεστοστερόνη η ανδρική ορμόνη, και οι δύο ορμόνες είναι παρούσες και στα δυο φύλα. Στη διάρκεια της ήβης πραγματοποιείται αύξηση και των δυο αυτών ορμονών και στα δύο φύλα, αλλά ο βαθμός αύξησης συνδέεται με το φύλο. Στα αγόρια η τεστοστερόνη αυξάνει κατά 18 φορές σε σχέση με την παιδική ηλικία, ενώ τα οιστρογόνα στα κορίτσια κατά 8 φορές (Malina & Bouchard, 1991). Στην εφηβεία όλα τα πρωτεύοντα σεξουαλικά όργανα, αυτά δηλαδή που εμπλέκονται στην παραγωγή, διευρύνονται και ωριμάζουν λειτουργικά. Πρόκειται, στα αγόρια, για τους όρχεις, το πέος και άλλα όργανα που χρησιμεύουν στην παραγωγή, τη διαφύλαξη και τη μεταφορά του σπέρματος έξω από το σώμα. Στα κορίτσια τα πρωτεύοντα όργανα είναι εσωτερικά όπως οι ωθήκες, όπου παράγονται ώριμα ωάρια και πραγματοποιείται η γονιμοποίηση. Η σεξουαλική ωρίμανση στα κορίτσια σηματοδοτείται με την έμμηνου ρύση ενώ στα αγόρια με την ονείρωξη (Παρασκευόπουλος, 1985).

Τα δευτερεύοντα χαρακτηριστικά της ήβης περιλαμβάνουν αλλαγές όπως η ηβική κόμη, η τριχοφυΐα του προσώπου, η αλλαγή της φωνής και η διόγκωση των μαστών (Κουρκούτας, 2001). Οι αλλαγές αυτές σχετίζονται έμμεσα με την γενετήσια λειτουργία και συμβάλλουν στην αμοιβαία έλξη. Επίσης εμφανίζονται την ίδια εποχή που ωριμάζουν τα πρωτεύοντα σεξουαλικά όργανα (Cole & Cole, 2002). Στην εφηβεία παρατηρείται το περίφημο αυξητικό τίναγμα όπου αυξάνεται δραματικά ο ρυθμός ανάπτυξης του σώματος: το βάρος, το ύψος και η μορφή του σώματος (Κουρκούτας, 2001). Επίσης τα χαρακτηριστικά του προσώπου καθορίζονται και σταθεροποιούνται. Από νευρολογική άποψη παρατηρούνται αλλαγές στις συνάψεις των κυττάρων και στην λειτουργία του εγκεφάλου (Epstein, 1986).

Για της διαφορές που παρατηρούνται όσον αφορά την ηλικία εμφάνισης της ήβης αλλά και τα χαρακτηριστικά της, ευθύνονται παράγοντες τόσο ατομικοί όσο κοινωνικοί (Συνοδινού, 2007). Στους πρώτους περιλαμβάνονται γενετικά χαρακτηριστικά, η κατάσταση της υγείας, η διατροφή, η σωματική άσκηση, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και φυσικά ψυχολογικοί παράγοντες. Στους δεύτερους περιλαμβάνονται οι κοινωνικοί παράγοντες που χαρακτηρίζουν την εποχή μας και τα πολιτισμικά στοιχεία κάθε χώρας. Έτσι ενώ στην παρούσα φάση η ήβη εμφανίζεται στην ηλικία περίπου των 12 ετών, πριν από μερικούς αιώνες οι εκδηλώσεις της ήβης ήταν πολύ πιο όψιμες σε ηλικία και πρακτικά συνέπιπταν με

την είσοδο στην επαγγελματική ζωή. Για παράδειγμα στην Νορβηγία και στη Γαλλία η ηλικία έναρξης της εμμήνου ρήσεως πέρασε από τα 17 έτη στα 11 σε διάστημα λίγο περισσότερο από έναν αιώνα.

1.1.2. Χαρακτηριστικά του Γνωστικού τομέα ανάπτυξης.

Είναι φανερό ότι στην εφηβεία οι άνθρωποι διαμορφώνουν έναν εντελώς διαφορετικό τρόπο σκέψης σε σχέση με την παιδική ηλικία που προηγείτο. Οι μεταβολές που παρατηρούνται στον γνωστικό τομέα ανάπτυξης έχουν επισημανθεί από πολλούς ερευνητές. Ένας θεωρητικός που ασχολήθηκε ιδιαίτερα με την γνωστική ανάπτυξη των εφήβων ήταν ο Πιαζέ (Cole & Cole, 2002). Συγκεκριμένα, ο Πιαζέ υποστήριζε ότι ο άνθρωπος από την γέννηση του ως το τέλος της εφηβείας περνά από διαδοχικά στάδια γνωστικής ανάπτυξης που διαφέρουν μεταξύ τους ως προς την ποιότητα. Στην εφηβεία οι άνθρωποι διέρχονται το στάδιο της τυπικής νόησης. Πρόκειται για μια νέα λογική δομή όπου το αναπτυσσόμενο άτομο αποκτά την ικανότητα να σκέφτεται συστηματικά όλες τις λογικές σχέσεις ενός προβλήματος. Οι έφηβοι παρουσιάζουν έντονο ενδιαφέρον για αφηρημένες έννοιες και για την ίδια την διεργασία της σκέψης. Η ωρίμανση των γνωστικών δομών τους εξασφαλίζει τις βάσεις για την ανάπτυξη μιας ικανότητας σκέψης παρόμοιας με αυτήν του ενηλίκου (Κουρκούτας, 2001).

Πιο αναλυτικά, οι έφηβοι είναι ικανοί για τυπικούς συλλογισμούς, στους οποίους ο κάθε κρίκος της αλυσίδας του συλλογισμού σχετίζεται με το σύνολο του προβλήματος, αλλά και για παραγωγικούς συλλογισμούς (Cole & Cole, 2002). Στην εφηβεία έχουμε πλήρη ανάπτυξη της συμβολικής σκέψης. Το άτομο μπορεί πλέον να κάνει υποθετικούς-λογικούς ισχυρισμούς στο μυαλό του ενώ η γλωσσική ικανότητα του εφήβου έχει φθάσει στο απόγειο με την άνετη χρήση ενός πλούσιου λεξιλογίου (Κουρκούτας, 2001). Ο έφηβος, μέσω της ωρίμανσης του εκτελεστικού συστήματος του μετωπιαίου λοβού, έχει θεωρητικά την ικανότητα να μην απαντά πλέον στα εξωτερικά ερεθίσματα με συναισθηματικές και παρορμητικές αντιδράσεις και να ελέγχει εκ των προτέρων τις επιπτώσεις της συμπεριφοράς του (Denis, 1991). Όσον αφορά την διαμόρφωση της προσωπικής τους ταυτότητας, οι νέοι λαμβάνουν πλέον υπόψη τους το πώς τους κρίνουν οι άλλοι. Επίσης οι έφηβοι αρχίζουν να ασχολούνται και να σκέφτονται την πολιτική και τον νόμο ως αφηρημένες αρχές και είναι σε θέση να διακρίνουν εκτός από την σωφρονιστική και την ευεργετική πλευρά του νόμου.

Εξάλλου ενδιαφέρονται για τις οικουμενικές ηθικές αρχές και συχνά δυσανασχετούν με την υποκρισία των ενηλίκων (Cole & Cole, 2002).

Σύμφωνα με τον Keating (1980) υπάρχουν πέντε βασικά στοιχεία που χαρακτηρίζουν την γνωστική ανάπτυξη του εφήβου και την διαχωρίζουν από αυτήν της παιδικής ηλικίας. Πρόκειται για τα εξής:

- i. *Σκέψεις για τις δυνατότητες.* Οι έφηβοι δεν σκέφτονται μόνο για αυτά που μπορούν να παρατηρήσουν άμεσα, όπως συνήθως συμβαίνει στα παιδιά, αλλά σκέφτονται εναλλακτικές δυνατότητες που δεν είναι άμεσα αντιληπτές.
- ii. *Σκέψεις για το μέλλον.* Οι νέοι αρχίζουν να σκέφτονται και να σχεδιάζουν τι θα κάνουν όταν ενηλικιωθούν.
- iii. *Σκέψη μέσω υποθέσεων.* Διατυπώνουν δηλαδή και ελέγχουν υποθέσεις και σκέπτονται καταστάσεις που έρχονται σε αντίθεση με τα γεγονότα.
- iv. *Σκέψεις για τη σκέψη.* Οι έφηβοι αποκτούν την ικανότητα για δευτερογενή σκέψη δηλαδή την ικανότητα να σκέφτονται για τις δικές τους διεργασίες σκέψεις αλλά και την ικανότητα να σκέφτονται πιο συστηματικά για τις απόψεις των άλλων ανθρώπων.
- v. *Σκέψη πέρα από τα συμβατικά όρια.* Αρχίζουν και προβληματίζονται για θέματα κοινωνικά, θρησκείας, ηθικής, πολιτικής και γενικά για πιο αφηρημένες έννοιες όπως είναι η ελευθερία. Επίσης οι έφηβοι θεωρούνται ιδεαλιστές, έλκονται και κινητοποιούνται από διάφορες ιδεολογίες.

Σε δευτερεύον γνωστικό επίπεδο έχουμε ωρίμανση σε διάφορους τομείς. Η γλώσσα, η νόηση, η φαντασία και η μνήμη αναπτύσσονται σε μεγαλύτερο βαθμό και αποκτούν διαφορετική ποιότητα σε σύγκριση με τις αντίστοιχες επιδόσεις στην παιδική ηλικία (Κουρκούτας, 2001). Η ωρίμανση της γλώσσας ως εργαλείο έκφρασης και επικοινωνίας και ως εσωτερικό εργαλείο που δομεί την σκέψη επιτρέπει την εκτέλεση νέων λειτουργιών. Δεν είναι τυχαίο που σε αυτή την ηλικία αναπτύσσονται εσωτερικοί μονόλογοι και διάλογοι (Κρασσανάκης, 1992).

1.1.3. Χαρακτηριστικά του Συναισθηματικού τομέα ανάπτυξης.

Η εφηβεία είναι μια πολύ δύσκολη περίοδος, όσον αφορά ιδιαίτερα την συναισθηματική ανάπτυξη του ατόμου, διότι σφυρηλατεί τις βάσεις για μια σταθερή ενήλικη προσωπικότητα (Cole & Cole, 2002). Η εμφάνιση μιας σειράς ψυχικών διαταραχών, λιγότερο ή περισσότερο σοβαρών, κατά τη διάρκεια αυτής της ηλικίας, ψυχωτικών, νευρωσικών, εξάρτησης και άλλων, είναι χαρακτηριστικό παράδειγμα του ανησυχητικού χαρακτήρα του συνόλου αυτών των μεταβολών στο σώμα και στον ψυχικό κόσμο του εφήβου, κάτι που αντανακλάται και στις σχέσεις του (Συνοδινού, 2007).

Βιολογικοί, ορμονικοί παράγοντες, η ανάπτυξη των γεννητικών οργάνων και των δευτερογενών χαρακτηριστικών του φύλου, η έμμηνος ρύση στα κορίτσια, οδηγούν τον έφηβο σε μια επαναδιαμόρφωση της εικόνας που έχει για το σώμα του και για το είναι του γενικότερα, θέτοντας του ταυτόχρονα ερωτήματα για το είδος των σχέσεων που έχει ή που θα ήθελε να έχει. Ο έφηβος ντρέπεται, προβληματίζεται, προσπαθεί να οργανώσει την εμπειρία του και το είναι του (Συνοδινού, 2007). Εκδηλώνει διάφορες ανησυχίες για τον εαυτό του, για αυτό που είναι. Αρχίζει να τον απασχολεί το ερώτημα ποιος είναι ο αληθινός του εαυτός και αν είναι ικανοποιημένος με αυτόν. Σύμφωνα με τον Baumeister (1993), τα κορίτσια ιδίως έχουν συχνά χαμηλή αυτοεκτίμηση σε σχέση με τα αγόρια. Πολλά θεωρούν τον εαυτό τους ως μη ελκυστικό. Ο προβληματισμός του εφήβου για την εικόνα του, το είναι του και την αποδοχή του από τους συνομήλικους του, το υποδηλώνει συχνά η υπερβολική ενασχόληση με την εμφάνιση του, με τα ρούχα του, η παρατεταμένη αυτοεξέταση στον καθρέφτη, διάφορα παράπονα και ανησυχίες σχετικά με το σώμα του, η συχνή σωματική αμηχανία που ενίοτε προσπαθεί να κρύψει κρατώντας μια τσάντα, οι μακρές συζητήσεις με τους φίλους του. Σκοπός είναι να ορίσει τον εαυτό του κυρίως απέναντι στους άλλους, να πιστέψει στην αξία του, κάτι που θα τον οδηγήσει στην διαμόρφωση μιας καλής εικόνας του εαυτού του (Συνοδινού, 2007). Οι έφηβοι αρχίζουν να περιγράφουν τον εαυτό τους με όρους αφηρημένους, καταλήγουν πιο στοχαστικοί και ενδιαφέρονται περισσότερο να συνενώσουν τους περασμένους εαυτούς τους με τον φανταστικό μελλοντικό εαυτό (Cole & Cole 2002).

Η ρήξη με τις προηγούμενες επενδύσεις, το ενδιαφέρον που στρέφει στον εαυτό του, με την προοπτική να καταλάβει, να ενσωματώσει και να αποδεχθεί την νέα του μορφή, συνιστά μια επιστροφή σε μια ναρκισσιστικού τύπου επένδυση (Συνοδινού, 2007). Είναι σαν να χρειάζεται ο έφηβος να επιστρέψει στον εαυτό του πριν να επιδοθεί σε νέες σχέσεις, πριν να επενδύσει με νέους τρόπους, σε ανθρώπους και καταστάσεις. Σε ακραίες, λιγότερο ή

περισσότερο, παθολογικές καταστάσεις ο έφηβος απεπενδύει τον εξωτερικό κόσμο για να αφιερώσει όλη του την ψυχική ενέργεια στον εαυτό του. Η αναζήτηση μιας ιδανικής εικόνας του εαυτού, ενός ιδεώδους Εγώ, αποτελεί ένα από τα χαρακτηριστικά του εφηβικού προβληματισμού (Συνοδινού, 2007) Μέχρι την εφηβεία η καλή εικόνα αυτή του εαυτού πήγαζε από την ενισχυτική συμπεριφορά των γονέων και από την ταύτιση με τα γονεϊκά πρότυπα. Με την ανατροπή όμως των τελευταίων, κατά την διάρκεια της εφηβείας, χρειάζονται νέες πηγές για να ενισχυθεί η εικόνα του εαυτού και για να τροφοδοτηθεί αυτή η εικόνα από ιδανικά. Αυτές οι νέες εικόνες και αυτά τα νέα πρότυπα προέρχονται από το κοινωνικό περιβάλλον του εφήβου. Η αναβίωση της οιδιπόδειας προβληματικής που συνοδεύει την ψυχοσεξουαλική επαναδραστηριοποίηση έχει ως ψυχολογική συνέπεια την έκλυση άγχους, κατάσταση η οποία θα καθορίσει σε μεγάλο βαθμό τις μέλλουσες σχέσεις του εφήβου με το περιβάλλον του και τον κοινωνικό του προσανατολισμό γενικότερα. Αντιμέτωπος με το άγχος του, ο έφηβος έχει τον πειρασμό να απαρνηθεί την προσκόλληση στην οικογένεια του, στην προσπάθεια να αποφύγει την αναβίωση της οιδιπόδειας σύγκρουσης. Στο πλαίσιο αυτής της δυναμικής φθάνει όμως μέχρι και να απορρίψει τις ταυτιστικές βάσεις που διέθετε κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, δηλαδή το πρότυπο των γονέων του. Στον πυρήνα κάθε εφηβείας υπάρχει ένας συμβολικός φόνος των γονέων: «το να μεγαλώνει κανείς είναι από τη φύση του επιθετικό», γράφει ο Winnicott (Συνοδινού, 2007).

Όμως η κατασκευή μιας ισορροπημένης ταυτότητας ενηλίκου δεν μπορεί παρά να περάσει μέσα από κάποια ένταξη σε κάποιον οικογενειακό και κοινωνικό ιστό. Έτσι εξηγείται η απεγνωσμένη αναζήτηση εκ μέρους του εφήβου μιας εικόνας του εαυτού μέσα από τον κοινωνικό περίγυρο, τις κοινωνικές αξίες. Μερικές φορές, στην ασυνείδητη προσπάθεια του εφήβου να αποφύγει την ταύτιση με τους γονείς, διατηρώντας παρόλα αυτά μια θέση στον οικογενειακό ιστό, οι παππούδες εξαιρούνται από αυτήν την επίθεση αμφισβήτησης (Συνοδινού, 2007). Η όλη αυτή διαδικασία αποστασιοποίησης του εφήβου απέναντι στα σημαντικά πρόσωπα της παιδικής του ηλικίας αλλά επίσης απέναντι και σε άλλα πράγματα που συνοδεύουν αυτήν την ηλικία, όπως είναι οι τρόποι ευχαρίστησης, παίρνει τον χαρακτήρα πένθους. Αυτό το πένθος στο βάθος περιλαμβάνει δυο τάξεις πραγμάτων. Η πρώτη αφορά την απώλεια του μητρικού αντικείμενου, με την έννοια του τύπου σχέσης που περιβάλλει, καλύπτει, επιτρέπει την ανέμελη ύπαρξη υπό την προστασία της μητρικής φροντίδας. Η δεύτερη απώλεια σχετίζεται με ό,τι εμπλέκεται στην οιδιπόδεια προβληματική, με την έννοια ότι ο έφηβος πρέπει να κατακτήσει την ανεξαρτησία του κάνοντας το πένθος, χάνοντας ή εγκαταλείποντας οτιδήποτε αφορά την περίπλοκη,

αντιφατική και συγκρουσιακή διεκδίκηση του απέναντι στους γονείς του, με τους οποίους μέχρι τότε σχημάτιζε τρίγωνο που διαπερνιόταν από αισθήματα αγάπης, μίσους, διεκδίκησης, απογοήτευσης, ενοχών. Πρέπει να εγκαταλείψει ψυχικά αυτό το περίπλοκο πλέγμα σχέσεων και συναισθημάτων, κάτι το οποίο αν και ζητούμενο από τον ίδιο έφηβο δεν παύει να αποτελεί και μια σημαντική απώλεια. Αν η οικογένεια δεν του δώσει την δυνατότητα να αυτονομηθεί με ήρεμο τρόπο, τότε ο έφηβος θα επιχειρήσει την αυτονόμηση του με θεαματικό και προκλητικό τρόπο. Αυτό συμβαίνει όταν η οικογένεια είναι ιδιαίτερος αυστηρή(Συνοδινού,2007).

1.1.4. Χαρακτηριστικά του Ψυχοκοινωνικού τομέα ανάπτυξης.

Στην εφηβεία εκτός από τις παραπάνω αλλαγές πραγματοποιούνται και αλλαγές σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο. Όσον αφορά την σχέση με τους γονείς του, αυτή μεταβάλλεται σε δυο επίπεδα, στο εξωτερικό και το εσωτερικό(Κουρκούτας, 2001). Σε εξωτερικό επίπεδο ο έφηβος αποφεύγει να συμπεριφέρεται όπως όταν ήταν παιδί και επιδιώκει να φαίνεται ώριμος και αξιόλογος και όχι ανίκανος, μικρός και χωρίς άποψη. Δεν ανέχεται οι γονείς του να τον μειώνουν, απεχθάνεται τις πολύ μητρικές ή πατερναλιστικές συμπεριφορές. Δεν του αρέσει οι ενήλικοι να τον απομονώνουν, δεν ανέχεται τους περιορισμούς και απαιτεί από τους γονείς του κυρίως, την αναγνώριση της υπόστασης του ως ξεχωριστό και αυτόνομο άτομο. Σε πρακτικό επίπεδο, το ντύσιμο του εφήβου συχνά είναι ιδιαίτερο και εκφράζει τον εσωτερικό του κόσμο και την αντίδραση του στην κοινωνία και γενικά αποτελεί ζωτικής σημασίας συμβολισμό για την ταυτότητα του εφήβου. Ο έφηβος διακοσμεί με τα δικά του γούστα το δωμάτιο του, ακούει την μουσική που επιθυμεί και επιδιώκει να καλεί τους φίλους του στο χώρο του χωρίς την παρέμβαση των γονέων του.

Σε εσωτερικό επίπεδο εξελίσσονται οι αναπαραστάσεις που έχουν οι έφηβοι για τους γονείς τους (Κουρκούτας, 2001). Από απλοϊκές (καλός ή κακός) γίνονται πιο σύνθετες και μπορούν να συνδυάζουν πολύπλευρα ή και αντιφατικά στοιχεία της προσωπικότητας του γονέα. Για παράδειγμα καλός αλλά απαγορευτικός πατέρας. Ο έφηβος επίσης ωριμάζει και εφόσον ενδυναμώνει το Εγώ του γίνεται περισσότερο ικανός να αντέχει τις αρνητικές πλευρές και συμπεριφορές του γονέα. Όσον αφορά την σχέση του εφήβου με τους ενήλικους όταν ο έφηβος περνάει ομαλά την εφηβεία και διατηρεί καλές σχέσεις με τους γονείς του τότε οι υπόλοιποι ενήλικοι βιώνονται ως εμπλουτιστικά στοιχεία για την προσωπικότητα του εφήβου (Κουρκούτας, 2001). Η παρουσία αυτών των ενηλίκων παίζει σημαντικό ρόλο στην

ώθηση προς την αυτονομία και ενηλικίωση του εφήβου. Όταν αποτελούν αξιόλογα άτομα γίνονται συχνά αντικείμενο θαυμασμού και πρότυπο προς μίμηση για τους νέους.

Σύμφωνα με τον Erickson (1968) καθώς η εφηβεία τελειώνει οι νέοι αντιμετωπίζουν τον συμβιβασμό των πολλαπλών, συχνά αντικρουόμενων εικόνων του εαυτού τους. Οι έφηβοι θα πρέπει να αντιμετωπίσουν αυτή την κρίση ταυτότητας και να συγκροτήσουν την δική τους ταυτότητα. Θα πρέπει δηλαδή να επιτύχουν μια ασφαλή αίσθηση προσωπικής ταυτότητας ή να αντιμετωπίσουν πολλά ψυχολογικά προβλήματα στη ζωή τους αν δεν τα καταφέρουν. Για να το καταφέρουν αυτό χρειάζεται να επεξεργαστούν τις προηγούμενες αναπτυξιακές κρίσεις που είναι οι εξής:

- i. *Εδραίωση εμπιστοσύνης.* Αρχικά οι έφηβοι αναζητούν ανθρώπους του ίδιου φύλου στους οποίους μπορούν να έχουν εμπιστοσύνη. Αργότερα θα στραφούν σε άτομα του αντίθετου φύλου. Όσον αφορά την κοινωνία συνολικά, οι νέοι αναζητούν ήρωες, πολιτικούς αρχηγούς, ιδεολογίες ή και δημοφιλείς μουσικούς που μπορούν να εμπιστευθούν και να τους υποστηρίξουν.
- ii. *Εδραίωση αυτονομίας.* Οι νέοι αρχίζουν να επιλέγουν μόνοι τους το μονοπάτι της ζωής τους αντί να υπακούν εξολοκλήρου στις αποφάσεις των γονέων τους.
- iii. *Λήψη πρωτοβουλιών.* Ο έφηβος ορίζει στόχους και δεν συμβιβάζεται με την περιορισμένη πραγματικότητα που του επιβάλλουν οι γονείς του.
- iv. *Εργατικότητα.* Η σχετική ανεξαρτησία που αρχίζει να αποκτά ενέχει και το καθήκον της ευθύνης για τους στόχους και την ποιότητα της δουλειάς.

Υποκεφάλαιο 1.2. Η αυτοκτονία ως σύμπτωμα και ως διαταραχή

1.2.1. Αυτοκτονία και Εφηβική κατάθλιψη

Η εφηβεία συχνά περιγράφεται με όρους που θα ταίριαζαν για την περιγραφή ενός καταθλιπτικού επεισοδίου (Λαζαράτου και Αναγνωστόπουλος, 2001). Μιλώντας για την εφηβεία, αναφέρουμε αυθόρμητα την λύπη, την διέγερση και τον θυμό. Τα λογοτεχνικά έργα που αναφέρονται σε αυτήν την περίοδο της ζωής περιγράφουν την θλίψη, τον πεσιμισμό και την αυτό-υποτίμηση. Η καθημερινή παρατήρηση προσφέρει πλείστα παραδείγματα εφήβων που περνούν ατέλειωτες ώρες απομονωμένοι, ξαπλωμένοι, ή καθιστοί δείχνοντας βαρεμάρα και αδιαφορία για το κάθε τι που αγγίζει η καθημερινότητα. Αν τύχει και μας εμπιστευθούν

και συζητήσουν μαζί μας, διακρίνουμε συναισθήματα ενοχής, ντροπής, απογοήτευσης, που εναλλάσσονται με εξάρσεις πάθους και μεγαλομανίας.

Η απότομη αλλαγή της διάθεσης είναι γνωστό χαρακτηριστικό της εφηβείας, αλλά οι περισσότεροι έφηβοι παρουσιάζουν συχνά σταθερό καταθλιπτικό συναίσθημα. Αυτή η κατάσταση μας κάνει πολλές φορές να αναρωτηθούμε αν και πότε η κατάθλιψη αποτελεί μια φυσιολογική εκδήλωση της εφηβείας ή εντάσσεται στα πλαίσια του παθολογικού και αποτελεί ψυχιατρική διαταραχή (Λαζαράτου και Αναγνωστόπουλος, 2001). Από την άλλη πλευρά, υπάρχει η αντίθετη άποψη σύμφωνα με την οποία η εφηβεία δεν είναι μια περίοδος μεγάλων αλλαγών για όλους τους εφήβους.

Σε ορισμένες έρευνες σε μη κλινικό πληθυσμό, ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό εφήβων (80%), έχουν καλή σχέση με τους γονείς και τους συνομηλίκους του και μοιράζονται τις ίδιες πολιτιστικές και κοινωνικές αξίες. Αυτές οι έρευνες υποστηρίζουν ότι η εφηβεία είναι μια περίοδος ανάπτυξης που μπορεί να ξεπεραστεί χωρίς αναταραχές και ότι η μετάβαση στην ενήλικη ζωή ολοκληρώνεται προοδευτικά και χωρίς μεγάλες ανακατατάξεις (Κουρκούτας, 2001). Σύμφωνα με αυτήν την θεωρητική άποψη, η εμφάνιση κατάθλιψης δεν μπορεί παρά να σηματοδοτεί την ύπαρξη παθολογίας και να χρειάζεται θεραπευτική αντιμετώπιση. Επίσης, σύμφωνα με ειδικούς η κλινική κατάθλιψη είναι πολύ διαφορετική από το αίσθημα κακής αίσθησης ή από τα αισθήματα λύπης ή πένθους. Η κατάθλιψη δεν οφείλεται σε προσωπική αδυναμία του ατόμου ούτε σε χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του. Πρόκειται για μια ψυχική ασθένεια που επηρεάζει όλο το σώμα και έχει αντίκτυπο στον τρόπο που ένα άτομο αισθάνεται, σκέφτεται και συμπεριφέρεται.

Η μεταβολή και αστάθεια της διάθεσης είναι ένα από τα πιο χαρακτηριστικά γνωρίσματα της , σύμφωνα με την Lester-Παπαματθαϊάκη (1988) . Ο έφηβος μπορεί να πέσει από τον ενθουσιασμό και την χαρά στην μελαγχολία, την θλίψη και την απόσυρση. Πολύ συχνά σε αυτή την ηλικία κυριαρχούν καταθλιπτικές ιδέες με ένα αίσθημα ηττοπάθειας. Αυτό φαίνεται να συμβαίνει διότι ο έφηβος σε αντίθεση με το παιδί μπορεί να προβάλλει την σκέψη του στο μέλλον ενώ σε αντίθεση με τον ενήλικα δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει την πείρα του για να μετριάσει την απαισιοδοξία του. Εκτός βέβαια από αυτές τις μεταβολές στη διάθεση, συναντάμε συχνά στον έφηβο καταθλιπτικά επεισόδια με κλινικά συμπτώματα.

Οι Carlson & Strober (1978), υποστηρίζουν ότι υπάρχουν δυο χαρακτηριστικοί τύποι εφηβικής κατάθλιψης: η πρωτογενής κατάθλιψη των εφήβων και η δευτερογενής κατάθλιψη. Στην πρώτη περίπτωση η διαταραχή εκδηλώνεται ξαφνικά χωρίς καμία προηγούμενη ψυχοπαθολογία. Τα συμπτώματα της περιλαμβάνουν διαταραχές ύπνου, όρεξης και συγκέντρωσης στο σχολείο, κοινωνική απόσυρση, περιορισμός των δραστηριοτήτων κ.τ.λ.

Συνήθως πρόκειται για την πρωτογενή εκδήλωση μιας μανιοκαταθλιπτικής ασθένειας ή κατάθλιψης μονοπολικού τύπου. Στην δεύτερη περίπτωση η κατάσταση είναι πιο χρόνια. Συνηθισμένα συμπτώματα είναι η κοινωνική απόσυρση, η απάθεια και μια συγκεχυμένη μορφή δυσφορίας. Φαίνεται να εκδηλώνεται σαν συνέπεια κάποιας απώλειας ή τραυματικής κατάστασης ενώ συχνά συνδέεται με άλλες ψυχικές διαταραχές όπως η ψυχογενής ανορεξία, η κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών και η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή.

Ο Petersen και οι συν. (1981) περιγράφουν τρία επίπεδα κατάθλιψης στην εφηβεία, που είναι τα ακόλουθα:

- i. Η άσχημη ή καταθλιπτική διάθεση, που όλοι οι άνθρωποι περνούν κατά καιρούς.
- ii. Τα καταθλιπτικά σύνδρομα, όπου έχουμε να κάνουμε με ένα σύνολο συμπεριφορών και συναισθημάτων ανάλογου τύπου, τα οποία στατιστικώς φαίνεται να εμφανίζονται συγχρόνως.
- iii. Η «κλινική κατάθλιψη», όπου έχουμε να κάνουμε με διαταραχές του θυμικού. Αυτή περιλαμβάνει την μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και τις δυσθυμικές αντιδράσεις.

Είναι ενδιαφέρον να παρατηρηθεί ότι η επίπτωση της κατάθλιψης είναι μεγαλύτερη όταν οι ίδιοι οι έφηβοι συμπληρώνουν τα ερωτηματολόγια (τις διαγνωστικές κλίμακες) και μικρότερη όταν τα συμπληρώνουν οι γονείς τους (Λαζαράτου και Αναγνωστόπουλος, 2001). Αυτό φαίνεται να εξηγείται από το γεγονός ότι οι γονείς παρατηρούν και ανησυχούν περισσότερο για εξωτερικευμένες διαταραχές της συμπεριφοράς και ασχολούνται λιγότερο με το πώς αισθάνεται ο έφηβος. Πρόβλημα λοιπόν αποτελεί τόσο ο εντοπισμός της κατάθλιψης του τέκνου από τον γονιό, ο οποίος υποεκτιμά πολλές φορές τα συμπτώματα, όσο και η διάγνωσή της από τον ειδικό ακόμη και αν ο γονέας απευθυνθεί τελικώς σε αυτόν. Όσον αφορά την κλινική εικόνα, η κατάθλιψη στην εφηβεία έχει κοινά χαρακτηριστικά αλλά και διαφορές από εκείνη των παιδιών ή των ενηλίκων. Τα σύγχρονα ψυχιατρικά ταξινομικά συστήματα DSM-IV και ICD-10 την τοποθετούν πλησιέστερα στην κλινική εικόνα των ενηλίκων, τονίζοντας κάποιες διαφορές. Η βασική διαφορά είναι ότι ο έφηβος μπορεί να παρουσιάζει ευερεθιστότητα αντί του καταθλιπτικού συναισθήματος. Ο καταθλιπτικός έφηβος γκρινιάζει συνεχώς και όλα του φταίνε, παραπονιέται και είναι εύθικτος, με αποτέλεσμα να δημιουργεί προβλήματα στις διαπροσωπικές του σχέσεις, στην οικογένεια και το σχολείο. Περιορίζει τις δραστηριότητες από τις οποίες παλαιότερα συνήθιζε να αντλεί ευχαρίστηση. Παρουσιάζει μειωμένη ενεργητικότητα, νωθρότητα, γενικότερη ψυχοκινητική επιβράδυνση, αισθάνεται κουρασμένος και δείχνει αδιάφορος. Εμφανίζει σημεία ενόχλησης,

εκφράζει μιζέρια, θλίψη, δυστυχία. Διατυπώνει αρνητικά σχόλια για τον εαυτό του, που δείχνουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, όπως για παράδειγμα «είμαι ηλίθιος, χαζός, βλάκας, άσχημος και αντιπαθητικός». Επιπλέον σημειώνει απότομα σημαντική πτώση στη σχολική του επίδοση (Λαζαράτου και Αναγνωστόπουλος, 2001).

Πολλές φορές οι έφηβοι υποφέρουν από καταθλιπτικά αισθήματα χωρίς να συνειδητοποιούν ότι μέσα τους υπάρχει ένα αίσθημα θλίψης ή στενοχώριας ή ότι διακατέχονται από ψυχική αναστολή και σωματική κόπωση. Στις περισσότερες περιπτώσεις, στη βάση παρόμοιων ενδοψυχικών αντιδράσεων βρίσκονται κάποια σοβαρά τραυματικά γεγονότα (σοβαρή σχολική αποτυχία, θάνατος στην οικογένεια, θάνατος της γιαγιάς ή του παππού) ή ακόμη αποτυχίες που καταρρακώνουν τον έφηβο και του κληροδοτούν μια βαθιά απογοήτευση, και κυρίως ένα αίσθημα αναξιότητας και την απώλεια εμπιστοσύνης στον εαυτό, στους άλλους ανθρώπους και στην ζωή. Ορισμένοι έφηβοι επιδίδονται σε έντονες δραστηριότητες για να «πολεμήσουν» το βαθύτερο αίσθημα ψυχικής κόπωσης που τους διακατέχει. Ο έντονος τρόπος ζωής και η φυγή προς την διασκέδαση, τις θορυβώδεις εκδηλώσεις και τις μαζικές δραστηριότητες αποτελούν, κατά συνέπεια, αντίδραση του εφήβου στα καταθλιπτικά αισθήματα και στο αίσθημα μοναχικότητας που τον κατακλύζει. Μερικές φορές η υπερβολική δραστηριότητα (αθλητική, καλλιτεχνική κ.ο.κ.) τονώνει το ηθικό του εφήβου. Άλλες φορές όμως, η μη επεξεργασία των καταθλιπτικών αισθημάτων, ειδικά όταν συνδέονται με σοβαρά προσωπικά ή οικογενειακά προβλήματα, αφήνει τον έφηβο σοβαρά εκτεθειμένο σε μελλοντικές αρνητικές εμπειρίες, οι οποίες μπορούν να γίνουν ακόμα πιο επιβλαβείς (Κουρκούτας, 2001).

Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν την ύπαρξη σχέσης μεταξύ κατάθλιψης και αυτοκτονίας. Συγκεκριμένα, οι Nock & Kessler (2006) στις ΗΠΑ βρήκαν ότι ο κίνδυνος για αυτοκτονία είναι μεγάλος όταν ο έφηβος εκδηλώνει κατάθλιψη. Ο Shain et al (2007) αναφέρουν ότι η κατάθλιψη αποτελεί έναν από τους παράγοντες κινδύνου για την αυτοκτονία. Ο Kandel (1991) και οι συνεργάτες του υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη συνιστά τον μεγαλύτερο προγνωστικό παράγοντα για την αυτοκτονία. Επίσης, σύμφωνα με την Λαζαράτου και τον Αναγνωστόπουλο (2001), η κατάθλιψη συνδέεται με την αυτοκτονία αλλά η καταθλιπτική συμπτωματολογία δεν προεικάζει από μόνη της την αυτοκτονία. Η Lester-Παπαμαθθαϊάκη (1988) υποστηρίζει ότι σε αντίθεση με τις απόπειρες αυτοκτονίας, μελέτες για αυτοκτονίες εφήβων που κατέληξαν σε θάνατο δείχνουν ότι το υπόστρωμα αυτών των σοβαρών αυτοκαταστροφικών πράξεων είναι η κατάθλιψη. Σε αυτές τις περιπτώσεις συχνά κρύβεται ένα οικογενειακό ιστορικό συναισθηματικών διαταραχών.

Ο Μάνος (1997), αναφέρει ότι αν και τα βασικά χαρακτηριστικά ενός καταθλιπτικού επεισοδίου είναι τα ίδια στα νήπια, στα παιδιά, στους εφήβους και στους ενήλικες, ωστόσο παρατηρούνται κάποιες διαφορές στα συμπτώματα, που είναι ανάλογες της ηλικίας. Πιο συγκεκριμένα, στους εφήβους, η κατάθλιψη συχνά εμφανίζεται μαζί με Διαταραχές Ελαττωματικής Προσοχής και Διασπαστικής Συμπεριφοράς, με Αγχώδεις Διαταραχές, με Διαταραχές Σχετιζόμενες με Ουσίες και με Διαταραχές στην Πρόσληψη της Τροφής. Επίσης, στους έφηβους η κατάθλιψη ενδέχεται να εκδηλωθεί με αρνητική ή καθαρά αντικοινωνική συμπεριφορά. Δηλαδή, τάσεις φυγής από το σπίτι, αισθήματα έλλειψης κατανόησης και επιδοκιμασίας, ανησυχία, εκνευρισμός, ευερεθιστότητα, επιθετικότητα, απομάκρυνση από κοινωνικές δραστηριότητες, απομόνωση, προβλήματα με το σχολείο. Επιπλέον, ενδέχεται η προσωπική εμφάνιση να παραμεληθεί, να δημιουργηθεί ιδιαίτερη ευαισθησία απέναντι στην απόρριψη από το αντίθετο φύλο ή να αναπτυχθεί εξάρτηση από ουσίες. Σύμφωνα με τον Μάνο (1997), η πιο σοβαρή και επικίνδυνη επιπλοκή της κατάθλιψης είναι η αυτοκτονία. Συγκεκριμένα, εκτιμάται ότι το 1% των καταθλιπτικών ασθενών αυτοκτονεί μέσα σε ένα χρόνο από την έναρξη του καταθλιπτικού επεισοδίου. Το ποσοστό αυτό ανεβαίνει στο 15 % σε καταθλιπτικούς που υποτροπιάζουν συνεχώς. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι μεγαλύτερες πιθανότητες να αυτοκτονήσει ο καταθλιπτικός είναι στην περίοδο των έξι έως εννέα μηνών που έπεται της συμπτωματικής βελτίωσης του. Αυτό πιθανώς συμβαίνει διότι στην περίοδο αυτή ο ασθενής έχει επανακτήσει την ενεργητικότητα του που τον βοηθάει να ολοκληρώσει ένα σχέδιο αυτοκτονίας, αλλά δεν έχει μεταβάλει τον τρόπο που βλέπει την πραγματικότητα και που είναι τόσο αρνητικός, ώστε να επιθυμεί έντονα να αυτοκτονήσει.

Σύμφωνα με την Σικελιανού (2010), η αυτοκτονία αποτελεί σοβαρή επιπλοκή της κατάθλιψης. Ιδιαίτερα, τα καταθλιπτικά άτομα που παρουσιάζουν ψυχωτικά συμπτώματα, έχουν ήδη διαπράξει απόπειρες αυτοκτονίας, μέλη της οικογένειας τους έχουν απόπειρες αυτοκτονίας, κάνουν συγχρόνως χρήση ουσιών και ζουν μόνα τους, αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες πιθανότητες για απόπειρα αυτοκτονίας.

1.2.2. Αυτοκτονία και Σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια περιλαμβάνει υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας. Πιο αναλυτικά, σύμφωνα με τους Hawton et al (2005) η σχιζοφρένεια σχετίζεται με την αυτοκτονία αλλά επισημαίνουν ότι συνδέεται λιγότερο με τον πυρήνα της διαταραχής αυτής και περισσότερο με τα εξής συμπτώματα: την αναταραχή, την κινητική νευρικότητα και το γεγονός ότι η ασθένεια επηρεάζει τις διανοητικές λειτουργίες. Η συμμόρφωση στην θεραπεία είναι

αναγκαία για την πρόληψη της αυτοκτονίας. Οι σχιζοφρενείς με παραισθήσεις έχουν μειωμένες πιθανότητες αυτοκτονικότητας.

Ο Siris (2001) υποστηρίζει ότι η αυτοκτονική συμπεριφορά παρατηρείται σε υψηλότερο επίπεδο στους σχιζοφρενείς συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό. Οι Sadock και Sadock (2004) αναφέρουν ότι το 10% όσων αυτοκτονούν έχουν σχιζοφρένεια με προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες. Επιπλέον το 50% των ατόμων με σχιζοφρένεια κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας και το 10% τελικώς αυτοκτονούν. Σύμφωνα με κοινές εκτιμήσεις το 10% των ασθενών αυτών θα έχουν μια ολοκληρωμένη αυτοκτονία ενώ οι απόπειρες είναι 2 με 5 φορές περισσότερες από τον μέσο όρο. Ο Palmer et al (2005) μέσα από έρευνες διαπίστωσαν ότι το 4,9% των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια θα αποπειραθεί να αυτοκτονήσει κατά την διάρκεια της ζωής του. Συνήθως το γεγονός αυτό συμβαίνει στο ξεκίνημα της διαταραχής. Τα αποτελέσματα αυτά, σημειώνουν, έρχονται σε αντίθεση με παλαιότερες έρευνες όπου συγκεκριμένα το ποσοστό των ασθενών που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν ανέρχεται στο 10%.

Ο Μάνος (1997) αναφέρει ότι η σχιζοφρένεια, που εμφανίζεται συνήθως στην εφηβεία ή στα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής, οδηγεί σε σοβαρές επιπλοκές. Πρόκειται για πράξεις βίας, αυτοκτονία και απόπειρες αυτοκτονίας. Πιο συγκεκριμένα, περίπου το 10% των ασθενών με σχιζοφρένεια, πεθαίνουν αυτοκτονώντας. Οι αυτοκτονικές συμπεριφορές στην σχιζοφρένεια προκαλούνται, είτε από τη χαοτική τρομοκρατική εμπειρία της ψύχωσης κυρίως στην πρώτη έναρξη του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου, είτε από την κατάθλιψη που εμφανίζεται συγχρόνως με την σχιζοφρένεια, είτε από τις αυτοκαταστροφικές ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες στις οποίες υπακούει ο ασθενής.

1.2.3. Αυτοκτονία και Διαταραχές Προσωπικότητας.

Η οριακή διαταραχή προσωπικότητας αποτελεί μια από τις διαταραχές προσωπικότητας που συχνά σχετίζεται με αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές και αυτοκτονία. Πιο αναλυτικά, ο Μάνος (1997) σημειώνει ότι ιδιαίτερο χαρακτηριστικό των ατόμων με αυτήν την διαταραχή είναι ο έντονος φόβος της εγκατάλειψης, της απόρριψης αλλά και της ανάληψης ευθυνών. Στην προσπάθεια τους να αποφύγουν αυτές τις καταστάσεις μπορεί να οδηγηθούν σε αυτοακρωτηριαστικές πράξεις ή να κάνουν παρορμητικές απόπειρες αυτοκτονίας. Υπολογίζεται ότι 8-10% αυτών των ατόμων πεθαίνουν αυτοκτονώντας, ιδιαίτερα αν έχουν κατάθλιψη ή κάνουν χρήση ουσιών. Ο κίνδυνος για αυτοκτονία είναι πιο

σοβαρός στην νεαρή ενήλικη ζωή και σταδιακά μειώνεται με την πάροδο της ηλικίας. Οι Sadock & Sadock, (2004) αναφέρουν ότι ανάμεσα στα συμπτώματα αυτής της διαταραχής μπορεί να παρατηρηθεί και υποτροπιάζουσα αυτοκτονική συμπεριφορά. Αρκετές μελέτες με εφήβους υποδεικνύουν ότι κάποια συμπτώματα που παρατηρούνται στην οριακή διαταραχή προσωπικότητας, όπως είναι η παρορμητικότητα, η επιθετικότητα και οι συναισθηματικές μεταβολές, σχετίζονται με αυτοκτονικές συμπεριφορές (Crowell et al, 2005; Horesh et al, 2003). Τα αίτια που την προκαλούν δεν έχουν διευκρινιστεί εξολοκλήρου, αλλά γενετικοί παράγοντες σε συνδυασμό με αρνητικές καταστάσεις της ζωής φαίνεται ότι ευθύνονται για την εκδήλωση της. Νευρολογικές έρευνες υποδεικνύουν ότι ανωμαλίες στο μεταιχμιακό σύστημα του εγκεφάλου σχετίζονται με πολλά από τα συμπτώματα της διαταραχής (Leichsenring et al, 2011).

Μια άλλη διαταραχή προσωπικότητας που φαίνεται να συνδέεται με την αυτοκτονικότητα είναι η σχιζότυπη διαταραχή προσωπικότητας. Πρόκειται για μια διαταραχή πολλές πτυχές της οποίας δεν έχουν κατανοηθεί (Lentz et al, 2010). Οι ασθενείς φαίνονται παράξενοι, ο λόγος τους μπορεί να φαίνεται περίεργος, παρουσιάζουν απρόσφορο συναίσθημα, αλλόκοτη συμπεριφορά, παράδοξες πεποιθήσεις, ασυνήθιστες αντιληπτικές εμπειρίες, παρανοειδή ιδεασμό, κοινωνική απομόνωση και κοινωνικό άγχος (Sadock & Sadock, 2004). Φαίνεται να σχετίζεται έντονα με πολλές αρνητικές εμπειρίες που βίωσε το πάσχον άτομο κατά την παιδική του ηλικία. Επίσης εκτός από την αυτοκτονική συμπεριφορά συσχετίζεται με άλλες διαταραχές όπως είναι η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές. Μέχρι και το 10% των ανθρώπων που εμφανίζουν αυτόν τον τύπο προσωπικότητας μπορεί να αυτοκτονήσουν .

Ο Μάνος (1997) υποστηρίζει ότι τα άτομα με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας πεθαίνουν συνήθως νωρίς και με βίαιο τρόπο. Ένας τέτοιος τρόπος είναι και η αυτοκτονία. Άτομα που παρουσιάζουν αυτήν την διαταραχή, εμφανίζουν την αντικοινωνική τους συμπεριφορά πριν τα 15, οπότε και εκδηλώνουν κάποια από τα συμπτώματα της διαταραχής της διαγωγής, όπως επιθετικότητα, καταστροφή ιδιοκτησίας, εξαπάτηση ή κλοπές και σοβαρή παραβίαση κανόνων. Στην εφηβεία, τα άτομα αυτά έχουν βίαιη ή επιθετική σεξουαλική δραστηριότητα που ξεκινά από νωρίς, συχνά κάνουν κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ουσιών και παραβιάζουν τους νόμους. Γενικότερα, τα άτομα με αυτήν την διαταραχή, αδιαφορούν για τους άλλους, περιφρονώντας τα δικαιώματα και τα συναισθήματα τους. Επίσης, είναι κυνικά και δεν αισθάνονται ενοχές για την αντικοινωνική συμπεριφορά τους.

1.2.4. Αυτοκτονία και χρήσεις ουσιών

Ένα φαινόμενο που έχει μελετηθεί αρκετά από τους ερευνητές και φαίνεται ότι μπορεί να οδηγήσει τον έφηβο στην αυτοκτονία είναι η χρήση ουσιών. Ο έφηβος μπορεί να κάνει κατάχρηση ουσιών ή να είναι εξαρτημένος από αυτές. Η πρώτη περίπτωση εκδηλώνεται με υποτροπιάζουσες και βλαβερές συνέπειες που είναι αποτέλεσμα της επανειλημμένης χρήσης ουσιών. Αντίθετα, στην δεύτερη περίπτωση ο ασθενής, ανάμεσα σε άλλα, παρουσιάζει ανοχή στις ουσίες, στερητικό σύνδρομο ή καταναγκαστική χρήση (Μάνος, 1997).

Πιο αναλυτικά, αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι είναι πιθανότερο να παρατηρηθούν απόπειρες αυτοκτονίας σε εφήβους που κάνουν χρήση παράνομων ναρκωτικών ουσιών (Rossow et al, 2005) ή σε εφήβους που καταναλώνουν συχνά μεγάλες ποσότητες αλκοόλ. Σύμφωνα με τους Verona και Jaudani (2011) η υπερβολική λήψη αλκοόλ και η χρήση ινδικής κάνναβης συνδέονται με αυτοκτονικές απειλές και απόπειρες αλλά όχι με αυτοκτονικό ιδεασμό. Επίσης, οι Juon και Eusninger (1997) υποστηρίζουν ότι σε ένα δείγμα αφροαμερικάνων που κατέφευγαν σε χρήση κοκαΐνης, παρατηρήθηκαν αυτοκτονικές συμπεριφορές.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι σύμφωνα με έρευνες η χρήση ουσιών ή η κατανάλωση αλκοόλ προκαλούν αυτοκτονικές συμπεριφορές γιατί συνδέονται με ψυχιατρικές διαταραχές ή ψυχοκοινωνικά προβλήματα (Hallfors, 2004). Σε αυτά περιλαμβάνονται προγενέστερα αρνητικά γεγονότα, προβλήματα με το νόμο, ιστορικό πνευματικών διαταραχών και αυτοκτονιών και σεξουαλική κακοποίηση (Garlow et al, 2007). Όσον αφορά την τοξικομανία, οι έφηβοι είτε λόγω ατυχήματος είτε λόγω απώλειας της συνείδησης και κατάρρευσης των φυσιολογικών αμυνών, που οφείλονται στην κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών, βιώνουν αισθήματα παντοδυναμίας. Αυτά τους ωθούν σε ανεξέλεγκτες και επικίνδυνες συμπεριφορές που συχνά αποβαίνουν θανατηφόρες (Κουρκούτας, 2001). Σύμφωνα με τον Kandel et al (1991), οι έφηβοι που δεν έχουν υποστήριξη από τον περίγυρο τους ενδέχεται να αισθάνονται θλίψη και να βιώνουν την απομόνωση με αποτέλεσμα να στρέφονται στα ναρκωτικά για να αντιμετωπίσουν τα κοινωνικά και συναισθηματικά τους προβλήματα. Στην πραγματικότητα όμως τα ναρκωτικά τους προσφέρουν μόνο προσωρινή διέξοδο και συνήθως γιγαντώνουν τα προβλήματα τους και τα συναισθήματα κατάθλιψης. Άλλωστε βρέθηκε ότι τα ναρκωτικά στα οποία κατέφευγαν τα κορίτσια για να αισθανθούν καλύτερα, ενίσχυαν σε μεγαλύτερο βαθμό τον αυτοκτονικό ιδεασμό που παρουσίαζαν. Ακόμη, φάνηκε ότι υπάρχει μια εντονότερη συσχέτιση ανάμεσα στην κατάχρηση ναρκωτικών

και τον αυτοκτονικό ιδεασμό στα κορίτσια ενώ η συσχέτιση της κατάχρησης με τις απόπειρες αυτοκτονίας είναι ίδιες και για τα δύο φύλα.

Επίσης έρευνες που επικεντρώνονται στο αλκοόλ επισημαίνουν ότι η χρόνια εξάρτηση από αυτό δεν είναι επαρκής για την εκδήλωση αυτοκτονικότητας. Αντίθετα η συνύπαρξη του αλκοολισμού με ψυχιατρικές διαταραχές ή η εμφάνιση στρεσογόνων παραγόντων στη ζωή του εφήβου αποτελούν παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία (Hufford, 2001). Ένα στρεσογόνο γεγονός που σχετίζεται ιδιαίτερα με την αυτοκτονία στους αλκοολικούς είναι η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου (Heikkinet et al, 1994; Murphy et al, 1979). Ο Murphy et al. (1979) του ανακάλυψαν ότι αρκετοί αλκοολικοί που αυτοκτόνησαν έζησαν την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου 6 εβδομάδες πριν τον θάνατο τους. Επίσης κάποια ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ συχνά ευθύνεται για αυτοκτονικές συμπεριφορές διότι προκαλεί στους εφήβους παρορμητικότητα, έντονες καταθλιπτικές σκέψεις και αυτοκτονικό ιδεασμό, έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών και αυτοτραυματικές συμπεριφορές (Hufford, 2001). Άλλωστε σύμφωνα με διάφορες μελέτες οι περισσότεροι έφηβοι πιστεύουν πως το αλκοόλ μπορεί να λειτουργήσει ως «φάρμακο» (Hufford, 2001). Στην πραγματικότητα οι χαμηλές δόσεις αλκοόλ είναι πιθανόν να μειώνουν τα αρνητικά συναισθήματα σε σχέση με τις υψηλές. Αντίθετα οι υψηλές δόσεις αλκοόλ μπορούν να προκαλέσουν καταθλιπτικά συναισθήματα στους χρόνιους αλκοολικούς ή και στους μη αλκοολικούς (Hufford, 2001). Επίσης υπάρχουν έρευνες σύμφωνα με τις οποίες οι έφηβοι που έχουν αυτοκτονικό ιδεασμό καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ γιατί πιστεύουν πως θα τους προσφέρει το κίνητρο να διαπράξουν την αυτοκτονία, ξεπερνώντας τις αναστολές τους (Himmelhoch, 1988) ή να ολοκληρώσουν την αυτοκτονική πράξη χωρίς να βιώσουν σωματικό πόνο. Αυτός ίσως είναι και ο λόγος που οι έφηβοι που βρίσκονται κάτω από την επήρεια αλκοόλ χρησιμοποιούν τα πιο θανατηφόρα μέσα για να διαπράξουν την αυτοκτονία (Hufford, 2001). Σύμφωνα με τον Μάνο (1997), η χρήση ουσιών δύναται να οδηγήσει στην αναστρέψιμη κατάσταση της αυτοκτονίας η οποία συνήθως είναι αποτέλεσμα της κατάθλιψης ή μιας γενικότερης διαταραχής της διάθεσης που οφείλεται στα άμεσα αποτελέσματα της δράσης κάποιων ουσιών. Η διαταραχή της διάθεσης μπορεί να εκδηλώνεται με έντονη μείωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης ή ανεβασμένη, διάχυτη ή ευερέθιστη διάθεση. Ειδικότερα, όσον αφορά το αλκοόλ, η κατάθλιψη που συχνά συνοδεύει την Αλκοολική Τοξίκωση, δηλαδή την μέθη, αλλά και η κατάθλιψη που οφείλεται στο αλκοόλ μέσω της απευθείας δράσης του στον εγκέφαλο, αυξάνουν τις πιθανότητες αυτοκτονίας.

1.2.5. Αυτοκτονία και Διατροφικές Διαταραχές.

Η εφηβεία αποτελεί μια περίοδο υψηλής επικινδυνότητας για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών (Crow et al, 2009). Μελέτες υποδεικνύουν ότι οι διατροφικές διαταραχές σχετίζονται με ψυχικές διαταραχές και επικίνδυνες και αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές στις οποίες συμπεριλαμβάνονται η κατάχρηση ουσιών και η αυτοκτονικότητα (Zaitsoff & Grilo, 2004). Πιο συγκεκριμένα οι διατροφικές διαταραχές και κυρίως η νευρική ανορεξία σχετίζονται με υψηλά ποσοστά ολοκληρωμένης αυτοκτονίας. Η αυτοκτονικότητα συνδέεται με τις διατροφικές διαταραχές που εκδηλώνεται στα κορίτσια αλλά όχι στα αγόρια. Οι αυτοαναφορές για απόπειρες αυτοκτονίας συνδέονται με τον περιορισμό του φαγητού, την έλλειψη ικανοποίησης για το σώμα τους και την πρόκληση εμετού. Για τις έφηβες το ιστορικό επανειλημμένων αποπειρών αυτοκτονίας και η υψηλού κινδύνου αυτοκτονικότητας παραμένουν θετικά συσχετιζόμενα με τον περιορισμό της τροφής και την έλλειψη ικανοποίησης για το σώμα τους, ακόμα και όταν δεν συνυπάρχουν οι διαταραχές αυτές με κατάθλιψη.

Σύμφωνα με ανάλογες μελέτες (Harris & Barraclough, 1998) οι διατροφικές διαταραχές παρουσιάζουν ιδιαίτερα υψηλούς δείκτες θνησιμότητας ανάμεσα σε ψυχιατρικές διαταραχές. Η αυτοκτονικότητα είναι ένας από τους παράγοντες θνησιμότητας αυτών των διαταραχών. Ο Forcano και οι συν. (2010), αναφέρουν ότι τα ποσοστά αυτοκτονικότητας είναι υψηλότερα στους εφήβους με διατροφικές διαταραχές σε σχέση με τους εφήβους που ανήκουν στον γενικό πληθυσμό. Συγκεκριμένα, σημειώνουν ότι σύμφωνα με κάποιες μελέτες τα ποσοστά αυτοκτονίας ανάμεσα στην νευρική ανορεξία και την βουλιμία δεν διαφέρουν σημαντικά. Αντίθετα, σύμφωνα με τους ίδιους, σε άλλες μελέτες υποστηρίζεται η ύπαρξη υψηλότερων επιπέδων αυτοκτονικότητας στη νευρική ανορεξία σε σύγκριση με την βουλιμία. Στα χαρακτηριστικά των εφήβων με νευρική ανορεξία που εκδηλώνουν αυτοκτονικότητα περιλαμβάνονται το χαμηλό σωματικό βάρος, η χρήση καθαρτικών, η ηλικία της εφόρμησης, το ιστορικό σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης και η κακή πρόγνωση (Forcano et al, 2010). Επίσης συχνά οι συγκεκριμένοι έφηβοι παρουσιάζουν επιθετικότητα, ανυπομονησία, απαισιοδοξία, υπερβολική επιμονή και χαμηλό αυτοέλεγχο. Ιδιαίτερα όμως ποσοστά αυτοκτονικότητας παρουσιάζουν εκείνοι οι έφηβοι που ανάμεσα στα άλλα συμπτώματα καταφεύγουν σε συστηματική χρήση καθαρτικών. Η εμφάνιση αυτής της συμπεριφοράς πιθανόν να συνδέεται με παρορμητικότητα και ανικανότητα ρύθμισης του θυμού, που αυξάνουν τα επίπεδα αυτοκτονικότητας. Συγκεκριμένα οι έφηβοι με νευρική ανορεξία που εκδηλώνουν την συγκεκριμένη συμπεριφορά έχουν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να

αυτοκτονήσουν σε σχέση με τους εφήβους με νευρική ανορεξία στους οποίους το κυρίαρχο σύμπτωμα είναι η περιορισμένη λήψη φαγητού (Forcano et al, 2010).

Ο Μάνος (1997) αναφέρει ότι στα άτομα που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία η μέση ηλικία έναρξης είναι τα 17 έτη και συχνά οφείλεται σε κάποιο στρεσογόνο γεγονός όπως είναι η φοίτηση και κατοίκηση σε άλλη πόλη, μακριά από την οικογένεια. Τα άτομα αυτά νιώθουν παχιά ακόμα και αν το βάρος τους είναι φυσιολογικό ή ακόμα και όταν έχουν χαμηλό βάρος. Η μεγάλη ελάττωση του βάρους που παρουσιάζουν συνήθως αυτά τα άτομα, συνοδεύεται και από καταθλιπτικά συμπτώματα όπως θλίψη, κοινωνική απόσυρση, αϋπνία, ευερεθιστότητα και μειωμένο ενδιαφέρον για σεξ. Επίσης, μπορεί να υπάρξουν πολλές επιπλοκές στην πορεία της συγκεκριμένης διαταραχής. Η χειρότερη επιπλοκή είναι ο θάνατος που συνήθως προέρχεται από αστία, ηλεκτρολυτικές διαταραχές ή αυτοκτονία.

Υποκεφάλαιο 1.3. Αιτιολογικοί παράγοντες της Αυτοκτονίας στην Εφηβική Ηλικία-Παράγοντες κινδύνου.

Η αυτοκτονική συμπεριφορά στην εφηβεία αποτελεί αναμφίβολα ένα φαινόμενο με πολυπαραγοντική αιτιολογία, με κεντρικό άξονα τις ψυχικές διεργασίες αυτής της αναπτυξιακής περιόδου (Κουρκούτας, 2001). Πολλοί συγγραφείς, για παράδειγμα, σχετίζουν την αυτοκτονική συμπεριφορά είτε με έντονες διαταραχές του συναισθήματος είτε με έντονες καταθλιπτικές τάσεις. Σύμφωνα με συγγραφείς της ψυχοδυναμικής κατεύθυνσης, οι διαταραχές αυτές δεν αποτελούν κατά ανάγκη άμεση έκφραση μιας ενδογενούς βιολογικής παθολογίας, αλλά την κορύφωση μιας μακράς διαδικασίας ανεπίλυτων εξωτερικών και εσωτερικών συγκρούσεων. Εντούτοις, η ίδια η φύση της εφηβείας, επιβάλλει τη συνεχή μελέτη της θέσης και του ρόλου των ψυχοκοινωνικών παραγόντων, σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο κοινωνικό περιβάλλον.

1.3.1. Βιολογικοί παράγοντες-Γενετική υπόθεση

Οι βιολογικοί παράγοντες που αφορούν τον μεταβολισμό των αμινών και κυρίως της σεροτονίνης, έχουν ερευνηθεί ελάχιστα σε παιδιά κι εφήβους (Pfeffer, 1991). Ό,τι γνωρίζουμε είναι από τις μελέτες σε ενήλικες. Σύμφωνα λοιπόν με την βιολογική προσέγγιση

(βιοχημική), τείνει να εδραιωθεί η άποψη ότι ο μεταβολισμός των εγκεφαλικών μονοαμινών παίζει σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση του συναισθήματος (Ζερβής, 2001). Αυτό φαίνεται να το αποδεικνύουν βιοχημικά, ψυχοφαρμακολογικά, ψυχοπαθολογικά και θεραπευτικά δεδομένα. Οι μονοαμίνες αποτελούν νευροδιαβιβαστές δηλαδή ουσίες που απελευθερώνονται από το προσυναπτικό νευρικό κύτταρο για να καταλήξουν στον υποδοχέα του μετασυναπτικού νευρικού κυττάρου. Με αυτόν τον τρόπο μεταδίδουν το ερέθισμα ανάμεσα σε δυο νευρικά κύτταρα του κεντρικού νευρικού συστήματος. Οι μονοαμίνες, οι πιο σημαντικοί νευροδιαβιβαστές του εγκεφάλου, περιλαμβάνουν τις κατεχολαμίνες (αδρεναλίνη, νοραδρεναλίνη, ντοπαμίνη), την ακετυλοχολίνη, την σεροτονίνη και την ισταμίνη.

Συγκεκριμένα, η νοραδρεναλίνη φαίνεται να συνδέεται με το συναίσθημα, την εγρήγορση, την όρεξη και την ανταμοιβή (Sadock & Sadock, 2004). Η ντοπαμίνη σχετίζεται με την ψυχοκινητική δραστηριότητα και η σεροτονίνη με το συναίσθημα, τον ύπνο και την ικανότητα ελέγχου και αναστολής της ψυχοκινητικής εκφόρτισης. Τα δεδομένα που υπάρχουν τείνουν προς το συμπέρασμα ότι στην περίπτωση της κατάθλιψης και της αυτοκτονικότητας υπάρχει μείωση του επιπέδου των μονοαμινών στον εγκέφαλο. Αυτό ενισχύεται και από το γεγονός ότι τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά που βασίζονται στην αύξηση του επιπέδου των μονοαμινών, έχουν θεραπευτικά αποτελέσματα απέναντι σε περιπτώσεις αυτοκτονικών ασθενών. Τα τελευταία χρόνια η κατάθλιψη και η αυτοκτονία συνδέονται περισσότερο κυρίως με την εξάντληση αποθεμάτων σεροτονίνης στους νευρώνες του εγκεφάλου, αφού οι σεροτονινεργικές ουσίες αποτελούν αποτελεσματικά φάρμακα για την θεραπεία τους (Ζερβής, 2001).

Παρόλα αυτά τα στοιχεία, δεν έχει ακόμη πραγματοποιηθεί μια ικανοποιητική σύνθεση των πολυπληθών δεδομένων που έχουν προκύψει και τα οποία συχνά είναι αντιφατικά. Τίθεται το ερώτημα αν η υποτιθέμενη διαταραχή στο επίπεδο των μονοαμινών είναι απαραίτητη προϋπόθεση ή από μόνη της επαρκής για να προκύψει κατάθλιψη και αυτοκτονική συμπεριφορά. Εξάλλου προκύπτει επίσης το θέμα αν οι υποτιθέμενες χημικές διαταραχές στο επίπεδο του κεντρικού νευρικού συστήματος στους αυτοκτονικούς ασθενείς είναι πρωτογενείς, αν ενδέχεται δηλαδή να είναι γενετικά καθορισμένες, ή αν πρόκειται για δευτερογενείς αποκλίσεις που σχετίζονται με τραυματικά ή αγχογόνα γεγονότα. Κάποιες πειραματικές εργασίες τείνουν να ενισχύσουν την δεύτερη άποψη (Ζερβής, 2001).

Μελετητές έχουν υποστηρίξει την συμμετοχή γενετικών παραγόντων στην εκδήλωση της αυτοκτονικότητας των εφήβων. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την γενετική προσέγγιση ο αυτοκτονικός ασθενής κληρονόμησε από προηγούμενες γενεές τα γονίδια που είναι υπεύθυνα για την εκδήλωση της κατάθλιψης και της αυτοκτονικής συμπεριφοράς (Ζερβής, 2001). Η

γενετική θεωρία στηρίζεται στην διαπίστωση ότι υπάρχει αυξημένη παρουσία συναισθηματικών διαταραχών, όπως είναι η κατάθλιψη, στις οικογένειες ατόμων που πάσχουν από την ίδια διαταραχή. Η πιθανότητα νόσησης από διαταραχή της διάθεσης είναι 10-13% για άτομο του οποίου ο ένας γονέας πάσχει από κατάθλιψη. Σε έρευνες σε διδύμους που εκδήλωναν κατάθλιψη, αποδείχθηκε ότι στους μονοζυγωτικούς η πάθηση εκδηλώνεται και στους δυο σε ποσοστό 50% ενώ στους διζυγωτικούς σε ποσοστό 10-25%. Μελέτες με υιοθετημένα παιδιά απέδειξαν ότι υπάρχει υψηλότερη συχνότητα συναισθηματικών διαταραχών στους βιολογικούς γονείς υιοθετημένων παιδιών, που παρουσίαζαν επίσης ανάλογη συναισθηματική διαταραχή, σε σχέση με τους θετούς γονείς (Sadock & Sadock, 2004). Παρόλα αυτά η άποψη που επικρατεί είναι ότι διαταραχές όπως η κατάθλιψη είναι αποτέλεσμα μιας διαδικασίας, η οποία περιλαμβάνει συνδυασμό γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων (Ζερβής, 2001). Πρόκειται πιθανώς για περισσότερα από ένα γονίδια, τα οποία είναι υπεύθυνα για την γενετική προδιάθεση, που καταλήγει στην εκδήλωση της αυτοκτονικότητας αν συντρέξουν περιβαλλοντικοί παράγοντες.

1.3.2. Ατομικοί παράγοντες

Σε πολλές περιπτώσεις η αυτοκτονία φαντάζει σαν μια λύση για τον έφηβο και είναι δυνατόν να μεταφέρει συμβολισμούς και έννοιες (Κουρκούτας, 2001). Συγκεκριμένα η αυτοκτονική συμπεριφορά συχνά προσφέρει την φυγή από μια ανυπόφορη κατάσταση. Αυτή μπορεί να είναι μια οδυνηρή προσωπική κατάσταση ή μια ασθένεια. Επίσης η αυτοκτονία μπορεί να πραγματοποιηθεί υπό την επίδραση της απώλειας ενός σημαντικού και αγαπημένου προσώπου και από την έλλειψη ανοχής στο βαρύ πένθος, που αυτή προκαλεί. Η έλλειψη ανοχής οφείλεται συνήθως στην ευαισθησία και ευαλωτότητα που χαρακτηρίζει τον ψυχισμό του αυτοκτονικού εφήβου. Το πένθος αυτό γεννά αφόρητη θλίψη και πόνο. Άλλωστε, όπως αναφέρει και ο Negron και οι συνεργάτες του (Duke & Borowsky, 2009), τα κίνητρα του εφήβου που τον οδηγούν στην αυτοκτονία, φαίνεται να αφορούν την επιθυμία του να βρει τρόπους να ξεφύγει από μια ψυχοφθόρα κατάσταση.

Η αυτοκτονία συχνά λειτουργεί ως αυτοτιμωρία και αυτοκαταστροφή με στόχο να εξιλεωθεί ο έφηβος από ένα πραγματικό ή φανταστικό έγκλημα και να απαλλαγεί από τις επώδυνες ενοχές που το συνοδεύουν. Αυτές απορρέουν από την υπερβολικά αυστηρή συνείδηση του. Άλλοτε ο έφηβος με την αυτοχειρία επιδιώκει την εκδίκηση, την προσπάθεια δηλαδή πρόκλησης ενοχών και τιμωρίας, εκείνων που τον καταπιέζουν, τον απορρίπτουν και

που ευθύνονται γενικά για την δυστυχία του. Την ώρα της απόπειρας ο έφηβος φαίνεται να βιώνει το σώμα του ως ξεχωριστό από τον εαυτό του και όχι σαν να του ανήκει: «ο θάνατος σημαίνει σκοτώνω το σώμα, αλλά όχι απαραίτητα και το νου». Αυτοί οι έφηβοι μισούν το σώμα τους για το πως νοιώθουν πιεζόμενοι από αυτό ώστε να έχουν αυτές τις φαντασιώσεις (Κουρκούτας, 2001). Σύμφωνα με τον Adler (1958) η αυτοκτονία είναι μια διαπροσωπική ενέργεια, ο έφηβος δηλαδή εξαιτίας της ανεπαρκούς κοινωνικής αλληλεπίδρασης πληγώνει τους άλλους καταστρέφοντας τον ίδιο του τον εαυτό. Η αυτοκτονική πράξη συνιστά και συμβολίζει την έσχατη μορφή αυτοκαταστροφικότητας και επιθετικότητας ενάντια στον εαυτό, μέσα από τον αφανισμό του σώματος. Το σώμα και ο εαυτός βιώνονται μέσα από την ένταση των απελπιστικών συναισθημάτων ως ανυπόφορο βάρος ή εχθρός. Στις απόπειρες αυτοκτονίας «προβάλλονται» συνήθως πάνω στο σώμα έντονα συσσωρευμένα αρνητικά συναισθήματα που αφορούν το ίδιο το άτομο, και κυρίως τον άλλο, και που ο έφηβος αισθάνεται ανίκανος να επεξεργαστεί. Με το να «κόβει τις φλέβες του», ο έφηβος συνήθως επιτίθεται είτε στον άλλον, που μισεί επειδή του έχει προκαλέσει «μεγάλο κακό», είτε ενάντια στον εαυτό του και στο σώμα του που βιώνονται ως ανεπιθύμητα (Κουρκούτας, 2001).

Κατά ανάλογο τρόπο η αυτοκτονική συμπεριφορά του εφήβου μπορεί να ερμηνευθεί ως μια πράξη απελπισίας μέσω της οποίας ο έφηβος καλεί τον περίγυρο του σε βοήθεια ή τον εκβιάζει συναισθηματικά. Με αυτό τον τρόπο δηλαδή ο έφηβος «ταράζει τα νερά» πιστεύοντας ότι θα ευαισθητοποιήσει, θα διώξει την «αναισθησία» των δικών του ανθρώπων και θα στρέψει το ενδιαφέρον τους πάνω του. Στην περίπτωση αυτή ο έφηβος βιώνει την στάση των μελών της οικογένειας του ως αδιάφορη (Κουρκούτας, 2001). Ο Negron και οι συνεργάτες του υποστηρίζουν ότι στα κίνητρα του εφήβου για αυτοκτονία φαίνεται να περιλαμβάνεται η ανάγκη του για έκκληση σε βοήθεια, για αγάπη, προσοχή ή έλεος και για εκδίκηση και τιμωρία των άλλων ανθρώπων (Duke & Borowsky, 2009). Η απόπειρα αυτοκτονίας σηματοδοτεί την αδυναμία του περάσματος στην πράξη, την επίθεση στο σώμα και τις διεργασίες αποχωρισμού. Αποτελεί σημαντικό μέσο χειριστικής συμπεριφοράς και προσέγκυσης της προσοχής του περιβάλλοντος. Επίσης αποτελεί την τελική και απελπισμένη χειρονομία του εφήβου να διατηρήσει ή να εγκαταστήσει την σχέση του με τους άλλους. Κρύβει φαντασιώσεις κυριαρχίας και αθανασίας ενός εφήβου, ο οποίος δεν έχει αποκτήσει αίσθημα ταυτότητας αρκετά ισχυρό και αδυνατεί να διασχίσει επιτυχώς τα στάδια της εφηβείας (Κουρκούτας, 2001). Κάποιες άλλες φορές η αυτοκτονική συμπεριφορά συμβολίζει την θυσία ή την ηρωική αναπαράσταση του εφήβου μέσω της οποίας αυτοεξυψώνεται. Σε κάποιες άλλες περιστάσεις η αυτοκτονία είναι αποτέλεσμα της δοκιμασίας των ορίων του και

ενός παιχνιδιού -πρόκλησης με τον θάνατο. Η συμπεριφορά αυτή αναδεικνύει τη σύγχυση και την βαθειά ανωριμότητα του αφού δεν συνειδητοποιεί το μη αναστρέψιμο της πράξης του (Κουρκούτας, 2001). Στα μέσα μαζικής ενημέρωσης τυγχάνει να γίνεται αναφορά σε περιπτώσεις εφήβων που αυτοκτόνησαν ενόσω οι «φίλοι» τους παρακολουθούσαν, για παράδειγμα, να παίρνουν υπερβολική δόση χαπιών, για να τους αποδείξουν πόσο σκληροί είναι, όπως ισχυρίζονταν.

Κοινός παρανομαστής όλων αυτών των παραγόντων είναι η συναισθηματική απελπισία και διαταραχή του εφήβου και η έλλειψη συνειδητοποίησης της σημασίας του θανάτου. Μέσα από μελέτες εφήβων που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν φάνηκε πως δεν συνειδητοποιούσαν ότι ο θάνατος σημαίνει εξαφάνιση του εαυτού. Σε ορισμένους από αυτούς τους εφήβους η αντίληψη που έχουν για τον θάνατο είναι αποτέλεσμα των θρησκευτικών τους πεποιθήσεων. Πιστεύουν δηλαδή ότι ο θάνατος τους θα τους οδηγήσει στην αναγέννηση και σε μια νέα αρχή (Κουρκούτας, 2001).

Ο Wahl (1957) επηρεασμένος από τον Jung υποστήριξε ότι η αυτοκτονία αντιπροσωπεύει την επιθυμία του ατόμου για αναγέννηση σε μια καινούργια και καλύτερη ζωή. Σύμφωνα με τον Chabrol (1987), για πολλούς αυτοκτονικούς εφήβους η αυτοκτονία αποτελεί ένα μέσο για να θριαμβεύσει ο έφηβος πάνω στον θάνατο και να επικυρώσει την αθανασία του. Οι συγκεκριμένοι έφηβοι δηλαδή βλέπουν τον θάνατο σαν μια θετική κατάσταση που σημαίνει απαλλαγή, ανακούφιση και ειρήνη.

Ένας άλλος ατομικός παράγοντας που οδηγεί στην αυτοκτονική συμπεριφορά φαίνεται να είναι το γεγονός ότι ανάμεσα στα 12 και 15 έτη η σκέψη του εφήβου αναπτύσσει τυπικές λειτουργίες, δηλαδή γίνεται θεωρητική, υποθετικο-συμπερασματική και ικανή να κατανοήσει τις φιλοσοφικές αντιλήψεις για την ζωή και τον θάνατο (Lester-Παπαματθαϊάκη, 1988). Ο έφηβος αντιλαμβάνεται τις ιδέες της ελεύθερης βούλησης και μπορεί να προβληματιστεί πάνω στο δικαίωμα του ατόμου να διαλέξει την ζωή ή τον θάνατο. Σύμφωνα με την προσέγγιση με βάση τις νοητικές διεργασίες και την θεωρία της συμπεριφοράς (Chabrol, 1987) αυτοκτονική συμπεριφορά του εφήβου οφείλεται στην διανοητική ανεπάρκεια του, δηλαδή στην αδυναμία του να σκέφτεται και να αντιμετωπίζει αποτελεσματικά τα προβλήματα. Η αδυναμία του εφήβου να ελέγξει μια ανυπόφορη κατάσταση και η πεποίθηση του ότι είναι αδύνατο να ξεφύγει από αυτήν γεννούν μια κατάσταση δυστυχίας από την οποία προσπαθεί να ξεφύγει μέσω της αυτοκτονίας.

Οι έφηβοι με τάσεις αυτοκτονίας χαρακτηρίζονται από εξωτερικό τόπο ελέγχου (Chabrol, 1987). Αυτό σημαίνει ότι πιστεύουν πως αποτελούν ένα παιχνίδι της τύχης, της μοίρας και του πεπρωμένου και ότι δεν μπορούν οι ίδιοι να επηρεάσουν το περιβάλλον τους

με τις πράξεις τους και να έχουν την κυριότητα των γεγονότων της ζωής τους. Άλλοι ατομικοί παράγοντες που συνδέονται με την αυτοκτονική συμπεριφορά του εφήβου φαίνεται να είναι η αίσθηση απογοήτευσης και τα αρνητικά συναισθήματα που τον κατακλύζουν (Duke & Borowsky, 2009).

1.3.3. Η κρίση της εφηβείας

Η φύση της εφηβείας, το γεγονός δηλαδή ότι αποτελεί μια μεταβατική περίοδο με κοινωνικές, ψυχολογικές και βιολογικές αλλαγές την καθιστούν ως μια ηλικιακή περίοδο αυξημένου κινδύνου για αυτοκτονίες. Ο έφηβος καλείται να αντιμετωπίσει τις απαιτήσεις και το στρες που εκδηλώνεται λόγω αυτών των αλλαγών. Επίσης είναι η περίοδος όπου θα πρέπει να αποκοπεί από τους προηγούμενους κοινωνικούς ρόλους του και να υιοθετήσει νέους ρόλους απέναντι στους γονείς του, να αναπτύξει νέες σχέσεις με τους συνομήλικους και να κερδίσει την κοινωνική αποδοχή τους εγκαθιδρύοντας σταδιακά την αίσθηση προσωπικής ταυτότητας και να αρχίσει να κάνει σχέδια για το μέλλον (Kandel et al, 1991).

Η ψυχαναλυτική προσέγγιση ταυτίζει ένα μεγάλο μέρος των διεργασιών της εφηβείας με την διεργασία του πένθους (Λαζαράτου και Αναγνωστόπουλος, 2001). Ο έφηβος είναι αναγκασμένος να αποχωριστεί συμβολικά τους γονείς του, να διακόψει τους δεσμούς μαζί τους και να απομακρυνθεί από τον παράδεισο των παιδικών του χρόνων, για να αντιμετωπίσει μόνος του μια νέα πραγματικότητα. Αυτή η διεργασία διακοπής των δεσμών και απώλειας του αντικειμένου έχει ακριβώς τα ίδια στάδια, όπως η διεργασία αντιμετώπισης του θανάτου ενός αγαπημένου προσώπου. Το αντικείμενο που κινδυνεύει να χαθεί, εσωτερικεύεται και ενδοβάλλεται. Υπάρχει ένας φόβος μεταλλαγής του αντικειμένου αγάπης και απειλής που συνδέεται με την ερωτική επένδυση νέων αντικειμένων. Η σύγκρουση που προέρχεται από την απόσταση ανάμεσα στο αντικείμενο που πρόκειται να χαθεί και στο νέο αντικείμενο που πρόκειται να επενδυθεί καθλώνει τον έφηβο σε μια θέση ανικανότητας και βαθιάς απελπισίας. Ταυτόχρονα ενώ ο έφηβος απομακρύνεται από τα αντικείμενα αγάπης της παιδικής του ηλικίας, περνάει μια περίοδο όπου η ενασχόληση του είναι κυρίως στραμμένη προς τον ίδιο του τον εαυτό (Λαζαράτου και Αναγνωστόπουλος, 2001.). Πρόκειται για μια ναρκισσιστική παλινδρόμηση όπου οι ικανοποιήσεις αναζητούνται όχι στις σχέσεις με τους άλλους, αλλά στις φαντασιώσεις και στα προσωπικά σενάρια του εφήβου. Από εδώ πηγάζουν τα αισθήματα ντροπής, κατωτερότητας, χαμηλής αυτοεκτίμησης και εκφράζουν την απόσταση από αυτά που θα ήθελε ο έφηβος να είναι και από αυτό που πραγματικά είναι

Επιπροσθέτως, κάποιοι ερευνητές όπως ο Haim (1970), υποστηρίζουν ότι οι αυτοκτονικοί έφηβοι οδηγούνται σε ακραίες και καταστροφικές συμπεριφορές λόγω των επώδυνων αισθημάτων απώλειας και κατάθλιψης που βιώνουν. Αυτά είναι αποτελέσματα της ανικανότητας τους να αναπτύξουν τις κατάλληλες ψυχικές δομές και τις κατάλληλες άμυνες για να αντιμετωπίσουν την κρίση της εφηβείας. Με τον όρο «κρίση εφηβείας» αναφερόμαστε στην κατάσταση ανισορροπίας ή αδιεξόδου που βιώνει ο έφηβος σε ψυχολογικό επίπεδο και η οποία προέρχεται συνήθως από τις σωματικές και ψυχικές αλλαγές που συμβαίνουν αυτήν την περίοδο. Η ανικανότητα αυτή είναι προϊόν της επίδρασης του ψυχισμού του εφήβου με την οικογενειακή δυναμική και τα εξωτερικά γεγονότα. Κατά συνέπεια, γεγονότα που θεωρούνται ασήμαντα, όπως μια σχολική αποτυχία, λαμβάνουν τεράστιες διαστάσεις σε αυτούς τους έφηβους και λειτουργούν ως αφορμή για την εκδήλωση αυτοκτονικών συμπεριφορών.

Τα ερευνητικά δεδομένα μας υποχρεώνουν να αποδεχτούμε την ύπαρξη μιας λανθάνουσας κρίσης στην περίοδο αυτή (Κουρκούτας, 2001). Η A.Freud θεώρησε ότι η κρίση της εφηβείας, δηλαδή η κατάσταση της εσωτερικής και εξωτερικής αναταραχής, είναι εγγενές συστατικό της εφηβικής περιόδου. Υποστήριξε επίσης ότι η κρίση εφηβείας δεν οφείλεται σε κάποια ψυχοπαθολογία, αλλά ότι είναι αναπόσπαστο κομμάτι της μετεξέλιξης του ψυχοσωματικού οργανισμού. Σε γενικές γραμμές θεωρείται ότι ένα μεγάλο ποσοστό των νέων βιώνει μια ομαλή και προοδευτική κατάσταση αλλαγής, την οποία δεν θεωρεί ότι μεταβάλλει αρνητικά την σχέση με τον εαυτό του, το σώμα του και τον περίγυρο του. Αντίθετα, ένα μικρότερο ποσοστό νέων βιώνει μια κατάσταση «ρήξης» ή «κρίσης» με το ίδιο του το σώμα. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου αυτή η ρήξη βιώνεται στο επίπεδο των σχέσεων με την οικογένεια και τον περίγυρο προκαλώντας άγχος, κατάθλιψη, μελαγχολία, ανασφάλεια ή ακόμα και συμπεριφορές αυτοτραυματισμού ή αυτοκτονικές τάσεις.

Ο Chandler (1997) μελετώντας τους αυτοκτονικούς εφήβους, αναλύει πως εξηγούνται οι περιπτώσεις νέων οι οποίοι, ενώ δεν παρουσίαζαν κανένα εμφανές ψυχοπαθολογικό πρόβλημα, απρόοπτα και ανεξήγητα εκδηλώνουν βίαιη αυτοκτονική συμπεριφορά. Ο Chandler υποστηρίζει ότι οι δομικές αλλαγές στην εφηβεία διασπούν ως ένα βαθμό το αίσθημα συνέχειας του ατόμου. Το αν αυτή η ρήξη στο αίσθημα «συνέχειας» του εαυτού βιωθεί με έναν τρόπο αποδιοργανωτικό ή όχι εξαρτάται από τα ψυχικά αποθέματα και τις ψυχικές ικανότητες του εφήβου, αλλά και την υποστήριξη που δέχεται από το περιβάλλον του. Άλλοι μελετητές υποστηρίζουν ότι στην κρίσιμη στιγμή της εφηβείας όπου το άτομο ετοιμάζεται να περάσει από ανώριμους σε πιο ώριμους τρόπους σκέψης και λειτουργίας, αυτό που συμβαίνει είναι η συντριβή των γνωστικών συστημάτων του. Η αδυναμία αυτή δεν είναι

ενδογενής αλλά επηρεάζεται από την στάση του περίγυρου του. Ο έφηβος χάνει την αίσθηση της ταυτότητας του ενόψει της αλλαγής και κατά τη διάρκεια του σταδίου ωρίμανσης και υιοθετεί παλαιότερες και ξεπερασμένες συμπεριφορές και σχήματα δράσης. Επομένως αποτυγχάνει στη διαδικασία αυτονομίας και εξατομίκευσης και οδηγείται στην κατάθλιψη και την αυτοκτονία (Κουρκούτας, 2001).

Σύμφωνα με τον Chabrol (1987), στην πλειοψηφία των περιπτώσεων η εφηβεία εξελίσσεται χωρίς κρίσεις και αξιοπαρατήρητες συναισθηματικές διαταραχές όπως δείχνουν πολλά ερευνητικά δεδομένα. Η έννοια της κρίσης ως κάτι το αναπόφευκτο για την περίοδο της εφηβείας δεν αποτελεί παρά ένα στερεότυπο ενώ η υποχρεωτική σύγκρουση των εφήβων με τους γονείς τους συνιστά έναν πλατιά διαδεδομένο μύθο. Ωστόσο, εξαιτίας του γεγονότος ότι αποτελεί μια περίοδο ταχείας αλλαγής, δεν θα μπορούσε να είναι απαλλαγμένη από διαταραχές της συμπεριφοράς οι οποίες θα χαρακτηρίζονταν ως παθολογικές σε οποιαδήποτε άλλη περίοδο της ζωής.

1.3.4. Ψυχιατρική διαταραχή

Ένας σημαντικός παράγοντας που ενέχεται στην αιτιολογία της αυτοκτονικής συμπεριφοράς είναι η ύπαρξη κάποιας ψυχιατρικής διαταραχής. Σύμφωνα με την Bridge και τις συνεργάτες της (Verona & Jardani, 2011) η ψυχοπαθολογία είναι παρούσα στο 80% των περιπτώσεων των εφήβων που έχουν ιστορικό αυτοκτονικής συμπεριφοράς, με τους περισσότερους να υποφέρουν από συνδυασμό ψυχιατρικών διαταραχών. Η πλειοψηφία των εφήβων που αυτοκτονούν, δεν έχει δεχθεί ποτέ ψυχιατρική βοήθεια και δεν έχει επισκεφθεί κάποια ψυχιατρική υπηρεσία (King et al, 2009).

Ο κίνδυνος αυτοκτονίας στους ψυχιατρικούς ασθενείς είναι τριπλάσιος έως δωδεκαπλάσιος από ότι στους μη ψυχιατρικούς (Kaplan et al, 2000). Ο βαθμός κινδύνου αυτοκτονίας ενός ψυχιατρικού ασθενή σε σχέση με κάποιον μη ψυχιατρικό, θα εξαρτηθεί από το φύλο, την ηλικία του, την ψυχιατρική διάγνωση και από το αν υπάρχει προηγούμενη νοσηλεία. Ο βαθμός επικινδυνότητας για αυτοκτονία στους εξωτερικούς ασθενείς που δεν έχουν νωρίτερα νοσηλευθεί σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό είναι τριπλάσιος ως τετραπλάσιος, ενώ αν έχουν νοσηλευθεί σε κάποια φάση της ζωής τους, είναι πενταπλάσιος ως δεκαπλάσιος. Το γεγονός ότι άτομα με πολλαπλές εισαγωγές σε ψυχιατρικά τμήματα παρουσιάζουν μία υψηλότερη επίπτωση αποπειρών, επιβεβαιώνεται στην μελέτη της ψυχοπαθολογίας των αυτοκτονιών για τα έτη 1970-1984 στην νοτιοδυτική Πελοπόννησο. Σε

αυτή, τα αποτελέσματα δείχνουν πως η χρονιότητα της ψυχικής νόσου φαίνεται να είναι υπεύθυνη για το πλείστον των αποπειρών κι επιβεβαιώνει την γενική παραδοχή ότι ψυχικά άρρωστα άτομα ρέπουν προς την απόπειρα (Gabriel & Paschalis, 2008).

Όπως αναφέρθηκε στα παραπάνω κεφάλαια διαταραχές που σχετίζονται με την εφηβική αυτοκτονία είναι η κατάθλιψη, η σχιζοφρένεια, οι διαταραχές προσωπικότητας, η κατάχρηση ουσιών και οι διατροφικές διαταραχές. Μια άλλη διαταραχή, που συνδέεται με την αυτοκτονικότητα και που αποτελεί καταθλιπτικό ισοδύναμο, είναι η σχολική φοβία με έναρξη στην εφηβική ηλικία (Λαζαράτου και Αναγνωστόπουλος, 2001). Πρόκειται για τον παράλογο φόβο και την απροθυμία του εφήβου να πάει στο σχολείο. Οι αντιδράσεις αυτές συνοδεύονται από σωματικές ενοχλήσεις (π.χ. στομαχόπονο). Υπάρχουν ακόμη τουλάχιστον τρεις ξεχωριστές μελέτες που αναφέρουν τις διαταραχές διαγωγής ως παράγοντα κινδύνου για την αυτοκτονία (Λαζαράτου και Αναγνωστόπουλος, 2001). Η διαταραχή διαγωγής, που θεωρείται καταθλιπτικό ισοδύναμο, εκδηλώνεται με επιθετικότητα, κλοπές, εμπρησμούς, βανδαλισμούς, ψευδολογίες και χρήση τοξικών ουσιών. Τα συμπτώματα επιθετικότητας είναι πιο συχνά στα αγόρια ενώ στα κορίτσια κυριαρχούν τα συμπτώματα διαταραχής της σεξουαλικής συμπεριφοράς.

Οι Nock & Kessler (2006) στις ΗΠΑ βρήκαν ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας σχετίζεται με καταθλιπτικές συμπεριφορές (κατάθλιψη, μανιοκατάθλιψη), παρορμητικές (εξάρτηση από ναρκωτικά) και επιθετικές (διαταραχή διαγωγής και αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας). Στα αγόρια η απόπειρα αυτοκτονίας συνδέεται περισσότερο με την διαταραχή διαγωγής, την κατάχρηση ουσιών και την κατάθλιψη (Brent et al, 1999), ενώ στα κορίτσια η απόπειρα αυτοκτονίας συνδέεται κυρίως με την κατάθλιψη. Κλινικές μελέτες δείχνουν ότι τα αρνητικά βιώματα κατά την παιδική ηλικία μπορεί να ευθύνονται για την ευαλωτότητα απέναντι σε στρεσογόνες συνθήκες με αποτέλεσμα την ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών (Heim & Nemeroff, 2001). Οι μεταβολές που παρατηρούνται εξαιτίας αυτών των γεγονότων στο σεροτονινικό και νοραδρενεργικό σύστημα ευθύνονται για αυξανόμενο κίνδυνο παρορμητικότητας και επιθετικότητας και για ένταση της πεσιμιστικών συναισθημάτων. Συνολικά οι αλλαγές αυτές μεγεθύνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας (Pandley et al, 2002).

1.3.5. Ο ρόλος της οικογένειας

Οι μελέτες των οικογενειών των εφήβων με αυτοκτονική συμπεριφορά αποτελούν δύσκολο εγχείρημα διότι συνήθως οι συναντήσεις με αυτές γίνονται μετά από κάποια απόπειρα (επιτυχημένη ή μη) αυτοκτονίας και η ψυχολογική κατάσταση των μελών και οι συναισθηματικές αντιδράσεις τους είναι πολύ οξυμένες, γεγονός που εμποδίζει την διαδικασία διεξαγωγής συμπερασμάτων (Κουρκούτας, 2001).

Παρόλα αυτά, μέσα από έρευνες έχει φανεί ότι το οικογενειακό πλαίσιο και οι σχέσεις μεταξύ των μελών του παίζουν σημαντικό ρόλο σε ό,τι αφορά την εκδήλωση αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Οι οικογένειες με υπερβολικό έλεγχο και μη ρεαλιστικές φιλοδοξίες απέναντι στα παιδιά τους, περιορίζουν τον έφηβο, του επιβάλλουν τις δικές τους επιθυμίες και αναστέλλουν την διαδικασία αυτονόμησης του. Μέσα σε ένα τέτοιο περιβάλλον ο έφηβος διαμορφώνει αρνητική εικόνα για τον εαυτό του. Μια αποτυχία του μπορεί εύκολα να τον οδηγήσει στην κατάρρευση της αυτοεικόνας του και να τον βυθίσει στην κατάθλιψη. Ο ακραίος περιορισμός της προσωπικής ελευθερίας του εφήβου, η συνεχής και έντονη επιτήρηση και η επίθεση που δέχεται από τους γονείς του δημιουργούν μια κατάσταση καταπιεστική στην οποία δεν μπορεί να αντιδράσει παρά μόνο μέσω της αυτοκτονίας. Όταν ο έφηβος διαισθάνεται ότι όλη η προσπάθεια ενηλικίωσης και αυτονόμησης κινδυνεύει να αποτύχει, ο μόνος τρόπος για να εκφράσει την καταπίεση που αισθάνεται και να δηλώσει ότι είναι αυτόνομος και ότι ο ίδιος ελέγχει και αποφασίζει για την ζωή του είναι η απόπειρα αυτοκτονίας. Η αυτοκτονική συμπεριφορά του εφήβου είναι μια απελπισμένη κίνηση προκειμένου να απαλλαγεί από τα συσσωρευμένα αρνητικά συναισθήματα και τα άγχη που προκαλούνται από τις εγκλωβιστικές και αγχωτικές σχέσεις με τους γονείς του. Εκφράζει την αποτυχία και το αδιέξοδο που παρουσιάζεται στη φυσιολογική διαδικασία αυτονόμησης και εξατομίκευσης του εφήβου (Κουρκούτας, 2001).

Ο Chabrol (1987) αναφέρει ότι οι αυτοκτονικοί έφηβοι έχουν βιώσει ένα πολύ υψηλό βαθμό έντασης στη ζωή τους. Είναι χαρακτηριστικό ότι συχνά προέρχονται από χαοτικές οικογένειες όπου η αντικοινωνικότητα, η βία, η παραμέληση, η απόρριψη και η κακομεταχείριση είναι συχνά φαινόμενα. Οι γονείς αυτών των παιδιών είναι συχνά αλκοολικοί ή ναρκομανείς και παρουσιάζουν απρόβλεπτη και παρορμητική συμπεριφορά. Ο έφηβος έχει μεγαλώσει με το αίσθημα ότι είναι ανίκανος να αντιδράσει και εσωτερικεύει παρορμητικές μορφές συμπεριφοράς. Συχνά η απόπειρα έρχεται για να εκφράσει την ανίσχυρη επιθυμία του να τιμωρήσει τους γονείς του. Ο Μάνος (1997) σημειώνει, ότι η

απώλεια οικογενειακών προσώπων καθώς και οι συγκρούσεις με αυτά συνδέονται με υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας.

Σύμφωνα με τους Wenar και Kerig (2008), η αυτοκτονική συμπεριφορά των εφήβων συνδέεται με χαμηλά επίπεδα γονεϊκής ζεστασιάς, επικοινωνίας, υποστήριξης και συναισθηματικής ανταπόκρισης και από υψηλά επίπεδα βίας, αποδοκιμασίας, σκληρής πειθάρχησης, κακοποίησης και γενικών οικογενειακών συγκρούσεων. Επίσης, οι οικογένειες αυτών των εφήβων χαρακτηρίζονται από χαμηλότερη συνοχή και υποστήριξη και φτωχότερη προσαρμοστικότητα στην αλλαγή. Επιπλέον, οι έφηβοι αυτών των οικογενειών, αισθάνονται ανεπιθύμητοι και ότι αποτελούν βάρος για την οικογένεια τους. Ακόμη, στα μέλη της οικογένειας του αυτοκτονικού εφήβου εμφανίζεται υψηλό επίπεδο ψυχοπαθολογίας και ιδιαίτερα κατάθλιψη και αυτοκτονικότητα ενώ η έκθεση στην αυτοκτονική συμπεριφορά των άλλων μελών της οικογένειας σχετίζεται με την αυτοκτονικότητα του εφήβου. Αυτό ονομάζεται φαινόμενο της μόλυνσης. Δηλαδή έφηβοι που εκτίθενται σε αυτοκτονική συμπεριφορά της μελών της οικογένειας είναι πολύ πιθανόν να επιχειρήσουν και οι ίδιοι την αυτοκτονία. Ωστόσο, αυτή η έκθεση δεν λειτουργεί ως επαρκής αιτία της αυτοκτονίας αλλά ενισχύει τους αιτιολογικούς παράγοντες που είναι ήδη παρόντες.

Όσον αφορά την ασφάλεια και την ανάνηψη του αυτοκτονικού εφήβου, μέλη της οικογένειας μπορεί να συμβάλουν θετικά αν νοιάζονται, δεν πανικοβάλλονται και αναγνωρίζουν την σοβαρότητα της κατάστασης αλλά και την αναγκαιότητα ένταξης του εφήβου σε θεραπευτικό πρόγραμμα (Μάνος, 1997). Ο ρόλος της οικογένειας στην αποκατάσταση του αυτοκτονικού είναι πολύ σημαντικός αν τα μέλη της είναι διατεθειμένα να μείνουν κοντά του και να τον βοηθήσουν να ξεπεράσει την κρίσιμη κατάσταση. Όταν όμως συμβαίνει το αντίθετο, δηλαδή όταν η οικογένεια του δεν είναι σε θέση να βοηθήσει λόγω των συναισθημάτων πανικού, θυμού ή σύγχυσης ή ακόμα χειρότερα όταν αδιαφορεί για την σοβαρή κατάσταση που περνάει, τότε η κατάσταση αποβαίνει επικίνδυνη για το αυτοκτονικό άτομο. Αυτό συμβαίνει, διότι του δείχνουν με αυτό τον τρόπο ότι δεν διατρέχει μεγάλο κίνδυνο, με αποτέλεσμα να τον αποθαρρύνουν να ζητήσει βοήθεια από ειδικό. Σε ακραίες περιπτώσεις τα ίδια τα μέλη της οικογένειας του ατόμου, το ενθαρρύνουν με τον τρόπο τους να αυτοκτονήσει, μεγιστοποιώντας όπως είναι φυσικό τις πιθανότητες για ολοκλήρωση της αυτοκτονίας. Η ενθάρρυνση αυτή ενδέχεται να γίνεται σε συνειδητό ή ασυνειδητό επίπεδο, για παράδειγμα να αφήνουν σε εμφανές μέρος στο σπίτι τα ηρεμιστικά (Μάνος, 1997).

1.3.6. Πολιτισμικοί και κοινωνικοί παράγοντες

Τα αίτια της αυτοκτονίας ενδέχεται να είναι και πολιτισμικά (Taylor & Vaidya, 2009). Ο τρόπος που αντιμετωπίζει την αυτοκτονία ο πολιτισμός και η θέση που έχει στην κοινωνία μιας χώρας σχετίζεται με τα ποσοστά αυτοκτονικότητας των κατοίκων της. Άλλωστε κάποιες συμπεριφορές που φαίνονται και θεωρούνται από την πλειονότητα ως αποκλίνουσες δεν εντάσσονται στην ευρύτερη ψυχοπαθολογία όταν αντιμετωπίζονται ως πολιτισμικές «συνήθειες» κάποιων λαών. Σε μερικές πολιτισμικές ομάδες, σύμφωνα με τον Tseng (2001), η αυτοκτονία αποτελεί ένα αποδεκτό τρόπο να διαχειριστείς και να αντιμετωπίσεις την ντροπή, την δυστυχία και τις σωματικές ασθένειες.

Μια ιδιαίτερη περίπτωση αποτελεί η Ιαπωνία όπου τα ποσοστά αυτοκτονικότητας των εφήβων είναι ιδιαίτερα αυξημένα (Κασούλης, 2006). Στην κουλτούρα αυτής της χώρας η αυτοχειρία θεωρείται «κάτι όμορφο και δοξαστικό, μια πράξη τιμητική και θαρραλέα». Άλλωστε η αυτοκτονία κυριαρχεί στην παράδοση και στην ιστορία της Ιαπωνίας. Τα παιδιά μεγαλώνουν με τις θαυμάσιες και ηρωικές ιστορίες και μυθιστορήματα των πολεμιστών Σαμουράι. Η αυτοκτονία ενός τέτοιου πολεμιστή, το γνωστό χαρακίρι, θεωρείτο μια πράξη τιμής προς τους αφέντες του. Κατά συνέπεια οι Ιάπωνες, σε σχέση με άλλους λαούς, μεγαλώνουν έχοντας διαμορφώσει σταδιακά μια θετική εικόνα και στάση απέναντι στην αυτοχειρία. Επιπλέον το είδος της παιδείας που λαμβάνουν οι νέοι συμβάλλει αρκετά στην αύξηση της συχνότητας των αυτοκτονιών. Η ιαπωνική παιδεία δίνει υπερβολική έμφαση στην ατομικότητα, έναντι της συλλογικότητας, θεωρώντας την ως υπέρτατη αξία. Όμως κάτι τέτοιο σύμφωνα με Ιάπωνες επιστήμονες, ωθεί κάποιους εφήβους σε συμπεριφορές ακραίου τύπου, όπως είναι η αυτοχειρία (Κασούλης, 2006).

Επίσης η επίδραση της κοινωνίας στο άτομο φαίνεται να σχετίζεται με την αυτοκτονικότητα. Όσον αφορά στην Ελλάδα, οι αλλαγές στην ελληνική κοινωνία που έλαβαν χώρα τις τρεις τελευταίες δεκαετίες φαίνεται να παίζουν ρόλο στην αύξηση των αυτοκτονιών των εφήβων (Kokkevi et al, 2011). Ο τρόπος ζωής των νέων έχει αλλάξει σε σχέση με το παρελθόν και είναι επηρεασμένος από τον δυτικό τρόπο ζωής. Ο πληθυσμός στην Ελλάδα έχει αυξηθεί, τα διαζύγια είναι περισσότερα και έχουν διαμορφωθεί πολλές μονογονεϊκές οικογένειες. Οι παραδοσιακές δεμένες οικογένειες έχουν μεταβληθεί. Οι μητέρες συνήθως εργάζονται. Πολλοί έφηβοι δεν ζουν και με τους δύο γονείς και συνεπώς δεν απολαμβάνουν την απαραίτητη ζεστασιά και αίσθηση ασφάλειας που θα τους πρόσφερε η παρουσία τους. Επομένως οι νέοι σήμερα ζουν σε ένα διαφορετικό περιβάλλον σε σχέση με το παρελθόν. Οι

γονείς επενδύουν υπερβολικά στην ακαδημαϊκή επίδοση των παιδιών τους καθώς την θεωρούν διαβατήριο για την επιτυχία. Επιβαρύνουν με αυτό τον τρόπο τα παιδιά τους με επιπρόσθετο στρες σε μια εποχή που η ανεργία αποτελεί καθημερινή απειλή. Επιπλέον, στη Ελλάδα η κατοίκηση σε αγροτικές περιοχές φαίνεται να συμβάλλει περισσότερο, σε σχέση με τις αστικές περιοχές, στην εμφάνιση της αυτοκτονικότητας των εφήβων (Μπεράτη, 2005). Το γεγονός αυτό οφείλεται στις διαφορές που παρατηρούνται σε επίπεδο πολιτισμικό και λειτουργίας της οικογένειας. Συγκεκριμένα στις αγροτικές περιοχές οι έφηβοι μεγαλώνουν σε ένα περιβάλλον αρκετά καταπιεστικό όπου οι ευκαιρίες και οι δυνατότητες για διεξόδους και για απόκτηση αυτονομίας είναι περιορισμένες, σε σχέση με τις αστικές περιοχές.

Σύμφωνα με τον Durkheim (1951) η αυτοκτονία είναι αποτέλεσμα της ικανότητας ή αδυναμίας της κοινωνίας να ελέγξει το άτομο. Ο ίδιος ισχυρίστηκε ότι υπάρχουν τέσσερις τύποι αυτοκτονιών που αντικατοπτρίζουν την σχέση του ατόμου με την κοινωνία: ο εγωιστικός, ο αλτρουιστικός, ο ανομικός και ο μοιρολατρικός. Στον εγωιστικό τύπο ο αυτοκτονικός άνθρωπος έχει ελάχιστους δεσμούς με την κοινωνία και είναι αποκομμένος από το κοινωνικό σύνολο. Στην έρευνα του Kandel και των συνεργατών του (1991) οι αυτοκτονικοί έφηβοι χαρακτηρίζονταν από φτωχές σχέσεις με τους γονείς τους και με τους συνομήλικους τους που τους οδήγησαν στην κατάθλιψη και εν τέλει στον αυτοκτονικό ιδεασμό. Στον αλτρουιστικό τύπο, συμβαίνει ακριβώς το αντίθετο. Το άτομο είναι τόσο δεμένο με την κοινωνία σε σημείο που θυσιάζει την ζωή του για αυτήν. Μια τέτοια περίπτωση είναι αυτή των ιαπώνων καμικάζι ή των θρησκευτικών φονταμελιστών που προβαίνουν σε αυτοκτονικές επιθέσεις. Στον *ανομικό* τύπο ο αυτοκτονικός άνθρωπος δεν είναι ικανός να αντιμετωπίσει μια προβληματική κατάσταση με τον παραδοσιακό τρόπο της κοινωνίας του και επιλέγει την αυτοκτονία σαν λύση στο πρόβλημα. Τέλος, στον μοιρολατρικό τύπο το άτομο οδηγείται στην αυτοκτονία διότι αισθάνεται ότι δεν έχει βιώσιμο μέλλον.

1.3.7. Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης

Υπάρχουν αποδείξεις για μίμηση αυτοκτονικής συμπεριφορών, που προβάλλονται από τα ΜΜΕ, από τους εφήβους (Gould et al, 2004). Σύμφωνα με έρευνα του Stack (2003) σε 42 χώρες έδειξε την επίδραση των ΜΜΕ στην πρόκληση αυτοκτονιών. Συγκεκριμένα φάνηκε ότι η τηλεοπτική κάλυψη γεγονότων που αφορούσαν αυτοκτονίες διασημοτήτων και πολιτικών προσώπων που προβάλλονταν από την τηλεόραση συνδέεται με την αύξηση των

περιστατικών αυτοκτονίας. Σύμφωνα με τις Hawton & Williams (2002) η επίδραση των MME, όσον αφορά στην αυτοκτονία, είναι μεγαλύτερη όταν παρουσιάζει ένα τέτοιο περιστατικό με παραστατικό και δραματικό ύφος και ιδιαίτερα όταν γίνεται αναλυτική και λεπτομερής αναφορά στην μέθοδο αυτοκτονίας. Οι αναλυτικές περιγραφές των δημοσιογράφων πραγματοποιούνται σε μια προσπάθεια εντυπωσιασμού του κοινού. Με την προβολή του θέματος από τον τύπο ο αυτοκτονικός έφηβος γνωρίζει πια τον τρόπο να το κάνει.

Οι έφηβοι παρουσιάζουν σε υψηλό βαθμό μιμητική συμπεριφορά. Αυτό συμβαίνει ιδιαίτερα με τις διασημότητες που προβάλλουν τα MME. Όταν ένας τηλεοπτικός αστέρας προβαίνει σε αυτοκτονική πράξη ο αυτοκτονικός έφηβος επηρεασμένος από την απελπισία του πρότυπου του μπορεί να σκέφτεται το εξής: « Αφού δεν μπόρεσε αυτός να προσπεράσει τις δυσκολίες, τι πιθανότητες έχω εγώ;». Εξάλλου με την προβολή ενός τέτοιου θέματος είναι σαν να παίρνει ο έφηβος το μήνυμα «Αν νιώθεις όπως ένιωσα και εγώ, αυτός είναι ο τρόπος να λύσεις το πρόβλημα σου» (Berman et al, 2006).

1.3.8 Η Θρησκεία

Οι θρησκευτικές και κοινωνικές αντιλήψεις που επικρατούν σε κάθε λαό παίζουν σημαντικό ρόλο στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζεται η αυτοκτονική συμπεριφορά. Σε ανατολικούς πολιτισμούς που επηρεάζονται από θρησκείες, όπως ο Βουδισμός και ο Βραχμανισμός, η αυτοκτονική συμπεριφορά αποτελεί μια αποδεκτή λύση στον ανθρώπινο πόνο, ενόσω σε πολλούς δυτικούς πολιτισμούς είναι είτε ανεκτή φιλοσοφικά, είτε μη αποδεκτή και καταδικασμένη (Farberow, 1975) . Πάντως, η συχνότητα της αυτοκτονίας είναι μεγαλύτερη στους προτεστάντες και μικρότερη στους καθολικούς, τους εβραίους και τους μουσουλμάνους(Sadock & Sadock, 2004).

1.3.9. Παράγοντες κινδύνου

1.3.9.1. Το Φύλο

Υπάρχει μια σαφής υπεροχή των κοριτσιών ως προς την αυτοκτονικότητα, έναντι των αγοριών. Στην Ελλάδα, για παράδειγμα, τα ποσοστά αυτοκτονίας των κοριτσιών ήταν

υψηλότερα σε σχέση με τα αγόρια κατά τη χρονική περίοδο 1984 έως το 2007 (Kokkevi et al, 2011). Σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να επιχειρήσουν αυτοκτονία, σε σχέση με τους άνδρες (Wenar & Kerig, 2008). Συγκεκριμένα, οι γυναίκες κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας τουλάχιστον τρεις φορές συχνότερα από τους άνδρες, ενώ οι άνδρες ολοκληρώνουν την αυτοκτονία περίπου τέσσερις φορές συχνότερα από τις γυναίκες. Οι διαφορές αυτές φαίνεται να σχετίζονται με την επιλογή της μεθόδου. Τα δύο τρίτα των ανδρών δηλαδή πεθαίνουν από τραύματα που προκαλούνται από αυτοπυροβολισμό ενώ οι περισσότερες γυναίκες αυτοκτονούν μέσω της λήψης φαρμάκων στο σπίτι. Επομένως οι γυναίκες αυτές έχουν περισσότερες πιθανότητες να τις βρει και να τις βοηθήσει κάποιος μέχρι να δράσουν τα φάρμακα. Πάντως, οι παραπάνω διαφορές πιθανόν να οφείλονται και στο γεγονός ότι οι ανάλογες έρευνες δεν περιλαμβάνουν μια πολύ σημαντική ομάδα, τους έγκλειστους άνδρες σε σωφρονιστικά ιδρύματα ανηλίκων. Αν λάμβαναν υπόψη και αυτούς τους νέους οι διαφορές φύλου στις απόπειρες αυτοκτονίας ενδέχεται να ήταν μικρότερες.

Σύμφωνα με τον King et al (2009), οι απόπειρες αυτοκτονίας των αγοριών είναι λιγότερες από των κοριτσιών αλλά πιο επιτυχημένες διότι χρησιμοποιούν πιο βίαιες και αποτελεσματικές μεθόδους αυτοκτονίας. Επιπλέον τα ποσοστά αυτοκτονίας στα αγόρια είναι μεγαλύτερα συγκριτικά με τα κορίτσια επειδή τα κορίτσια που εμφανίζουν αυτοκτονικές τάσεις ζητούν ευκολότερα βοήθεια, απευθυνόμενα πιο συχνά σε κάποιον ειδικό. Με αυτόν τον τρόπο απαλλάσσονται από τις αυτοκτονικές ιδέες και την επιθυμία τους να αυτοκτονήσουν. Αντίθετα, τα αγόρια κλείνονται στον εαυτό τους και παραμένουν αβοήθητα, με αποτέλεσμα να καταλήγουν στην αυτοχειρία.

1.3.9.2. Το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο

Μελέτες έχουν δείξει ότι η αυτοκτονικότητα εμφανίζεται σε εφήβους η οικογένεια των οποίων είναι χαμηλής κοινωνικής τάξης και προβληματικού οικονομικού επιπέδου. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον Foley και τους συνεργάτες του, οι έφηβοι που ζουν σε συνθήκες φτώχειας στις ΗΠΑ έχουν υψηλότερες πιθανότητες να αυτοκτονήσουν σε σχέση με άλλους εφήβους ενώ σε έρευνα του Lewinsohn και των συνεργατών του βρέθηκε ότι ένας από τους παράγοντες που συνδέονται με την αυτοκτονία στους εφήβους είναι το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (Duke & Borowsky, 2009).

Αντίθετα, σύμφωνα με τον Berman και τους συνεργάτες του (2006), στις χώρες με υψηλό βαθμό ποιότητας ζωής οι δείκτες αυτοκτονίας είναι υψηλοί. Αυτό το παράδοξο

οφείλεται στο γεγονός ότι στις χώρες με χαμηλού βαθμού ποιότητας ζωής οι άνθρωποι έχουν μια ξεκάθαρη εξωτερική πηγή στην οποία αποδίδουν τα προβλήματα τους. Κατά συνέπεια είναι πιθανότερο να θυμώνουν και να γίνονται πιο διεκδικητικοί ενώ έχουν λιγότερες πιθανότητες να τείνουν προς την κατάθλιψη και την αυτοκτονία.

1.3.9.3. Η σχολική αποτυχία

Σύμφωνα με ερευνητές όπως η Μπεράτη (2005) ,η σχολική αποτυχία έχει οδηγήσει αρκετούς εφήβους σε αυτοκτονικές συμπεριφορές. Σύμφωνα με την Ρουγγέρη (1997), τα παιδιά που μετά από μια τέτοια αποτυχία δίνουν τέλος στη ζωή τους, έχουν δώσει κατά το προηγούμενο χρονικό διάστημα δείγματα των προθέσεων τους. Πρόκειται για εφήβους που παρουσιάζουν ιδιαίτερη ευαισθησία, ιδιαίτερο ψυχισμό και πιστεύουν σε ιδανικά και ιδεώδη για τον άνθρωπο και τον πολιτισμό. Επίσης η Μπεράτη (1990) υποστηρίζει ότι η αποτυχία στις εξετάσεις του σχολείου είναι η δεύτερη αιτία που οδηγεί σε αυτοκτονία τα αγόρια στην Ελλάδα, ενώ αυτό δεν φαίνεται να ισχύει και για τα κορίτσια.

Σύμφωνα με την Kokkevi et al (2011), συχνά οι γονείς στην Ελλάδα έχουν πολύ υψηλές προσδοκίες και απαιτήσεις απέναντι στα παιδιά τους σχετικά με την σχολική επίδοση τους. Κατά συνέπεια πολλοί είναι οι έφηβοι που επιφορτίζονται με υπέρμετρο άγχος που ενίοτε επιφέρει τραγικές συνέπειες.

1.3.9.4. Άλλοι παράγοντες κινδύνου

Εκτός από τους παραπάνω, φαίνεται να υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς στους εφήβους. Πιο αναλυτικά, όσον αφορά την φυλή, τα 2/3 των αυτοκτονιών γίνονται από λευκούς εφήβους. Ο κίνδυνος είναι μικρότερος στους μη λευκούς, αλλά υψηλός στους Ινδιάνους και στους Εσκιμώους (Sadock & Sadock, 2004). Η πρόσβαση σε θανατηφόρα μέσα όπως όπλα ή δηλητήρια αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονιών ιδιαίτερα σε άτομα που δεν παρουσιάζουν ψυχοπαθολογία. Επίσης, ο σεξουαλικός προσανατολισμός φαίνεται να σχετίζεται με την αυτοκτονία στους νέους. Στα αγόρια η αμφισεξουαλικότητα και η ομοφυλοφιλία σχετίζονται με αυξημένα ποσοστά αυτοκτονίας (Remafedi et al, 1998, Garofalo et al, 1999) ενώ στα κορίτσια αυτό συμβαίνει μόνο σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες. Η πιθανότητα

διάπραξης απόπειρας αυτοκτονίας είναι τουλάχιστον τέσσερις φορές μεγαλύτερη στους ομοφυλόφιλους εφήβους από ότι στους ετεροφυλόφιλους. Στους ομοφυλόφιλους εφήβους η κατάθλιψη, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η αυτοκτονική συμπεριφορά κάποιου κοντινού προσώπου αποτελούν παράγοντες που ενισχύουν την επικινδυνότητα.

Η απόπειρα ή η ολοκληρωμένη αυτοκτονία ενός αγαπημένου προσώπου αυξάνει το ενδεχόμενο αυτοκτονίας του εφήβου. Για παράδειγμα όταν ένας γονιός σκέφτεται, σχεδιάζει ή επιχειρεί να αυτοκτονήσει αυτό μπορεί να έχει επίδραση στον έφηβο, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη αυτοκτονικού ιδεασμού. Αυτό εξηγείται είτε λόγω κληρονομικότητας του γονιδίου του γονέα είτε λόγω διαβίωσης κάτω από κοινές συνθήκες και καταστάσεις όπως είναι η οικονομική στενότητα (Duke & Borowsky, 2009). Όσον αφορά τον θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου, το πένθος είναι μια συναισθηματική κατάσταση που σχετίζεται με την απώλεια οικείων προσώπων και που μπορεί να λαμβάνει τα χαρακτηριστικά ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου(Κουρκούτας, 2001). Τυπικά καταθλιπτικά συμπτώματα που σχετίζονται με την απώλεια και το πένθος είναι η θλίψη, η αϋπνία, η μειωμένη όρεξη και σε κάποιες περιπτώσεις η απώλεια βάρους. Στο DSM-IV-TR, το πένθος δεν θεωρείται ψυχιατρική διαταραχή, αλλά περιλαμβάνεται στην κατηγορία των πρόσθετων καταστάσεων που μπορεί να χρειαστούν κλινική εκτίμηση. Η φυσιολογική διάρκεια του πένθους ποικίλει στα παιδιά και στους εφήβους και η διάρκεια μπορεί να εξαρτάται από το υποστηρικτικό σύστημα που διαθέτουν. Παιδιά και νέοι που διανύουν τα πρώτα χρόνια της εφηβείας και που χάνουν αγαπημένα πρόσωπα μπορεί να νιώθουν ότι ο θάνατος συνέβη επειδή είναι κακοί άνθρωποι και δεν συμπεριφέρονταν όπως έπρεπε. Η αντίδραση στην απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου μπορεί να επηρεάζεται εν μέρει από την προετοιμασία που έχει γίνει στο παιδί και στον έφηβο σε περίπτωση θανάτου από χρόνια νόσο.

Έφηβοι που στην παιδική τους ηλικία βίωσαν κάποια τραυματικά γεγονότα, έχουν υψηλές πιθανότητες αυτοκτονίας. Τα γεγονότα αυτά μπορεί να αφορούν συναισθηματική, σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση, κατάχρηση ουσιών ή πνευματική διαταραχή ενός οικογενειακού μέλους, χωρισμός ή διαζύγιο των γονέων (Dube et al, 2001). Πιο αναλυτικά, βρέθηκε πως οι έφηβοι με ιστορικό σωματικής κακοποίησης έχουν 5 φορές περισσότερες πιθανότητες να κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας, ενώ αυτοί με ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης έχουν 3 φορές περισσότερες πιθανότητες να προβούν στην ίδια πράξη.

Η προηγούμενη αυτοκτονική συμπεριφορά φαίνεται να σχετίζεται με την αυτοκτονία. Πιο αναλυτικά, βρέθηκε προηγούμενη απόπειρα αυτοκτονίας στο 41% αυτών που έκαναν την απόπειρα όταν μελετήθηκαν οι παράγοντες που συνδέονται με την αυτοκτονική συμπεριφορά των εφήβων στην Ελλάδα. Από το 41% των εφήβων που έκαναν για πρώτη φορά απόπειρα,

το 71% αντιμετώπιζαν περιοριστική γονεϊκή συμπεριφορά και το 35% είχαν ψυχιατρική διάγνωση. Η ομάδα αυτή διαφοροποιούνταν από την ομάδα των εφήβων που είχαν κάνει παραπάνω από μία απόπειρες. Δηλαδή το 33% αντιμετώπιζαν περιοριστική γονεϊκή συμπεριφορά και το 83% είχαν ψυχιατρική διάγνωση (Μπεράτη, 1990).

Επιπλέον, σε μελέτη για το πρώιμο στρες, ως παράγοντας κινδύνου για την αυτοκτονία στην εφηβική ηλικία και ιδιαίτερα σε εφήβους με ιστορικό σοβαρού στρες ή ψυχοπαθολογίας που εξετάστηκε η σχέση των μητρικών και περιγεννητικών παραγόντων με την αυτοκτονική συμπεριφορά, διαπιστώθηκε ότι οι έφηβοι που διέπραξαν αυτοκτονία διαφοροποιούνταν σε σχέση με εκείνους που ήταν μη αυτοκτονικοί. Οι παράγοντες που διαφοροποιούσαν τις δύο παραπάνω ομάδες εφήβων ήταν οι εξής (Pfeffer, 1991):

- Η αναπνευστική δυσχέρεια για περισσότερο από μία ώρα μετά την γέννηση
- Η χρόνια σωματική πάθηση της μητέρας
- Η έλλειψη φροντίδας του εμβρύου κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης (π.χ. η μητέρα κάπνιζε ενώ ήταν έγκυος)

Γενικότερα, όπως αναφέρει η Μπεράτη (2005), η μετανάστευση, ο αποχωρισμός από αγαπημένα πρόσωπα, η απόρριψη από τους φίλους και τους συμμαθητές και η δυσκολία ένταξης στον κόσμο των συνομηλίκων, η εμφάνιση σοβαρής σωματικής ασθένειας (όπως είναι ο καρκίνος), ένα γεγονός αδικίας, μια άδικη τιμωρία ή προσβολή από τους γονείς (όταν επαναλαμβάνονται), μια ερωτική απογοήτευση, η περιθωριοποίηση αποτελούν στρεσογόνους παράγοντες που δύνανται να αυξήσουν την πιθανότητα για απόπειρα αυτοκτονίας. Όλες αυτές δηλαδή οι καταστάσεις δημιουργούν ψυχολογικές αντιδράσεις, που μπορεί να συνοδεύονται από συναισθήματα απόγνωσης, τα οποία είναι δυνατόν να οδηγήσουν το άτομο σε απόπειρα αυτοκτονίας.

Υποκεφάλαιο 1.4. Το Προφίλ του αυτοκτονικού εφήβου

1.4.1. Τύποι του αυτοκτονικού εφήβου

Σύμφωνα με τον Apter (2000) υπάρχουν τρεις τύποι αυτοκτονικού εφήβου. Στην πρώτη περίπτωση ο έφηβος παρουσιάζει ναρκισσιστικά χαρακτηριστικά καθώς και χαρακτηριστικά τελειομανίας. Πιο αναλυτικά, ο συγκεκριμένος τύπος εφήβου έχει μια

ανικανότητα να αντιμετωπίζει την αποτυχία και την έλλειψη τελειότητας. Επίσης όντας μοναχικός δεν αναζητάει υποστήριξη από τον κοινωνικό περίγυρο αλλά, καθώς ενδιαφέρεται για τη γνώμη του, επιδιώκει να δημιουργεί πάντα καλή εντύπωση. Στην δεύτερη περίπτωση πρόκειται για τον παρορμητικό και επιθετικό έφηβο που αντιδρά στα στρεσογόνα γεγονότα με επιθετικότητα, θυμό και άγχος σε πρώτη φάση, που καταλήγει σε κατάθλιψη και αυτοκτονική συμπεριφορά. Ο συγκεκριμένος τύπος εφήβου συνήθως συνδέεται με την οριακή διαταραχή προσωπικότητας και με κατάχρηση ουσιών. Ο τρίτος τύπος αφορά στον πνευματικά διαταραγμένο ή απαισιόδοξο έφηβο ο οποίος οδηγείται στην αυτοκτονία λόγω του συνδυασμού της εμφάνισης σοβαρής ψυχικής διαταραχής και του απαισιόδοξου τρόπου αντιμετώπισης της ζωής. Σύμφωνα με την Peacock (2000), ανάμεσα στους αυτοκτονικούς έφηβους βρίσκονται και οι χαρισματικοί. Αυτός ο τύπος εφήβου φαίνεται να αντιστοιχεί στον πρώτο τύπο αυτοκτονικού εφήβου, όπως αναφέρει ο Apter (2000). Πρόκειται για έφηβους που έχουν ταλέντο και σημειώνουν υψηλές επιδόσεις στο σχολείο, στα σπορ και σε άλλους τομείς. Χαρακτηρίζονται από ανταγωνιστικότητα και από επιδίωξη υψηλών στόχων. Οι μη ρεαλιστικές φιλοδοξίες που θέτουν σε συνδυασμό με την πίεση που δέχονται για επιτυχία ευθύνονται για τις υψηλές πιθανότητες εκδήλωσης κατάθλιψης και αυτοκτονικότητας.

1.4.2. Έφηβοι με χαμηλή αυτοεκτίμηση και επιθετικότητα

Έχουν διεξαχθεί διάφορες έρευνες για να διερευνηθούν αν οι έφηβοι με αυτοκτονική συμπεριφορά παρουσιάζουν χαμηλή αυτοεκτίμηση. Τα ερευνητικά αποτελέσματα αυτών των ερευνών δείχνουν ότι οι αυτοί οι έφηβοι εμφανίζουν χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης. Πιο συγκεκριμένα, σε έρευνα των Delalle et al (2010) τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν τα εξής: οι έφηβοι με αυτοκτονική συμπεριφορά παρουσίαζαν σε μεγάλο βαθμό χαμηλή αυτοεκτίμηση ενώ σημείωναν υψηλά ποσοστά διαφορετικών μορφών επιθετικότητας. Τα αποτελέσματα αυτά υποδεικνύουν, σύμφωνα με τους ίδιους, ότι η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η επιθετικότητα αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την διάπραξη αυτοκτονίας. Για το λόγο αυτό επισημαίνουν τον ρόλο της κοινωνίας στην δημιουργία κατάλληλων συνθηκών διαβίωσης όπου θα απουσιάζει η βία, η αβεβαιότητα και η χαμηλή αυτοεκτίμηση. Σύμφωνα με την Peacock (2000), ανάμεσα στους έφηβους που αυτοκτονούν είναι εκείνοι που έχουν ελάχιστη ή και καθόλου αυτοεκτίμηση. Δεν είναι ευχαριστημένοι από τον εαυτό τους και δεν

αναγνωρίζουν την αξία τους με αποτέλεσμα να αισθάνονται πως δεν αξίζουν να ζουν. Όπως υποστηρίζει ο Μάνος (1997), οι καταθλιπτικοί ασθενείς, που συχνά οδηγούνται σε αυτοκτονία, εκδηλώνουν αισθήματα αναξιότητας, ανεπάρκειας, ή και έντονης αρνητικής εκτίμησης της προσωπικής τους αξίας. Επίσης, οι ίδιοι ασθενείς, έχουν προβλήματα με την αυτοεκτίμηση τους καθώς είναι ανίκανοι να αξιολογήσουν αντικειμενικά την απόδοση τους στις καθημερινές τους υποχρεώσεις. Όταν ιδίως, η αναξιότητα και η χαμηλή αυτοεκτίμηση παραμένουν σταθερές και φθάνουν σε σημείο υπερβολής, αποτελούν πια παραληρητικές ιδέες.

1.4.3. Έφηβοι με φτωχές κοινωνικές δεξιότητες και περιορισμένη ικανότητα επίλυσης προβλημάτων

Οι Zimmerman και Asnis (1995) αναφέρουν ότι η αυτοκτονική συμπεριφορά παρατηρείται σε εφήβους που έχουν χαμηλές κοινωνικές δεξιότητες και ελάχιστες συναναστροφές με τους συνομήλικους τους. Επίσης, οι αυτοκτονικοί έφηβοι αντιμετωπίζουν συχνότερα και μεγαλύτερα προβλήματα, όσον αφορά τις κοινωνικές τους σχέσεις, συγκριτικά με άλλους εφήβους με ψυχιατρικά προβλήματα που δεν εμφανίζουν αυτοκτονικότητα. Ακόμη, υποστηρίζεται ότι αρκετοί αυτοκτονικοί έφηβοι χαρακτηρίζονται από περιορισμένη ικανότητα επίλυσης προβλημάτων και ανεπαρκείς δεξιότητες αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων (Zimmerman & Asnis, 1995). Επομένως όταν βρίσκονται κάτω από στρεσογόνες συνθήκες δυσκολεύονται σε μεγάλο βαθμό να διαχειριστούν, εκτός από την κατάσταση, τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις. Οι αυτοκτονικοί έφηβοι δείχνουν μεγαλύτερη γνωστική ακαμψία (που μετριέται ως η ικανότητα για επίλυση προβλημάτων) από ότι οι ψυχικά ασθενείς (Κουρκούτας, 2001).

1.4.4. Έφηβοι με αντικοινωνικές τάσεις

Ο Chabrol (1987) κάνει λόγο για μια ομάδα ατόμων, με αυτοκτονικότητα, τα οποία χαρακτηρίζονται από αντικοινωνικές τάσεις και επιτυγχάνουν πάντα να αποτυγχάνουν. Η αδέξια παρανομία τους, η αστάθειά τους στις προσωπικές σχέσεις που συνεπάγονται δικαστικές κυρώσεις και κοινωνικό εξοστρακισμό, μοιάζουν να είναι η μετάφραση μιας επιθυμίας αυτοκαταστροφής. Η πεσιμιστική διάθεση, που τους χαρακτηρίζει, μπορεί επίσης

να πάρει την έννοια της άρνησης της ζωής. Οι συναισθηματικές διακυμάνσεις τους είναι από τα κύρια χαρακτηριστικά τους. Πολύ συχνά οι αυτοκτονικοί έφηβοι εκδηλώνουν ακραίες μεταβολές διάθεσης και περνούν περιόδους έντονης μελαγχολίας, κατά τις οποίες έχουν την αίσθηση ότι η ζωή είναι δύσκολη ή απογοητευτική. Οι Zimmerman & Asnis (1995) επισημαίνουν ότι οι έφηβοι με αυτοκτονική συμπεριφορά χαρακτηρίζονται από απελπισία. Επίσης, όπως αναφέρει ο Chabrol (1987), οι συγκεκριμένοι έφηβοι μέσα από καταθλιπτικές συμπεριφορές, μοιάζουν να αποφεύγουν κάθε ευχαρίστηση, κάθε ευκαιρία επιτυχίας, κάθε δυνατότητα ικανοποιητικής σχέσης. Ο συγκινησιακός και κοινωνικός θάνατος, αποτελεί τον δικό τους τρόπο ζωής. Η έρευνα του Jacobs (1971), ο οποίος διερεύνησε πενήντα εφήβους 14 με 16 ετών που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν και τους σύγκρινε με ένα δείγμα ελέγχου που αντιστοιχήθηκε ως προς την ηλικία, το φύλο, τη φυλή και το επίπεδο εκπαίδευσης της μητέρας, έδειξε τα εξής: οι αυτοκτονικοί έφηβοι και εκείνοι της ομάδας ελέγχου φάνηκαν εξίσου επαναστατικοί, απείθαρχοι και αντιδραστικοί. Ωστόσο, οι στρατηγικές αντιμετώπισης που υιοθετούσαν οι πρώτοι χαρακτηρίζονταν περισσότερο από συμπεριφορά απόσυρσης, όπως αποφυγή των άλλων και μεγάλες περιόδους σιωπής. Επίσης οι αυτοκτονικοί έφηβοι διατηρούσαν απόσταση από τους γονείς τους. Για παράδειγμα, μόνο το 20% εκείνων που προσπάθησαν να αυτοκτονήσουν στο σπίτι είχαν ενημερώσει τους γονείς τους. Εξάλλου σημειώθηκε ένα περιστατικό όπου ο ένας έφηβος τηλεφώνησε σε ένα φίλο του που βρισκόταν μίλια μακριά ενώ δεν έκανε το ίδιο για τους γονείς του που βρίσκονταν στο διπλανό δωμάτιο.

1.4.5. Έφηβοι με ψυχιατρικές διαταραχές

Όπως προαναφέρθηκε παραπάνω, απόπειρες αυτοκτονίας κάνουν συχνά οι έφηβοι που παρουσιάζουν συνηθέστερα κατάθλιψη ή άλλες ψυχιατρικές διαταραχές. Στην επιδημιολογική έρευνα του Gould (1996) φάνηκε ότι το 90% των θυμάτων αυτοκτονίας ηλικίας μικρότερης των 20 χρόνων είχαν μία διαγνώσιμη ψυχιατρική νόσο την ώρα του θανάτου τους. Πάνω από τους μισούς ασθενείς είχαν σημαντικά συμπτώματα για πάνω από δύο χρόνια, ενώ οι μισοί είχαν επαφή με έναν ειδικό ψυχικής υγείας πριν την απόπειρα. Οι ψυχιατρικές διαγνώσεις στην ολοκληρωμένη απόπειρα ήταν οι εξής:

- i. κατάχρηση ουσιών ή αλκοόλ (συχνά συνυπήρχε με μία διαταραχή διάθεσης)
- ii. άγχος

- iii. διαταραχές διάθεσης (περίπου το 40% των θυμάτων υπέφεραν από συναισθηματική νόσο)
- iv. σχιζοφρένεια
- v. διαταραχή διαγωγής (ήταν παρούσα συχνά σε θύματα αυτοκτονίας)

Υποκεφάλαιο 1.5. Το Προφίλ της οικογένειας του αυτοκτονικού εφήβου

Αρκετές μελέτες δείχνουν ότι οι οικογένειες συμβάλλουν με διάφορους τρόπους στη γένεση και εκδήλωση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς του εφήβου. Παρόλα αυτά, αυτό δεν σημαίνει ότι η συμπεριφορά αυτή οφείλεται αποκλειστικά και μόνο στην επίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος αλλά εμπλέκονται και άλλοι παράγοντες στην εκδήλωση της.

Σύμφωνα με τους Grotevant & Cooper (1985) η εφηβεία είναι μια περίοδος κατά τη οποία οι σχέσεις γονέα και παιδιού τίθενται εκ νέου προς διαπραγμάτευση και μεταβάλλονται. Οι αλλαγές στην εφηβεία προκαλούν συχνά μια αόριστη αναστάτωση ή ένα αίσθημα απώλειας και στους γονείς (Κουρκούτας, 2001). Η συναισθηματική αναστάτωση των γονέων δεν προέρχεται σε αυτές τις περιπτώσεις τόσο από κάποια περίεργη συμπεριφορά του νέου όσο από το ίδιο το γεγονός της ωρίμανσης και κυρίως της αυτονόμησης του εφήβου, ο οποίος κρατά πλέον το «στόμα του κλειστό», «δεν ανοίγεται στους γονείς» και αρχίζει να σχηματίζει προσωπική ζωή την οποία δεν ελέγχει πλέον ο γονέας. Σύμφωνα με τον Chabrol (1987) η προσφυγή σε μια συμπεριφορά αυτοκτονίας μαρτυρεί μια σοβαρή διαταραχή της επικοινωνίας του εφήβου με το οικογενειακό περιβάλλον. Επίσης φανερώνει την ανικανότητα της οικογένειας να εκπληρώνει το ρόλο της σαν στήριγμα του εφήβου ή εκφράζει και την άμεση ευθύνη της.

1.5.1. Η αυταρχική και απαιτητική οικογένεια

Ορισμένοι «τύποι» οικογενειών θεωρούνται καταλυτικοί παράγοντες σε ό,τι αφορά την εκδήλωση αυτοκτονικών συμπεριφορών (Κουρκούτας, 2001). Ένας τέτοιος τύπος ελεγκτικής οικογένειας είναι εκείνη που είναι πολύ καταπιεστική, απαιτητική και καθόλου υποστηρικτική. Χαρακτηρίζεται ως μειονεκτική γιατί επιφορτίζει τον έφηβο με

«ναρκισσιστικές αποστολές» δηλαδή εναποθέτει στον έφηβο όλες τις φιλοδοξίες της για αυτοπραγμάτωση και επιδιώκει να ανυψωθεί μέσα από τις επιτυχίες του. Παράλληλα με την άσκηση υπερβολικού ελέγχου, καταστέλλεται η δημιουργική πρωτοβουλία του εφήβου και αναστέλλεται η διαδικασία αυτονόμησης του. Οι περιοριστικοί, αυταρχικοί γονείς προσπαθούν να διαμορφώνουν, να ελέγχουν και να αξιολογούν τη συμπεριφορά και τις στάσεις του παιδιού σύμφωνα με έναν άκαμπτο κώδικα διαγωγής (Κουρκούτας, 2001). Οι γονείς δηλαδή σε μια τέτοια οικογένεια αντιδρούν υπερβολικά άσχημα απέναντι σε κάποιες ενέργειες των παιδιών τους. Προσπαθώντας να αποτρέψουν τον έφηβο από τα δικά τους παρελθόντα λάθη ουσιαστικά δεν τον αφήνουν να δράσει και να κατανοήσει την πραγματικότητα από μόνος του. Επιπλέον δεν κατανοούν ότι πολλές φορές οι συνθήκες, οι συνήθειες και κάποιες καταστάσεις τροποποιούνται από γενιά σε γενιά. Με αυτό τον τρόπο αρνούνται στον έφηβο το «δικαίωμα του λάθους» και του επιβάλλουν αναγκαστικά το πρότυπο του πάντοτε σωστού και επιτυχημένου εφήβου, κάτι που δεν είναι εφικτό να ισχύει στην πράξη, ακόμη και για τους ίδιους. Όλες αυτές οι καταστάσεις αποτελούν έκφραση της προσπάθειας του γονέα για «επιδιόρθωση της δικής του εφηβικής ηλικίας» μέσα από την απόλυτη καθοδήγηση και τις υψηλές απαιτήσεις που θέτουν στο παιδί τους. Σύμφωνα με τον Chabrol (1987) ο υπερβολικός αυτός έλεγχος αντανακλά την άρνηση των γονέων να δεχθούν ότι το παιδί μεγαλώνει και να παραιτηθούν από τον κυρίαρχο ως προς το παιδί ρόλο. Οι γονείς εμμένουν σε μια ξεπερασμένη ιεραρχική και αυστηρή συμπεριφορά αντί να υιοθετήσουν σταδιακά μια πιο ισότιμη και δημοκρατική στάση που θα άρμοζε απέναντι στον έφηβο. Ο έφηβος τοποθετημένος σε ένα περιβάλλον που δεν τον αναγνωρίζει, τον καταπιέζει και που δεν μπορεί να ελέγξει και να τροποποιήσει, επιλέγει την αντίδραση μέσα από την αυτοκτονία.

1.5.2. Η υπερπροστατευτική οικογένεια

Σε άλλες περιπτώσεις που σχετίζονται με την εφηβική αυτοκτονικότητα, οι γονείς κατά βάθος νιώθουν ότι χάνουν το παιδί τους. Με την έννοια ότι το παιδί τους απομακρύνεται συναισθηματικά από αυτούς: παραπονιούνται ότι «ο γιος ή η κόρη τους δεν τους μιλά πλέον, τους κρατά σε απόσταση, τους κρύβει τα πράγματα, δεν τους έχει εμπιστοσύνη, έχει μυστικά από αυτούς, δεν τους αναφέρει τίποτε για τις σχέσεις του, ενώ πριν τους τα έλεγε όλα» (Κουρκούτας, 2001). Πολλοί από αυτούς τους γονείς αναζητούν συμβουλευτική υποστήριξη για να δουν τι πρέπει να κάνουν, καθώς αισθάνονται ότι κάτι δεν

πάει καλά, όχι με τους ίδιους, αλλά με τους εφήβους. Μεταφέρουν όλα αυτά τα παράπονα και τα σχόλια, συνήθως καλυμμένα από διάφορες ανησυχίες για συμπτώματα ή ενέργειες του εφήβου τα οποία στη συνέχεια αποδεικνύονται φυσιολογικά. Είναι χαρακτηριστικό ότι σε πολλούς γονείς η δική τους αίσθηση απώλειας του παιδιού μεταφράζεται ως άγχος μήπως αυτό πάθει κάτι, μήπως παρασυρθεί, μπλέξει με ναρκωτικά ενώ τίποτε από όλα αυτά δεν συντρέχει. Μάλιστα από τα λεγόμενα τους πρόκειται για πολύ σοβαρά και ώριμα άτομα που κατά βάθος όχι μόνο εμπιστεύονται, αλλά δεν θα μπορούσαν να φανταστούν καν ότι θα κάνουν κάτι ανεπίτρεπτο. Οι περιγραφές που δίνουν οι ίδιοι για τα παιδιά τους έρχονται σε αντίφαση με τους φόβους και τα άγχη που εκδηλώνονται σε υπερβολικό βαθμό. Τα βαθύτερα άγχη δεν σχετίζονται τόσο με την πραγματικότητα του εφήβου όσο με την δική τους αίσθηση ότι χάνουν ένα σημαντικό κομμάτι της ζωής τους, μια σημαντική σχέση που κατά βάθος την έχουν ακόμα ανάγκη. Με τον τρόπο τους αυτοί οι γονείς, μη νιώθοντας ακόμα έτοιμοι, αρνούνται να αποδεχτούν την ωρίμανση των παιδιών τους και τη δυνατότητα τους να μπορούν από μόνα τους να διευθετούν τη ζωή τους, χωρίς να χρειάζονται την συνεχή επίκληση των γονιών τους. Σύμφωνα με τον (Chabrol, 1987) η διατήρηση μιας σχέσης εξάρτησης είναι απαραίτητη για την ψυχολογική επιβίωση αυτών των γονέων. Ο κόσμος του εφήβου πρέπει να περιορίζεται στην οικογένεια. Κάθε προσπάθεια να ξεφύγει από αυτήν, αποτελεί μια πράξη επανάστασης, έναν κίνδυνο για τους γονείς. Ο οικογενειακός μύθος επιβάλλει την απόλυτη εξάρτηση από την οικογένεια, ως απαραίτητη συνθήκη για την επιβίωση και την ασφάλεια κάθε μέλους. Αυτοί οι γονείς παρά τις παροτρύνσεις για υπευθυνοποίηση των παιδιών, αρνούνται να αναγνωρίσουν τις συνέπειες της προσκόλλησης ή του υπερβολικού ελέγχου, που προσπαθούν να επιβάλουν, χωρίς αιτία, ακόμη και όταν οι εκδηλώσεις του εφήβου είναι φυσιολογικές (Κουρκούτας, 2001). Συχνά, ενώ δηλώνουν ότι σέβονται την αυτονομία των παιδιών τους, κρυφακούν τα τηλεφωνήματα τους, διαβάζουν την αλληλογραφία τους, τα παρακολουθούν, και όλα αυτά για τις περιπτώσεις παιδιών που δεν φαίνεται να ανήκουν στην κατηγορία υψηλού κινδύνου.

Ο Κουρκούτας (2001) αναφέρει ότι αυτοί οι γονείς αναπτύσσουν ένα είδος προσκόλλησης στα παιδιά τους και επενδύουν σε μεγάλο βαθμό συναισθηματικά σε αυτήν την σχέση, για τη δική τους ισορροπία. Οι μητέρες κυρίως είναι αυτές που εκδηλώνουν τέτοιου είδους άγχη, αφού αυτές είναι συναισθηματικά πολύ περισσότερο προσκολλημένες στα παιδιά τους. Η εμπειρία της μητρότητας τις κάνει περισσότερο ευαίσθητες στους δεσμούς με τα παιδιά τους, πάνω στους οποίους οικοδομούν μεγάλο μέρος της συναισθηματικής και προσωπικής τους ταυτότητας. Η προκείμενη απομάκρυνση των παιδιών αφήνει ένα συναισθηματικό κενό, μια αίσθηση απώλειας και φόβου. Ο φόβος για το μέλλον του εφήβου,

που δηλώνουν συχνά αυτοί οι γονείς, αφορά το φόβο για το δικό τους προσωπικό μέλλον, καθώς και το άγχος εγκατάλειψης που νιώθουν υποσυνείδητα από την πλευρά του παιδιού. Τα παραπάνω προσωπικά άγχη αυξάνονται όταν συνδυάζονται και με την δική τους προσωπική κρίση (όταν δηλαδή βρίσκονται σε ηλικία που μπορεί να κάνουν απολογισμό της ζωής τους ή όταν νιώθουν ότι περνούν σε μια άλλη ηλικιακή φάση).

Αρκετοί ψυχολόγοι υποστηρίζουν ότι η υπερπροστασία είναι μια μορφή ελέγχου του παιδιού και συχνά αποτελεί μια καταπιεστική ή επιθετική μορφή ελέγχου (Κουρκούτας, 2001). Στους υπερπροστατευτικούς γονείς συναντώνται τα ακόλουθα στοιχεία:

- Επιθυμία, συνήθως ασυνείδητη να ελέγχουν απόλυτα τον έφηβο.
- Δυσκολία να μοιραστούν με άλλους την αγάπη του και την εμπιστοσύνη του.
- Φόβος ότι κάτι κακό θα του συμβεί, όταν απομακρυνθεί από την οικογένεια.
- Τάση να υποτιμούν την ικανότητα και την δύναμη του εφήβου να λειτουργεί ανεξάρτητα.

Μπορεί κανείς λοιπόν να υποστηρίξει ότι ακόμη και στους πιο «λογικούς γονείς» απαντώνται τα ανωτέρω στοιχεία, σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό. Το πρόβλημα δημιουργείται όχι τόσο όταν οι γονέας νιώθει κάποια από τα ανωτέρω αισθήματα, αλλά όταν η στάση του απέναντι στο παιδί καθορίζεται αποκλειστικά από τα συγκεκριμένα αισθήματα όπως στις παραπάνω περιπτώσεις αγχωτικών και υπερπροστατευτικών γονέων που τελικά καταλήγουν να υπονομεύουν οι ίδιοι την αυτονομία του παιδιού τους (Κουρκούτας, 2001).

Ο Τσιάντης (1991) δηλώνει ότι οι συνεντεύξεις με πολλούς γονείς, που τα παιδιά τους είχαν αυτοκτονική συμπεριφορά λόγω παρατεταμένων οικογενειακών συγκρούσεων, αποκάλυψαν τα εξής. Αυτοί οι γονείς ένιωθαν βαθιά μέσα τους κάποιο φθόνο για τα παιδιά τους, επειδή περνούσαν κάποια φάση που σε αυτούς τους ίδιους δεν είχε επιτραπεί να περάσουν. Επιπλέον οι συγκεκριμένοι γονείς ένιωθαν αγανάκτηση, καθώς, αν και οι ίδιοι ήταν καλύτεροι από τους δικούς τους γονείς, τα παιδιά τους αντιτάσσονταν με διάφορους τρόπους στις προσδοκίες τους. Πρόκειται για συνηθισμένη αντίδραση, όταν οι γονείς έχοντας προσφέρει και επενδύσει πολλά πάνω στα παιδιά νιώθουν ότι αυτά όχι μόνο τους απομακρύνουν, αλλά δεν δέχονται απαραίτητα να πραγματώσουν τις προσδοκίες τους και να συμβιβαστούν με το μοντέλο ζωής που οι ίδιοι προτείνουν. Όπως επισημαίνεται και από άλλους ερευνητές οι γονείς αυτοί δεν διαθέτουν ευελιξία και σταθερότητα και δεν ανέχονται να «αγνοούνται» από τους εφήβους, νιώθοντας την αδιαφορία ως αποτυχία και αναζητώντας συνεχώς την έμπρακτη απόδειξη της αγάπης των παιδιών τους για να αισθάνονται ότι υπήρξαν ή ότι είναι καλοί γονείς. Επίσης τονίζεται ότι η ανάγκη αυτοελέγχου του παιδιού

βιώνεται από αυτούς τους γονείς ως αδιαφορία ή αντίδραση στη γονεϊκή αυθεντία, με αποτέλεσμα να πολλαπλασιάζονται οι τιμωρίες και οι αρνητικές συμπεριφορές από την πλευρά των γονέων.

1.5.3. Η οικογένεια με χαλαρούς δεσμούς

Ένας άλλος τύπος οικογένειας που συνδέεται με την αυτοκτονική συμπεριφορά του εφήβου είναι η οικογένεια με πολύ χαλαρούς δεσμούς. Σε έρευνα των Kandel et al (1991) βρέθηκε ότι έφηβοι με αυτοκτονικό ιδεασμό διατηρούσαν χαλαρούς δεσμούς με τους γονείς τους. Στο εσωτερικό μιας τέτοιας οικογένειας συχνά κυριαρχούν η αδιαφορία που βιώνεται από τον έφηβο ως απόρριψη, η συναισθηματική αμβλύτητα, η έλλειψη επικοινωνίας, η απουσία προτύπων και σταθερών αναφορών και η πλήρης αδυναμία ελέγχου (Κουρκούτας, 2001). Οι γονείς αντιμετωπίζουν τον έφηβο ως ιδιαίτερα ώριμο, θεωρώντας ότι δεν έχει ανάγκη από συμβουλές και παραινέσεις ή από ενίσχυση και ώθηση, επειδή γενικά «αυτός/ή τα καταφέρνει και από μικρός/ή ήταν ένα παιδί αυτόρκες, συγκρατημένο ή σοβαρό, που δεν αποζητούσε την αγάπη ή τα χάδια ή άλλους συναισθηματισμούς.» Για τους περισσότερους εφήβους αδιαφορία σημαίνει παραμέληση, χωρίς ίχνος συναισθήματος, ή αναμφισβήτητη εχθρότητα εκ μέρους των γονέων. Ακόμα και στην περίπτωση που η συναισθηματική απόρριψη ενδέχεται να μην είναι τόσο εμφανής, οι έφηβοι εντούτοις φτάνουν να πιστέψουν ότι δεν έχουν προσωπική αξία και ότι η ίδια η ύπαρξή τους κάνει τους γονείς τους δυστυχείς. Η ανεκτική στάση που καταργεί τους περιορισμούς και τα πρότυπα, προκαλεί ένα αίσθημα ανασφάλειας στον έφηβο. Οι έφηβοι αυτοί συναντούν μια αποδοχή και μια επιδοκίμασία, ενώ στην πραγματικότητα επιθυμούν να προσκρούσουν σε περιορισμούς και να αγωνισθούν εναντίον τους.

1.5.4. Οικογένεια και άσκηση σωματικής βίας

Ενίοτε ανάμεσα στα χαρακτηριστικά της οικογένειας του αυτοκτονικού εφήβου φαίνεται πως είναι η χρήση βίας. Πιο αναλυτικά, σύμφωνα με την Strauss και Kantor (1994) το μεγαλύτερο ποσοστό των γονέων στην Αμερική χρησιμοποιούν ως μέθοδο διαπαιδαγώγησης την άσκηση σωματικής βίας. Αυτό γίνεται φυσικά σε περιορισμένο βαθμό και με αποφυγή της πρόκλησης τραυματισμού και σωματικής βλάβης. Με την «μέθοδο» αυτήν, την οποία θεωρούν φυσιολογική, οι γονείς πιστεύουν ότι πειθαρχούν τα παιδιά τους,

τους θέτουν όρια, δεν τα κακομαθαίνουν και διορθώνουν τις κακές συμπεριφορές τους. Παρόλα αυτά, σύμφωνα με τις συγγραφείς, η άσκηση αυτής της βίας εκ μέρους των γονέων απέναντι στα παιδιά φαίνεται να έχει μελλοντικές επιπτώσεις στην ψυχική ανάπτυξη και συμπεριφορά των τελευταίων. Συγκεκριμένα, ψυχικές διαταραχές και ψυχοπαθολογικές συμπεριφορές που φαίνεται να σχετίζονται με την γονεϊκή κακοποίηση είναι η κατάχρηση ναρκωτικών, η επιθετική συμπεριφορά, η κατάθλιψη και η αυτοκτονία.

Υποκεφάλαιο 1.6. Η πρόληψη της αυτοκτονικής συμπεριφοράς στους εφήβους.

1.6.1. Η αναγκαιότητα της πρόληψης

Ο καλύτερος τρόπος για να αντιμετωπίσουμε την αυτοκτονικότητα που παρατηρείται στην εφηβική ηλικία είναι η πρόληψη (Chabrol, 1987). Οι θεραπευτικοί σκοποί, δηλαδή, στην αντιμετώπιση της απόπειρας αυτοκτονίας, πρέπει να κυριαρχούνται από τη φροντίδα της πρόληψης. Στην πραγματικότητα, πρόκειται για την πρόληψη της πρώτης απόπειρας και της αναπαραγωγής καθώς και για την διασφάλιση της κοινωνικής προσαρμογής. Η πρόληψη καθίσταται αναγκαία αν υπολογίσουμε ότι πριν από κάθε αυτοκτονία προηγούνται συνήθως πολλές απόπειρες. Συγκεκριμένα υπολογίζεται ότι για κάθε έφηβο που διέπραξε ολοκληρωμένη αυτοκτονία αντιστοιχούν από εκατό έως διακόσιες προσπάθειες (Duke & Borowsky, 2009). Για τους νέους, στο ιστορικό των οποίων περιλαμβάνεται μια απόπειρα αυτοκτονίας, η περίοδος υψηλού κινδύνου για επανάληψη των αποπειρών είναι οι επόμενοι τρεις μήνες. Παρόλα αυτά ο κίνδυνος επερχόμενης απόπειρας παραμένει υψηλός στους εφήβους τουλάχιστον για τους επόμενους τρεις μήνες σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (Lewinsohn et al, 1996).

Οι περισσότεροι έφηβοι που σκοπεύουν να αυτοκτονήσουν παρέχουν ενδείξεις για την επικείμενη συμπεριφορά τους (Wenar & Kerig, 2008). Συγκεκριμένα, σύμφωνα με μια μελέτη το 83% των εφήβων που αυτοκτόνησαν ανέφεραν σε άλλους τις προθέσεις τους την τελευταία εβδομάδα πριν τον θάνατο τους. Συνήθως οι προειδοποιήσεις ή οι απειλές αφορούν μέλη της οικογένειας ή φίλους, οι οποίοι δεν τις παίρνουν στα σοβαρά, προσπαθούν να τις αρνηθούν ή δεν κατανοούν τη σημασία τους. Άλλωστε οι φίλοι μπορεί να θεωρήσουν ότι εάν ενημερώσουν τους γονείς σχετικά με τις απειλές θα προδώσουν την εμπιστοσύνη του φίλου

τους. Κατά συνέπεια, όχι μόνο οι ίδιοι οι έφηβοι αλλά και τα πρόσωπα στα οποία απευθύνονται καθυστερούν ή δεν αναζητούν βοήθεια από κάποιον ειδικό. Επομένως, ένας σημαντικός στόχος της πρόληψης είναι να εκπαιδευτούν οι γονείς και οι συνομήλικοι σχετικά με τα σημάδια του κινδύνου.

1.6.2. Στάδια της πρόληψης

Στον Chabrol (1987) γίνεται αναφορά σε τρία στάδια για την πρόληψη των πράξεων αυτοκτονίας.

- ⇒ Την πρωτογενή πρόληψη, η οποία αποσκοπεί στην παρεμπόδιση της πρώτης απόπειρας και στην αναγνώριση της προ-αυτοκτονικής φάσης.
- ⇒ Την πρόληψη – παρέμβαση, η οποία περιλαμβάνει τα θεραπευτικά μέτρα που παίρνουν κατά τη διάρκεια της πράξης.
- ⇒ Την τριτογενή πρόληψη, η οποία έχει σαν σκοπό την αποφυγή των υποτροπών.

Πιο συγκεκριμένα, η πρωτογενής πρόληψη πραγματοποιείται σε δύο επίπεδα, στο ομαδικό και στο ατομικό. Η ομαδική πρόληψη αναφέρεται στη σημασία της πληροφόρησης και το βασικό ρόλο που παίζουν το παιδαγωγικό και το ιατροκοινωνικό περιβάλλον. Αντίθετα, η ατομική πρόληψη αναφέρεται στη σπουδαιότητα του ρόλου του οικογενειακού γιατρού που συναντάμε σε αρκετές χώρες του εξωτερικού.

Στην πρόληψη-παρέμβαση η ανάγκη νοσηλείας σε ψυχιατρικό περιβάλλον, μετά από την πραγματοποίηση της πράξης αυτοκτονίας, επιτρέπει την απομάκρυνση του εφήβου από το περιβάλλον το οποίο γέννησε τη συμπεριφορά αυτοκτονίας. Τέλος η τριτογενής πρόληψη αντιπροσωπεύει το σύνολο των μέτρων, τα οποία προορίζονται για την αποφυγή των υποτροπών. Πρόκειται για την περίπτωση που ο έφηβος έχει ήδη αποπειραθεί να αυτοκτονήσει. Η δευτερογενής και η τριτογενής πρόληψη αφορούν την θεραπευτική αντιμετώπιση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς του εφήβου (Chabrol, 1987).

Αναφορικά με την πρωτογενή πρόληψη κατά το στάδιο που προηγείται της αυτοκτονίας, παρατηρείται μια προοδευτική απομάκρυνση από την οικογένεια και μια ρήξη ή σταδιακή φθορά των δεσμών. Σύμφωνα με τους Teicher και Jacobs (1966), η απομάκρυνση ακολουθεί τα εξής στάδια: Προηγείται ένα μακρόχρονο παρελθόν προβλημάτων από την παιδική ηλικία ως την εφηβεία. Έπεται μια περίοδος συνεχούς κορύφωσης όπου προστίθενται συνεχώς και

άλλα προβλήματα. Τέλος, εμφανίζεται το τρίτο στάδιο όπου διαλύονται αλυσιδωτά και οι τελευταίες σχέσεις του εφήβου με τα αγαπημένα του πρόσωπα. Το στάδιο αυτό λαμβάνει χώρα λίγες εβδομάδες ή ημέρες πριν την απόπειρα αυτοκτονίας. Είναι σημαντικό να μην υποτιμηθούν ποτέ οι ενδείξεις και οι δηλώσεις αυτοκαταστροφής ενός εφήβου. Ο ενήλικος οφείλει να δώσει προσοχή και όταν πιστεύει ότι πρόκειται για συναισθηματικό εκβιασμό. Είναι, δυστυχώς, γνωστό ότι πολλές απόπειρες μετατρέπονται «κατά λάθος» σε αυτοκτονίες, επειδή το παιχνίδι με το θάνατο ξέφυγε από τον έλεγχο. Παραδόξως, το παιχνίδι με το θάνατο θεωρείται από τον έφηβο μια προσπάθεια να ελέγξει τη ζωή του.

1.6.3. Η συζήτηση με τον έφηβο

Σε περίπτωση που οι γονείς, οι εκπαιδευτικοί ή οι ειδικοί αντιληφθούν τα παραπάνω ανησυχητικά σημεία θα πρέπει να ρωτήσουν το παιδί τους αν έχει αυτοκτονικό ιδεασμό και ιδίως αν έχει καταστρώσει σχέδια για να βλάψει τον εαυτό του (Κουρκούτας, 2001). Συνήθως όταν οι γονείς συνειδητοποιούν ότι περνούν από το μυαλό των παιδιών τους αυτοκτονικές σκέψεις, τρομοκρατούνται, τις επικρίνουν και αρνούνται να αφήσουν το παιδί τους να τις εκφράσει και να τις λεκτικοποιήσει. Τότε δίνουν στην σκέψη μεγαλύτερο βάρος από ότι της αρμόζει. Αποτέλεσμα αυτής της αντίδρασης είναι να μεταφέρουν τον πανικό τους στον έφηβο, ο οποίος αισθάνεται ήδη πραγματικά αδύναμος. Ίσως μάλιστα να νιώσει εντονότερο φόβο, να αντιληφθεί ότι τα πράγματα είναι σοβαρά και ότι η σκέψη μιας τέτοιας ιδέας ισοδυναμεί με την πραγμάτωση της. Επίσης του δίνουν την αίσθηση ότι δεν τον παίρνουν στα σοβαρά ή ότι δεν αντέχουν να τον ακούσουν και να ασχοληθούν ουσιαστικά μαζί του ή ότι μπορεί να ενδιαφέρονται αλλά είναι αδύναμοι και αδυνατούν να τον βοηθήσουν. Σε τέτοιες περιπτώσεις ο έφηβος μπορεί να απογοητευθεί πλήρως και να αποθαρρυνθεί εντελώς. Η ιδέα της αυτοκτονίας μπορεί να εξιδανικευθεί ως έκφραση της δικής του δύναμης και να λάβει στο υποσυνείδητο του μια άλλη μορφή, αυτή του ελέγχου της πραγματικότητας μέσω της απόπειρας αυτοκτονίας (Κουρκούτας, 2001).

Άλλωστε η σκέψη της αυτοκτονίας δεν είναι από μόνη της τόσο τραγική αλλά αυτό που μπορεί να οδηγήσει τον έφηβο στην πραγμάτωση της είναι η δραματική αντίδραση των γονέων και ο φόβος τους (Κουρκούτας, 2001). Είναι δηλαδή βοηθητικό να ακούσουμε τον έφηβο να μιλάει για τέτοιου είδους σκέψεις που συνήθως ντρέπεται ή φοβάται να ομολογήσει, εκτός αν θέλει να ανησυχήσει τον περίγυρο του. Με αυτό τον τρόπο δεν

βάζουμε επικίνδυνες ιδέες στο μυαλό του και δεν τον βοηθάμε ή τον προτρέπουμε να πραγματοποιήσει τις σκέψεις του. Εξάλλου η σκέψη υπάρχει και δεν έχει σημασία το ότι σκέφτηκε την αυτοκτονία αλλά γιατί την σκέφτηκε. Αντιθέτως με τις ερωτήσεις ο έφηβος διαβεβαιώνεται ότι ενδιαφέρονται για αυτόν, του δίνεται η ευκαιρία να μιλήσει για τα προβλήματα που τον βασανίζουν και παύει να αισθάνεται ότι δεν ακούγεται και ότι δεν γίνεται κατανοητός. Επίσης η εμπειρία της λεκτικοποίησης και του μοιράσματος αυτής της ιδέας με έναν ενήλικο, τον ανακουφίζει. Εκθέτοντας την ιδέα, ουσιαστικά ο έφηβος μεταφέρει τα εσωτερικά του μηνύματα και εκφράζει τα παράπονα του. Η έκφραση και μόνο αποσυμπιέζει και αποδραματοποιεί τα πράγματα και εκτονώνει την κατάσταση. Παράλληλα ανοίγει ο δρόμος για πληρέστερη και βαθύτερη επικοινωνία.

Σύμφωνα με τους Duke και Borowsky (2009) το να ρωτάς τον έφηβο για αυτοκτονικές σκέψεις δεν επισπεύδει την αυτοκτονία. Κάποιες ερωτήσεις που μπορούμε να κάνουμε στον έφηβο για την εκτίμηση της αυτοκτονικότητας είναι οι εξής:

- ο Πως βλέπεις τον εαυτό σου στο μέλλον;
- ο Έχεις νιώσει ποτέ τόσο στενοχωρημένος ή δυστυχισμένος που να σκέφτηκες να αυτοκτονήσεις ή που ευχόσουν να είχες πεθάνει;

Αν οι απαντήσεις στις παραπάνω ερωτήσεις είναι θετικές μπορούν να ακολουθήσουν οι παρακάτω ερωτήσεις:

- Είχες πρόσφατα σκέψεις θανάτου ή σκέψεις ότι πεθαίνεις ή αυτοκτονείς;
- Αν είχες αυτοκτονικές ιδέες έχεις σχέδιο να αυτοκτονήσεις; Ποιο είναι το σχέδιο σου;
- Έχεις βρει τον τρόπο ή τα μέσα για να ολοκληρώσεις το σχέδιο αυτοκτονίας;
- Έχεις προσπαθήσει ξανά στο παρελθόν να αυτοκτονήσεις ή να κάνεις κακό στον εαυτό σου;

Αν η απάντηση στην τελευταία ερώτηση είναι θετική ακολουθεί η εξής ερώτηση:

Ποια από τις παρακάτω δηλώσεις εκφράζουν με περισσότερη ακρίβεια τους στόχους ή τις προθέσεις σου κατά τη διάρκεια της προηγούμενης απόπειρας ή της προηγούμενης αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς;

- ο Η απόπειρα ήταν σοβαρή και ήταν θέμα τύχης ότι ζω.
- ο Προσπάθησα να αυτοκτονήσω αλλά ήξερα ότι το σχέδιο δεν θα πετύχαινε.

- ο Η απόπειρα μου ήταν κραυγή βοήθειας, δεν ήθελα να πεθάνω.

Επομένως, όταν οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί έρχονται αντιμέτωποι με έναν έφηβο που εκφράζει την επιθυμία του για αυτοκτονία μπορούν να τον βοηθήσουν και να προλάβουν μια ακραία συμπεριφορά με τους ακόλουθους τρόπους (Κουρκούτας, 2001).

Όπως προαναφέρθηκε, θα πρέπει να ακούσουν προσεκτικά τα λεγόμενα του εφήβου, χωρίς άμεση και ευθεία κριτική και να τον ενθαρρύνουν να εξωτερικέψει τα βαθύτερα αισθήματα και τις σκέψεις που τον βασανίζουν (Κουρκούτας, 2001). Πρέπει επίσης να δείξουν στον νέο ότι λαμβάνουν πολύ σοβαρά υπόψη τους τις ανησυχίες, τα παράπονα και τους προβληματισμούς του, μειώνοντας το αίσθημα της μοναξιάς που βιώνει. Οφείλουν να ρωτήσουν τον νέο αν έχει προβεί στο παρελθόν σε απόπειρες αυτοκτονίας. Η γνώση αυτή θα τους προσφέρει πολλές πληροφορίες και θα τους επιτρέψει να προβλέψουν τις μελλοντικές συμπεριφορές του εφήβου. Για παράδειγμα, είναι προφανές πως ένας έφηβος που έχει ήδη αποπειραθεί να αυτοκτονήσει χρήζει ιδιαίτερης προσοχής και προστασίας. Είναι σημαντικό να δηλώνουν ξεκάθαρα το ενδιαφέρον τους στον έφηβο και την επιθυμία τους να τον φροντίσουν. Πολύ σημαντικό επίσης είναι να προσπαθήσουν να μάθουν αναλυτικά για το περιεχόμενο της σκέψης του, εάν στα αλήθεια σκέφτεται να βλάψει τον εαυτό του, εάν έχει σχεδιάσει να φτάσει μέχρι την αυτοκτονία και γενικότερα αν πραγματικά θέλει να πεθάνει. Οι γονείς θα πρέπει να αποφεύγουν δηλώσεις και ενθαρρυντικά μηνύματα όπως « Οι περισσότεροι άνθρωποι σκέφτονται κάποια στιγμή να αυτοκτονήσουν». Στην πραγματικότητα οι σκέψεις θανάτου περνούν από το μυαλό πολλών ανθρώπων, όταν βρίσκονται για παράδειγμα για εκτεταμένο διάστημα κάτω από υπερβολικό στρες που τους φθείρει ψυχικά και σωματικά. Το να εξηγούν οι γονείς στον αυτοκτονικό έφηβο ότι αυτό συμβαίνει σε πολλούς ανθρώπους και να μειώνουν την σημασία των μηνυμάτων που στέλνει, φορτίζει περισσότερο την κατάσταση. Εντείνει την μοναξιά του εφήβου και την αίσθηση ότι οι άλλοι δεν τον καταλαβαίνουν. Επιπλέον με την συζήτηση που θα αναπτύξουν οι γονείς, θα πρέπει να επισημάνουν τις επιπτώσεις που μπορεί να προκαλέσει η πραγματοποίηση της επιθυμίας του. Πρόκειται για τις επιπτώσεις που αφορούν το ίδιο τον έφηβο, δηλαδή την αυτοκαταστροφή και την εξαφάνιση του, και αυτούς που μένουν πίσω. Βέβαια μια τέτοια συζήτηση χρήζει ιδιαίτερης προσοχής καθώς δεν πρέπει οι γονείς να εμμένουν στην ανάλυση των συνεπειών που ενδέχεται να επιφέρει μια τέτοια πράξη. Ο έφηβος μπορεί να είναι ήδη φορτισμένος με πολλές ενοχές και να επιβαρυνθεί με περισσότερες τύψεις εξαιτίας της ευαλωτότητας της κατάστασης του. Από την άλλη μεριά, ο έφηβος που επιθυμεί υποσυνείδητα να εκδικηθεί, να τιμωρήσει και να προκαλέσει πόνο στους οικείους του,

ενδέχεται να ενθαρρυνθεί και να οδηγηθεί ευκολότερα, λόγω και του υπερβολικού του θυμού, στην ακραία πράξη της αυτοκτονίας(Κουρκούτας, 2001).

Συνεπώς, οι γονείς ίσως να είναι προτιμότερο να τονίσουν τις επιπτώσεις που αφορούν τον ίδιο το νέο (Κουρκούτας, 2001). Υπάρχουν έφηβοι που, λόγω του βαθμού της ανωριμότητας τους και της σύγχυσης στην οποία βρίσκονται, δεν συνειδητοποιούν το μη αναστρέψιμο της πράξης τους . Επίσης επιβάλλεται οι γονείς κυρίως να παραμένουν κοντά στον έφηβο για να τον επιβλέπουν διαρκώς και να σιγουρευτούν ότι δεν θα κάνει κακό στον εαυτό του. Παράλληλα θα πρέπει να φροντίζουν να μην έχει πρόσβαση σε αντικείμενα, όπλα ή φάρμακα με τα οποία δύναται να βλάψει τον εαυτό του και να οδηγηθεί επιτυχώς στην αυτοκτονία.

1.6.4. Προγράμματα πρόληψης της εφηβικής αυτοκτονίας

Σύμφωνα με την Μπεράτη(2005), τα προγράμματα που στοχεύουν στην ενημέρωση των γονέων για την εφηβική αυτοκτονία είναι πολύ χρήσιμα. Μέσω αυτής της ενημέρωσης οι γονείς ιδίως αποκτούν σαφέστερη αντίληψη των προβλημάτων του νέου και είναι σε θέση να αναζητούν ευκολότερα βοήθεια. Συγχρόνως ενημερώνονται για τις λανθασμένες αντιλήψεις και τους μύθους που υφίστανται σχετικά με την αυτοκτονική συμπεριφορά. Παρακάτω εκτίθενται μερικές απόψεις (Μπεράτη,2005;Berati, 1990):

- ◇ Οι έφηβοι που δηλώνουν έμμεσα ή απειλούν ότι θα αυτοκτονήσουν, δεν πρόκειται να προχωρήσουν στην πράξη αλλά στόχος τους είναι να τραβήξουν την προσοχή κυρίως της οικογένειας τους.
- ◇ Είναι λάθος η εντύπωση ότι τα άτομα που μιλούν για αυτοκτονία δεν αυτοκτονούν. Η πραγματικότητα είναι ότι από τους δέκα ανθρώπους που αυτοκτονούν οι οχτώ είχαν προειδοποιήσει λεκτικά για την πρόθεση τους.
- ◇ Από την άλλη πλευρά αρκετοί πιστεύουν ότι όταν κάποιος έφηβος προτίθεται να αυτοκτονήσει κανείς δεν μπορεί να τον αποτρέψει και να καταστείλει την ανάγκη του και την επιθυμία του για μια τέτοια πράξη. Υπάρχει δηλαδή η πεποίθηση ότι η επιθυμία για αυτοκαταστροφή θα εμμένει για πάντα και ότι δεν υπάρχει θεραπεία και τρόπος αντιμετώπισης της αυτοκτονικής συμπεριφοράς.

- ◇ Είναι λάθος ότι τα άτομα με τάσεις αυτοκτονίας είναι αποφασισμένα να πεθάνουν. Το σωστό είναι ότι τα άτομα αυτά έχουν ανάμεικτα συναισθήματα. Ορισμένες στιγμές επιθυμούν να πεθάνουν, αλλά και ορισμένες άλλες έχουν έντονη την επιθυμία να σωθούν και να παραμείνουν στην ζωή. Υπάρχουν άλλωστε περιστατικά όπου αμέσως μετά την απόπειρα το άτομο αλλάζει και αμέσως ζητάει βοήθεια.
- ◇ Κατά ανάλογο τρόπο κάποιοι θεωρούν ότι η αυτοκτονία είναι κληρονομική. Εκδηλώνεται δηλαδή σε εφήβους που έχουν κληρονομήσει τα γονίδια των προγόνων τους που είχαν την προδιάθεση να εμφανίσουν ή εμφάνιζαν αυτοκτονική συμπεριφορά. Όντας αποκλειστικά κληρονομική, είναι αδύνατον να την αντιμετωπίσουμε και ο ίδιος ο αυτοκτονικός έφηβος είναι ανίκανος να μεταβάλλει την κατάσταση του.
- ◇ Είναι λάθος η εντύπωση ότι η αυτοκτονία συμβαίνει χωρίς προειδοποίηση. Το άτομο που πρόκειται να αυτοκτονήσει δίνει πολλές ενδείξεις της πρόθεσης για αυτοκτονία.
- ◇ Η εντύπωση ότι η αυτοκτονία είναι πολύ συχνότερη στους πλούσιους ή αντίθετα συμβαίνει αποκλειστικά στους φτωχούς είναι λάθος. Μελέτες έχουν δείξει ότι η αυτοκτονία ή οι απόπειρες αυτοκτονίας μπορούν να εκδηλωθούν σε άτομα οποιουδήποτε κοινωνικοοικονομικού επιπέδου.
- ◇ Επίσης υπάρχει το στερεότυπο ότι τα άτομα που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν ή αυτοκτονούν έχουν απαραίτητα σοβαρό ψυχιατρικό νόσημα. Κάτι τέτοιο δεν ισχύει απόλυτα. Είναι δυνατόν να πρόκειται για άτομα που δεν πάσχουν από σοβαρή ψυχιατρική διαταραχή αλλά έχουν αισθανθεί έντονα απόγνωση, απελπισία και έλλειψη διεξόδων στην ζωή τους.
- ◇ Επίσης υπάρχει η εντύπωση ότι η απότομη και σημαντική βελτίωση της ψυχικής κατάστασης του ασθενούς, που έπεται συνήθως μετά από μια κρίση, πρέπει να καθησυχάζει τον περίγυρο του διότι δηλώνει ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας έχει απομακρυνθεί.

Συνοψίζοντας, όταν οι γονείς είναι ενημερωμένοι για τις ενδείξεις και τους μύθους γύρω από την αυτοκτονία των εφήβων αποφεύγουν να οδηγηθούν σε εσφαλμένες συμπεριφορές που ελλοχεύουν κινδύνους και δύνανται να αποβούν μοιραίες για τους συγκεκριμένους νέους. Παρόλα αυτά, τα παραπάνω μέτρα πρόληψης δεν εφαρμόζονται

σημαντικά, διότι η αναγνώριση της προ-αυτοκτονικής φάσης από τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς που επιδιώκουν, συνοδεύεται από διαγνωστικά και δεοντολογικά προβλήματα (Λαζαράτου και Αναγνωστόπουλος, 2001).

Επιπλέον, τα σχολικά προγράμματα πρόληψης της αυτοκτονίας είναι εξαιρετικά δημοφιλή (Wenar & Kerig, 2008). Στόχος τους είναι η ενημέρωση και συνειδητοποίηση του προβλήματος της εφηβικής αυτοκτονίας, η εκπαίδευση στην ικανότητα εντοπισμού όσων διατρέχουν κίνδυνο και η πληροφόρηση των νέων σχετικά με τις διαθέσιμες κοινοτικές υπηρεσίες. Ωστόσο, υπάρχουν περιπτώσεις όπου η αποτελεσματικότητα αυτών των προγραμμάτων αμφισβητείται. Καταρχάς τα προγράμματα αυτά απευθύνονται στους μαθητές, αλλά υπάρχουν έφηβοι που διατρέχουν κίνδυνο και που δεν έχουν την ευκαιρία να τα παρακολουθήσουν γιατί έχουν εγκαταλείψει το σχολείο. Πρόκειται είτε για έφηβους που δεν βγαίνουν καθόλου από το σπίτι τους, είτε για εκείνους που έχουν φύγει από το σπίτι. Ακόμη όμως κι όταν οι νέοι παρακολουθούν αυτά τα προγράμματα εξακολουθούν να υπάρχουν αμφιβολίες για τα οφέλη τους. Αυτό συμβαίνει γιατί συνήθως τείνουν να υπερβάλλουν για τον επιπολασμό της εφηβικής αυτοκτονίας, ενώ συγχρόνως δεν επισημαίνουν ότι οι περισσότεροι αυτοκτονικοί έφηβοι παρουσιάζουν συναισθηματικές διαταραχές. Επομένως τα προγράμματα αυτά ενθαρρύνουν τους νέους να ταυτιστούν με τα περιστατικά που παρουσιάζονται. Ενδέχεται δηλαδή, στην προσπάθεια τους να μην στιγματίσουν την αυτοκτονία, ακούσια να κανονικοποιήσουν την αυτοκτονική συμπεριφορά και να μειώσουν τα ταμπού εναντίον της. Για παράδειγμα, μια μελέτη έδειξε ότι η παρακολούθηση ενός προγράμματος πρόληψης της αυτοκτονίας αύξησε ελαφρώς τη γνώση για την αυτοκτονία αλλά δεν άλλαξε τις στάσεις των εφήβων απέναντι της. Εξάλλου τα αγόρια έτειναν να αλλάζουν προς την ανεπιθύμητη κατεύθυνση. Τα περισσότερα εκδήλωναν αυξημένη απόγνωση και δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά μετά το ανάλογο πρόγραμμα (Overholser et al, 1989). Σε μια άλλη μελέτη όχι απλά η στάση των μαθητών δεν άλλαξε προς το καλύτερο αλλά βρέθηκε ότι ένας μικρός αριθμός μαθητών άρχιζαν να αντιμετωπίζουν την αυτοκτονία σαν μια πιθανή λύση στα προβλήματα τους.

Οι Garland και Zigler (1993) επισημαίνουν ότι για να είναι επιτυχή τα προγράμματα πρόληψης θα πρέπει να στοχεύουν στους παράγοντες κινδύνου για την αυτοκτονία, στους στρεσογόνους δηλαδή παράγοντες και τα προβλήματα ζωής που είναι συχνά και μπορεί να οδηγήσουν κάποιους νέους στην αυτοκτονία, όπως είναι η κατάχρηση ουσιών, η κατάθλιψη, οι οικογενειακές συγκρούσεις, η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, η παρορμητική συμπεριφορά, οι φτωχές δεξιότητες επίλυσης διαπροσωπικών προβλημάτων, η κοινωνική απομόνωση και η χαμηλή αυτοπεποίθηση.

Ακόμη, αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι σύμφωνα με έρευνες οι γνωσιακού τύπου παρεμβάσεις σε μαθητές γυμνασίου και λυκείου έχουν προληπτική αξία, μειώνοντας τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης, που σχετίζεται με την αυτοκτονική συμπεριφορά, για δυο χρόνια μετά την παρέμβαση (Λαζαράτου και Αναγνωστόπουλος, 2001). Όσον αφορά τους εφήβους υψηλού κινδύνου, όπως αυτούς που εμφανίζουν κατάθλιψη ή προέρχονται από οικογένειες με καταθλιπτικούς γονείς, μπορούν εξίσου να ωφεληθούν από προληπτικά προγράμματα και παρεμβάσεις γνωσιακού τύπου. Οφείλουμε να τονίσουμε όμως, ότι εξαιτίας της κατάστασης που βρίσκονται είναι απαραίτητη η έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση και ψυχοθεραπευτική υποστήριξη τους.

Υποκεφάλαιο 1.7. Θεραπευτική αντιμετώπιση-Θεραπευτικά μοντέλα

1.7.1. Η αναζήτηση επαγγελματικής βοήθειας

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της αυτοκτονικότητας του εφήβου καθίσταται αναγκαία διότι αποκαθιστά την ψυχική ισορροπία του και αποτρέπει την πραγμάτωση της αυτοκτονικής του επιθυμίας που θα επέφερε τον θάνατο. Η αντιμετώπιση αφορά τους εφήβους με αυτοκτονικές τάσεις, επιθυμία θανάτου ή εφήβους που έχουν αποπειραθεί ήδη να αυτοκτονήσουν.

Ο αυτοκτονικός έφηβος υπονοεί συχνά με διάφορους τρόπους την πρόθεση του για αυτοκτονία καλώντας με αυτόν τον τρόπο τον περίγυρο του σε βοήθεια. Παρόλα αυτά, αν και βρίσκεται σε άθλια ψυχολογική κατάσταση ζητώντας έμμεσα βοήθεια, ο ίδιος είναι πιθανότερο ότι δεν θα απευθυνθεί σε κάποιον ειδικό (Sadock & Sadock, 2004). Στην περίοδο της εφηβείας οι νέοι που αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα σπάνια παίρνουν μόνοι τους την πρωτοβουλία να απαλλαγούν από την κατάσταση που τους επιβαρύνει με την βοήθεια κάποιου ειδικού. Επομένως στη φάση αυτή σημαντικός είναι ο ρόλος της οικογένειας και κυρίως των γονέων για την αντιμετώπιση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς του εφήβου. Οι γονείς δηλαδή οφείλουν να μεριμνήσουν για την θεραπεία του παιδιού τους. Επίσης, στις περιπτώσεις των εφήβων που εκδηλώνουν αυτοκτονικές τάσεις οι γονείς, πριν απευθυνθούν σε κάποιο επαγγελματία ψυχικής υγείας, θα πρέπει να μιλήσουν στο παιδί τους (Sadock & Sadock, 2004).

Από τη στιγμή που κάποιος έφηβος αναζητήσει επαγγελματική βοήθεια, ο άμεσος θεραπευτικός στόχος είναι να προστατευθεί από την πρόκληση βλάβης στον εαυτό του μέσω της παρέμβασης κρίσης (Wenar & Kerig, 2008). Αυτή μπορεί να περιλαμβάνει τα εξής: Σε πρώτη φάση τον περιορισμό της πρόσβασης σε μέσα που θα μπορούσε να τα χρησιμοποιήσει για να αυτοκτονήσει, για παράδειγμα όπλα ή χάπια. Μια «σύμβαση μη αυτοκτονίας», στην οποία ο έφηβος θα συμφωνούσε ,για μια προσδιορισμένη χρονική περίοδο, να μην βλάψει τον εαυτό του. Μείωση της απομόνωσης, μέσω της συνεχούς παρουσίας αγαπημένων προσώπων. Χορήγηση φαρμάκων για την αντιμετώπιση συνυπαρχουσών διαταραχών. Νοσηλεία, σε ακραίες περιπτώσεις(Wenar & Kerig, 2008).

Κάθε απειλή ή απόπειρα αυτοκτονίας πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη από την οικογένεια και τον ειδικό (Lester-Παπαματθαϊάκη, 1988). Σε πρώτη φάση μπορεί να ζητηθεί ένα πλήρες ιστορικό του ατόμου και της οικογένειας κυρίως για τον εντοπισμό καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα μέλη της οικογένειας. Μια ημιδομημένη συνέντευξη με τον έφηβο είναι απαραίτητη για να αναδυθούν στην επιφάνεια αισθήματα ανικανότητας και απελπισίας, χαμηλή αυτοεκτίμηση, δυσκολίες στη συγκέντρωση, συνεχής ενασχόληση με ιδέες θανάτου. Αυτό πρέπει να γίνεται διότι ο έφηβος μπορεί να μην εκφράζει οικειοθελώς τις επίμονες ιδέες αυτοκτονίας που κυριαρχούν στο μυαλό του. Πολλές φορές χρειάζεται μια δεύτερη συνέντευξη για να αναπτυχθεί μια σχέση εμπιστοσύνης που θα επιτρέψει να έρθει στο φως μια τέτοια πληροφορία (Lester-Παπαματθαϊάκη, 1988).

1.7.2. Η ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η Γνωσιακή θεραπεία είναι θεραπεία βραχείας διάρκειας. Χαρακτηρίζεται από την συνεργασία του θεραπευόμενου με τον θεραπευτή και την ανάθεση εργασίας στο σπίτι. Αποσκοπεί στον έλεγχο και την διόρθωση των αρνητικών σκέψεων. Βασίζεται στην διόρθωση των χρόνιων διαστρεβλώσεων της σκέψης που οδηγούν στην αυτοκτονική συμπεριφορά ή σε διαταραχές, όπως η κατάθλιψη, που συνδέονται με αυτήν. Πρόκειται κυρίως για την γνωσιακή τριάδα των αισθημάτων αβοηθησίας και απελπισίας του εφήβου για τον εαυτό του, το μέλλον και το παρελθόν του. Η εκπαίδευση στην επίλυση των προβλημάτων έρχεται να καλύψει μια συχνή ανεπάρκεια των εφήβων που έχουν τάσεις αυτοκτονίας (Sadock & Sadock, 2004). Η συνήθης τεχνική λειτουργεί σε πέντε στάδια: καθορισμός του προβλήματος, απαρίθμηση και αξιολόγηση των εναλλακτικών λύσεων,

αποφάσεις και σχέδιο δράσης (Chabrol, 1987). Το θέμα είναι να βοηθήσουμε τον έφηβο να αποκτήσει μία στρατηγική, που να του επιτρέπει να εντοπίζει με ακρίβεια τις δυσλειτουργικές του σκέψεις και να τις αντικαθιστά με καίριους συλλογισμούς και όχι να του επιβάλλουμε αυτό που θα έπρεπε να σκεφθεί. Η άσκηση στην επικοινωνία είναι, σίγουρα, η μέθοδος που παρουσιάζει το μεγαλύτερο ενδιαφέρον για τον έφηβο που έχει τάσεις αυτοκτονίας. Αναπτύσσει συμπεριφορές που ευνοούν την κοινωνικότητα, ελαττώνει την αγωνία που συνδέεται με καταστάσεις αλληλεπίδρασης, αναπροσανατολίζει και τροποποιεί την επιθετικότητα και μετριάζει την παρορμητικότητα (Sadock & Sadock, 2004). Σύμφωνα με τον Μάνο (1997) οι αρνητικές σκέψεις του ασθενούς προέρχονται από γνωστικές παραμορφώσεις και αρνητικές πεποιθήσεις. Για αυτό το λόγο, η αρχική φάση της γνωσιακής θεραπείας έχει σαν στόχο την μείωση των συμπτωμάτων, μέσω της αναγνώρισης (εκ μέρους του ασθενούς) των αυτοκαταστροφικών σκέψεων. Στη συνέχεια, ο στόχος της θεραπείας είναι η προφύλαξη και η τροποποίηση των εσφαλμένων πεποιθήσεων μέσα και έξω από τη θεραπεία. Πιο συγκεκριμένα, η θεραπεία επικεντρώνεται στην ανακάλυψη, με οδηγό την λογική, των αρνητικών σκέψεων, και στην ανίχνευση των καταθλιπτικών συναισθημάτων και συμπεριφορών που προκαλούνται από αυτές. Στην τελική φάση της θεραπείας, ο κεντρικός στόχος είναι ο αυτοέλεγχος και η αυτοκυριαρχία του ασθενή. Αυτά επιτυγχάνονται μέσω της εκπαίδευσης και άσκησης στην αναγνώριση και ανασκευή των εσφαλμένων πεποιθήσεων ώστε να αντιμετωπίζει τις δυσκολίες στο μέλλον.

Η Σικελιανού (2010), αναφέρει ότι η διάρκεια της γνωσιακής θεραπείας κυμαίνεται από 15 έως 20 συνεδρίες. Όσον αφορά τον θεραπευτή, ο ρόλος του είναι κυρίως εκπαιδευτικός. Οφείλει όμως να αποφύγει συμπεριφορές που ο ασθενής μπορεί να τις αντιληφθεί ως εξουσιαστικές και να εστιάσει στην δημιουργία μιας θετικής θεραπευτικής συμμαχίας με τον ασθενή. Στις περιπτώσεις που ο ασθενής εκδηλώνει αρνητικές αντιδράσεις ή αντιστάσεις απέναντι στον θεραπευτή, τότε ο θεραπευτής θα πρέπει να δείξει στον ασθενή ότι οι διαστρεβλώσεις που δημιουργεί στην θεραπευτική σχέση είναι αποτέλεσμα κυρίως των αρνητικών σκέψεων και πεποιθήσεων, όπως συμβαίνει και στις υπόλοιπες σχέσεις της ζωής του.

1.7.3. Η ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η Συμπεριφορική θεραπεία βασίζεται στην αρχή της θεωρίας της μάθησης δηλαδή στην συντελεστική και στην κλασική εξάρτηση (Sadock & Sadock, 2004). Εστιάζεται στην

αποφυγή συγκεκριμένων ανεπιθύμητων συμπεριφορών, π.χ. στην αποφυγή αυτοκτονικών σκέψεων ή αυτοκτονικών τάσεων που μπορούν να καταλήξουν στην αυτοκτονία. Αυτό συμβαίνει κυρίως μέσω της θετικής ενίσχυσης των επιθυμητών συμπεριφορών δηλαδή αυτών που δεν σχετίζονται με αυτοκτονικές συμπεριφορές και είναι λειτουργικές. Η θεραπεία αυτή περιορίζεται στην μείωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης και στην εξαφάνιση του αυτοκτονικού ιδεασμού και όχι στην αναζήτηση των αιτιών που ευθύνονται για την εκδήλωση αυτών των καταστάσεων. Αναπτύσσει συμπεριφορές που ευνοούν την κοινωνικότητα, ελαττώνει την αγωνία, τροποποιεί την επιθετικότητα και μετριάξει την παρορμητικότητα (Chabrol, 1987.) Σύμφωνα με την Σικελιανού (2010), οι βασικές θεωρίες στις οποίες βασίζεται η συμπεριφορική θεραπεία είναι οι ακόλουθες:

- Οι ψυχικές διαταραχές προέρχονται από ένα συνδυασμό βιολογικών παραγόντων και παραγόντων μάθησης.
- Η παθολογική συμπεριφορά οφείλεται στην μάθηση.
- Η λαθεμένη μάθηση διορθώνεται με την εκμάθηση νέας συμπεριφοράς.
- Ο θεραπευτής οφείλει να αποφεύγει ενισχυτικές συμπεριφορές που εντείνουν την περιθωριοποίηση και το στίγμα του ασθενούς.
- Ο θεραπευτής οφείλει να λειτουργεί ως πρότυπο για μίμηση, χωρίς να κινδυνεύει να γίνει πατερναλιστικός ή ουδέτερος.
- Ο θεραπευτής πρέπει να έχει ενεργητική παρουσία στην θεραπεία και να χρησιμοποιεί την συναισθηματική δοτικότητα, τη διαβεβαίωση, τα σαφή όρια και την παροχή κινήτρων.

Υπάρχουν πολλά είδη θεραπείας στην συμπεριφορική θεραπεία (Σικελιανού, 2010). Συγκεκριμένα στην συστηματική απευαισθητοποίηση ο ασθενής αρχικά μαθαίνει τεχνικές χαλάρωσης για την αύξηση της μυϊκής έντασης και την μυϊκή χαλάρωση. Στη συνέχεια, ο ασθενής μαζί με τον θεραπευτή προσδιορίζουν τις καταστάσεις που προκαλούν άγχος και κατατάσσουν αυτές τις φοβικές καταστάσεις σε μια ιεραρχική κλίμακα. Η συγκεκριμένη θεραπεία επικεντρώνεται στο παρόν και όχι στο παρελθόν. Στη ψυχοκατακλυσμική θεραπεία ο ασθενής εκτίθεται απευθείας στις φοβικές καταστάσεις και τα αντικείμενα. Το σύστημα ανταλλάξιμων αμοιβών είναι ένα είδος συμπεριφορικής θεραπείας όπου ενισχύονται από τον θεραπευτή με κουπόνια ή μάρκες, οι επιθυμητές, μη παθολογικές συμπεριφορές. Για παράδειγμα ένας ασθενής μπορεί να κερδίσει κουπόνια για την περιποίηση της εμφάνισής του, τα οποία μπορεί να τα εξαγοράσει ανάλογα με τις δραστηριότητες που του αρέσουν.

Στην θεραπεία αποστροφής εφαρμόζεται η αρνητική ενίσχυση σε παθολογικές συμπεριφορές. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον Μάνο (1997), μια δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά συνδέεται με ένα ενοχλητικό ερέθισμα. Κατά συνέπεια, ο ασθενής όταν εκδηλώνει την παθολογική συμπεριφορά έρχεται αντιμέτωπος με τις ανεπιθύμητες συνέπειες. Γενικότερα, οι παραπάνω τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς, δηλαδή το σύστημα ανταλλάξιμων αμοιβών και η θεραπεία αποστροφής, βασίζονται αντίστοιχα στις αρχές της θετικής και αρνητικής ενίσχυσης. Η βασικής αρχής της θετικής ενίσχυσης είναι ότι μια συμπεριφορά ενισχύεται και παρατηρείται συχνότερα όταν ανταμείβεται π.χ. με επιδοκίμασία, ενώ αποσβήνει όταν δεν ενισχύεται. Η βασική αρχή της αρνητικής ενίσχυσης είναι ότι μια ανεπιθύμητη συμπεριφορά ελαττώνεται όταν τιμωρείται (Μάνος, 1997).

Αυτό το μοντέλο θεραπείας είναι βραχείας διάρκειας και ενδείκνυται για τους αυτοκτονικούς εφήβους διότι έχει άμεσα αποτελέσματα ως προς την αλλαγή της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Εντούτοις μετά την εφαρμογή της θα πρέπει να ακολουθηθεί ένα άλλο είδος ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης που θα εστιάζει στις ρίζες του προβλήματος (Sadock & Sadock, 2004).

1.7.4. Η ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ (ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ) ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η Ψυχαναλυτική (ψυχοδυναμικού τύπου) ψυχοθεραπεία είναι απροσδιόριστης διάρκειας. Η προσωπικότητα του θεραπευτή αποτελεί το βασικό όργανο της αγωγής. Ο θεραπευτής έρχεται αντιμέτωπος με τις θετικές και αρνητικές μεταβιβάσεις του ασθενούς ενώ δίνει πρόσβαση στην εξωλεκτική επικοινωνία και την έκφραση των συναισθημάτων (Chabrol, 1987.). Αποσκοπεί στην κατανόηση των ασυνείδητων συγκρούσεων και κινήτρων που μπορεί να τροφοδοτούν και να συντηρούν την κατάθλιψη και την αυτοκτονικότητα. Επίσης πρωταρχικοί στόχοι της είναι η μερική αναδιοργάνωση της προσωπικότητας και των αμυνών που θα βοηθήσουν τον έφηβο να αντιμετωπίσει πιο δυναμικά τις στρεσογόνες καταστάσεις που τον πιέζουν. Βασικός στόχος ακόμη είναι η απόκτηση εναισθησίας ως προς τα τρέχοντα διαπροσωπικά γεγονότα. Πρόκειται για την συνειδητή αναγνώριση και κατανόηση από τον έφηβο των ψυχοδυναμικών συνιστωσών και της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς του. Έχει μεγάλη σημασία για την επίτευξη αλλαγών στην προσωπικότητα και την συμπεριφορά του νέου (Sadock & Sadock, 2004). Στη ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία χρησιμοποιούνται κάποιες ψυχολογικές μέθοδοι όπως είναι η διευκρίνιση, η αντιπαράθεση, η ερμηνεία, η ικανότητα του ασθενούς για ενδοσκόπηση, η συναισθηματική συμμετοχή, η

μεταβίβαση και η αντιμεταβίβαση. Αυτές οι μέθοδοι στοχεύουν στην αλλαγή της συμπεριφοράς του ατόμου (Σικελιανού, 2010).

Όπως υποστηρίζει ο Μάνος (1997), η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία βασίζεται στην αρχή ότι οι παιδικές εμπειρίες του ατόμου, δηλαδή κυρίως οι αλληλεπιδράσεις με τους γονείς του διαμορφώνουν την προσωπικότητα, την αίσθηση του εαυτού του, τους αμυντικούς μηχανισμούς, κτλ. Βέβαια, οι ψυχολογικές διεργασίες της παιδικής ηλικίας, δηλαδή οι φαντασίες, τα συναισθήματα, οι προσδοκίες, οι μνήμες και οι τάσεις ωθούνται στο ασυνείδητο. Μια άλλη βασική αρχή στην οποία στηρίζεται η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία είναι η έννοια της σύγκρουσης. Η σύγκρουση και η προσπάθεια ελέγχου της προκαλούν στο άτομο θλίψη, άγχος ή συμπτώματα όπως φοβίες. Πολλά άτομα καθώς μεγαλώνουν μέσω της επίδρασης διαφόρων θετικών εμπειριών λύνουν τις εσωτερικές συγκρούσεις, άλλα όμως μένουν καθηλωμένα στις ασυνείδητες αυτές συγκρούσεις με αποτέλεσμα να δυσκολεύει η ζωή τους.

1.7.5. Η ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η Υποστηρικτική θεραπεία εφαρμόζεται κυρίως στις οξείες κρίσεις (Sadock & Sadock, 2004). Πρόκειται για θεραπεία απροσδιόριστης διάρκειας και αποσκοπεί στην συναισθηματική υποστήριξη του εφήβου. Στοχεύει στην ανασύνθεση του εαυτού του νέου και της ικανότητας του να ανταπεξέρχεται στις δυσκολίες της καθημερινότητας μέσω της ενίσχυσης των αμυνών του. Δίνει έμφαση στην αποκατάσταση της χαμένης ισορροπίας και στην ανάπτυξη της δυνατότητας προσαρμογής του σε νέες καταστάσεις.

Ο Μάνος (1997), αναφέρει ότι η υποστηρικτική θεραπεία προσφέρει υποστήριξη στον ασθενή που υποφέρει λόγω φυσικής ασθένειας, εσωτερικής αναταραχής ή αποδιοργάνωσης. Σκοπός αυτής της θεραπείας είναι η ανακούφιση από το άγχος και η αποκατάσταση ή ενίσχυση των αμυντικών μηχανισμών και του εγώ που έχουν διαταραχθεί. Σύμφωνα με την Σικελιανού (2010), αντικειμενικός στόχος της υποστηρικτικής θεραπείας είναι η αποκατάσταση της ψυχικής ισορροπίας του ατόμου και η βελτίωση των συμπτωμάτων του στο μέγιστο δυνατό βαθμό. Επιπλέον, μπορεί παράλληλα να γίνεται χρήση κι άλλων μεθόδων θεραπείας όπως είναι η φαρμακευτική αγωγή, η συμβουλευτική και η νοσηλεία.

1.7.6. Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ (ΣΥΣΤΗΜΙΚΗ) ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η Οικογενειακή (συστημική) ψυχοθεραπεία ενδείκνυται για την αντιμετώπιση της αυτοκτονικότητας όταν ο ρόλος της οικογένειας είναι κυρίαρχος στην εκδήλωση της (Sadock & Sadock, 2004). Βασίζεται στην θεωρία ότι η οικογένεια είναι ένα σύστημα που προσπαθεί να διατηρήσει την ομοιόστασή του, ανεξάρτητα του πόσο δυσπροσαρμοστικό μπορεί να είναι. Είναι σημαντική για περιπτώσεις όπου οι οικογενειακές σχέσεις είναι προβληματικές διότι οι τεχνικές της δεν εστιάζονται στον ασθενή αλλά στην οικογένεια. Με αυτό τον τρόπο ο ασθενής καθίσταται η οικογένεια και όχι το μεμονωμένο μέλος της που έχει αναγνωρισθεί ως ασθενής. Ένας από τους μείζονες στόχους του οικογενειακού θεραπευτή είναι να προσδιορίσει τον ομοιοστατικό ρόλο που παίζει ο έφηβος στο δεδομένο οικογενειακό σύστημα, όσο παθολογικός και αν είναι αυτός ο ρόλος. Στις συναφείς τεχνικές περιλαμβάνονται ο επανακαθορισμός και η θετική σημειοδότηση. Πρόκειται για την θετική αναδιατύπωση όλων των αρνητικά εκφραζόμενων αισθημάτων και συμπεριφορών. Για παράδειγμα η διατύπωση «αυτό το παιδί είναι ανυπόφορο» γίνεται «αυτό το παιδί προσπαθεί απεγνωσμένα να σας αποσπάσει την προσοχή για να σας προστατέψει από αυτό που αντιλαμβάνεται ως έναν αποτυχημένο γάμο». Η αλλαγή των δυσπροσαρμοστικών κανονισμών που διέπουν την λειτουργία της οικογένειας. Η καλύτερη συνειδητοποίηση των δυναμικών ανάμεσα στις γενεές. Η βελτίωση της επικοινωνίας ενός προς έναν. Η ελάττωση των συμπεριφορών ενοχοποίησης μελών της οικογένειας και η αντιμετώπιση τους ως αποδιοπομπαίους τράγους. Πρόκειται για την περίπτωση όπου το παιδί που η οικογένεια αναγνωρίζει ως μοναδικό ασθενή στην πραγματικότητα εξυπηρετεί την διατήρηση του οικογενειακού συστήματος λειτουργώντας ως αποδιοπομπαίος τράγος, ως διαιτητής ή και ως «υποκατάστατος» σύζυγος στα πλαίσια μιας σύγκρουσης ανάμεσα στο ζεύγος των γονέων. Επίσης στόχο αποτελεί η εξισορρόπηση της αυτονομίας και της συνεκτικότητας. Αυτός ο στόχος είναι ιδιαίτερα σημαντικός για την περίπτωση του αυτοκτονικού έφηβου που αντιμετωπίζει προβλήματα και εμπόδια στην διαδικασία ενηλικίωσης, ανεξαρτητοποίησης από τους γονείς και αυτονομίας. Τα εμπόδια που εμφανίζονται σε αυτήν την προσπάθεια του απορρέουν, συν τοις άλλοις, από τους ενδόμυχους φόβους του ότι θα διαταραχθεί η συνεκτικότητα της οικογένειας. Με την οικογενειακή θεραπεία γίνεται προσπάθεια να πραγματωθούν και να διατηρηθούν και τα δύο και να επέλθει η ισορροπία (Sadock & Sadock, 2004).

Σύμφωνα με τον Chabrol (1987) ο σκοπός της παρέμβασης στην οικογένεια είναι η ανάπτυξη θετικών τρόπων αλληλεπίδρασης. Βασικός στόχος είναι να ευνοήσουμε τις

προσπάθειες έκφρασης για κατανόηση και επικοινωνία των συναισθημάτων ενδιαφέροντος, φροντίδας και υποστήριξης που τρέφει η οικογένεια για τον έφηβο. Επίσης πολύ σημαντικό είναι οι γονείς να αντιληφθούν τα κίνητρα της αυτοκτονικής συμπεριφοράς και να μπορέσει ο έφηβος να εκφραστεί ανοιχτά και να μοιραστεί με την οικογένεια του το εξωλεκτικό μήνυμα της αυτοκτονίας αποφεύγοντας κάθε εχθρική αντιπαράθεση.

Όσον αφορά τη συνολική αποτελεσματικότητα των παραπάνω ψυχοθεραπειών ως προς την αντιμετώπιση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς, έχουν διεξαχθεί αρκετές μελέτες. Η συχνότερη αναφερόμενη είναι η μελέτη του Brent (Λαζαράτου και Αναγνωστόπουλος, 2001) που εφαρμόστηκε σε πληθυσμούς 107 νοσηλευόμενων εφήβων. Τα αποτελέσματα της ανέδειξαν την υπεροχή της γνωσιακής και συμπεριφοριστικής θεραπείας έναντι της οικογενειακής (συστημικής) θεραπείας και της υποστηρικτικής. Στην ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία υπάρχει δυσκολία στην εγκατάσταση της θεραπευτικής σχέσης. Ο έφηβος για παράδειγμα μπορεί να προβάλλει αντιστάσεις απέναντι στην θεραπεία και στην εκτίμηση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων. Άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα της ψυχοδυναμικής και οικογενειακής ψυχοθεραπείας (Sadock & Sadock, 2004). Όπως προαναφέρθηκε, αν και οι θεραπείες αυτές είναι μακρόχρονες, εντούτοις παρουσιάζουν καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα διότι εστιάζουν στις ρίζες του προβλήματος, όπως είναι οι δυσλειτουργικές σχέσεις μεταξύ των μελών μιας οικογένειας, και όχι μόνο στην επιφανειακή αλλαγή ή εξάλειψη των παρεκκλίνουσων συμπεριφορών.

Συχνά στη θεραπεία συμμετέχουν δύο θεραπευτές (Λαζαράτου και Αναγνωστόπουλος, 2001). Ο ένας λαμβάνει υπόψη του την εξωτερική πραγματικότητα και επεμβαίνει πιο ενεργά. Μεριμνά για την χορήγηση της φαρμακοθεραπείας και για την σχολική και κοινωνική ένταξη του εφήβου. Ο άλλος θεραπευτής κρατά μια ουδέτερη στάση, που επιτρέπει την επεξεργασία των ψυχικών συγκρούσεων του εφήβου. Επίσης, οποιαδήποτε ψυχοθεραπευτική μέθοδος ακολουθηθεί, οφείλει να συμπεριλάβει κατά κάποιο τρόπο τους γονείς του εφήβου. Συχνά, η αναζήτηση βοήθειας και η ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση του ζευγαριού των γονιών έχει τη δύναμη να θεραπεύει την κατάθλιψη και την αυτοκτονικότητα του εφήβου. Η αλλαγή των στάσεων, των αντιλήψεων και των συμπεριφορών μέσα στην οικογένεια μέσω οικογενειακών συναντήσεων με ειδικούς ψυχοθεραπευτές είναι καθοριστικής σημασίας. Άλλωστε ο έφηβος, αν και μπορεί να επιδεικνύει αμφιθυμικά συναισθήματα, είναι ακόμα έντονα εξαρτημένος από τους γονείς του. Εξάλλου συχνά οι αυτοκτονικοί νέοι προέρχονται από οικογένειες με υψηλά ποσοστά συναισθηματικών διαταραχών και βιώνουν έντονες ενδοοικογενειακές συγκρούσεις. Επίσης, όπως προαναφέρθηκε, πολλές φορές, ο έφηβος εκφράζει με την συμπεριφορά του το πρόβλημα που

υπάρχει στην οικογένεια, στο ζευγάρι των γονιών ή στα αδέρφια του (Sadock & Sadock, 2004). Είναι, επομένως πολύ σημαντική ή διαγνωστική εκτίμηση όλης της οικογένειας εάν αυτό είναι εφικτό ή η συγκέντρωση όσο το δυνατόν περισσότερων πληροφοριών για τις συνθήκες, τις σχέσεις και τη δυναμική της οικογένειας.

Η τροποποίηση του περιβάλλοντος, η παρέμβαση στο οικογενειακό περιβάλλον και στις συνθήκες ζωής του εφήβου είναι πάντοτε απαραίτητη (Chabrol, 1987). Ο σκοπός της παρέμβασης στην οικογένεια είναι η ανάπτυξη θετικότερων τρόπων αλληλεπίδρασης. Αυτό που μας ενδιαφέρει, είναι να μπορεί ο έφηβος να εκφραστεί ανοιχτά και να μοιραστεί με την οικογένειά του το εξωλεκτικό μήνυμα της αυτοκτονίας, αποφεύγοντας κάθε εχθρική αντιπαράθεση.

Σύμφωνα με τον Mann και τους συν. (2005), οι ειδικοί μπορούν να βοηθήσουν τους αυτοκτονικούς εφήβους με τους εξής τρόπους: Για παράδειγμα δύναται να συμβάλουν στην ανάπτυξη πιο λειτουργικών τρόπων σκέψεων. Να τους ενισχύσουν στις προσπάθειες τους να θέτουν στόχους και να λύνουν προβλήματα ώστε να αυξήσουν τις κοινωνικές τους επιδεξιότητες, και να τους ενθαρρύνουν να αναπτύξουν καλύτερες επαφές με τον κοινωνικό περίγυρο. Όσον αφορά τους γονείς είναι σημαντικό να μάθουν την σημασία της συν-επιλογής σε κοινές δραστηριότητες με τα παιδιά τους και την μετάδοση στοργής και ζεστασιάς. Επίσης είναι απαραίτητο να αποτελούν παραδείγματα κοινωνικής συμπεριφοράς, και σε πιο πρακτικό επίπεδο, να περιορίζουν την πρόσβαση στους εφήβους σε επικίνδυνα μέσα όπως είναι τα όπλα.

Συνοψίζοντας, σύμφωνα με την Lester-Παπαματθαϊάκη (1988) τα ερευνητικά δεδομένα συγκλίνουν σε μια ποικιλόμορφη θεραπεία. Αυτή περιλαμβάνει ατομική και οικογενειακή θεραπεία, καθώς και βιολογική αντιμετώπιση του προβλήματος με αντικαταθλιπτικά όταν υπάρχει θετική διάγνωση για κατάθλιψη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνικά βιβλία

1. Ζερβής, Χ. (2001). *Ψυχοπαθολογία του ενήλικα*, β' έκδοση. Εκδόσεις Ηλεκτρονικές Τέχνες, Αθήνα, σελ 165-262
2. Κουρκούτας, Ε. (2001). *Η ψυχολογία του εφήβου*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, σελ. 32-441
3. Κρασανάκης, Ε.Γ. (1992). *Θέματα ψυχολογίας του εφήβου*. Στο βιβλίο του Κουρκούτα, Ε. (2001). *Η ψυχολογία του εφήβου*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, σελ. 32-140
4. Lester-Παπαματθαϊάκη, Ε. (1988). «*Η κατάθλιψη των παιδιών και εφήβων- αυτοκτονία*». Στο βιβλίο: «Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής.» Ι. Τσιάντης, & Σ. Μανωλόπουλος, σελ. 235-250, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 1988.
5. Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη, σελ. 131-827
6. Παρασκευόπουλος, Ι. (1985). *Εξελικτική ψυχολογία, η ψυχική ζωή από τη σύλληψη ως την ενηλικίωση*. Στο βιβλίο του Κουρκούτα, Ε. (2001). *Η ψυχολογία του εφήβου*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, σελ. 32-38.
7. Σικελιανού, Δ. (2010). *Κλινική ψυχοπαθολογία ενηλίκων*. Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα, σελ. 129-235.
8. Συνοδινού, Κ. (2007). *Ψυχοπαθολογία του παιδιού και του εφήβου*. Αυτοέκδοση, Αθήνα, σελ. 70-95.
9. Τσιάντης, Γ. (1991). *Ψυχική υγεία του παιδιού και της οικογένειας*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, σελ. 356-455.

Ξενόγλωσσα μεταφρασμένα βιβλία

1. Baumeister, R., F. (1993). *Self- esteem: The puzzle of low self-regard*. Στο βιβλίο των Cole, M., & Cole, S.,R. (2002). *Η ανάπτυξη των παιδιών. Εφηβεία*. Εκδόσεις Τυπωθήτω-Δαρδάνος, Αθήνα, σελ. 144-145.
2. Chabrol, H. (1987). *Οι τάσεις αυτοκτονίας του εφήβου*. Εκδόσεις Χατζηνικολή, Αθήνα.

3. Chandler, M. (1997). *Εφηβική αυτοκτονία και προσωπική ανέχεια*. Στο βιβλίο του Κουρκούτα, Ε. (2001). *Η ψυχολογία του εφήβου*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, σελ. 356-455.
4. Cole, M., & Cole, S.,R. (2002). *Η ανάπτυξη των παιδιών. Εφηβεία*. Εκδόσεις Τυπωθήτω Δαρδάνος, Αθήνα, σελ. 42-167.
5. Kaplan, H., I., Sadock, B., J. & Grebb J.,A. (2000). *Ψυχιατρική*. Τόμος Β, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσα, VII έκδοση.
6. Sadock, B., J. & Sadock, V., A. (2004). *Εγχειρίδιο κλινικής ψυχιατρικής, γ' έκδοση*. Εκδόσεις Παρισσιανού, Αθήνα, σελ. 85-436.
7. Wenar, C. & Kerig, P., K. (2008). *Εξελικτική Ψυχοπαθολογία. Από την Βρεφική ηλικία στην παιδική*. Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα, σελ.283-295.

Ξενόγλωσσα βιβλία

1. Adler, A. (1958). *Suicide*. Στο βιβλίο του Berman, A.,L., Jobes, D.,A. & Silverman, M.,M. (2006). *Adolescent suicide, assessment and intervention, 2nd edition*. United Book Press, Baltimore, σελ. 53.
2. Apter, A. (2000). *Personality constellations in suicidal behaviour*. Στο βιβλίο του Berman, A.,L., Jobes, D., A., Silverman, M., M. (2006). *Adolescent suicide, assessment and intervention, 2nd edition*. United Book Press, Baltimore, σελ. 131-132.
3. Berman, A., L., Jobes, D., A. & Silverman, M., M. (2006). *Adolescent suicide, assessment and intervention, 2nd edition*. United Book Press, Baltimore, σελ. 11-207.
4. Carlson, A., G. & Strober, M. (1978). *Manic-depressive illness in Early Adolescence*. Στο βιβλίο του Τσιάντη, Ι. & Μανωλόπουλου, Σ. (1988). *Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής*. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, σελ. 243-244
5. Baumeister, R., F. (1993). *Self- esteem: The puzzle of low self-regard*. Στο βιβλίο των Cole, M. & Cole, S.,R. (2002). *Η ανάπτυξη των παιδιών. Εφηβεία*. Εκδόσεις Τυπωθήτω-Δαρδάνος, Αθήνα, σελ. 144-145
6. Denis, M. (1991). *Frontal lobe in childhood and adolescence: A heuristic for assessing attention regulation, executive control, and intentional states important for social discourse*. Στο βιβλίο του Κουρκούτα, Ε. (2001). *Η ψυχολογία του εφήβου*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, σελ. 32-38.
7. Durkheim, E. (1951). *Suicide: A study in sociology*. Στο βιβλίο του Berman, A.,L., Jobes, D., A., Silverman, M., M. (2006). *Adolescent suicide, assessment and intervention, 2nd edition*. United Book Press, Baltimore, σελ. 46-48, 82-83.

8. Epstein, T. (1986). *Phrenoblysis: Special brain and mind growth periods*. Στο βιβλίο του Κουρκούτα, Ε. (2001). *Η ψυχολογία του εφήβου*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, σελ. 32-38.
9. Erickson, E.H., (1968). Identity: Youth and crisis. Στο βιβλίο των Cole, M. & Cole, S., R. (2002). *Η ανάπτυξη των παιδιών. Εφηβεία*. Εκδόσεις Τυπωθήτω-Δαρδάνος, Αθήνα, σελ. 145-147.
10. Farberow, N., L. *Cultural history of suicide*. (1975). In: Farberow N., L. ed. *Suicide in different cultures*. Baltimore: University Park Press, 1-15.
11. Gabriel, J. & Paschalis, C. (2008). *The Psychopathology of Suicide in the North Western Peloponnesus*. *Psychopathology*, 24(2):82-7.
12. Garland, A. & F., Zigler, E. (1993). *Adolescent suicide prevention: Current research and social policy implications*. Στο βιβλίο των Wenar, C. & Kerig, P.K. *Εξελικτική Ψυχοπαθολογία. Από την Βρεφική ηλικία στην παιδική*. Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα, σελ. 283-295.
13. Grotevant, H., Cooper, C. (1985). *Patterns of interaction of interaction in family relationships and the development of identity exploration in adolescence*. Στο βιβλίο των Cole, M. & Cole, S., R. *Η ανάπτυξη των παιδιών. Εφηβεία*. Εκδόσεις Τυπωθήτω-Δαρδάνος, Αθήνα, σελ. 84-159
14. Haim, A. (2001). *Les suicides d' adolescents*. Στο βιβλίο του Κουρκούτα, Ε. *Η ψυχολογία του εφήβου*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, σελ. 356-455
15. Jacobs, J. (1971). *Adolescent suicide*. Στο βιβλίο των Wenar, C., Kerig, P., K. *Εξελικτική Ψυχοπαθολογία. Από την Βρεφική ηλικία στην παιδική*. Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα, σελ. 283-295
16. Keating, D. (2002). *Thinking processes in adolescence*. Στο βιβλίο των Cole, M. & Cole, S., R. *Η ανάπτυξη των παιδιών. Εφηβεία*. Εκδόσεις Τυπωθήτω-Δαρδάνος, Αθήνα, σελ. 99-101
17. Malina, R., M. & Bouchard, C. (2002). *Growth, maturation and physical activity*. Στο βιβλίο των Cole, M. & Cole, S.,R. *Η ανάπτυξη των παιδιών. Εφηβεία*. Εκδόσεις Τυπωθήτω-Δαρδάνος, Αθήνα, σελ. 41-56
18. Overholser, J., Hemstreet, A., H., Spirito, A. & Vyses, S. (1989). *Suicide Awareness Programmes in the schools. Effects of gender and personal experience*. Στο βιβλίο των Wenar, C., Kerig, P.K. *Εξελικτική Ψυχοπαθολογία. Από την Βρεφική ηλικία στην παιδική*. Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα, σελ. 283-295
19. Peacock, J. (2000). *Teen suicide*. Capstone press, Minnesota, σελ. 5-21.

20. Petersen, A., C., Compaw, B., E., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S. & Grant, K., E. (1981). *Depression and adolescence*. Στο βιβλίο του Κουρκούτα, Ε. *Η ψυχολογία του εφήβου*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, σελ. 356-455
21. Pfeffer, R. C. (1991). Attempted Suicide in Children and Adolescents. Causes and Management. Στο Βιβλίο: Melvin Lewis ed. *Child and Adolescent Psychiatry – A Comprehensive Textbook*. Lippincott Williams & Wilkins, Chapter 57, 664-672.
22. Taylor, M., A. & Vaidya, N., A. (2009). *Descriptive Psychopathology. The signs and symptoms of behavioral disorders*. University Press, Cambridge, 288-289
23. Teicher, J., D. & Jacobs, J. (2001). *Adolescents who attempt suicide: preliminary findings*. Στο βιβλίο του Κουρκούτα, Ε. *Η ψυχολογία του εφήβου*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, σελ. 356-455
24. Tseng, W. (2006). *Handbook of cultural psychiatry*. Στο βιβλίο του Berman, A., L., Jobes, D., A. & Silverman, M., M.. *Adolescent suicide, assessment and intervention*, 2nd edition. United Book Press, Baltimore, σελ. 174
25. Wahl, C., W. (2006). *Suicide as a magical act*. Στο βιβλίο του Berman, A., L., Jobes, D., A. & Silverman, M., M.. *Adolescent suicide, assessment and intervention*, 2nd edition. United Book Press, Baltimore, σελ. 54
26. Zimmerman, J., K., Asnis, J., M. (1995). *Treatment approaches with suicidal adolescents*. John Wiley and sons, Canada, σελ. 99-176

Ελληνικά επιστημονικά άρθρα

1. Λαζαράτου, Ε., & Αναγνωστόπουλος, Δ.Κ. (2001). Εφηβεία και κατάθλιψη. *Αρχαία Ελληνική Ιατρική*, 18(5), 466-474.

Ξενόγλωσσα επιστημονικά άρθρα

1. Zacharakis, C., A, Madianos, M., G., Papadimitriou, G., N. & Stefanis, C.N.(1998). *Suicide in Greece 1980–1995: patterns and social factors*.
2. Kokkevi, A., Rotsika, V., & Arapaki, A. (2011). *Increasing self-reported suicide attempts by adolescents in Greece between 1984 and 2007*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 231-237
3. Beratis, S. (1990). *Factors Associated with Adolescent Suicidal Attempts in Greece*. *Psychopathology*, 23:161-168.

4. Brent, D., A., Baugher, M., Bridge, J., Chen, T., & Chiappetta, L. (1999). *Age-and sex-related risk factors for adolescent suicide*.
5. Bridge, J., A., Goldstein, T., R., & Brent, D., A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behaviour.
6. Crowell, S., E., Beauchaine, T., P., McCauley, E., Smith, C., J., Stevens, A., L., et al. (2005). Psychological, autonomic, and serotonergic correlates of parasuicide among adolescent girls.
7. Crow, S., Peterson, C., Swanson, S., Raymond, N., Specker, S., Eckert, E. et al. (2009). Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1342-1346
8. Delalle, M., Dodig-Curkovic, K., Filakovic, P. (2010). Personality traits as risk factors for suicide in adolescence. *Socijalna Psihijatrija*, 38(3), 167-173
9. Dube, S., R., Anda, R., F., Felitti, V., J., Chapman, D., P., Williamson, D., F., & Giles, W., H. (2001).
10. Duke, N., N., & Borowsky, I., W. (2009). Suicidal events in adolescents: how clear are the warning signs? *Pediatric Health*, 3(6), 551-563
11. Foley, D., L., Goldston, D., B., Costello, E., J. & Angold, A. (2006). Proximal psychiatric risk factors for suicidality in youth.
12. Forcano, L., Alvarez, E., Santamaria, J., J., Jimenez-Murcia, S., Granero, R., Penelo, E. et al. (2010). Suicide attempts in anorexia nervosa subtypes. *Comprehensive Psychiatry*, In press.
13. Garlow, S., J., Purselle, D., C. & Heninger, M. (2007). Cocaine and alcohol use preceding suicide in African American and white adolescents. *Journal of Psychiatric Research*, 41, 530-536
14. Garofalo, R., Cameron, W., Wissow, L., S., Woods, E., R. & Goodman, E. (1999). Sexual orientation and risk of suicide attempts among a representative sample of youth.
15. Gould, M., S., Fischer, P., Parides, M., Flory, M. & Shaffer, D. (1996). Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53(12), 1155-1162
16. Gould, M., S., Velting, D., Kleinman, M., Lucas, C., Thomas, J., G. & Chung, M. (2004). Teenagers' attitudes about coping strategies and help-seeking behavior for suicidality.
17. Hallfors, D., D., Waller, M., Ford, C., A., Halpern, C., T., Brodish, P., H. & Irtani, B. (2004). Adolescent depression and suicide risk: association with sex and drug behavior.

18. Harris, E., C., Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder.
19. Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J. & Deeks, J., J. (2005). Schizophrenia and suicide. Systematic review of risk factors. *British Journal of Psychiatry*, 187, 9-20
20. Hawton, K. & Williams, K. (2002). Influences of the media on suicide. *British Medical Journal*, 325, 1374
21. Heikkinen, M., E., Aro, H., M., Henriksson, M., M., Isometsa, E., T., Sarna, S., J., Kuoppasalmi, K., I. & Lonnqvist, J., K. (1994). Differences between life events between alcoholic and depressive non-alcoholic suicides.
22. Heim, C. & Nemeroff, C., B. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies.
23. Himmelhoch, J., M. (1988). What destroys our restraint against suicide?
24. Horesh, N., Orbach, I., Gothelf, D., Efrati, M. & Apter, A. (2003). Comparison of the suicidal behavior of adolescent inpatients with borderline personality disorder and major depression.
25. Hufford, M., R. (2001). Alcohol and suicidal behavior. *Clinical Psychological Review*, 21(5), 797-811
26. Kandel, D., B., Raveis, V., H., Davies, M. (1991). Suicidal ideation in adolescence: depression, substance use, and other risk factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 20(2), 289-309
27. Juon, H., S. & Ensminger, M., E. (1997). Childhood, Adolescent, and young adult predictors of suicidal behaviors: a prospective study of African Americans.
28. King, C., A., O Mara, R., M., Hayward, C., N., Cunningham, R., M. (2009). Adolescent suicide risk screening the emergency department. *Society for the Academic Emergency Medicine*, 16, 1234-1241
29. Lee, J., I., Lee, M., B., Liao, S., C., Chang, C., M., Sung, S., C., Chiang, H., C. et al. (2010). Prevalence of suicidal ideation and associated risk factors in the general population. *Journal of Formos Medical Association*, 109(2), 138-147
30. Leichsenring, F., Leibing, E., Kryse, J., New, A., S., Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377, 74-84
31. Lentz, V., Robinson, J., Bolton, J., M. (2010). Childhood adversity, mental disorder comorbidity, and suicidal behaviour in schizotypal personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 198(11), 795-801
32. Lewinsohn, P., M., Rohde, P. & Seeley, J., R. (1996). Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implications.

33. Mann, J., J., Apter, A., Bertolote, J. et al. (2005). Suicide prevention strategies.
34. Mann, J., J., Apter, A., Bertolote, J. et al. (2005). Suicide prevention strategies.
35. Muehlenkamp, J., J., Ertelt, W., T., Miller, A., L., & Claes, L. (2011). Borderline personality symptoms differentiate non-suicidal and suicidal self injury in ethnically diverse adolescent outpatients. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(2),148-155
36. Murphy, G., E., Armstrong, J., W., Hermele, S., L., Fischer, J., R. & Clendenin, W.,W. (1979). Suicide and alcoholism: Interpersonal loss confirmed as a predictor. Στο άρθρο του Hufford, M.R, *Clinical Psychological Review*, σελ. 797-811
37. Negron, R., Piantentini, J., Graae, F., Davies, M, & Shaffer, D. (1997). Microanalysis of adolescent suicide attempters and ideators during the acute suicidal episode.
38. Nock, M., K., & Kessler, R., C. (2006). Prevalence of and risk factors of suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey.
39. Nock, M., K., Borges, G., Bromet, E., J., Cha, C., B., Kessler, R., C., Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior.
40. Palmer, B., A., Pankratz, V., S., Bostwick, J., M.(2005). The lifetime risk of suicide in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 62(3), 247-253
41. Pandley, G., N., Dwivedi, Y., Rizavi, H., S. et al. (2002). Higher expressions of serotonin 5- HT receptors in the post-mortem brains of teenage suicide victims.
42. Remafedi, G., French, S., Story, M, Resnick, M., D. & Blum, R. (1998).The relationship between suicide risk and sexual orientation: result of a population based study.
43. Rossow, I., Groholt, B., Wichstrom, L. (2005). Intoxicants and suicidal behaviour among adolescents: changes in levels and associations from 1992 to 2002. *The Society for the Study of Addiction*,100,79-88
44. Shain, B., N., Klein, J., D., Barratt, M., S., Blythe, M., J., Braverman, P., K., Diaz, A. et al. (2007). Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics*, 120(3), 669-676
45. Silverman, M., M., Berman, A., L., Sanddal, N., D., O'Carroll, P., W. & Joiner, T., E. (2007). Rebuilding the tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors.
46. Siris, S., G. (2001). Suicide and schizophrenia. *Journal of Psychopharmacology*, 15(2), 127-135

47. Stack, S. (2003). Media coverage as a risk factor in suicide. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 238-240
48. Strauss, M., A., & Kantor, G., K. (1994). Corporal punishment of adolescents by parents. A risk factor in the epidemiology of depression, suicide, alcohol abuse, child abuse and wife beating. *Adolescence*, 29.
49. Verona, E., & Javdani, S. (2001). Dimensions of adolescent psychopathology and relationships to suicide risk indicators. *Journal of Youth and Adolescence*.
50. Zaitsoff, S., L., & Grilo, C., M. (2010). Eating disorder psychopathology as a marker of psychosocial distress and suicide risk in female and male adolescent psychiatric inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 51,142-150

Διαδίκτυο:

1. Κασούλης, Ν. (2006). Αυτοκτονίες «μέσω διαδικτύου»: ο νέος επικίνδυνος «ιός» που εξαπλώνεται. Διαθέσιμο στο http://www.actionnemesis.com/v2/index.php?option=com_content&task=view&id=296&Itemid=53
2. Μπεράτη, Σ. (2005). Αυτοκτονία και Εφηβεία. Διαθέσιμο στο <http://www.childmentalhealth.gr/Wce1a817e0b203.htm>
3. Ρουγγέρι, Ν. (1997). Το άγχος της αποτυχίας σκοτώνει. Εφημερίδα το ΒΗΜΑ. Διαθέσιμο στο <http://www.tovima.gr/relatedarticles/article/?aid=89179>
4. Τζελέπη, Ε. (2009). Η αυτοκτονία. Διαθέσιμο στο <http://www.psychologynet.gr/article.php?item=79>