

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

**«ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ: ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ
ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ»**

**«Suicide: a contemporary approach to the
phenomenon»**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ

ΚΑΦΟΥΣΙΑ ΟΛΓΑ

ΤΡΟΥΠΗ ΡΑΜΙΡΕΖ ΓΚΛΟΡΙΑ ΙΩΑΝΝΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΕΣ: ΚΟΛΟΚΥΘΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, ΒΑΣΣΑΜΗ ΟΥΡΑΝΙΑ

Πάτρα, 2013

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

**«ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ: ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ
ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ»**

**«Suicide: a contemporary approach to the
phenomenon»**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ

ΚΑΦΟΥΣΙΑ ΟΛΓΑ

ΤΡΟΥΠΗ ΡΑΜΙΡΕΖ ΓΚΛΟΡΙΑ ΙΩΑΝΝΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΕΣ:

ΚΟΛΟΚΥΘΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΒΑΛΣΑΜΗ ΟΥΡΑΝΙΑ

Πτυχιακή εργασία για τη λήψη πτυχίου στη Κοινωνική Εργασία από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Δυτικής Ελλάδας.

Πάτρα, 2013

Η διπλωματική εργασία της Γεωργίου Χριστίνας, της Καφούσια Όλγας και της Τρούπη Ραμίρεζ Γκλόρια Ιωάννας εγκρίνεται:

Υπογραφές

1. Καθηγητής (επιβλέπων καθηγητής)

Μέλη εξεταστικής επιτροπής

- 2.

- 3.

Στους γονείς μας

Πίνακας περιεχομένων

Ευχαριστίες	x
Περίληψη	xi
Abstract	xii
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	1
1.1 Εισαγωγή.....	1
1.2 Σκοπός Μελέτης.....	2
1.3 Ορισμοί	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II: Παρουσίαση της έννοιας της αυτοκτονίας	4
2.1 Ιστορική ανασκόπηση και η άποψη της θεολογίας	4
2.2 Ορισμός αυτοκτονίας	5
2.3 Μορφές και είδη αυτοκτονίας.....	6
2.4 Παράγοντες που σχετίζονται με την αυτοκτονία	11
2.5 Στατιστικά στοιχεία.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ III: Πρόληψη, Διάγνωση, Θεραπεία	25
3.1 Θεωρίες για την αυτοκτονική συμπεριφορά.....	25
3.2 Μύθοι για την αυτοκτονία.....	29
3.3 Πρόληψη.....	32
3.4 Διάγνωση και μέσα διάγνωσης	34
3.5 Θεραπεία	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV: Συσχετισμός της αυτοκτονίας με άλλες έννοιες.....	50
4.1 Κατάθλιψη και αυτοκτονία.....	50
4.1.1 Επιδημιολογία και συσχέτιση με την αυτοκτονία.....	57
4.2 Εφηβεία και αυτοκτονία.....	59
4.3 Αυτοκτονία και οικονομική κρίση	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ V: Υπηρεσίες.....	67
5.1 Υπηρεσίες και τηλεφωνικές γραμμές για την αυτοκτονία στην Ελλάδα	67
5.2 Άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας	72
5.3 Υπηρεσίες στην Ευρώπη	77
5.4 Οδηγός για αντιμετώπιση αυτοκτονίας στους εφήβους	80
5.5 Οδηγός για την αναγνώριση του αυτοκαταστροφικού ασθενούς.....	86
5.6 Δράσεις για την αυτοκτονία	94

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI.....	96
6.1 Συμπεράσματα.....	96
6.2 Προτάσεις	98
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	100
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	106

Ευχαριστίες

Έχοντας εκπονήσει την εργασία μας, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά τους εισηγητές μας, κύριο Κολοκυθά Γεώργιο και κυρία Βαλσάμη Ουρανία, για την πολύτιμη βοήθεια, την καθοδήγηση και τη στήριξη που μας προσέφεραν.

Περίληψη

Η παρούσα πτυχιακή εργασία, πραγματεύεται το φαινόμενο της αυτοκτονίας ως ένα ανησυχητικά επιδεινούμενο, πολυπαραγοντικό κοινωνικό φαινόμενο.

Στο πρώτο κεφάλαιο παρατίθενται βασικές έννοιες για την κατανόηση του θέματος όπως είναι οι διάφοροι ορισμοί, οι παράγοντες που σχετίζονται με την αυτοκτονία, οι μορφές και τα είδη της. Παράλληλα παρουσιάζονται και τα στατιστικά στοιχεία που αφορούν στην έκταση του προβλήματος στην Ελλάδα σε σύγκριση με το εξωτερικό.

Ακολούθως, αναφέρονται οι επιστημονικές θεωρίες που σχετίζονται με την αυτοκτονική συμπεριφορά και οι μύθοι για την αυτοκτονία. Αναλύονται επίσης θέματα όπως η πρόληψη, οι τρόποι αναγνώρισης του αυτοκαταστροφικού ασθενούς από τον θεραπευτή, τα διαγνωστικά εργαλεία και η θεραπεία του αυτοκαταστροφικού ασθενούς.

Στο επόμενο κεφάλαιο, επιλέχθηκε προς ανάλυση μια από τις πιο συνηθισμένες ψυχικές διαταραχές, η κατάθλιψη. Εν συνεχεία, παρουσιάστηκε η σχέση της με το φαινόμενο της αυτοκτονίας αναφορικά με δύο ηλικιακές ομάδες (εφήβους και ενήλικες). Κατακλείδα του κεφαλαίου αποτελεί η συσχέτιση της αυτοκτονίας με το πλέον σημαντικό φαινόμενο, την οικονομική κρίση.

Στο τέταρτο κεφάλαιο αναγράφονται οι υπηρεσίες και οι τηλεφωνικές γραμμές για την αυτοκτονία στην Ελλάδα, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην Ελλάδα και το εξωτερικό καθώς και οι δράσεις και τα εκπαιδευτικά σεμινάρια - εργαστήρια που έχουν πραγματοποιηθεί το τελευταίο διάστημα.

Τέλος καταγράφονται τα συμπεράσματα που προκύπτουν από τη συγκεκριμένη μελέτη.

Abstract

This thesis, discusses the phenomenon of suicide as an alarmingly deteriorating, multifactorial social phenomenon.

The first chapter lists some key concepts for understanding the subject including the various definitions, factors associated with suicide, forms and its kinds. Also presents the statistics highlighting the extent of the problem in Greece in comparison with other foreign countries.

Moreover, we present the scientific theories related to suicidal behavior and the myths about suicide. We also discuss issues such as prevention, the means of identification of suicidal patient by the therapist, diagnostic tools, and treatment of suicidal patients.

In the next chapter, one of the most common mental disorders was selected for analysis, depression. Subsequently, its relation to the phenomenon of suicide on two age groups (adolescents and adults) was presented. As a conclusion, the association of suicide with the economic crisis which is the most critical phenomenon, is analyzed.

The fourth chapter lists the services and phone lines for suicide in Greece, mental health services in Greece and abroad as well as actions and educational seminars - workshops held recently.

Finally, the conclusions arising from this study are summarized.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

1.1 Εισαγωγή

Αυτοκτονία σημαίνει *«το να προκαλέσει κανείς συνειδητά τον ίδιο του το θάνατο, το να δώσει κανείς τέλος στη ζωή του»* (Μπαμπινιώτης 1998:325).

Η αυτοκτονία αποτελεί μια από τις κύριες αιτίες θανάτου, ενώ λαμβάνει έκταση ηθικού, φιλοσοφικού και κοινωνικού προβλήματος. Αντιπροσωπεύει την επικράτηση των επιθετικών και καταστρεπτικών χαρακτηριστικών της ανθρώπινης προσωπικότητας.

Εκείνος που επιχειρεί να αυτοκτονήσει, είτε το επιτυγχάνει είτε όχι, προσπαθεί να απελευθερωθεί από την απελπισία, την ψυχική οδύνη, το αδιέξοδο, την ψυχική διαταραχή. Συχνά ο λόγος για τη εκτέλεση μιας τέτοιας πράξης είναι η επιθυμία για εκδίκηση, η ηθελημένη πρόκληση αφόρητου πόνου σε άτομα που έχουν κάνει το ίδιο στον αποπειραθέντα, η λύτρωση από συναισθηματικές καταστάσεις όπως είναι ο χωρισμός, ακόμα και η συγκέντρωση της προσοχής του περιβάλλοντός του προς το πρόσωπό του. Ωστόσο, το τελικό αποτέλεσμα μιας αυτοκτονίας, είναι η διασπορά θλίψης, αβάστακτου πόνου, αισθημάτων ενοχής και θυμού στα άτομα που εμπλέκονται άμεσα με τον αυτόχειρα.

Το φαινόμενο της αυτοκτονίας στις μέρες μας, έχει λάβει δραματική έκταση. Αποτελεί πλέον τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα τροχαία ατυχήματα. Εν μέσω οικονομικής κρίσης όπου όλα καταρρέουν, οι αυτοκτονίες έχουν αυξηθεί κατακόρυφα. Τα νέα δεδομένα αποτελούν αντικείμενο κοινού αλλά κυρίως επιστημονικού προβληματισμού.

1.2 Σκοπός Μελέτης

Σκοπός της εργασίας είναι η θεωρητική προσέγγιση του φαινομένου της αυτοκτονίας, λαμβάνοντας υπόψη και τα επίκαιρα στοιχεία. Η αυτοκτονία άλλωστε αποτελεί ένα κοινωνικό φαινόμενο του οποίου οι διαστάσεις προκαλούν μεγάλη ανησυχία κυρίως στον τομέα των κοινωνικών επιστημών.

Η διαπίστωση του παραπάνω προβλήματος αποτέλεσε το έναυσμα για τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης. Πρωταρχικός στόχος είναι η παράθεση και περιγραφή όλων των πτυχών του φαινομένου της αυτοκτονίας. Εξίσου σημαντική θεωρήθηκε η συσχέτιση του φαινομένου με το μεγάλο πρόβλημα που αντιμετωπίζει η χώρα, την οικονομική κρίση. Ενώ παράλληλα σκόπιμος θεωρήθηκε και ο συσχετισμός της αυτοκτονίας με την ευρέως γνωστή ψυχιατρική διαταραχή, την κατάθλιψη.

Επιπλέον στόχοι ήταν: α) η παράθεση των αιτιών της αυτοκτονίας β) η καταγραφή των μέσων πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας, γ) η απαρίθμηση των διαθέσιμων υπηρεσιών για την αντιμετώπιση της αυτοκτονίας στην Ελλάδα και το εξωτερικό, καθώς και ο τρόπος προσέγγισης μιας υπηρεσίας για αναζήτηση βοήθειας δ) η ενδεικτική παρουσίαση διαφόρων δράσεων σχετικών με την αυτοκτονία, ε) η ανάδειξη της αναγκαιότητας ύπαρξης κοινωνικών υπηρεσιών για τη στήριξη των πολιτών σε διάφορους τομείς και την αυτοκτονία, στ) η καταγραφή των απόψεών μας ως μέλλοντες κοινωνικοί λειτουργοί.

Τέλος, βασικός στόχος της μελέτης μας είναι η δημιουργία προβληματισμού στον αναγνώστη και η ευαισθητοποίηση του σχετικά με το θέμα της αυτοκτονίας.

1.3 Ορισμοί

Αυτοκτονία: αφορά όλες τις περιπτώσεις όπου ένα άτομο αποφασίζει εσκεμμένα να θέσει τέλος στη ζωή του, το επιχειρεί και εν τέλει το πραγματοποιεί (Minois 2006).

Αυτόχειρας: το άτομο που αποφασίζει να δώσει ο ίδιος τέλος στη ζωή του, μετά το θάνατό του αποκαλείται αυτόχειρας (Minois 2006).

Κατάθλιψη: *«Η κατάθλιψη είναι μία από τις πιο συνηθισμένες ψυχικές ασθένειες της εποχής μας και σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας επηρεάζει εκατομμύρια ανθρώπων στον κόσμο. Για πρώτη φορά αναγνωρίστηκε ως διαταραχή πριν από 2.400 χρόνια από το διάσημο αρχαίο Έλληνα γιατρό Ιπποκράτη, ο οποίος την αποκαλούσε μελαγχολία»* (Gilbert 1999:39).

Ψυχική υγεία: Σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας, ψυχικά υγιής μπορεί να χαρακτηριστεί εκείνος ο οποίος βρίσκεται σε κατάσταση συναισθηματικής ευεξίας, έχει επαφή με την πραγματικότητα και μπορεί να εργάζεται και να συμμετέχει ενεργά στην κοινότητα και την κοινωνία γενικότερα (Pilgrim, Rogers 2004).

Επιδημιολογία: είναι η επιστήμη που μετρά το ποσοστό ύπαρξης και την εξέλιξη διαφόρων νοσημάτων. Είναι η περιγραφική κατανομή των παραγόντων που επηρεάζουν τον πληθυσμό (π.χ φύλο, ηλικία, επάγγελμα, φυλή κ.ο.κ) (Lake et all 2013).

Οικονομική κρίση: είναι το φαινόμενο κατά τη διάρκεια του οποίου η οικονομική δραστηριότητα μιας χώρας βιώνει διαρκή ύφεση. Τομείς όπως η απασχόληση, οι τιμές, οι επενδύσεις και το εθνικό προϊόν βρίσκονται σε κατάσταση κατάρρευσης. Κρίση, σημαίνει εκτροπή από μια κατάσταση κανονικότητας (Michas, Varytimiadi, Micha 2013).

Κοινωνική υπηρεσία: Οι κοινωνικές υπηρεσίες είναι θεσμοί , φορείς που επιδιώκουν την όσο το δυνατόν καλύτερη ποιότητα στο βίο του ανθρώπου με την προσφορά υπηρεσιών σε όσα άτομα ή κοινωνικές ομάδες το έχουν ανάγκη. Οι παροχές αυτές είναι διαφόρων μορφών παραδείγματος χάρη συντάξεις, επιδόματα, προνοιακές παροχές, ψυχολογική υποστήριξη αποτελούν ένα μέρος των παροχών των κοινωνικών υπηρεσιών (Μαράτου-Αλιπράντη 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II: Παρουσίαση της έννοιας της αυτοκτονίας

2.1 Ιστορική ανασκόπηση και η άποψη της θεολογίας

Στην αρχαία Ελλάδα επικρατούσε η άποψη πως η ζωή του ανθρώπου είχε δωριθεί σε εκείνον από τους θεούς. Εκείνοι κατά συνέπεια ήταν υπεύθυνοι για τον ορισμό της ζωής και του θανάτου. Η αυτοχειρία ως εκ τούτου θεωρούνταν ασέβεια προς τους θεούς και ο αυτόχειρας δεν είχε δικαίωμα ταφής. Από την άλλη στη Ρώμη η αυτοκτονία είχε ευνοϊκότερη αντιμετώπιση καθώς θεωρούνταν πράξη ηρωισμού, τιμής και αυτοθυσίας. Παρόλα αυτά ο Κωνσταντίνος I πήρε πιο αυστηρά μέτρα, θέτοντας τη δήμευση της περιουσίας του αυτόχειρα ως ποινή για την πράξη του. Στο Μεσαίωνα η αυτοκτονία αντιμετωπιζόταν αφενός ως μία εγωιστική πράξη, οπότε και τιμωρούνταν, αφετέρου ως πράξη αποδεκτή, όταν συνέβαινε για λόγους τιμής. Στην εποχή της Αναγέννησης η αυτοχειρία αντιμετωπίζεται με κατανόηση για πρώτη φορά και θεωρούνταν αποτέλεσμα φιλοσοφικής αναζήτησης (Τζελέπη 2012).

Η άποψη της θεολογίας για την αυτοχειρία συνοψίζεται στη φράση: «Δεν μπορούμε να κάνουμε κακό έχοντας την πρόθεση να κάνουμε καλό», το οποίο σημαίνει πως για έναν αυτόχειρα η ιδανική λύση τη στιγμή της απελπισίας είναι να θέσει τέρμα στη ζωή του έχοντας κατά νου ότι με αυτή του την πράξη διαπράττει το καλό, σχήμα οξύμωρο. Η Πέμπτη εντολή άλλωστε απαγορεύει τον φόνο. Σύμφωνα με τις εκκλησιαστικές γραφές η αυτοκτονία δεν είναι αποδεκτή λόγω του ότι αποτελεί μια απόπειρα ενάντια στη φύση και τη φιλανθρωπία, προδίδοντας έτσι και την κοινωνία στην οποία ζούμε και καλούμαστε να παίζουμε κάποιο ρόλο και τέλος αποτελεί απόπειρα ενάντια του θεού ο οποίος είναι κτήτορας της ζωής (Minois 2006).

Η εκκλησιαστική ταφή των αυτοκτονούντων ήταν και είναι απαγορευμένη. Στο μεσαίωνα το πτώμα του αυτόχειρα βεβηλωνόταν και καιγόταν από τους κατοίκους προς παραδειγματισμό. Σήμερα ο μόνος λόγος αναίρεσης του εκκλησιαστικού αυτού νόμου είναι η ύπαρξη ψυχικής νόσου του αυτόχειρα (Βουλγαράκης 1992).

2.2 Ορισμός αυτοκτονίας

Αυτοκτονία σημαίνει «*το να προκαλέσει κανείς συνειδητά τον ίδιο του το θάνατο, το να δώσει κανείς τέλος στη ζωή του*» (Μπαμπινιώτης 1998:325). «*Το να σκοτώνει κανείς τον εαυτό του*» ορίζουν ως αυτοκτονία οι Τεγόπουλος-Φυτράκης (1992:130). Οι δύο παραπάνω ορισμοί ενέχουν μία οριστική διάσταση της αυτοκτονικής πράξης. Επιπλέον, ο πρώτος ορισμός τονίζει με την τοποθέτηση του επιρρήματος συνειδητά, την ηθελημένη και προφανώς την εκ των προτέρων στοχευμένη προς αυτήν την αμετάκλητης κατεύθυνσης πράξη.

Ωστόσο, οι κοινωνικοί επιστήμονες στην προσπάθειά τους να προσδιορίσουν και να οριοθετήσουν την έννοια της αυτοκτονίας συναντούν δυσκολίες, καθώς γεννιούνται ερωτήματα σχετικά με το αν το αμετάκλητο της αυτοκτονικής πράξης αποδίδει έγκυρα τη συμβαίνουσα πραγματικότητα. Μεταβλητές, όπως τα κίνητρα, οι αιτίες και τα μέσα που χρησιμοποιήθηκαν για την πράξη, συσχετίζονται άμεσα με το αποτέλεσμα της, οπότε και πρέπει να λαμβάνονται υπόψη πριν αποδοθεί ένας συγκεκριμένος ορισμός της έννοιας αυτοκτονία (Thio 2009).

Οι παραπάνω δυσκολίες οδήγησαν τους κοινωνικούς επιστήμονες στην προσαύξηση των ορίων του «τελεσίδικου» χαρακτήρα του ορισμού της αυτοκτονίας, δίνοντας μία περισσότερο περιγραφική εικόνα της αυτοκτονίας και εστιάζοντας σε όλες τις πιθανές εκφάνσεις του αποτελέσματος της εφαρμογής του μέσου πρόκλησης βλάβης στον εαυτό του αποπειραθέντα. Έτσι, έχουν καταλήξει στην κατηγοριοποίηση της αυτοκτονίας διαχωρίζοντάς τη σε τρεις μορφές, οι οποίες αναλύονται στην επόμενη ενότητα (ο.π).

2.3 Μορφές και είδη αυτοκτονίας

Σύμφωνα με τον Thio (2009) υπάρχουν τρεις μορφές αυτοκτονίας. Η απειλή, η απόπειρα αυτοκτονίας και η πραγματική αυτοκτονία. Όσον αφορά την πρώτη μορφή, τα άτομα, δημοσιοποιούν την επιθυμία τους για τερματισμό της ζωής τους με απειλητικό τρόπο προκειμένου να καταφέρουν επίτευξη ενός σκοπού. Τα άτομα αυτά εν τέλει επιλέγουν τη ζωή χωρίς βέβαια αυτό να αποκλείει την πιθανότητα για μελλοντική πραγματοποίηση της απειλής τους.

Οι αποπειραθέντες είναι άτομα τα οποία δεν γνωστοποιούν με σαφή λόγια την επιθυμία τους για αυτοχειρία και αρέσκονται σε λόγια πεσιμιστικού περιεχομένου. Συχνά, χρησιμοποιούν μεθόδους αυτοκτονίας αναποτελεσματικές από τις οποίες μπορούν να διαφύγουν εάν καλέσουν βοήθεια. Αυτό προδίδει και την ενδόμυχη επιθυμία τους για ζωή (ό. π.).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει δώσει έναν ορισμό για την απόπειρα αυτοκτονίας. Ο ορισμός αναφέρει ότι η απόπειρα αυτοκτονίας δεν έχει θανατηφόρο αποτέλεσμα. Το άτομο συνήθως προκαλεί αυτοτραυματισμό ή αποφασίζει να λάβει κάποια φαρμακευτική ουσία σε πολύ μεγαλύτερη από την προκαθορισμένη δόση. Στόχος του αποπειραθέντα είναι η επίτευξη αλλαγών που το άτομο επιθυμεί μέσω των πραγματικών ή των αναμενόμενων σωματικών βλαβών που προκαλούνται από την απόπειρα (Platt et al 1992, στο Μαλογιάννης 2008).

Τέλος, αυτοκτονία πραγματοποιείται όταν το άτομο που απειλεί, δεν επιτύχει στο σκοπό του, όταν το άτομο που αποπειράται, δεν σώζεται έγκαιρα και όταν απλά το άτομο έχει αποφασίσει μέσα του πως θέλει να πεθάνει. Έχει παρατηρηθεί από σημειώματα αυτοχείρων και αναφορές αποπειραθέντων, πως τα συναισθήματα εκείνων που αυτοκτονούν ποικίλουν και μπορούν να διαχωριστούν σε κατάθλιψη, απολογητικά συναισθήματα, εκδικητικά, αισθήματα θυμού για κάποια δική τους πράξη, μεγαλοψυχίας για τους ανθρώπους που αφήνουν και σουρεαλιστικά συναισθήματα (Thio 2009).

Όσον αφορά τον αυτοκτονικό ιδεασμό, είναι οι σκέψεις και ιδέες που έχει ένα άτομο οι οποίες σχετίζονται με επιθετικότητα που στρέφεται προς τον ίδιο του τον εαυτό. Η ιδέα του θανάτου τον διαπνέει και η πρόθεσή του για μελλοντική αυτοχειρία είναι αποτυπωμένη στο μυαλό του. ο αυτοκτονικός ιδεασμός παρατηρείται συχνά στην εφηβική ηλικία (Μαλογιάννης 2008).

Η αυτοκτονική συμπεριφορά περιλαμβάνει ένα μεγάλο φάσμα αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών, οι οποίες πιθανόν να καταλήξουν σε θάνατο. Στο πλαίσιο αυτό, εντάσσεται η αυτοκτονία και η απόπειρα αυτοκτονίας (ό. π.).

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να διαφοροποιηθούν και να διευκρινιστούν οι όροι που χρησιμοποιούνται σε αυτοκτονικές συμπεριφορές έτσι ώστε να υπάρχει καλύτερη κατανόηση των φαινομένων από τα ίδια τα άτομα που πραγματοποιούν την απόπειρα και τους συγγενείς τους όσο και από τους ειδικούς ψυχικής υγείας (Κονταξάκης και συν. 1991).

Δεν υπάρχει κάποια κατηγοριοποίηση που να είναι παγκοσμίως αποδεκτή, απλώς μια διαφοροποίηση για την αυτοκτονία και την απόπειρα αυτοκτονίας. Ιδιαίτερη σύγχυση υπάρχει σχετικά με την αυτοκτονία και τις *αυτοκαταστροφικές* τάσεις. Η διαφοροποίηση στις δύο αυτές έννοιες βρίσκεται στη διαφορετικού βαθμού πρόθεση και συνείδηση του κινδύνου για ενδεχόμενο θάνατο (ό. π.).

Η *αυτοκτονική διάθεση* έχει ως στόχο να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή του ατόμου, όμως χωρίς να έχει θανατηφόρο αποτέλεσμα. Συνήθως σε τέτοιες περιπτώσεις υπάρχουν σωματικές βλάβες σε σοβαρό βαθμό. Η αυτοκτονική διάθεση είναι άμεση και έμμεση αυτοκτονία. Στην άμεση αυτοκτονία το άτομο ανακοινώνει άμεσα τη πρόθεση και την επιθυμία του να πεθάνει, ενώ στην έμμεση αυτοκτονία συμπεραίνεται από διάφορες ενδείξεις η επιθυμία του να πεθάνει, από τη συμπεριφορά του. Όταν ένα άτομο αυτοκτονεί ή αποπειράται να αυτοκτονήσει τότε το άτομο αυτό έχει διαπράξει αυτοκτονική πράξη (ό. π.).

Ο *αυτοτραυματισμός* αναφέρεται σε μια οδυνηρή συμπεριφορά για το ίδιο το άτομο. Τα αυτοτραυματισμένα άτομα δεν έχουν πρόθεση να πεθάνουν απλώς επιθυμούν να κάνουν κακό στον εαυτό τους (ό. π.).

Η *ευθανασία*, συνήθως πραγματοποιείται από συγγενικό άτομο προκειμένου να μη ταλαιπωρεί το ίδιο το άτομο. Έχει ιδιαίτερες αντιδράσεις καθώς υπάρχουν πολλοί που πιστεύουν πως πρόκειται για μια μορφή δολοφονίας ακόμα κι αν το άτομο που πεθαίνει το επιθυμεί. Όσοι τίθενται υπέρ της αφαίρεσης της ζωής προβάλλουν την αναγκαιότητα της μείωσης του κόστους των ανίατων και χρόνιων παθήσεων στον ιατρικό προϋπολογισμό ως ένα ακόμη επιχείρημα (Gibbs 1995, Davis 1990, στο Thio 2009). Επιπρόσθετα, όσοι επιχειρηματολογούν κατά της ευθανασίας πιστεύουν πως η διάδοση και η νομιμοποίηση της ευθανασίας θα οδηγήσουν σε μαζικές θανατώσεις ατόμων. Με το πέρασμα των χρόνων η διαδικασία αυτή λόγω της συχνής επανάληψης θα θεωρείται φυσιολογική και ορθή. Ένα επιπλέον πιθανό αποτέλεσμα θα είναι η

αυτοθυσία μέσω της αυτοκτονίας όσων ατόμων νιώθουν βάρος στις οικογένειές τους και στην κοινωνία λόγω της ανίατης ασθένειάς τους (Hendin 1997, Mauro 1996, ό. π.).

Η *δολοφονία αυτοκτονία*, είναι ένα είδος αυτοκτονίας που αφορά ένα ή περισσότερα άτομα από το αποπειρών άτομο μετά, πριν ή ταυτόχρονα με αυτή. (π.χ. βομβιστές, άτομα που νιώθουν ενοχές μετά από δολοφονία, δολοφονία σε σχολεία) (Αρχείο πολλαπλών γλωσσών 2011).

Η *επίθεση αυτοκτονίας*, συμβαίνει όταν το άτομο που διαπράττει την αυτοκτονία είναι ιδιαίτερα επιθετικό και βίαιοι σε άλλα άτομα. Συνήθως το άτομο έχει πολιτικούς ή στρατιωτικούς σκοπούς και επιτίθεται σε μεγάλο βαθμό ατόμων (ό. π.).

Η *αυτοθυσία* είναι η προσφορά του εαυτού ενός προσώπου από αυτό το ίδιο προς όφελος άλλων ατόμων. Πρόκειται για μία πράξη αλτρουισμού, καθώς το άτομο επιλέγει να θυσιάσει τη ζωή του υπερασπιζόμενο το συμφέρον άλλων ατόμων. Ένα παράδειγμα αποτελεί η περίπτωση ενός στρατιώτη που επιλέγει να πεθάνει ο ίδιος για να σώσει τις ζωές των συντρόφων του (ό. π.).

Η *μαζική αυτοκτονία*, σχετίζεται με ορισμένα άτομα που αντιδρούν λόγω κοινωνικής πίεσης. Η πιο μεγάλη μαζική αυτοκτονία έγινε το 1978 με 918 άτομα. Συμβαίνει συχνά τα άτομα που αυτοκτονούν να είναι μέλη σε παραθρησκευτικές οργανώσεις. Μαζικές αυτοκτονίες συνέβαιναν συχνά επίσης σε εμπόλεμες περιόδους, όταν στρατιωτικοί ή και πολίτες μίας χώρας επέλεξαν να δώσουν τέλος οι ίδιοι στη ζωή τους για να αποφύγουν τυχόν βασανιστήρια ή και την υποδούλωσή τους στον κατακτητή π.χ. οι Σουλιώτισσες (Σταυρινός 2012).

Η *διπλή αυτοκτονία*, αφορά την αυτοκτονία ζευγαριών που συναποφάσισαν να πεθάνουν μαζί (ό. π.).

Η *αυτοκτονία για απόδραση*, συμβαίνει συχνά όταν τα άτομα αυτοκτονούν επιθυμώντας να ξεφύγουν από μια κατάσταση, εφόσον δεν υπάρχει άλλος τρόπος διαφυγής. Συνήθως γίνεται σε μικρές ομάδες πέφτοντας πάνω σε φράχτες με ηλεκτρικό ρεύμα και σε κρατούμενους με απαγχονισμό (ό. π.).

Η *υπάκουη αυτοκτονία*, γίνεται από αυτοκαταστροφικά άτομα τα οποία πιστεύουν ότι έτσι ξεφεύγουν από σκληρές ή ακατόρθωτες συνθήκες οικιοθελώς. Ανακουφίζονται από την ατιμία τη τιμωρία ή από απειλές του θανάτου και τις ενοχές της οικογένειας (ό. π.).

Η αυτοκτονία είναι μια ιδιαίτερη πράξη στους ψυχικά διαταραγμένους ανθρώπους. Έτσι ακολούθησαν τέσσερις τύποι που περικλείουν πιθανόν τις

σπουδαιότερες κατηγορίες. Οι ειδικοί δανείσθηκαν τα ουσιαστικά στοιχεία της ταξινόμησης (ό. π.).

Μανιακή αυτοκτονία: αυτή οφείλεται σε παραισθήσεις ή σε παραληρηματικές συλλήψεις. Ο άρρωστος σκοτώνεται για να δραπετεύσει από ένα φανταστικό κίνδυνο ή μια ντροπή ή για να πειθαρχήσει σε μια μυστηριώδη τάξη που του επιβάλλεται από ψηλά κ.τ.λ. Αλλά τα κίνητρα μιας τέτοιας αυτοκτονίας και ο τρόπος της εξέλιξης της αντανακλούν τα γενικά χαρακτηριστικά της αρρώστιας από όπου προέρχεται, δηλαδή τη μανία. Αυτό που διακρίνει αυτή την κατάσταση είναι η ακραία ευκινησία. Οι πιο ποικίλες και συγκρουόμενες ιδέες και αισθήματα διαδέχονται η μια την άλλη με έντονη σπουδή στη συνείδηση του μανιακού. Είναι ένας διαρκής ανεμοστρόβιλος. Μια κατάσταση της συνείδησης αντικαθίσταται στιγμιαία από μια άλλη. Τέτοια επίσης είναι τα κίνητρα της μανιακής αυτοκτονίας, γεννώνται, αφανίζονται ή μεταβάλλονται με μια συναρπαστική ταχύτητα. Η παραισθήση ή το παραλήρημα που αποδεικνύει την αυτοκτονία συμβαίνει ξαφνικά, ακολουθεί η απόπειρα τότε μεταβάλλεται στιγμιαία η σκηνή και αν η απόπειρα αποτύχει δεν επαναλαμβάνεται τουλάχιστον για την στιγμή εκείνη. Εάν επαναληφθεί αργότερα θα οφείλεται σε άλλο κίνητρο. Το πιο ασήμαντο περιστατικό μπορεί να οδηγήσει στις απότομες αυτές μεταμορφώσεις (ό. π.).

Μελαγχολική αυτοκτονία: αυτή συνδέεται σε μια γενική κατάσταση ακραίας καταπίεσης και μεγάλης θλίψης που κάνει τον άνθρωπο να μην αντιλαμβάνεται πια με πνευματική υγεία τους δεσμούς που τον συνδέουν με τους ανθρώπους και τα πράγματα που τον περιβάλλουν. Οι ηδονές δεν ελκύουν πια, τα βλέπει όλα μαύρα. Η ζωή του φαίνεται βαρετή ή οδυνηρή. Όπως οι διαθέσεις του είναι διαρκείς έτσι είναι και οι ιδέες της αυτοκτονίας. Είναι προικισμένος με μια μεγάλη σταθερότητα, ενώ τα πλατιά τους προσδιοριστικά κίνητρα είναι πάντα ουσιαστικά τα ίδια. Οι παραισθήσεις και οι παραληρηματικές σκέψεις μολιάζονται συχνά από την γενική αυτή απελπισία και οδηγούν στην αυτοκτονία κατά τρόπο ευθύ. Όμως δεν είναι τόσο ευκίνητες όσο εκείνες που μόλις παρατηρήσαμε μεταξύ των μανιακών. Είναι αντίθετα σταθεροποιημένες όπως η γενική κατάσταση από όπου προήλθαν. Ο φόβος από τον οποίο κυριεύεται ο άρρωστος, οι αυτό-μορφές του, ο καημός που νιώθει είναι πάντοτε οι ίδιοι. Εάν τότε η μορφή αυτή της αυτοκτονίας προσδιορίζεται όπως η προκάτοχός της από φανταστικές αιτίες, διακρίνεται από το χρόνιο της χαρακτήρα και είναι πολύ επίμονος. Οι άρρωστοι της κατηγορίας αυτής προετοιμάζουν τα μέσα της αυτοκαταστροφής ήσυχα, επιδεικνύουν ακόμη απίστευτη επιμονή στην επιδίωξη των

σκοπών τους και κατά καιρούς εξυπνάδα. Τίποτα λιγότερο δεν παραβάλλεται από την επίμονη αυτή κατάσταση του πνεύματος από την διαρκή αστάθεια του μανιακού. Στην τελευταία περίπτωση υπάρχουν περαστικές ορμές χωρίς διαρκής αιτίες, στην άλλη μια επίμονη κατάσταση συνδεδεμένη με το γενικό χαρακτήρα του ασθενούς (ό. π.).

Εμμονή αυτοκτονία: στην περίπτωση αυτή η αυτοκτονία δεν προκαλείται από κανένα κίνητρο, ούτε πραγματικό, ούτε φανταστικό, αλλά μόνο από την έμμονη ιδέα του θανάτου, που χωρίς αντιπροσωπευτική αιτία, κυριάρχησε απόλυτα στο πνεύμα του αρρώστου. Κατέχεται από την επιθυμία να σκοτωθεί αν και γνωρίζει τέλεια ότι δεν έχει λογικά κίνητρα για να το πράξει. Είναι μια ενστικτώδης ανάγκη του ελέγχου της σκέψης και του λογικού, ανάλογη με την ανάγκη να κλέψει, να σκοτώσει, να προκαλέσει εμπρησμό, που υποτίθεται ότι αποτελούν άλλες ποικιλίες μονομανίας. Καθώς ο ασθενής αντιλαμβάνεται τον άτοπο χαρακτήρα της επιθυμίας του, δοκιμάζει στην αρχή να αντισταθεί, αλλά όσο διαρκεί αυτή η αντίσταση είναι λυπημένος, αισθάνεται καταπίεση με μια διαρκώς αυξανόμενη αγωνία που πιέζει το επιγάστριο κοίλωμα του. Γι' αυτό και το είδος αυτό της αυτοκτονίας αποκαλείται μερικές φορές αυτοκτονία αγωνίας (ό. π.).

Αυθόρμητη αυτοκτονία: στερείται από κίνητρα όπως και οι προηγούμενες, δεν έχει αιτία ούτε στην πραγματικότητα ούτε στην φαντασία του ασθενούς. Μόνο αντί να παράγεται από μια έμμονη ιδέα που καταδιώκει το πνεύμα για μια βραχεία ή μακρά περίοδο και που επηρεάζει την θέληση βαθμιαία προκύπτει, προκύπτει από μια απότομη και άμεσα ακατανίκητη ορμή. Σε ριπή οφθαλμού φαίνεται σε πλήρη ισχύ και κεντρίζει την πράξη ή τουλάχιστον την έναρξη της. Συνδέεται με τις παραληρηματικές συλλήψεις του ασθενούς. Η ροπή για αυτοκτονία εδώ εμφανίζεται και παράγει τα αποτελέσματα της με ένα αληθινά αυτόματο τρόπο, χωρίς να έχει προηγηθεί κανένα πνευματικό προηγούμενο. Η θέα ενός μαχαιριού, ένας περίπατος στα χείλη ενός γκρεμού, γενούν στιγμιαία την ιδέα της αυτοκτονίας και η επιτέλεση της ακολουθεί τόσο γρήγορα ώστε οι άρρωστοι δεν έχουν συχνά ιδέα αυτού που έγινε. Σε ένα μικρότερο βαθμό, οι άρρωστοι νιώθουν την ορμή να γεννάται και κατορθώνουν να δραπετεύσουν από την γοητεία του θανάσιμου οργάνου απομακρυσμένοι από αυτό αμέσως (ό. π.).

Περιληπτικά, όλες οι αυτοκτονίες των ψυχικά διαταραγμένων είτε στερούνται οποιουδήποτε κινήτρου είτε προσδιορίζονται από καθαρά φανταστικά κίνητρα. Ένας πολύ μεγάλος αριθμός θεληματικών θανάτων δεν ανήκουν ούτε στην μια ούτε στην άλλη κατηγορία. Η πλειονότητα τους έχει κίνητρα όχι αστήρικτα στην πραγματικότητα, κατά συνέπεια, δεν πρέπει να θεωρούμε κάθε αυτοκτονία σαν αποτέλεσμα ψυχικής διαταραχής (ο.π)

Με λίγα λόγια, οι αυτοκτονίες των ψυχικά διαταραγμένων διαφέρουν από τις άλλες όπως οι αυταπάτες και οι παραισθήσεις διαφοροποιούνται από τις φυσιολογικές αντιλήψεις, και οι αυτόματες παρορμήσεις από τις σώφρονες πράξεις. Μια κοινωνία δεν εξαρτά τον αριθμό των αυτοχειρών της από το εάν έχει περισσότερους ή λιγότερους ψυχοσθενείς. Μολονότι οι διάφορες μορφές του εκφυλισμού αποτελούν ένα εξαιρετικά πρόσφορο ψυχολογικό πεδίο δράσης των αιτιών που μπορούν να οδηγήσουν έναν άνθρωπο στην αυτοκτονία, ο εκφυλισμός καθαυτός δεν αποτελεί μια από αυτές τις αιτίες. Ο εκφυλισμένος κάτω από ταυτόσημες περιπτώσεις, είναι πιο πρόσφορος να αυτοκτονήσει από τον υγιή άνθρωπο, αλλά δεν το κάνει αναγκαστικά εξ αιτίας αυτής της κατάστασης (Σταυρινός 2012).

2.4 Παράγοντες που σχετίζονται με την αυτοκτονία

Σύμφωνα με τον Μάνο (1997), η αυτοκτονική συμπεριφορά είναι συχνή κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες και έχει παρατηρηθεί πως διάφοροι παράγοντες σχετίζονται θετικά με μια τέτοια συμπεριφορά. Πολιτιστικοί, γενετικοί, ψυχοκοινωνικοί, περιβαλλοντικοί είναι μερικοί από αυτούς. Είναι πολλά τα χαρακτηριστικά, που διακρίνουν αυτούς που μπορεί να εμπλακούν σε αυτοκτονικές πράξεις και αυτούς που δεν θα εμπλακούν. Κανένα όμως από αυτά τα χαρακτηριστικά από μόνο του δεν μπορεί να οδηγήσει κάποιον σε αυτοκτονική συμπεριφορά. Παρόλο που οι αιτίες που μπορούν να οδηγήσουν κάποιον στην αυτοκτονία είναι ποικίλες, ένα χαρακτηριστικό πολλών αυτοκτονικών είναι μια μεγάλη περίοδος έντονων αρνητικών συναισθημάτων, αυτοκτονικών ιδεασμών και

αποκοπής από τον κοινωνικό περίγυρο. Άλλοι συσχετιζόμενοι με την αυτοκτονία παράγοντες είναι :

Το φύλο: οι άντρες αυτοκτονούν 3 φορές πιο συχνά από τις γυναίκες. Οι γυναίκες όμως κάνουν 2 ή 3 φορές πιο συχνά απόπειρες αυτοκτονίας από τους άντρες. Είναι πολύ πιθανό κάτι τέτοιο να συμβαίνει εξαιτίας της κοινωνικής ανισότητας που υπάρχει ανάμεσα στα δυο φύλα. Οι άντρες εξαιτίας κάποιων πιθανών αποτυχιών που βιώνουν στη ζωή τους αρνούνται να κατηγορήσουν κάποιους άλλους για αυτό κι έτσι ρίχνουν όλη την ευθύνη στον εαυτό τους. Ως εκ τούτου είναι πιο πιθανόν να οδηγηθούν στην αυτοκτονία για να τιμωρήσουν τον εαυτό τους (Μάνος 1997).

Παρατηρείται επίσης και μια διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα αναφορικά με τις μεθόδους αυτοκτονίας. Οι άντρες συνήθως διαλέγουν πιο επώδυνους και αποτελεσματικότερους τρόπους κατά τη διάπραξη της αυτοκτονίας όπως πυροβόλα όπλα, ενώ οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να καταφύγουν σε πιο ανώδυνες μεθόδους, όπως είναι αυτή της δηλητηρίασης από γκάζι ή από υπερβολική δόση υπνωτικών και άλλων χαπιών (Thio 2009).

Η ηλικία: ο δείκτης των αυτοκτονιών αυξάνει με την ηλικία. Ο μέσος ηλικιακός όρος κατά τη διάρκεια της οποίας εκδηλώνουν αυτοκτονική συμπεριφορά οι άνδρες είναι αυτή των 45 ετών. Στο γυναικείο πληθυσμό αντίστοιχα, οι περισσότερες αυτοκτονίες πραγματοποιούνται μετά την ηλικία των 55 ετών (Kaplan et al 2000).

Σύμφωνα με μια κοινωνιολογική ερμηνεία , οι κοινωνικοί δεσμοί και τα αποτελέσματα που προκύπτουν μέσα από την κοινωνική συναναστροφή μέσα το γάμο, τη σχέση με τα παιδιά, τις εργασιακές σχέσεις , τους φίλους , τη συμμετοχή στα κοινά και άλλες κοινωνικές δεσμεύσεις και δραστηριότητες, αρχίζουν να διαμορφώνονται και να φθείρονται με την έναρξη της τρίτης ηλικίας (Thio 2009) . Οι κοινωνικοί δεσμοί αναπόφευκτα ατονούν όταν τα παιδιά ενηλικιώνονται και φεύγουν από το πατρικό σπίτι, όταν αποθνήσκουν συγγενικά και αγαπημένα πρόσωπα , όταν η επαγγελματική δραστηριότητα σταματά και όταν το άτομο βιώνει σοβαρά προβλήματα υγείας είτε αφορούν το ίδιο είτε πρόκειται για πρόσωπα αναφοράς (Girard 1993, στο Thio 2009).

Οικογενειακή κατάσταση: η συχνότητα των αυτοκτονιών είναι μικρότερη ανάμεσα στους παντρεμένους και μεγαλύτερη ανάμεσα σε αυτούς που είναι χωρισμένοι ή διαζευγμένοι ή χήροι. (Μάνος 1997). Η αυτοκτονία είναι πιο συχνή σε άτομα τα οποία είναι κοινωνικά απομονωμένα ή στα άτομα με θετικό οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονιών. Οι επονομαζόμενες επετειακές αυτοκτονίες αναφέρονται στην

απόφαση των ατόμων να θανατώνουν τον εαυτό τους την ίδια μέρα που αυτοκτόνησε κάποιο μέλος της οικογένειάς τους ή κάποιο άλλο αγαπημένο πρόσωπο (Kaplan et al 2000).

Επαγγελματική κατάσταση: Όσο πιο υψηλή είναι η κοινωνική θέση ενός ατόμου, τόσο μεγαλύτερη πιθανότητα υπάρχει είναι να διαπραχθεί αυτοκτονία. Επίσης μεγάλος είναι και ο κίνδυνος αυτοκτονίας σε περίπτωση απώλειας της προαναφερθείσα κοινωνικής θέσης (Kaplan et al 2000). Βάση ορισμένων πορισμάτων ερευνών γνωστοποιείται ότι στις περισσότερο βιομηχανοποιημένες χώρες παρουσιάζονται υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών σε σύγκριση με τις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες. Από την άλλη , κάποιες άλλες μελέτες έχουν δείξει ακριβώς το αντίθετο – μια αρνητική σχέση με τους φτωχούς- με τους φτωχούς να παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών από τους πλούσιους. Η ανεργία, η οποία πλήττει κατά κόρον τους φτωχούς, σχετίζεται με την αυτοκτονία. Άλλωστε σύμφωνα με τους ερευνητές, η φτώχεια και η ανεργία είναι ικανές να οδηγούν το άτομο στην αυτοκτονία, λόγω του στρες το οποίο και ενισχύει την ίσως προϋπάρχουσα κατάθλιψη (Kaplan et al 2000).

Το θρήσκευμα: αναφορικά με το δείκτη αυτοκτονιών οι Προτεστάντες και οι Εβραίοι έχουν περισσότερες πιθανότητες να οδηγηθούν στην αυτοκτονία σε σύγκριση με τους Καθολικούς. Το είδος της θρησκείας με την οποία ταυτίζεται ο καθένας είναι τόσο σημαντικό όσο η δύναμη της θρησκευτικής τους ταυτότητας. Συγκεκριμένα, άσχετα με τη θρησκεία στην οποία ανήκουν τα άτομα όσο πιο αδύναμη είναι η θρησκευτική τους ταυτότητα ή όσο λιγότερο συντηρητικοί θρησκευτικά είναι, τόσο υψηλότερος είναι ο κίνδυνος της αυτοκτονίας (Thio 2009).

Η φυλή: οι Λευκοί αυτοκτονούν δύο φορές περισσότερο σε σύγκριση με τα άτομα των υπολοίπων φυλών. Ο λόγος είναι ότι οι Λευκοί βιώνουν σε μικρότερο βαθμό την κοινωνική καταπίεση και έχουν μεγαλύτερη ατομική ελευθερία . Τα χαρακτηριστικά αυτά συνδέονται άμεσα με την πραγματοποίηση μεγαλύτερων αριθμητικά αυτοκτονιών (Thio 2009).

Οι κλιματολογικές συνθήκες: δεν έχει βρεθεί εποχιακή συσχέτιση των αυτοκτονιών (Kaplan et al 2000) . Υπάρχει αύξηση των αυτοκτονιών κατά την περίοδο της Άνοιξης και του Φθινοπώρου παρόλα ταύτα και παρά τις λαϊκές πεποιθήσεις, δεν υπάρχει κάποια αύξηση το Δεκέμβριο ή την περίοδο των εορτών.

Η σωματική υγεία: η συσχέτιση της νόσου με την αυτοκτονία είναι άμεση. Το 32% των ατόμων που αυτοκτονούν ήταν υπό ιατρική παρακολούθηση στο διάστημα

6 μηνών πριν δώσουν τέλος στη ζωή τους. Έπειτα από τη διαδικασία της νεκροτομής, αναδείχθηκε ότι σωματική νόσος υπάρχει στο 25 – 75% των αυτοχειρών. Η σωματική νόσος θεωρείται πως είναι από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που συμβάλλει στο 11 – 51% όλων των αυτοκτονιών και πως ο κίνδυνος αυξάνει με την ηλικία. Ιδιαίτερος πιθανή είναι η διάπραξη αυτοκτονίας από άτομα τα οποία πάσχουν από καρκίνο και ακόμη περισσότερο σε άτομα που πάσχουν από AIDS ή άλλες ανίατες και χρόνιες ασθένειες. Άλλα νοσήματα που αυξάνουν τις πιθανότητες να οδηγηθεί κάποιος σε απόπειρα αυτοκτονίας είναι η επιληψία, η σκλήρυνση κατά πλάκας, οι τραυματισμοί του εγκεφάλου, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, η νόσος του Huntington, η άνοια καθώς και τα νοσήματα που συνδέονται με τις διαταραχές της διάθεσης (Μάνος 1997).

Προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας: ο κίνδυνος της αυτοκτονίας παρουσιάζει αύξηση εάν στο παρελθόν έχουν υπάρξει άλλες απόπειρες αυτοκτονίας. Έχει μάλιστα υπολογισθεί ότι η πιθανότητα επανάληψης και επιτυχίας της επόμενης απόπειρας είναι κατά 64 φορές μεγαλύτερη από τον γενικό πληθυσμό που δεν έχει διαπράξει άλλη απόπειρα (Μάνος 1997).

Η ψυχική υγεία: κάποιοι σημαντικοί ψυχιατρικοί παράγοντες που οδηγούν στην αυτοκτονία είναι η κατάχρηση ουσιών, οι καταθλιπτικές διαταραχές και συγκεκριμένα η κατάθλιψη ή η μανιοκαταθλιπτική νόσος (διπολική διαταραχή) που παρουσιάζουν τον υψηλότερο κίνδυνο, καθώς επίσης και η σχιζοφρένεια. Ο σχιζοφρενής, συνήθως αποπειράται να αυτοκτονήσει είτε λόγω του ότι βρίσκεται κάτω από την επήρεια ακουστικών ψευδαισθήσεων ή παραληρητικών ιδεών είτε λόγω της κατάθλιψης που πολλές φορές συνυπάρχει με τη διαταραχή της σχιζοφρένειας (κυρίως λόγω αναγνώρισης των επιπτώσεων της νόσου) ιδιαίτερα όταν το άτομο βρίσκεται κατά τη διάρκεια της υπολειμματικής φάσης (Μάνος 1997).

Οι ψυχιατρικοί ασθενείς: ο κίνδυνος αυτοκτονίας μεταξύ των ψυχιατρικών ασθενών και μη παρουσιάζει αύξηση 3 έως 12 φορές περισσότερο. Η επικινδυνότητα του καθενός ποικίλλει ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, τη διάγνωση καθώς και με τον εάν έχει νοσηλευτεί ή όχι ασθενής. Ένα σημαντικό ποσοστό των ψυχιατρικά αρρώστων που αυτοκτονούν, προβαίνει σε αυτή του την πράξη κατά την περίοδο της νοσηλείας του. Παρόλα αυτά η πλειοψηφία αυτών δεν αυτοκτονούν μέσα στην ίδια τη μονάδα νοσηλείας τους αλλά, στους χώρους του νοσοκομείου ή του σπιτιού τους ή κατά τη διάρκεια μιας άδειας το Σαββατοκύριακο ή αφού ξεφύγουν χωρίς άδεια. (Kaplan et al 2000)

Πέραν των κοινωνικών χαρακτηριστικών που είναι πολύ πιθανόν να οδηγήσουν στην αυτοκτονία κάποιοι άλλοι παράγοντες μπορεί να είναι :

Η ζωή στο κολέγιο: χιλιάδες είναι οι φοιτητές των πανεπιστημίων και των κολεγίων που βάζουν τέλος στη ζωή τους κάθε χρόνο. Ο αριθμός αυτός αυξάνεται συνεχώς με αποτέλεσμα την επιτάχυνση των πανεπιστημιακών αρχών για την πρόληψη της αυτοκτονίας. Οι φοιτητές των πιο ευυπόληπτων πανεπιστημιακών σχολών ωστόσο είναι εκείνοι που είναι πιο επιρρεπείς στην αυτοκτονία. Κάτι τέτοιο συμβαίνει λόγω της μεγαλύτερης πίεσης που βιώνουν για επιτυχία σε ένα πολύ ανταγωνιστικό περιβάλλον σύμφωνα με τον. Οι σπουδαστές με την υψηλότερη απόδοση είναι εκείνοι που πιθανότατα να οδηγηθούν στην αυτοκτονία. Όταν ξεκινήσει να τους κυριεύει η ιδέα της αυτοκαταστροφής , η απόδοσή τους μειώνεται και εμφανίζονται συνήθως μελαγχολικοί και προβληματισμένοι. Αυτός είναι και ένας τρόπος προειδοποίησης προς τους οικείους τους Thio (2009).

Η ζωή στη φυλακή: το ποσοστό των αυτοκτονιών στα καταστήματα κράτησης έχει αυξηθεί εντυπωσιακά τα τελευταία είκοσι χρόνια. Σύμφωνα με έρευνες η αυτοκτονία των φυλακισμένων είναι η νούμερο ένα αιτία θανάτου μέσα στις φυλακές. Η πλειοψηφία των κρατουμένων αυτοκτονεί με απαγχονισμό. Αποτελεί τον πιο προσιτό τρόπο για όλους. Στο σύνολό τους οι φυλακισμένοι που αυτοκτονούν είναι εκείνοι οι οποίοι βρίσκονται στις τοπικές φυλακές , στις οποίες παραμένουν μέχρι να εκδικαστεί η υπόθεσή τους ή εκείνοι που έχουν καταδικαστεί για ασήμαντα αδικήματα. Η αιτία που οδηγεί το συγκεκριμένο ποσοστό κρατουμένων στην πράξη της αυτοτιμωρίας – αυτοκτονίας είναι ο φόβος που τους κυριεύει σχετικά με τη συνύπαρξή τους με τους άλλους κρατούμενους των φυλακών ή και για την επερχόμενη φυλάκισή τους . Άλλος λόγος είναι και η ριζική αλλαγή που υφίσταται η ζωή τους. Από ελεύθερα άτομα τα οποία διαμένουν σε ένα οικείο και ασφαλές περιβάλλον μετατρέπονται σε έγκλειστα άτομα σε ένα άγνωστο και σαφώς επικίνδυνο περιβάλλον. Επιπλέον κάποιοι δεν αντέχουν την αβεβαιότητα σχετικά με την έκβαση της επικείμενης δίκης τους με αποτέλεσμα να βάζουν τέλος στη ζωή τους (Thio 2009).

Η επίδραση των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης: βάσει ερευνών έχει αποδειχθεί πως τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης μπορούν να επηρεάσουν το φαινόμενο της αυτοκτονίας. Η συνεχιζόμενη προβολή της αυτοκτονίας ενός διάσημου προσώπου μπορεί να οδηγήσει στη μιμητική αυτοκτονία μεταξύ όλων των ανθρώπων. Πιο πιθανό είναι βέβαια να οδηγηθούν στη συγκεκριμένη πράξη εκείνα τα άτομα που

έχουνε τάσεις αυτοκτονίας ή τα άτομα που έχουνε εκείνα τα κοινωνικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τα υψηλά ποσοστά αυτοκτονιών (ό. π.).

Ένας άλλος παράγοντας που μπορεί επίσης να οδηγήσει τα άτομα στην αυτοκτονία είναι η μουσική country, βάσει ερευνών. Η μουσική country έχει τη δυνατότητα να ενισχύσει τις προϋπάρχουσες τάσεις αυτοκτονίας. Αυτό συμβαίνει γιατί οι στοίχοι αυτών των τραγουδιών πολλές φορές έχουν σχετίζονται με την αυτοκτονία, με τις συγκρούσεις και τη βία ανάμεσα στα ζευγάρια και τη διάλυση του γάμου, την κατάχρηση αλκοόλ, τις οικονομικές αντιξοότητες, την εκμετάλλευση του ατόμου στο χώρο εργασίας και άλλα (ο. π.).

Γονίδιο αυξάνει τον κίνδυνο αυτοκτονίας: Τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη και έχουν αυτοκτονική διάθεση, έχουν ένα γονίδιο, το οποίο δεν υπάρχει στα άτομα που είναι καταθλιπτικά αλλά δε παρουσιάζουν τάσεις αυτοκτονίας. Σύμφωνα με τον Τζον Μαν, επικεφαλής νευροεπιστήμων του Πολιτειακού Ψυχιατρικού Ινστιτούτου της Νέας Υόρκης, τα άτομα αυτά χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής κυρίως κατά τη θεραπεία τους (Thio 2009).

Σύμφωνα και με έρευνες που έχουν γίνει στο παρελθόν, περίπου ο μισός κίνδυνος αυτοκτονίας οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες. Παρόλο όμως που η αυτοκτονική διάθεση κληρονομείται, οι επιστήμονες δε μπόρεσαν να το αποδείξουν! Όμως η νέα αυτή μελέτη ανέλυσε γενετικά 412 περιπτώσεις καταθλιπτικών ανθρώπων από τους οποίους οι 154 είχαν πραγματοποιήσει απόπειρα αυτοκτονίας. Με τον τρόπο αυτό εντόπισαν τη μετάλλαξη του γονιδίου (RGS2) που εμφανίζεται συχνότερα σε όσους πραγματοποιούν απόπειρα (Thio 2009).

Το γονίδιο επηρεάζει το πόσο ισχυρά οι υποδοχείς του οργανισμού ανταποκρίνονται στις χημικές ουσίες που απελευθερώνουν τα νευρικά κύτταρα του εγκεφάλου. Το 43% των καταθλιπτικών αυτοχειρών διέθεταν δύο αντίγραφα της ασφαλέστερης μετάλλαξης τους. Για να επιβεβαιωθεί η μελέτη αυτή του Μαν, πρέπει να γίνουν νέες έρευνες που να το επιβεβαιώνουν με σαφέστερη ακρίβεια (Thio 2009).

2.5 Στατιστικά στοιχεία

Σύμφωνα με μελέτες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, περίπου ένα εκατομμύριο άνθρωποι σε όλον τον κόσμο αυτοκτονούν ανά έτος. Πιο πρακτικά, αναφέρουν πως πραγματοποιείται μία αυτοκτονία κάθε 40 sec, ενώ οι μη θανατηφόρες απόπειρες είναι 15-20 φορές περισσότερες (Κλίμακα 2011β). Στις περισσότερες χώρες τα τελευταία είκοσι χρόνια η αυτοκτονία βρίσκεται ανάμεσα στις δέκα πρώτες αιτίες θανάτου (Νηματούδης 2011).

Σκιαγραφώντας με περισσότερη εμβάθυνση την πραγματικότητα της αυτοκτονίας θα αναφερθούν στη συνέχεια οι κυρίαρχες αιτίες του φαινομένου με ταυτόχρονη παρουσίαση στατιστικών δεδομένων για αυτές. Ωστόσο, όπως αναφέρεται και στην επίσημη ιστοσελίδα της Κλίμακας (2011στ), «εκτιμάται ότι παγκοσμίως οι θάνατοι λόγω αυτοκτονίας είναι περισσότεροι από αυτούς που καταγράφονται. Πολλές φορές αποδίδονται σε άλλες αιτίες, με αποτέλεσμα να υποτιμώνται οι πραγματικές διαστάσεις του προβλήματος. Ένας λόγος είναι ότι κάποιες φορές είναι δύσκολο να εξακριβωθεί αν ένας θάνατος ήταν ακούσιος ή σκόπιμος, όπως συμβαίνει σε περίπτωση τροχαίου ατυχήματος, πνιγμού, λήψης υπερβολικά μεγάλης δόσης φαρμάκου ή πτώσης. Επιπλέον, η αυτοκτονία και η απόπειρα αυτοκτονίας είναι έντονα στιγματισμένες πράξεις. Γι' αυτό και συχνά ο θάνατος ή ο τραυματισμός αποδίδεται σε άλλη αιτία κι όλοι συναινούν με την οικογένεια του θύματος για την απόκρυψη των πραγματικών γεγονότων».

Στατιστικά στοιχεία για την Ελλάδα

Η Ελλάδα εμφανίζει πολύ χαμηλό ποσοστό αυτοκτονίας σε σχέση με άλλες χώρες. Σύμφωνα με έρευνα του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας το 2002 το ποσοστό αυτό ήταν μόλις 4,7% (στους άντρες), ο μοναδικός αριθμός που δεν άγγιξε διψήφιο ποσοστό μεταξύ άλλων τριάντα τριών χωρών και πόλεων σε πολύ κοντινές χρονολογίες (Νηματούδης 2011). Το 2008 ήταν στην 84^η θέση παγκοσμίως με συχνότητα 2,8 ανά 100.00 κατοίκους. Ακόμη μετά την αύξηση του 2010, όπου το ποσοστό υπολογίζεται στο 5,7 περίπου, το ποσοστό αυτοκτονιών που πραγματοποιούνται στη χώρα είναι πολύ χαμηλότερο από το 10/100.000 της Ιταλίας,

Ισπανίας, Ολλανδίας, το 13/100.000 των ΗΠΑ και το 25/100.000 της Σκανδιναβίας, Γερμανίας, Ανατολικών χωρών, Ιαπωνίας (Λώλης 2011). Η γενικότερη εικόνα του φαινομένου όμως εμφανίζει σχεδόν τα ίδια χαρακτηριστικά με τις υπόλοιπες χώρες, όπως για παράδειγμα η επικινδυνότητα κατά την περίοδο της άνοιξης και του καλοκαιριού (Σταυρινός 2012).

Σε έρευνα μετά του 1999-2007 οι καταγεγραμμένοι θάνατοι λόγω αυτοκτονίας ήταν 3.277. Από αυτούς οι 2.646 άνδρες και οι 631 γυναίκες. Η αναλογία αυτοκτονιών σε σχέση με τις ανθρωποκτονίες ήταν 3:1, ενώ η αναλογία των αυτοχειρών αντρών σε σχέση με τις γυναίκες ήταν 4:1. Επίσης, στη διάρκεια αυτής της περιόδου εμφανίζεται υψηλή θετική συσχέτιση μεταξύ της αυτοκτονίας και μικρών ή μεγαλύτερων νησιωτικών νομών. Ο νομός Ρεθύμνου εμφάνισε τη μεγαλύτερη συχνότητα εκτός από τη χρονιά του 2001. Αντίθετα, μεγάλα αστικά κέντρα, όπως στο νομό Αττικής και Θεσσαλονίκης, τα ποσοστά αυτοκτονιών είναι μικρότερα. Αναφορικά με τη μέθοδο αυτοχειρίας για τους άντρες και τις γυναίκες ο απαγχονισμός επιλέχθηκε σε ποσοστό 55% και 56% αντίστοιχα. Επιπρόσθετα, ως δεύτερη επιλογή αποτέλεσε για τους άντρες η χρήση κυνηγετικού όπλου σε ποσοστό 28% και για τις γυναίκες η δηλητηρίαση σε ποσοστό 15% (ό . π.)

Πιο συγκεκριμένα, το έτος 2007, όπως προκύπτει από στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδας, 328 άτομα διέπραξαν θανατηφόρο αυτοκτονία. Τα 268 από αυτά ήταν άντρες. Επίσης, οι αυτοκτονίες που συνέβησαν το ίδιο έτος ήταν περίπου τριπλάσιες από τις ανθρωποκτονίες (130 σε αριθμό) (Κλίμακα 2008).

Κατά τη διετία 2007-2009 το σύνολο των τηλεφωνημάτων στην γραμμή 1018 ξεπέρασε τα 2.000. Ειδικότερα, το ένα στα δύο είχε επείγοντα χαρακτήρα (αυτοκτονικός ιδεασμός, σύλληψη σχεδίου αυτοκτονίας). Επίσης, υπήρχαν περιπτώσεις ατόμων που σχεδίαζαν αυτοκτονία με κίνητρο την αποκόμιση ωφέλειας στα οικεία πρόσωπα (π.χ. είσπραξη ασφάλειας), και άλλων πασχόντων από ανίατη ασθένεια που ζητούσαν πληροφορίες για τις δυνατότητες ευθανασίας σε χώρες του εξωτερικού (Ελευθεροτυπία 2009).

Για το 2009 πραγματοποιήθηκαν 393 αυτοκτονίες. Από αυτές οι 333 διαπράχθηκαν από άντρες και οι 58 από γυναίκες. Αναφορικά με την επικρατούσα ηλικιακή ομάδα στους άντρες, στις ηλικίες μεταξύ 50-59 ετών καταγράφηκαν 67 θάνατοι. Στις γυναίκες, οι ηλικιακές ομάδες 30-39 και 40-49 ετών παρουσίασαν από 11 θανάτους η κάθε μία. Εντούτοις, οι υψηλότεροι δείκτες θνησιμότητας λόγω αυτοκτονίας σημειώθηκαν στην ηλικιακή ομάδα 80+ ετών και για τα δύο φύλα. Κατά

το ίδιο έτος το 57% των ανδρών και 55% των γυναικών επέλεξαν τον απαγχονισμό ως μέθοδο αυτοκτονίας. Η 2η σε συχνότητα μέθοδος για τους άντρες ήταν η χρήση πυροβόλου όπλου (συχνότερα κυνηγετικού όπλου), ενώ για τις γυναίκες η δηλητηρίαση ("H" Online 2009). Τα στοιχεία για την επιλογή των μεθόδων εμφανίζονται και στο έτος 2007 με μία μικρή απόκλιση στα ποσοστά του απαγχονισμού κατά φύλο.

Το 2010 διπλασιάστηκε το ποσοστό της αυτοκτονίας σε σχέση με το 2009. Οι ηλικίες μεταξύ των 35-55 ετών κυριαρχούν στα στατιστικά δεδομένα του έτους. Επιπλέον, οι άνδρες διαπιστώθηκε πως χρησιμοποίησαν πιο συχνά τις μεθόδους του απαγχονισμού, των φαρμάκων, του πυροβολισμού για να αυτοκτονήσουν. Επιπρόσθετα, το έτος 2010 υπήρξε αύξηση των τηλεφωνημάτων στη γραμμή 1018. Συγκεκριμένα το 2009 ο αριθμός τους ήταν περίπου δέκα καθημερινά, ενώ το 2010 έφταναν τα 25 (Καθημερινή 2010). Βέβαια, η Ημερησία online αναφέρει «χαρακτηριστικά, οι κλήσεις στο 1018 για το έτος 2010 ξεπέρασαν τις 2500». Ο αριθμός αυτός σύμφωνα με τα δεδομένα της Καθημερινής είναι 9000 περίπου.

Οι κλήσεις στην τηλεφωνική γραμμή για τους πρώτους οχτώ μήνες του 2011 έχουν υπερδιπλασιαστεί σε σχέση με το 2010. Ο κ. Κατσαδώρος, ψυχίατρος στην οργάνωση Κλίμακα, αναφέρει ότι ανησυχητική δεν είναι μόνο η τεράστια αύξηση του αριθμού κλήσεων, αλλά και το γεγονός ότι πλέον έχει αλλάξει ο λόγος για τον οποίον οι άνθρωποι αυτοί ζητούν βοήθεια. Το 2008 και το 2009 οι περισσότεροι που απευθύνονταν στην Κλίμακα είχαν ήδη ψυχικά και οικονομικά προβλήματα και βρίσκονταν σε αδιέξοδο (Ελευθεροτυπία 2009). Το παραπάνω επιβεβαιώνει και η κ. Μπεκιάρη στο Πρώτο Θέμα (2011) επισημαίνοντας πως το ένα τέταρτο των περιπτώσεων αυτοκτονίας κατά το 2010 είχαν ως κύρια αιτία οικονομικούς λόγους.

Ένα άτομο σε ανεργία έχει 2-3 φορές περισσότερες πιθανότητες να αυτοκτονήσει συγκριτικά με ένα εργαζόμενο. Επίσης, η αύξηση της ανεργίας κατά 3% συνδέεται με 4,5% αύξηση των αυτοκτονιών στον γενικό πληθυσμό. Ακόμη στα νεαρά άνεργα άτομα υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης μίας ψυχικής διαταραχής σε σχέση με τα άτομα ίδιας ηλικίας που εργάζονται. Τα άτομα που αντιμετωπίζουν σοβαρές οικονομικές δυσκολίες κινδυνεύουν 2-3 φορές περισσότερο να εκδηλώσουν μείζονα κατάθλιψη ή άλλη ψυχική ασθένεια συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό. Γενικότερα η εργασιακή ανασφάλεια αυξάνει κατά 33% την πιθανότητα εμφάνισης κάποιας ψυχικής διαταραχής. Επίσης, έρευνα του

Πανεπιστημίου της Οξφόρδης υποστηρίζει πως η αύξηση της ανεργίας κατά 4%, αυξάνει τις αυτοκτονίες κατά 6% (Λώλης 2011).

Στην Ελλάδα αναφορικά με τις απόπειρες αυτοκτονίας έχουν διεξαχθεί δύο έρευνες το 1974 και το 1984 στη Θεσσαλονίκη. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από περιστατικά που προσέγγισαν εφημερεύοντα γενικά νοσοκομεία. Στη μελέτη του 1984 καταγράφηκαν 1.345 απόπειρες με αναλογία γυναικών - ανδρών 4:1. Επιπρόσθετα, το 46% των αποπειραθέντων ανδρών και το 58% των γυναικών ήταν ηλικίας κάτω των 25 ετών. Στις ηλικίες άνω των 45 ετών το αντρικό φύλο κυριαρχούσε στα ποσοστά έναντι του γυναικείου. Η Δευτέρα εμφάνιζε τη μεγαλύτερη επικινδυνότητα. Επιπλέον, οι απογευματινές ώρες μεταξύ 6 και 12 σε σύγκριση με τις βραδινές ήταν οι πιο επικίνδυνες ώρες (Ιεροδιακόνου, Δημητρίου και συν. 1974, 1986, στο Νηματούδης 2011).

Οι έρευνες διαπίστωσαν ακόμη πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που προέβησαν σε απόπειρα αυτοκτονίας αντιστοιχούσε σε εύπορα, αστικής προέλευσης και με σταθερή απασχόληση άτομα. Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση, οι ανύπαντροι και οι χωρισμένοι υπερετερούσαν (ό. π.)

Οι περισσότερες απόπειρες και συγκεκριμένα το 82% των περιστατικών, διαπράχθηκαν στο σπίτι των ατόμων. Επιπρόσθετα, το 80% επέλεξε τη λήψη φαρμάκων, με πρώτη επιλογή τα ψυχοτρόπα (52%) και δεύτερη τα αναλγητικά-παισιόπινα (24%). Στους αυτοτραυματισμούς το υψηλότερο ποσοστό σημείωσε το κόψιμο των φλεβών και ακολουθούσαν η πτώση από ύψος και η πτώση σε κινούμενο όχημα (ό. π.).

Τέλος, μία έρευνα που αξίζει να αναφερθεί εξαιτίας της κριτικής που έχει ασκηθεί στην εγκυρότητα των αποτελεσμάτων της, πραγματοποιήθηκε στον ελληνικό στρατό ξηράς. Το ποσοστό των αυτοκτονιών που εντοπίστηκε ήταν 7,05% ανά 100.000 προσωπικού για τους άντρες σε σύγκριση με το 5,3% ανά 100.000 άντρες απλούς πολίτες (Γουλιέλμος 2008). Σύμφωνα με μελέτη του Γενικού Επιτελείου Στρατού τα ποσοστά αυτά το 1984 αντίστοιχα διαμορφώνονταν ως 17,5% και 27,3% (Σταθοπούλου και Σταματίου 1990).

Επίσης, το 74,5% αφορούσε κληρωτούς οπλίτες, ενώ το 25,5% το μόνιμο προσωπικό. Στο 4% είχε διαγνωστεί ψυχική διαταραχή από τις αρμόδιες υγειονομικές υπηρεσίες, ενώ ιστορικό ψυχικής νόσου υπήρχε σε διπλάσιο ποσοστό. Τα αίτια, όπως διαπιστώθηκε από την έρευνα, περιγράφονται από τα ακόλουθα ποσοστά: 56% προβλήματα σχέσεων με το άλλο φύλο, 44% ενδοοικογενειακής φύσεως

προβλήματα, 19% χρήση τοξικών ουσιών, 12%, προβλήματα στη μονάδα, ενώ σε ποσοστό 16% δεν ανιχνεύονται εξωτερικά αίτια. Επιπρόσθετα, το 52% εκείνων που αυτοκτόνησαν μέσα σε στρατόπεδο είχαν αναφέρει σε οικεία πρόσωπα την πρόθεσή τους (Γουλιέλμος 2008)

Η εικόνα σε χώρες του εξωτερικού

Σύμφωνα με τον Thio (2009) οι δυτικές εκβιομηχανισμένες χώρες συγκριτικά με τις αναπτυσσόμενες παρουσιάζουν μεγαλύτερο αριθμό αυτοκτονιών. Αυτό συμβαίνει λόγω της έντονης ψυχολογικής πίεσης που βιώνουν οι κάτοικοι των πρώτων χωρών, καθώς σε αυτές το στοιχείο του ατομικισμού και της ανεξαρτησίας κυριαρχεί. Επιπρόσθετα, υποστηρίζει ότι ανάμεσα στις βιομηχανοποιημένες χώρες εκείνες που έχουν ισότητα εισοδήματος, όπως η Φιλανδία, η Ελβετία και η Δανία εμφανίζουν μεγαλύτερο ποσοστό αυτοκτονιών από εκείνες με ανισότητα εισοδήματος, όπως η Αυστραλία, η Βρετανία και οι ΗΠΑ. Τη θέση αυτή τεκμηριώνει με το επιχείρημα της ανεξαρτησίας που βιώνουν οι πολίτες λόγω της ισότητας του εισοδήματος. Η ανεξαρτησία με τη σειρά της αυξάνει το αίσθημα της αυτοπεποίθησης με αποτέλεσμα σε περιπτώσεις κρίσεων οι πολίτες να μην αναζητούν εξωτερική βοήθεια προσπαθώντας να αντιμετωπίσουν μόνοι τους σοβαρά ζητήματα που τους απασχολούν.

Παρόλα αυτά οι Pritchard και Baldwin (2002, στο Thio 2009) υποστηρίζουν ότι στις χώρες των αναπτυσσόμενων χωρών που εκβιομηχανοποιούνται με γρήγορους ρυθμούς παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά αυτοκτονίας συγκριτικά με τις ήδη εκβιομηχανοποιημένες χώρες. Μερικές από αυτές είναι το Χονγκ Κονγκ, η Κίνα, η Νότια Κορέα και η Σιγκαπούρη. Οι Pridemore και Spivak (2003, ό. π.) θέτουν ένα επιπλέον αίτιο για την εμφάνιση του φαινομένου. Διατείνονται πως αναφορικά με τη Ρωσία, η πτώση της Σοβιετικής Ένωσης δημιούργησε κοινωνικά προβλήματα όπως η φτώχεια, η ανεργία, το αλκοόλ, προβλήματα που συσχετίζονται έντονα με την αυτοκτονία.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται τα ποσοστά αυτοκτονίας 32 χωρών ανά 100.000 κατοίκους με ταυτόχρονη αναφορά των αντίστοιχων ποσοστών ανά φύλο, όπως μελετήθηκαν από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Η Λιθουανία εμφανίζει το μεγαλύτερο ποσοστό με 74,3% στους άντρες και 13,9% στις γυναίκες. Ακολουθεί η Ρωσία με ποσοστό 69,3 % στο αντρικό φύλο και 11,9% στο γυναικείο,

επιβεβαιώνοντας τον ισχυρισμό των Pridemore και Spivak. Η Φιλανδία, η Σλοβενία, η Ουγγαρία, το Βέλγιο, η Εσθονία και η Λετονία σημειώνουν επίσης μεγάλα ποσοστά αυτοκτονιών που αγγίζουν χωρίς τη διάκριση του φύλου περίπου το 50% η κάθε μία (Thio 2009).

Αναφορικά με το επιχείρημα της ισότητας εισοδήματος του Thio που αναφέρθηκε στην πρώτη παράγραφο της ενότητας, πιστοποιείται από τα δεδομένα του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας, ότι η Φιλανδία (με ποσοστό 31,9 % στους άντρες), η Ελβετία (με ποσοστό 26, 5 στους άντρες) και η Δανία (με ποσοστό 20,2 στους άντρες) εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά αυτοκτονίας σε σύγκριση με τις ΗΠΑ (17,6 στους άντρες) και τη Βρετανία (10,8% στους άντρες), όχι όμως με την Αυστραλία (20,1 % στους άντρες) (ΠΟΥ 2009).

Επίσης, μελέτες σε προηγούμενα έτη από αυτά που παρουσιάζονται στον πίνακα αναδεικνύουν την Γερμανία, την Ουγγαρία, την Αυστρία, τη Δανία, την Ιαπωνία ως χώρες με υψηλά ποσοστά εμφάνισης του φαινομένου. Ενώ το αντίθετο συμβαίνει στις χώρες της Ιταλίας, Ιρλανδίας, του Καναδά, της Νορβηγίας και της Πολωνίας. Από τον πίνακα διαφαίνεται, πως η Ιταλία διατήρησε μικρό το ποσοστό των αυτοκτονιών, καθώς αυτό αγγίζει το 11,1 % (για τους άντρες), ποσοστό πολύ μικρότερο των υπολοίπων χωρών (μέσος όρος περίπου 20% στους άντρες). Επιπρόσθετα, η Ουγγαρία διατηρεί ένα από τα υψηλότερα ποσοστά (44,9 στους άντρες) και η Αυστρία σημειώνει, ένα όχι τόσο μεγάλο, αλλά αξιοπρόσεκτο ποσοστό (27,1 % στους άντρες). Από την άλλη, η Γερμανία, και η Δανία παρουσιάζουν την ίδια σχεδόν εικόνα με την Ιρλανδία, τον Καναδά, τη Νορβηγία και την Πολωνία (Πιπερόπουλος 1994, στο Βασιλοπούλου και Λιάκου 2004).

Τέλος, παρατηρείται, εκτός από την κυριαρχία του αντρικού φύλου στα υψηλά ποσοστά, μία αρνητική συσχέτιση μεταξύ μεγάλου ποσοστού αυτοκτονίας στο αντρικό φύλο και ανάλογου ποσοστού στο γυναικείο, ιδωμένη συγκριτικά μέσα από το σύνολο των χωρών. Για παράδειγμα, στην περίπτωση της Ρωσίας το ποσοστό για τους άντρες είναι 69,3% και για τις γυναίκες 11,9%, ενώ στην περίπτωση της Σλοβενίας τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 45% και 12%. Το ίδιο ισχύει και στις χώρες του Βελγίου και της Εσθονίας (ο.π).

1. Επιλέγεται το ποσοστό του αντρικού φύλου για τη σύγκριση των αποτελεσμάτων, καθώς είναι σε όλες τις περιπτώσεις των χωρών επικρατέστερο του γυναικείου και επιπλέον εξυπηρετεί την περισσότερο λειτουργική παρουσίαση.

Χώρα	Έτος στοιχείων	Άνδρες	Γυναίκες
Αυστραλία	2001	20,1	5,3
Αυστρία	2003	27,1	9,3
Βέλγιο	1997	31,2	11,4
Βουλγαρία	2003	21,0	7,3
Δανία	2000	20,2	7,2
Εσθονία	2002	47,7	9,8
Γαλλία	2001	26,6	9,1
Γερμανία	2001	20,4	7,0
Ελβετία	2001	26,5	10,6
Ελλάδα	2002	4,7	1,2
Ηνωμένες Πολ.	2001	17,6	4,1
Ηνωμένο Βασ.	2002	10,8	3,1
Ισλανδία	2001	19,6	5,6
Ιρλανδία	2001	21,4	4,1
Ισπανία	2002	12,6	3,9
Ιταλία	2001	11,1	3,3
Καναδάς	2001	18,7	5,2
Λετονία	2003	45,0	9,7
Λιθουανία	2003	74,3	13,9
Λουξεμβούργο	2003	18,5	3,5
Νορβηγία	2002	16,1	5,8

Ολλανδία	2003	12,7	5,9
Ουγγαρία	2003	44,9	12,0
Πολωνία	2002	26,6	5,0
Πορτογαλία	2002	18,9	4,9
Ρουμανία	2002	23,9	4,7
Ρωσία	2002	69,3	11,9
Σλοβακία	2002	23,6	3,6
Σλοβενία	2003	45,0	12,0
Σουηδία	2001	18,9	8,1
Τσεχία	2003	27,5	6,8
Φινλανδία	2003	31,9	9,8

Πίνακας 1: Δείκτες αυτοκτονιών ανά 100.000 κατοίκους σε ευρωπαϊκές και άλλες επιλεγμένες χώρες (WHO 2005, στο Νηματούδης 2011).

Στο παρόν κεφάλαιο προσδιορίστηκε η έννοια της αυτοκτονίας, παραθέτοντας τους σχετικούς ορισμούς, τις μορφές και τα ήδη της αυτοκτονίας καθώς και τα στατιστικά φαινόμενα τα οποία και καθορίζουν την έκταση του φαινομένου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ: Πρόληψη, Διάγνωση, Θεραπεία

3.1 Θεωρίες για την αυτοκτονική συμπεριφορά

Η ερμηνεία της αυτοκτονίας έχει απασχολήσει και απασχολεί τους επιστήμονες που ως αντικείμενο μελέτης έχουν την ανθρώπινη οντότητα. Έτσι, επιστήμονες όπως ψυχολόγοι, κοινωνιολόγοι, γενετιστές και βιολόγοι επιχειρηματολογούν ο καθένας βασισμένος στα δικά του μεθοδολογικά εργαλεία, προσπαθώντας να υποστηρίξουν τη δική τους ερμηνεία για τη φύση και τα αίτια της αυτοκτονίας. Στις ακόλουθες παραγράφους αναφέρονται ακροθιγώς οι κύριες θέσεις των παραπάνω επιστημών για την προς μελέτη έννοια.

Οι θεωρίες της ψυχολογίας-ψυχιατρικής εντοπίζουν την αιτία της αυτοκτονίας μέσα στο ίδιο το άτομο που αυτοκτονεί. Ειδικότερα, σύμφωνα με κάποιους από τους επιστήμονες αυτού του πεδίου η αυτοκτονία οφείλεται στην επίδραση του ενστίκτου του θανάτου στο Εγώ του ατόμου, λόγω της δυσλειτουργίας ή της απουσίας των αμυντικών μηχανισμών (Thio 2009). Ο Φροϋδικός αυτός ισχυρισμός συμπληρώνεται από μία ακόμη ερμηνεία της αυτοκτονίας του ίδιου θεωρητικού, σύμφωνα με την οποία η αυτοκτονική πράξη ουσιαστικά αποτελεί μία μετατόπιση της επιθυμίας του αυτοκτονηθέντα για το θανάτου ενός έτερου συσχετιζόμενου με αυτόν προσώπου προς τον ίδιο τον αυτοκτονηθέντα (Τζελέπη 2012).

Στις Φροϋδικές θεωρίες αναφέρεται ότι η πραγματική και συνειδητή απώλεια, όπως ταυτίζεται με το θρήνο και η μη συνειδητή και πιθανόν φαντασιωσική ταυτίζεται με τη μελαγχολία, ενώ υπογραμμίζεται η διαφορά στις διεργασίες που αρχίζουν με την απώλεια. Επιπλέον ο Freud κατέδειξε τη σημασία της ναρκισσιστικής ταυτοποίησης στη μελαγχολία και της στοματικής ενσωμάτωσης του αντικείμενου που μαζί με το σαδισμό συμβάλλουν στο να βρεθεί και να ξαναποκτηθεί το χαμένο αντικείμενο φαντασιωσικά. Παράλληλα το μελαγχολικό άτομο καταφεύγει στην τιμωρία του αντικείμενου για την εγκατάλειψη που έχει υποστεί, με το να τιμωρεί τον ίδιο του τον εαυτό. Δηλαδή η τάση του μελαγχολικού ατόμου για αυτοκαταστροφική συμπεριφορά απευθύνεται στην ουσία στο ενσωματωμένο αντικείμενο. Ο Retterstol υποστηρίζει από την άλλη, την επίδραση των πρώιμων εμπειριών της βρεφικής και παιδικής ηλικίας στη μετέπειτα δυσπροσαρμοστικότητα

των μηχανισμών αντιμετώπισης των κρίσεων που οδηγούν τελικά το άτομο στην αυτοκτονία (ό. π).

Επιπρόσθετα, μία άλλη ομάδα ψυχολόγων θεωρεί την ποιότητα της αλληλεπίδρασης του ατόμου και του περιβάλλοντός του ως βασική παράμετρο για την ερμηνεία της αυτοκτονίας (Αγοραστός 2008). Ένας από αυτούς τους θεωρητικούς είναι ο Joiner, ο οποίος έθεσε τον παράγοντα της κοινωνικής απομόνωσης και του αισθήματος του «βάρους» για τους σημαντικούς άλλους, ως προϋπόθεση για την αυτοκτονική πράξη ενός ατόμου. Η γενικότερη τάση αυτού του επιστημονικού πεδίου για την ερμηνεία της αυτοκτονίας είναι η παθολογικοποίηση του ατόμου χαρακτηριζόμενου ως ψυχικά ασθενούς. Έτσι, η κατάθλιψη, το άγχος, η έντονη απελπισία αποτελούν αίτια της αυτοκτονίας (Thio 2009).

Αντιθέτως η επιστήμη της κοινωνιολογίας μεταθέτει την ευθύνη για την επιλογή της αυτοκτονίας ως λύση, από το άτομο στην κοινωνία. Συγκεκριμένα, οι κοινωνιολογικές έρευνες εξετάζουν τη συσχέτιση των κοινωνικών κανόνων, των ηθών και των εθίμων καθώς και της δομής της κοινωνίας με την αυτοκτονική συμπεριφορά (Τζελέπη 2012). Ο τρόπος που αντιμετωπίζουν οι επιστήμονες και αυτού του πεδίου την αυτοκτονία διαφέρει. Οι διαφορές εντοπίζονται στις δύο προσεγγίσεις της εν λόγω επιστήμης για τα κοινωνικά φαινόμενα. Έτσι, στην επόμενη παράγραφο επιχειρείται μία συνοπτική παρουσίαση τεσσάρων θεωριών για την αυτοκτονία, όπως υποστηρίζονται από θετικιστές και εποικοδομηστές κοινωνιολόγους (ο.π).

Μία θετικιστική θεωρία είναι αυτή του Emile Durkheim σύμφωνα με την οποία, η αυτοκτονία οφείλεται στην επίδραση των ακραίων εφαρμογών δύο κοινωνικών καταστάσεων βιωμένες από μέλη μίας ομάδας ή κοινωνίας. Αυτές οι καταστάσεις ορίζονται ως *κοινωνική ολοκλήρωση* και *κοινωνικός έλεγχος*. Η πρώτη αφορά στην εκούσια ενεργή συμμετοχή του ατόμου μέσα στην ομάδα την οποία ανήκει και η δεύτερη στον έλεγχο του ατόμου από την ομάδα. Σύμφωνα με το θεωρητικό, η εμπειρία των ακραίων πρακτικών των δύο παραπάνω εννοιών από ένα άτομο οδηγεί στην εμφάνιση τεσσάρων τύπων αυτοκτονιών. Αυτές είναι η εγωιστική αυτοκτονία που προκύπτει από την ανεπαρκή κοινωνική ολοκλήρωση, η αλτρουιστική αυτοκτονία που προκύπτει από την εκ διαμέτρου αντίθετη κατάσταση, η ανομική αυτοκτονία στην οποία οδηγείται το άτομο εξαιτίας της ανεπαρκούς κοινωνικής ρύθμισης και τέλος η μοιρολατρική αυτοκτονία στην οποία προβαίνει το άτομο λόγω της υπερβολικής ρύθμισης (Thio 2009).

Μία ακόμη θετικιστική θεωρία που είναι βασισμένη στη θεωρία του Durkheim είναι αυτή των Henry και Short (1954, στο Thio 2009). Οι εν λόγω θεωρητικοί υποστηρίζουν πως η αυτοκτονία αποτελεί μία πράξη επιθετικότητας προς τον εαυτό και οφείλεται σε τρεις παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί είναι ο κοινωνιολογικός, ο ψυχολογικός και ο οικονομικός. Ο πρώτος αφορά στο ασθενές σύστημα σχέσεων και στον ασθενή εξωτερικό περιορισμό του ατόμου που αυτοκτονεί. Ο δεύτερος σχετίζεται με το ισχυρό υπερεγώ του ατόμου, που έχει την τάση να επιρρίπτει τις ευθύνες για τυχόν αποτυχίες ή προβλήματα στον εαυτό του και ο τρίτος αναφέρεται στην υψηλή συσχέτιση της οικονομικής ύφεσης με την αυτοκτονία (Thio 2009).

Ο Douglas (1967, στο Thio 2009) υποστηρικτής της θεωρίας του χαρακτηρισμού ισχυρίζεται πως η κοινωνία έχει αποδώσει τις ακόλουθες σημασίες στην έννοια της αυτοκτονίας. Πρώτον, *«οι πράξεις αυτοκτονίας είναι ουσιαστικές. Δεύτερον, «υπάρχει κάτι θεμελιωδώς λάθος στην κοινωνική κατάσταση του ατόμου που αυτοκτονεί. Τρίτον, «υπάρχει κάτι θεμελιωδώς λάθος με το ίδιο το άτομο που αυτοκτονεί»* (Thio 2009: 246). Ωστόσο, η σημασία που δίνει το άτομο με τους αυτοκτονικούς ιδεασμούς στην επικείμενη αυτοκτονική πράξη διαφέρει από τα πιστεύω της κοινωνίας. Πιο συγκεκριμένα, το άτομο θεωρεί πως η αυτοκτονία *«είναι ένας τρόπος μεταφοράς της ψυχής από αυτόν τον κόσμο σε έναν άλλο»*, πως *«είναι ένας τρόπος για να αλλάξει το άτομο την εικόνα που οι άλλοι έχουν για αυτό»*, πως *«είναι ένας τρόπος να κερδίσουν τη συμπόνια των άλλων»* και τέλος πως *«είναι ένας τρόπος εκδίκησης»* (Thio 2009: 246).

Ο Jacobs (1967, Thio 2009: 247) διατείνεται πως η κοινωνία θεωρεί ότι η αυτοκτονία αποτελεί *«παραβίαση της ιερής ζωής που μας έχει εμπιστευθεί ο Θεός»*. Αυτό σημαίνει πως τα άτομα που σκοπεύουν να αυτοκτονήσουν πρέπει πρώτα να αποποιηθούν την ευθύνη της παραβίασης του ιερού αγαθού της ζωής. Αυτό το επιτυγχάνουν μέσα από μία διαδικασία συλλογιστικής με κύριους άξονες τη συναισθηματική - νοητική μεγέθυνση των προσωπικών προβλημάτων και την εκλογίκευση της επιλογής του θανάτου ως λύση.

Τέλος, αναφέρεται η άποψη των βιολόγων και των γενετιστών για την αιτιολογία της αυτοκτονίας. Οι πρώτοι υποστηρίζουν την εμπλοκή μίας ορμόνης, της σεροτονίνης, στην εμφάνιση αυτοκτονικών ιδεασμών και στην πραγματοποίηση της αυτοκτονικής πράξης (Παππάς 1998, στο Βασιλοπούλου και Λιάκου 2004). Επίσης σε άτομα που αυτοκτόνησαν έχουν ανευρεθεί κατά τη νεκροψία υψηλά επίπεδα 5 –

υδροξυνιδολεοξικού οξέος (5- HIAA) στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό καθώς και ελάτωση της δέσμευσης της ιμιπραμίνης στον μετωπιαίο φλοιό, υψηλά επίπεδα μεταβολιτών της κορτιζόλης στα ούρα και διογκωμένα επινεφρίδια (Μάνος 1997).

Οι δεύτεροι πιστεύουν πως η αιτία της αυτοκτονίας εντοπίζεται στη γενετική μεταβίβαση του ελέγχου της παρορμητικής συμπεριφοράς (Ζαχαράκης 1996, στο στο Βασιλοπούλου και Λιάκου 2004). Επιπλέον, πρόσφατες μελέτες πιθανολογούν πως για την αυτοκτονία ευθύνεται η μετάλλαξη ενός γονιδίου (RGS2), το οποίο εμφανίζεται σε άτομα που έχουν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας (Γονίδιο αυξάνει τον κίνδυνο αυτοκτονίας 2011).

Στον κίνδυνο της αυτοκτονίας ίσως συμβάλλουν παράγοντες κληρονομικότητας. Στις ενδείξεις που υποστηρίζουν την υπόθεση περιλαμβάνονται ισχυρά και σταθερά ευρήματα προερχόμενα από περισσότερες από 20 ελεγχόμενες μελέτες οικογενειών που δείχνουν σχεδόν πενταπλάσιο σχετικό κίνδυνο αυτοκτονικών πράξεων μεταξύ των συγγενών των περιπτώσεων – δεικτών με αυτοκτονική συμπεριφορά σε σύγκριση με συγγενείς μη αυτοκτονικών μαρτύρων. Ο σχετικός κίνδυνος ήταν μεγαλύτερος όσον αφορά την ολοκλήρωση της αυτοκτονίας από ότι τις απόπειρες αυτοκτονίας. Τη συμβολή γενετικών αντί περιβαλλοντικών παραγόντων δείχνει η υψηλότερη μέση συμφωνία όσον αφορά την αυτοκτονική συμπεριφορά μεταξύ συνδιδύμων αυτοκτονικών μονοζυγωτικών διδύμων σε σύγκριση με διδύμους ως κοινά αδέρφια ή διζυγωτικούς ή με συγγενείς άλλων αυτοκτονικών ατόμων, σε τουλάχιστον επτά μελέτες. Τρεις μελέτες δείχνουν σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονίας, ιδιαίτερα όσον αφορά την ολοκλήρωση της αυτοκτονίας, μεταξύ των βιολογικών έναντι των εξ υιοθεσίας συγγενών αυτοκτονικών ή ψυχικώς πασχόντων ατόμων υιοθετημένων νωρίς στη διάρκεια ζωής (Kaplan et al 2000).

Μελέτες της μοριακής γενετικής έχουν αναζητήσει χωρίς οριστικά αποτελέσματα συσχετίσεις της αυτοκτονικής συμπεριφοράς με γονίδια κυρίως για πρωτεΐνες που συνδέονται με κεντρική σεροτονινεργική νευρομεταβίβαση. Υπάρχουν υπόνοιες για πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις περιβαλλοντικών παραγόντων με κληρονομήσιμους παράγοντες κινδύνου και προστασίας όσον αφορά την αυτοκτονία και τα ψυχιατρικά νοσήματα ή τα χαρακτηριστικά ευαλωτότητας αλλά δεν έχουν ακόμα διασαφηνιστεί συγκεκριμένοι μηχανισμοί παρέμβασης. Οι οικογενείς ή γενετικοί κίνδυνοι για ψυχιατρικούς παράγοντες στενά συνδεόμενους με την αυτοκτονία, όπως οι μείζονες συναισθηματικές διαταραχές και η κατάχρηση αλκοόλ,

καθώς επίσης και τα παρορμητικά ή επιθετικά χαρακτηριστικά, δεν διαχωρίζονται σταθερά μέχρι σήμερα από αυτόν καθ' αυτόν τον κίνδυνο της αυτοκτονίας (ό. π.).

3.2 Μύθοι για την αυτοκτονία

Στην προηγούμενη ενότητα παρουσιάστηκε η ερμηνεία της αυτοκτονίας από την επιστημονική σκοπιά διαφορετικών θεωρητικών προσεγγίσεων. Στις ακόλουθες σειρές σκιαγραφείται μέσα από την παράθεση μερικών γενικών παραδοχών για την αυτοκτονία, η επικρατούσα αντίληψη για την πραγματικότητα της φύσης της αυτοκτονίας. Οι μύθοι που αναφέρονται παρακάτω είναι αναρτημένοι στην επίσημη ιστοσελίδα της μη κυβερνητικής οργάνωσης «Κλίμακα», η οποία έχει αναλάβει τη μέριμνα για την αυτοκτονία στην Ελλάδα. Να επισημανθεί πως στόχος της ανάρτησης είναι η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση του ευρύτερου πληθυσμού για την προς εξέταση πραγματικότητα. Απώτερος σκοπός είναι η αποστιγματοποίηση και η πρόληψή της, χωρίς αυτό να σημαίνει πως το σύνολο του πληθυσμού αγνοεί την αλήθεια της αυτοκτονίας (Κλίμακα 2013).

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

Η άποψη που επικρατεί είναι πως η λεκτική έκφραση της αυτοκτονικής επιθυμίας σκοπεύει στην επιζήτηση της προσοχής προς το πρόσωπο που την εκφράζει. Παρόλα αυτά αρκετά άτομα που αυτοκτόνησαν, είχαν προηγουμένως αποκαλύψει την πρόθεσή τους (Κλίμακα 2011α).

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

Στην πραγματικότητα η ενθάρρυνση κάποιου ατόμου να εκφράσει τους αυτοκτονικούς ιδεασμούς του, αν συμβεί με τους κατάλληλους διακριτικούς χειρισμούς, μπορεί απεναντίας να το ωφελήσει (Κλίμακα 2011α).

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

Η αλήθεια είναι ότι όλοι έχουν πιθανότητες να σκεφθούν ή να πράξουν την αυτοκτονία κάποια στιγμή στη ζωή τους (Κλίμακα 2011α).

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

Στην πραγματικότητα κατά την εφηβική περίοδο ενδέχεται η αυτοκτονία να είναι προϊόν παρόρμησης. Ωστόσο, στις περισσότερες περιπτώσεις οι αυτοκτονίες προσχεδιάζονται. Ο προγραμματισμός μάλιστα έχει υψηλή συσχέτιση με την επικινδυνότητα της κατάστασης (Κλίμακα 2011α).

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

Στις περισσότερες αυτοκτονίες έχουν προϋπάρξει απόπειρες αυτοκτονιών. Στην πραγματικότητα ο κίνδυνος για επιτυχημένη αυτοκτονία αυξάνεται μετά από μία απόπειρα (Κλίμακα 2011α).

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

Η αλήθεια βρίσκεται στα αμφιθυμικά συναισθήματα όσων σκέπτονται να αυτοκτονήσουν. Στην ουσία αφενός αντιμετωπίζουν μία αδιέξοδη κατάσταση, την οποία όμως επιθυμούν να επιλύσουν και να συνεχίσουν να ζουν, αφετέρου η μοναδική λύση για αυτούς είναι ο θάνατος (Κλίμακα 2011α).

7ος μύθος: *«Τα παιδιά δεν αυτοκτονούν»*

Πράγματι η αυτοκτονία στην παιδική ηλικία φαίνεται να παρουσιάζει μικρή συχνότητα. Ωστόσο, στην εφηβική και νεαρή ηλικία ο κίνδυνος αυξάνεται (Κλίμακα 2011α).

Μερικοί ακόμα μύθοι για την αυτοκτονία παρουσιάζονται στο βιβλίο του Thio (2009: 211-13).

8ος μύθος: *«Η κατάθλιψη είναι η αιτία της αυτοκτονίας»*

Στην πραγματικότητα η κατάθλιψη αποτελεί μία συχνή αιτία της αυτοκτονίας αλλά δεν είναι η μοναδική Thio (2009: 211-13).

9ος μύθος: *«Λόγω της προκατάληψης και των διακρίσεων ανάμεσα στα δύο φύλα, οι γυναίκες είναι πιο πιθανό από τους άντρες να θεωρήσουν ότι η ζωή τους είναι καταπιεστική και συνεπώς να διαπράξουν αυτοκτονία»*

Οι έρευνες αναδεικνύουν μεγαλύτερα ποσοστά αυτοκτονιών στον αντρικό πληθυσμό παρά στο γυναικείο, όπου εκεί επικρατούν οι απόπειρες αυτοκτονίας Thio (2009: 211-13).

10ος μύθος: *«Οι αδέσμευτοι και οι ανύπαντροι είναι γενικά πιο πιθανό από τους παντρεμένους να περνούν καλά στη ζωή τους και κατά συνέπεια λιγότερο πιθανό να διαπράξουν αυτοκτονία»*

Στην πραγματικότητα οι έρευνες αναδεικνύουν μεγαλύτερα ποσοστά αυτοκτονιών σε άτομα χωρίς δική τους οικογένεια Thio (2009: 211-13).

11ος μύθος: *«Οι αυτόχειρες βομβιστές αυτοκτονίας είναι γενικά ψυχωτικοί, ή τουλάχιστον παράφρονες, φτωχοί και χαμηλού μορφωτικού επιπέδου»*

Η εξέταση σχετικών περιστατικών αποδεικνύει, πως οι βομβιστές προέρχονται από σχετικά εύπορες οικογένειες και δεν έχουν χαμηλού επιπέδου μόρφωση Thio (2009: 211-13).

12ος μύθος: *«Μεταξύ των πλούσιων βιομηχανικών κοινωνιών εκείνες που έχουν μεγαλύτερη ισότητα όσον αφορά το εισόδημα, όπως η Φιλανδία (...), έχουν γενικά χαμηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών από εκείνες με μεγαλύτερη ανισότητα, όπως είναι οι Ηνωμένες Πολιτείες (...).»*

Στην πραγματικότητα συμβαίνει το αντίθετο, υπάρχει υψηλή θετική συσχέτιση μεταξύ της ισότητας μέσα σε μία κοινωνία και της αυτοκτονίας Thio (2009: 211-13).

13ος μύθος: *«Τα ποσοστά των αυτοκτονιών είναι υψηλότερα κατά τη διάρκεια του χειμώνα από ότι κατά τη διάρκεια της άνοιξης (...).»*

Τα ποσοστά αυτοκτονιών είναι μεγαλύτερα κατά τη διάρκεια της άνοιξης. Οι στενότερες σχέσεις των ατόμων την εποχή του χειμώνα, πιθανόν εξηγούν τα μειωμένα ποσοστά αυτοκτονίας αυτής της περιόδου Thio (2009: 211-13).

14ος μύθος: «*Ατομικιστικές κοινωνίες παρουσιάζουν μικρότερα ποσοστά αυτοκτονιών, λόγω της επιδίωξης του 'καλύτερου' αγαθού για τον εαυτό*»

Παραδείγματα τέτοιων κοινωνιών, όπως είναι οι ΗΠΑ, επιβεβαιώνουν μεγαλύτερα ποσοστά αυτοκτονιών παρά ανθρωποκτονιών Thio (2009: 211-13).

3.3 Πρόληψη

Σύμφωνα με τον Chabrol (1984), θεωρείται επιτυχία το να μη φτάνουμε στη φάση της θεραπείας του αυτοκτονικού ασθενή, γεγονός που πραγματοποιείται μέσω της πρόληψης. Μιλώντας για πρόληψη αναφερόμαστε στην αποτροπή της πρώτης απόπειρας αυτοκτονίας και της επανάληψής της, καθώς και στη διασφάλιση της κοινωνικής προσαρμογής του ατόμου. Γενικά αναγνωρίζονται τρία στάδια στη θεραπευτική διαδικασία της αυτοκτονικής πράξης: α) η πρωτογενής πρόληψη η οποία αποσκοπεί στην αποτροπή της πρώτης απόπειρας αυτοκτονίας, β) η πρόληψη-παρέμβαση, η οποία περιλαμβάνει την περίθαλψη και φροντίδα έπειτα από την απόπειρα και, γ) η τριτογενής πρόληψη η οποία έχει στόχο την αποφυγή των τυχόν υποτροπών του ατόμου.

Η πρωτογενής πρόληψη

Στη φάση της πρωτογενούς πρόληψης κυρίαρχο ρόλο παίζουν η αναγνώριση των συμπτωμάτων δυσφορίας ή ψυχικής πάθησης, όπως είναι η κατάθλιψη λόγου χάρη, από τον ειδικό. Τόσο η κατάθλιψη όσο και άλλες ψυχικές διαταραχές σπανίως αναγνωρίζονται και αντιμετωπίζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, πράγμα που μπορεί να αποβεί μοιραίο καθώς είναι γνωστό ότι στις περισσότερες περιπτώσεις οι αυτοκτονούντες επιδιώκουν να έρθουν σε επαφή με έναν ειδικό τουλάχιστον ένα μήνα πριν διαπράξουν την απόπειρα. Μη λαμβάνοντας την απαραίτητη διάγνωση και φροντίδα, ο ασθενής πιθανόν να οδηγηθεί τελικά στην απόπειρα αυτοκτονίας (Mann et al. 2005).

Στα ανήλικα άτομα σημαντικοί τομείς είναι το παιδαγωγικό και ιατροκοινωνικό περιβάλλον. Πίσω από την απόπειρα αυτοκτονίας του εφήβου κρύβεται ένα βεβαρυσμένο οικογενειακό ιστορικό όσον αφορά τις διαπροσωπικές και

οικογενειακές σχέσεις και δυσκολίες. Ουσιαστικότερο ρόλο στον τομέα της πρόληψης έχουν ο οικογενειακός γιατρός και οι εκπαιδευτικοί αντίστοιχα λόγω του ότι είναι σε θέση να αντιληφθούν την επικινδυνότητα της κατάστασης. Η εκτίμηση των οικογενειακών και κοινωνικών παροχών για τον έφηβο και η ενημέρωση των γονέων για την πρόσβαση σε αυτές αποτελούν το πρώτο βήμα για την αποφυγή μιας οξύτερης αυτοκτονικής κρίσης (Chabrol 1984).

Παράλληλα, ο τομέας της πρόληψης περιλαμβάνει μια ποικιλία παρεμβάσεων σε κοινοτική βάση. Πραγματοποιούνται προγράμματα ενημέρωσης των κατοίκων της κοινότητας όπως δραστηριοποίηση διαφόρων οργανισμών, φορέων και κοινωνικών υπηρεσιών στον τομέα της ενημέρωσης μέσω του επιστημονικού προσωπικού, ημερίδες, διαλέξεις καθώς και συνέδρια. Παρεμβάσεις αρκετές φορές γίνονται και από την κοινωνία ή τους τοπικούς παράγοντες που έχουν πρόσβαση στα άτομα υψηλού κινδύνου. Αναφερόμαστε στους εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, στους φαρμακοποιούς, στους κληρικούς, στους φροντιστές ηλικιωμένων ατόμων και στα άτομα που εργάζονται σε ιδρύματα όπως σχολεία, φυλακές, στρατό, αστυνομία, λιμενικό και άλλα. Οι προαναφερθέντες έχουν την ικανότητα ερχόμενοι σε επαφή με άτομα υψηλού αυτοκτονικού κινδύνου και έχοντας λάβει την ανάλογη εκπαίδευση μέσω των προγραμμάτων εκπαίδευσης και ευαισθητοποίησης, να υποψιαστούν την επικινδυνότητα και να τους ενημερώσουν σχετικά με τις παροχές της κοινότητας, προτρέποντάς τους να επισκεφτούν έναν ειδικό (Mann et al 2005).

Η πρόληψη- Παρέμβαση

Όταν πλέον διαγνωστεί από τον ειδικό η ψυχική διαταραχή από την οποία πάσχει το άτομο, είναι απαραίτητο να επισκεφτεί ψυχίατρο και να του δοθεί η απαραίτητη φαρμακευτική αγωγή και προσοχή. Ειδικότερα στα ανήλικα άτομα, πρώτο και σπουδαιότερο βήμα είναι η έγκυρη διάγνωση της κατάθλιψης και η τροποποίηση των συνθηκών διαβίωσης στο οικογενειακό περιβάλλον.

Η Τριτογενής πρόληψη

Η τριτογενής πρόληψη απαρτίζεται από το σύνολο των μέτρων που λαμβάνονται για την αποφυγή υποτροπών των ατόμων που έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν ήδη μια φορά. Ωστόσο έρευνες αποδεικνύουν ότι το πρόβλημα δεν έγκειται μόνο στην επανάληψη της απόπειρας αυτοκτονίας αλλά και σε παράγοντες όπως η παραμονή του ατόμου στο περιβάλλον που συνέβαλλε στη δημιουργία της παθολογίας του, όπως είναι το οικογενειακό περιβάλλον, στον στιγματισμό της κατάστασής του, στη χρόνια νοσηλεία του και στην έλλειψη κοινωνικής προσαρμογής από πλευράς του ατόμου. Οι ασθενείς αρκετές φορές καταφεύγουν στον αλκοολισμό και στο ιστορικό τους καταγράφονται διαζύγια, απαλλαγή λόγω ανικανότητας από τη στρατιωτική θητεία, δικαστικές καταδίκες, απώλεια εργασίας, απόκτηση αναπηρικής σύνταξης. Οι προσπάθειες των επιστημόνων ψυχικής υγείας εστιάζουν στη βελτίωση των παραπάνω παραγόντων (Ευθυμίου και συν. 2006).

Η ενίσχυση των πολιτικών κοινωνικής ένταξης ως άμεσα συνδεδεμένων με μία πολιτική πρόληψης της αυτοκτονίας, παραμένει ζητούμενο. Η προαγωγή της ψυχικής υγείας στην κοινότητα μπορεί να συντελέσει στην πρόληψη των αυτοκτονιών σε όλο το φάσμα της ζωής. Δυστυχώς, η απόπειρα αυτοκτονίας αποτελεί την εναρκτήριο φάση μιας δύσκολα αναστρέψιμης περιόδου στο δρόμο της ψυχοπαθολογίας και δεν μπορούμε να ελπίζουμε πάντα ότι θα διαγραφεί μέσω της παρέμβασης (ό. π.).

3.4 Διάγνωση και μέσα διάγνωσης

Η πρόθεση του ατόμου που σκέφτεται να αυτοκτονήσει είναι πιθανόν να εκφράζεται με σαφήνεια αλλά και με συγκαλυμμένο τρόπο. Ο επαγγελματίας οφείλει να βρίσκεται σε επαγρύπνηση και να διερευνά πιθανές υποψίες που έχουν δημιουργηθεί σχετικά με την αυτοκτονική τάση του ασθενή (Μάνος 1997). Συνιστάται ο επαγγελματίας να απευθύνει ευθέως την ερώτηση σχετικά με τον αυτοκτονικό ιδεασμό π.χ. σκέφτεσαι αυτήν την στιγμή ή έχεις σκεφθεί την αυτοκτονία; (Kaplan et all 2000).

Σύμφωνα με τον Σταυρινό (2012) η συνήθης πορεία της προαυτοκτονικής συμπεριφοράς ακολουθεί τα εξής στάδια: επιβαρυντικό γεγονός, συναισθηματική μεταστροφή, όπως κατάθλιψη, άγχος, αίσθημα μοναξιάς, ενοχές, αίσθημα απόρριψης, κακή αυτοεικόνα, προβλήματα ύπνου και αλλαγές στο λόγο και στη συμπεριφορά.

Ειδικότερα, ο επαγγελματίας πρέπει να επιδεικνύει ιδιαίτερη προσοχή σε λεκτικές ενδείξεις, οι οποίες πιθανόν να καταθέτονται ως καθημερινά απλά προβλήματα. Μερικά παραδείγματα αποτελούν οι εξής εκφράσεις `` τίποτα δεν πάει σωστά, δεν περιμένω να αποκτήσω αυτά που θέλω κ. α `` , οι οποίες φανερώνουν έλλειψη ελπίδας και απαισιοδοξία. Επιπρόσθετα, προσεκτική παρακολούθηση απαιτεί και η συμπεριφορά του ατόμου. Πρακτικές, όπως η διευθέτηση προσωπικών υποθέσεων, η κατάθεση διαθήκης κ.α. είναι ενδεικτικές σε άτομα με αυτοκτονικό ιδεασμό (Μάνος 1997).

Επιπλέον, η σκέψη του ατόμου με τάσεις αυτοκτονίας συχνά παρουσιάζει τα ακόλουθα στοιχεία: γνωσιακά λάθη, όπως επιλεκτική αφαίρεση, υπεργενίκευση, διχοτομική και δύσκαμπτη σκέψη, προσκόλληση στον παροντικό χρόνο με δυσκολία στην ανάκληση θετικών παρελθοντικών εμπειριών και ελπιδοφόρων μελλοντικών σχεδίων (Μαλογιάννης 2008).

Η διαγνωστική εκτίμηση θα πρέπει να λαμβάνει χώρα σε ήσυχο μέρος. Σε περιπτώσεις, που το άτομο έχει ήδη διαπράξει απόπειρα, η διάγνωση θα πρέπει να γίνεται όταν η σωματική του υγεία βρίσκεται σε καλή κατάσταση και έχει ξεπεραστεί ο κίνδυνος. Επιπλέον, ο επαγγελματίας, αφού πρώτα συζητήσει με τον αποπειραθέντα, μπορεί να επικοινωνήσει με το περιβάλλον του, ώστε να συλλέξει πρόσθετες πληροφορίες και να ενημερώσει τους οικείους του για το ρόλο τους στη θεραπεία του (Μάνος 1997).

Ο επαγγελματίας θα πρέπει εξ' αρχής να είναι μη κριτικός απέναντι στο άτομο και να αποφεύγει να το καθησυχάζει πρόωρα. Η διάθεσή του για αποφόρτιση του ατόμου είναι δυνατόν να εκληφθεί από αυτό ως υποβιβασμός της σημαντικότητας της κατάστασής του (ό. π.).

Διαγνωστικά εργαλεία

Οι κλίμακες διάγνωσης ή εκτίμησης της αυτοκτονικής πρόθεσης και της επικινδυνότητας που απορρέει από αυτήν, υποστηρίζεται πως δεν μπορούν να προβλέψουν με ακρίβεια τους προς διερεύνηση παράγοντες. Αυτό συμβαίνει *«κυρίως επειδή οι αυτοκτονικές σκέψεις και τάσεις σπάνια οδηγούν σε αυτοκτονική συμπεριφορά, ενώ η ολοκληρωμένη αυτοκτονία είναι σπάνιο φαινόμενο»* (Burk, Kurz & Moller 1985, στο Φουντουλάκης και συν 2011:143).

Ωστόσο, το γεγονός αυτό δεν αναιρεί την αξία των συμπερασμάτων που προκύπτουν από την εφαρμογή μίας ανάλογης κλίμακας σε ένα άτομο με αυτοκτονικό ιδεασμό. Πρέπει όμως, η προσοχή και η παρέμβαση του επαγγελματία ψυχικής υγείας να μην επηρεάζεται μόνο από τη βαθμολογία στην κλίμακα του ατόμου προς εξέταση (Cochrane-Brink, Lofchy & Sakinofsky 2000, στο Φουντουλάκης και συν. 2011).

Μέχρι στιγμής, πάντα υπό το πρίσμα της έντασης και της σοβαρότητας των συμπτωμάτων, το αίσθημα της απελπισίας και της ενοχής, καθώς και το προηγούμενο ιστορικό απόπειρας, αποτελούν τους ισχυρότερους προγνωστικούς παράγοντες μία πιθανής αυτοκτονίας. Επιπλέον, η εμφάνιση αυτοκτονικών σκέψεων κατά τη διάρκεια καταθλιπτικών επεισοδίων εμφανίζει μεγάλη συνέπεια (Williams 2006, Rihmer 2007, ό. π.). Οι Φουντουλάκης και συν. (2011) υποστηρίζουν επιπλέον, ότι πάνω από τα δύο τρίτα των ατόμων που πάσχουν από κατάθλιψη ποτέ δεν αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν και η πλειοψηφία των καταθλιπτικών ποτέ δεν διαπράττει ολοκληρωμένη αυτοκτονία. Συμπερασματικά, αν και ο αυτοκτονικός ιδεασμός συσχετίζεται έντονα με την κατάθλιψη δεν πρέπει να αποτελεί μοναδικό προγνωστικό παράγοντα της αυτοκτονίας αλλά να συνδυάζεται με άλλα στοιχεία (ο.π).

Κλίμακα κατάθλιψης Beck (BDI)

Η Κλίμακα κατάθλιψης Beck (1979, στο Παπαδημητροπούλου 2011) κατασκευάστηκε για να μετρήσει την ύπαρξη κατάθλιψης σε ψυχιατρικούς ασθενείς. Μετά από αξιολόγηση της κλίμακας εντοπίστηκε η καταλληλότητά της και για πληθυσμούς χωρίς ψυχιατρικά χαρακτηριστικά (Steer et al., 1986, ό. π.). Επίσης, έρευνες για την αντιπροσωπευτικότητα του περιεχομένου της, αν πράγματι δηλαδή μετρά την ύπαρξη συμπτωμάτων κατάθλιψης, διαπίστωσαν υψηλή θετική συσχέτιση (Atkenson et al., 1982, Turner & Romano, 1984, ό. π.).

Η κλίμακα αξιολογεί την ένταση της κατάθλιψης, τα γνωστικά, συναισθηματικά και σωματικά συμπτώματα. Η κλίμακα συμπληρώνεται από τον επαγγελματία ψυχικής υγείας και αποτελείται από 21 ερωτήσεις, οι οποίες αναφέρονται ειδικότερα στο συναίσθημα, στην απαισιοδοξία, στο αίσθημα αποτυχίας, στην έλλειψη ικανοποίησης, στο αίσθημα ενοχής, στο αίσθημα τιμωρίας, στα συναισθήματα για τον εαυτό, στην αυτοκατηγορία, στην αυτοκτονική επιθυμία, στο κλάμα, στην ευερεθιστότητα, στην κοινωνική απόσυρση, στην αναποφασιστικότητα, στη διαστρέβλωση της εικόνας του σώματος, στη μείωση εργατικότητας, στις διαταραχές ύπνου, στην εύκολη κόπωση, στην απώλεια όρεξης, στην απώλεια βάρους, στην υποχονδρία και στη λιμπιντική απώλεια (Παπαδημητροπούλου 2011).

Η κάθε ερώτηση επιδέχεται τέσσερις εναλλακτικές απαντήσεις. Οι απαντήσεις αυτές βαθμολογούνται ανάλογα με την σοβαρότητα του προβλήματος από 0 έως 3 (0= δεν υπάρχει πρόβλημα, 1= υπάρχει πρόβλημα, 2= το πρόβλημα είναι μέτριο προς σοβαρό και 3= το πρόβλημα είναι σοβαρό). Η γενική βαθμολογία της κλίμακας κυμαίνεται από 0-62. Πιο συγκεκριμένα, η συμπλήρωση 0-9 βαθμών παραπέμπει σε μία φυσιολογική συναισθηματική μελαγχολική κατάσταση, ενώ η βαθμολογία από 30 και άνω παραπέμπει σε κατάθλιψη με σοβαρή ένταση (ό. π.).

Η στάθμιση της κλίμακας στα ελληνικά δεδομένα από τον Τζέμο (1987, ό. π.) ορίζει πως η συνολική βαθμολογία από 21 έως 30 αντιπροσωπεύει συναισθηματική κατάσταση με ελαφρά κατάθλιψη, από 31 έως 40 μέτρια κατάθλιψη και άνω του 40 βαριά κατάθλιψη. Στην έναρξη του σημείου επικινδυνότητας στη βαθμολογία της κλίμακας παρατηρείται διαφοροποίηση μεταξύ του Τζέμου και του Beck, 40 βαθμοί και 30 αντίστοιχα (ό. π.).

Κλίμακα Απελπισίας του Beck (Hopelessness scale)

Η κλίμακα απελπισίας του Beck αξιολογεί την απαισιοδοξία και τις αρνητικές στάσεις απέναντι στο μέλλον. Η κλίμακα δημιουργήθηκε, όπως και η κλίμακα κατάθλιψης, με δειγματοληψία που αφορούσε ψυχιατρικούς ασθενείς (Beck et al. 1974b, στο Παπαδημητροπούλου 2011). Ειδικότερα, παράγοντες που αξιολογούνται είναι τα αισθήματα για το μέλλον, η μειωμένη κινητοποίηση και οι προσδοκίες για το μέλλον. Η κλίμακα χρησιμοποιείται επιπλέον, για την εκτίμηση συμπτωμάτων που συσχετίζονται με την αυτοκτονική πρόθεση και για την πρόβλεψη κινδύνου αυτοκτονίας (Hawton 1989, ό. π.).

Η κλίμακα συμπληρώνεται από τον επαγγελματία ψυχικής υγείας και περιλαμβάνει 20 προτάσεις, οι οποίες είναι δυνατόν να απαντηθούν με *σωστό* ή *λάθος*. Η φύση των απαντήσεων είναι προκαθορισμένη στις οδηγίες για τη χρήση της κλίμακας. Κατά αυτόν τον τρόπο, οι 9 από αυτές τις προτάσεις ανήκουν στην κατηγορία των *λάθος* και οι υπόλοιπες 11 στην κατηγορία των *σωστών*. Κάθε απάντηση βαθμολογείται με 0 ή 1 ανάλογα με την κατηγορία στην οποία ανήκει. Απαντήσεις που σχετίζονται με αρνητικές ερμηνείες των προτάσεων βαθμολογούνται με 1. Η γενική βαθμολογία κυμαίνεται μεταξύ 0-20 βαθμών. Αν η βαθμολογία κυμανθεί κάτω από 9, τότε η απελπισία βρίσκεται σε φυσιολογικά πλαίσια, αν είναι πάνω από 9, τότε υπάρχει σοβαρή απελπισία (Παπαδημητροπούλου 2011).

Οι Χριστοδούλου και Λιόση (1995, ό. π.) στην στάθμιση της κλίμακας στα ελληνικά δεδομένα όρισαν τη βαθμολογία από 7 και κάτω ως αντιπροσωπευτική της φυσιολογικής απελπισίας. Η βαθμολογία από 7 και πάνω παραπέμπει σε σοβαρή απελπισία. Σε αυτό το σημείο εντοπίζεται μία διαφορά 2 βαθμών ως προς την έναρξη της σοβαρότητας των συμπτωμάτων σε σχέση με την αρχική κλίμακα του Beck.

Κλίμακα Νοσοκομειακού Άγχους και Κατάθλιψης (Hospital Anxiety and Depression Scale- HADS)

Η Κλίμακα Νοσοκομειακού Άγχους και Κατάθλιψης (HADS) κατασκευάστηκε από τους Zigmond και Snaith το 1983. Η κλίμακα δεν χρησιμοποιείται για τη διάγνωση των παραπάνω διαταραχών, παρά για τον εντοπισμό ασθενών γενικών νοσοκομείων που πιθανόν χρειάζεται να τους παρασχεθεί

ψυχολογική ή ψυχιατρική υποστήριξη (Παπαδημητροπούλου 2011). Στην Ελλάδα την κλίμακα έχουν σταθμιστεί οι Μιχόπουλος και συν (2008, ό. π.).

Η κλίμακα συμπληρώνεται από τους ασθενείς και περιλαμβάνει 14 ερωτήσεις (7 που αφορούν το άγχος και 7 που αφορούν την κατάθλιψη) και έχει τη μορφή Likert. Η κάθε ερώτηση επιδέχεται τέσσερις πιθανές απαντήσεις, οι οποίες βαθμολογούνται από 0 μέχρι 3. Το εύρος της βαθμολογίας κυμαίνεται από 0-21. Η βαθμολογία από 0-7 δε συσχετίζεται με τα προσμετρούμενες διαταραχές, ενώ η βαθμολογία από 8-10 αντιστοιχεί σε οριακή δυσφορία. Σοβαρή δυσφορία εντοπίζεται στη βαθμολογία από 11-21. Να σημειωθεί ότι η βαθμολογίες αυτές εφαρμόζονται και για τις δύο κλίμακες ξεχωριστά (ό. π.).

Κλίμακα αυτοκτονικής πρόθεσης (Suicide Intent Scale- SIS)

Η Κλίμακα Αυτοκτονικής Πρόθεσης- Suicide Intent Scale (SIS) κατασκευάστηκε από τους Beck, Schuyler & Herman το 1974 (Παπαδημητροπούλου 2011). Στην Ελλάδα έχει σταθμιστεί από τους Κονταξάκη και συν. (1991, ό. π.). Η κλίμακα καταγράφει και εκτιμά παράγοντες που σχετίζονται με την επιθυμία – πρόθεση του αποπειραθέντα να πεθάνει τη στιγμή της απόπειρας. Η κλίμακα συμπληρώνεται από τον επαγγελματία ψυχικής υγείας μετά από πληροφορίες που συλλέγονται από τον αποπειραθέντα μετά την ανάνηψη (Παπαδημητροπούλου 2011).

Η κλίμακα περιλαμβάνει 20 ερωτήσεις και διαχωρίζεται σε τρεις ενότητες. Οι δύο ενότητες αποτελούνται από 15 ερωτήσεις συνολικά, οι οποίες βαθμολογούνται, ενώ στην τρίτη ενότητα συλλέγονται πληροφορίες για άλλες πλευρές της απόπειρας. Μερικές από αυτές τις πληροφορίες αφορούν τους παράγοντες κινδύνου, τα συναισθήματα του αποπειραθέντα για την πράξη του, την αντίληψη του θανάτου και τη σχέση της απόπειρας με χρήση ουσιών. Η τρίτη ενότητα δε βαθμολογείται (ό. π.).

Η πρώτη ενότητα αναφέρεται κυρίως στις αντικειμενικές συνθήκες και τα γεγονότα που σχετίζονται με την απόπειρα. Πληροφορίες είναι δυνατόν να αναζητηθούν και από σημαντικούς άλλους και άτομα που συσχετίζονται με την απόπειρα. Η δεύτερη ενότητα εκτιμά τις σκέψεις και τα συναισθήματα του ασθενή τη στιγμή της απόπειρας. (ό. π.).

Αναφορικά με τις δύο αυτές βαθμολογούμενες ενότητες, κάθε ερώτηση επιδέχεται τρεις εναλλακτικές απαντήσεις που βαθμολογούνται από 0 έως 2. Η συνολική βαθμολογία συλλέγεται από το άθροισμα των βαθμών στις 15 ερωτήσεις

και κυμαίνεται από 0-30. Η συγκέντρωση 15 έως 19 βαθμών αντιστοιχεί σε χαμηλή αυτοκτονική πρόθεση, 20 έως 28 σε μέτρια και από 29 και πάνω σε υψηλή (ό. π.).

Κλίμακα αυτοκτονικού ιδεασμού (Scale for Suicide Ideation-SSI)

Η Κλίμακα αυτοκτονικού ιδεασμού (Beck, Steer, Kovacs & Weissman 1979, στο Παπαδημητροπούλου 2011) αξιολογεί την τρέχουσα σοβαρότητα της ενσυνείδητης πρόθεσης για αυτοκτονία πριν πραγματοποιηθεί η απόπειρα. Η εν λόγω κλίμακα διαφέρει από την κλίμακα αυτοκτονικής πρόθεσης, που προαναφέρθηκε, η οποία συμπληρώνεται μετά την απόπειρα και μετά την ανάνηψη του ατόμου. Η κλίμακα στην Ελλάδα έχει σταθμιστεί από τον Βασιλείου Γ. (1994, ό. π.).

Η κλίμακα περιλαμβάνει πέντε τομείς. Στον πρώτο τομέα αξιολογείται η στάση για τη ζωή ή το θάνατο. Ο δεύτερος τομέας εκτιμά τη σοβαρότητα της σύλληψης της ιδέας για αυτοκτονία ή της επιθυμίας για αυτοκτονία. Ο τρίτος αξιολογεί το σχεδιασμό της απόπειρας, δηλαδή αν έχουν πραγματοποιηθεί σχετικές ενέργειες κατά το παρελθόν ή και τη στιγμή της συνέντευξης. Ακολούθως ο τέταρτος αξιολογεί τις ενέργειες που συσχετίζονται έντονα με την ολοκλήρωση της αυτοκτονίας, όπως σημείωμα ή εξαπάτηση των οικείων για να μην προσπαθήσουν να ματαιώσουν την πράξη. Ο πέμπτος τομέας δε βαθμολογείται και διερευνά τους προσωπικούς παράγοντες αναφορικά με την αυτοκτονία, όπως προηγούμενες απόπειρες και πρόθεση θανάτου σε σχέση με την τελευταία απόπειρα (Παπαδημητροπούλου 2011).

Η κλίμακα αποτελείται από 19 ερωτήσεις. Η καθεμία επιδέχεται τρεις απαντήσεις, η βαθμολογία των οποίων κυμαίνεται 0 έως 2 (όπου 0= δεν υπάρχει πρόβλημα, 1= υπάρχει σοβαρό πρόβλημα, 2= υπάρχει πολύ σοβαρό πρόβλημα). Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 0-38. Ειδικότερα, βαθμολογία από 1-6 αντιστοιχεί σε μικρή επιθυμία αυτοκτονίας, 7-13 σε μέτρια και 14 και άνω σε σοβαρή επιθυμία αυτοκτονίας (ό. π.).

Κλίμακα εκτίμησης του κινδύνου αυτοκτονικότητας (RASS)

Η κλίμακα εκτίμησης κινδύνου της αυτοκτονικότητας κατασκευάστηκε από τους Φουντουλάκης, Κ. Ν. και συν. το 2011. Η κατασκευή της βασίστηκε σε ερωτήσεις, οι οποίες συσχετίζονται με τη συμπεριφορική πλευρά της αυτοκτονικότητας και της εσωτερικής εμπειρίας της, στο πλαίσιο της πιθανότερης επαναληψιμότητας των δύο αυτών παραμέτρων. Δεν δόθηκε έμφαση στα κλινικά συμπτώματα που συσχετίζονται με την αυτοκτονία, όπως για παράδειγμα η απελπισία. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ψυχιατρικούς ασθενείς, όσο και στον γενικότερο πληθυσμό (Φουντουλάκης και συν. 2011).

Η κλίμακα περιλαμβάνει τρεις υποκλίμακες που αναφέρονται στην πρόθεση αυτοκτονίας, στη στάση απέναντι στη ζωή και το ιστορικό αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Οι κατασκευαστές της διατείνονται πως οι υποκλίμακες αυτές με τις αντίστοιχες ερωτήσεις, αφενός αναφέρονται σε γνωστούς παράγοντες επικινδυνότητας, αφετέρου επισημαίνουν την επιφυλακτικότητα ως προς τη δυνατότητα πρόγνωσης που παρέχουν (Φουντουλάκης και συν. 2011).

Άλλες κλίμακες

Μία σειρά από πρόσθετες αξιόπιστες κλίμακες που αξιολογούν ποικίλους παράγοντες επικινδυνότητας είναι: Η κλίμακα αυτοκτονικού ιδεασμού σε ηλικιωμένους (Geriatric Suicide Ideation Scale-GSIS) αξιολογεί τον αυτοκτονικό ιδεασμό, τις σκέψεις θανάτου, την απώλεια των προσωπικών και κοινωνικών αξιών και το αντιλαμβανόμενο νόημα της ζωής. Η κλίμακα μέτρησης της ελπίδας (Herth Hope Index-HHI) εκτιμά δύο παράγοντες, τη θετική ετοιμότητα και προσδοκία και τη διασυνδετικότητα. Η κλίμακα μέτρησης της στάσης για τη ζωή (Life Attitudes Schedule-LAS) αξιολογεί τέσσερις κατηγορίες συμπεριφορών. Η πρώτη συσχετίζεται με το θάνατο, η δεύτερη με την υγεία με την υγεία, η τρίτη με τον τραυματισμό και η τέταρτη με τον εαυτό. Η Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII) αξιολογεί παράγοντες που σχετίζονται με τη μέθοδο, την πιθανότητα θανάτου και την παρορμητικότητα της πράξης, την πιθανότητα διάσωσης, την αυτοκτονική πρόθεση ή αμφιθυμία και άλλα κίνητρα, συνέπειες και συνήθειες αυτοτραυματισμούς. Η κλίμακα θετικού και αρνητικού αυτοκτονικού ιδεασμού (Positive and Negative

Suicide Ideation-PANSI εκτιμά τον θετικό και αρνητικό ιδεασμό (Φουντουλάκης και συν. 2011).

Stroop test

Όπως αναφέρει ο Μαλογιάννης (2008) τα άτομα με αυτοκτονικό ιδεασμό αναγνωρίζουν με καθυστέρηση λέξεις, οι οποίες σχετίζονται με αρνητικές συναισθηματικές έννοιες (όπως μοναξιά) και με περισσότερη καθυστέρηση όσες αναφέρονται σε αυτοκτονική συμπεριφορά (όπως υπερδοσολογία).

3.5 Θεραπεία

Προκειμένου να πετύχει μια θεραπευτική παρέμβαση χρειάζεται προθυμία και από το ίδιο το άτομο. Ο κλινικός προκειμένου να κατανοήσει το κίνδυνο και τους τρόπους που υπάρχουν ώστε να βοηθηθεί το άτομο, πρέπει να χρησιμοποιήσει την υπάρχουσα γνώση του πάνω στο συγκεκριμένο θέμα. Όπως είναι φυσικό, οι συναντήσεις πρέπει να πραγματοποιούνται όχι μόνο με το άτομο αλλά και με το οικογενειακό περιβάλλον (Τζαβάρας και συν. 2005).

Η θεραπεία γίνεται με ποικίλους τρόπους και ο κλινικός πρέπει να επιλέξει αυτόν που θεωρεί κατάλληλο για τη κάθε περίπτωση. Η νοσηλεία σε κλινική, δεν είναι πάντοτε απαραίτητη κυρίως για το άτομο που δεν έχει κάνει απόπειρα αυτοκτονίας αλλά το σκέφτεται. Σε τέτοιες περιπτώσεις πρέπει να υπάρχει το κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον και η διάθεση του ατόμου να βοηθήσει τον εαυτό του. Σε περίπτωση όμως που τα συμπτώματα δεν υποχωρούν και γίνονται συνεχείς οι εμμονές του ατόμου για αυτοκτονία, τότε η νοσηλεία σε κλειστή κλινική θεωρείται απαραίτητη. Η νοσοκομειακή περίθαλψη προσφέρει ασφάλεια και άμεση θεραπεία στον αυτόχειρα. Συνήθως τα άτομα που βρίσκονται σε απόγνωση συμφωνούν με τη νοσηλεία τους, ενώ για τα άτομα που βρίσκονται σε σύγχυση η νοσηλεία τους γίνεται ακούσια και πρέπει να τους ανακοινωθεί άμεσα αλλά σταθερά. Η αιτία εισαγωγής τους πρέπει να αναγράφεται στο φύλλο νοσηλείας τους, μ έντονα κόκκινα γράμματα προκειμένου να υπάρχει η απαραίτητη προσοχή (Μάνος 1997).

Τα άτομα που κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους εξηγούν πως έκανα την απόπειρα αυτοκτονίας χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή και εποπτεία από το προσωπικό της κλινικής και από το κλινικό, καθώς πείθουν ότι είναι εκτός κίνδυνου. Σε τέτοιες περιπτώσεις ο κλινικός, οφείλει να ενημερώνει το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή και να συζητήσει μαζί τους για διάφορες υπαρξιακές αμφιβολίες που θα προκύψουν στον ασθενή μετά από ένα χρονικό διάστημα. Πραγματοποιώντας με την οικογένεια ορισμένες συνεδρίες, θα προσπαθήσει να τους συμβουλευσει πως θα πρέπει να χειρίζονται τις υπαρξιακές απορίες του ασθενή (ό. π.).

Μερικοί ασθενείς που έχουν εισαχθεί στο νοσοκομείο δέχονται με ευχαρίστηση μια ψυχοθεραπευτική βοήθεια ενώ άλλοι όχι. Έχει παρατηρηθεί όμως ότι είναι πιο δεκτικοί σε οποιαδήποτε βοήθεια μετά από 24-72 ώρες από την εισαγωγή τους, διότι βρίσκονται σε μια πιο σταθερή ψυχική κατάσταση. Σε κάθε περίπτωση είτε πρόκειται για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, είτε για φροντίδα του ασθενή στο σπίτι, η ψυχοθεραπεία είναι απαραίτητη τόσο για τον ασθενή όσο και για την οικογένεια τους (Μάνος 1997).

Οι τρόποι της ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης των εφήβων που έχουν τάσεις αυτοκτονίας, αποτελούν αντικείμενο συνεχών συζητήσεων. Ωστόσο ορισμένοι γενικοί κανόνες θεωρούνται έγκυροι, ανεξάρτητα από τη χρησιμοποιούμενη τεχνική. Έτσι η εδραίωση μιας θετικής σχέσης επιβάλλεται ως προκαταρκτική αρχή για κάθε ψυχολογική αγωγή. Γνωρίζοντας ότι η αποτελεσματικότητά του θεραπευτή εξαρτάται από τη ζεστασιά του, από την ικανότητά του, από την κατανόηση και το ενεργό ενδιαφέρον που δείχνει. Αλλά η ψυχική σύγκρουση με την οποία βιώνει ο έφηβος την εξάρτηση αντιτίθεται στη δέσμευσή του μέσα στη σχέση (ο.π)

Απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχία της θεραπείας, είναι η ξεκαθαρισμένη και θεληματική συμμετοχή του εφήβου, σε μία κατανοητή θεραπεία, που θεωρεί χρήσιμη. Οι στηριζόμενες στη συμπεριφορά ψυχοθεραπείες προτείνει ένα ποικίλο παιχνίδι συμπληρωματικών τεχνικών, οι οποίες επιτρέπουν την εφαρμογή μιας θεραπείας, προσαρμοσμένης στην κάθε περίπτωση. Η νοητική και συμπεριφοριστική προσέγγιση, διαθέτει αιτιολογικές θεραπείες, ανεξάρτητα από το εάν αντιλαμβανόμαστε την αυτοκτονία σφαιρικά, σαν έλλειμμα της κοινωνικής συνοχής. 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 (Μάνος 1997).

Η εκπαίδευση στην επίλυση των προβλημάτων έρχεται να καλύψει μια συχνή ανεπάρκεια των εφήβων που έχουν τάσεις αυτοκτονίας. Η συνήθης τεχνική λειτουργεί σε πέντε στάδια: καθορισμός του προβλήματος, απαρίθμηση και αξιολόγηση των εναλλακτικών λύσεων, αποφάσεις και σχέδιο δράσης. 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 (ό. π.).

Οι αναλυτικές ψυχοθεραπείες: αντίθετα από τις στηριζόμενες στη συμπεριφορά ψυχοθεραπείες, όπου προέχουν οι μέθοδοι εκμάθησης, στις δυναμικές ψυχοθεραπείες, η προσωπικότητα του θεραπευτή, αποτελεί το βασικό όργανο της αγωγής. Ο θεραπευτής γρήγορα θα έρθει αντιμέτωπος με θετικές και αρνητικές έντονες μεταβιβαστικές αντιδράσεις των οποίων θα πρέπει να προβλέψει τις ολέθριες συνέπειες και να οργανώσει την τεχνική ώστε να τις ελέγξει. Είναι φανερό ότι δεν μπορούμε να συστηματοποιήσουμε υπερβολικά τη θεραπευτική τακτική, η οποία πρέπει να προσαρμόζεται σε κάθε περίπτωση. Έτσι προκύπτουν δυο βασικές εναλλακτικές λύσεις : ή η αναλυτική ψυχοθεραπεία δεν είναι παρά ένα στήριγμα σε ένα μεγάλο εξατομικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα ή αποτελεί τη μόνη θεραπευτική μέθοδο που εφαρμόζεται στον έφηβο (Μάνος 1997).

Ο θεραπευτής έχει καθοριστικό ρόλο στη πορεία εξέλιξης του ασθενούς. Όπως αναφέρει ο Τσιαντής (1993) ο ασθενής χρειάζεται να γνωρίζει ότι μπορεί να βασιστεί στη βοήθεια του θεραπευτή και να νιώθει σίγουρος ότι θα έχει αυτή τη συναισθηματική παροχή και υποστήριξη για όσο χρονικό διάστημα την έχει ανάγκη. Στη περίπτωση της θεραπείας με εφήβους, χρήζει ιδιαίτερης προσοχής καθώς το δέσιμο με τον θεραπευτή είναι πιο ισχυρό και ίσως η σχέση τους λειτουργήσει καθοριστικά.

Στο συγκεκριμένο παράδειγμα δε συνίσταται ως θεραπεία η εισαγωγή σε ειδικές κλινικές ή η χορήγηση φαρμάκων και ηλεκτροθεραπεία. Σε περιστατικά όπου η νοσηλεία για τους εφήβους είναι απαραίτητη οι συνεδρίες με το κλινικό είναι υποχρεωτικές και αναπόφευκτες καθώς υπάρχει μεγάλος κίνδυνος μόλις αναρρώσουν από άποψη ιατρικής νοσηλείας, να πετύχουν μια απόπειρα αυτοκτονίας. Για τη θεραπεία του εφήβου, η ψυχοθεραπεία με το περιβάλλον του είναι απαραίτητη καθώς μια απλή συχνή ενημέρωση από τον ειδικό δεν είναι αρκετή (ό. π.).

Ένα άλλος είδος θεραπείας είναι η *στηριζόμενη στη συμπεριφορά ψυχοθεραπεία*. Στη περίπτωση αυτή ο ειδικός δίνει ιδιαίτερη εντύπωση στην επικοινωνία. Μέσω της συγκεκριμένης θεραπείας το άτομο που έχει τάσεις αυτοκτονίας ευνοείται η κοινωνικότητά του και μετριάζεται η παρορμητικότητα του (Τσιαντής 1993).

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας η αποτελεσματικότητα είναι φανερή και μέσω της εναλλαγής ρόλων πετυχαίνει συχνά η ένταξη του ασθενή σε ομάδα. Στόχος αυτής της μεθόδου θεραπείας είναι να κατανοήσει ο ασθενής πότε οι σκέψεις του είναι δυσλειτουργικές και να τις αντικαθιστά με πιο ευχάριστους συλλογισμούς, χωρίς να παρέμβει ο ψυχοθεραπευτής σε αυτό, αλλά το άτομο να προσπαθήσει μόνο του (Τσιαντής 1993).

Στην αντίθετη πλευρά υπάρχουν οι αναλυτικές ψυχοθεραπείες στις οποίες σημαντικό ρόλο παίζει η προσωπικότητα του θεραπευτή. Μέσω της συνέντευξης, ο ψυχοθεραπευτής προσπαθεί να κατανοήσει και να προβλέψει τα συναισθήματα και τις αντιδράσεις του ασθενή σε καθετί που συζητούν. Το πιο δύσκολο κομμάτι της συγκεκριμένης θεραπείας είναι η αρνητική μεταβίβαση η οποία πρέπει να αποφευχθεί με κάθε τρόπο και να αντικατασταθεί με τη θετική μεταβίβαση. Αρκετοί υποστηρίζουν πως η συγκεκριμένη θεραπεία βοηθά το άτομο με τάσεις αυτοκτονίας και κυρίως τους εφήβους (Τσιαντής 1993).

Κάθε ψυχοθεραπεία όμως με τον ασθενή ατομικά πρέπει να ελίσσεται προκειμένου να συσχετισθεί και με τη θεραπεία στην οικογένεια. Ο Morton (1970), αναφέρει πως οι ψυχοθεραπευτικές τεχνικές παρέμβασης, πρέπει να προσαρμόζονται ανάλογα σε κάθε περίπτωση και να χρησιμοποιούνται με το σωστό τρόπο από το θεραπευτή (ό. π.).

Οι τεχνικές επίλυσης προβλήματος, είναι μια παρέμβαση γνωσιακού-συμπεριφορικού τύπου, στην οποία ασθενής και θεραπευτής δουλεύουν από κοινού στην διερεύνηση καταστάσεων, οι οποίες χρήζουν την εφαρμογή στρατηγικών επίλυσης. Πρόκειται για μεθόδους εκπαίδευσης ή εκμάθησης μιας κοινωνικής δεξιότητας και σύμφωνα με τον Morton (1970 στο Τσιαντής 1993), περιλαμβάνει διάφορα στάδια:

Το πρώτο στάδιο αναφέρεται στον γενικό προσανατολισμό κατά τον οποίο ο θεραπευτής προσπαθεί να εντοπίσει την φιλοσοφία του ατόμου, τις στάσεις του και τα αντίστοιχα σχήματα αναφορικά με το πως βλέπει τα προβλήματα ζωής και τις διάφορες προβληματικές καταστάσεις. Στο επόμενο στάδιο, θεραπευτής και ασθενής

συγκεντρώνουν αρκετές πληροφορίες έτσι ώστε από την αφηρημένη περιγραφή μιας κατάστασης που θεωρείται προβληματική, να οριστεί το πρόβλημα με όρους πρακτικούς και επιδεχόμενους έλεγχο. Στο τρίτο στάδιο, ο ασθενής ενθαρρύνεται να βρει όσες πιο πολλές εναλλακτικές λύσεις μπορεί, αρκεί οι προτάσεις να είναι όσο το δυνατόν πιο σχετικές και συγκεκριμένες. Στο τέταρτο στάδιο, γίνεται εκτίμηση των συνεπειών της κάθε λύσης, εφαρμόζεται δηλαδή η τεχνική πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων για κάθε εναλλακτική και λαμβάνεται μια λύση. Τέλος, εφαρμόζεται η επιλεγείσα λύση και γίνεται επαλήθευση των συνεπειών και παραλείψεων (Τσιαντής 1993).

Σε αρκετές μελέτες δεν έχει βρεθεί αποτελεσματικότητα της μεθόδου στην πρόληψη της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς ακόμα και ένα χρόνο μετά (Μαλογιάννης 2008). Υπάρχουν όμως έρευνες στις οποίες έχει βρεθεί αποτελεσματικότητα σε follow-up έξι μηνών, μια εκ των οποίων αποτελούνταν από δείγμα 20 ατόμων, ένα μικρό δείγμα, που συνήθως μπορεί να βγάλει σημαντικά θεραπευτικά αποτελέσματα (ό. π.).

Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία στην αυτοκτονία περιλαμβάνει παρεμβάσεις για την άμεση επίλυση προβλημάτων, καθώς οι περισσότεροι που κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας ωθούνται σε μια τέτοια πράξη από κάποιο στρεσογόνο γεγονός, το οποίο συνήθως περιλαμβάνει κάποιου είδους απώλεια, όπως είναι ο χωρισμός από μια σχέση, κάποια σωματική νόσος, η ανεργία. Εκτός από την ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών επίλυσης προβλημάτων, χρησιμοποιούνται και άλλες σημαντικές παρεμβάσεις όπως συμπεριφορικές στρατηγικές που εστιάζονται στην βελτίωση των κοινωνικών σχέσεων και του κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου του ατόμου, την βελτίωση της συνεργασίας και της συμμόρφωσης με τις τοπικές βοηθητικές υπηρεσίες (Τσιαντής 1993).

Έχει χρησιμοποιηθεί η βραχείας διάρκειας ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία σε ασθενείς με φαρμακευτική δηλητηρίαση, η οποία έχει ως στόχο κυρίως την αναγνώριση και βοήθεια επίλυσης διαπροσωπικών προβλημάτων. Η θεραπεία αυτή εστιάζεται στα διαπροσωπικά αυτά προβλήματα, τα οποία συνεισφέρουν στην ψυχολογική δυσφορία, την οποία μπορεί κάποιος να βιώνει και έχει αναπτυχθεί από τον Hobson το 1985. Η θεραπεία αποτελείται από τέσσερις συνεδρίες και εφαρμόζονται από ειδικά εκπαιδευμένες νοσηλεύτριες. Σε έρευνα έχει βρεθεί ότι οι ασθενείς που λαμβάνουν την συγκεκριμένη μέθοδο θεραπείας είχαν σημαντικά

χαμηλότερα ποσοστά να βλάψουν τον εαυτό τους σε διάρκεια έξι μηνών (follow-up), σε σύγκριση με την συνηθισμένη θεραπεία (ό. π.).

Φαρμακοθεραπεία

Στο 90% των αυτοκτονιών εντοπίζεται κάποιου είδους ψυχική διαταραχή, ενώ το 80% αυτών των περιπτώσεων δεν αντιμετωπίζονται θεραπευτικά την περίοδο της αυτοκτονίας (Τσιαντής και συν. 1993).

Στη περίπτωση μιας νόσου σχιζοφρένειας ή γενικότερα μιας συναισθηματικής διαταραχής χορηγούνται εντατικά αντικαταθλιπτικά και νευροληπτικά φάρμακα. Στις περιπτώσεις που οι εμμονές για αυτοκτονία γίνονται ολοένα και πιο συχνές χορηγείται στον ασθενή βενζοδιαζεπίνη, η οποία απλώς καθυστερεί την εμμονή και δίνει λίγο παραπάνω χρόνο στον ασθενή (ό. π.).

Πολλές αντιδράσεις σημειώνονται στις περιπτώσεις χορήγησης αντικαταθλιπτικών φαρμάκων στους εφήβους, καθώς κάτι τέτοιο δίνει την εντύπωση στα παιδιά ότι είναι άρρωστα. Ως επακόλουθο, οι γονείς αποδέχονται την αδυναμία των παιδιών τους και μένουν αδρανείς (Τσιαντής και συν. 1993).

Όπως είναι φυσικό η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να συμβαδίζει με τη ψυχοθεραπεία γιατί μόνο με αγωγή, δε δημιουργείται κανένα θετικό αποτέλεσμα αντιθέτως ο ασθενής εθίζεται και οδηγείται σε χρόνια κατάθλιψη (ό. π.).

Υπάρχουν πολλά είδη αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Ο μηχανισμός με τον οποίο λειτουργούν διαφέρει από φάρμακο σε φάρμακο, αλλά σε γενικές γραμμές τα αντικαταθλιπτικά επαναφέρουν την ισορροπία των νευρομεταβιβαστών στον εγκέφαλο. Τα περισσότερα φάρμακα ενεργούν είτε στην νοραδρεναλίνη, είτε στην σεροτονίνη είτε και στα δύο αυτά συστήματα νευρομεταβιβαστών (Τσιαντής και συν. 1993).

Είναι δουλειά του γιατρού να επιλέξει το φάρμακο που πιστεύει ότι είναι καλύτερο για κάθε ατομική περίπτωση. Παρόλα αυτά, μερικές φορές κάποιο φάρμακο δεν έχει αποτέλεσμα και χρειάζεται να γίνει αλλαγή με κάποιο άλλο. Παρότι η αντικαταθλιπτική θεραπεία είναι εξαιρετικά αποτελεσματική, δεν μπορούμε από πριν να είμαστε σίγουροι ότι ένα φάρμακο θα λειτουργήσει σε ένα συγκεκριμένο ασθενή ή αν θα χρειαστεί και η δοκιμή κάποιου άλλου (Τσιαντής και συν. 1993).

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα ανάλογα με τον χημικό τους τύπο και τον μηχανισμό δράσης τους χωρίζονται στις εξής κύριες κατηγορίες :

1. Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (π.χ., Anafranil,) και τα παρόμοια ετεροκυκλικά (π.χ. Ludiomil)
2. Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (π.χ. Auorix)
3. Εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (π.χ. Ladose, Seropram, Seroxat κ.λ.π)

Υπάρχουν και πολλά άλλα φάρμακα που δεν ανήκουν σε κάποια από αυτές τις κατηγορίες. Σήμερα κυκλοφορεί ένας μεγάλος αριθμός αντικαταθλιπτικών φαρμάκων με παρόμοια αποτελεσματικότητα αλλά διαφορετικό προφίλ ανεπιθύμητων παρενεργειών. Έτσι ο γιατρός μπορεί να βρει εκείνο το φάρμακο που μπορεί να ταιριάζει περισσότερο στον κάθε ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη του τον τύπο της κατάθλιψης, την ηλικία του ασθενή, την συνύπαρξη άλλων νοσημάτων, πιθανές προηγηθείσες θεραπείες κ.λ.π. (Τσιαντής και συν. 1993).

Όλα τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρειάζονται περίπου 3-4 εβδομάδες για να λειτουργήσουν. Αυτό σημαίνει ότι για να έχει κανείς αποτέλεσμα πρέπει να τα πάρει τουλάχιστον για ένα μήνα. Τα φάρμακα λοιπόν αυτά δεν συνιστώνται για περιστασιακή χρήση, αλλά μόνο στα πλαίσια μίας οργανωμένης θεραπείας (ο.π)

Πολλοί άνθρωποι πιστεύουν ότι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν εξάρτηση, δηλαδή να τα συνηθίσει ο οργανισμός με τον τρόπο που συνηθίζει τα ναρκωτικά. Αυτό στην πραγματικότητα δεν ισχύει : τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα δεν προκαλούν εξάρτηση. Τα μόνα φάρμακα που μπορεί να προκαλέσουν εξάρτηση και δρουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα είναι οι βενζοδιαζεπίνες (τα γνωστά ηρεμιστικά-αγχολυτικά, όπως το Tavor, Stedon, Tranxene, Xanax κ.λ.π) όταν παίρνονται για μεγάλο χρονικό διάστημα και χωρίς τις οδηγίες γιατρού. Και σ'αυτές όμως τις περιπτώσεις η διακοπή των φαρμάκων είναι συνήθως εφικτή κάτω από τις οδηγίες του ειδικού. Οι βενζοδιαζεπίνες δεν κάνουν για την κατάθλιψη, μπορεί μόνο να ωφελήσουν για την βραχυχρόνια αντιμετώπιση του άγχους και γι'αυτό μερικές φορές συνδυάζονται με αντικαταθλιπτικά για μικρό χρονικό διάστημα (Durkheim 1980)

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα δεν είναι ηρεμιστικά. Για τα ηρεμιστικά ισχύουν αυτά που αναφέρθηκαν πιο πάνω για τις βενζοδιαζεπίνες. Τα αντικαταθλιπτικά δεν αλλοιώνουν την προσωπικότητα του ατόμου. Στην πραγματικότητα οι μόνες ουσίες που μπορεί να το πετύχουν αυτό (εάν διευρύνουμε λίγο το μήνυμα της έννοιας αλλοίωση) είναι το αλκοόλ σε μεγάλη και παρατεταμένη χρήση και οι άλλες ναρκωτικές ουσίες (Τσιαντής και συν. 1993).

Οι παρενέργειες που μπορεί να προκαλέσουν τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι συνήθως ήπιες, σπάνια επιβάλλουν τη διακοπή της θεραπείας και στις περισσότερες περιπτώσεις εξαφανίζονται μετά από λίγες ημέρες χρήσης του φαρμάκου. Οι πιο συνηθισμένες παρενέργειες είναι : Ναυτία και άλλες διαταραχές από το γαστρεντερικό, αίσθημα ζάλης, ξηροστομία, προβλήματα κατά την ούρηση κ.α. Μερικά αντικαταθλιπτικά μπορεί να προκαλέσουν ελαφριά υπνηλία και γι'αυτό είναι καλύτερα να παίρνονται το βράδυ πριν τον ύπνο. Άλλα, απεναντίας μπορεί να προκαλούν αυξημένη κινητοποίηση και έτσι είναι καλύτερα να παίρνονται το πρωί (ο.π)

Οι περισσότεροι άνθρωποι με κατάθλιψη θεραπεύονται ως εξωτερικοί ασθενείς. Μερικές όμως φορές μπορεί να χρειαστεί νοσηλεία. Μερικοί απο τους λόγους είναι οι εξής:

1. Υπάρχουν έντονες ιδέες αυτοκτονίας και γενικά ο κίνδυνος για αυτοκτονία είναι πολύ αυξημένος (π.χ., ήδη ο ασθενής έχει κάνει μια αποτυχημένη απόπειρα)
2. Συνυπάρχουν άλλες ιατρικές καταστάσεις που απαιτούν παρακολούθηση σε νοσοκομείο
3. Χρειάζεται να γίνει ρύθμιση της αντικαταθλιπτικής θεραπείας (π.χ., ο ασθενής παίρνει θεραπεία αλλά μετά από εύλογο διάστημα δεν έχει αποτέλεσμα
4. Χρειάζεται να γίνει θεραπεία που μπορεί να χορηγηθεί μόνο στο νοσοκομείο (π.χ., ηλεκτροσπασμοθεραπεία) (Durkheim 1980).

Συνήθως οι περισσότεροι ασθενείς νοσηλεύονται για λίγες ημέρες ή εβδομάδες. Πολλοί άνθρωποι πιστεύουν ότι μπορούν να τα καταφέρουν μόνοι τους να αντιμετωπίσουν την κατάθλιψη από την οποία πάσχουν. Αυτό είναι αλήθεια ότι μπορεί να συμβεί. Διάφορες εργασίες έχουν δείξει ότι ένα επεισόδιο σοβαρής κατάθλιψης μπορεί να περάσει μόνο του μέσα σε 12 μήνες. Ωστόσο, πρέπει κανείς να γνωρίζει τα εξής :

1. Η φαρμακευτική θεραπεία μπορεί να φέρει σημαντική βελτίωση από τον πρώτο μήνα.
2. Η θεραπεία νωρίς μπορεί να προλάβει την κατάθλιψη από το να γίνει σοβαρή ή χρόνια.
3. Ο κίνδυνος για αυτοκτονία είναι μεγαλύτερος στους ανθρώπους που δεν παίρνουν θεραπεία. Με την θεραπεία οι ιδέες αυτοκτονίας εξαφανίζονται γρήγορα.
4. Η θεραπεία μπορεί να προλάβει νέα επεισόδια κατάθλιψης. Χωρίς θεραπεία η πιθανότητα να πάθει κανείς δεύτερο επεισόδιο κατάθλιψης είναι 50% εάν ήδη έχει

ένα επεισόδιο στο ιστορικό του. Εάν ήδη έχει πάθει δύο επεισόδια η πιθανότητα να πάθει και τρίτο είναι ακόμη μεγαλύτερη , ενώ από τρία επεισόδια και επάνω η πιθανότητα ξεπερνάει το 90%. Με την θεραπεία η εικόνα αυτή αλλάζει δραματικά (Durkheim 1980).

Συνοψίζοντας, στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάστηκαν οι μύθοι και οι θεωρίες σχετικά με την αυτοκτονία, ενώ παράλληλα αναλύθηκαν σημαντικά θέματα όπως είναι αυτό της πρόληψης, της διάγνωσης και της θεραπείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV: Συσχετισμός της αυτοκτονίας με άλλες έννοιες

4.1 Κατάθλιψη και αυτοκτονία

Η κατάθλιψη, όπως προαναφέρθηκε, αποτελεί έναν σημαντικό συσχετιζόμενο παράγοντα με το φαινόμενο της αυτοκτονίας. Αν και η συνεξάρτηση είναι έντονα θετική, αυτή αφορά περισσότερο τον αυτοκτονικό ιδεασμό, παρά την πραγματοποίηση της απόπειρας. Παρόλα αυτά, η επικινδυνότητα για αυτοκτονία είναι πάντοτε υπαρκτή, και καθώς η κατάθλιψη αποτελεί μία συχνή πάθηση στην εποχή μας, θεωρείται σκόπιμο να αναφερθούν κάποια από τα βασικά χαρακτηριστικά της.

Ορισμός

«Η κατάθλιψη είναι μία από τις πιο συνηθισμένες ψυχικές ασθένειες της εποχής μας και σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας επηρεάζει εκατομμύρια ανθρώπων στον κόσμο. Για πρώτη φορά αναγνωρίστηκε ως διαταραχή πριν από 2.400 χρόνια από το διάσημο αρχαίο Έλληνα γιατρό Ιπποκράτη, ο οποίος την αποκαλούσε μελαγχολία» (Gilbert 1999:39)

Ανεξάρτητα από την κοινωνική θέση και τον πλούτο μερικές φορές ,όταν προκύπτει μια παρατεταμένη δυσκολία, μια μακρά περίοδος άγχους ή μία μεγάλη απογοήτευση, όλοι μας είναι δυνατόν να πέσουμε σιγά-σιγά στην κατάσταση της κατάθλιψης. Σύμφωνα με μαρτυρίες, πολλές ήταν οι διάσημες προσωπικότητες από το παρελθόν που έπασχαν από κατάθλιψη. Ο βασιλιάς Σολομώντας, ο Αβραάμ Λίνκολν, ο Ουίνστον Τσόρτσιλ, ο Γιαν Σιμπέλιους είναι μερικά παραδείγματα (Gilbert 1999).

Παρά το γεγονός ότι η κατάθλιψη αποτελεί πλέον πολύ κοινή πάθηση, είναι δύσκολο να ορισθεί με ακρίβεια. Η λέξη προέρχεται από τη σύνθεση των λέξεων «κατά» και «θλίψις». Το κατά σημαίνει προς τα κάτω, ενάντια. Η θλίψις σημαίνει σύνθλιψη, πίεση. Θλίβω σημαίνει πιέζω, συμπιέζω, καταπιέζω, σπάζω. Ακόμη οι επιστήμονες δεν έχουν καταλήξει στο αν πρόκειται για ένα βιολογικό ή για ένα ψυχολογικό φαινόμενο. Υπάρχει όμως ένα κοινό συμπέρασμα. Η κατάθλιψη μπορεί να συμβεί στον καθένα μας. Μπορεί να πάρει τη μορφή μιας παροδικής θλίψης μέχρι και την εμφάνιση της βαριάς κατάθλιψης (Gilbert 1999).

Σε γενικές γραμμές, η κατάθλιψη θα μπορούσε να οριστεί ως μία ασθένεια που επηρεάζει την ψυχική υγεία του ατόμου. Χαρακτηρίζεται από ένα μείγμα συναισθημάτων, σκέψεων και συμπεριφορών, τα οποία διαχωρίζονται αυστηρώς από τα καθημερινά συναισθήματα και λειτουργίες. Η κατάθλιψη είναι πολύ πιο έντονη από την απλή λύπη, πολλές φορές δημιουργεί αισθήματα αδιαφορίας, αναξιοσύνης, απάθειας, έλλειψη ευχαρίστησης από καθημερινές δραστηριότητες και οξυθυμία σε υπερβολικό επίπεδο. Παράλληλα δυσκολεύει απλές καθημερινές λειτουργίες του ατόμου όπως τον ύπνο, τη διατροφή και τη σκέψη. Τα πιο πολλά επεισόδια κατάθλιψης παρουσιάζονται έπειτα από ένα δυσάρεστο γεγονός της ζωής, και έως ένα βαθμό είναι φυσιολογικό επακόλουθο της απώλειας ενός αγαπημένου προσώπου ή μίας μεγάλης απογοήτευσης στο οικογενειακό περιβάλλον ή στην εργασία. (Λιάκος 1995).

Αντίστοιχα στην παιδική και εφηβική ηλικία η κατάθλιψη εκδηλώνεται με τον ίδιο τρόπο. Η κατάθλιψη στην παιδική ηλικία περιγράφηκε σαν ένα είδος ψυχονευρωτικής πάθησης η οποία εκδηλώνεται με διαταραχές στο φαγητό, στον ύπνο καθώς και εμφάνιση υπερδραστηριότητας. Εμφανίζεται ως επακόλουθο κάποιας πραγματικής ή συμβολικής απώλειας και προκαλεί έντονα προβλήματα στην προσωπικότητα όπως μείωση της αυτοεκτίμησης, ενοχή και δυσθυμία. (Τσιάντης και Μανωλόπουλος 1988).

Αίτια

Η αιτιολογία της κατάθλιψης στηρίζεται στις εξής θεωρητικές προσεγγίσεις: α) γενετικές και βιολογικές θεωρίες, β) γνωσιακές θεωρίες, γ) τις θεωρίες των διαπροσωπικών σχέσεων.

Ειδικότερα:

Α) Γενετικές και βιολογικές θεωρίες

Σύμφωνα με μελέτες, τα παιδιά των οποίων οι γονείς έπασχαν ή πάσχουν από κάποια διαταραχή της διάθεσης έχουν δύο ή τρεις φορές πιθανότητα να αναπτύξουν τα ίδια τη διαταραχή της κατάθλιψης. Επίσης τα παιδιά των οποίων οι γονείς είχαν αναπτύξει τη διαταραχή της κατάθλιψης στην παιδική τους ηλικία, έχουν δεκατέσσερις φορές πιθανότητα να αναπτύξουν τα ίδια τη διαταραχή της κατάθλιψης μέχρι και τα δεκατρία τους χρόνια (Σικελιανού 2010).

Έρευνες που έχουν διεξαχθεί πάνω σε οικογένειες διδύμων και υιοθετημένων παιδιών έχουν δείξει ότι αυτό που κληρονομείται είναι μια έντονη προδιάθεση στο άγχος και στην κατάθλιψη, ενώ το εάν θα αναπτυχθεί η διαταραχή ή όχι εξαρτάται καθαρά από το οικογενειακό περιβάλλον και την ύπαρξη περιβαλλοντικών αγγογόνων παραγόντων (Σικελιανού 2010).

Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες μέσα στην οικογένεια οι οποίοι μπορούν να συμβάλλουν στο να αναπτυχθεί από το παιδί η διαταραχή της κατάθλιψης, συχνά είναι: οι αρνητικές αλληλεπιδράσεις του παιδιού με τον καταθλιπτικό γονέα, η κοινωνική απομόνωση την οποία το παιδί αναγκάζεται να βιώνει λόγω του καταθλιπτικού γονέα καθώς επίσης οι δυσμενείς συνθήκες διαβίωσης στις οποίες περιλαμβάνονται οι κακές σχέσεις μεταξύ των γονέων και το διαζύγιο.(ο.π)

Σχετικά με τους βιολογικούς παράγοντες, οι έρευνες εστιάζουν στη διαταραχή της λειτουργίας του μεταβολισμού της νορεπινεφρίνης, της ντοπαμίνης και της σεροτονίνης. Οι νευροχημικές ανωμαλίες οι οποίες προκαλούνται από τη χρόνια έκθεση σε στρεσογόνες ψυχολογικές και κοινωνικές καταστάσεις, πιθανολογείται ότι μπορούν στην πορεία να προκαλέσουν δομικές αλλοιώσεις του εγκεφάλου αποτέλεσμα των οποίων είναι τα ελλείμματα στον κοινωνικό και γνωστικό τομέα γεγονός που οδηγεί στην εμφάνιση της διαταραχής της κατάθλιψης (Σικελιανού 2010).

B) Γνωσιακές θεωρίες:

Τα άτομα που πάσχουν από τη διαταραχή της κατάθλιψης συνηθίζουν να ερμηνεύουν με λάθος τρόπο τα γεγονότα ζωής, αιτία του οποίου είναι ο λανθασμένος τρόπος ερμηνείας του εαυτού τους, του περιβάλλοντός τους και των ατόμων γύρω τους, γεγονός που οδηγεί αυτόματα το άτομο στις αρνητικές σκέψεις. Τα γνωστικά προβλήματα των ατόμων με κατάθλιψη είναι τα παρακάτω: α) επικεντρώνονται επιλεκτικά στα αρνητικά ερεθίσματα και αυτός είναι ο λόγος που επεξεργάζονται με λάθος τρόπο τις πληροφορίες που λαμβάνουν από το περιβάλλον τους. β) η εικόνα που έχουν για τον εαυτό τους περιγράφεται με τις έννοιες: αναξιότητα, ανικανότητα, έλλειψη ελπίδας και γενικότερα αντιλαμβάνονται μόνο τις αρνητικές πλευρές του κόσμου στον οποίο ζουν. γ) αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην αυτοπαρατήρηση, την αυτοαξιολόγηση και την αυτοενίσχυση με αποτέλεσμα να ασκούν πολύ οδυνηρή και αρνητική αυτοκριτική.(ο.π)

Γ) Θεωρίες των διαπροσωπικών σχέσεων

Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, η κατάθλιψη αποτελεί το μέσο άμυνας του ατόμου απέναντι στις δυσκολίες που αντιμετωπίζει κυρίως μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον. Αποτελεί μια κίνηση αντιδραστικότητας η οποία όμως καταλήγει σε έναν φαύλο κύκλο όπου οι δυσκολίες ζωής προκαλούν την κατάθλιψη και η κατάθλιψη με τη σειρά της δημιουργεί προβλήματα στη ζωή του ατόμου. Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεωρία η κατάθλιψη προκαλείται από την αντικειμενική ή υποκειμενική απώλεια του αγαπημένου προσώπου προς το οποίο το άτομο τρέφει αμφιθυμικά συναισθήματα. Ενώ η θεωρία του δεσμού υποστηρίζει ότι κύρια αιτία εμφάνισης της κατάθλιψης είναι ο αποχωρισμός του παιδιού από τον έναν ή και τους δύο γονείς του. Ο αποχωρισμός του παιδιού από το γονέα ανάγεται στην πραγματική απώλεια λόγω θανάτου ή φυγής είτε στην ελλιπή συναισθηματική διαθεσιμότητα του γονέα με σκοπό να καλύπτει τις συναισθηματικές ανάγκες του παιδιού. Ο ανασφαλής αυτός δεσμός έχει ως επακόλουθο το παιδί να δημιουργεί ενοχές στον εαυτό του και να τον θεωρεί υπεύθυνο για την ελλιπή συναισθηματική του κάλυψη, δημιουργώντας την πεποίθηση ότι δεν είναι άξιο αποδοχής της. καταλήγοντας λοιπόν στην αρχική σκέψη της προσέγγισης το παιδί επιλέγει ως μηχανισμό άμυνας την κατάθλιψη (Σικελιανού 2010).

Δ) Περιβαλλοντικές θεωρίες

Η διαταραχή της κατάθλιψης ως προς την αιτιολογία της εμφάνισής της, έχει άμεση σχέση με την παρουσία αρνητικών και συνταρακτικών γεγονότων στη ζωή του ανθρώπου, όπως είναι ο θάνατος ενός ή και των δύο γονέων, το διαζύγιο, η αλλαγή οικίας, η αλλαγή σχολείου και άλλα, τα οποία σε συνδυασμό με την έλλειψη κοινωνικής και οικογενειακής υποστήριξης μπορούν να οδηγήσουν το άτομο στην κατάθλιψη. Οι νεότερες θεωρίες μάλιστα υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη προκύπτει από την αλληλεπίδραση του άγχους το οποίο προκαλείται στο άτομο από τους εξωγενείς παράγοντες, με το βαθμό ευαισθησίας και αντοχής του ατόμου. (Κοναcs 1997, στο Σικελιανού 2010). Υποστηρίζεται επίσης ότι τα άτομα τα οποία έχουν προδιάθεση στο να εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης, υποσυνείδητα λειτουργούν με τέτοιο τρόπο στη καθημερινότητά τους ώστε να προκαλούν τις αρνητικά γεγονότα στη ζωή τους. (Hammen 1991, στο Σικελιανού 2010).

Συμπτώματα

Η κατάθλιψη δεν εμφανίζεται σε όλους τους ασθενείς με τα ίδια συμπτώματα. Άλλοι ασθενείς είναι θλιμμένοι, απελπισμένοι, απογοητευμένοι και κατακλύζονται από τύψεις και ενοχές, άλλοι γκρινιάζουν διαρκώς, άλλοι παραπονιούνται για πλήθος σωματικών ενοχλήσεων. Μερικές φορές, η διαταραχή εισβάλλει με ενοχλήσεις που αφορούν στη σωματική κυρίως κατάσταση παραπλανώντας τους μη ειδικούς ιατρούς. Φυσικά, όλα τα συμπτώματα δεν πρέπει απαραίτητα να είναι παρόντα για να διαγνωστεί η διαταραχή της κατάθλιψης. Σε σχέση με την κλινική κατάσταση του ασθενούς όλα εξαρτώνται από την ένταση, τη σοβαρότητα και τη διάρκειά τους. Σύμφωνα με τον Μάνο 1997, τα συμπτώματα που εμφανίζονται επιγραμματικά είναι τα εξής :

Συναισθηματικός τομέας: Το καταθλιπτικό συναίσθημα, έντονο και ανεξέλεγκτο άγχος και η ανηδονία.

Γνωστικός τομέας: Έλλειψη ελπίδας, αρνητικές σκέψεις, απόπειρες αυτοκτονίας, σκέψεις αναξιοσύνης και αυτομομφής, ενοχές χωρίς λόγο, χαμηλή αυτοεκτίμηση, δυσκολία στη συγκέντρωση, ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες.

Ψυχοκοινωνικός τομέας: Απώλεια ενδιαφέροντος για όλα και κοινωνική απομόνωση.

Ψυχοκινητικός τομέας: Ψυχοκινητική διέγερση ή και ψυχοκινητική επιβράδυνση.

Βιοσωματικός τομέας: Αϋπνία ή υπερυπνία, απώλεια της όρεξης ή αύξηση της όρεξης, απώλεια βάρους ή αύξηση βάρους, κόπωση, εξάντληση, μειωμένη σεξουαλική δραστηριότητα και σωματικές ενοχλήσεις.

Μορφές

Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθούν επιγραμματικά τα είδη της κατάθλιψης και το ποσοστό επικινδυνότητάς τους για το άτομο που πάσχει από τη διαταραχή αυτή σύμφωνα με το DSM-IV (στο Μάνος 1997):

- **Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή.** Είναι μία αρκετά σοβαρή ψυχιατρική διαταραχή που μπορεί να οδηγήσει τα άτομα σε αυτοκτονία. Έρευνες δείχνουν ότι το 15 % των πασχόντων πεθαίνει αυτοκτονώντας. Η διαταραχή αυτή χωρίζεται σε ελαφριά, μέτρια και σοβαρή, χωρίς όμως ψυχωτικά στοιχεία και διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία του ατόμου που πάσχει από αυτή. Στην παιδική ηλικία εμφανίζεται με συμπτώματα ελλειμματικής προσοχής, υπερκινητικότητας και συμπτώματα άγχους. Στην εφηβική ηλικία έχουμε τα παραπάνω και επιπροσθέτως χρήση ουσιών, αρνητική και αντικοινωνική συμπεριφορά, τάσεις φυγής, αισθήματα έλλειψης κατανόησης, παραμελημένη εμφάνιση, ευαισθησία στην απόρριψη από το άλλο φύλο, προβλήματα στο σχολείο. Στην γεροντική ηλικία υπάρχει κυρίως η δυσκολία της συγκέντρωσης και της απώλειας της μνήμης (Μάνος 1997).
- **Δυσθυμική Διαταραχή:** Πρόκειται για μια χρόνια καταθλιπτική διάθεση, από την οποία το άτομο κυριεύεται το μεγαλύτερο μέρος της μέρας, τις περισσότερες μέρες της ζωής του για τουλάχιστον 2 χρόνια. Η πορεία της είναι μακροχρόνια και υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να οδηγήσει στη συνέχεια στη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Τα παιδιά και οι έφηβοι σε αυτή τη φάση είναι υπερευαίσθητα, με καταθλιπτική διάθεση και χαμηλή αυτοεκτίμηση, απαισιοδοξία, κοινωνικά απομονωμένα. Είναι πιο συχνή στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή. Εντοπίζεται και στα δύο φύλα. Ο κίνδυνος για αυτοκτονία είναι μεγάλος σε αυτή τη φάση, καθώς και η πιθανότητα ο ασθενής να διαπράξει ανθρωποκτονία έχοντας αποκτήσει πλέον έναν

ψυχωτικό τρόπο σκέψης. Όταν ο κλινικός αναγνωρίσει τέτοιες ενδείξεις, ο ασθενής επιδέχεται θεραπεία επείγουσας κατάστασης το οποίο μεταφράζεται οπωσδήποτε αρχικά σε νοσηλεία του ασθενούς (Μάνος 1997).

- Διπολική διαταραχή I: Σύμφωνα με το DSM_IV (στο Μάνος 1997), η διπολική διαταραχή I χαρακτηρίζεται από την παρουσία ενός ή περισσότερων μανιακών ή μεικτών επεισοδίων και ένα ή περισσότερα καταθλιπτικά επεισόδια. Τα συμπτώματα που κάνουν αισθητή την παρουσία τους είναι εκείνα της μανίας: διαταραχή συναισθηματικής διάθεσης, υπερδιογκωμένη αυτοεκτίμηση, ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο, η πίεση του λόγου, η φυγή ιδεών, διάσπαση της προσοχής, αυξημένη δραστηριότητα και ανησυχία, συναισθηματική αστάθεια, οι παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις και η εμπλοκή σε δραστηριότητες με πολλές επιπτώσεις χωρίς κριτική σκέψη. Η μέση ηλικία έναρξης της διαταραχής είναι τα είκοσι χρόνια και εμφανίζεται εξίσου και στα δύο φύλα. Παράλληλα υπάρχουν και περιπτώσεις όπου η διαταραχή πιθανόν να εμφανιστεί στην περίοδο της εφηβείας ή μετά τα πενήντα έτη. Η μεγαλύτερη επιπλοκή κατά τη διάρκεια της θεραπείας είναι η αυτοκτονία.
- Διπολική διαταραχή II: Το βασικότερο χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής είναι η εμφάνιση ενός ή περισσότερων μείζονων καταθλιπτικών επεισοδίων τα οποία συνοδεύονται από τουλάχιστον ένα υπομανιακό επεισόδιο. Τα συμπτώματα της συγκεκριμένης διαταραχής είναι τα ίδια με αυτά της καταθλιπτικής διαταραχής και τα ίδια με τα συμπτώματα του υπομανιακού επεισοδίου. Γεγονός είναι ότι τα συμπτώματα αυτά δεν προκαλούν σοβαρή κοινωνική και επαγγελματική έκπτωση στον ασθενή και γενικότερα η διπολική διαταραχή II είναι ηπιότερης μορφής σε σύγκριση με τομανιακόεπεισόδιο (Μάνος 1997).
- Κυκλοθυμική διαταραχή: Το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής είναι μια χρόνια διαταραχή της διάθεσης στον ασθενή με κύριο στοιχείο τις έντονες και αντιφατικές διακυμάνσεις του συναισθήματος. Τα συμπτώματα

της διαταραχής είναι ίδια με τα υπομανιακά και τα καταθλιπτικά συμπτώματα τα οποία διαρκούν οπωσδήποτε τουλάχιστον δύο χρόνια. Στη διάρκεια αυτών των δύο ετών ο ασθενής κυριεύεται από απρόβλεπτες αλλαγές στη διάθεση. Εμφανίζεται εξίσου και στα δύο φύλα και συχνά συνυπάρχει με τις διαταραχές του ύπνου και τη χρήση ουσιών (Μάνος 1997).

- Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς: Η κατηγορία αυτή του DSM –IV περιλαμβάνει καταθλιπτικές διαταραχές που δεν πληρούν τα κριτήρια για Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, για Δυσθυμική Διαταραχή, Διαταραχή της Προσαρμογής Με Καταθλιπτική Διάθεση ή Διαταραχή της Προσαρμογής Μεικτή Με Άγχος και Καταθλιπτική Διάθεση. Παραδείγματα διαταραχών τέτοιου τύπου είναι: Η προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή (συμπτώματα κατάθλιψης πριν τον εμμηνορρυσιακό κύκλο) και η μεταψυχωτική καταθλιπτική διαταραχή της Σχιζοφρένειας (μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο κατά της διάρκεια της υπολειμματικής φάσης της Σχιζοφρένειας) (Μάνος 1997).

4.1.1 Επιδημιολογία και συσχέτιση με την αυτοκτονία

Σύμφωνα με τα στοιχεία που έχει επεξεργαστεί ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σε συνεργασία με τον ΟΗΕ, με βάση το δείκτη βαρύτητας που μετρά τη συνολική επιβάρυνση στην προσωπική επαγγελματική και κοινωνική ζωή, πέντε από τις δέκα παθήσεις με τον υψηλότερο δείκτη είναι οι ψυχικές. Η κατάθλιψη καταλαμβάνει σήμερα την τέταρτη θέση και υπολογίζεται ότι θα αναρριχηθεί στη δεύτερη θέση της κατάταξης μετά το 2020 (Μάνος 1997).

Η κατάθλιψη εμφανίζεται συχνότερα στους άγαμους, τους διαζευγμένους και τους κατοίκους αγροτικών περιοχών. Οι γυναίκες υποφέρουν από κατάθλιψη σε όλες τις χώρες του κόσμου, δύο φορές συχνότερα από τους άνδρες. Έχει διαπιστωθεί ότι στην διάρκεια της ζωής τους στο 20% των γυναικών και στο 12% των ανδρών θα

εμφανιστεί καταθλιπτικό επεισόδιο, ενώ το 10% των γυναικών και μόλις το 5,8% των ανδρών θα νοσήσουν μέσα σε ένα έτος (ό. π.).

Παρά τις βιολογικές συνιστώσες στην αιτιολογία της κατάθλιψης και τις ορμονικές διαφορές ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες, πιστεύεται ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και τα διάφορα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής (τοκετοί, ανατροφή παιδιών), στα οποία εκτίθενται οι γυναίκες, διαμορφώνουν τα ποσοστά αυτά (Μάνος 1997).

Η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, η έναρξη της όμως, τοποθετείται συνήθως στη μέση ηλικία δηλαδή γύρω στα εικοσιπέντε χρόνια. Τα τελευταία χρόνια, έχει παρατηρηθεί ότι εμφανίζεται ολοένα και συχνότερα στην εφηβική ηλικία ή την πρόωμη ενήλικη ζωή (ό. π.).

Τα άτομα τα οποία πάσχουν από τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή ιδίως την υποτροπιάζουσα πιθανόν να παρουσιάζουν επιπλοκές όπως είναι η ελαττωμένη ενέργεια, έλλειψη ενδιαφέροντος, μειωμένη απόδοση γενικότερα, δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις και στις κοινωνικές συναναστροφές και άλλα. Η σημαντικότερη και πιο επικίνδυνη επιπλοκή όμως είναι η αυτοκτονία. Ο κίνδυνος για αυτοκτονία είναι ιδιαίτερα υψηλός στα άτομα με ψυχωτικά στοιχεία, άτομα με οικογενειακό ιστορικό πετυχημένης απόπειρας αυτοκτονίας, άτομα με ιστορικό προηγούμενων αποπειρών αυτοκτονίας, ασθενής που κάνουν ταυτόχρονα χρήση ουσιών και άτομα τα οποία ζουν μόνα τους και αποκομμένα από τον κοινωνικό περίγυρο, διαζευγμένα ή χωρισμένα. Οι προαναφερθέντες συνήθως πριν από την πράξη της αυτοκτονίας έχουν ήδη προετοιμάσει ένα άκρως λεπτομερειακό σχέδιο αυτοκτονίας. Έχει μάλιστα αναφερθεί ότι τα άτομα με ιστορικό προηγούμενων αποπειρών αυτοκτονίας διατρέχουν εξήντα τέσσερις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να αυτοκτονήσουν από ότι ο υπόλοιπος γενικός πληθυσμός (Μάνος 1997).

Σύμφωνα με τον Μάνο (1997), ο επιστήμονας ψυχικής υγείας που έρχεται σε επαφή με τον καταθλιπτικό ασθενή, οφείλει να εξετάζει πάντα άνευ εξαιρέσεως την πιθανότητα να υπάρχει αυτοκτονικός ιδεασμός ή αυτοκτονικές τάσεις ακόμα και αν ο ασθενής δεν εκφράζει με κανέναν τρόπο κάποιο αντίστοιχο στοιχείο ή δεν υπάρχει ιστορικό με προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας. Φυσικά εάν το άτομο έχει αποπειραθεί στο παρελθόν να αυτοκτονήσει, ο κλινικός οφείλει να εξετάσει λεπτομερώς όλες τις πτυχές της προηγούμενης απόπειρας αφού το πόσο κοντά έφτασε το άτομο στο θάνατο αποτελεί σοβαρό προγνωστικό στοιχείο

επικινδυνότητας για μελλοντική επιτυχημένη πράξη αυτοκαταστροφής και αυτοκτονίας.

4.2 Εφηβεία και αυτοκτονία

Όπως σημειώνει και ο Freud (1905, στο Μανολόπουλος 1987) για το νέο, η εφηβεία, είναι η έναρξη της σεξουαλικής ζωής. Η χρονική στιγμή κατά την οποία ανακαλύπτει την ερωτική συντροφιά αποδεσμεύοντας κάπως τον εαυτό του από τα όρια του σπιτιού.

Σύμφωνα με το Μανολόπουλο (1987), η εφηβεία ορίζεται ως η μεταβατική περίοδος στη ζωή του ατόμου από την παιδική στην ενήλικη ζωή, η οποία ξεκινά «βιολογικά» με τις σωματικές αλλαγές που παρατηρούνται και ολοκληρώνεται «ψυχολογικά» με την ολοκλήρωση της σεξουαλικής ζωής. Η μετάβαση αυτή, εμπεριέχει πολυάριθμες αλλαγές που επηρεάζουν το νέο ποικιλοτρόπως. Αναγκάζεται να δεχτεί τις εξωτερικές αλλαγές του αλλά και τις μεταβολές στον τρόπο που αντιμετωπίζεται από το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον. Εκεί τοποθετούνται οι προσδοκίες, οι απαιτήσεις και η πίεση για αποδέσμευση από τους γονείς.

Στάδια της εφηβείας

Τα στάδια της εφηβείας που παρατηρούνται είναι τρία. Το αρχικό, το μέσο και το τελικό. Κατά το αρχικό στάδιο, (11 – 14) ετών, το παιδί, διακατέχεται από αισθήματα ανυπομονησίας και θυμού. Είναι μυστηριώδης, ενεργητικό, απρόβλεπτο και έχει απαιτήσεις. Επίσης, ασχολείται εκτενέστερα με τον εαυτό του και είναι ευάλωτο στους πειραματισμούς. Στο μέσο στάδιο (14 – 17) ετών, το Εγώ του ατόμου ωριμάζει. Υπάρχει έντονος ανταγωνισμός με τους γονείς και επικέντρωση στις παρές και σε ασχολίες που επιδεικνύουν δημιουργικότητα. Στο τελευταίο στάδιο (17 – 20) ετών, ο νέος διαπνέεται από ψυχική ισορροπία και ολοκλήρωση. Μανολόπουλος (1987)

Κατά την εφηβεία, υπάρχουν ψυχολογικές αλλαγές στο άτομο οι οποίες είναι η αναβίωση της παιδικής σεξουαλικότητας, η αίσθηση απώλειας αντικειμένου, η κίνηση μεταξύ παλινδρόμησης και ανάπτυξης, η δεύτερη διεργασία αποχωρισμού – ατομικοποίησης και η επώδυνη βαθμιαία διαδικασία της από – ιδανικοποίησης.

Σχετικά με την αναβίωση της παιδικής σεξουαλικότητας, η A. Freud (1958, στο Μανολώπουλος 1987), αναφέρεται στην αφορμή που βρίσκει ο νέος κατά τη διάρκεια της εφηβικής ηλικίας, να λάβει εκδίκηση για τις οιδιπόδειες και προοιδιπόδειες απογοητεύσεις αλλά και να διαπράξει αιμομικτικές και δολοφονικές σκέψεις που πιθανόν να είχε. Για να αποφευχθούν τα παραπάνω, ο έφηβος χρησιμοποιεί μηχανισμούς άμυνας σημαντικότεροι από τους οποίους είναι η μετάθεση της λίμπιντο, η αναστροφή του συναισθήματος, η απόσυρση της λίμπιντο με την εκδήλωση αισθημάτων παντοδυναμίας και ριψοκίνδυνων συμπεριφορών και η παλινδρόμηση. Κατά τη μετάθεση της λίμπιντο, ο έφηβος στρέφει την προσοχή του περισσότερο στο φιλικό του περίγυρο από τον οικογενειακό που την είχε μέχρι τότε. Στην αναστροφή του συναισθήματος, τα θετικά συναισθήματα προς τους γονείς γίνονται αρνητικά και κατά την παλινδρόμηση το άτομο αποδεσμεύεται προσωρινά από τις αγχώδεις αιμομικτικές ιδέες μπαίνοντας σε μια διαδικασία επιβλαβής για τον ίδιο καθώς χάνει την ταυτότητά του (Γσούτης, Μανολώπουλος 1987)

Θεωρίες

Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεωρία του Freud (1915 στο Αναστασόπουλος και συν. 1998), το άτομο ταυτίζεται με το αντικείμενο της αγάπης και επομένως βλέποντας τον εαυτό του, βλέπει και τον αποδέκτη της αγάπης. Μέχρι την ηλικία των 60 ετών, οι αγχογόνοι παράγοντες είναι ψυχικές συγκρούσεις. Πέρα δε τούτου, μια ανίατη ασθένεια μπορεί να αποτελέσει αιτία για αυτοχειρία. Όπως αναφέρεται στον οδηγό αντιμετώπισης αυτοκτονίας στους εφήβους από την Κλίμακα, η αυτοχειρία είναι σπάνιος τρόπος τερματισμού ζωής στην παιδική ηλικία, ωστόσο στην εφηβική, κατονομάζεται ότι είναι αρκετά συχνή αιτία θανάτου. Αξιοσημείωτο είναι πως αυτοκτονία πραγματοποιείται πιο συχνά στα αγόρια από ότι στα κορίτσια.

Όπως υποστηρίζει και ο Roch et al (1977, στο Αναστασόπουλος και συν. 1998) η περίοδος της εφηβείας αποτελεί τη μετάβαση από την παιδική στην ενήλικη ζωή. Η ανάπτυξη της προσωπικότητας και η ανάγκη για αποχωρισμό από τον οικογενειακό δεσμό μπορούν να οδηγήσουν το άτομο στη σκέψη να τερματίσει τη ζωή του. Οι κίνδυνοι που ελλοχεύουν από το άγχος του αποχωρισμού αλλά και από την ανάγκη να αποκτήσει ο έφηβος την ολοκληρωτική εικόνα του εαυτού του, οδηγούν σε αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, αυτοκτονικές τάσεις αλλά και παλινδρόμηση.

Το οικογενειακό περιβάλλον

Έφηβοι που έχουν υποστεί συναισθηματική αποστέρηση από την οικογένεια, δυσκολεύονται να κάνουν ουσιώδης και υγιείς σχέσεις, κάνουν χρήση ουσιών, έχουν έντονη σεξουαλικότητα, αυτοτραυματικές τάσεις και κατάθλιψη. Επίσης, όταν οι κοινωνικές δομές είναι ανεπαρκείς και δεν ικανοποιούν τον έφηβο, ο ίδιος, μπορεί να οδηγηθεί στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Άλλος λόγος, είναι πως αισθάνονται σωματικά επαρκείς και δυνατοί, επομένως μπορούν να κάνουν κακό στον εαυτό τους (Τσιαντής 1993).

Παρατηρείται πως σε οικογένειες στις οποίες έχει υπάρξει χωρισμός γονέων αλλά και τακτές αλλαγές οικίας, υπάρχει η περίπτωση οι νέοι να αποπειραθούν να τερματίσουν τη ζωή τους. Άλλοι παράγοντες μπορεί να αποτελέσουν οι δυσλειτουργίες στην οικογένεια όπως η περίπτωση αλκοολισμού των γονέων, χρήση ουσιών των γονέων ή του εφήβου, παρελθοντικές αυτοκτονίες στο στενό οικογενειακό περιβάλλον του νέου, η σχολική ή επαγγελματική αποτυχία, η συναισθηματική απογοήτευση αλλά και πολιτιστικοί παράγοντες όπως οι περιπτώσεις μετανάστευσης. Άλλοι παράγοντες σχετίζονται με ψυχολογικά προβλήματα του νέου αλλά και με την εμφάνιση κατάθλιψης (Μπράκονι και Μοτσέλι 2002). Στην εφηβεία, ο νέος, έρχεται αντιμέτωπος με ανάμεικτα συναισθήματα λύπης και χαράς αλλά και με την κατάθλιψη, η οποία θεωρείται εξελικτική διαταραχή, αρκετά συχνή στους εφήβους. Η κατάθλιψη, μπορεί να οδηγήσει τον έφηβο σε συμπεριφορές ενάντια στο νόμο και τον κοινωνικό περίγυρο, σε χρήση ουσιών και τέλος, στην αυτοκτονία. Τσιαντής (1993).

Οι λόγοι της εφηβικής κατάθλιψης έχουν αρκετά μεγάλο σημείο συσχέτισης με τις σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές τις οποίες και καταλαβαίνει ο νέος. Επίσης, σχετίζονται με το πένθος που βιώνουν για τις παλιές σχέσεις τους και τις χαρές της παιδικής ηλικίας, οι χαλαροί δεσμοί αίματος και ο απογαλακτισμός από το οικογενειακό σύστημα Τσιαντής (1993).

Επίσης, όπως σημειώνει και ο Κουρκουτάς (2001), οι οικογένειες με υψηλές απαιτήσεις για το παιδί τους και φιλοδοξίες που ξεπερνούν τις δυνατότητές τους, προκαλούν στο παιδί άγχος και πίεση. Δεν καταφέρνει να ενισχύσει θετικά τον έφηβο, με αποτέλεσμα το παιδί να εκδηλώσει κάποια στιγμή, αυτοκτονική συμπεριφορά. Μέλη οικογενειών πάλι, που δεν είναι στενά δεμένα μεταξύ τους, με απροσδιόριστους ρόλους και συχνές συγκρούσεις, μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά τον έφηβο. Το ίδιο ισχύει και στην περίπτωση όπου η οικογένεια ασκεί υπερβολικό

έλεγχο στο νέο και υπάρχουν σχέσεις στενές σε παθολογικό όμως βαθμό. Επισημαίνεται επιπρόσθετα πως ρόλο στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά του έφηβου, παίζει και η ενδεχόμενη ύπαρξη ψυχιατρικού ιστορικού στην οικογένεια.

Το παιδί, έχει μια εξιδανικευμένη εικόνα για τους γονείς του. Όταν εισέλθει στην εφηβεία και αρχίσει να αντιλαμβάνεται τα πράγματα αλλιώς, υπάρχει πιθανότητα, η τέλεια εικόνα που είχε για τους γονείς του να σβηστεί και να οδηγηθεί στην κατάθλιψη. Άλλοι λόγοι που οδηγούν στην κατάθλιψη το νέο, είναι η απώλεια αντικειμένων, της συνηθισμένης μέχρι τότε παιδικής ζωής, του οιδιπόδειου αντικειμένου και η απώλεια του γονεϊκού συστήματος που παρέχει ασφάλεια και σιγουριά καθώς νιώθει ότι εγκαταλείπεται Τσιαντής (1993).

Εφηβική κατάθλιψη

Αξίζει να αναφερθεί πως υπάρχει διαφορά μεταξύ ενήλικης και εφηβικής κατάθλιψης. Στην πρώτη, το άτομο πενθεί και μένει αδρανές, ενώ στη δεύτερη ο έφηβος θρηνεί, αποδεσμεύεται αλλά βρίσκει νέες πηγές συναισθηματικής υποστήριξης από το εξωτερικό περιβάλλον έχοντας αυξημένο το δυναμικό συναίσθημα (ό.π).

Στη φάση όπου ο έφηβος αρχίζει να εκδηλώνει τα συναισθήματά του αυτοκαταστροφικά, απαραίτητη είναι η εισαγωγή του στο νοσοκομείο για την πρόληψη μιας πιθανής απόπειρας αυτοκτονίας. Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί ότι υπάρχει μεγάλος διχασμός σχετικά με τα ευεργετικά αποτελέσματα της νοσηλείας στο ψυχιατρικό περιβάλλον η οποία διαρκεί όλο το είκοσι τετράωρο . Αφενός, απομακρύνεται το νεαρό άτομο από το περιβάλλον που συνέβαλλε στη δημιουργία της αυτοκτονικής συμπεριφοράς και διευκολύνει τους επιστήμονες ψυχικής υγείας να αξιολογήσουν την κατάσταση και να διοργανώσουν κάποιο σχέδιο παρέμβασης. Αφετέρου, η εισαγωγή του νέου στο νοσοκομείο αρχικά επικυρώνει τον παθολογικό χαρακτηρισμό της κατάστασης, πιθανόν να επιφέρει προβλήματα στον τομέα της κοινωνικής προσαρμοστικότητας, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για μακροχρόνια νοσηλεία γεγονός που μπορεί να επιφέρει δυσάρεστες παλινδρομήσεις (Κουρκουτάς 2001).

Επιπλέον υπάρχει μεγάλος κίνδυνος προσκόλλησης του εφήβου στο ασφαλές και προστατευμένο περιβάλλον του νοσοκομείου με αποτέλεσμα να αποπειράται να αυτοκτονήσει λόγω της αποχώρησής του από το περιβάλλον αυτό. Αντιθέτως, το πρόγραμμα νοσηλείας μόνο τις νυχτερινές ώρες αποτελεί μια ουσιαστικότερη λύση

καθώς ο έφηβος έρχεται σε επαφή με τον ειδικό, παραμένοντας παράλληλα στο φυσικό του περιβάλλον, αποκρινόμενος από τις οικογενειακές πιέσεις, έτσι ταυτόχρονα αποφεύγεται η διαταραχή των σχολικών ή επαγγελματικών υποχρεώσεων (Chabrol 1984).

Οι τάσεις αυτοκτονίας του εφήβου, πραγματοποιούνται τις περισσότερες φορές με σκοπό να αποφύγουν με κάποιο τρόπο τις παραπάνω δυσάρεστες καταστάσεις. Το αποτέλεσμα όμως είναι να στρέφονται με καταστροφικό τρόπο προς το ίδιο τους το σώμα προκειμένου να αποδράσουν από προβλήματα που θα μπορούσαν με λυθούν με βοήθεια ειδικών και της οικογένειας. Άλλες φορές αποπειρώνται με σκοπό να τραβήξουν την προσοχή των γονέων οι οποίοι ενδέχεται να είναι χωρισμένοι. Με αυτόν τον τρόπο το παιδί ελπίζει σε μια επανασύνδεση της οικογένειας (Μπράκονι, Μοτσέλι 2002).

Οι ειδικοί αναφέρουν πως η περίπτωση της εφηβικής αυτοκτονίας θέλει ιδιαίτερη μεταχείριση καθώς αποτελεί ένα ευαίσθητο θέμα σε μια συνάμα ευάλωτη χρονική περίοδο στη ζωή του ατόμου. Επισημαίνουν επίσης πως οι γονείς δεν πρέπει να αμελούν περιπτώσεις απόπειρας των παιδιών καθώς δεν είναι αδύνατον να επαναληφθεί αρκετά σύντομα (Μπράκονι, Μοτσέλι 2002).

Τις ίδιες απόψεις υποστηρίζει και ο Κουρκουτάς (2001), καθώς αναφέρει πως χρειάζεται να υπάρχει επικοινωνία μεταξύ ειδικών - παιδιού και μεταξύ γονέων – παιδιού. Οι ίδιοι οφείλουν να ακούσουν με μεγάλη προσοχή τις αυτοκτονικές ιδέες του εφήβου, να τον παροτρύνουν να τις εκφράσει και να τον κατανοήσουν. Η αγνόηση των μηνυμάτων που εκπέμπουν τα παιδιά, μπορεί να τα ωθήσει στην αυτοκαταστροφική πράξη καθώς θα νιώθουν πως κανείς δεν τους καταλαβαίνει. Ο Κουρκουτάς (2001), υποστηρίζει επίσης, πως οι νέοι πρέπει να ακούσουν πως οι σκέψεις αυτές είναι απόλυτα φυσιολογικές και ανθρώπινες και πως πολλοί είναι αυτοί που έχουν σκεφτεί ακριβώς το ίδιο (την αυτοχειρία). Με αντιμετώπιση αυτή ο έφηβος θα αποδεσμευτεί από την ιδέα καθώς θα αντιληφθεί πως υπάρχει κατανόηση από τους άλλους.

4.3 Αυτοκτονία και οικονομική κρίση

Έχοντας αναλύσει έναν βασικό παράγοντα-αίτιο από το ευρύ πεδίο της ψυχοπαθολογίας που σχετίζεται με την αυτοκτονία, αξίζει να αναφερθεί η πλέον σύγχρονη αιτία έξαρσης των αυτοκτονιών, η οποία δεν είναι άλλη από την οικονομική κρίση.

Η οικονομική κρίση επιφέρει δυσμενείς αλυσιδωτές αντιδράσεις. Προάγει το φαινόμενο της επισφαλούς εργασίας, της ανεργίας και τελικά της φτώχειας. Παράγωγα αυτών είναι ο κοινωνικός αποκλεισμός όλο και περισσότερων πληθυσμιακών ομάδων και η αύξηση των ψυχικών διαταραχών. Η ανεργία σχετίζεται άμεσα με την αύξηση της ημερήσιας κατανάλωσης αλκοόλ και του καπνίσματος, την αύξηση των αυτοκτονιών, την ενδοοικογενειακή βία και γενικότερα τη βίαιη συμπεριφορά. Η φτώχεια η οποία επέρχεται από την ανεργία, σχετίζεται με την έξαρση ασθενειών καθώς τα άτομα αναγκάζονται να διαβιώνουν σε υποβαθμισμένο περιβάλλον, να τρέφονται ανεπαρκώς, δεν διαθέτουν ασφάλεια και επομένως ούτε και περίθαλψη, ενώ δεν είναι λίγοι αυτοί που αναγκάζονται να εργαστούν σε επικίνδυνα και ανθυγιεινά περιβάλλοντα για να επιβιώσουν (Λιαρόπουλος 2010).

Πολλοί έλληνες πολίτες είναι πλέον εξαθλιωμένοι οικονομικά και ψυχολογικά. Δεν είναι λίγοι αυτοί που αδυνατούν ακόμα και να καλύψουν τις βασικές ανάγκες όπως τροφή, ένδυση και στέγη. Για πολλούς έλληνες, η μόνη λύση είναι η βίαιη διακοπή της ζωής τους και αυτό βλέπουμε να συμβαίνει καθημερινά (Οικονόμου και συν. 2013).

Σύμφωνα με τον Γιωτάκο (και συν. 2012), οι αυτοκτονίες έχουν αυξηθεί κατακόρυφα από την περίοδο έξαρσης της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα και έπειτα. Αυτό οφείλεται στα παρελκόμενα αυτής της δυσχερούς κατάστασης, καθώς πρέπει να σημειωθεί ότι η οικονομική κρίση φαίνεται να έχει πολλές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής, δεδομένου ότι οι πιο συχνές επιπτώσεις μιας οικονομικής κρίσης είναι η ανεργία, περικοπές δαπανών ενέργειας, γενική ανασφάλεια και η περιστολή των δημοσίων δαπανών, συμπεριλαμβανομένης της υγείας και της ψυχικής υγείας που σχετίζονται με περικοπές στον προϋπολογισμό.

Η πρωταρχική επίπτωση της οικονομικής κρίσης μάλιστα, η ανεργία, η οποία επιφέρει και πληθώρα βλαβών όπως προαναφέρθηκε, εικάζεται ότι έχει άμεση σχέση με το φαινόμενο της αυτοκτονίας. Ένας άνεργος ο οποίος ήταν εργαζόμενος στο παρελθόν, κινδυνεύει πολύ περισσότερο από κάποιον άνεργο που δεν είχε εργαστεί στο παρελθόν (Solano et al 2012). Ωστόσο υπάρχει διχογνωμία όσον αφορά τη σχέση ανεργίας και αυτοκτονίας. Τα επίσημα στοιχεία δείχνουν μια γενική τάση της επιδείνωσης της ψυχικής υγείας, με ταχέως αυξανόμενα ποσοστά αυτοκτονίας και κατάθλιψης, όμως η έκταση της κοινωνικο-οικονομικής ανισότητας σε σχέση με τα προβλήματα ψυχικής υγείας δεν έχει διευκρινιστεί πλήρως. Παρα ταύτα οι έρευνες δείχνουν ότι τα άτομα με υψηλότερα εισοδήματα είναι λιγότερο πιθανό να παρουσιάσουν αυτοκτονική συμπεριφορά σε σχέση με τους οικονομικά υποδεέστερους. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν την ανάγκη για ενισχυμένες πολιτικές κοινωνικής προστασίας για τους λιγότερο ευνοούμενους στον πληθυσμό (Hong, Knapp, McGuire 2011).

Η οικονομική κρίση ως σύγχρονο φαινόμενο, είναι ικανή να επιφέρει την κατάρρευση σε όλους του τομείς της ανθρώπινης προσωπικότητας. Εκτός της οικονομικής εξαθλίωσης επιφέρει και σοβαρές ψυχοκοινωνικές βλάβες, μέσα στις οποίες εντάσσεται και η έκπτωση της ποιότητας των ανθρωπίνων σχέσεων. Αυτός είναι και ένας από τους σοβαρούς λόγους που παρατηρείται αύξηση των αυτοκτονιών και στους εφήβους, καθώς ένας καταρρέων ενήλικας είναι σαφώς δυσκολότερο να αναθρέψει και να στηρίξει επαρκώς έναν έφηβο (Κοκοβέλη και συν 2011).

Όπως αναφέρει η Κοκοβέλη (και συν. 2011), σοβαροί παράγοντες κινδύνου για την ύπαρξη αυτοκτονικής συμπεριφοράς σε έναν έφηβο είναι το κάπνισμα, η χρήση ναρκωτικών, η χαμηλή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, η έλλειψη του ενός από τους δύο γονείς, η δυσαρέσκεια στη σχέση με τους γονείς και η έλλειψη επικοινωνίας, οι επισκέψεις σε γιατρό για ψυχολογικά προβλήματα, κατάθλιψη, αντικοινωνική συμπεριφορά και η χαμηλή αυτοεκτίμηση. Τα τελευταία χρόνια μάλιστα αναδείχθηκαν ως σοβαρότεροι παράγοντες κινδύνου η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η χρήση ουσιών και η χαμηλή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση. Τα παραπάνω φαινόμενα ωστόσο, εν μέσω οικονομικής κρίσης εντείνονται, γεγονός που καθιστά μεγαλύτερο τον κίνδυνο.

Επομένως, η εδραίωση υπηρεσιών στήριξης των ατόμων που ήδη έχουν διαπράξει απόπειρα αυτοκτονίας ή διατρέχουν κίνδυνο, είναι απαραίτητη. Σύμφωνα με τους

Szumilas και Kutcher (2011), σημαντική είναι και η προώθηση προγραμμάτων πρόληψης που βάση θα έχουν τα σχολεία, την κοινότητα και την οικογένεια καθώς και η ενημέρωση σχετικά με το φαινόμενο και τις επιπτώσεις του.

Ο Γιωτάκος (και συν. 2012) μέσω της έρευνάς του, θέλησε να αναδείξει τη σχέση των μειωμένων παροχών υγείας και ψυχικής υγείας με την έξαρση του φαινομένου των αυτοκτονιών. Εν συντομία, διαπιστώθηκε ότι τα ποσοστά αυτοκτονιών ήταν αντιστρόφως ανάλογα με τον βαθμό ύπαρξης πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης και παροχών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Επομένως, γίνεται αντιληπτό το μέγεθος της ανάγκης ύπαρξης κοινωνικών δομών για τη στήριξη των ελλήνων πολιτών ακόμα περισσότερο εν μέσω οικονομικής κρίσης.

Περίληπτικά λοιπόν, στο παρόν κεφάλαιο, έγινε συσχετισμός του φαινομένου της αυτοκτονίας με τη ψυχιατρική διαταραχή της κατάθλιψης αναφορικά με δύο ηλικιακές ομάδες, τους εφήβους και τους ενήλικες. Επιπλέον, παρουσιάστηκε και η σχέση της οικονομικής κρίσης με την έξαρση των αυτοκτονιών.

Στο επόμενο κεφάλαιο αναφέρονται οι ήδη υπάρχουσες υπηρεσίες που σχετίζονται με την αυτοκτονία στη Ελλάδα και το εξωτερικό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V: Υπηρεσίες

5.1 Υπηρεσίες και τηλεφωνικές γραμμές για την αυτοκτονία στην Ελλάδα

Η Κλίμακα

Στην Ελλάδα η υπηρεσία που έχει αναλάβει την κάλυψη του φαινομένου της αυτοκτονίας είναι η Κλίμακα. Πρόκειται για έναν Μη Κυβερνητικό Οργανισμό που δραστηριοποιείται στο χώρο της ψυχικής υγείας υλοποιώντας ταυτόχρονα προγράμματα κοινωνικής ενσωμάτωσης ευάλωτων ομάδων. Ιδρύθηκε το 2000 και βρίσκεται υπό την αιγίδα του υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Κλίμακα 2011α).

Αναφορικά με την αυτοκτονία η Κλίμακα δραστηριοποιείται στην Αθήνα αλλά και στην περιφέρεια. Από το 2009 είναι μέλος της Διεθνούς Ένωσης για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας (International Association of Suicide Prevention), η οποία αποτελεί το κεντρικό όργανο οργάνωσης των προγραμμάτων σχετικά με την πρόληψη του φαινομένου συνεργαζόμενο με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Κλίμακα 2011α). Συνεργάζεται επιπλέον, με την Ελληνική Στατιστική Αρχή στο πλαίσιο της ερευνητικής επισκόπησης του φαινομένου. Το επιστημονικό προσωπικό της Κλίμακας επεξεργάζεται και αξιοποιεί τα δεδομένα από τις ερευνητικές διαδικασίες για τον μεθοδευμένο σχεδιασμό των δράσεών του (Κλίμακα & 1018 2013).

Από το 2007 έχει αναλάβει την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση της κοινότητας για το θέμα της αυτοκτονίας. Επιπλέον, το έργο της επεκτείνεται στην πρόληψη και την παρέμβαση. Πιο συγκεκριμένα, αυτό επιτυγχάνεται μέσω της λειτουργίας γραμμής παρέμβασης για την αυτοκτονία με το νούμερο 1018, αλλά και επιπρόσθετων δράσεων που λειτουργούν ενισχυτικά (Κλίμακα 2011α).

Οι δράσεις αυτές αναφέρονται στην ψυχιατρική παρακολούθηση και ψυχολογική υποστήριξη αυτοκαταστροφικών ατόμων, στη συγγραφή και διανομή οδηγών σε επαγγελματικές ομάδες που μπορούν να παίξουν ειδικό ρόλο στην πρόληψη και αντιμετώπιση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς (εκπαιδευτικοί, γιατροί και άλλοι επαγγελματίες υγείας, εργαζόμενοι στα σωφρονιστικά καταστήματα κλπ), σε σεμινάρια, ομιλίες, ημερίδες και άλλες δράσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης των επαγγελματιών υγείας και του ευρύτερου κοινού και σε ερευνητικό έργο και επιστημονικές ανακοινώσεις σχετικά με την αυτοκτονία και την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (Κλίμακα 2011α).

Η γραμμή παρέμβασης για την αυτοκτονία 1018 (ή 8018019999)

Η γραμμή παρέμβασης βρίσκεται υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Λειτουργεί καθημερινά επί εικοσιτετραώρου βάσεως με αστική χρέωση. Η επικοινωνία είναι δυνατόν να γίνει μέσω κινητού ή σταθερού τηλεφώνου και πραγματοποιείται στη βάση της αρχής του απορρήτου (Κλίμακα & 1018 2013).

Η γραμμή απευθύνεται σε άτομα με αυτοκτονικούς ιδεασμούς, προηγούμενες απόπειρες, αυτοκαταστροφικές τάσεις, σε άτομα που βιώνουν απώλεια και σε όσους έχουν υπόνοια ύπαρξης ενός περιστατικού που σχετίζεται με την αυτοκτονία (Κλίμακα & 1018 2013).

Στόχος της γραμμής είναι η άμεση αντιμετώπιση της κρίσης του καλούντα σε βραχυπρόθεσμο επίπεδο και κατόπιν η μακροπρόθεσμη ψυχιατρική και ψυχολογική παρακολούθησή του. Ειδικότερα, για το δεύτερο αυτό επίπεδο παρέμβασης ο αιτών είναι δυνατόν να λάβει υπηρεσίες από τους επαγγελματίες της Κλίμακας ή και να παραπεμφθεί σε άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Επιπλέον, η υποστήριξη προβλέπεται να απευθύνεται και στην οικογένεια του ατόμου που τηλεφωνεί (Κλίμακα & 1018 2013).

Την τηλεφωνική υποστήριξη καλύπτουν ψυχολόγοι, ψυχίατροι μετά από ειδική εκπαίδευση. Εθελοντικά προσφέρουν υπηρεσίες κοινωνικοί λειτουργοί και άλλοι επαγγελματίες, επίσης μετά από παρακολούθηση σχετικών σεμιναρίων. Κατά τη διάρκεια 2009-2011 πραγματοποιήθηκαν στην Αθήνα τρία σεμινάρια με στόχο την εκπαίδευση επαγγελματιών που θα στελεχώσουν την υπηρεσία. Η εκπαίδευση

διήρκησε 24-33 ώρες και συμπεριλάμβανε θεωρητική και βιωματική κατάρτιση σε ποσοστό 60% και 40% αντίστοιχα. Πιο συγκεκριμένα, εκπαιδεύτηκαν 56 άτομα που προέρχονταν από τον επαγγελματικό χώρο κυρίως της ψυχολογίας και της κοινωνικής εργασίας. Οι υπόλοιποι εκπαιδευόμενοι προέρχονταν από το χώρο της νοσηλευτικής, της ειδικής αγωγής και γενικότερα της φροντίδας στον τομέα της ψυχικής υγείας (Κλίμακα & 1018 2013).

Ειδικότερα, στην Πάτρα πραγματοποιήθηκε εκπαιδευτικό σεμινάριο που διήρκησε δύο ημέρες. Στο σεμινάριο συμμετείχαν περίπου 20 άτομα προερχόμενα από το χώρο της ψυχικής υγείας και πιο συγκεκριμένα ιατροί, ψυχολόγοι, νοσηλευτές και κοινωνικοί λειτουργοί. Η εκπαίδευση παρασχέθηκε, όπως και στα προαναφερόμενα σεμινάρια, σε θεωρητικό και βιωματικό επίπεδο. Έμπειροι επαγγελματίες στον τομέα της τηλεφωνικής συμβουλευτικής και της πρόληψης της αυτοκτονίας που εργάζονται στην Κλίμακα ανέλαβαν την παροχή της κατάρτισης μέσω τηλεδιασκέψεων και role playing (Κλίμακα 2012β). Παρόμοια σεμινάρια έχουν υλοποιηθεί στις νοτιοανατολικές Κυκλάδες και αναμένεται η πραγματοποίησή τους στη Θεσσαλονίκη και στη Λάρισα, ώστε να διευρυνθεί η δράση της γραμμής (Κλίμακα & 1018 2013).

Η γραμμή 1034

Η γραμμή 1034 για την κατάθλιψη λειτουργεί από το 2008 με το ξεκίνημα του προγράμματος «αντι-στίγμα» του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ). Σκοπός του προγράμματος αυτού είναι η καταπολέμηση του στίγματος ενάντια στους ψυχικά ασθενείς, η ευαισθητοποίηση και πληροφόρηση της κοινότητας σχετικά με θέματα που άπτονται της ψυχικής υγείας. Η γραμμή εντάσσεται ειδικότερα στο πλαίσιο του δεύτερου σκέλους του σκοπού αυτού (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. 2011).

Λειτουργεί από Δευτέρα μέχρι Παρασκευή τις ώρες από 9:00 με 18:00. Εκπαιδευμένοι επαγγελματίες του χώρου ψυχικής υγείας υπό την εποπτεία ψυχιάτρων απαντούν στις κλήσεις. Άτομα που αντιμετωπίζουν, τα ίδια ή πρόσωπα του περιβάλλοντός τους, κατάθλιψη, άλλες συναισθηματικές διαταραχές ή άλλα προβλήματα ψυχικής υγείας μπορούν να απευθυνθούν στην εν λόγω γραμμή (ο. π.).

Αρχές που διέπουν τη λειτουργία της γραμμής είναι το απόρρητο της επικοινωνίας, η ανώνυμη καταγραφή στοιχείων που είναι απαραίτητα για την αξιολόγηση και τη βελτίωση της γραμμής, η ελεγχόμενη συλλογή μόνο των απαραίτητων πληροφοριών για τη διαχείριση του αιτήματος του κληθέντα και ο σεβασμός στα δικαιώματά του (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. 2011).

Οι παροχές της αφορούν την ψυχολογική υποστήριξη, τη συμβουλευτική, την ενημέρωση σχετικά με τη διαταραχή της κατάθλιψης και άλλων προβλημάτων που σχετίζονται με την ψυχική υγεία, καθώς και παραπομπή σε αρμόδιες υπηρεσίες. Η κλήση διαρκεί περίπου 16 λεπτά, ενώ σε περιπτώσεις όπου είναι αναγκαίο ο χρόνος αυτός παρατείνεται (ο. π.).

Ενδεικτικά θέματα που συχνά απασχολούν τους αιτούντες είναι διαχείριση πένθους, διαπροσωπικών σχέσεων, σχέσεων στον εργασιακό χώρο, σχέσεων γονέων –παιδιών, η αντιμετώπιση ενδοοικογενειακής βίας, προβλημάτων λόγω χρήσης ουσιών, μακροχρόνιας φροντίδας ατόμων με ανίατες ασθένειες, καθώς και προσωπικά ζητήματα που σχετίζονται με διλήμματα, μοναξιά, την ανασφάλεια και την οικονομική κρίση (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. 2011).

Από στατιστικά δεδομένα που αφορούν τη γραμμή το μεγαλύτερο ποσοστό των κληθέντων αποτελούν οι ίδιοι οι ενδιαφερόμενοι (63,5%), ακολουθεί το ποσοστό των συγγενών που ανησυχούν για κάποιο δικό τους πρόσωπο (30,1%) και το ποσοστό των κληθέντων που ανήκουν στο φιλικό περιβάλλον του ατόμου που χρήζει υποστήριξης (4,7 %). Στο προφίλ του χρήστη της υπηρεσίας συμπεριλαμβάνονται τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: πρόκειται κυρίως για γυναίκες (64,4%) ηλικίας 21-35 (37,3%), είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (46,7%), διαμένουν στον ευρύτερο χώρο της Αττικής (61,6%) και είναι παντρεμένες (43,4%) (ο. π.).

Σχετικά με το φαινόμενο της αυτοκτονίας αναφορές που εντοπίστηκαν κατά το εξάμηνο μεταξύ Ιανουαρίου- Ιουνίου 2011 αποδίδονται ως εξής: αυτοκτονική πρόθεση των κληθέντων παρουσιάστηκε σε ποσοστό 14,0%, από αυτούς που ανέφεραν την αυτοκτονία, το 76,1% έχει αυτοκτονικό ιδεασμό, το 26,1% έχει διαπράξει απόπειρα και το 4,3% έχει σχεδιάσει ήδη το πλάνο της αυτοκτονίας (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. 2011).

Πανάκεια

Η Πανάκεια είναι ένα σωματείο μη κερδοσκοπικό που στοχεύει στην προώθηση της ψυχικής υγείας στο νομό Δωδεκανήσου. Ιδρύθηκε το 2003 και υλοποιεί ποικίλες δράσεις για τον παραπάνω σκοπό και για την αντιμετώπιση του κοινωνικού στίγματος για τους ψυχικά ασθενείς. Με την ανάπτυξη κοινοτικών δικτύων και την οργάνωση ενημερωτικών δραστηριοτήτων, όπως διαλέξεις, σεμινάρια, ημερίδες κτλ. επιδιώκει την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση της κοινότητας. Επιπρόσθετα, στο πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης έχει δημιουργήσει δομές ψυχικής υγείας που εξυπηρετούν δωρεάν ψυχικά ασθενείς και ασθενείς με άνοια (Πανάκεια 2013).

Γραμμή 2244023900

Η γραμμή 2244023900 λειτουργεί από τον Ιούνιο του 2007 στο πλαίσιο των υποστηρικτικών υπηρεσιών της υπηρεσίας «Πανάκεια» για την αντιμετώπιση και την πρόληψη της αυτοκτονίας στη Ρόδο. Η γραμμή είναι διαθέσιμη από Δευτέρα μέχρι Παρασκευή τις ώρες από 9:00 μέχρι 21:00 (Πανάκεια 2013).

Τη γραμμή παρέμβασης για την αυτοκτονία εξυπηρετούν εκπαιδευμένοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε εθελοντική βάση. Στην ίδια βάση η υπηρεσία λειτουργεί δύο ακόμη προγράμματα το «φιλικό τηλέφωνο της εφηβείας» και το συμβουλευτικό κέντρο για τη νόσο Alzheimer (ό. π.).

5.2 Άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών (ΕΚΨΥΕ)

Το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών, ήταν ο πρώτος σταθμός στην ιστορία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Δίνοντας βάση στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη οργάνωσε προγράμματα πρόληψης και θεραπείας ατόμων που έπασχαν από ψυχικές ασθένειες στις πόλεις της Αθήνας, του Πειραιά, της Θεσσαλονίκης και Πάτρας. Είναι μέλος της World Federation for Mental Health. Στόχοι του, όπως αναφέρονται στην ιστοσελίδα του κέντρου είναι:

1. Να σπάσουν η απομόνωση και ο αποκλεισμός των ψυχικά ασθενών.
2. Να δημιουργηθούν πρότυπες υπηρεσίες πρόληψης και θεραπείας, ο υποδειγματικός χαρακτήρας των οποίων να χρησιμεύσει ως πρότυπο και ως πλαίσιο εκπαίδευσης στελεχών ψυχικής υγείας.
3. Η μέριμνα για την κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων.
4. Η διάδοση των αρχών της ψυχικής υγιεινής στη χώρα.

Η ανάπτυξη της έρευνας και της συνεργασίας με διεθνείς οργανισμούς για την προώθηση κοινών επιστημονικών και κοινωνικών σκοπών (Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών 2013).

Μέχρι και σήμερα το Κέντρο λειτουργεί προγράμματα στο πλαίσιο της αποϊδρυματοποίησης όπως: Πρόγραμμα Αναδόχων Οικογενειών, ξενώνες (Αιγάλεω), οικοτροφεία (Λειβαδιά). Επίσης, άλλες υπηρεσίες αφορούν ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες για παιδιά και εφήβους, στις οποίες παρέχεται διάγνωση και θεραπεία, υπηρεσία ειδικής παιδαγωγικής που απευθύνεται σε παιδιά με μέτρια νοητική καθυστέρηση, συμβουλευτικά τμήματα ενηλίκων, οι οποία αντιμετωπίζουν ψυχολογικά προβλήματα. Επιπλέον, λειτουργεί το τμήμα πρόληψης και αντιμετώπισης εξαρτητικών καταστάσεων «Ιάσων», Μονάδες Ημερήσιας Περίθαλψης με στόχο τη θεραπεία και την κοινωνική επανένταξη ατόμων με ψυχικές ασθένειες. Ειδικότερα για τον τελευταίο στόχο έχουν οργανωθεί υπηρεσίες επαγγελματικής εκπαίδευσης και αποκατάστασης (Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών 2013).

Σύλλογος οικογενειών για την ψυχική υγεία (ΣΟΨΥ)

Ο Σύλλογος για την Ψυχική Υγεία Πάτρας, δημιουργήθηκε το 2003. Είναι Ν.Π.Ι.Δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και αποτελεί μια «από τα κάτω» ενέργεια η οποία επιτελέστηκε από μια ομάδα ευαισθητοποιημένων πολιτών όπως, ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί και χρήστες υπηρεσιών ψυχικής υγείας με τις οικογένειες τους. Ο Σ.Ο.Ψ.Υ. μαζί και με άλλους συλλόγους, δημιούργησαν την Πανελλήνια Ομοσπονδία Συλλόγων Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (Π.Ο.Σ.ΟΨ.Υ) η οποία ανήκει στην Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία (ΕΣΑμεΑ) (ΣΟΨΥ 2013).

Σκοπός του συλλόγου είναι η συγκρότηση των ίδιων των χρηστών και των οικογενειών τους ώστε να γνωρίζουν και να προασπίζονται τα ατομικά και κοινωνικά τους δικαιώματα. Οι επιμέρους στόχοι του συλλόγου, έγκεινται στην υποστήριξη και ενδυνάμωση των ληπτών και των οικογενειών τους σαν επιπρόσθετη ενέργεια εκτός από ότι λαμβάνουν από τις δημόσιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, αλλά και η ανάπτυξη του αισθήματος της αυτοβοήθειας. Επίσης, ο σύλλογος, δίνει ιδιαίτερη βάση στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινότητας για θέματα που αφορούν την ψυχική υγεία και τις προκαταλήψεις που υπάρχουν για την ψυχική νόσο και το στίγμα το οποίο την συνοδεύει. Ο ΣΟΨΥ, υποστηρίζει ενεργά την ανάγκη για βελτίωση των υπηρεσιών για την ψυχική υγεία, ώστε οι τελευταίες, να ανταποκρίνονται ένθερμα στις ανάγκες των εξυπηρετούμενων (ο.π)

Ο ΣΟΨΥ, αποτελείται στο σύνολό του από 300 εγγεγραμμένα μέλη και λειτουργεί ψυχαγωγικές – δημιουργικές ομάδες θεατρικού, ζωγραφικής – κατασκευών, μουσικής, χορού, λογοτεχνίας, μαγειρικής, αγγλικών, γαλλικών, Η/Υ, καθώς και ομάδα λόγου και Art therapy. Επίσης, λειτουργεί πρόγραμμα ψυχοεκπαίδευσης φροντιστών, εκδίδεται τριμηνιαίο περιοδικό με τίτλο «τα ΣΟΨΥχα μας, έχει ιστοσελίδα, συμμετέχει σε επιστημονικά συνέδρια, στη διεξαγωγή ερευνών, σε ενημερωτικές δράσεις για την κοινότητα καθώς και σε ευρωπαϊκά προγράμματα (ΣΟΨΥ 2013).

Οικοτροφείο ΙΡΙΣ

Ιδρύθηκε το 2004 και αποτελεί μονάδα εξειδικευμένης περίθαλψης της εταιρίας προαγωγής ψυχοκοινωνικής υγείας παιδιών και ενηλίκων ΙΡΙΣ. Απευθύνεται σε άτομα με ψυχιατρικά προβλήματα που ζουν χωρίς απασχόληση και κοινωνικές σχέσεις καθώς και στις οικογένειες τους. Σκοπό του αποτελεί ένα οργανωμένο πλαίσιο με θεραπευτικές κοινωνικές πολιτιστικές και αθλητικές δραστηριότητες και στόχος του είναι η βελτίωση της ψυχικής υγείας τους και όσο το δυνατό γίνεται κοινωνική ένταξη των μελών. Παρέχει:

- υπηρεσίες ψυχικής υγείας.
- Τα μέλη έχουν τα δυνατότητα να αναπτύσσουν μια πιο υγιή μορφή επικοινωνίας, να έχουν τη δυνατότητα προσωπικής έκφρασης, να καλλιεργούν τις δεξιότητες τους, να αξιοποιούν τον ελεύθερο χρόνο τους.
- Συνεργασία και στήριξη στις οικογένειες των μελών.

Πιο συγκεκριμένα οι υπηρεσίες που παρέχονται είναι οι ακόλουθες:

1. Ομάδες δεξιοτήτων
2. Κοινωνικό έργο
3. Επαγγελματική κινητοποίηση
4. Αγωγή Κοινότητας
5. Ψυχολογικό και θεραπευτικό έργο
6. Ατομικές συνεδρίες
7. Ομαδική θεραπεία
8. Συμβουλευτική γονέων
9. Ατομικές συνεδρίες (γονιών και εφήβων)
10. Παρέμβαση στη κρίση
11. Θεραπείες ζεύγους και οικογένειας
12. Φαρμακευτική κάλυψη
13. Αντιμετώπιση υποτροπών (ΙΡΙΣ 2013)

Δρομοκαΐτειο

Πρωτοϊδρύθηκε τη 1η Οκτωβρίου 1887 με την ονομασία «Φρενοκομείον Ζώρζη και Τάρσης Δρομοκαΐτου» με 110 κλίνες. Σήμερα λειτουργεί μετά από 125 χρόνια και διαθέτει 304 ενδονοσοκομειακές ψυχιατρικές κλινικές και 205 εξονοσοκομειακές κλίνες σε Μονάδες και προγράμματα Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (οικοτροφεία, ξενώνες, προστατευόμενα διαμερίσματα). Εξυπηρετεί περίπου 15.000 ασθενείς το χρόνο (Δρομοκαΐτειο 2013).

Κέντρο Ψυχικής Υγείας Δρομοκαΐτειου

Ξεκίνησε τη λειτουργία του το 2000 με χρηματοδότηση από το πρόγραμμα «Ψυχαργός» και πλέον από το νοσοκομείο.

Παρέχει:

- Ατομική και ομαδική θεραπεία στους χρόνιους ασθενείς
- Υποστήριξη και εκπαίδευση στις οικογένειες των αρρώστων
- Συμβουλευτική για προβλήματα σχέσεων ατόμων που δεν είναι ψυχικά άρρωστα.
- Ομιλίες στη κοινότητα
- Βοήθεια στο σπίτι, όπου κι αν χρειαστεί
- Επίσης, παρέχει μια οργανωτική ομάδα που καθορίζει τις λειτουργίες και μια ομάδα εποπτείας για τα διάφορα προβλήματα και διεπιστημονική συνεργασία (Δρομοκαΐτειο 2013).

Κέντρο ψυχοθεραπειών

Άρχισε τη λειτουργία του το Νοέμβριο του 1996. Παρέχει δωρεάν βραχεία ψυχοθεραπεία (20 συνεδρίες) σε άτομα που χρήζουν υπηρεσιών από ψυχίατρους και ψυχολόγους οι οποίοι προσφέρουν εθελοντικά εργασία (Δρομοκαΐτειο 2013).

Α΄ ΨΥΧΙΑΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

1. Βελέντζειο 1887, τμήμα χρόνιας νοσηλείας
2. Αγία Μαρκέλλα 1887, τμήμα βραχείας νοσηλείας
3. Κουντουριώτειο 1922, τμήμα βραχείας νοσηλείας

Β΄ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

1. Σύγγρειο, τμήμα μέσης νοσηλείας
2. Τάρση Δρομοκαϊτή, τμήμα βραχείας νοσηλείας
3. Ευεργετών, τμήμα βραχείας νοσηλείας

Γ΄ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

1. Βελισσάρειο, τμήμα χρόνιας νοσηλείας
2. «Ελλήνων –Αμερικής », βραχείας νοσηλείας

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

1. Παθολογικό- Νευρολογικό τμήμα (Δρομοκαϊτειο 2013).

Σκοπός: σύγχρονη Ψυχιατρική Μονάδα που θα προσφέρει υπηρεσίες υψηλής ποιότητας πρόληψης και αντιμετώπισης ψυχικών ασθενειών για τη ψυχοκοινωνική και εργασιακή επανένταξη των ασθενών (Δρομοκαϊτειο 2013).

Νοσοκομείο Ημέρας : Έχει δύναμη 25 ασθενών και στόχος του είναι η ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων , η αποκατάσταση επαγγελματικών και κοινωνικών δεξιοτήτων εξωτερικών ασθενών και η ανακούφιση και στήριξη των οικογενειών τους.

Εργασιοθεραπεία: εργαστήριο ζωγραφικής, ωδικών πτηνών, πλεκτικής, κοπτικής-ραπτικής, υφαντικής, κεντήματος, ξυλουργικής, ξυλογλυπτικής, μουσικής.

Λοιπές δομές: μουσείο, βιβλιοθήκη, Κέντρο Ψυχαγωγίας, υπαίθριο θέατρο, Ιερός Ναός « Άγιοι Ανάργυροι», γυμναστήριο, επαγγελματική νοσηλευτική σχολή.

Στέγη: Ξενώνας 50 ατόμων

Ενδονοσοκομειακή στέγη : 5 ξενώνες, 9 διαμερίσματα, 1 Οικοτροφείο (Δρομοκαϊτειο 2013).

5.3 Υπηρεσίες στην Ευρώπη

Διεθνής Σύνδεσμος για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας

Ο Διεθνής Σύνδεσμος για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας (IASP) ιδρύθηκε από τον Erwin Ringel και Δρ Νόρμαν Farberow το 1960. Πρόκειται για μία Μη Κυβερνητική Οργάνωση, η οποία συνεργάζεται με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Αποτελεί ένα φορέα ο οποίος δραστηριοποιείται στην πρόληψη της αυτοκτονικής συμπεριφοράς και στη μείωση των επιπτώσεών της. Επιπλέον, παρέχει ένα διεθνή δίκτυο επικοινωνίας επιστημόνων και επαγγελματιών ψυχικής υγείας, εθελοντών και ατόμων που έχουν επιζήσει της αυτοκτονίας. Μέχρι και σήμερα συνεργάζεται με επαγγελματίες και εθελοντές από περισσότερες από πενήντα χώρες (International Association for Suicide Prevention 2013).

Ειδικότερα, για την αποτελεσματικότερη παρέμβασή της, εκτός από τις εκδόσεις περιοδικών για την αυτοκτονία, έχουν συσταθεί διάφορες ομάδες, η κάθε μία από τις οποίες δραστηριοποιείται σε ένα συγκεκριμένο αντικείμενο:

- 1) Ομάδα Ειδικού Ενδιαφέροντος για τη μετάδοση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς

Υπάρχουν ενδείξεις αύξησης των αλυσιδωτών επιπτώσεων της αυτοκτονικής συμπεριφοράς που συνδέεται με την άνοδο των σύγχρονων συστημάτων επικοινωνίας. Ωστόσο, η έρευνα στον τομέα αυτό και πληροφορίες σχετικά με αποτελεσματικές διαδικασίες αντίδρασης και τις στρατηγικές πρόληψης είναι περιορισμένη. Κατά τα τελευταία 5 χρόνια έχουμε δει μια αύξηση στην έρευνα και την πρόληψη των πρωτοβουλιών για την αντιμετώπιση ομαδοποίηση και μετάδοσης, με αυτοκτονική συμπεριφορά σε διάφορες χώρες. Ωστόσο, οι διεθνείς συγκρίσεις είναι περιορισμένες και ως εκ τούτου είναι άγνωστο αν τα αποδεικτικά στοιχεία για την ομαδοποίηση και τη μεταδοτικότητα των επιπτώσεων είναι συνεπή σε όλες τις χώρες και πολιτισμούς. Σκοπός της συγκεκριμένης ομάδας είναι να φέρει σε επαφή τα ενδιαφερόμενα άτομα για την έρευνα, την πρόληψη και την πολιτική σχετικά με τη μετάδοση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς, που μπορούν να μοιραστούν πληροφορίες και εμπειρία. Διερευνά τις δυνατότητες για την ανάπτυξη συγκεκριμένων έργων ή

δράσεων που θα αναληφθούν από καθορισμένες επιχειρησιακές ομάδες (International Association for Suicide Prevention 2013).

Πιο συγκεκριμένα στόχοι της ομάδας είναι η μελέτη σχετικά με τους ορισμούς και τις μεθοδολογίες που χρησιμοποιούνται για τον εντοπισμό και τη μεταδοτικότητα της αυτοκτονικής συμπεριφοράς, η κοινή χρήση των πληροφοριών που λαμβάνονται στον τομέα της έρευνας με τις υπόλοιπες χώρες, έτσι ώστε να διευκολυνθεί η συγκριτική διεθνής έρευνα, η διερεύνηση της πολιτικής, της αντιμετώπισης και των στρατηγικών πρόληψης διαφορετικών χωρών και η σύγκριση της αποτελεσματικότητάς τους, η αύξηση της ευαισθητοποίησης των ομάδων κινδύνου για αυτοκτονική συμπεριφορά για τους σχετιζόμενους παράγοντες κινδύνου, η δράση ως ομάδα εμπειρογνομόνων για τα άτομα και τις οργανώσεις που αναζητούν πληροφορίες και συμβουλές (International Association for Suicide Prevention 2013).

2) Ομάδες εργασίας

Οι ομάδες εργασίας δίνουν την ευκαιρία σε ερευνητές, επαγγελματίες, εθελοντές και γενικότερα στους πολίτες να εστιάσουν βαθιά σε μια συγκεκριμένη πτυχή της αυτοκτονίας και την πρόληψή της. Μέχρι στιγμής λειτουργούν 1. Ομάδα, η οποία στοχεύει στη βελτίωση της διεθνούς συνεργασίας για να τη μείωση των αυτοκτονιών στο προσωπικό των υπηρεσιών άμυνας και της αστυνομίας, 2. ομάδα επείγουσας ιατρικής, η οποία έχει δημιουργηθεί για να βελτιωθεί η σύνδεση της έρευνας και της πρακτικής μεταξύ εμπειρογνομόνων στην αυτοκτονία, την ψυχιατρική, καθώς και την επείγουσα ιατρική, 3. ομάδα γενετικής και νευρολογίας, η οποία έχει ως στόχο να φέρει σε επαφή άτομα με σαφές ενδιαφέρον για τις νευροβιολογικές πτυχές της αυτοκτονικής συμπεριφοράς και να ενθαρρύνει την έρευνα σε αυτόν τον τομέα, 4. ομάδα πιστοποίησης της αυτοκτονίας, η οποία δημιουργήθηκε για να εξηγήσει καλύτερα πώς οι αυτοκτονίες αναγράφονται στις εθνικές βάσεις δεδομένων, 5. ομάδα που ενασχολείται με το πένθος και την αυτοκτονία, 6. ομάδα, η οποία καθορίζει τις κατευθυντήριες γραμμές που προάγουν την ακριβή, υπεύθυνη και ηθική αναφορά της αυτοκτονίας στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, 7. ομάδα που δημιουργήθηκε για να συγκεντρώσει τη διαθέσιμη γνώση και την εμπειρογνομοσύνη σχετικά με αυτοκτονική συμπεριφορά στις φυλακές, προκειμένου να διευκολυνθεί η ευρύτερη διάδοση της αποτελεσματικότερης πρόληψης των αυτοκτονιών στις φυλακές και 8.

Ομάδα, η οποία στοχεύει στην αύξηση της ευαισθητοποίησης και της κατανόησης της αυτοκτονίας στα ηλικιωμένα άτομα (ό. π.).

Suicide Ecoute

Η υπηρεσία «Suicide Ecoute» ιδρύθηκε το 1994 από μία ομάδα εθελοντών. Η πρόληψη της αυτοκτονίας αποτελεί το σκοπό της λειτουργίας της. πρόκειται για το μοναδικό φορέα στη Γαλλία, ο οποίος δραστηριοποιείται μόνο με την αυτοκτονία. Η υπηρεσία λειτουργεί καθημερινά όλο το εικοσιτετράωρο μέσα από τηλεφωνική στήριξη στον αριθμό 0145394000 (Suicide Ecoute 2013).

Επιπλέον δράσεις της υπηρεσίας αφορούν, η συμμετοχή σε συνέδρια και διασκέψεις, η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση μέσω των μέσων μαζικής ενημέρωσης περιγράφοντας την εμπειρία της στο αυτοκαταστροφικό φαινόμενο. Η ίδια η υπηρεσία οργανώνει διασκέψεις και συζητήσεις κυρίως με στόχο τους νεαρό πληθυσμό για το θέμα της αυτοκτονίας και της πρόληψής του. Σχολεία, Πανεπιστήμια, Ιδρύματα και γενικά όλη η κοινότητα αποτελούν πεδία εφαρμογής της δραστηριοποίησής της (ό. π.).

American Association for Suicide

Η Αμερικανική Ένωση για την αυτοκτονία αποτελεί μία οργάνωση που στοχεύει στη διερεύνηση και πρόληψη του φαινομένου της αυτοκτονίας. Σε επιστημονικό επίπεδο δραστηριοποιείται στον τομέα της έρευνας, της εκπαίδευσης και κατάρτισης επαγγελματιών, στην εξεύρεση πόρων και στην ανάπτυξη υπηρεσιών υποστήριξης αυτοκαταστροφικών ατόμων (American Association for Suicide 2013).

Ειδικότερα, να ενθαρρύνει την ανάπτυξη και την εφαρμογή των στρατηγικών που μειώνουν την επίπτωση και την επικράτηση των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών. Τέλος να συντάξει, να αναπτύξει, να αξιολογήσει ένα ακριβές σχέδιο για την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού για τις αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές (ό. π.).

5.4 Οδηγός για αντιμετώπιση αυτοκτονίας στους εφήβους

Ο παρόν οδηγός έχει δημιουργηθεί από την Κλίμακα, απευθύνεται σε όσους εμπλέκονται στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση, σε γονείς αλλά και σε όσους επιθυμούν να εντρυφήσουν στο θέμα της αυτοκτονίας στους εφήβους (Κλίμακα 2013).

Στόχος του οδηγού είναι να ενημερώσει τους εκπαιδευτικούς για το θέμα της αυτοκτονίας στους εφήβους ώστε και εκείνοι να μπορέσουν να προλαμβάνουν και να αντιμετωπίζουν καταστάσεις καθώς το σχολείο αποτελεί για τον έφηβο ένα υποσύστημα που ασκεί επιρροή σε μεγάλο βαθμό. Σύμφωνα με τον οδηγό η πρόληψη είναι ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης και αποφυγής δυσάρεστων για το άτομο καταστάσεων (Κλίμακα 2013).

Πιο συγκεκριμένα, στον οδηγό, γίνονται γνωστοί, οι προστατευτικοί παράγοντες αλλά και οι παράγοντες κινδύνου για τους εφήβους. Παρέχονται πληροφορίες που σχετίζονται με ψυχικές διαταραχές που παρουσιάζονται στην παιδική και εφηβική ηλικία και γίνεται μνεία στο προφίλ του εφήβου που έχει αυτοκαταστροφική σκέψη και συμπεριφορά. Επίσης, παρέχονται πληροφορίες σχετικά με το πώς πρέπει ο εκπαιδευτικός να χειριστεί μια κατάσταση σε κίνδυνο όπως μια απόπειρα ή μια αυτοκτονία και γενικά τον τρόπο αντιμετώπισης μιας κατάστασης σε κρίση (Κλίμακα 2013).

Μέθοδοι αυτοκτονίας των εφήβων

Οι πιο συχνά παρατηρούμενες μέθοδοι αυτοκτονίας για τους εφήβους είναι ο απαγχονισμός, η υπερβολική δόση φαρμάκων ή φυτοφαρμάκων, το «κόψιμο» των φλεβών, η χρήση όπλων αλλά και ο θάνατος οφειλόμενος από πτώση από μεγάλο ύψος. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο έφηβος, αυτοκτονεί ανάλογα με πιο μέσο έχει στη διάθεσή του. Τα αγόρια συχνά επιλέγουν πιο βίαιες μεθόδους αυτοκτονίας από τα κορίτσια (Κλίμακα 2013).

Αυτοκτονία και διαδίκτυο

Η επιρροή που ασκεί το διαδίκτυο παίρνει μεγάλες διαστάσεις ιδιαίτερα σε μια ευάλωτη για το άτομο περίοδο της ζωής του όπως είναι η εφηβική. Ένας νέος με χαμηλή αυτοεκτίμηση, ανασφάλεια, αίσθημα μειονεξίας και απουσία υγιών διαπροσωπικών σχέσεων, βρίσκει καταφύγιο σε δημιουργία κοινωνικών σχέσεων μέσω του internet που δεν αποκλείεται να αποβούν επιζήμιες για εκείνον. Έχουν αναφερθεί πολυάριθμες περιπτώσεις ομαδικών αυτοκτονιών που διοργανώθηκαν μέσω του διαδικτύου αλλά και περιπτώσεις δημοσιοποίησης «τρόπων αυτοκτονίας» από site που παρουσιάζουν την αυτοκτονία ως θετικό γεγονός και παρακινούν το άτομο να την διαπράξει (Κλίμακα 2013).

Η υγιής σχέση με το οικογενειακό, σχολικό και κοινωνικό περιβάλλον μπορούν να αποτελέσουν ανασταλτικό παράγοντα για την απόπειρα αλλά και την πραγματοποίηση αυτοκτονικών συμπεριφορών (ο.π).

Αναφορά στους παράγοντες κινδύνου

Σύμφωνα με τον οδηγό, παράγοντα κινδύνου αποτελεί σε μεγάλο βαθμό το δυσλειτουργικό οικογενειακό περιβάλλον το οποίο αποτελεί στρεσογόνο παράγοντα υψηλού κινδύνου. Αναφορικά, οι στρεσογόνες καταστάσεις, δυσάρεστα γεγονότα που ενδέχεται να έχουν συμβεί στο σχολείο, στις παρέες, στο σπίτι, κάποια ψυχική διαταραχή των γονέων, η ανεργία, η χρήση ουσιών ή η αντικοινωνική συμπεριφορά τους, μπορούν να οδηγήσουν τον έφηβο στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (Κλίμακα 2013).

Όταν το παιδί νιώσει ότι απορρίπτεται από τους γονείς του, βιώσει την κακοποίηση, το θάνατο ενός γονέα, το χωρισμό των γονέων ή την ύπαρξη καυγάδων στην οικογένεια, μπορεί να αποκτήσει αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Επίσης ο δεσποτικός γονέας, ο υπερπροστατευτικός αλλά και εκείνος που δε βοηθά το νέο να αναπτύξει επικοινωνιακές δεξιότητες και δεξιότητες έκφρασης του συναισθήματος, μπορεί να αποτελέσει παράγοντα κινδύνου. Άλλοι παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα αυτοκτονίας στον έφηβο είναι ο χωρισμός από τον ερωτικό σύντροφο, η βίωση απώλειας ενός αγαπημένου προσώπου, οι δύσκολες σχέσεις με συνομηλίκους, το αίσθημα της μοναξιάς, οι πιθανές εμπλοκές του με το νόμο, η βίωση της αυτοκτονίας κάποιου κοντινού προσώπου, η χρήση ουσιών, οι συχνές μετακομίσεις

σπιτιού, η σχολική αποτυχία, κάποια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, η φυγή από το σπίτι, η κακοποίηση, κάποια ανίατη ασθένεια, οι φυσικές καταστροφές (Κλίμακα 2013).

Η εμφάνιση και άλλης απόπειρας στο παρελθόν του ίδιου του εφήβου ή κάποιου συγγενικού προσώπου καθώς και οι ψυχικές διαταραχές μπορούν να οδηγήσουν το νέο στην αυτοκτονία. Όσον αφορά τις ψυχικές διαταραχές, οι πιο συχνές στους εφήβους είναι οι διαταραχές του συναισθήματος όπως είναι η μείζων καταθλιπτική διαταραχή και η διπολική διαταραχή (μανιοκατάθλιψη), η κατανάλωση αλκοόλ, η χρήση ναρκωτικών ουσιών, οι αγχώδεις διαταραχές, οι διαταραχές της διατροφής (ανορεξία και βουλιμία), η σχιζοφρένεια και η διαταραχή της διαγωγής (Κλίμακα 2013).

Κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες όπως η χαμηλή κοινωνικοοικονομική τάξη, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο του νέου και της οικογένειας αλλά και η ανεργία, συντελούν στην εμφάνιση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Το ίδιο ισχύει και όταν ο νέος βιώνει τη μετανάστευση όπου και αναγκάζεται να αντιμετωπίσει μεταβολές στον τρόπο ζωής του αλλά και να προσαρμοστεί σε καταστάσεις δύσκολες για αυτόν. Όσον αφορά τον σεξουαλικό προσανατολισμό του νέου, όταν εκείνος εκδηλώνει ομοφυλοφιλικές τάσεις, δέχεται ένα είδος ψυχολογικού πολέμου από τους συνομηλίκους του, κάτι το οποίο επιδρά αρνητικά στον έφηβο και εκκολάπτει κινδύνους για εμφάνιση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Ο σχολικός εκφοβισμός (bullying) αποτελεί επίσης παράγοντα κινδύνου. Το bullying είναι υπαίτιο για πρόκληση λεκτικής, σωματικής και ψυχολογικής βίας. Ο έφηβος, δέχεται απειλές, τρομοκρατικά χτυπήματα, προσβολές, εξαναγκασμούς και κακοποίηση από τον θύτη (Κλίμακα 2013).

Χαρακτηριστικά προσωπικότητας ενός αυτοκαταστροφικού εφήβου

Ένας αυτοκαταστροφικός έφηβος, είναι συνήθως συναισθηματικά ασταθής, παρορμητικός, επιθετικός και ευερέθιστος. Έχει πολωτικό τρόπο σκέψης, ελαχιστοποιεί ή μεγιστοποιεί καταστάσεις και εκδηλώνει προκλητική συμπεριφορά που στόχο έχει την προσέλκυση βλεμμάτων. Επικεντρώνει την προσοχή του σε κάτι αρνητικό και δεν λαμβάνει υπόψη θετικά στοιχεία που ίσως συνυπάρχουν. Επίσης, ο νέος, πιθανόν να έχει προσδοκίες που δεν αντιπροσωπεύουν την πραγματικότητα, έντονο πεσσιμιστικό συναίσθημα και δυσκολία στην επίλυση προβλημάτων. Υπάρχει

πιθανότητα ακόμα, εμφάνισης αυταρχικής συμπεριφοράς που στόχο έχει να καλύψει αισθήματα αναξιότητας και μειονεξίας (Κλίμακα 2013).

Σημάδια που προειδοποιούν πως ο έφηβος είναι αυτοκαταστροφικός

Οποιαδήποτε αλλαγή στη συμπεριφορά αντιληφθεί ο δάσκαλος, ο γονέας, ο φίλος του εφήβου, είναι επίφοβη για την εμφάνιση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, οπότε κρίνεται αναγκαία η αναφορά πιθανών αλλαγών συμπεριφοράς από τον παρόν οδηγό. Η συνύπαρξη στον έφηβο πολλών και διαφορετικών συναισθημάτων, η κυκλοθυμία, η κατατονία, η καταθλιπτική διάθεση, η παραμέληση της εξωτερικής εμφάνισης και της ατομικής υγιεινής, η απώλεια ενδιαφέροντος, η σκέψη και η έκφραση του θανάτου, είναι πιθανές ενδείξεις. Επίσης, ο έφηβος, αν απομονώνεται, χάνει το ενδιαφέρον του για το σχολείο και τη γνώση, κάνει χρήση ουσιών, έχει ριψοκίνδυνη ή παραβατική συμπεριφορά και παρουσιάζει δυσκολίες στην ανάπτυξη υγιών σχέσεων, ενδέχεται να έχει και αυτοκτονικές τάσεις. Ο περίγυρος του εφήβου, εάν παρατηρήσει και περίεργες συμπεριφορές όπως το να αποχαιρετά τους γύρω του με έμμεσο ή άμεσο τρόπο στέλνοντας διάφορα μηνύματα, να χαρίζει αγαπημένα αντικείμενα ή να έχει μια ξαφνικά χαρούμενη διάθεση μετά από μακρόχρονη καταθλιπτική περίοδο, σημαίνει πως υπάρχει το ενδεχόμενο ο έφηβος να αποπειραθεί να τερματίσει τη ζωή του (Κλίμακα 2013).

Αναφορά στους παράγοντες προστασίας

Η υποστήριξη της οικογένειας και οι ανάπτυξη αρμονικών σχέσεων μεταξύ των μελών της, μπορούν να συντελέσουν στην αποφυγή εμφάνισης αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Επίσης, τα στοιχεία της προσωπικότητας του εφήβου που θα τον βοηθήσουν να αντεπεξέλθει στις δυσκολίες δημιουργούν ένα δυναμικό αμυντικό τείχος. Τέτοια στοιχεία είναι η εμπιστοσύνη που ενδεχομένως έχει στον εαυτό του, η διαχείριση των συναισθημάτων του, οι κοινωνικές δεξιότητες καθώς και η δημιουργία υγιών και σταθερών σχέσεων και τρόπου ζωής. Το να γνωρίζει να αναζητά βοήθεια και συμβουλές, να βάζει στόχους, να κάνει σχέδια και όνειρα για το μέλλον αλλά και να μην «παραδίδει εύκολα τα όπλα» τον βοηθά στο να αντιμετωπίσει δυσάρεστες καταστάσεις που χρήζουν αποφυγής. Ακόμα,

κοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες όπως η ομαλή ένταξη του εφήβου σε προγράμματα της κοινότητας, η θετική αλληλεπίδραση με συνομηλίκους και ενηλίκους αλλά και παράγοντες που σχετίζονται με το δικαίωμα του εφήβου για παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, αποτελούν εύλογα παράγοντες προστασίας για αποφυγή αυτοκτονικής συμπεριφοράς (Κλίμακα 2013).

Παρέμβαση

Η παρέμβαση για την αντιμετώπιση της αυτοκτονίας στους εφήβους, χωρίζεται σε τέσσερα επιμέρους στάδια. Το πρώτο στάδιο καλείται σχέδιο παρέμβασης και τελείται προτού κάνει την εμφάνιση του ο κίνδυνος. Τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο, η έγκαιρη διάγνωση και εκτίμηση του κινδύνου είναι απαραίτητη και η αντιμετώπιση του εφήβου με την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, πρέπει να γίνει με κατάλληλα μέσα. Επίσης, είναι αναγκαία η ενημέρωση των γονέων από το σχολείο, για υπηρεσίες που σχετίζονται με την πρόληψη και αντιμετώπιση της αυτοκτονίας αλλά και για υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Το οικογενειακό περιβάλλον, οφείλει να ενημερωθεί άμεσα για την κατάσταση εάν το πρόβλημα παρατηρηθεί στο σχολικό χώρο και να υπάρξει παρέμβαση σε κρίση όπου αυτό κριθεί απαραίτητο (Κλίμακα 2013).

Το δεύτερο στάδιο αφορά την αναγνώριση του κινδύνου η οποία γίνεται λαμβάνοντας υπόψη τους παράγοντες κινδύνου και τα προειδοποιητικά σημάδια και τους κατάλληλους τρόπους χειρισμού ενός αυτοκτονικού εφήβου. Οι εκπαιδευτικοί που είναι υπεύθυνοι για το στάδιο αυτό, πιθανόν να αντιμετωπίσουν δυσκολίες στο πως θα πλησιάσουν το μαθητή αλλά και πως θα διαχειριστούν δικά τους αρνητικά συναισθήματα ή θέματα που αφορούν την οικογένεια. Στη συγκεκριμένη χρονική περίοδο, κρίνεται αναγκαία μια συζήτηση που πραγματοποιείται μεταξύ εκπαιδευτικού και εφήβου η οποία επικεντρώνεται εις βάθος στο πρόβλημα και διακατέχεται από εχεμύθεια και εμπιστοσύνη. Μόλις γίνει αναγνώριση της επικίνδυνης κατάστασης, χρήζουν απαραίτητες οι άμεσες, δραστικές λύσεις ενέργειες αποφεύγοντας να αφεθεί μόνος του ο ευάλωτος έφηβος. Σε περίπτωση κατοχής επικίνδυνων, θανατηφόρων μέσων είναι απαραίτητη η απομάκρυνση αυτόν από τον αυτοκαταστροφικό έφηβο. Έπειτα πρέπει να γίνει ενημέρωση του διευθυντή του σχολείου, των μελών της ομάδας παρέμβασης, της οικογένειας, των ειδικών ψυχικής υγείας που εργάζονται σε κοινοτικό πλαίσιο συνεργασίας με το σχολείο και να

δηλωθούν σε αυτές περιπτώσεις κακοποίησης και παραμέλησης. Σε περίπτωση ακούσιας συνεργασίας του εφήβου, κρίνεται αναγκαία η κλήση σε υπηρεσία άμεσης παρέμβασης (Κλίμακα 2013).

Το τρίτο στάδιο αφορά την περίοδο μετά την απόπειρα ή την πραγματοποίηση της αυτοκτονίας η οποία είναι και η πιο επώδυνη για τον οικογενειακό, σχολικό και κοινωνικό περίγυρο του εφήβου. Στην περίπτωση αυτή, υπάρχει κίνδυνος, συμμαθητές του νέου αλλά και άλλοι έφηβοι που έμαθαν το συμβάν μέσω Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης ή μέσω της «γειτονιάς», να μιμηθούν την αυτοκτονική συμπεριφορά με αποτέλεσμα, ο κίνδυνος να μην σταματά. Ο ρόλος που έχει η ομάδα παρέμβασης, έγκειται στο να πληροφορήσουν μαθητές και εργασιακό προσωπικό του σχολείου για την προβληματική κατάσταση, να εντοπίσουν με ειδικά μέσα τους εφήβους, τις οικογένειες και τους δασκάλους που χρήζουν βοήθειας, αλλά και να καλέσουν εξωτερική βοήθεια από ειδικούς ψυχικής υγείας (Κλίμακα 2013).

Το τέταρτο στάδιο αφορά την επανένταξη του αποπειραθέντος εφήβου στο σχολείο μετά από πιθανή νοσηλεία του σε νοσοκομείο και παρακολούθησή του από ειδικούς ψυχικής υγείας οι οποίοι συνεχίζουν το έργο τους και μετά τη νοσηλεία για όσο χρόνο χρειαστεί (ο.π)

Πρόληψη

Όσον αφορά την πρόληψη της εφηβικής αυτοκτονίας, σημαντική είναι η κατάρτιση των εκπαιδευτικών πάνω σε θέματα ψυχικής υγείας ώστε να μάθουν να διαγιγνώσκουν και να προλαμβάνουν περιπτώσεις αυτοκαταστροφικού εφήβου. Η θετική ενίσχυση και ενδυνάμωση δασκάλων και καθηγητών που βιώνουν κάποια δυσλειτουργική κατάσταση, η ευαισθητοποίηση γονέων για θέματα ψυχικής υγείας με διεξαγωγή ομιλιών και ημερίδων και η καταπολέμηση του σχολικού εκφοβισμού (bullying) αποτελούν επίσης σημαντικές δράσεις πρόληψης. Τέλος, η ενδυνάμωση μαθητών και η ενίσχυση τους ώστε να μάθουν να βασίζονται στον εαυτό τους, να εκφράζουν τα συναισθήματά τους και να επικοινωνούν χωρίς δυσκολίες, συμβάλλουν στην αποτροπή της απόπειρας ή πραγματοποίησης αυτοκτονίας (Κλίμακα 2013).

Σύμφωνα με το συμβούλιο της Ευρώπης, το πρόγραμμα ενημέρωσης αποτελεί μέτρο πρόληψης της αυτοκτονίας απευθυνόμενο στους εφήβους και έχει σκοπό να αποτρέψει την αυτοκτονία. Αυτό πραγματοποιείται μέσω της κατανόησης των νέων ότι η συγκεκριμένη πράξη δεν αποτελεί την εσχάτη λύση των προβλημάτων ούτε

επιδεικνύει ηρωισμό. Επίσης, το πρόγραμμα, τους διδάσκει πώς να ανιχνεύουν αυτοκαταστροφικές τάσεις στο ευρύ τους περιβάλλον και πώς να αναζητήσουν βοήθεια για τους ίδιους ή για άλλα ευπαθή άτομα (Κλίμακα 2013).

5.5 Οδηγός για την αναγνώριση του αυτοκαταστροφικού ασθενούς

Ο παρόν οδηγός έχει δημιουργηθεί από την Κλίμακα, σαν πηγή πληροφοριών, έχει αντληθεί από την Κλίμακα. Απευθύνεται σε γιατρούς και σε άλλους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και ενδέχεται να αντιμετωπίσουν περιστατικά αυτοκαταστροφής και αυτοκτονίας. Στόχος του οδηγού είναι να πληροφορήσει τους επαγγελματίες σχετικά με τη διάσταση του προβλήματος της αυτοκτονίας και να τους προωθήσει γνώση σχετικά με το πως να αναγνωρίζουν και να προβλέπουν μια ενδεχόμενη περίπτωση αυτοκτονικού ασθενή (Κλίμακα 2013).

Αξίζει να σημειωθεί πως, οι περισσότεροι ασθενείς απευθύνονται σε γιατρούς άλλων ειδικοτήτων και όχι σε ψυχιάτρους, με την αφορμή παθολογικών συμπτωμάτων τα οποία πιθανότατα πηγάζουν από κάποια ψυχική διαταραχή που οδηγεί σε αυτοκτονία. Το ποσοστό εκείνων που υποφέρουν από κατάθλιψη, ανέρχεται στο 30% (Κλίμακα 2013).

Αυτοκαταστροφικότητα

Ως αυτοκαταστροφικός δεν θεωρείται μόνο εκείνος ο οποίος θα αποπειραθεί ή θα πραγματοποιήσει τερματισμό της ζωής του. Αυτοκαταστροφή εκδηλώνεται και μέσα από πληθώρα σκέψεων όπως ο αυτοκτονικός ιδεασμός και πράξεων στρεφόμενων εναντίον του ίδιου του ατόμου (Κλίμακα 2013).

Αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές μπορούν να αποτελέσουν, οι άμεσες και έμμεσες συμπεριφορές υψηλού κινδύνου όπως είναι η επικίνδυνη οδήγηση και η ρισκίνδυνη σεξουαλική δραστηριότητα αντίστοιχα, οι χρόνιες αυτοκτονίες όπως είναι ο θάνατος από αλκοολισμό και χρήση ουσιών αλλά και ο θάνατος από μη

τήρηση των φαρμακευτικών αγωγών σε περιπτώσεις χρόνιων ασθενών (Κλίμακα 2013).

Στον οδηγό, αναφέρεται ο ορισμός της παρά – αυτοκτονικής συμπεριφοράς όπως έχει οριστεί από τον Π.Ο.Υ και ο οποίος συμπεριλαμβάνει και την απόπειρα αυτοκτονίας. Συνεπώς, παρά – αυτοκτονική συμπεριφορά : *«είναι μια πράξη χωρίς θανατηφόρο αποτέλεσμα, κατά την οποία το άτομο εμφανίζει μία μη συνήθη συμπεριφορά χωρίς την παρέμβαση άλλων, η οποία προκαλεί αυτοτραυματισμό ή χαρακτηρίζεται από τη λήψη φαρμακευτικής ουσίας σε πολύ μεγαλύτερη από τη θεραπευτική δόση και η οποία συμπεριφορά έχει ως στόχο την επίτευξη αλλαγών που το άτομο επιθυμεί μέσω των πραγματικών ή των αναμενόμενων σωματικών επιπτώσεων – βλαβών»* (Οδηγός για την αναγνώριση του αυτοκαταστροφικού ασθενή 2013: 14).

Ο παρά – αυτοκτονικός ασθενής συνήθως καταφεύγει στον αυτοτραυματισμό ή τον αυτοακρωτηριασμό χωρίς πάντα να επιδιώκει την αυτοχειρία. Το συχνότερο προφίλ αυτών των ασθενών είναι νεαρής ηλικίας άτομα και γυναίκες στο φύλο (Κλίμακα 2013).

Όσον αφορά τον αυτοτραυματισμό γενικά, παρατηρούνται στα άτομα που προσέρχονται σε χώρους πρωτοβάθμιας περίθαλψης, βαθιά τραύματα από μαχαίρια, ξυράφια ή γυαλιά, συνήθως στα μπράτσα, τους καρπούς και τις κνήμες. Το συναισθηματικό προφίλ των ατόμων αυτών απεικονίζεται με αισθήματα θυμού για τον εαυτό τους και τους άλλους. Είναι επίσης πολύ συχνό, να έχουν κάποια ψυχική πάθηση ή κάποια διαταραχή προσωπικότητας (Κλίμακα 2013).

Στον οδηγό επίσης περιγράφονται οι παράγοντες κινδύνου αυτοκτονικής συμπεριφοράς οι οποίοι αναφέρονται παραπάνω στην εργασία.

Οι παράγοντες κινδύνου χωρίζονται σε :

- α) κοινωνικοδημογραφικοί : φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εργασία*1
- β) ψυχική νόσος : διαταραχές συναισθήματος (κατάθλιψη), αλκοολισμός*2, ουσιοεξάρτηση*3, σχιζοφρένεια*4, διαταραχές προσωπικότητας*5(αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας, οριακή διαταραχή προσωπικότητας), αγχώδεις διαταραχές (συμπτώματα κρίσης πανικού), ψυχογενής ανορεξία*6
- γ) ιστορικό προηγούμενης απόπειρας
- δ) στρεσογόνα γεγονότα ζωής όπως είναι οι δυσλειτουργικές διαπροσωπικές σχέσεις, η ανεργία, οι απώλειες, ο φόβος, το άγχος κ.ά.
- ε) σωματική νόσος
- στ) φαρμακευτική αγωγή (Κλίμακα 2013).

*1.Επαγγελματική εξουθένωση (burn out)

Ο οδηγός, ορίζει το burn out ως «την εξάντληση των σωματικών και συναισθηματικών δυνάμεων που προκύπτει λόγω παρατεταμένου εργασιακού στρες. Με τον όρο εργασιακό στρες εννοούνται οι δυσκολίες και οι πιέσεις που αντιμετωπίζει ο επαγγελματίας στο χώρο εργασίας του» (Οδηγός για την αναγνώριση του αυτοκαταστροφικού ασθενή 2013: 19).

Έχουν παρατηρηθεί αυξημένα ποσοστά αυτοκτονίας σε επαγγελματίες υγείας όπως γιατρούς, νοσηλευτές, αναισθησιολόγους, ψυχιάτρους, χειρουργούς αλλά και σε δικηγόρους. Οι υψηλές απαιτήσεις αλλά και οι πολλές ώρες εργασίας τους προκαλούν άγχος, πίεση, συναισθηματική κόπωση, δυσαρέσκεια, ανικανοποίηση και ανικανότητα να ανταποκριθούν στα καθήκοντα τους με αποτέλεσμα να οδηγούνται στην κατάθλιψη και την εργασιακή εξουθένωση (Κλίμακα 2013).

Σωματικά συμπτώματα που πιθανόν εμφανίζονται στα άτομα αυτά είναι η κόπωση, οι μυαλγίες, ο πονοκέφαλος, η αϋπνία, αναπνευστικά προβλήματα και προβλήματα στην πέψη, υπέρταση κ.ά (ο.π).

Η αντιμετώπιση του burn out πραγματώνεται με βελτίωση των εργασιακών συνθηκών αλλά και με βοήθεια από ψυχολόγους ή ψυχιάτρους καθώς το άτομο μπορεί να οδηγηθεί στην κατάθλιψη, στη χρήση ουσιών αλλά και στην αυτοκτονία (Κλίμακα 2013).

*2 ενδείκνυται ότι το 15% των αλκοολικών ατόμων πραγματοποιούν απόπειρα αυτοκτονίας. Το προφίλ τους: άντρες, μεσήλικες, άγαμοι, κοινωνικά απομονωμένοι, έχουν υποστεί κάποια απώλεια πρόσφατη.

Παράγοντες κινδύνου: χρήση αλκοόλ από μικρή ηλικία, χρόνια χρήση, κακή σωματική και ψυχική υγεία (κατάθλιψη), βίωση απώλειας, αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας (Κλίμακα 2013).

*3 όπως αναφέρεται στον οδηγό, οι χρήστες ουσιών, αυτοκτονούν 20 φορές περισσότερο από τον υπόλοιπο πληθυσμό. Παράγοντες κινδύνου : υπερβολική δόση που οδηγεί στο θάνατο, ενδοφλέβια χρήση, αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας, αποδιοργάνωση στον τρόπο διαβίωσης, παρορμητικότητα (Κλίμακα 2013).

*4 τα συμπτώματα που εμφανίζονται σε σχιζοφρενείς ασθενείς είναι οι ψευδαισθήσεις, οι παραληρητικές ιδέες, η αποδιοργανωτική σκέψη, η ανυπαρξία λήψης πρωτοβουλιών, η έλλειψη βούλησης, η κοινωνική απομόνωση, η παραμέληση ατομικής υγιεινής κ.ά (ο.π).

Όσον αφορά την αυτοκτονία, είναι η κύρια αιτία θανάτου για αυτά τα άτομα και την πραγματοποιούν τα πρώτα χρόνια εμφάνισης της νόσου ή μετά την λήξη της νοσηλείας τους. Η κατάθλιψη είναι η κύρια συνοδή διαταραχή. Η ύπαρξη ψευδαισθήσεων αλλά και διωκτικού παραληρήματος μπορούν να οδηγήσουν το σχιζοφρενή ασθενή στην αυτοκτονία. Παράγοντες κινδύνου: μικρή ηλικία, άντρας, μοναχικός, ανεργία, καταθλιπτικά συμπτώματα, πρόσφατη λήξη νοσηλείας, ενεργός φάση της νόσου, συχνό το φαινόμενο των υποτροπών, προηγούμενες απόπειρες, ψευδαισθήσεις, παρανοϊκός ιδεασμός, φόβος για απώλεια λειτουργικότητας (Κλίμακα 2013).

*5 αρκετά συχνά, η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, συνάδει με διαταραχές προσωπικότητας οι οποίες, δυσχεραίνουν τις διαπροσωπικές σχέσεις και την κοινωνική προσαρμογή, καταστούν το άτομο ανίκανο να ανταπεξέλθει στις δυσκολίες της ζωής, οδηγούν το άτομο στην κατάθλιψη και τη χρήση ουσιών (Κλίμακα 2013).

*6 υπολογίζεται ότι η εμφάνιση ψυχογενούς ανορεξίας είναι πιο συχνή στις γυναίκες και η έναρξή της πραγματοποιείται στην εφηβική και την πρώιμη ενήλικη ζωή του ασθενούς. Τα συμπτώματα ενός ανορεκτικού ασθενούς είναι ο φόβος μήπως αποκτήσουν περιττό βάρος, η ελάττωση της τροφής, η βουλιμία που ακολουθείται από πρόκληση εμετού, η υπερβολική άθληση κάποιες φορές, τα προβλήματα υγείας και η εμφάνιση κατάθλιψης η οποία μπορεί να οδηγήσει στην αυτοκτονία (Κλίμακα 2013).

Εκτός από τους παράγοντες κινδύνου, υπάρχουν και οι νευροβιολογικοί και γενετικοί παράγοντες που συμβάλουν στην αυτοκτονία, σύμφωνα με τον οδηγό.

Όσον αφορά τους νευροβιολογικούς παράγοντες, παρατηρείται πως υπάρχει σχέση μεταξύ νευροδιαβιβαστών του εγκεφάλου και του άξονα υποθάλαμος – υπόφυση – επινεφρίδια με το θέμα της αυτοκτονίας (Κλίμακα 2013).

Έχει βρεθεί στον εγκέφαλο αυτοχείρων, μείωση της σεροτονινεργικής δραστηριότητας (που σχετίζεται με βίαιες μεθόδους αυτοκτονίας) και χαμηλά επίπεδα του κύριου μεταβολίτη της σεροτονίνης στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό. Επίσης, τα χαμηλά επίπεδα χοληστερόλης ορού σχετίζονται με τον αυτοκτονικό ιδεασμό πιθανότατα λόγω μειωμένης σύνθεσης σεροτονίνης στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κλίμακα 2013).

Όσον αφορά τους γενετικούς παράγοντες, από μελέτες, φαίνεται πως οι μονοζυγωτικοί δίδυμοι συμφωνούν με την αυτοκτονία περισσότερο από τους διζυγωτικούς. Επίσης, παρατηρούνται πιο συχνές αυτοκτονίες στις βιολογικές οικογένειες υιοθετημένων παιδιών που κάνουν απόπειρα σε σύγκριση με τις βιολογικές οικογένειες υιοθετημένων παιδιών που δεν είναι αυτοκτονικά. Συνεπώς η γενετική προδιάθεση για την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, σχετίζεται με τη γενετική προδιάθεση για εμφάνιση ψυχικών διαταραχών και τη γενετική προδιάθεση για εμφάνιση επιθετικής συμπεριφοράς και άλλων μορφών δυσλειτουργικής συμπεριφοράς (Κλίμακα 2013).

Το μοντέλο stress – diathesis

Αναφορικά με το μοντέλο αυτό, υπολογίζεται ότι η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά είναι απόρροια στρεσογόνων καταστάσεων που συμβαίνουν σε ένα άτομο το οποίο είναι αδύναμο να αντεπεξέλθει σε παρόμοιες καταστάσεις. Ένα άτομο δηλαδή που έχει αυτοκτονική προδιάθεση. Οι παράγοντες που καθορίζουν την αυτοκτονική προδιάθεση ποικίλουν και χωρίζονται σε γενετικούς, βιολογικούς και ψυχολογικούς (Κλίμακα 2013).

Στη συνέχεια, παρουσιάζεται στον οδηγό συνοπτικά το πώς σκέφτεται ένας αυτοκαταστροφικός ασθενής έτσι ώστε να κατανοήσουν επαγγελματίες σε βάθος κάποια κύρια γνωρίσματα των σκέψεών τους (ο.π).

Αναφέρονται η επιλεκτική αφαίρεση, η υπεργενίκευση και η διχοτόμηση στη σκέψη, ο δύσκαμπτος και απόλυτος τρόπος σκέψης, η απορρόφησή στις παρούσες προβληματικές καταστάσεις και η αδιαφορία για ευχάριστες αναμνήσεις που πιθανόν είχαν ή για θετικά σχέδια για το μέλλον. Τέλος αναφέρεται η αμφιθυμία που νιώθουν οι αυτοκαταστροφικοί ασθενείς και τα ποικίλα και διαφορετικά συναισθήματα που έχουν για τη ζωή και το θάνατο (Κλίμακα 2013).

Όσον αφορά το πώς θα αναγνωρίσουμε πως ένας ασθενής είναι αυτοκαταστροφικός, στον οδηγό αναφέρεται η αναγκαιότητα λήψης ιστορικού από τον επαγγελματία κάτω από συνθήκες απόλυτης ηρεμίας έτσι ώστε να αναπτυχθεί εμπιστευτικό κλίμα. Ο επαγγελματίας θα κατανοήσει την κατάσταση με τη βοήθεια της λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας που θα έχει με τον ασθενή. Παραδείγματα μη λεκτικά είναι η έντονη ανησυχία, η κακή ατομική υγιεινή, το άγχος, η υποτονικότητα που πιθανολογούν κατάθλιψη ή κάποια άλλη ψυχική διαταραχή (ο.π).

Τα άτομα τα οποία είναι πιο ευάλωτα στο να εκδηλώσουν κάποια αυτοκαταστροφική συμπεριφορά είναι εκείνοι που νοσούν ψυχικά ή σωματικά, εκείνοι που έχουν κάποιο ιστορικό αυτοκτονίας στην οικογένεια, οι χρήστες ουσιών, εκείνοι που έχουν βιώσει κάποια απώλεια και αυτοί που βιώνουν την κοινωνική απομόνωση. Επίσης, άτομα με δυσλειτουργικές διαπροσωπικές σχέσεις, πεσιμιστικές σκέψεις που αφορούν και το θάνατο ή την αυτοκτονία, με απώλεια ενδιαφέροντος, με μεταβολές στη διατροφή και τον ύπνο, με αισθήματα ενοχής και ντροπής, αλλά και άτομα που ξαφνικά αποφασίζουν να ολοκληρώσουν υποθέσεις προσωπικές, είναι πολύ πιθανό να σχηματίζουν το προφίλ αυτοκτονικού ασθενή (Κλίμακα 2013).

Σε περίπτωση που ο γιατρός ή ο επαγγελματίας πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αναγνωρίσει κάποιο παρόμοιο σύμπτωμα, προσπαθεί να αντιμετωπίσει τον ασθενή όσο πιο διακριτικά και ήρεμα μπορεί, μέσα στο πλαίσιο μιας ήδη καλά δομημένης και εμπιστευτικής επαγγελματικής σχέσης (ο.π).

Η προσέγγιση του ασθενή θα γίνει με περισσότερο ανοιχτού τύπου ερωτήσεις στην αρχή και έπειτα με πιο άμεσες, για να κατανοηθεί ο κίνδυνος. Αφού ο επαγγελματίας, νιώσει σίγουρος για την ύπαρξη επικινδυνότητας, πραγματοποιεί πιο συγκεκριμένες ερωτήσεις και όταν αντιληφθεί τον αυτοκαταστροφικό ασθενή, του κάνει ερωτήσεις σχετικές με ιστορικό αυτοκτονίας, χρήση ουσιών, ψυχική νόσο και προηγούμενες απόπειρες. Έπειτα, ο ασθενής, αφού εκφράσει τους λόγους για τους οποίους δεν έχει πραγματοποιήσει ακόμα την αυτοκτονία, θα ενισχυθεί θετικά από τον επαγγελματία για τους συγκεκριμένους λόγους ούτως ώστε να αποφευχθεί η πράξη. Σε καμία περίπτωση, ο επαγγελματίας δεν πρέπει να χάσει την ψυχραιμία του ή να νιώσει φόβο για αυτά που θα ακούσει. Η προσεκτική ακρόαση και η κατανόηση είναι βασικές δεξιότητες (Κλίμακα 2013).

Σχετικά με τη χορήγηση αγχολυτικών ή αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, την πραγματοποιεί μόνο ο ψυχίατρος, δεν συνίσταται η χορήγηση από ιατρούς άλλων ειδικοτήτων. Ο ιατρός που θα διαγνώσει έναν αυτοκαταστροφικό ασθενή, θα πρέπει να κινηθεί μεθοδικά - σε συνεννόηση πάντα με τον ασθενή - και να ξεκινήσει με επιτόπια έρευνα για το περιβάλλον του ασθενή και κατά πόσο είναι υποστηρικτικό. Οφείλει να τους γνωστοποιήσει την κατάσταση και την ενδεχόμενη παρακολούθηση του ατόμου από ψυχίατρο (η οποία είναι πάντα απαραίτητη). Επίσης, η συνεχής επικοινωνία επαγγελματία – ασθενή και ο προγραμματισμός επόμενου ραντεβού, του προσδίδουν κίνητρα να συνεχίσει τη συνεργασία με τον γιατρό (Κλίμακα 2013).

Η παραπομπή του ατόμου σε κάποιο ψυχίατρο ή στη Γραμμή Άμεσης Παρέμβασης για την Αυτοκτονία, πρέπει να γίνει άμεσα. Πολύ σημαντικό στην προκείμενη επαγγελματική σχέση είναι το follow up. Ο επαγγελματίας οφείλει να παρακολουθεί την πορεία του ασθενούς με σκοπό να γνωρίζει σταδιακά την βελτίωση και την ενδεχόμενη υποτροπή. Να εδραιωθεί μια υποστηρικτική επαγγελματική σχέση στην οποία ο ασθενής δεν θα νιώθει παραμελημένος μέχρι και τη στιγμή που θα ξεπεράσει τελείως το πρόβλημα. Αξίζει να σημειωθεί πως εάν ο επαγγελματίας αντιληφθεί μια αναπόφευκτα επικίνδυνη κατάσταση, συνιστά την νοσηλεία του ασθενή σε ψυχιατρική κλινική μετά από ενημέρωση της οικογένειας (Κλίμακα 2013).

Τα ενδεχόμενα προβλήματα που παρατηρούνται όσον αφορά τη διάγνωση και την αντιμετώπιση του αυτοκαταστροφικού ασθενούς έγκεινται στο ότι δεν υπάρχει πλήρης πληροφόρηση σχετικά με το θέμα, οι πολλές ώρες εργασίας των επαγγελματιών καθιστούν δύσκολη την επικοινωνία με τον ασθενή και το στίγμα της ψυχικής νόσου, δυσχεραίνει την κατάσταση. Επίσης πιστεύεται πως οι περιπτώσεις αυτοκαταστροφής είναι αρμοδιότητα μόνο των ψυχολόγων ή των ψυχιάτρων και επίσης ότι το θέμα δεν χρειάζεται να παίρνει διαστάσεις καθώς είναι εύκολο να ξεπεραστεί (Κλίμακα 2013).

Άλλο πρόβλημα που παρατηρείται είναι στην περίπτωση που ο ασθενής κατοικεί στην επαρχία όπου οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας εκλείπουν και είναι συγκεντρωμένες στις αστικές περιοχές, οπότε υποχρεούται να μεταφερθεί εκεί. Σε μια κλειστή κοινωνία όπως είναι κάποια επαρχιακή περιοχή, το στίγμα παίρνει εντονότερες διαστάσεις και καθιστά την αντιμετώπιση του προβλήματος δυσκολότερη (Κλίμακα 2013).

Αξίζει να σημειωθεί ότι σε περιπτώσεις αναγκαιότητας για νοσηλεία του ασθενούς χωρίς τη θέλησή του, η εμπλοκή ιατρών, της αστυνομίας και του εισαγγελέα, είναι αναγκαία. Τα παραπάνω, επηρεάζουν αρνητικά το άτομο, την οικογένεια του αλλά και την τοπική κοινότητα (Κλίμακα 2013).

Παρακάτω στον οδηγό αναφέρονται οι δράσεις πρόληψης που διαχωρίζονται σε πρωτογενείς, δευτερογενής και τριτογενείς όπως αναφέρονται και παραπάνω στην εργασία.

Ψυχολογική αυτοψία

Σε χώρες όπως η Φινλανδία και ο Καναδάς, είναι διαδεδομένη η ψυχολογική αυτοψία ως μέθοδος πρωτογενούς αλλά και τριτογενούς πρόληψης της αυτοκτονίας. Μέσω αυτής της μεθόδου, γίνεται γνωστό εάν ένας θάνατος οφείλεται σε αυτοκτονία, δολοφονία ή ατύχημα καθώς παρέχονται πληροφορίες σχετικές για τους παράγοντες που οδηγούν στην αυτοκτονική συμπεριφορά. Γίνεται επιτόπια έρευνα από τους ειδικούς ψυχικής υγείας, στο περιβάλλον του εκλιπόντος προκειμένου να συλλεχθούν πολυποίκιλα στοιχεία σχετικά με το άτομο που θα αποβούν βοηθητικά στην γνώση των αιτιών της αυτοχειρίας (Κλίμακα 2013).

Ευθανασία

Σύμφωνα με την European Association of Care, η ευθανασία ορίζεται ως μια πράξη που γίνεται με επιθυμία του ασθενή κατά την οποία *« ένας γιατρός, εκ προθέσεως επιφέρει το θάνατο ενός ατόμου με τη χορήγηση φαρμάκων, μετά από ηθελημένη και ικανή απαίτηση αυτού του ατόμου »* (Οδηγός για την αναγνώριση του αυτοκαταστροφικού ασθενή 2013:60).

Παρόμοιος μπορεί να θεωρηθεί και ο ορισμός της υποβοηθούμενης από το γιατρό αυτοκτονίας κατά την οποία *« ένας γιατρός εκ προθέσεως βοηθά ένα άτομο να αυτοκτονήσει, παρέχοντάς του φάρμακα τα οποία μπορεί να χορηγήσει το άτομο στον εαυτό του, μετά από ηθελημένη και ικανή απαίτηση αυτού του ατόμου »* (Οδηγός για την αναγνώριση του αυτοκαταστροφικού ασθενή 2013:61).

Ωστόσο, τα ηθικά διλλήματα που υπάρχουν για τα δύο αυτά θέματα και εμπλέκουν και τις οικογένειες των ασθενών, ποικίλουν. Σε κάθε περίπτωση όμως, απαιτείται η συγκατάθεση του ασθενή, ειδάλλως η πράξη θεωρείται, δολοφονία (Κλίμακα 2013).

Σε κάθε περίπτωση, για να αποφευχθεί η ευθανασία, οι κλινικοί γιατροί, παρέχουν παρηγορητική φροντίδα με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ατόμου και της οικογένειάς του, την αντιμετώπιση προβλημάτων, μέσω πρόληψης, ανακούφισης από δυσάρεστα συναισθήματα, της υποστήριξης και της θεραπείας (Κλίμακα 2013).

5.6 Δράσεις για την αυτοκτονία

Σε αυτό το υποκεφάλαιο θεωρήθηκε σκόπιμο να προβληθούν ενδεικτικά κάποιες δράσεις, που έχουν πραγματοποιηθεί τα τελευταία τρία χρόνια και σχετίζονται με την επιμόρφωση και την ενημέρωση στο θέμα της αυτοκτονίας.

Σεμινάρια για την αυτοκτονία

- ✚ *Εκπαιδευτικό σεμινάριο: Suicide awareness: Prevention, Intervention, Postvention.* 1 Ιουνίου 2013. Διοργάνωση: ΜΕΡΙΜΝΑ.
- ✚ *3^ο Επιστημονικό συμπόσιο για την πρόληψη της αυτοκτονίας.* 2 Νοεμβρίου 2012. Διοργάνωση: ΚΛΙΜΑΚΑ.
- ✚ *Επιστημονικό συμπόσιο: αυτοκτονικότητα και αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, νεότερες εξελίξεις στην πρόληψη και τη θεραπευτική αντιμετώπιση.* 11-13 Νοεμβρίου 2011. Διοργάνωση: ΚΛΙΜΑΚΑ.
- ✚ *Αυτοκτονικότητα και αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, Νεότερες εξελίξεις στην πρόληψη και την θεραπευτική αντιμετώπιση.* 11-13 Νοεμβρίου 2011. Διοργάνωση: ΚΛΙΜΑΚΑ.
- ✚ *Ημερίδα για την πρόληψη της αυτοκτονίας.* 9 Δεκεμβρίου 2011. Διοργάνωση: Εθελοντική ομάδα "Get Involved" του τμήματος marketing και οικονομίας, του οικονομικού πανεπιστημίου Αθηνών.
- ✚ *Εκπαιδευτικό βιωματικό σεμινάριο με θέμα: κατανόηση και αντιμετώπιση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.* 28 Φεβρουαρίου 2011. Διοργάνωση: ΚΛΙΜΑΚΑ.
- ✚ *Σεμινάρια για την αποτροπή των αυτοκτονιών.* 18 Αυγούστου 2010. Διοργάνωση: ΚΛΙΜΑΚΑ.
- ✚ *Σεμινάρια για την αυτοκτονία.* 1 Ιουνίου 2010. Διοργάνωση: ΚΛΙΜΑΚΑ.
- ✚ *Σεμινάρια για την αυτοκτονία.* 20 Μαΐου 2010. Διοργάνωση: ΚΛΙΜΑΚΑ.

Workshops:

- ✚ *Αυτοκτονικός ασθενής: διάγνωση, κατανόηση, θεραπευτική παρέμβαση και πρόληψη αυτοκτονίας.* 22 και 23 Οκτωβρίου 2011. Διοργάνωση: Ιωάννης Μαλογιάννης (ψυχίατρος).
- ✚ *Εσωτερικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα, Εκπαίδευση στην Κλίμακα Αξιολόγησης Κινδύνου Αυτοκτονίας του Πανεπιστημίου Columbia.* Ιούνιος 2012. Διοργάνωση: ΚΛΙΜΑΚΑ.
- ✚ *Κλινικό σεμινάριο στη θεραπεία σχημάτων με τον Jeffrey Young.* 11-13 Νοεμβρίου 2011. Διοργάνωση: ΚΛΙΜΑΚΑ.

Εκδηλώσεις:

- ✚ *Dance for life I! Χορεύουμε ενάντια στην αυτοκτονία.* Αυγούστου 2010. Διοργάνωση: ΚΛΙΜΑΚΑ.
- ✚ *Dance for life II! Χορεύουμε ενάντια στην αυτοκτονία.* Μάιος 2011. Διοργάνωση: ΚΛΙΜΑΚΑ.
- ✚ *Dance for life III! Χορεύουμε ενάντια στην αυτοκτονία.* Σεπτεμβρίου 2011. Διοργάνωση: ΚΛΙΜΑΚΑ.
- ✚ *Τρίτο Φεστιβάλ Ψυχικής Υγείας.* 11 έως 16 Ιουλίου 2013. Διοργάνωση: ΠΑΝΑΚΕΙΑ

Εν κατακλείδι, στο πέμπτο κεφάλαιο έγινε καταγραφή των ήδη υπαρχόντων υπηρεσιών που σχετίζονται με την αυτοκτονία σε Ελλάδα και εξωτερικό. Παρουσιάστηκαν επίσης, δύο οδηγοί για την αντιμετώπιση των αυτοκτονικών ασθενών, οι οποίοι είναι έργο την κοινωνικής υπηρεσίας ΚΛΙΜΑΚΑ. Τέλος, αναφέρθηκαν ενδεικτικά κάποιες εκδηλώσεις, εκπαιδευτικά σεμινάρια και εργαστήρια που πραγματοποιήθηκαν τα τρία τελευταία έτη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

Σε αυτό το σημείο, θεωρήθηκε απαραίτητο να γίνει ένας απολογισμός των στοιχείων που παρατέθηκαν καθώς και η υποβολή των δικών μας προτάσεων.

6.1 Συμπεράσματα

- Η αυτοκτονία θεωρείται πράξη ντροπής. Το κοινωνικό σύνολο και η ορθόδοξη εκκλησία, καταδικάζουν την πράξη της αυτοχειρίας και δεν επιτρέπουν την εκκλησιαστική ταφή του αυτόχειρα.
- Αναλύοντας τους παράγοντες που σχετίζονται με την αυτοκτονία, παρατηρήθηκε ότι οι πιο σημαντικοί παράγοντες είναι ο κοινωνικός και οικονομικός. Άλλοι εξίσου σημαντικοί παράγοντες είναι το φύλο, η ηλικία, η χρήση παράνομων ουσιών και η κατάχρηση αλκοόλ, η ύπαρξη κάποιου συνταρακτικού γεγονότος στη ζωή του ατόμου, ιστορικό αυτοκτονιών, η βία στην οικογένεια, η ύπαρξη ψυχιατρικών διαταραχών, η ανεργία, η συνταξιοδότηση και άλλα.
- Τα άτομα που αυτοκτονούν ή διαπράττουν απόπειρα αυτοκτονίας, δεν είναι σίγουρο ότι θέλουν να πεθάνουν. Πολλές φορές η αιτία είναι η επίτευξη κάποιου στόχου, που κατά την κρίση τους δεν μπορούν να επιτύχουν αλλιώς.
- Το φαινόμενο της οικονομικής κρίσης έχει προκαλέσει την έξαρση των αυτοκτονιών, καθώς επιφέρει αλυσιδωτά προβλήματα στα οποία εμπεριέχονται πολλοί από τους προαναφερθέντες παράγοντες. Το κύριο πρόβλημα είναι η ανεργία, η οποία προκαλεί την κοινωνικοοικονομική εξαθλίωση του ατόμου, γεγονός που επιφέρει ψυχιατρικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη, η οποία μπορεί να οδηγήσει το άτομο στην κατάχρηση αλκοόλ και στη χρήση ουσιών και έπεται η συνέχεια.
- Άτομα τα οποία εκφράζουν λεκτικά ότι θέλουν να αυτοκτονήσουν μπορεί όντως να το διαπράξουν.
- Τα παιδιά και οι έφηβοι είναι απόλυτα ικανοί να διαπράξουν αυτοκτονία.
- Μάλιστα στην ηλικιακή ομάδα των παιδιών και των εφήβων είναι πιο δύσκολη η διάγνωση αυτοκτονικών προθέσεων από έναν ειδικό, λόγω του ότι

τα παιδιά και οι έφηβοι, σπάνια έρχονται σε επαφή με κοινωνικές υπηρεσίες και επιστήμονες ψυχικής υγείας.

- Άτομα με ιστορικό αυτοκτονιών έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να διαπράξουν επιτυχημένη αυτοκτονία στο μέλλον.
- Η κατάθλιψη μπορεί να αποτελέσει αίτιο πρόκλησης αυτοκτονικής συμπεριφοράς.
- Υπάρχει ανεπάρκεια κοινωνικών υπηρεσιών για τη στήριξη των ατόμων που το έχουν ανάγκη, ενώ η ύπαρξη οικονομικής κρίσης δυσχεραίνει σε μεγάλο ποσοστό την κατάσταση.
- Οι ήδη υπάρχουσες κοινωνικές υπηρεσίες υπολειτουργούν και δεν είναι επαρκώς επανδρωμένες με το κατάλληλο επιστημονικό προσωπικό.

6.2 Προτάσεις

- Ο θεραπευτής, οφείλει να κατέχει ποιοτικό θεωρητικό υπόβαθρο για τη σωστή αντιμετώπιση αυτοκτονικών ασθενών. Πρέπει να μπορεί να αναγνωρίσει έγκαιρα τα συμπτώματα και η παρέμβασή του να είναι εξατομικευμένη και πολυεπίπεδη, πάντα προσαρμοσμένη στην περίπτωση που αντιμετωπίζει. Επίσης, οφείλει να λαμβάνει όλες τις παραμέτρους υπόψη στο σχεδιασμό της παρέμβασης, όπως είναι το υποστηρικτικό, οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου.
- Πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στα άτομα που πάσχουν από ψυχιατρικές διαταραχές. Η μη φαρμακευτική ρύθμιση και η μη παρακολούθηση των ασθενών αυτού του τύπου μπορούν να τους καταστήσουν επικίνδυνους και για το περιβάλλον τους, όχι μόνο για τον εαυτό τους.
- Ιδιαίτερο ρόλο στη διάγνωση παίζουν οι γιατροί, οι ψυχίατροι, οι ψυχολόγοι και οι κοινωνικοί λειτουργοί. Για αυτό είναι ωφέλιμη η ενημέρωση, η ευαισθητοποίηση και η εκπαίδευσή τους σχετικά με το ζήτημα της αυτοκτονίας. Σημαντική επίσης είναι η εποπτεία των επαγγελματιών και η συναισθηματική αποφόρτισή τους, ώστε να μπορούν να φέρουν εις πέρας το έργο τους.
- Θα ήταν χρήσιμο εάν δινόταν μεγαλύτερη έμφαση στον τομέα της πρόληψης. Η ενημέρωση, η ευαισθητοποίηση και η εκπαίδευση καθίσταται απαραίτητη για όλους, ειδικά στις μέρες μας όπου το φαινόμενο της αυτοκτονίας έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις.
- Χρήσιμη επίσης θα ήταν η επάνδρωση των σχολείων με κοινωνικούς λειτουργούς. Στόχος θα ήταν η προαγωγή ψυχοκοινωνικής υγείας και η πρόληψη σε διάφορα ζητήματα μέσα στα οποία εντάσσεται και η αυτοκτονία.
- Απαραίτητη είναι η επάνδρωση των ήδη υπαρχόντων κοινωνικών υπηρεσιών με κατάλληλο επιστημονικό προσωπικό.
- Καλό θα ήταν να υπάρξει καλύτερη και ποιοτικότερη πληροφόρηση του πληθυσμού για την ύπαρξη των υπηρεσιών και τους τρόπους επικοινωνίας. Πολλοί θέλουν να βοηθηθούν και δεν γνωρίζουν που να απευθυνθούν. Τέλος, θα έπρεπε να ιδρυθούν νέες υπηρεσίες για την αντιμετώπιση της αυτοκτονίας και οι ήδη υπάρχουσες να εντείνουν τις προσπάθειές τους.

- Εποικοδομητική θα ήταν η δημιουργία ομάδων εκπαίδευσης και του κοινού πληθυσμού σε κοινοτικό πλαίσιο, που να αφορούν στην εκπαίδευση ως προς την αντιμετώπιση ενός αυτοκαταστροφικού ασθενούς.
- Να πραγματοποιούνται περισσότερα εκπαιδευτικά σεμινάρια σχετικά με την αυτοκτονία, καθώς και περισσότερες δράσεις ανάδειξης του προβλήματος και διαδήλωσης κατά του.
- Τέλος, οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να κάνουν πιο αισθητή την παρουσία τους, ως επιστήμονες, βασιζόμενοι στο έργο τους. Ίσως με αυτόν τον τρόπο να αρθεί κατά ένα ποσοστό και η προκατάληψη απέναντι στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, με αποτέλεσμα τα άτομα να επιλέγουν ευκολότερα να αναζητήσουν βοήθεια από έναν κοινωνικό λειτουργό ή ψυχολόγο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αγοραστός (2008) Αυτοκτονία: μία σκοτεινή πραγματικότητα, στο <http://psychologein.sciblogs.net/2008/09/11/suicide/> (πρόσβαση στις 20-3-2013).
- Αναστασιάδης, Β. (1993) Ψυχοπαιδαγωγική της εφηβικής ηλικίας, Αθήνα: Βιβλιογώνια.
- Αρχείο πολλαπλών γλωσσών (2013), Μορφές σχετιζόμενες με την αυτοκτονία, στο <http://www.wordlingo.com/ma/enwiki/el/Suicide> (πρόσβαση στις 13-3-2013).
- Βασιλοπούλου Σ. και Λιάκου Ε. (2004) Η αυτοκτονία ως πολυπαραγοντικό φαινόμενο, αδημοσίευτη πτυχιακή εργασία, Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Πατρών.
- Βουλγαράκης Η. (1992) Αυτοκτονία και εκκλησιαστική ταφή, Αθήνα: Αρμός.
- Γιωτάκος Ο., Τσουβέλας Γ., Κονταξάκης Β. (2012), Suicide rates and mental health services in Greece, *Psychiatrike*. 2012 Jan-Mar; 23(1):29-38.
- Γουλιέλμος (2008) Αυξήθηκαν οι αυτοχειρίες στον στρατό, στο <http://www.news.kathimerini.gr> (πρόσβαση στις 8-4-2013).
- Chabrol H. (1978) Οι τάσεις αυτοκτονίας του εφήβου, Αθήνα: Χατζηνικολή.
- Gilbert P. (1999) Ξεπερνώντας την κατάθλιψη, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Δρομοκαΐτειο (2013), Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών Δρομοκαΐτειο στο http://www.dromokaiteio.gr/?page_id=19 (πρόσβαση στις 7/8/2013).
- Ελευθεροτυπία (2009) Στοιχεία για τις αυτοκτονίες στην Ελλάδα, στο <https://nobudget.wordpress.com> (πρόσβαση στις 26-4-2013).
- Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών (2013), Το Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής υγιεινής, στο

http://www.hcmhr.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=20&Itemid=29
(πρόσβαση στις 7/8/2013).

Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. (2011) Κατάθλιψη και οικονομική κρίση. Γραμμή βοήθειας για την κατάθλιψη. Στοιχεία για το διάστημα Ιανουάριος-Ιούνιος 2011, στο <http://www.depressionanxiety.gr/static/images/1034.pdf> (πρόσβαση στις 9-3-2013).

Ευθυμίου Κ., Μαυροϊδή Αθ., Παυλάτου Ε., Καλαντζή- Αζίζη Α. (2006), Πρώτες βοήθειες ψυχικής υγείας. Ένας οδηγός για τις ψυχικές διαταραχές και την αντιμετώπισή τους , Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

"Η" Online (2009) Δραματικά τα στοιχεία στην Ελλάδα για τις αυτοκτονίες λόγω της κρίσης, στο <http://www.imerisia.gr/article.asp?catid=12333&subid=2&pubid>
(πρόσβαση στις 20-6-2013).

Καθημερινή (2010) στο <http://www.alfavita.gr/artro.php?id=6610> (πρόσβαση στις 2-5-2013).

Kaplan, H. I., Sadock's, B. J. and Grebb, A.J. (2000) Ψυχιατρική τόμος β, Αθήνα: Λίτσας.

Κλίμακα & 1018 (2013), Γραμμή παρέμβασης για την αυτοκτονία, στο http://www.klimaka.org.gr/newsite/downloads/GRAMMI_PAREMVASIS_1018_ANASKOPISI_EPIDIMIOLOGIA_KLP.pdf (πρόσβαση στις 26-6-2013).

Κλίμακα (2012β) Η Πάτρα «παρεμβαίνει» στην αυτοκτονία, στο http://www.klimaka.org.gr/newsite/downloads/patra_grammi_aftoktonias.pdf
(πρόσβαση στις 30-5-2013).

Κλίμακα (2012α) Κλίμακα, στο <http://www.suicide-help.gr/index.php?page=about>
(πρόσβαση στις 30-5-2013).

Κλίμακα (2013), Οδηγός για την πρόληψη της αυτοκτονίας παιδιών και εφήβων στο http://www.klimaka.org.gr/newsite/downloads/odigos_sxoleia_new_.pdf (πρόσβαση στις 7/8/2013).

Κλίμακα (2013), Οδηγός για την αναγνώριση του αυτοκαταστροφικού ασθενή στο http://www.klimaka.org.gr/newsite/downloads/odigos_giatroi_autoktonia_new.pdf (πρόσβαση στις 7/8/2013).

Κονταξάκης, Β., Χαβάκη-Κονταξάκη, Μ. & Γέροντας, Α. (1991), Η Εκτίμηση της Αυτοκτονικής Πρόθεσης. Περιλήψεις 12^ο Πανελληνίου Συνεδρίου Ψυχιατρικής, Νο 52 σελ. 34, Βόλος.

Λιάκος Α. (1995), Εγχειρίδιο ψυχιατρικής ενηλίκων, Αθήνα: Παπαζήση.

Λιαρόπουλος (2010), Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Διεθνή Συστήματα Υγείας Β τόμος, Αθήνα: Βήτα.

Λώλης (2011) Οικονομική κρίση και αυτοκτονίες στην Ελλάδα, στο <http://www.psychology-blog.gr/uncategorized/oikonomikh-krish-kai-autoktonies-sthn-ellada>. (Πρόσβαση 26/7/2013)

Μαλογιάννης Α. (2008) Αυτοκτονικός ασθενής: διάγνωση, κατανόηση, θεραπευτική παρέμβαση και πρόληψη της <http://www.ibrt.gr> (πρόσβαση στις 26-7-2013)

Μάνος Ν. (1997) Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής, Θεσσαλονίκη: University studio press.

Μαράτου-Αλιπράντη Λ. (2002) Κράτος πρόνοιας στην Ευρώπη, τάσεις και προκλήσεις στον 21^ο αιώνα, Αθήνα: Gutenberg.

Μπαμπινιώτης Γ. (2002), Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας, έκδ. β', Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας Ε.Π.Ε.

Μinois G. (2006), Η ιστορία της αυτοκτονίας, Αθήνα: Πολύτροπον.

Νηματούδης Ι. (2011), Παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία και απόπειρα αυτοκτονίας, στο <http://www.arxaiologia.gr/assets/media/PDFofIssues/2278.pdf> (πρόσβαση 31/7/2013)

Οδηγός για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας Παιδιών και Εφήβων (2012), στο http://www.klimaka.org.gr/newsite/downloads/odigos_sxoleia_new_.pdf (πρόσβαση στις 30/7/2013).

Οδηγός για την Αναγνώριση του Αυτοκαταστροφικού Ασθενή (2012), στο http://www.klimaka.org.gr/newsite/downloads/odigos_giatroi_autoktonia_new.pdf (πρόσβαση στις 30/7/2013).

Πανάκεια (2011) Πανάκεια, στο <http://www.panakeia.org.gr/AboutPanakeia>. (πρόσβαση στις 9-8-2013).

Παπαδημητροπούλου Α. (2011), Απόπειρες αυτοκτονίας και διαταραχές του συναισθήματος, διπλωματική εργασία, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Παππάς Ε. (1998), Συμβολή στη διερεύνηση της αυτοκτονικής πρόθεσης και φονικότητας στις απόπειρες αυτοκτονίας. Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

Pilgrim D., Rogers A. (2004), Η κοινωνιολογία της ψυχικής υγείας και ασθένειας, Αθήνα: Τυπωθήτω.

Rainer T., Windgassen K. (2005), Ψυχιατρική, Αθήνα: Παρισιάνου.

Σταθοπούλου Ι., Σταματίου Ε. (1990), Παρουσίαση του φαινομένου των αυτοκτονιών στον ελληνικό στρατό ξηράς, αδημοσίευτη πτυχιακή εργασία, Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Πατρών.

Στατιστικά στοιχεία αυτοκτονιών στην Ελλάδα (2009), στο http://www.who.int/mental_health/media/gree.pdf (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας), (πρόσβαση στις 3/8/2013).

Σταυρινός Σ. (2012) Αυτοκτονία, στο <http://e-psychology.gr/grief-depression/526-autoktonia> (πρόσβαση στις 30-7-2013).

Σικελιανού Δ. (2010) Κλινική ψυχοπαθολογία ενηλίκων, Αθήνα: Διόνικος.

Τζελέπη Ε. (2012), Ψυχιατρικές διαταραχές, στο http://www.dromostherapeia.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=2156% (Πρόσβαση 11/8/2013).

Τσιάντης Γ. , Μανωλόπουλος Σ. (1988), Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής, Αθήνα: Καστανιώτη.

Thio, A. (2009), Παρεκκλίνουσα συμπεριφορά, Αθήνα: Έλλην.

Φουντουλάκης, Κ.Ν., Παντούλα, Ε., Σιαμούλη, Μ., Μούτου, Κ., Gonda, X., Rihmer, Z. Ιακωβίδης, Α. και Akiskal, Η. (2011), Η ανάπτυξη της Κλίμακας Εκτίμησης του Κινδύνου Αυτοκτονικότητας: Μια μελέτη σε γενικό πληθυσμό, Ψυχιατρική 22, σελ. 132–147, στο

http://www.psych.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=366&Itemid=113&lang=el (πρόσβαση στις 9-3-2013).

American Association for Suicide (2013) American Association for Suicide, στο

<http://www.suicidology.org/web/guest/about-aas> (πρόσβαση στις 30/4/2013)

Harvard Review of Psychiatry, Ελληνική έκδοση, Volume 10 – Number 6, Ιούλιος – Αύγουστος 2003.

International Association for Suicide Prevention (2013) International Association for Suicide Prevention, στο (πρόσβαση στις 19/5/2013).

Hong J, Knapp M, McGuire A. (2011), Income-related inequalities in the prevalence of depression and suicidal behaviour: a 10-year trend following economic crisis, World Psychiatry. 2011 Feb;10(1):40-4.

Κοκοβέλη Α., Ρότσικα Β., Αραπάκη Α., Richardson C. (2011), Changes in associations between psychosocial factors and suicide attempts by adolescents in Greece from 1984 to 2007, Eur J Public Health. 2011 Dec;21(6):694-8.

Lake AM, Kandasamy S, Kleinman M, Gould MS (2013), Adolescents' attitudes about the role of mental illness in suicide and their association with suicide risk, Suicide Life Threat Behav. 2013 Aug 17. doi: 10.1111/sltb.12052.

Mann, J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A, Currier, D, Haas, A. et al., (2005), Suicide prevention strategies: a systematic review, Journal of the American Medical Association, 294, 2064-74.

Mann, J., Wateriaux, C., Haas, G. & Malone, M. (1999), Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 181-189.

Michas G, Varytimiadi A, Micha R. (2013), The Greek financial crisis and homicide rates: an other reason to worry, *J Epidemiol Community Health*. 2013 Aug 22. doi: 10.1136/jech-2013-203123.

Οικονόμου Μ., Μαδιανός Μ., Πέππου Ε., Θελερίτης Χ., Πατελάκης Α., Στεφανής Κ. (2013), Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis, *World Psychiatry* 2013;12:53–59).

Solano P, Pizzorno E, Gallina AM, Mattei C, Gabrielli F, Kayman J. (2012), Employment status, inflation and suicidal behaviour: an analysis of a stratified sample in Italy, *Int J Soc Psychiatry*. Sep vol 58(5):477-84.

Szumilas M, Kutcher S. (2011), Post-suicide intervention programs: a systematic review, *Can J Public Health*. 2011 Jan-Feb;102(1):18-29.

Suicide Ecoute (2013), Suicide Ecoute, στο <http://www.suicide-ecoute.fr/presentation.php> (πρόσβαση στις 19/6/13).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

1. Κλίμακα κατάθλιψης του Beck

A. Συναίσθημα

- 0. δεν αισθάνομαι λυπημένος/η
- 1. αισθάνομαι λυπημένος/η ή μελαγχολικός/η
- 2. είμαι λυπημένος/η ή μελαγχολικός/η συνεχώς και δεν μπορώ να απαλλαγώ από αυτό
- 3. είμαι τόσο μελαγχολικός/η ή δυστυχημένος/η ώστε αυτό μου προξενεί πόνο
- 4. είμαι τόσο μελαγχολικός/η ή δυστυχημένος/η ώστε δεν μπορώ να το αντέξω

B. Απαισιοδοξία

- 0 Δεν είμαι ιδιαίτερα απαισιόδοξος/η ή αποθαρρυσμένος/η για το μέλλον
- 1 Αισθάνομαι χωρίς θάρρος για το μέλλον
- 2 Μου φαίνεται ότι δεν έχω τίποτα καλό να περιμένω από το μέλλον
- 3 Μου φαίνεται ότι δεν θα ξεπεράσω τις δυσκολίες μου
- 4 Μου φαίνεται ότι το μέλλον είναι χωρίς ελπίδα και ότι τα πράγματα δεν μπορεί να φτιάξουν

Γ. Αίσθημα αποτυχίας

- 0. Δεν αισθάνομαι αποτυχημένος/η
- 1. Μου φαίνεται ότι είμαι αποτυχημένος/η περισσότερο από τους άλλους ανθρώπους
- 2. Αισθάνομαι ότι έχω πετύχει στη ζωή μου πολύ λίγα πράγματα άξια λόγου
- 3. Καθώς σκέπτομαι τη ζωή μου μέχρι τώρα το μόνο που βλέπω είναι πολλές αποτυχίες
- 4. Αισθάνομαι ότι είμαι τελείως αποτυχημένος/η σαν άτομο (σύζυγος – πατέρας/μητέρα)

Δ. Απώλεια ικανοποίησης

0. Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα δυσαρεστημένος/η
1. Αισθάνομαι βαριεστημένος/η σχεδόν όλη την ώρα
2. Δεν απολαμβάνω τα πράγματα όπως πρώτα
3. Δεν με ευχαριστεί πια τίποτα
4. Αισθάνομαι δυσαρεστημένος/η με το κάθε τι

Ε. Αίσθημα ενοχής

0. Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα ένοχο τον εαυτό μου
1. Πολλές φορές αισθάνομαι κακός/ιά ή χωρίς αξία
2. Αισθάνομαι πολύ ένοχος/η
3. Τον τελευταίο καιρό αισθάνομαι κακός/ιά ή χωρίς αξία σχεδόν όλη την ώρα
4. Αισθάνομαι ότι είμαι πολύ κακός/ιά ή ανάξιος/α

Ζ. Αίσθημα τιμωρίας

0. Δεν αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι
1. Αισθάνομαι ότι κάτι κακό μπορεί να μου συμβεί
2. Αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι ή ότι θα τιμωρηθώ
3. Αισθάνομαι ότι μου αξίζει να τιμωρηθώ
4. Θέλω να τιμωρηθώ

Η. Μίσος για τον εαυτό

0. Δεν αισθάνομαι απογοητευμένος/η από τον εαυτό μου
1. Αισθάνομαι απογοητευμένος/η από τον εαυτό μου
2. Δεν μου αρέσει ο εαυτός μου
3. Σιχαίνομαι τον εαυτό μου
4. Μισώ τον εαυτό μου

Θ. Αυτομομφή

0. Δεν αισθάνομαι ότι είμαι χειρότερος/η από τους άλλους
1. Είμαι αυστηρός/η με τον εαυτό μου για τις αδυναμίες μου
2. Κατηγορώ τον εαυτό μου για τα λάθη μου

3. Κατηγορώ τον εαυτό μου για κάθε κακό που μου συμβαίνει

I. Ευχές αυτοτιμωρίας

0. Δεν μου έρχονται σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου

1. Μου έρχονται σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου αλλά ποτέ δεν θα έκανα κάτι τέτοιο

2. Μου φαίνεται ότι θα ήταν καλύτερα να πέθαινα

3. Μου φαίνεται ότι η οικογένεια μου θα ήταν καλύτερα αν πέθαινα

4. Έχω συγκεκριμένα σχέδια αυτοκτονίας

5. Θα αυτοκτονούσα αν μπορούσα

K. Κλάμα

0. Δεν κλαίω περισσότερο από το συνηθισμένο

1. Κλαίω τώρα περισσότερο απ' ότι συνήθως

2. Κλαίω συνεχώς, δεν μπορώ να το σταματήσω

3. Άλλοτε μπορούσα να κλάψω αλλά τώρα μου είναι αδύνατο να κλάψω αν και το θέλω

Λ. Ευερεθιστότητα

0. Δεν είμαι περισσότερο εκνευρισμένος/η τώρα απ' ότι συνήθως

1. Ενοχλούμαι ή εκνευρίζομαι περισσότερο απ' ότι συνήθως

2. Αισθάνομαι διαρκώς εκνευρισμένος

3. Δεν εκνευρίζομαι τώρα για πράγματα που με νευρίαζαν συνήθως

M. Κοινωνική απόσυρση

0. Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους

1. Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για τους άλλους ανθρώπους απ' ότι παλαιότερα

2. Έχω χάσει το περισσότερο ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους και τα αισθήματα μου για αυτούς έχουν λιγοστεύσει

3. Έχω χάσει όλο το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους και δεν νοιάζομαι καθόλου για αυτούς

N. Αναποφασιστικότητα

0. Είμαι το ίδιο αποφασιστικός/ή όπως πάντα

1. Τελευταία αναβάλω το να παίρνω αποφάσεις
2. Έχω μεγάλη δυσκολία στο να παίρνω αποφάσεις
3. Δεν μπορώ να πάρω πια καμία απόφαση

Ξ. Σωματικό εγώ

0. Δεν μου φαίνεται ότι η εμφάνιση μου είναι χειρότερη από ποτέ
1. Ανησυχώ μήπως μοιάζω γερασμένος/η και αντιπαθητικός/ή
2. Αισθάνομαι ότι έγινε τέτοια αλλαγή επάνω μου, ώστε να φαίνομαι αντιπαθητικός/ή
3. Μου φαίνεται ότι είμαι άσχημος/η και αποκρουστικός/ή

Ο. Μείωση της παραγωγικότητας

0. Τα καταφέρνω στην δουλειά μου όπως και πρώτα
1. Χρειάζεται να κάνω ιδιαίτερη προσπάθεια για ν' αρχίσω κάποια δουλεία
2. Δεν τα καταφέρνω στην δουλειά μου όπως πρώτα
3. Χρειάζεται να πιέσω τον εαυτό μου για να κάνω κάτι
4. Μου είναι αδύνατο να εργαστώ

Π. Διαταραχές του ύπνου

0. Κοιμάμαι τόσο καλά όσο συνήθως
1. Ξυπνώ το πρωί πιο κουρασμένος από άλλοτε
2. Ξυπνώ το πρωί 2-3 ώρες νωρίτερα από άλλοτε και δυσκολεύομαι να ξανακοιμηθώ
3. Ξυπνώ νωρίς κάθε μέρα και δεν μπορώ να κοιμηθώ πάνω από 5 ώρες το 24ωρο

Ρ. Εύκολη κόπωση

0. Δεν κουράζομαι ευκολότερα απ' ότι συνήθως
1. Κουράζομαι τώρα ευκολότερα από πρώτα
2. Κουράζομαι με το παραμικρό που κάνω
3. Κουράζομαι τόσο εύκολα ώστε δεν μπορώ να κάνω τίποτα

Σ. Απώλεια όρεξης

0. Η όρεξή μου δεν είναι χειρότερη από άλλοτε
1. Η όρεξή μου δεν είναι τόσο καλή όσο άλλοτε
2. Η όρεξή μου είναι πολύ χειρότερη τώρα

3. Δεν έχω πια καθόλου όρεξη

Τ. Απώλεια βάρους

0. Δεν έχω χάσει σχεδόν καθόλου βάρος τον τελευταίο καιρό

1. Έχω χάσει περισσότερο από 2 κιλά

2. Έχω χάσει περισσότερο από 4 κιλά

3. Έχω χάσει περισσότερο από 7 κιλά

Υ. Υποχονδριακές ενασχολήσεις

0. Δεν με απασχολεί η υγεία μου περισσότερο από άλλοτε

1. Με απασχολούν πόνοι ή βαρυστομαχιά ή δυσκοιλιότητα

2. Με απασχολεί τόσο πολύ το πως αισθάνομαι ή το τι αισθάνομαι ώστε μου είναι δύσκολο να σκεφθώ τίποτε άλλο

3. Είμαι εντελώς απορροφημένος/η με το τι αισθάνομαι

Φ. Απώλεια της Libido

0. Δεν έχω προσέξει τελευταία καμιά αλλαγή στο ενδιαφέρον μου για το σεξ

1. Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για το σεξ απ' ό τι συνήθως

2. Ενδιαφέρομαι πολύ λιγότερο τώρα για το σεξ

3. Έχω χάσει τελείως το ενδιαφέρον μου για το σεξ

(Beck et al 1998)

2. Κλίμακα εκτίμησης του κινδύνου αυτοκτονικότητας (RASS)

Παρακαλώ απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις σημειώνοντας το τετράγωνο στα δεξιά που αντιστοιχεί καλύτερα σ' αυτό που ισχύει για σας κατά την τελευταία εβδομάδα

Καθόλου Λίγο Αρκετά Πάρα πολύ

1. Φοβάστε ότι θα πεθάνετε;

2. Σκέφτεστε καθόλου ότι θα ήταν καλύ-

τερα αν πεθαίνατε;

3. Πιστεύετε ότι είναι υπέροχο πράγμα

που είστε ζωντανός/η τώρα;

4. Έχεις αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;

5. Σκέφτεστε να κάνετε κακό στον εαυτό σας με κάποιον τρόπο;

6. Σκέφτεστε συχνά να αυτοκτονήσετε αν σας δοθεί η ευκαιρία;

7. Στη σκέψη σας κάνετε σχέδια για τον τρόπο με τον οποίο θα μπορούσατε να δώσετε τέλος στη ζωή σας;

8. Σκέφτομαι να αυτοκτονήσω αλλά δεν θα το κάνω

9. Απολαμβάνετε τη ζωή;

10. Νιώθετε κουρασμένος από τη ζωή σας;

11. Κατά τη διάρκεια της ζωής σας έχετε ποτέ τραυματίσει τον εαυτό σας με κάποιον τρόπο επίτηδες; Ποτέ Μια φορά 2–3 φορές Πολλές φορές

12. Κατά τη διάρκεια της ζωής σας έχετε κάνει ποτέ απόπειρα αυτοκτονίας; Ποτέ Μια φορά 2–3 φορές Πολλές φορές

(Φουντουλάκης και συν. 2011)

