

Α.Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗΣ
ΚΑΥΣΙΜΟΥ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ
ΜΕΡΖΙΩΤΗ ΑΡΙΣΤΙΝΑ
ΜΠΟΥΚΑΣ
ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:
Δρ.Γ.ΘΕΟΔΩΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

ΠΑΤΡΑ 2005



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος.....	1
Εισαγωγή.....	2
ΜΕΡΟΣ Α	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	4
1.1 Απόψεις περί Αυτοκτονίας.....	4
1.2 Ορισμοί.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	6
2.1 Γενικά Χαρακτηριστικά.....	6
2.2 Αυτοκτονία και Χώρες.....	7
2.2.1 Παγκοσμίως.....	7
2.2.2 Ευρώπη.....	8
2.2.3 Η.Π.Α.....	10
2.2.4 ΑΣΙΑ.....	10
2.3 Αυτοκτονία. Φύλλα και Ηλικίες.....	10
2.4 Χρησιμοποιούμενα Μέσα.....	14
2.5 Αυτοκτονία και Θρησκείες.....	16
2.6 Αυτοκτονία και Επάγγελμα.....	16
2.7 Οι γονείς είναι λιγότερο πιθανό να αυτοκτονήσουν.....	18
2.8 Η Χώρα μας.....	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο Αίτια-Παράγοντες Κινδύνου	23
3.1 Ψυχική Υγεία.....	23
3.1.1 Κατάθλιψη.....	23
3.1.2 Σχιζοφρένεια.....	24
3.1.3 Μελαγχολία.....	24
3.1.4 Υστερία.....	25
3.1.5 Χρόνιο Παραλήρημα.....	25
3.1.6 Ιδεοληπτικά Ψυχαναγκαστικά Νευρωσικοί.....	25
3.1.7 Αλκοολισμός-Κατάχρηση Ουσιών.....	25
3.1.8 Άλλες Διαταραχές.....	26
3.1.9 Επιθυμία Μεγέθυνσης Στήθους.....	26
3.2 Σωματική Υγεία.....	27
3.3 Μητρικοί και Προγεννητικοί Παράγοντες.....	28
3.4 Κοινωνικοί Παράγοντες.....	28
3.5 Ηλικίες.....	29
3.6 Ιστορικό Αποπειρών, Απειλών, Αυτοτραυματισμών.....	29
3.7 Φυλή.....	30
3.8 Απασχολησιακοί Παράγοντες.....	30
3.9 Ενοχοποίηση Φαρμάκου Ακμής για την Αυτοκτονία.....	30
3.10 Η Ηλιοφάνεια "αρωγός" των τάσεων αυτοκτονίας.....	30
3.11 ΜΜΕ.....	30
3.12 Φυσικές Καταστροφές.....	31
3.13 Έλλειψη Ύπνου.....	31
3.14 Σχέση Αυτοκτονίας με Επιθετική Συμπεριφορά.....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο Παθογενετικοί Μηχανισμοί	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο Συμπτώματα	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο Διάγνωση	35
6.1 Οι Διαγνωστικές Μέθοδοι Αφορούν.....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο Θεραπεία	37
7.1 Τρόποι Παρέμβασης.....	37

7.2 Φαρμακοθεραπεία-Ψυχοθεραπεία.....	38
7.3 Βασικές Αρχές.....	40
7.4 Σημεία Προσοχής κατά τη Θεραπεία.....	41
7.5 Αποτελεσματικές Θεραπείες.....	41
7.6 Πρόγνωση Θεραπείας.....	42
ΜΕΡΟΣ Β	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 ^ο Ευθανασία.....	44
8.1 Ορισμοί.....	44
8.2 Τύποι Ευθανασίας.....	44
8.3 Προσωπικό Υγείας.....	44
8.4 Οι Νοσηλευτές;.....	44
8.5 Απόψεις Χωρών για την Υποβοηθούμενη Αυτοκτονία.....	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 ^ο Μύθοι και Πραγματικότητες περί Αυτοκτονίας.....	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 ^ο Πρόληψη.....	49
10.1 Στάδια Πρόληψης.....	49
10.2 Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.....	51
10.3 Ιδιαίτερες Ομάδες Αυτοκτονίας (Εφηβοι-Ηλικιωμένοι).....	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11 ^ο Νοσηλευτική Παρέμβαση.....	56
11.1 Χειρισμός Αυτοκτονικού Ατόμου.....	56
11.2 Παρεμβάσεις.....	57
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	60
Πρόλογος.....	61
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12 ^ο	62
12.1 Ένα νέο Ευρωπαϊκό Δίκτυο για την Αυτοκτονιολογία.....	62
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13 ^ο	63
13.1 Suicide Reference Library.....	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14 ^ο	65
14.1 Lifesigns.....	65
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15 ^ο	66
15.1 Κέντρο για την Έρευνα Αυτοκτονιών.....	66
15.2 Σκοπός της Έρευνας.....	66
15.3 Στόχοι.....	66
15.4 Περιοχές Έρευνας.....	66
15.5 Διεθνής Συνεργασία.....	67
15.6 Πηγές Χρηματοδότησης.....	67
15.7 Εθνική Συνεργασία.....	67
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 16 ^ο	68
16.1 Yellow Ribbon Suicide Prevention Programme.....	68
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 17 ^ο	70
17.1 Young People and Self Harm.....	70
17.1.1 Λονδίνο.....	70
17.1.2 South West Νοτιοδυτικά.....	73
17.1.3 Scotland Σκωτία.....	74
17.1.4 North East Βορειοανατολικά.....	75
17.1.5 Yorkshire and Humberside.....	75
17.1.6 South East Νοτιοανατολικά.....	76
17.1.7 Wales Ουαλία.....	76
17.1.8 West Midlands.....	77
17.1.9 North West Βορειοδυτικά.....	77
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 18 ^ο	79

18.1 Samaritans.....	79
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 19 ^ο	81
19.1 e-therapy.....	81
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 20 ^ο	83
20.1 Νυχτερινή Γραμμή για την Αυτοκτονία	83
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 21 ^ο	85
21.1 Κέντρο για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας	85
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 22ο	86
22.1 Παιδική Αυτοκτονία	86
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 23 ^ο	87
23.1 Friendship Network.....	87
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 24 ^ο	88
24.1 ISO-30TM (Inventory of Suicide Orientation-30).....	88
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 25 ^ο	90
25.1 Surviving Suicide.....	90
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 26 ^ο	91
26.1 Prevention Links	91
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 27 ^ο	92
27.1 Κέντρα Αντιμετώπισης Κρίσεων	92
Συμπεράσματα	93
Βιβλιογραφία.....	95

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το παρόν προσφέρει απλόχερα καλύτερη ποιότητα ζωής από το παρελθόν και το μέλλον υπόσχεται θαύματα. Παρόλα αυτά άνθρωποι τερματίζουν τη ζωή τους. Άνθρωποι αυτοκτονούν. Δεν δέχονται το δώρο της ζωής. Στη μάχη με την επιθυμία, το βασικότερο ένστικτο γνωρίζει τη μεγαλύτερη ήττα του. Όσο η ζωή τόσο και η αυτοκτονία αποτελεί πάντα επίκαιρο θέμα ως δυσάρεστη κατάληξη της απόφασης των ανθρώπων στη λύση των προβλημάτων τους. Οι ψυχικές νόσοι καταλαμβάνουν ολοένα και μεγαλύτερο ύψος απεικονιζόμενες σε έναν στατιστικό πίνακα. Το γεγονός αυτό αιτιολογεί τα τεράστια ποσοστά αυτοκτονίας σε κάθε χώρα υποδεικνύοντας με τον καλύτερο τρόπο τη σημασία και την επικαιρότητα του θέματος αλλά και επισημαίνοντας την ανάγκη για έρευνα με απότερο σκοπό την πρόληψη και θεραπεία του.

Επιθυμούμε να εκφράσουμε τις θερμές μας ευχαριστίες στην Κύρια Θεοδωρακοπούλου Γεωργία, η οποία μας προσέφερε πολύτιμη βοήθεια κατά την εκτέλεση της παρούσας εργασίας, τον Κύριο Κουτσογιάννη Κωνσταντίνο για την αρωγή του στους Ηλεκτρονικούς Υπολογιστές και τον συνάδελφο Μάρο Θεοδόσιο για τη συνεργασία και βοήθεια κατά τη διάρκεια των σεμιναρίων.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τι είναι αυτοκτονία; Τι ωθεί ένα άνθρωπο στην αυτοκτονία; Είναι θάρρος, δειλία ή συνδυασμός και των δύο; Αποτελεί λύση;

Τέτοιοι προβληματισμοί μας οδήγησαν στην επιλογή του θέματος. Σκοπός μας είναι να δώσουμε απαντήσεις στα παραπάνω ερωτήματα και γενικότερες πληροφορίες για το πολύπλοκο αυτό θέμα. Κατά τη διάρκεια της εργασίας μας διαπιστώσαμε ότι τα ποσοστά της αυτοκτονίας ολοένα και αυξάνονται. Αρκεί η έρευνα που έδειξε ότι το 1950 το ποσοστό ήταν 3,2 ενώ το 2020 θ' αγγίζει το 3,9, ώστε να γίνει ο προβληματισμός μας πιο συγκεκριμένος. Έτσι, το Β' μέρος το αφιερώνουμε στην πρόληψη και διάγνωση της αυτοκτονίας.

Είναι πραγματικά ενδιαφέρον να παρατηρήσουμε σε ποιες χώρες γίνονται προσπάθειες πρόληψης, ποιοι αρμόδιοι οργανισμοί αναπτύσσονται αλλά και ποια θέση κατέχει ως προς το θέμα αυτό η χώρα μας.

ΜΕΡΟΣ

Α'

1.1 Απόψεις περί αυτοκτονίας

- Ο Πλάτων καταδικάζει την αυτοκτονία παρότι ο δάσκαλός του ο Σωκράτης αυτοκτόνησε πίνοντας κώνειο. Ενώ αργότερα την αποδέχεται στο έργο του "Νόμους".
- Οι Στωικοί αποδέχονται την αυτοκτονία μόνο σε περίπτωση ανίατης ασθένειας.
- Ο Πυθαγόρας εναντιώνεται στην αυτοκτονία αναφέροντας ότι δικαίωμα στην αφαίρεση της ζωής έχει μόνο ο Θεός¹.
- Η αθηναϊκή νομοθεσία όριζε να εκτεθεί το πτώμα του αυτοκτονούντως στην κοινή περιφρόνηση.
- Η εβραϊκή θρησκεία αρνιόταν τις εντάφιος τιμές.
- Η καθολική εκκλησία καταδικάζει την αυτοκτονία όταν δεν είναι σύμπτωμα διανοητικής ασθένειας, και αρνείται τις νεκρώσιμες δεήσεις².
- Η ορθόδοξη εκκλησία την κατατάσσει στα βαρύτερα πνευματικά παραπτώματα, απαγορεύοντας οποιαδήποτε εκκλησιαστική ακολουθία^{2,3}.
- Το 1516 ο Άγγλος Τόμας Μορ στην «Ουτοπία» περιγράφει έναν ιδανικό τρόπο λειτουργίας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων όπου όποιος υποφέρει από ανίατη ασθένεια μπορεί να επιλέξει να πεθάνει¹.
- Το 18^ο αιώνα η αυτοκτονία θεωρείτο κρίση τρέλλας και μάλιστα κληρονομικής⁴.
- Η άποψη της ψυχαναλυτικής θεωρίας (Freud 1915) είναι ότι το άτομο ταυτίζεται με το αντικείμενο της αγάπης και επομένως βλέποντας τον εαυτό του βλέπει και το αντικείμενο. Λειτουργεί δηλαδή ο μηχανισμός της στροφής της επιθετικότητας εναντίον του εαυτού παράλληλα με το μηχανισμός της ταύτισης⁵.
- Οι απολογητές της αυτοκτονίας την βλέπουν ως θεληματική θυσία και ως έκφραση κάποιας αντίληψης περί προσωπικής ελευθερίας. Σ' αυτό συμφωνούν και διάφορες φιλοσοφικές θεωρίες³.
- Ο κάθε πολιτισμός αντιμετωπίζει την αυτοκτονία με διαφορετικό τρόπο. Οι δυτικές κοινωνίες θέλουν να εμποδίσουν την αυτοκτονία όπου είναι δυνατόν. Σε άλλους πολιτισμούς, όπως στην Ιαπωνία, αντιμετωπίζεται ως μία έντιμη πράξη, ειδικά για όσους έχουν ατιμαστεί. Οι δυτικοί, αντίθετα, δέχονται με μεγαλύτερη κατανόηση την αυτοκτονία ενός ατόμου που πάσχει από καρκίνο και βιώνει αφόρητους πόνους από την αυτοκτονία ενός ατόμου που πάσχει από κατάθλιψη⁶.

1.2 Ορισμοί

- Η αυτοκτονία είναι αποτέλεσμα μιας διαπροσωπικής ή ενδοπροσωπικής κρίσης με συναισθήματα αμφιθυμίας, θυμού, μοναξιάς και απόγνωσης⁷.
- Συνειδητή και ακούσια επίθεση προσώπου εναντίον του εαυτού του που καταλήγει στον θάνατο^{5,8,9}.
- **Αυτοκτονία:** Πράξη ολοκληρωμένη με επισφράγισμα το θάνατο.

Απόπειρα αυτοκτονίας: Πράξη ανολοκλήρωτη για το λόγο ότι το υποκείμενο επέζησε.

Τάση προς αυτοκτονία: Ενέργεια που μόλις έχει εκδηλωθεί.

Αυτοκτονικός ιδεασμός: Απλή νοητική παράβαση της πράξης που έχει αφητηρία μία επιθυμία θανάτου λίγο πιο έντονη.

[Κατά τους ψυχολόγους υπάρχουν δύο είδη αυτοκτονίας :

α. Η αυτοκτονία ως μήνυμα ή διάλογος που έχει το νόημα της διαμαρτυρίας, μιας εκδίκησης ή μιας αντίθεσης και

β. Η οργάνωση της προσωπικότητας σε μια τάση αυτοκαταστροφής, όπου δεν υπάρχει διάλογος η αυτοκτονία θεωρείται η μόνη λύση]¹⁰

2.1 Γενικά χαρακτηριστικά

Επιδημιολογικά δεδομένα που αφορούν την αυτοκτονία, προκύπτουν από εθνικές και διεθνείς μελέτες.

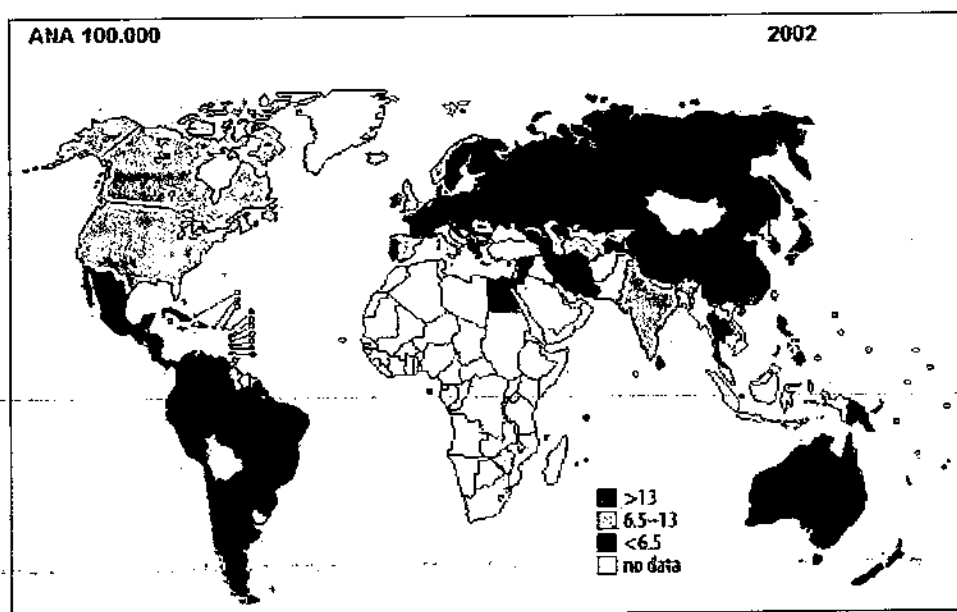
Από το έτος της ίδρυσής του, το 1948 ο ΠΟΥ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) συνεργάζεται με τα κράτη-μέλη του με σκοπό την τελειοποίηση των μεθόδων παρατήρησης και ανάλυσης δεδομένων στην θνησιμότητα και την νοσηρότητα. Σαν αποτέλεσμα ο ΠΟΥ διατηρεί μία τράπεζα δεδομένων στην θνησιμότητα σύμφωνα με τα δεδομένα που του παρέχουν τα κράτη-μέλη του. Η θνησιμότητα που σχετίζεται με την αυτοκτονία είναι μέρος αυτής της τράπεζας δεδομένων¹¹.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ κάθε χρόνο πραγματοποιούνται 1.000.000 αυτοκτονίες. Εκτιμάται πως θ' αυξηθεί σε 1,5 εκατομμύριο μέχρι το 2020¹².

Το 2000 πραγματοποιήθηκαν περίπου 815.000 αυτοκτονίες, πράγμα που ισοδυναμεί με έναν θάνατο ανά 40¹³.

Στις περισσότερες χώρες η αυτοκτονία αποτελεί μία απ' τις δέκα πιο συχνές αιτίες θανάτου¹⁴. Κάθε λεπτό τις ώρες γίνεται μία απόπειρα¹⁵. Οι απόπειρες στο σύνολό τους γίνονται κυρίως την νύχτα ενώ οι αυτοκτονίες πολύ πρωί³. Τέλος, ένας στους δέκα ανθρώπους του γενικού πληθυσμού κάποτε έχει αυτοκαταστροφικές τάσεις που θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν σοβαρές¹⁶.

Πίνακας 1



2.2 Αυτοκτονία και χώρες

2.2.1 Παγκοσμίως

Τα ποσοστά αυτοκτονιών ποικίλλουν από χώρα σε χώρα. Στον πίνακα 2 αναφέρονται οι χώρες με τα δέκα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονικών παγκοσμίως, μέχρι το 2000. Περίπου το 45% όλων των αυτοκτονιών παγκοσμίως πραγματοποιούνται σε αυτές τις χώρες. Μόνο 2 χώρες, η Κίνα και η Ινδία είναι υπεύθυνες για το 30% περίπου όλων των αυτοκτονιών που διαπράττονται. Η συγκριτική ανάλυση του αριθμού αυτοκτονιών και της ηλικίας αποκαλύπτει νέα δεδομένα. Μία απ' τα κλασσικές αρχές στην αυτοκτονία αναφέρεται στην κυριαρχία των ηλικιωμένων, στα ποσοστά αυτοκτονίας. Παρ' όλα αυτά, πληροφορίες από τον αριθμό αυτοκτονιών εμφανίζουν μια διαφορετική εικόνα. Σε παγκόσμια κλίμακα, περισσότερες αυτοκτονίες πραγματοποιούνται από άτομα ηλικίας 5-44 ετών παρά από άτομα ηλικίας άνω των 45 ετών. Επιπλέον η ομάδα ατόμων η οποία πραγματοποιεί τις περισσότερες αυτοκτονίες ανήκει στις ηλικίες μεταξύ 35-44 ετών και αφορά και τα δύο φύλα.

Πίνακας 2

ΧΩΡΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΝΑ 100.000
ΚΙΝΑ	195.000	16.1
ΙΝΔΙΑ	87.000	9.7
ΡΩΣΙΑ	52.500	41.5
Η.Π.Α	31.000	11.9
ΙΑΠΩΝΙΑ	20.000	16.8
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	12.500	15.8
ΓΑΛΛΙΑ	11.500	20.7
ΟΥΚΡΑΝΙΑ	11.000	22.6
ΒΡΑΖΙΛΙΑ	5.400	3.5
ΣΡΙ ΛΑΝΚΑ	5.400	31.0

Πίνακας 3

ΗΛΙΚΙΑ	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΝΔΡΕΣ	0.7	12.7	18.3	20.5	17	13.9	9.6	7.3	100
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	0.9	13.3	15	15.4	14.7	13.9	13.7	13.1	100
ΣΥΝΟΛΟ	0.8	12.8	17.5	19.2	16.4	13.9	10.7	8.7	100

2.2.2 Ευρώπη

Πολλές χώρες στην Ευρώπη ανέφεραν αυξημένα ποσοστά μεταξύ του 1960-1970. Κατά την διάρκεια του 1970-1980 τα συνεχώς αυξανόμενα ποσοστά αυτοκτονίας προκάλεσαν την αύξηση του ενδιαφέροντος σε όλη την Ευρώπη.

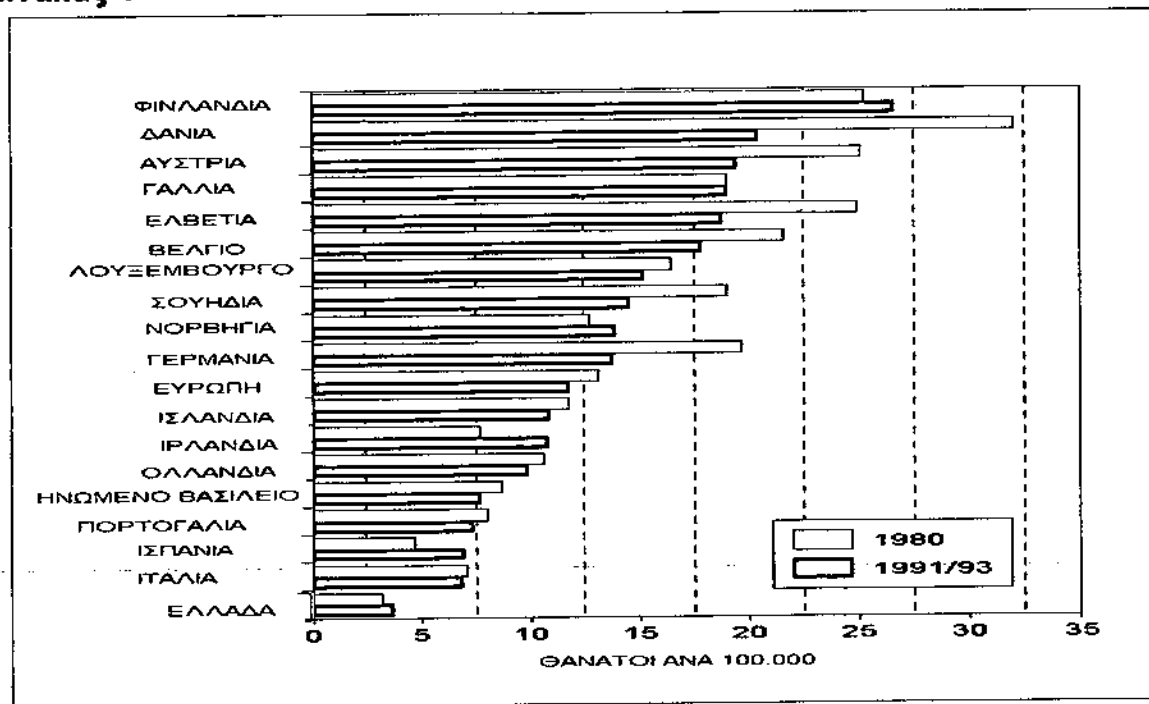
Μεταξύ του 1972 και του 1984 τα ποσοστά αυτοκτονίας στους άνδρες σε 24 ευρωπαϊκές χώρες (20 στην Ευρώπη και 4 στην Κεντρική και την ανατολική Ευρώπη) αυξάνονται κατά 42% από 23,4 σε 33,2 ανά 100.000 άτομα, 15 ετών και άνω. Τα ποσοστά των γυναικών αυξάνονται κατά 38% από 8,9 σε 12,1. Η αύξηση συνέβη σε όλες τις ηλικίες αλλά ήταν ιδιαίτερα απότομη μεταξύ ανδρών 15-44 ετών και γυναικών 25-44 και 65-74.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ στην δεκαετία του 1980 η αυτοκτονία ήταν μία από τις πιο συχνές αιτίες θανάτου ειδικά μεταξύ νέων. Κάθε χρόνο οι θάνατοι από αυτοκτονία (800.000) ήταν σχεδόν όσοι και οι θάνατοι από τροχαία ατυχήματα (856.000) ή όσοι από πολέμους (320.000), από βία (282.000) και από AIDS (291.000) μαζί¹⁹.

Από δεδομένα δημογραφικής έρευνας του ΠΟΥ (1961) οι αυτοκτονίες ανέρχονται σε 37 ανά 100.000 πληθυσμό στο Δυτικό Βερολίνο, σε 25,4 ανά 100.000 στην Ουγγαρία, 21,9 στην Αυστρία, και 16,9 στην Σουηδία και Δανία. Η συχνότητα μεγαλώνει στα μεγάλα αστικά κέντρα όσο το θρησκευτικό συναίσθημα αμβλύνεται και όσο η αίσθηση μόνωσης του ανθρώπου ευρύνεται²⁰.

- Η διαφορά στον αριθμό των θανάτων από αυτοκτονία μεταξύ του 1980 και του 1991/93 σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες απεικονίζεται στον πίνακα 4.

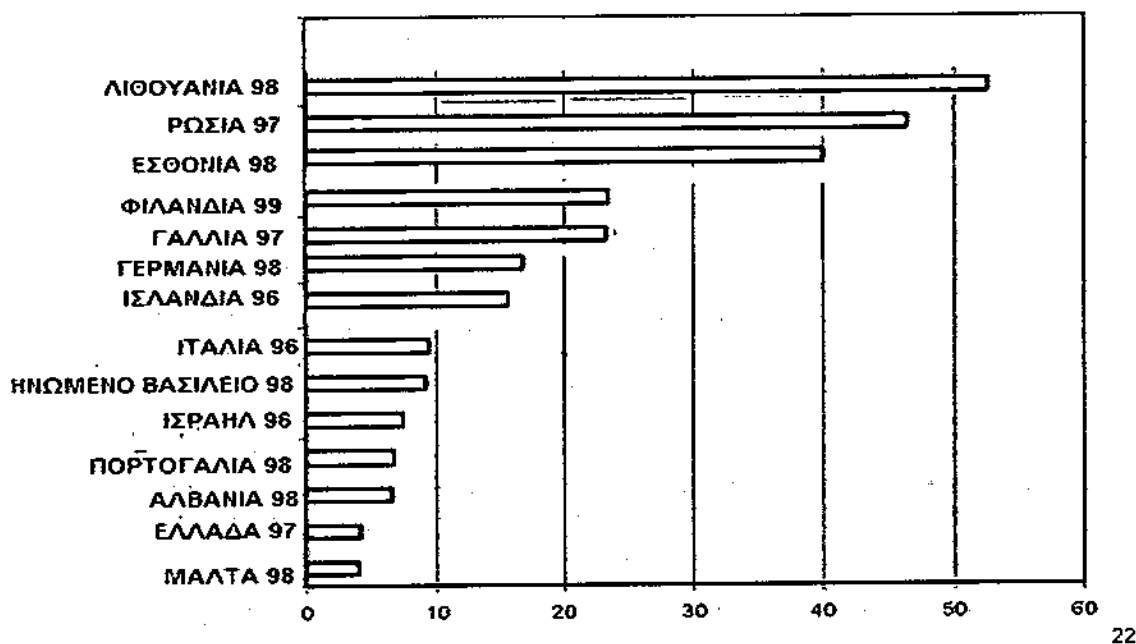
Πίνακας 4



21

- Τα ποσοστά αυτοκτονία σε ηλικίες 15 και πάνω στις ευρωπαϊκές χώρες ποικίλλουν σημαντικά το 1995 σύμφωνα με πληροφορίες απ' τον WHO Mortality Database. Το 1996 περισσότεροι από 100.000 πέθαναν από αυτοκτονία σε 38 ευρωπαϊκές χώρες.

Πίνακας 5



22

- Υπολογίζεται ότι γίνονται 1.000.000 ολοκληρωμένες αυτοκτονίες κάθε χρόνο παγκοσμίως. Σαν αποτέλεσμα στο αυξημένο ενδιαφέρον για αυτοκτονία στην Ευρώπη η Eurosdue (European Review of Suicide and Violence Epidemiology) πραγματοποίησε μια μελέτη για να εξετάσει τάσεις στην επιδημιολογία της αυτοκτονίας στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα. Στατιστικά αυτοκτονίας στις 15 χώρες παρατηρήθηκαν από το 1984 έως το 1998 από τον ΠΟΥ, Eurostate (European Statistical Office of the European Commission) και εθνικές στατιστικές υπηρεσίες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η Φιλανδία έχει τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας, η Ελλάδα έχει τα χαμηλότερα ποσοστά μέχρι το 1997 και η Ιρλανδία και η Ισπανία παρουσίασαν αυξητικές τάσεις αυτοκτονίας. Αν και τα ποσοστά αυτοκτονίας στα περισσότερες χώρες δείχνουν να μειώνονται η αξιοπιστία των δεδομένων είναι αβέβαιη εξαιτίας ίσως γεωγραφικών και προσωρινών παραγόντων²³.

- Στην Γερμανία κάθε χρόνο παραπάνω από 11.000 άτομα αυτοκτονούν. Ποσοστά αποπειρών αυτοκτονίας εκτιμάται ότι είναι 10 φορές πιο ψηλά²⁴. Στην Σουηδία περίπου 13.000 άτομα αυτοκτονούν κάθε χρόνο²⁵.

- Τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας παρατηρούνται στην ανατολική Ευρώπη σε μία ομάδα χωρών που μοιράζονται ίδια ιστορικά και κοινωνικοπολιτιστικά χαρακτηριστικά όπως η Εσθονία, η Λιθουανία, αλλά και σ' ένα μικρότερο βαθμό Φιλανδία, η Ουγγαρία και η Ρωσία¹¹.

2.2.3 Η.Π.Α.

Στις Η.Π.Α. η αυτοκτονία καθίσταται η 10^η κατά σειρά αιτία θανάτου και στους έφηβους η 3^η, ενοχοποιημένη για περισσότερες από 24.000 θανάτους κάθε χρόνο. Υπολογίζεται ότι ανά 20 λεπτά συμβαίνει μία αυτοχειρία καταλήγουσα σε θάνατο και δέκα απόπειρες. Για τους σπουδαστές των Πανεπιστημίων η αυτοκτονία αποτελεί την 2^η αιτία θανάτου μετά από τα ατυχήματα²⁰.

Την περίοδο του πολέμου του Βιετνάμ αυτοί που αυτοκτόνησαν ήταν τέσσερις φορές περισσότεροι από αυτούς που πέθαναν στην μάχη.

Στην Λατινική Αμερική βρίσκονται τα χαμηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας ενώ όπως προαναφερθήκαμε στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης τα υψηλότερα^{13,16}.

Περίπου ένα στα 100.000 άτομα αυτοκτονούν κάθε χρόνο. Οι εκτιμήσεις του συνολικού αριθμού των αυτοκτονιών κάθε χρόνο κυμαίνονται από 25.000 μέχρι 55.000¹⁶.

Κάθε 18 λεπτά πεθαίνει από αυτοκτονία κάποιος στις Η.Π.Α. και κάθε μέρα περίπου 80 Αμερικάνοι αυτοκτονούν και 1500 ακόμη επιχειρούν²⁶.

2.2.4 Ασία

Οι ερευνητές επισημάνουν πως είναι γνωστό πως η Ιαπωνία διαθέτει το μεγαλύτερο ποσοστό κατανάλωσης αντικαταθλιπτικών στον κόσμο και η Κίνα επίσης μεγάλο ποσοστό αυτοκτονιών²⁷.

Ερευνητική ομάδα του Χριστιανικού Κολεγίου της Ιατρικής και του Νοσοκομείου της Βέλφορ της επαρχίας Ταμίλ Ναντού στην Νότια Ινδία με επικεφαλής το δρ. Ανονκράντα Μπόσε, διαπίστωσαν ότι η Ινδία κατέχει το μεγαλύτερο ποσοστό αυτοκτονικών στον κόσμο αφού σε αυτές οφείλονται το 50% έως 75% των θανάτων των νέων γυναικών και των νέων ανδρών στην περιοχή. Στην έκθεση καταγράφονται 148 αυτοκτονίες ανά 100.000 νέες γυναίκες και 5 αυτοκτονίες ανά 100.000 νέους άνδρες, όταν ο μέσος όρος αυτοκτονιών σε όλο τον κόσμο φτάνει τα 14,5 ανά 100.000²⁸.

2.3 Αυτοκτονία. Φύλα και ηλικίες

Σύμφωνα με το Εθνικό Ινστιτούτο ψυχικής υγείας στις Η.Π.Α., αυτοκτονούν καθημερινά περίπου 15 παιδιά. Έτσι συνολικά έχουμε 5.000 έφηβους το χρόνο που αυτοκτονούν, εκτός από τις 500.000 εφήβους που κάνουν απόπειρα και το επιχειρούν ξανά τουλάχιστον άλλη μία φορά²⁹.

Στους έφηβους παρουσιάζουν σαφώς αυξημένη συχνότητα αυτοχειρίας, τα αγόρια ακόμη και σε επανάληψη τους αν αυτή ήταν αποτυχημένη²⁰.

Η αυτοκτονία είναι η 5^η κατά σειρά αιτία θανάτου μεταξύ 5-14 ετών και η 3^η κατά σειρά αιτία θανάτου μεταξύ 15-24 ετών. Τα ποσοστά για του λευκούς άνδρες από 15-24 ετών έχουν τριπλασιαστεί από το 1950, ενώ για τις γυναίκες είναι παραπάνω από διπλασιασμένο. Μεταξύ 1980-1996 οι αυτοκτονίες για τους αφρικαναμερικάνους άνδρες ηλικίας 15-19 έχει επίσης διπλασιαστεί²⁶.

Η αυτοκτονία είναι η πρώτη αιτία θανάτου στις ηλικίες 15-19 ετών παγκοσμίως. Από έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον Σεπτέμβριο 2000 έως το Μάιο του 2001 σε 162 άτομα εφηβικής ηλικίας από σχολεία μέσης εκπαίδευσης της Πάτρας και Αθήνας προέκυψαν τα εξής αποτελέσματα: Ποσοστά 7% (12 άτομα) αποπειράθηκε να αυτοκτονήσει ενώ το 49% (73 άτομα) γνώριζε στο στενό οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον έφηβους που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν. Η απόπειρες στην πλειοψηφία τους ήταν κορίτσια³⁰. Γενικά οι γυναίκες κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας 4 φορές περισσότερο από τους άνδρες ενώ οι άνδρες αυτοκτονούν 3 φορές πιο συχνά από τις γυναίκες και συνήθως προβαίνουν σε επιτυχείς αυτοκτονίες με τρόπο που μπορεί να επιφέρει πιο σίγουρα τον θάνατο (πυροβόλα όπλα, μαχαίρι και πηδώντας από ύψος^{9,26,31}.

Τα ποσοστά αυτοκτονίας αυξάνονται με την ηλικία.10 Για τους άνδρες τα ποσοστά αυξάνονται μετά τα 65. Λευκοί άνδρες άνω των 50 αποτελούν το 40% των αυτοκτονιών. Τα ποσοστά αυτά για τις γυναίκες εμφανίζονται στις ηλικίες 45-64 και μετά τα 75. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι που αυτοκτονούν έχουν επισκεφθεί γιατρό, λίγους μήνες πριν από την αυτοκτονία και πάνω από το 43 μέσα στην βδομάδα της αυτοκτονίας²⁶.

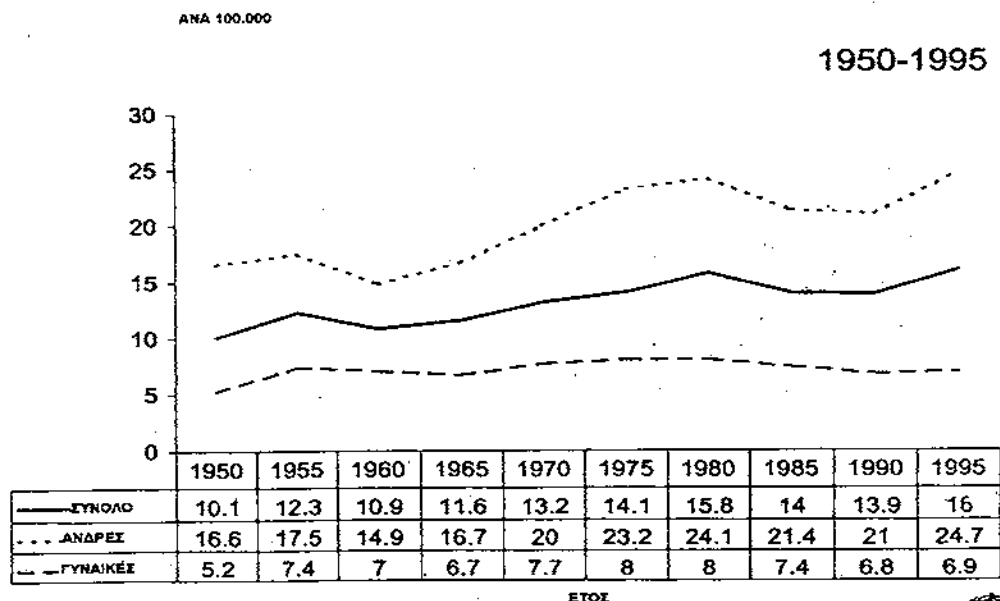
Όπως αναφερθήκαμε τα ποσοστά αυτοκτονίας αυξάνονται με την ηλικίας. Τα 2/3 των θυμάτων σημειώνονται σε ηλικία πάνω από 45 ετών. Οι απόπειρες πραγματοποιούνται λίγο πριν από τα 40⁹.

- Οι άνδρες και οι γυναίκες κάθε ηλικίας αυτοκτονούν

Στους παρακάτω πίνακες απεικονίζονται οι διαφορές στα ποσοστά μεταξύ ανδρών και γυναικών ξεκινώντας από 1950 και αναλύοντας μελλοντικές τάσεις αυτοκτονίας μέχρι και το 2020.

- Στον πίνακα 6 αναφέρονται παγκόσμια στατιστικά αυτοκτονίας ανά 100.000 ανά φύλο από το 1950 έως το 1995. Μία αύξηση στα ποσοστά αυτοκτονίας από 10,1 ανά 100.000 (σχεδόν 60%) μπορεί να παρατηρηθεί στο χρονικό διάστημα 1950-1995. Επιπλέον μεγάλο ενδιαφέρον έχει η κυριαρχία στα αυτοκτονικά ποσοστά των ανδρών έναντι των γυναικών με μικρή αύξηση από 3,2:1 το 1950 σε 3,6:1 το 1995. Η μόνη εξαίρεση σε αυτό το εύρημα είναι η 1.3 φορές μεγαλύτερα των ανδρών.

Πίνακας 6



- Στον πίνακα 7 παρουσιάζονται ποσοστά αυτοκτονιών (ανά 100.000) ανδρών και γυναικών σε διάφορες χώρες μέχρι τον Αύγουστο του 1999. Μια προσεκτική ματιά παρόλα αυτά στα νούμερα αποκαλύπτει πως το ¼ των αυτοκτονιών παγκοσμίως πραγματοποιούνται μόνο σε 2 χώρες: Στην Κίνα και στην Ινδία, η Κίνα μόνη της αντιπροσωπεύει το 20% όλων των αυτοκτονιών.

Πίνακας 7

ΧΩΡΑ	ΕΤΟΣ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
ΑΛΒΑΝΙΑ	1993	2.9	1.7
ΑΡΓΕΝΤΙΝΗ	1993	10.6	2.9
ΑΡΜΕΝΙΑ	1992	3.6	1.0
ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ	1995	19.0	5.1
ΑΥΣΤΡΙΑ	1997	30.0	10.0
ΚΑΝΑΔΑΣ	1995	21.5	5.4
ΧΙΑΗ	1994	10.2	1.4
ΚΙΝΑ	1994	14.3	17.9
ΚΟΛΟΜΒΙΑ	1994	5.5	1.5
ΚΟΣΤΑ ΡΙΚΑ	1994	8.0	1.8
ΚΡΟΑΤΙΑ	1996	34.2	11.3
ΚΟΥΒΑ	1995	25.6	14.6
ΕΚΟΥΑΔΟΡ	1995	6.4	3.2
ΑΙΓΥΠΤΟΣ	1987	0.1	0
ΕΛΣΑΛΒΑΔΟΡ	1990	15.6	7.7
ΕΣΘΟΝΙΑ	1996	64.3	14.1

ΧΩΡΑ	ΕΤΟΣ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
ΙΩΙΛΑΝΔΙΑ	1996	38.7	10.7
ΓΑΛΛΙΑ	1995	30.4	10.8
ΓΕΩΡΓΙΑ	1990	5.4	2.0
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1997	22.1	8.1
ΕΛΛΑΔΑ	1996	5.7	1.2
ΓΟΥΑΤΕΜΑΛΑ	1984	0.9	0.1
ΙΝΔΙΑ	1995	11.4	8.0
ΙΡΑΝ	1991	0.3	0.1
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	1995	17.9	4.6
ΙΣΡΑΗΛ	1996	8.2	2.6
ΙΤΑΛΙΑ	1993	12.7	4.0
ΤΖΑΜΑΙΚΑ	1985	0.5	0.2
ΙΑΠΩΝΙΑ	1996	24.3	11.5
ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ	1998	73.7	13.7
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	1997	29.0	9.8
ΜΑΛΤΑ	1997	5.9	2.1

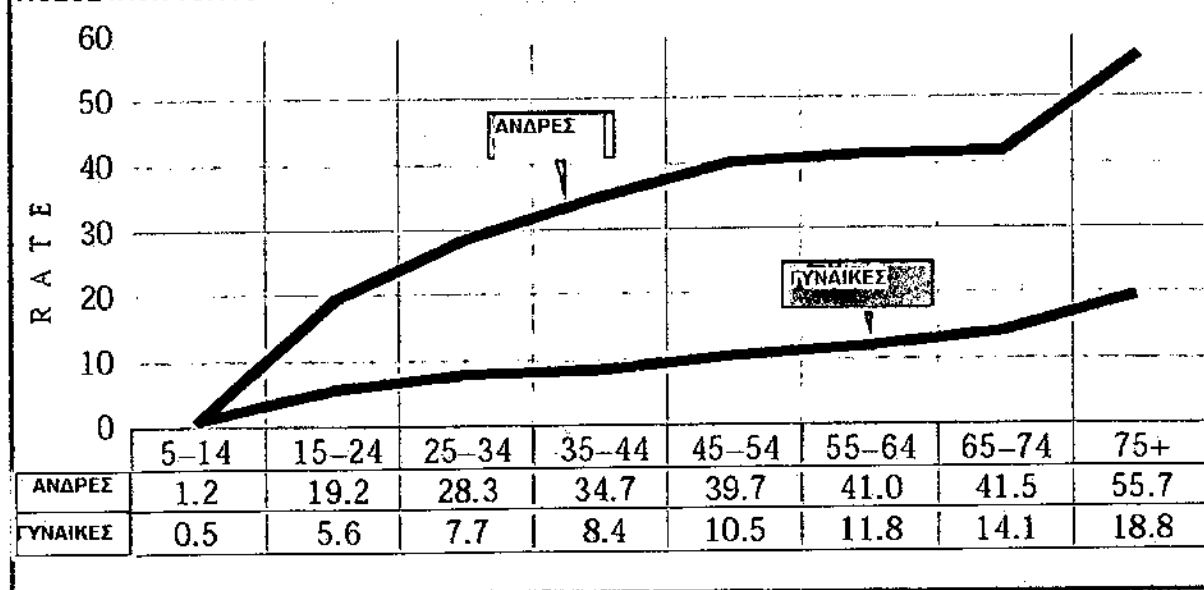
18

- Στον πίνακα 8 αναφέρονται τα ποσοστά αυτοκτονικών ανδρών και γυναικών παγκοσμίως σε σχέση με την ηλικία τους. Τα ποσοστά αυτοκτονιών κυμαίνονται για τους άνδρες στο 26,9 θάνατοι ανά 100.000 το 1998. Ξεκινώντας από το 1,2 (στις ηλικίες 5-14) και σταδιακά αυξανόμενο μέχρι το 55,7 (σε ηλικίες >75 ετών). Η ίδια θετική σχέση ηλικίας και αυτοκτονίας ισχύει και για τις γυναίκες.

Πίνακας 8

ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΑΝΑ ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑ

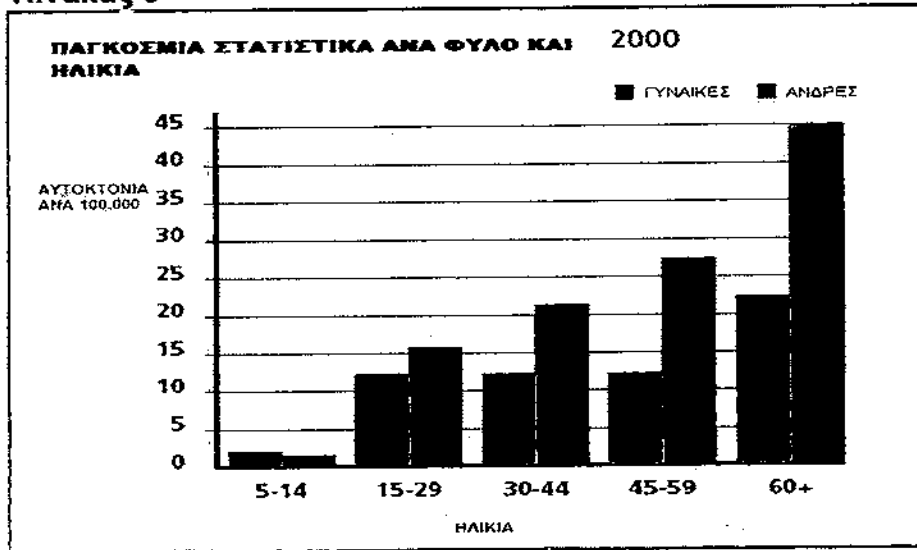
1998.



12

- Το 2000 οι διαφορές στα ποσοστά αυτοκτονιών σε διάφορες ομάδες ηλικίας στους άνδρες και τις γυναίκες παραμένουν αξιοσημείωτες. Στον πίνακα 9 παγκόσμια ποσοστά αυτοκτονίας για άνδρες και γυναίκες (ανά 100.000) αποκαλύπτουν τις διαφορές αυτές.

Πίνακας 9



13

- Μέχρι και το 2003 τα πιο πρόσφατα ποσοστά αυτοκτονικών για διάφορες χώρες αναφέρονται στον πίνακα 10.

Πίνακας 10

ΧΩΡΑ	ΕΤΟΣ	ΑΝΤΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ	99	21.2	5.1
ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	00	34.6	10.9
ΓΑΛΛΙΑ	99	26.1	9.4
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	99	20.2	7.3
ΕΛΛΑΔΑ	99	5.7	1.6
ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	00	25.2	9.1
ΚΙΝΑ	99	13.0	14.8
ΙΤΑΛΙΑ	99	11.1	3.4
ΙΑΠΩΝΙΑ	99	36.5	14.1
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	01	23.9	10.7
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	99	13.0	6.3
ΡΟΥΜΑΝΙΑ	01	20.8	3.9
ΡΩΣΙΑ	00	70.6	11.9
ΙΣΠΑΝΙΑ	99	12.4	4.0
ΣΟΥΗΔΙΑ	99	19.7	8.0
ΕΛΒΕΤΙΑ	99	26.5	10.0
ΟΥΚΡΑΝΙΑ	00	52.1	10.0
ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	99	11.8	3.3
Η.Π.Α	99	17.6	4.1

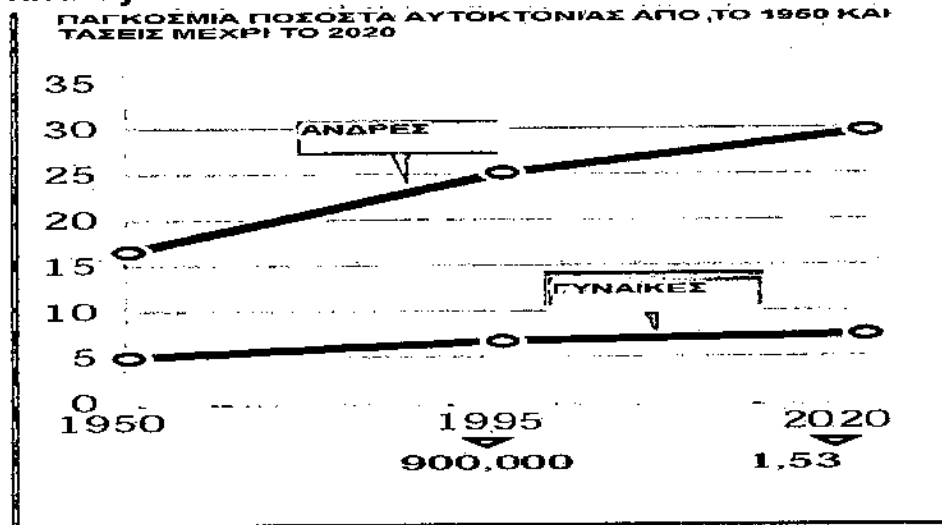
32

- Σύμφωνα με εκτιμήσεις του ΠΟΥ και βασισμένες σε τρέχουσες τάσεις 1,5 εκατομμύρια άνθρωποι θα πεθάνουν από αυτοκτονία και 10 με 20 φορές περισσότεροι θα κάνουν απόπειρα παγκοσμίως. Αυτό αντιπροσωπεύει περίπου 1 θάνατο κάθε 20". Στον πίνακα 11 παγκόσμια ποσοστά αυτοκτονίας (ανά 100.000

13

πληθυσμό) έχουν υπολογιστεί ξεκινώντας από το 1950. Θάνατοι που δηλώθηκαν από χώρες κάθε χρόνο συσχετίστηκαν με τον παγκόσμιο πληθυσμό για κάθε 5 χρόνια. Μία αύξηση περίπου 49% για τους άντρες και 33% για τις γυναίκες στα ποσοστά αυτοκτονίας μπορούν να παρατηρηθούν από το 1950-1995. Ο πίνακας 11, τέλος, αποδεικνύει τη διαρκή κυριαρχία των ποσοστών αυτοκτονίας στους άνδρες έναντι των γυναικών: 3,2:1 το 1950, 3,6:1 το 1995, όπως είδαμε στον πίνακα 6, και 3,9:1 το 2020.

Πίνακας 11



11

2.4 Χρησιμοποιούμενα Μέσα

Τα χρησιμοποιούμενα μέσα είναι ανεξάντλητα σε ποικιλία. Τα δηλητήρια όμως φαίνεται να είναι όλο και περισσότερο το μέσο προτίμησης: φάρμακα κάθε λογής, βαρβιτουρικά, ηρεμιστικά, κατευναστικά, αναλγητικά κλπ αλλά και εντομοκτόνα, μυοκτόνα, απορρυπαντικά.

Το άνοιγμα των φλεβών μπορεί να συνδυαστεί με το δηλητήριο ή και να είναι το μόνο μέσο που εκλέγει ο αυτόχειρας. Ο κλασικός κανόνας «στις γυναίκες το δηλητήριο, στους άνδρες το βίαιο μέσο» (ο απαγχονισμός, πτώση από μεγάλο ύψος, πιστόλι) φαίνεται να τηρείται πολύ συχνά. Από τον σχετικό κατάλογο δεν λείπουν και η ασφυξία με αέριο, ο πνιγμός ή ακόμη και πιο αλλόκοτες μέθοδοι: η εντοίχιση, η αυτοπυρπόληση, η κατακοπή μίας αρτηρίας, σταύρωση, αποκεφαλισμός, ο ακρωτηριασμός, η χρήση "θλώντων" μηχανισμών ή οργάνων, σφύρα, μεγγένη. Συχνά επίσης είναι και το κρέμασμα, η πτώση κάτω από αυτοκίνητο εν κινήσει ή ο αργός θάνατος από πείνα^{3,9,10}.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε γενικό νοσοκομείο της Οξφόρδης όπου είχαν εισαχθεί άτομα με επανειλημμένους αυτοτραυματισμούς, αναλύθηκαν τα μέσα που χρησιμοποιήθηκαν από αυτούς που τελικά αυτοκτόνησαν. Η πλειοψηφία των ατόμων είχε χρησιμοποιήσει διαφορετική από αυτή του αυτοτραυματισμού του, μέθοδο.

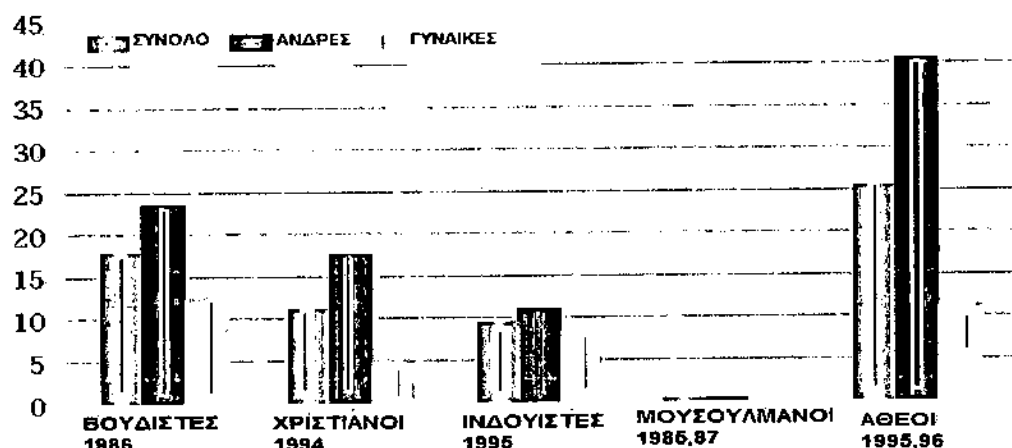
Πίνακας 12

ΜΕΘΟΔΟΣ	ΑΝΔΡΕΣ		ΓΥΝΑΙΚΕΣ		ΣΥΝΟΛΟ	
	<i>a</i>	(%)	<i>a</i>	(%)	<i>a</i>	(%)
ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΜΟΣ	70	(36.5)	43	(39.8)	113	(37.7)
ΑΠΑΓΧΟΝΙΣΜΟΣ, ΑΣΦΥΞΙΑ	44	(22.9)	20	(18.5)	64	(21.3)
ΑΕΡΙΟ	35	(18.2)	9	(8.3)	44	(14.7)
ΠΝΙΓΜΟΣ	10	(5.2)	7	(6.5)	17	(5.7)
ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ ΜΕ ΚΙΝΟΥΜΕΝΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ	7	(3.6)	7	(6.5)	14	(4.7)
ΠΥΡΟΒΟΛΑ ΟΠΛΑ ΚΑΙ ΕΚΡΗΚΤΙΚΑ	3	(1.6)	1	(0.9)	4	(1.3)
ΚΟΨΙΜΟ, ΤΡΥΠΗΜΑ	1	(0.5)	2	(1.9)	3	(1.0)
ΑΛΜΑ ΑΠΟ ΨΗΛΟ ΚΤΗΡΙΟ	1	(0.5)	2	(1.9)	3	(1.0)
ΆΛΛΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ	21	(10.9)	17	(15.7)	38	(12.7)
ΣΥΝΟΛΟ	192	(100)	108	(100)	300	(100)

2.5 Αυτοκτονία και θρησκείες

Μία σύγκριση αυτοκτονικών ποσοστών σύμφωνα με τις θρησκευτικές πεποιθήσεις κάθε χώρας, φέρνει στο φως μία αξιοσημείωτη διαφορά μεταξύ χωρών του Ισλάμ και χωρών άλλων θρησκειών.

ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΙΣ



11

2.6 Αυτοκτονία και Επάγγελμα

Οι γιατροί, οι φαρμακοποιοί, οι χημικοί και οι αγρότες φαίνεται πως έχουν μεγάλα ποσοστά αυτοκτονίας³⁴. Μία μελέτη που έγινε στην Αγγλία και Ουαλία από το έτος 1982 έως 1992 σε άνδρες και γυναίκες έδειξε τον αριθμό των αυτοκτονικών σε διάφορες επαγγελματικές ομάδες.

Επάγγελμα	Αναλογία Θνησιμότητας		Αριθμός Θανάτων	
	1982-1987	1988-1992	1982-1987	1988-1992
Ανδρες ηλικίας 16-64				
Κτηνίατρος	342	361	16	18
Βιβλιοθηκάριος	230	84	21	8
Οδοντίατρος	205	194	21	18
Αγρότης	205	145	310	177
Φαρμακοποιός	204	199	24	18
Δασοκόμος	182	155	23	27
Ιατρός	180	144	80	60
Πορτιέρης	176	102	28	15
(ξενοδ.)				
Χημικός/	145	156	41	38
Μηχανικός				
Καθηγητής	109	152	16	27

Επάγγελμα	Αναλογία Θνησιμότητας		Αριθμός Θανάτων	
	1982-1987	1988-1992	1982-1987	1988-1992
Γυναίκες ηλικίας 16-59				
Επιθεωρητής κυβερνήσεως	458	365	4	3
Κτηνίατρος	415	387	2	3
Ιατρός	347	322	27	25
Φαρμακοποιός	270	141	10	9
Φυσιοθεραπεύτρια	248	99	9	3
Οδηγός ασθενοφόρου	234	402	2	3
Άλλοι επαγγ. Υγείας	220	81	22	7
Φιλολόγος/Επαγγέλματα Τέχνης	173	112	16	7
Δάσκαλος	171	74	16	7
Νοσηλεύτριες	149	154	286	247

35

Στην Βρετανία οι γυναίκες γιατροί παρουσιάζουν πολύ μεγαλύτερο ποσοστό απ' ότι οι άνδρες συνάδελφοί τους, αλλά και σε σχέση με το σύνολο του πληθυσμού της χώρας. Ερευνητές από το Πανεπιστήμιο της Οξφόρδης μελέτησαν την συχνότητα αυτοκτονιών μεταξύ γιατρών που εργάζονταν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Βρετανίας από το 1979 έως το 1995. Περισσότεροι από 220 γιατροί αυτοκτόνησαν το διάστημα εκείνο.

Αν και ακόμη δεν μπορεί κανείς να εξηγήσει γιατί συμβαίνει αυτό, οι εν λόγω επιστήμονες έχουν αποκαλύψει ότι οι γυναίκες αναισθησιολόγοι εμφανίζουν κατά 7 φορές μεγαλύτερη συχνότητα αυτοκτονιών από ό,τι οι άλλες ιατρικές ειδικότητες. Οι γυναίκες ψυχίατροι διατρέχουν 7 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να φτάσουν σε σημείο να αυτοκτονήσουν. Και, γενικότερα, όσες εργάζονται σε επαγγέλματα που συνδέονται με χορήγηση θεραπείας, καθίστανται συνήθως 3,5 φορές πιο ευάλωτες ως προς τον τερματισμό της ζωής τους³⁶.

2.7 Οι γονείς είναι λιγότερο πιθανό να αυτοκτονήσουν

Κοπεγχάγη: Οι γυναίκες και οι άνδρες που είναι γονείς μικρών παιδιών έχουν λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν αυτοκτονικές τάσεις, όπως υποστηρίζει μελέτη Δανών επιστημόνων που δημοσιεύτηκε στο επιστημονικό έντυπο Archives of General Psychiatry.

Οι Δανοί επιστήμονες υπέβαλαν σε στενή παρακολούθηση 18.611 εθελοντές από την σκανδιναβική χώρα, οι οποίοι επιχείρησαν να αυτοκτονήσουν στην χρονική περίοδο από το 1981 έως το 1997.

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα της έρευνας με μία δεύτερη ομάδα εθελοντών που δεν είχαν κάνει απόπειρα, διαπίστωσαν ότι το 47% των ατόμων που προσπάθησαν να θέσουν τέλος στην ζωής τους δεν είχαν καθόλου παιδιά ενώ ποσοστό μικρότερο του 23% είχαν δύο ή περισσότερα τέκνα.

Όσον αφορά τις ηλικίες των παιδιών των ατόμων της πρώτης ομάδας εθελοντών, αυτές κυμαίνονταν κατά μέσο όρο στα 2 έτη, σε σχέση με τα 4 έτη που αποτελούσαν το μέσο όρο ηλικίας των παιδιών μεταξύ των συμμετοχόντων στην ομάδα ελέγχου.

Επιπλέον, κατά την έρευνα αποκαλύφθηκε ότι οι αυτόχειρες είχαν διπλάσιες πιθανότητες ένα παιδί του να έχει πεθάνει.

“Φαίνεται πως η ύπαρξη ενός ή περισσότερου τέκνου μικρής ηλικίας λειτουργεί ανασταλτικά ως προς την τάση για αυτοκτονία, ανεξαρτήτως φύλο, γεγονός που αποκαλύπτει πολλές άγνωστες πλευρές του ανθρώπινου νου”, αναφέρει χαρακτηριστικά ένα από τα βασικά μέλη της ερευνητικής ομάδας³⁷.

2.8 Η χώρα μας

Η χώρα μας ευτυχώς βρίσκεται στις τελευταίες θέσεις της παγκόσμιας κατάταξης χωρών με αυτοκτονία.

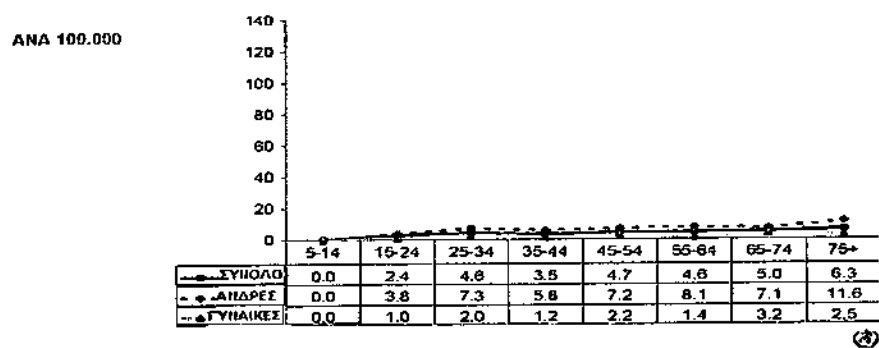
Γενικά η τάση για αυτοκτονίες φαίνεται να είναι σταθερή μεταξύ του 1960 και του 1996. Η σχέση μεταξύ των ποσοστών στα φύλλα δείχνει μία αντίθεση: ενώ άνδρες έχουν μία αύξηση στα αυτοκτονικά ποσοστά 18%, ιδιαίτερα από το 1975 και μετά, οι γυναίκες παρουσιάζουν μια πτώση σε ποσοστό 125%. Η σχέση ποσοστών ανδρών/ γυναικών αυξήθηκε από 1,8:1 το 1960 σε 4,9:1 το 1996.

Η ανάλυση των ηλικιακών ομάδων αποκαλύπτει μία απότομη αύξηση το 1960 μεταξύ νεαρών γυναικών (15-24).

Πίνακας 20

ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΝΑ ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑ

1999.



ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΩΝ ΑΝΑ ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑ

1999.

ΗΛΙΚΙΑ	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	All
ΑΝΔΡΕΣ	0	29	59	43	48	47	36	34	296
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	0	7	16	9	15	9	19	10	85
ΣΥΝΟΛΟ	0	36	75	52	63	56	55	44	381

World Health Organization, Geneva, 2004

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο ΑΙΤΙΑ-ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Οι ερευνητές που ασχολούνται με την αυτοκτονία έχουν επανειλημμένα διερευνήσει αίτια και παράγοντες που συσχετίζονται με την αυτοκτονική συμπεριφορά.

3.1 Ψυχική υγεία

Μελέτες από αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες αποκαλύπτουν δύο παράγοντες: 1^ο, η πλειοψηφία των ατόμων που αυτοκτονούν πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή. 2^ο, η αυτοκτονία και η αυτοκτονική συμπεριφορά είναι πιο συχνή στους ψυχιατρικούς ασθενείς.

3.1.1 Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη είναι η πιο συχνή διάγνωση στις ολοκληρωμένες αυτοκτονίες. Εκτιμάται ότι περισσότερο από 15% των αρρώστων με μείζονα κατάθλιψη θα καταλήξουν σε αυτοκτονία ενώ πολλοί περισσότεροι από αυτούς αναμένεται ότι θα πραγματοποιήσουν απόπειρες αυτοκτονίας.

Τα καταθλιπτικά άτομα που αυτοκτονούν είναι συνήθως άνδρες, άτομα ώριμης ηλικίας, διαζευγμένα ή άγαμα, χήροι, έχουν πραγματοποιήσει απόπειρες αυτοκτονίας στο παρελθόν, έχουν πρώιμη εμπειρία γονεϊκής στέρησης, δεν έχουν καλή συνεργασιμότητα σε θεραπευτικού τύπου παρεμβάσεις και λαμβάνουν ανεπαρκή δόση αντικαταθλιπτικού φαρμάκου.

Η πιο επικίνδυνη περίοδος πραγματοποίησης της αυτοκτονίας του καταθλιπτικού είναι αμέσως μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο και μέχρι και 6 μήνες αργότερα, στην αρχή ή στο τέλος του καταθλιπτικού επεισοδίου^{34,40}.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ



ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

3.1.2 Σχιζοφρένεια

Αποτελεί παρορμητική πράξη ή καλά μελετημένη και επί μήνες προετοιμασμένη. Ο σχιζοφρενής αυτοκτονεί υπό εντολή ακουστικών ή οπτικών ψευδαισθήσεων ή καθ' υπόδειξη παραληρητικών ιδεών διώξεως. Είναι συχνή στα αρχικά στάδια της νόσου. Χαρακτηριστικό είναι ότι εκ των προτέρων δεν υφίσταται καμία ένδειξη απ' τα λόγια ή την συμπεριφορά του. Για το λόγο αυτό η πρόληψη είναι πολύ δύσκολη. Περίπου το 10% των σχιζοφρενών διαπράττουν αυτοκτονία. Αυξημένο ρίσκο έχουν οι νέοι, ανύπαντροι άνεργοι, καταθλιπτικοί, μορφωμένοι και στα πρώιμα στάδια^{3,20}.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Αυτοκτονία	Απόπειρα Αυτοκτονίας
<ul style="list-style-type: none">• Φύλο : Άνδρες• Ηλικία: >60• Χωρισμένος, διαζευγμένος• Λευκός• Ζει μόνος-η• Άνεργος ή οικονομικά προβλήματα• Πρόσφατο γεγονός<ul style="list-style-type: none">○ Απόλυση○ Θάνατος στενού προσώπου	<ul style="list-style-type: none">• Φύλο : Γυναίκες• Ηλικία: <30• Φόβος, απειλή χωρισμού• Ζει μόνος-η• Άνεργος ή οικονομικά προβλήματα• Πρόσφατο γεγονός<ul style="list-style-type: none">○ Απόλυση○ Θάνατος στενού προσώπου
Κλινικοί παράγοντες	Κλινικοί παράγοντες
<ul style="list-style-type: none">• Κατάθλιψη• Σχιζοφρένεια• Κατάχρηση ουσιών• Ιστορικό αποπειρών ή ιδεών• Αίσθημα απαισιοδοξίας• Πανικός• Έντονο άγχος	<ul style="list-style-type: none">• Κατάθλιψη• Σχιζοφρένεια• Κατάχρηση ουσιών• Ιστορικό αποπειρών ή ιδεών• Αίσθημα απαισιοδοξίας• Πανικός• Έντονο άγχος

3.1.3 Μελαγχολία

41

Το ηθικό άλγος που διακατέχει το άτομο και η απόθεση κάθε ελπίδας για την βελτίωση της ψυχικής του υγείας, καθώς και οι τύψεις για τα προβλήματα που δημιουργεί στο περιβάλλον του τον οδηγούν στην απόφαση τις αυτοχειρίας η οποία κατά κανόνα πραγματοποιείται με προγραμματισμένο και μεθοδικό τρόπο.

Ο κίνδυνος αυτοχειρίας είναι μεγαλύτερος στα αρχικά στάδια της νόσου και κατά την φάση υποχωρήσεως όπου οι αναστολές του είναι μικρότερες σε αντίθεση με την οξεία φάση της μελαγχολίας²⁰.

3.1.4 Υστερία

Εδώ η αυτοκτονία παίρνει ειδική μορφή, κάτι ανάμεσα στην εκδίκηση και την θεατρική επίδειξη. Εκφράζει την νοσηρή επιθυμία του υποκειμένου να τραβήξει πάνω του την προσοχή και να αποσπάσει περισσότερη συμπάθεια και φροντίδα. Το σφάλμα θα ήταν να ερμηνεύσουμε την χειρονομία του υστερικού ως προσποίηση^{3,20}.

3.1.5 Χρόνιο Παραλήρημα

Η αυτοκτονία είναι σπάνια. Σημαίνει φυγή για τον καταδιωγμένο, θυσία για τον μυστικιστή, στωική απόφαση για τον παρανοϊκό.

3.1.6 Ιδεοληπτικά Ψυχαναγκαστικά νευρωτικοί

Οι σκέψεις αυτοκτονίας μένουν τις περισσότερες φορές στο στάδιο της επιτακτικής ανησυχίας²⁰.

3.1.7 Αλκοολισμός – κατάχρηση ουσιών

Ο αλκοολισμός είναι η κύρια διάγνωση σε 10-25% των αυτοκτονιών. Παρόλα αυτά ο αλκοολισμός αποτελεί αμφισβητούμενο παράγοντα κινδύνου στους έγχρωμους. 5-10% των αλκοολικών δίνουν τέλος στην ζωή τους, αυτοκτονώντας.

Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι επίσης αυξημένος σε άτομα που κάνουν λήψη ουσιών, κατά 20 φορές περισσότερο από του γενικού πληθυσμού^{29,42,43,44,45}.

Σε έρευνα 2000 περιπτώσεων αποπειρών αυτοκτονίας με φάρμακα (ΑΑΦ) που διακομίστηκαν στο Κοργιαλένιο – Μπενάκειο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών του ΕΕΣ κατά την περίοδο 1984-1990 παρατηρήθηκαν τα εξής :

- Ο επιπολασμός ΑΑΦ είναι συχνότερος στις γυναίκες παρά στους άνδρες (3:1) με άυξηση του ποσοστού των ανδρών τα τελευταία χρόνια.
- Συχνότερα ΑΑΦ παρατηρείται στις μικρότερες ηλικίες και μεταξύ 15-30 ετών και για τα δύο φύλα.
- Για ΑΑΦ χρησιμοποιούνται πιο συχνά τα αγχολυτικά ή ήσσονα ηρεμιστικά.
- Συνδυασμός ΑΑΦ γίνονται στους εαρινούς μήνες, κυρίως το Μάιο.
- Δεν παρουσιάζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά ως προς τις μέρες της εβδομάδας.
- Συχνότερα επιχειρούνται ΑΑΦ μεταξύ 9μμ και 2 π.μ.
- Ορισμένες συνοικίες είχαν το μεγαλύτερο αριθμό περιστατικών π.χ. Κυψέλη, Αμπελόκηποι, Πατησίων, Αχαρνών, Ομονοίας και Πέριξ, Λιοσίων, Ζωγράφου, Καλλιθέας. Αντιθέτως, άλλες περιοχές όπως Αργυρούπολη, Ανθούπολη, Αγ. Παρασκευή, Παπάγου, Πεντέλη, Λεύκη, παρουσιάζουν μικρό έως πολύ μικρό αριθμό περιστατικών⁴⁶.

Σε έρευνα της Παιδιατρικής Κλινικής του Τζάνειου Νοσοκομείου Πειραιά κατά το χρονικό διάστημα (1997-98-99) εξετάστηκαν 261, λόγω λήψης ουσιών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι από τα 261, τα 17 ήταν ηλικίας 12-14, από τα οποία τα αγόρια ήταν 4 (23,52%) και τα κορίτσια 13 (76,48%) με σαφή υπεροχή των κοριτσιών. Ως προς την κατηγοριοποίηση των ουσιών :

- α. Αντιπυρετικά (76,47%)
- β. Αλκοόλ (11,76%)
- γ. Άγνωστο φ. (11,76%)

Ως προς τα αίτια της απόπειρας :

α. Διαταραγμένη οικογενειακή κατάσταση (76,47%)

Διαζύγιο γονέων, σύγκρουση γονέων – παιδιών

β. Εκφοβισμός των γονέων (23,52%)

Κέρδος αγάπης – προσοχής των γονέων⁴⁷.

Τέλος, μία άλλη ουσία η οποία ερευνάται για τη σχέση της με την αυτοκτονία είναι το Γ' υδροξυβουτηρικό οξύ (gamma hydroxybutyric acid) κι αυτό γιατί ασθενής παρουσίασε σε μια ψυχιατρική μονάδα της Αμερικής την τάση να αυτοκτονήσει, ύστερα από χρήση της ουσίας GHB για ένα χρόνο⁴⁸.

3.1.8 Άλλες Διαταραχές

► Διαταραχές προσωπικότητας – ατομικά χαρακτηριστικά

1. Ασταθής χαρακτήρας
2. Μεθωριακή προσωπικότητα
3. Αντικοινωνική προσωπικότητα
4. Δυσφορική ασθενής^{3,30,42,43,44}

- Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή
- Πανικός^{43,44}
- Διπολική διαταραχή⁴⁹
- Απελπισία
- Μείζον συναισθηματική διαταραχή⁴³

3.1.9 Επιθυμία μεγέθυνσης στήθους

Ολλανδοί επιστήμονες ισχυρίζονται σε άρθρο του επιστημονικού έντυπου British Medical Journal, πως η επιθυμία της γυναίκας να αυξήσει το μέγεθος του στήθους της με τεχνητά μέσα ίσως κρύβει υποθάλπουσες τάσεις αυτοκτονίας.

Η επιθυμία τους αυτή υποκρύπτει μειωμένη αυτοπεποίθηση και ανασφάλεια. Ορισμένες γυναίκες μ' αυτή την επιθυμία υποφέρουν ουσιαστικά από κάποιο άλλο βαθύτερο πρόβλημα. Οι αν λόγω γυναίκες θα πρέπει να αναζητήσουν πρωτίστως τη βοήθεια κάποιου ψυχολόγου και κατά δεύτερο λόγο να υποστούν σε χειρουργική επέμβαση⁵⁰.

Επίσης, σύμφωνα με άρθρο του επιστημονικού έντυπου Annuals of Plastic Surgery, οι γυναίκες με εμφυτεύματα σιλικόνης στο στήθος αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας. Ωστόσο ερευνητές επισημάνουν ότι δεν αποδεικνύεται σχέση αιτίου-αιτιατού μεταξύ των εμφυτευμάτων και της αυτοκτονίας αλλά έχει περισσότερο να κάνει με το χαρακτήρα των γυναικών που προβαίνουν στις επεμβάσεις αυτές⁵¹.

3.2 Σωματική Υγεία

▶ **Κακοήθεις νεοπλασίες**

Η αυτοκτονία παρατηρείται περισσότερο:

- Στους άνδρες
- Μετά από διάγνωση (μέσα στα 5 πρώτα χρόνια)
- Όταν ο ασθενής υπόκειται σε χημειοθεραπεία

▶ **Παθήσεις νευρικού συστήματος**

- Εγκεφαλικές παθήσεις
- Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις^{34,43}
- Επιληψία. Οι επιληπτικοί προβαίνουν σε αυτοχειρία ακούσια ή εκούσια. Οι πάσχοντες από κροταφική επιληψία προβαίνουν σε αυτοχειρία αφίδνια σε κατάσταση δυσθυμικής κρίσεως. Οι χρόνιοι επιληπτικοί οι οποίοι υπέστησαν αλλοίωση χαρακτήρα ή προσωπικότητας προβαίνουν σε αυτοχειρία, σε κοινωνικές δυσχέρειες²⁰.
- Νόσος του Huntington
- Πολλαπλή σκλήρυνση
- Άνοια
- AIDS

▶ **Καρδιακές παθήσεις**

▶ **Ενδοκρινείς διαταραχές ή καταστάσεις**

- Νόσος του Cushing
- Σύνδρομο Klinefelter
- Ψυχογενής ανορεξία
- Πορφυρία

▶ **Παθήσεις γαστρεντερικού**

- Πεπτικό έλκος
- Κίρρωση ήπατος

▶ **Παθήσεις ουρογεννητικού συστήματος**

- Νεφρική ανεπάρκεια
- Υπερτροφία προστάτη⁴³

▶ **Προεμμηνορυσιακό σύνδρομο**

Ο πόνος και η κατάθλιψη που προκαλεί, είναι τόσο ανυπόφορα ώστε το 50% των γυναικών που πάσχουν, έχουν σκεφτεί να αυτοκτονήσουν. Οι γιατροί δεν έχουν καταφέρει να προτείνουν μία αποτελεσματική θεραπεία, αλλά σε μερικές περιπτώσεις προτείνουν αντικαταθλιπτικές θεραπείες όπως η αγωγή με Ladose ή τις συμβουλεύουν να κάνουν υστερεκτομή. Ένα ποσοστό >40% των γυναικών προσφεύγει σε ιατρική βοήθεια, αρκετές γυναίκες όμως υποφέρουν χωρίς να ζητούν βοήθεια^{52,53}.

3.3 Μητρικοί και Προγεννητικοί παράγοντες

Λονδίνο : Η πιθανότητα ένα άτομο να αυτοκτονήσει ίσως εν μέρει να καθορίζεται απ' τη στιγμή της γέννησής του, σύμφωνα με σουηδική μελέτη που δημοσιεύθηκε στο επιστημονικό έντυπο The Lancet. Ερευνητική ομάδα του Εθνικού Ινστιτούτου Πρόληψης και Μελέτης της Αυτοκτονίας έθεσε υπό ιατρική παρακολούθηση περισσότερους από 700.000 ενηλίκους που είχαν γεννηθεί απ' το 1973 έως το 1980 και καθόρισε τον αριθμό των αυτοκτονιών και τις απόπειρες που είχαν γίνει μεταξύ 10-26 ετών. Ο συνολικός αριθμός αυτοκτονίας στη Σουηδία το 1999, όταν τελείωσε η μελέτη, ήταν 20/100.000 άτομα. Τελικά, από την επεξεργασία των στοιχείων προέκυψε ότι τα παιδιά με βάρος γέννησης μικρότερο από 2 κιλά είχαν διπλάσιες πιθανότητες να αυτοκτονήσουν ως ενήλικοι συγκριτικά με παιδιά που ζύγιζαν 3,25 και 3,75 κιλά, όταν γεννήθηκαν. Επίσης, τα παιδιά που είχαν γεννηθεί από μητέρες ηλικίας κάτω των 19 ετών είχαν διπλάσιες πιθανότητες να αυτοκτονήσουν συγκριτικά με παιδιά των οποίων οι μητέρες ήταν 20 έως 29 ετών. Τα βρέφη με ύψος γέννησης 47 εκ. και κάτω κινδύνευαν περισσότερο να αυτοκτονήσουν συγκριτικά με εκείνα που ήταν 50 έως 51 εκ. Τέλος, ο κίνδυνος ήταν αυξημένος για παιδιά που είχαν γεννηθεί από μητέρες που δεν είχαν ολοκληρώσει την εκπαίδευσή τους ή είχαν τουλάχιστον άλλα 3 παιδιά. Μιλώντας στο BBC η Δρ. Ντανούτα Βάσσερμαν εξήγησε ότι η μελέτη δεν δίνει μια καθοριστική απάντηση για το λόγο που αυτοκτονούν οι άνθρωποι αλλά υποδεικνύει τη σημασία που παίζουν μητρικοί και προγεννητικοί παράγοντες. Είναι λοιπόν ολοφάνερο ότι πρέπει να στηρίζουμε τις εγκύους περισσότερο. Αξίζει πάντως να σημειωθεί ότι η διατροφή, το αλκοόλ και η κατάχρηση ουσιών παίζουν ρόλο – κλειδί στον καθορισμό του ύψους και του βάρους γέννησης του παιδιού⁵⁴.

3.4 Κοινωνικοί Παράγοντες

- ▶ Κοινωνική απομόνωση
- ▶ Συνεχής μετακίνηση των ατόμων^{20,43}
- ▶ Αστυφιλία
- ▶ Κοινωνική αποδιοργάνωση
- ▶ Ανεπαρκής παιδεία προς τα υφιστάμενα οικονομικά προβλήματα από την ανεργία
- ▶ Κοινωνική τάξη

Σε μελέτη 222 ατόμων στον Καναδά βρέθηκε ότι τα άτομα υψηλότερων κοινωνικών τάξεων παρουσιάζουν μεγαλύτερη σοβαρότητα στην απόφαση να αυτοκτονήσουν 20

- ▶ Κάτοικοι πόλεων
- ▶ Έλλειψη πολιτιστικών ή και θρησκευτικών αξιών⁴³
- ▶ Έντονες αναταράξεις στην ζωή, πχ, απώλεια υψηλόβαθμης θέσης θάνατος στενού προσώπου³⁴
- ▶ Οικογενειακή κατάσταση
 - Συζυγική κατάσταση
Άγαμοι, χήροι, εν διαστάσει, διαζευγμένοι, παντρεμένοι χωρίς ή με παιδιά, με σειρά επικινδυνότητας
 - Έλλειψη υποστηρικτικών κοινωνικών συστημάτων, κυρίως στο επίπεδο της οικογένειας (χαλαροί συναισθηματικοί δεσμοί μελών)
 - Πρώιμη γονεϊκή στέρση^{43,55}
- ▶ Στρατιωτική θητεία⁸
- ▶ Θρησκευτικές πεποιθήσεις^{8,56}

3.5 Ηλικίες

Ο κίνδυνος αυτοκτονίας αυξάνεται με την ηλικία. Στα παιδιά είναι σπάνια. Κορυφώνεται μετά την ηλικία των 75 ετών στους άνδρες και γύρω στα 50 στις γυναίκες. Παρόλα αυτά τα τελευταία 25 χρόνια έχει υπερτριπλασιαστεί η συχνότητα της αυτοκτονίας ανάμεσα στους έφηβους και τους νεαρούς ενήλικους¹⁶. 150 ημικατευθυνόμενες συνεντεύξεις από γονείς, ιατρούς και νοσηλευτές σε Παδιατρικό Νοσοκομείο, αποδείχτηκε ότι η νοσοκομειακή νοσηλεία επιδρά στην ψυχολογία των παιδιών με δυσάρεστα αποτελέσματα, όπως η αυτοκτονία.⁵⁷ Επίσης, οι έφηβοι παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά αυτοτραυματισμών σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 1999 μέχρι το 2000. Η περίοδος διαβάσματος φαίνεται πως επηρεάζει την αύξηση αυτοκτονιών ιδιαίτερα στους άνδρες έφηβους⁵⁸.

3.6 Ιστορικό αποπειρών, απειλών, αυτοτραυματισμών

Όταν υπάρχει ιστορικό προηγούμενης απόπειρας αυξάνεται ο κίνδυνος αυτοκτονίας έχει μάλιστα υπολογιστεί ότι αυξάνεται 64 φορές περισσότερο από τον γενικό πληθυσμό. Έχει μεγαλύτερη αξία απ' την ψυχιατρική διάγνωση. Μεταξύ των αυτοχειρών περίπου ¼ έως ½ το έχουν ξαναπροσπαθήσει^{16,55}.

Το 39% των ασθενών με επανειλημμένο, σκόπιμο αυτοτραυματισμό*, ήταν σε μεγαλύτερο ρίσκο για αυτοκτονία απ' αυτούς με μεμονωμένο αυτοτραυματισμό.

— Η σχέση επανειλημμένου αυτοτραυματισμού και αυτοκτονίας είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες παρά στους άνδρες, σύμφωνα με μεγάλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Οξφόρδη παρατηρώντας 11.583 άτομα από το 1978 έως το 1997⁵⁹. Το 35,6% των ασθενών με αυτοτραυματισμό έχουν οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Ο αυτοτραυματισμός ήταν συχνότερος στις μητέρες των ασθενών⁶⁰.

*DSH (deliberate self-harm)

3.7 Φυλή

Η Καυκασιανή φυλή είναι σε μεγαλύτερο βαθμό επικινδυνότητας από τις άλλες. Η πρόληψη της αυτοκτονίας με βάση τον καθορισμό παραγόντων κινδύνου είναι πιο εύκολη στην λευκή φυλή παρά στην μαύρη⁴⁹.

3.8 Απασχολησιακοί παράγοντες

Οι ανεπάγγελτοι και οι ανεκπαιδευτοι έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο από τους εργαζόμενους και εκπαιδευμένους. Επίσης σε ορισμένα επαγγέλματα έχει παρατηρηθεί αυξημένος κίνδυνος όπως: αστυνομικοί, μουσικοί, ασφαλιστές, νομικοί, οδοντίατροι, γιατροί κλπ⁴².

3.9 Ενοχοποίηση φαρμάκου ακμής για την αυτοκτονία

Η φαρμακευτική ουσία ισοτρετονοίνη, γνωστή με την εμπορική ονομασία Roaccutane που χορηγείται για την αντιμετώπιση της ακμής θεωρείται υπεύθυνη για 15 περιπτώσεις αυτοκτονιών στην Μ.Βρετανία.

Παρ' όλα αυτά η εκπρόσωπος της φαρμακευτικής εταιρίας και η κυρία Αθανασίου, υπεύθυνη του τμήματος ελέγχου ανεπιθύμητων ενεργειών του Ελληνικού Οργανισμού Φαρμάκου, αποδομικάζουν την άποψη αυτή⁶¹.

3.10 Η ηλιοφάνεια “αρωγός” των τάσεων αυτοκτονίας

Η ηλιοφάνεια είναι εν μέρει υπεύθυνη για την αυξημένη συχνότητα των αυτοκτονιών κατά τους ζεστούς μήνες του χρόνου σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελέτης ελλήνων ερευνητών που δημοσιεύονται στο επιστημονικό έντυπο *Epidemiology*. Ο κύριος ερευνητής της μελέτης, Καθηγητής Δ. Τριχόπουλος της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Harvard και συνεργάτες υποστηρίζουν ότι η αυξημένη συχνότητα της αυτοκτονίας κατά την περίοδο μεγίστης ηλιοφάνειας πιθανότατα σχετίζεται με τα επίπεδα μίας ορμόνης του οργανισμού, της μελατονίνης. Η εν λόγω ορμόνη εκκρίνεται από την επίφυση κατά την διάρκεια της νύχτας και σχετίζεται με τον ύπνο και το “ρολόι” του οργανισμού, δηλαδή τους κινκάρδιους ρυθμούς^{62,63}.

3.11 ΜΜΕ

Στις αιτίες που προκαλούν την αυτοκτονία διακρίνεται καμία φορά ο ρόλος των σύγχρονων μέσων ενημέρωσης που προβάλλουν ιδιαίτερα τις απόπειρες και ενθαρρύνουν υποσυνείδητα προς μίμηση τα ευαίσθητα άτομα, τους εφήβους κυρίως³.

3.12 Φυσικές Καταστροφές

Σε πρόσφατες έρευνες στις ΗΠΑ αποδείχθηκε η συμβολή των φυσικών καταστροφών όπως σεισμοί, πλημμύρες, τυφώνες κλπ σε αυτοκτονίες. Σε εξέταση 400 περιπτώσεων αυτοκτονίας που συγκεντρώθηκαν σε διάστημα δύο χρόνων έγινε φανερό ότι οι περιβαλλοντικοί παράγοντες επηρεάζουν περισσότερο τις γυναίκες παρά τους άνδρες⁵³. Τα συμπεράσματα απέδειξαν πως είναι απαραίτητη η ψυχολογική υποστήριξη των θυμάτων μετά από κάθε φυσική καταστροφή.

Ποσοστά προ και μετά καταστροφής ανά 100,000 ανάλογα με το είδος της καταστροφής

Τύπος καταστροφής	Αριθμός χωρών	Ποσοστά προ-καταστροφής	Ποσοστά μετά-καταστροφής	Τις εκατό	Διαφορά μεταξύ ποσοστά	Τιμή P
Όλες οι καταστροφές	337	12.33	12.38	+0.4	+0.05	0.79
Πλημμύρες	308	12.22	12.46	+2.0	+0.24	0.32
Τυφώνες	24	12.00	12.17	+1.4	+0.17	0.70
Μεγ.κακοκαιρία	24	11.27	10.29	-8.7	-0.98	0.07
Ανεμοστρόβιλοι	15	12.24	12.15	-0.7	-0.09	0.91
Σεισμός	4	19.20	18.96	-1.3	-0.24	0.84

64

3.13 Έλλειψη ύπνου

Σοκαριστικά είναι τα στοιχεία αμερικάνικης μελέτης η οποία διεξήχθη από ερευνητική ομάδα του κέντρου πρόληψης του Πανεπιστημίου της Πολιτείας της Αριζόνα, σύμφωνα με την οποία η έλλειψη ύπνου μπορεί να οδηγήσει σε απόπειρα αυτοκτονίας^{65,66}.

Μετά από εξέταση ασθενών με αυτοκτονική συμπεριφορά παρατηρήθηκε αύξηση στην ενέργεια και χρόνο του σταδίου REM του ύπνου σε ολόκληρη τη νύχτα και στο πρώτο στάδιο του REM. Αυτά τα ευρήματα συνιστούν μια σχέση μεταξύ των ανωμαλιών του REM κατά την περίοδο του ύπνου και τη συμπεριφορά της αυτοκτονίας⁶⁷.

3.14 Σχέση αυτοκτονίας με επιθετική συμπεριφορά

Υποστηρίζεται ότι υπάρχει στενή σχέση μεταξύ αυτοκτονίας και επιθετικής συμπεριφοράς^{31,43,68,69}, σύμφωνα με την ψυχοδυναμική σχολή, κάτι που ενισχύεται από μία σειρά επιστημολογικών και βιολογικών παρατηρήσεων όπως:

- Η καταγραφή περιπτώσεων ανθρωποκτονιών που ακολουθούνται από αυτοκτονία ανθρωποκτόνου.
- Το γεγονός ότι περίπου 30% των ατόμων που πραγματοποιούν ετεροκαταστροφικές πράξεις έχουν ιστορικό αυτοκαταστροφικών ενεργειών.
- Το γεγονός ότι 10-20% των ατόμων με αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές έχουν ιστορικό βίαιων συμπεριφορών εναντίον άλλων ατόμων.
- Το γεγονός ότι εντοπίζεται μειωμένη σεροτονινεργική δραστηριότητα τόσο σε αυτοκαταστροφικό όσο και σε επιθετικά άτομα⁴³.

Πρέπει τέλος να αναφερθεί πως σύμφωνα με έρευνα που δημοσιεύθηκε το 204 σε 22,957 θανάτους, συγκεκριμένοι παράγοντες κινδύνου δεν χαρακτηρίζουν το ίδιο τους λευκούς και τους έγχρωμους. Έτσι σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα θανάτων στην Αμερική το 1993, παρατηρήθηκαν διαφορές στα ποσοστά αυτοκτονίας μεταξύ λευκών και εγχρώμων.

Ηλικία	Λευκοί	Μαύροι
15-24	180	43
25-44	413	72
45-64	310	17
>64	376	18

Φύλο	Λευκοί	Μαύροι
Ανδρες	893	131
Γυναίκες	386	19

Μόρφωση	Λευκοί	Μαύροι
Όχι Λύκειο	130	9
Λίγο Λύκειο	312	48
Λύκειο	536	59
Πανεπιστήμιο	223	23
4χρονο Πανεπιστήμιο	177	11
Παντρεμένοι		
Ναι	505	39
Όχι	774	111

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο ΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ

Απαραίτητη προϋπόθεση για την εφαρμογή μέτρων πρόληψης και θεραπείας είναι η αναγνώριση ατόμων υψηλού κινδύνου αυτοκτονίας η οποία είναι δυνατόν να πραγματοποιηθεί με τον καθορισμό βιολογικών ευρημάτων-παραγόντων.

Οι Bunney και Fawcett ανέφεραν αυξημένα επίπεδα των 17-υδροκορτικοστεροειδών στα ούρα καταθλιπτικών ασθενών που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν ή αυτοκτόνησαν.

Στην συνέχεια αποδείχθηκε επίσης και η ύπαρξη αυξημένης κορτιζόλης στο πλάσμα και στα ούρα ατόμων που είχαν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν. Ωστόσο οι μελέτες τις κορτιζόλης στο ENY δεν έχουν καταφέρει να δείξουν με βεβαιότητα την ύπαρξη σχέσης με την αυτοκτονική συμπεριφορά.

Μεταθανάτιες μελέτες έδειξαν ότι το (5-HIAA) 5-υδροξύ-ινδολοξικό οξύ του ENY είναι μειωμένο στο εγκεφαλικό στέλεχος των θυμάτων αυτοκτονίας και πιστεύεται ότι είναι μειωμένο και στα άτομα που επιχειρούν να αυτοκτονήσουν^{16,68,69,70}. Το ένζυμο που ελέγχει το 5-HIAA παράγεται κι αυτό με τη σειρά του από ένα άλλο γονίδιο που οι επιστήμονες προσπαθούν ακόμη να απομονώσουν⁷¹.

Επίσης το εύρημα αυτό στο προσδιορισμό του κινδύνου για επιπλέον απόπειρες μετά από μία αποτυχημένη απόπειρα⁵⁷. Έχει διαπιστωθεί επανειλημμένη αυτοκτονική συμπεριφορά στους ασθενείς με χαμηλό επίπεδο ομοβανιλικού οξέος (HVA), παρουσιάζοντας έτσι μία σημαντική θετική σχέση μεταξύ τους⁷².

Αποτελέσματα μελετών δείχνουν επίσης ότι μειωμένη κεντρική, 5-HT λειτουργία στο μεταιχμιακό υποθαλαμικό σύστημα συνδέεται με την αυτοκτονία. Η προσυναπτική σεροτονινεργιακή δραστηριότητα έχει υπολογιστεί με την χρήση τριτοταγούς ιμιπραμίνης. Οι περισσότερες μελέτες έχουν αποκαλύψει μειωμένο αριθμό θέσεων δέσμησης με ιμιπραμίνη στο προμετωπιαίο φλοιό των θυμάτων αυτοκτονίας. Επίσης ελαττωμένη 5-HT μετασυναπτική λειτουργία των υποδοχέων μπορεί να είναι ένα σημαντικό βιολογικό ισοδύναμο για αυτοκτονικές συμπεριφορές. Οι υποδοχείς 5-HT₂ (τύπου 2) του εγκεφάλου έχουν φαρμακολογικές ομοιότητες με αυτούς των αιμοπεταλίων. Σε μελέτη καταθλιπτικών ασθενών με πρόσφατο ιστορικό αποπειρών αυτοκτονίας ή αυτοκτονικών ιδεών εντοπίστηκαν σημαντικά περισσότερες θέσεις δέσμησης 5HT₂ από ότι σε καταθλιπτικούς ή φυσιολογικούς μάρτυρες^{69,70}.

Ερευνητική ομάδα του Πανεπιστημίου του Ιλινόις με επικεφαλής τον Δρ. Changshyam N. Pandey θέλησε να διερευνήσει κατά πόσο η δράση του ενζύμου PKC (πρωτεΐνη κινάση C η οποία εμπλέκεται στο δίκτυο επικοινωνίας των κυττάρων) ενέχει κάποιο ρόλο στις αυτοκτονίες.

Η επεξεργασία των δεδομένων αποκάλυψε ότι η δραστηριότητα του PKC ήταν στατιστικά πολύ μειωμένη σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου των εφήβων που είχαν αυτοκτονήσει εν συγκρίσει από αυτούς που είχαν αποβιώσει από άλλες αιτίες⁷³.

Τέλος ερευνάται η σχέση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς και άλλων παραγόντων όπως διαταραχές κατεχολαμίνων, διαφοροποίηση της αιμοπεταλικής MAO, χαμηλό λόγο επιπέδων 24ωρου χοληστερίνης νορεπινεφρίνης προς επινεφρίνης στα ούρα⁷⁰.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα συμπτώματα του αυτοκτονικού αρρώστου είναι:

- Μιλά για θάνατο
- Κάνει ερωτήσεις που δείχνουν σκέψεις ή σχέδια αυτοκτονίας π.χ. "Αν κάποιος πηδήξει από αυτό το παράθυρο θα σκοτωθεί αμέσως;"
- Ανησυχία ύπνου
- Αίσθημα απελπισίας και αδιεξόδου
- Μείωση των ενδιαφερόντων και κοινωνική μόνωση
- Φαντάζεται ότι έχει σοβαρή αρρώστια π.χ. AIDS ή καρκίνο και μπορεί να θέλει να τελειώσει την ζωή του για να σταματήσει να ταλαιπωρεί τον εαυτό του και τους δικούς του
- Ιδέες αναξιότητας, υποτίμησης και πεσσιμισμού
- Ακούει φωνές
- Κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ
- Γράφει αυτοκτονικά σημειώματα
- Διαταραχές συγκέντρωσης προσοχής
- Απώλεια βάρους
- Ξαφνικά φαίνεται πολύ ευτυχισμένος ή ανακουφισμένος χωρίς φανερή αιτία μετά από μεγάλη περίοδο κατάθλιψης (ίσως να είναι σημείο ότι η αμφιθυμία να αυτοκτονήσει ή όχι, ανακουφίσθηκε με την απόφαση να το κάνει)
- Συλλέγει αντικείμενα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για πρόκληση βλάβης
- Μοιράζει τα ατομικά του είδη^{7,43,74}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Μέχρι τα 2/3 των ασθενών που διαπράττουν αυτοκτονία έχουν επισκεφθεί γιατρό έναν μήνα πριν το θάνατό τους.

Λίγοι ασθενείς παρουσιάζουν τις αυτοκτονικές σκέψεις και προθέσεις τους. Έτσι ο γιατρός πρέπει να είναι άγρυπνος στις ενδείξεις ότι ένας ασθενής διατρέχει κίνδυνο να αυτοκτονήσει. Αν και ο ασθενής δεν μπορεί εθελοντικά να εκφράσει τις αυτοκαταστροφικές προθέσεις του, η ίδια η επίσκεψη μπορεί να είναι μία κραυγή για βοήθεια. Αυτό είναι ένα σημαντικό σημείο επειδή η επίσκεψη μπορεί να παρέχει την ευκαιρία για μία σωτήρια επέμβαση⁷⁰.

6.1 Οι διαγνωστικές μέθοδοι αφορούν:

A. ΓΕΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

- Ιατρικό ιστορικό: Η ύπαρξη σωματικών νόσων και θεραπεία για αυτές. Πρόσφατες αλλαγές στην σωματική υγεία.
- Ψυχιατρικό ιστορικό: Προηγούμενες απόπειρες (μέθοδος, σοβαρότητα), καταθλιπτικά επεισόδια (καταθλιπτική διάθεση, διαταραχή ύπνου ή όρεξης, ημερήσιες διακυμάνσεις στην διάθεση), ψυχωτικά συμπτώματα (ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες), ψυχοτρόπα φάρμακα, ψυχιατρικές νοσηλείες, τρέχουσα θεραπεία⁷⁵.
- Κοινωνικό ιστορικό: Επάγγελμα (οικογενειακές ευθύνες, πρόσφατες αλλαγές στο κοινωνικό status), τρέχουσες συνθήκες ζωής (οικογένεια, πρόσφατες αλλαγές ή απώλειες σε ερωτικές ή σημαντικές φιλίες).
- Ιστορικό χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών ή αλκοόλ: Τύποι χρήσης ή κατάχρησης. Πιθανότητα η ψύχωση ή η κατάθλιψη να είναι δευτερογενής από χρήση ή απόσυρση από ουσίες.

B. ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

- Λεκτικές ενδείξεις: Δηλώσεις για αυτοκτονία με οποιοδήποτε τρόπο θα πρέπει να λαμβάνονται στα σοβαρά έως όταν αποδειχθεί το αντίθετο. Εκφράσεις όπως 'δεν αντέχω άλλο', ή 'τίποτα δεν πάει σωστά', 'δεν αντέχω άλλο στην δουλειά μου', εκφράζουν απογοήτευση. Ερευνητής στις Ηνωμένες Πολιτείες αποκαλύπτοντας την κλινική του εμπειρία παρατήρησε ότι επιτυχημένες προβλέψεις στην αυτοκτονιολογία, συχνά είναι βασισμένες στη του ασθενή, άσχετα με το περιεχόμενο της συζήτησης. Οι φωνές των ασθενών που πάσχουν από τάσεις αυτοκτονίας έχουν κάποια διαφορετικά χαρακτηριστικά⁷⁶.
- Συμπεριφορικές ενδείξεις: υπάρχουν άτομα που δεν μπορούν να εκφράσουν λεκτικά την επιθυμία τους να πεθάνουν αλλά εκδραματίζουν με διάφορους τρόπους

π.χ. κάνει τη διαθήκη του, μοιράζει τα προσωπικά του αντικείμενα και τακτοποιεί κάποιες υποθέσεις του¹⁶.

Γ. ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Η διερεύνηση πιθανών αυτοκτονικών σκέψεων μπορεί να γίνει διακριτικά όταν ο κλινικό αρχίζει με γενικές και συνεχίζει με πιο συγκεκριμένες ερωτήσεις όπως:

- Πως αισθάνεσαι γενικά;
- Πόσο άσχημα μπορείς να φτάσεις να νοιώσεις;
- Έχεις σκεφτεί να δώσεις τέλος στην ζωή σου;

Μέσω των ερωτήσεων αυτών εκτιμάται ο ασθενείς για:

- αυτοκτονικό ιδεασμό (ιδέες, επιθυμίες, τάσεις)
- αυτοκτονική πρόθεση
- αυτοκτονικά σχέδια
- μελλοντικούς προσανατολισμούς (ύπαρξη μελλοντικών ρεαλιστικών σχεδίων)
- παρούσα ψυχική κατάσταση^{16,77}.

Δ. ΚΛΙΜΑΚΕΣ

Η αυτοκτονική "πρόθεση" του ατόμου εκτιμάται με ειδικές κλίμακες που μπορούν να χορηγηθούν και από μη ψυχιάτρους, κατάλληλα εκπαιδευμένους. Η κλίμακα αυτοκτονικής πρόθεσης καλύπτει διάφορες αντικειμενικές καταστάσεις που σχετίζονται με την απόπειρα (παρουσία άλλων, μέτρα προφύλαξης ενάντια σε πιθανή παρέμβαση, προετοιμασία απόπειρας, ανοιχτή ανακοίνωση της πρόθεσης κ.α.). Η υψηλή βαθμολογία στην σχετική κλίμακα δηλώνει και τον υψηλό βαθμό πρόθεσης, άρα την αυξημένη πιθανότητα αυτοκτονίας του ατόμου. Ανάλογες, εύχρηστες κλίμακες μπορεί να βοηθήσουν στην αποκάλυψη του υψηλού κινδύνου επανάληψης της απόπειρας ή και του υψηλού κινδύνου προσεχούς αυτοκτονίας⁴³.

Για παράδειγμα, η κλίμακα Hamilton, που δημιουργήθηκε απ' τον Maxwell Hamilton το 1960. Η αξιοπιστία της εξαρτάται απ' αυτόν που βαθμολογεί. Δεν είναι διαγνωστικό εργαλείο αλλά εργαλείο εκτίμησης της βαρύτητας της νόσου⁷⁸.

Συμπερασματικά, εάν ο ασθενής μέσω των παραπάνω διαγνωστικών μεθόδων θεωρηθεί επικίνδυνος στο να αυτοκτονήσει, ο παθολόγος πρέπει να κρίνει εάν ο κίνδυνος είναι επικείμενος (δηλαδή η αυτοκτονία μπορεί να επιχειρηθεί σε 48 ώρες) βραχυπρόθεσμος (δηλαδή εντός μίας εβδομάδας) ή μακροπρόθεσμος⁴¹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ποία είναι εκείνη η θεραπεία που μπορεί να εγγυηθεί την εξάλειψη της αυτοκτονικής ιδέας; Αν και απάντηση δεν έχει δοθεί ακόμα, η αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση πρέπει να χαρακτηρίζεται από εκείνες τις θεραπευτικές ενέργειες που βασίζονται σε επιστημονικές γνώσεις και σε ανθρώπινες προσεγγίσεις⁷⁹.

Οι θεραπευτικές ενέργειες εξαρτώνται από:

- α. Την επικινδυνότητα του ασθενούς για απόπειρα αυτοκτονίας στο μέλλον.
- β. Την ανάγκη για αντιμετώπιση ψυχιατρικής νόσου.
- γ. Την αποκατάσταση σωματική υγείας (αν έχει προηγηθεί απόπειρα)⁷⁷

7.1 Τρόποι Παρέμβασης

Γενικά ο κλινικός πρέπει να διαλέξει ανάμεσα σε 3 τρόπους παρέμβασης θεραπείας του αυτοκτονικού αρρώστους.

1. Το άτομο να πάει σπίτι του:

Το άτομο που δεν έχει κάνει απόπειρα και εκφράζει μόνο αόριστες ιδέες, αλλά αρνείται οποιοδήποτε αυτοκαταστροφικό σχέδιο ή πρόθεση είναι πιθανότατα υποψήφιο για εξωνοσοκομειακή θεραπεία, που θα γίνει ανάλογα με την προτίμηση του ασθενή, από ειδικό ή τον οικογενειακό γιατρό και σε συνεργασία με αυτούς που τον παρέπεμψαν. Για το άτομο που έχει κάνει απόπειρα, η εισαγωγή του στο νοσοκομείο είναι συνήθως θεραπεία εκλογής. Αν όμως το άτομο αυτό αρνείται ότι συνεχίζει να έχει πρόθεση αυτοκτονίας, η απόπειρα από μόνη της δείχνει μικρό κίνδυνο, το άτομο δεν βρίσκεται σε έντονη κατάθλιψη ή ψύχωση και συγγενείς ή φίλοι μπορούν να μείνουν μαζί του, τότε ο κλινικός θα πρέπει να σκεφτεί την πιθανότητα να πάει το άτομο σπίτι του. Θα πρέπει όμως να δοθεί ραντεβού στο άτομο αυτό για την επόμενη κι όλας μέρα με κάποιο ειδικό της ψυχικής υγείας και να διασφαλιστεί ότι το άτομο θα πάει στο ραντεβού και επίσης ότι η υπηρεσία ή το άτομο που θα το δει έχουν ενημερωθεί πλήρως πριν το άτομο φύγει να πάει σπίτι του.

Η εξωνοσοκομειακή θεραπεία θα βασιστεί στις ανάγκες του ασθενή και στην διάγνωσή του και μπορεί να κυμανθεί από λίγες συναντήσεις παρέμβασης σε κρίση έως μακράς διάρκειας ψυχοθεραπεία και φαρμακοθεραπεία. Οι μορφές της ψυχοθεραπείας μπορεί να είναι ατομική θεραπεία, οικογενειακή θεραπεία, θεραπεία ζευγαριού ή ομαδική ψυχοθεραπεία. Η φαρμακοθεραπεία θα είναι συνήθως αντικαταθλιπτική αγωγή για κατάθλιψη. Επίσης ο κλινικός θα πρέπει κατά την εξωνοσοκομειακή θεραπεία να είναι προσεκτικός ώστε να εκτιμά τον κίνδυνο αυτοκτονίας συχνά και επίσης να μην δίνει μεγάλη ποσότητα φαρμάκων για το σπίτι.

2. Εκούσια εισαγωγή στο νοσοκομείο:

Πολλά από τα άτομα που έχουν σχεδιάσει την αυτοκτονία τους και τα περισσότερα από αυτά που έχουν κάνει σοβαρή απόπειρα θα πρέπει να εισαχθούν στο νοσοκομείο. Η νοσοκομειακή περίθαλψη προσφέρει ασφάλεια, λεπτομερή διαγνωστική εκτίμηση και γρήγορη έναρξη της θεραπείας. Άτομα που βρίσκονται σε απόγνωση τις περισσότερες φορές συμφωνούν με την ένδειξη νοσηλεία τους, ιδιαίτερα αν την υποστηρίζουν και οι συγγενείς και οι φίλοι τους. Αν υπάρχει υποψία ότι το άτομο μπορεί να κάνει άλλη απόπειρα ακόμη και μέσα στο νοσοκομείο η παρατήρηση θα πρέπει να είναι συνεχής και προσεκτική.

3. Ακούσια εισαγωγή στο νοσοκομείο:

Αν το άτομο κινδυνεύει να αυτοκτονήσει και δεν θέλει να νοσηλευτεί τότε ο κλινικός έχει το δικαίωμα απ' το νόμο να ζητήσει την εισαγωγή του σε νοσοκομείο για να το προφυλάξει. Επειδή τα άτομα που σχεδιάζουν ν' αυτοκτονήσουν βρίσκονται σε τρομερή σύγκρουση με τις επιθυμίες τους, η απόφαση για νοσηλεία θα πρέπει να τους ανακοινωθεί καθαρά και σταθερά. Άσχετα με το αν η εισαγωγή είναι εκούσια, εφόσον υπάρχει κίνδυνος αυτοκτονίας αυτός πρέπει να αναγράφεται με έντονα κόκκινα γράμματα στο φύλλο νοσηλείας.

Εφόσον εξασφαλιστεί η προστασία του ασθενή απ' την αυτοκτονία, η προσοχή θα πρέπει να στραφεί στην θεραπεία της υποκειμενικής νόσου που μπορεί να υπάρχει. Έτσι θα δοθεί αντικαταθλιπτική αγωγή, λίθιο, και αντιψυχωτική αγωγή θα προστεθεί στο άτομο με διπολική διαταραχή και στο άτομο με ψυχωτική κατάθλιψη.

Αντικαταθλιπτική αγωγή μπορεί να προστεθεί στην αντιψυχωτική αγωγή σε άτομο με καταθλιπτική σχιζοσυναισθηματική διαταραχή ή και ακόμα σε άτομο με σχιζοφρένεια που έχει κατάθλιψη¹⁶. Η αναγκαστική νοσηλεία εφόσον πραγματοποιηθεί θα πρέπει να γίνεται με διαδικασίες τέτοιες που να μην είναι προσβλητικές και να εξασφαλίζουν τον σεβασμό στην προσωπικότητα, την αξιοπρέπεια και την ιδιωτική ζωή του ασθενούς⁷².

7.2 Φαρμακοθεραπεία – Ψυχοθεραπεία

Η αυτοκτονικότητα μπορεί να θεραπευτεί. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την θεραπεία των υποκείμενων ψυχιατρικών νόσων φαίνεται πως μειώνουν τα ποσοστά αυτοκτονίας. Συγκεκριμένα υπάρχουν αποδείξεις ότι η θεραπεία με λίθιο στην διπολική διαταραχή μειώνει τα ποσοστά αυτοκτονίας. Σύμφωνα με τη μελέτη International Suicide Prevention Trial (Intersept) μια πολυκεντρική, τυχαιοποιημένη μελέτη που άρχισε το 1988, συγκρίθηκε η αποτελεσματικότητα δύο αντιψυχωτικών ουσιών, της κλοζαπίνης (Leronex) και της ολανζαπίνης στη μείωση του κινδύνου αυτοκτονικής συμπεριφοράς με σχιζοσυναισθηματικές διαταραχές. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης η ουσία κλοζαπίνη (Leronex) μειώνει τον κίνδυνο απόπειρας και την εισαγωγή σε νοσοκομείο κατά 26% περίπου σε σύγκριση με την ολανζαπίνη. Ο οργανισμός τροφίμων και φαρμάκων των ΗΠΑ, ο F.D.A ενέκρινε πρόσφατα την κλοζαπίνη. Είναι χαρακτηριστικό ότι είναι η πρώτη φορά που εγκρίνεται φαρμακευτικό σκεύασμα με αυτή την ένδειξη⁸⁰.

Έχει παρατηρηθεί μία συσχέτιση της αύξησης των συνταγών για αντικαταθλιπτικά και συγκεκριμένα αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης, και της μείωσης των ποσοστών αυτοκτονίας σε μερικές χώρες⁸¹.

Το ποσοστό των αυτοκτονιών έχει σημειώσει σημαντική πτώση χάρη στην ευρύτερη χρήση μοντέρνων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, σύμφωνα με τα αποτελέσματα νεότερων μελετών που παρουσιάστηκαν στο Ευρωπαϊκό Συνέδριο Νευροψυχοφαρμακολογίας.

Μελέτη που διεξήχθη στην Σουηδία έδειξε ότι τουλάχιστον 100 θάνατοι προλήφθηκαν το 1990 λόγω της χορήγησης αντικαταθλιπτικών. Δεύτερη μελέτη που επίσης διεξήχθη στην Σουηδία σε δείγμα 15.400 περιστατικών την χρονική περίοδο 1992-2000 έδειξε ότι τα περιστατικά αυτοκτονίας στα άτομα που λάμβαναν αντικαταθλιπτικά ήταν 217 ανά 100.000 άτομα συγκριτικά με τα 417 εκείνων που δεν έκαναν χρήση των εν λόγω φαρμάκων.

Τα παραπάνω αποτελέσματα επιβεβαιώνονται και από ανάλογες μελέτες σε άλλες σκανδιναβικές χώρες, την Αυστραλία και τις ΗΠΑ όπου οι αυτοκτονίες σε νεαρά άτομα έχουν μειωθεί σημαντικά και συνδέονται άμεσα με την ραγδαία αύξηση της χρήση των αντικαταθλιπτικών.

Τέλος σε μελέτη που διεξήχθη το 1960 στην Μ. Βρετανία από το Πανεπιστήμιο του Σαουθάμπτον παρατηρήθηκε μείωση των περιστατικών αυτοκτονίας. Συγκεκριμένα από 6,3 ανά 1.000 άτομα πριν την περίοδο της θεραπείας έπεσε στο 5,7 κατά την φάση των συνεδρίων ηλεκτορθεραπείας (κοινώς ηλεκτορσόκ) και τελικά σταθεροποιήθηκε στο 3,3 κατά την περίοδο χορήγησης των πρώτων αντικαταθλιπτικών σκευασμάτων⁸².

Επίσης χορηγούμε αντιαγχολυτικά για την μείωση του άγχους που καλούνται και ήπια ηρεμιστικά χάπια (Xanax, Lexotanil, Rivotril), ή ακόμη και αντιμανιακά για τα μανιακά επεισόδια της διπολικής συμπεριφοράς ή μανιοκαταθλιπτικών νόσων^{83,84}.

Τα φάρμακα από μόνα τους δεν είναι επαρκή για την θεραπεία αυτοκτονικότητας. Η ψυχοθεραπεία παρέχει μια απαραίτητη θεραπευτική σχέση που μειώνει τα ποσοστά αυτοκτονίας. Γνωστικές- συμπεριφορικές προσεγγίσεις, που περιλαμβάνουν εκπαίδευση για την αντιμετώπιση προβλημάτων, φαίνεται να μειώνουν αποτελεσματικότερα τις αυτοκτονικές ιδέες και τις απόπειρες απ' ότι συνηθισμένες ή μη άμεσες θεραπείας⁸¹.

7.3 Βασικές Αρχές

Σύμφωνα με το AFSP, η προσέγγιση του αυτοκτονικού από την κλινικό θα πρέπει να χαρακτηριστεί από τα εξής:

- Προώθηση ναρκισσιστικής αυτονομίας
- Ανάπτυξη αυτογνωσίας
- Παραδειγματισμός στην αντιμετώπιση των διαπροσωπικών σχέσεων μέσω της θετικής σχέσης νοσηλευτή-αρρώστου
- Επαφή πρόσωπο με πρόσωπο
- Ο γιατρός-νοσηλευτής χρησιμοποιεί τον εαυτό σαν βοηθητικό εγώ παρέχοντας ειδική ναρκισσιστική βοήθεια
- Πραγματική και όχι μεταδοτική σχέση
- Εκδήλωση ειλικρινούς αγάπης όχι ερωτικής αλλά "Σωκρατικής ή Θεολογικής"
- Ο γιατρός να δίνει έμφαση στα χαρίσματα του ασθενή όσο ασήμαντα και αν είναι
- Εναλλακτικοί τρόποι αντιμετώπισης στρεσογόνων παραγόντων

Παράδειγμα:

Τον ψυχοθεραπευτή Elvin Semrad επισκέφθηκε ένας άλλος γιατρός γεμάτος άγχος για την αυτοκτονική ασθενή τους και τη μη αναστρέψιμη πορεία της. Ο Semrad τον συμβούλευσε να της μιλήσει και να της εκφράσει ο ίδιος τα συναισθήματά του. Έτσι όταν εκείνος κλαίγοντας μίλησε στην ασθενή του η αυτοκτονική της επιθυμία μειώθηκε

7.4 Σημεία προσοχής κατά τη θεραπεία

Επίφαση της υγείας

Ορισμένα άτομα φαίνονται υγιέστατα μετά την απόπειρα αυτοκτονίας, όταν η απόπειρα αυτή έχει κινητοποιήσει την υποστήριξη των φίλων και των συγγενικών προσώπων. Τα άτομα που δίνουν λογικότερες εξηγήσεις για τις απόπειρές τους (π.χ. το έκαναν για να κερδίσουν την συμπάθεια ή την προσοχή) πείθουν εύκολα κάποιον ότι βρίσκονται εκτός κινδύνου. Παρόλα αυτά θα πρέπει να γίνει οπωσδήποτε μία ψυχιατρική εκτίμηση που να συνοδεύεται από συμφωνία για παρακολούθηση για κάποιο διάστημα. Η πιθανότητα για μία επόμενη σοβαρή απόπειρα αυτοκτονίας είναι πολύ μεγάλη, αν οι προβληματικές συνθήκες της ζωής του ασθενή παραμένουν αμετάβλητες.

Υπαρξιακές αμφιβολίες

Ο κλινικός μπορεί να εμπλακεί σε αμφισβήτηση για το ποια είναι τα υπέρ και ποια τα κατά της αυτοκτονίας. Θα πρέπει να έχει υπόψη του ότι σχεδόν όλοι οι αυτοκαταστροφικοί ασθενείς είναι αμφιθυμικοί για το να πεθάνουν και κατά πάσα πιθανότητα θα θέλουν να ζήσουν μόλις περάσει η κρίση. Υπαρξιακές συζητήσεις και επιχειρηματολογίες σπάνια βοηθούν στην διάρκεια της κρίσης.

Οι προσωπικές αντιδράσεις

Ο κλινικός μπορεί να νιώσει ιδιαίτερα ενοχλημένος από την απελπισία και την απόγνωση του ασθενή ή από τη χειραγώγησή του. Ή μπορεί να νιώσει οργή ή τρόπο μπροστά στο άτομο που θέλει να πεθάνει. Ή μπορεί ν' αρνηθεί τον κίνδυνο και να θεωρήσει τον εαυτό του πολύ πιο υγιές απ' ότι πραγματικά είναι.

Θα πρέπει, λοιπόν, να κοιτάξει μέσα του και ν' αναγνωρίσει τις προκαταλήψεις του, τα «τυφλά του σημεία», τις συγκρούσεις του, ώστε να μπορέσει να κάνει αντικειμενική εκτίμηση. Κι αν χρειασθεί, να μη διστάσει να ζητήσει βοήθεια ενός συναδέλφου ή επιβλέπντα¹⁶.

7.5 Αποτελεσματικότερες Θεραπείες

Με σκοπό την εύρεση των αποτελεσματικότερων μεθόδων αντιμετώπισης της αυτοκτονίας ερευνήθηκαν 10 συστηματικές μελέτες-ανασκοπήσεις που περιέχουν πάνω από 110 μελέτες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι αποτελεσματικότερες θεραπείες αφορούν:

- Ταυτοποίηση περιστατικού, δηλαδή εκτίμηση σωματικής και ψυχικής υγείας
- Αντικαταθλιπτικά
- Fluoranthixol
- Εισαγωγή σε γενικό νοσοκομείο
- Ηλεκτροσπασμοθεραπεία δηλαδή ηλεκτροσόκ
- Ψυχανάλυση
- Εντατική φροντίδα αρρώστου
- Επίλυση προβλήματος

- Πρόληψη κρίσης που δεν προέρχεται απ' τον ασθενή αλλά απ' το περιβάλλον
- Πρόληψη ψυχολογικής κρίσης
- Ομαδική ψυχοθεραπεία:
Είναι μία μορφή θεραπείας κατά την οποία ορισμένοι άρρωστοι, προσεκτικά επιλεγμένοι, τοποθετούνται μέσα σε μία ομάδα με σκοπό να βοηθήσει ο ένας τον άλλον να πραγματοποιήσουν κάποια αλλαγή στην προσωπικότητά ή την συμπεριφορά τους.
- Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία:
Αποτελεί είδος ψυχοθεραπείας. Είναι βραχυχρόνια (γύρω στους 3 μήνες) και προσανατολισμένη στο εδώ και τώρα. Θεμελιώθηκε από τον A. Beck στη δεκαετία του '70, ωστόσο οι ρίζες της είναι πολύ παλιές. Οι Έλληνες μάλιστα έχουμε κάθε λόγο να υποστηρίζουμε ότι ο πρώτος Γνωσιακός θεραπευτής ήταν ο αρχαίος Έλληνας Φιλόσοφος Επίκτητος⁸⁶.
- Ενδοσκοπιακή-οικογενειακή θεραπεία:
Δηλαδή αλλαγή στον τρόπο λειτουργίας της οικογένειας του ασθενούς⁸⁷.
- Μακροπρόθεσμη θεραπεία:
Μια μακροπρόθεσμη σχέση με έναν χρόνιο αυτοκτονικό ασθενή θα επιτρέψει στον κλινικό να κρίνει πότε χρειάζεται περιοριστική ενδονοσοκομειακή νοσηλεία και πότε αρκούν άλλου είδους παρεμβάσεις^{88,89}.

7.6 Πρόγνωση Αυτοκτονίας

Η πρόγνωση είναι σχετικά περιορισμένη γιατί κανένας παράγοντας κινδύνου ή συνδυασμός παραγόντων κινδύνου, δεν έχει επαρκή εξειδίκευση ή ευαισθησία ώστε να ξεχωρίζει αυτούς τους ασθενείς με αυτοκτονικό ιδεασμό που θα επιχειρήσουν απόπειρα. Και αυτό γιατί πολλοί από τους παράγοντες αυτούς είναι δυνατόν να τροποποιηθούν στην προοπτική του χρόνου^{40,89,90}.

ΜΕΡΟΣ

Β'

8.1 Ορισμός

Ευθανασία είναι η ηθελημένη θανάτωση ασθενή που πάσχει από ανίατη νόσο, με την συναίνεση του ή χωρίς αυτή, με σκοπό την ανακούφισή του από αφόρητους πόσους, που τα υπάρχοντα θεραπευτικά μέσα αδυνατούν να καταπραΰνουν.

8.2 Τύποι Ευθανασίας

- **Ενεργητική Ευθανασία:**
Εσκεμμένη ενέργεια με ανάθεση ή ανάληψη από κάποιων άλλων τις πράξεως του τερματισμού της ζωής (π.χ. ενδοφλέβια χορήγηση αέρα στην φλέβα).
Η ενεργητική ευθανασία χωρίζεται στην:
α) Εκούσια ή υποβοηθούμενη αυτοκτονία (physician assisted suicide) λήψη από το ίδιο το άτομο μίας θανατηφόρας δόσης ουσίας μετά από χορήγηση από τον γιατρό, και
β) Ακούσια ευθανασία, προσφέρεται από φίλο, συγγενή ή γιατρό του ασθενούς για να πάψει να υποφέρει.
- **Παθητική Ευθανασία:**
Συνειδητή μη χρησιμοποίηση (withholding) θεραπευτικών μέσων (ορών, φαρμάκων) είτε στην απόσυρση τους (withdrawing)⁹¹.

8.3 Προσωπικό Υγείας

Η συμμετοχή ιατρών και νοσηλευτών στην πράξη της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας παρουσιάζει πολλά ηθικά διλήμματα αν και η απαίτηση των ασθενών για δικαίωμα στην επιλογή, και σε μεγάλο βαθμό η συγκατάθεση των συγγενών είναι δεδομένη, αμφισβητείται ο θεραπευτικός ρόλος της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Οι αντίπαλοι και οι υποστηρικτές της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας αντιπροσωπεύοντας αντίστοιχες απόψεις, καθορίζουν τη φύση της διαφωνίας, είναι η ίδια διαφωνία για τα θεμελιώδη ηθικά ζητήματα όπως η ζωή, το βάσανο, ο θάνατος. Αν και η πιθανή μείωση κόστους από την υποβοηθούμενη αυτοκτονία διαστρεβλώνει τις προθέσεις, παρατηρούνται σαφώς μεγάλες διαφορές στην ανταπόκριση του προσωπικού υγείας στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία^{92,93,94,95,96,97}.

8.4 Οι νοσηλευτές;

Πολλές φορές είναι δύσκολο για τους νοσηλευτές να βρουν μία ισορροπία μεταξύ της διατήρησης της ζωής και την διευκόλυνση ενός αξιοπρεπούς θανάτου. Οι νοσηλευτές πρέπει να αναγνωρίζουν τα δικά τους συναισθήματα λύπης, φόβου, απαισιοδοξίας για να καταλάβουν την επιρροή των συναισθημάτων αυτών στις αποφάσεις του στην κλινική τους

άσκηση. Αυτές οι βασανιστικές πιέσεις μπορεί να προκαλέσουν τον νοσηλευτή να σκεφτεί εσκεμμένα να επιταχύνει τον θάνατο του ασθενή σαν μία ανθρώπινη και συμπονετική πράξη.

Ο ANA (American Nurses Association) αναπτύσσει τις αξίες και τα ηθικά διδάγματα του επαγγέλματος και παρέχει οδηγίες για την επαφή και τις σχέσεις και στη διεκπεραίωση νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Ο ANA πιστεύει ότι οι νοσηλευτές δεν πρέπει να συμμετέχουν στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία, μια τέτοια πράξη είναι ενάντια στον κώδικα των νοσηλευτών και στις ηθικές παραδόσεις του επαγγέλματος⁹⁸.

8.5 Απόψεις χωρών για την υποβοηθούμενη αυτοκτονία

A. Η.Π.Α.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε νοσηλευτικό προσωπικό το 2001 στο Όρεγκον αποδείχθηκε πως πολλοί νοσηλευτές (45%), είχαν ανταποκριθεί σε ασθενείς που ζήτησαν βοήθεια για αυτοκτονία. Εκτιμώντας έτσι το δικαίωμά τους για έλεγχο των περιστάσεων θανάτου⁹⁹.

Επίσης σε έρευνα του 1996 σε 852 νοσηλευτές σε μονάδες εντατικής παρακολούθησης στις Η.Π.Α. οι 141 ανέφεραν ότι είχαν λάβει αιτήματα από τους ασθενείς ή τις οικογένειές τους να εκτελέσουν ευθανασία. Οι 129 ανέφεραν ότι είχαν συμμετάσχει σε τέτοιες πρακτικές και οι 35 ότι είχαν επιτυγχάνει το θάνατο ενός ασθενή προσποιούμενοι ότι παρείχαν θεραπεία στήριξης της ζωής υπό εντολή παθολόγου¹⁰⁰. Επιπλέον αποτελέσματα έρευνας που πραγματοποιήθηκε στο Όρεγκον, οι νοσηλευτές είχαν εφαρμόσει φροντίδα σε ασθενείς που επέλεξαν έναν άλλο τρόπο θανάτου: της εθελοντική αφυδάτωση, οι περιγραφές των νοσηλευτών από τους θανάτους που προκλήθηκαν από την εθελοντική άρνηση φαγητού δείχνουν ότι ο επερχόμενος θάνατος ήταν πιο ήσυχος, επώδυνος και τρομακτικός¹⁰¹. Τέλος, παρατηρούμε ότι σε δημοψηφίσματα (Ουάσιγκτον 1991- Καλιφόρνια 1992) η κοινή γνώμη σε μεγάλο ποσοστό >60% είναι υπέρ της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας¹⁰².

B. Αυστραλία

Στην Αυστραλία ψηφίστηκε νόμος στις 25-5-1995 σύμφωνα με την οποία νομιμοποιείται η υποβοηθούμενη αυτοκτονία, εφόσον πληρούνται ορισμένες προϋποθέσεις όπως, να διαγνωστεί το ανίατο της ασθένειας από 2 γιατρούς, που θα έχουν τουλάχιστον 5ετή μετεκπαίδευση). Ο ίδιος ο νόμος καταργήθηκε από το Ομοσπονδιακό Κοινοβούλιο το 1996.

Γ. Ολλανδία

Στην Ολλανδία η υποβοηθούμενη αυτοκτονία παραμένει αξιόποινη πράξη και στους γιατρούς/νοσηλευτές που την πραγματοποιούν μπορεί να επιβληθεί ποινή κάθειρξης μέχρι και 12 έτη. Αν και είναι παράνομη η ευθανασία είναι ανεκτή όταν πληρούνται ορισμένες προϋποθέσεις που σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά των ασθενών όσο και με την διαδικασία, όπως η συμβολή ενός άλλου γιατρού⁹¹.

Δ. Ελλάδα

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Πάτρα το 1997 απέδειξε πως συγκριτικά με άλλες δυτικές χώρες το ποσοστό που συναινεί για υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι εξαιρετικά χαμηλό. Μόνο το 1% των γιατρών τις μελέτης ενέκρινε την αυτοκτονία. Μόνο ένας γιατρός δήλωσε ότι συνεργάστηκε σε υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Αν θεωρήσουμε ότι η στάση τις κοινής γνώμης προς την υποβοηθούμενη αυτοκτονία δεν διαφέρει από εκείνη την μελετηθέντων το αγαθό της ζωής στην χώρα μας τείνει να διατηρεί την απόλυτη αξία του¹⁰².

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

ΜΥΘΟΙ & ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΕΣ ΠΕΡΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

- Μύθος:** Τα ποσοστά αυτοκτονία αυξάνουν το χειμώνα.
Πραγματικότητα: Τα ποσοστά αυτοκτονία είναι στο χαμηλότερο σημείο το Δεκέμβριο. Στην πραγματικότητα αυξάνονται κατά πολύ τους καλοκαιρινούς μήνες Ιούνιο-Ιούλιο.
- Μύθος:** Η αυτοκτονία στην Αμερική έχει τα χαμηλότερα ποσοστά στον κόσμο.
Πραγματικότητα: Στην πραγματικότητα είναι περίπου στην μέση. Άλλες όπως η Ρωσία έχουν αυξημένα ποσοστά ενώ άλλες όπως η Ελλάδα έχουν τα χαμηλότερα ποσοστά¹⁰³.
- Μύθος:** Τα άτομα με τάσεις αυτοκτονία είναι αποφασισμένα να πεθάνουν και έχουν το δικαίωμα αυτό.
Πραγματικότητα: Σχεδόν όλα τα άτομα αυτά είναι αμφιθυμικά.
- Μύθος:** Από την στιγμή που αποφασίζει κάποιος να πεθάνει, η αυτοκτονία είναι αναπόφευκτη.
Πραγματικότητα: Ισχυρή αυτοκτονική πρόθεση συνήθως αντιπροσωπεύει μία οξεία κατάσταση που υποχωρεί όταν το άτομο επιζήσει των άμεσων συνθηκών που την δημιούργησαν.
- Μύθος:** Τα άτομα που μιλούν γι' αυτοκτονία δεν είναι αυτά που πραγματικά την κάνουν.
Πραγματικότητα: Σε περισσότερες από 80% των περιπτώσεων ατόμων που αυτοκτόνησαν υπήρξαν σαφείς προειδοποιήσεις της πρόθεσής τους να πεθάνουν.
- Μύθος:** Βελτίωση που ακολουθεί την κρίση αυτοκτονίας σημαίνει ότι η περίοδος του κινδύνου τελείωσε.
Πραγματικότητα: Οι περισσότερες αυτοκτονίες συμβαίνουν μέσα σε 3 μήνες ύστερα από μία οξεία φάση, όταν ή «βελτίωση» δίνει στο αυτοκαταστροφικό άτομο περισσότερη ενέργεια με την οποία μπορεί να φέρει σε πέρας τις προθέσεις του.
- Μύθος:** Η συζήτηση των αυτοκτονικών σκέψεων και σχεδίων με τον ασθενή θα ενισχύσει περισσότερο τις ιδέες αυτές.
Πραγματικότητα: Στην πραγματικότητα, η ανοιχτή αλλά με προσοχή και ευαισθησία συζήτηση θα ανακουφίσει την κρίση και σπάνια αν όχι ποτέ θα την επιδεινώσει¹⁶.
- Μύθος:** Μόνο τα ψυχωτικά άτομα διαπράττουν αυτοκτονία.
Πραγματικότητα: Η πλειονότητα των αυτοκτονιών γίνονται από τα ψυχωτικά άτομα.
- Μύθος:** Ένα ωραίο σπίτι, μια καλή εργασία ή μία ήσυχη οικογένεια προλαμβάνουν την αυτοκτονία.
Πραγματικότητα: Άτομα με κάθε είδους ψυχοκοινωνική και οικονομική υποδομή και συγκρότηση είναι δυνατό να αυτοκτονήσουν.

- Μύθος:** Αν κανείς αποπειραθεί μία φορά να αυτοκτονήσει, είναι πάντα αυτοκτονικός.
- Πραγματικότητα:** Η απόπειρα αυτοκτονίας συχνά γίνεται κατά την διάρκεια μίας στρεσογόνου περιόδου της ζωής. Αν το άτομο αυτό αντιμετωπισθεί κατάλληλα, μπορεί να συνεχίσει την ζωή του χωρίς υποτροπιάζουσες σκέψεις αυτοκτονίας.
- Μύθος:** Η τάση για διάπραξη αυτοκτονία είναι μεταδοτική μεταξύ των μελών της οικογένειας.
- Πραγματικότητα:** Η αυτοκτονία δεν έχει κληρονομικές ιδιότητες και δεν μεταδίδεται μέσα στις οικογένειες. Μπορεί όμως ο ένας να μιμηθεί την συμπεριφορά του άλλου.
- Μύθος:** Οι αυτοκτονικοί σπανίως ζητούν βοήθεια.
- Πραγματικότητα:** Σε αναδρομικές μελέτες το 50-60% είχαν ζητήσει ιατρική βοήθεια στο προηγούμενο εξάμηνο.
- Μύθος:** Δεν έχει σχέση η αυτοκτονία με την κατάχρηση αλκοόλ ή ναρκωτικών.
- Πραγματικότητα:** Ο αλκοολισμός και η αυτοκτονία συνδέονται στενά. Μετά τη χρήση αλκοόλ το άτομο μπορεί να γίνει καταθλιπτικό, παρορμητικό και αυτοκτονικό. Η χρήση ναρκωτικών προκαλεί στο άτομο συναισθηματική διαταραχή, ελαττώνει τη μνήμη και τη συγκέντρωση προσοχής και αυξάνει την παρορμητική συμπεριφορά. Σ' αυτήν την κατάσταση όπως και όταν απότομα διακοπεί η χρήση, πολλοί αυτοκτονούν⁷.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο ΠΡΟΛΗΨΗ

Η παγκόσμια ημέρα πρόληψης αυτοκτονίας είναι η 10^η Σεπτεμβρίου και αποτελεί μία συνεργασία του ΠΟΥ και του IASP (International Association for Suicide Prevention) και καθιερώθηκε επιτυχώς το 2003¹².

Αν και υπάρχουν αυτοκτονίες που δεν επιδέχονται πρόληψη, διότι ο υποψήφιος αυτόχειρας το κρατά κρυφό και καταφέρνει πάντα να φτάσει το σκοπό του⁵. Απ' τις αρχές του αιώνα έχουν συγκροτηθεί εθελοντικές οργανώσεις και οργανισμοί εθνικής και παγκόσμιας εμβέλειας αλλά και μεμονωμένες ενέργειες με σκοπό την πρόληψη των αυτοκτονιών η οποία μπορεί να πραγματοποιηθεί όπως έρευνες έχουν δείξει.

Η προσπάθεια πρόληψης εστιάζει:

- Στην ενημέρωση του κοινού (κυρίως των μελών οικογενειών καταθλιπτικών ασθενών)
- Στην εκπαίδευση επαγγελματιών ψυχικής υγείας των μη ψυχιάτρων γιατρών
- Στην ανάπτυξη ειδικών υπηρεσιών
- Στην έγκαιρη αναγνώριση και θεραπεία της κατάθλιψης και άλλων ψυχικών νόσων⁴³.

10.1 Στάδια Πρόληψης

Η αντιμετώπιση της αυτοκτονίας πρέπει να κυριαρχείται απ' τη φροντίδα της πρόληψης. Διακρίνονται τρία στάδια: Η πρωτογενής πρόληψη, η δευτερογενής και η τριτογενής.

▶ Πρωτογενής:

Αποσκοπεί στην παρεμπόδιση της πρώτης απόπειρας. Ο ρόλος του νοσηλευτή κοινότητας σ' αυτό το στάδιο είναι προσέγγιση και ενημέρωση της μαθητικής κοινότητας και του εκπαιδευτικού προσωπικού και γενικότερα της κοινωνίας.

▶ Δευτερογενής:

Περιλαμβάνει τα θεραπευτικά μέτρα κατά τη διάρκεια της πράξης με ενδοноσοκομειακή ή εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση.

Αυτά είναι:

- ◆ Φαρμακοθεραπεία
- Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις (ατομική, ομαδική, οικογενειακή και θεραπεία περιβάλλοντος).

Ο ρόλος του νοσηλευτή έγκειται στην τήρηση φαρμακοθεραπείας και στην σχέση επικοινωνίας ανάμεσα στον ασθενή και τα άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, στην ελαχιστοποίηση των δυσκολιών του ασθενή και τέλος στη συζήτηση, υποστήριξη, ασφάλεια και αγάπη.

▶ Τριτογενής:

Σκοπό έχει την αποφυγή των αποτροπών. Ο νοσηλευτής εδώ συμβάλλει στην κοινωνική αποκατάσταση, στην ψυχολογική υποστήριξη, στις προσεγγίσεις συμβουλευτικού χαρακτήρα και στην εκπαίδευση του ατόμου να αποφύγει τους στρεσογόνους παράγοντες και τις αγχωτικές καταστάσεις³⁰.

Συγκεκριμένα, σημαντικός στην πρόληψη είναι ο έγκαιρος προσδιορισμός και η κατάλληλη θεραπεία των νοητικών διαταραχών όπως επίσης και η αναγνώριση προβλημάτων εξάρτησης από άλλες ουσίες.

⊙ Κοινωνικές προσεγγίσεις

- Κέντρα πρόληψης αυτοκτονίας που προσφέρουν τηλεφωνικές υπηρεσίες και συμβουλές
- Κοινωνικά προγράμματα σε κέντρα νεότητας και ηλικιωμένων
- Υποστηρικτικές ομάδες για άτομα που έχουν κάνει απόπειρα καθώς και για μέλη οικογένειας και φίλους που έχουν χάσει άτομα
- Ενημέρωση προγραμμάτων στα σχολεία (π.χ. για αναγνώριση σημαδιών αυτοκτονικής συμπεριφοράς)

⊙ Συμπεριφορικές προσεγγίσεις

⊙ Κοινωνικές και περιβαλλοντικές στρατηγικές

- Μείωση στην πρόσβαση στα μέσα του αυτοτραυματισμού
- Φαρμακευτικές εταιρίες βάζουν σε κυψέλες τα φάρμακα παρά σε εύκολα προσβάσιμες συσκευασίες όπως μπουκάλια¹³.

10.2 Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Ο Π.Ο.Υ. στα πλαίσια της πρόληψης της αυτοκτονίας έθεσε τους εξής σκοπούς:

- Μείωση θνησιμότητας και νοσηρότητας
- Να σπάσει τα ταμπού γύρω από την αυτοκτονία
- Να συνεργαστούν εθνικές αρχές και το κοινό για να υπερνικήσουν τις προκλήσεις

Προς επίτευξη των σκοπών αυτών ο ΠΟΥ:

- Οργανώνει παγκόσμιες περιφερειακές και εθνικές δραστηριότητες για να αυξήσει της επαγρύπνηση σχετικά με αυτοκτονικές συμπεριφορές και την αποτελεσματική του πρόληψη
- Ενδυναμώνει την ικανότητα των χωρών να αναπτύξουν εθνικές πολιτικές και σχέδια για πρόληψη αυτοκτονίας:
 - Υποστήριξη και θεραπεία πληθυσμού που είναι σε ρίσκο
 - Μείωση της δυνατότητας πρόσβασης σε μέσα αυτοκτονίας (τοξικές ουσίες, όπλα)
 - Υποστήριξη δικτύων επιζώντων από αυτοκτονία
 - Εκπαίδευση προσωπικού Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Οι προτεραιότητες για την εφαρμογή του προγράμματος είναι:

- Χώρες με αυξημένα ποσοστά αυτοκτονίας
- Ήδη υπάρχον υψηλό ενδιαφέρον για πρόληψη

Το πρόγραμμα αυτό διευθύνεται από το Department of Mental Health and Substance Dependence. Η εργασία έχει πραγματοποιηθεί σε συνεργασία με διαφορετικές ομάδες και τμήματα σε έδρες (health Systems, Child and Adolescent Health and Development, Chemical Safety) WHO Regional Office, Sister UN agencies (e.g. UN, ILO, UNICEF and UNESCO), relevant NGO's and WHO Collaborating Centers¹⁰⁴.

- Το 1989 ο ΠΟΥ ζήτησε από τα κράτη-μέλη να ετοιμάσουν εθνικές πολιτικές στην πρόληψη αυτοκτονίας και το 1993 ο ΠΟΥ και τα Ηνωμένα Έθνη κανόνισαν μία συνάντηση ειδικών στο θέμα. Η Φιλανδία έχει μία απ' τις σχετικά λίγες Εθνικές στρατηγικές έτοιμες μέχρι τώρα¹⁹.

ΧΩΡΕΣ	ΕΠΙΣΗΜΑ ΕΓΓΡΑΦΑ	ΨΗΦΙΣΜΕΝΟ ΑΠΟ ΤΟ ΚΟΙΝΟΒΟΥΛΙΟ
ΜΕ ΕΘΝΙΚΗ ΠΡΟΛΗΨΗ		
ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	+	-
ΔΑΝΙΑ	+	+
ΕΣΘΟΝΙΑ	-	-
ΦΙΛΑΝΔΙΑ	+	-
ΓΑΛΛΙΑ	+	-
ΓΕΩΡΓΙΑ	+	+
ΟΥΓΓΑΡΙΑ	-	-
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	+	+
ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ	+	+
ΝΟΡΒΗΓΙΑ	-	-
ΡΟΥΜΑΝΙΑ	-	-
ΣΛΟΒΕΝΙΑ	+	+
ΣΟΥΗΔΙΑ	+	EN ΜΕΡΕΙ
ΤΟΥΡΚΙΑ	+	-
ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	+	-
ΧΩΡΙΣ ΕΘΝΙΚΗ ΠΡΟΛΗΨΗ		
ΒΕΛΓΙΟ	+	-
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	+	-
ΕΛΛΑΔΑ	-	-
ΙΣΡΑΗΛ	-	-
ΙΤΑΛΙΑ	-	-
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	+	-
ΡΩΣΙΑ	-	-
ΣΛΟΒΑΚΙΑ	-	-
ΕΛΒΕΤΙΑ	-	-
ΟΥΚΡΑΝΙΑ	-	-
ΠΟΥΓΚΟΣΛΑΒΙΑ	-	-

Οι χώρες αυτές που έχουν συστήματα πρόληψης εστιάζουν τις δραστηριότητές τους στη:

Φροντίδα Υγείας

Μία ποικιλία στρατηγικών περιλαμβάνονται στα συστήματα πρόληψης διαφόρων χωρών. Αυτά κυμαίνονται από σχέδια για αύξηση της επίγνωσης σ' αυτούς που παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας για τον έγκαιρο εντοπισμό αυτοκτονικού ρίσκου και επιπλέον θεραπείας, μέχρι ανεπτυγμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας για τελειοποίηση στην πρόληψη κρίσεων και στις τηλεφωνικές γραμμές κρίσεων.

Όλες οι χώρες με εθνικά συστήματα πρόληψης έχουν ένα επιμορφωτικό σχέδιο που αφορά

- βελτίωση διάγνωσης ψυχιατρικής αρρώστιας
- θεραπεία
- συνεχιζόμενη θεραπεία
- επανένταξη των ψυχιατρικών ασθενών και αυτών που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν.

Οι κύριοι στόχοι αυτού του σχεδίου είναι:

- Γενικοί ιατροί
- Ψυχιατρικό Προσωπικό
- Ομάδες ειδικού ενδιαφέροντος
- Συγγενείς, πολιτικοί, διοικητικοί

Κοινωνική Φροντίδα

Οι δραστηριότητες πρόληψης στην κοινωνία αφορούν:

- Υπεύθυνη πολιτική ΜΜΕ
- Νόμοι, περιορισμοί πρόσβασης σε μέσα αυτοκτονίας

Άλλα μέτρα κοινωνικής ενημέρωσης πραγματοποιούνται με σκοπό να αυξηθεί η γνώση και η ενημέρωση σχετικά με την πρόληψη της αυτοκτονίας και τις ψυχικές αρρώστιες.

Οι κύριοι στόχοι είναι:

- Τα σχολεία
- Χώροι εργασίας
- Σπίτια
- Στρατός
- Φυλακές
- Αστυνομία
- Εκκλησία
- ΜΜΕ

10.3 Ιδιαίτερες Ομάδες Αυτοκτονίας (έφηβοι, ηλικιωμένοι)

► Στους έφηβους πρόληψη μπορούν να ασκήσουν:

- Οι γονείς με:
 - παροχή φροντίδας στο παιδί (ιατρική και νοητική από επαγγελματίες)
 - υποστηρικτική (ακρόαση, αποφυγή κριτικής, διατήρηση δεσμών)
 - ενημέρωση (βιβλιοθήκες, τοπικά υποστηρικτικά group, internet)
- Οι συνομήλικοί τους:
 - παίρνοντας τις πράξεις των φίλων τους στα σοβαρά
 - ενθαρρύνοντάς τους να ζητήσουν επαγγελματική βοήθεια
 - συζήτηση μ' έναν ενήλικα που εμπιστεύεται
- Ο σχολικός νοσηλεύτης, ψυχολόγος
- Ανεπτυγμένες καμπάνιες που αφορούν την ανάπτυξη της οικογενειακής επικοινωνίας και τη μείωση χρήση τηλεόρασης¹⁰⁵.

► Για τους ηλικιωμένους έχουν αναπτυχθεί οργανώσεις με σκοπό:

- παροχή υπηρεσιών
- τηλεφωνική επαφή
- αντιμετώπιση συγκεκριμένων περιπτώσεων
- αξιολόγηση
- εκτίμηση
- επικοινωνία
- συναισθηματική υποστήριξη

Οι οργανώσεις είναι:

- Η μονάδα Link Plus που έχει θεσπιστεί απ' το πρόγραμμα Life Crisis Services (Υπηρεσίες για κρίσεις της ζωής) στο Σεντ Λούις του Μισούρι.
- Το πρόγραμμα Gate-Keepers που έχει δημιουργηθεί απ' το κέντρο Spokane Community Mental Health Center (Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Spokane (Ουάσιγκτον)
- Το κέντρο πρόληψης αυτοκτονίας των ηλικιωμένων που έχει οργανωθεί απ' το κέντρο πρόληψης αυτοκτονιών του Σαν Φρανσίσκο
- Η υπηρεσία Tele-Help/Tele-check στην περιοχή Βένετο της Ιταλίας⁷⁰.

Για την πρόληψη της αυτοκτονίας συγκροτήθηκαν εθελοντικές οργανώσεις με θρησκευτικό υπόβαθρο οι οποίες αρχικά ήταν περιορισμένης κλίμακας και στην συνέχεια εξαπλώθηκαν στην Αγγλία και στις ΗΠΑ.

Οι οργανώσεις αυτές όπως είναι το Salvation Army Antisucide Buredu, οι Samaritans και η National Save a Life League προσφέρουν από τηλεφώνου τις πρώτες βοήθειες υπό την έννοια της ορθής συμβουλής και κατευθύνσεων στο κατάλληλο ψυχιατρικό κέντρο. Στο Los Angeles λειτουργεί οργανωμένο κέντρο υπό την διεύθυνση εξειδικευμένων ψυχιάτρων που ιδρύθηκε το 1958 (Los Angeles Suicide Prevention Center). Στην Βιέννη απ' το 1947 η πρόληψη στηρίζεται στην προσπάθεια ειδικής υπηρεσίας της Πανεπιστημιακής Νευροψυχιατρικής Κλινικής στα πλαίσια της οποίας λειτουργεί συμβουλευτικός σταθμός και ειδικό τμήμα νοσηλείας των ατόμων τα οποία αποπειράθηκαν ν' αυτοκτονήσουν²⁰.

Όμοιες οργανώσεις παραθέτονται αναλυτικά στο Ειδικό Μέρος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Όταν ο νοσηλευτής υποψιαστεί ότι η αυτοκτονική συμπεριφορά είναι πιθανή πρέπει να εκτιμηθούν οι παρακάτω παράγοντες:

- Ψυχική υγεία και σκέψεις για θάνατο και αυτοκτονία
- Αν υπάρχει σχέδιο αυτοκτονίας
- Τα υποστηρικτικά συστήματα του αρρώστου

11.1 Χειρισμός αυτοκτονικού ατόμου

• Χαμηλού κινδύνου

Το άτομο έχει κάνει κάποιες αυτοκτονικές σκέψεις όπως "Δεν μπορώ να συνεχίσω" αλλά δεν έχει κάνει κανένα σχέδιο.

- Προσφορά συναισθηματικής υποστήριξης
- Παραπομπή σε επαγγελματία ψυχικής υγείας ή γιατρό
- Συνάντηση σε συχνά διαστήματα και διατήρηση συνεχούς επαφής
- Επικέντρωση στα θετικά του χαρακτηριστικά

• Μέτριου κινδύνου

Το άτομο έχει σίγουρα σχέδιο, έχει τα μέσα αλλά δεν σκοπεύει να το κάνει άμεσα.

- Προσφορά συναισθηματικής υποστήριξης
- Χρησιμοποίηση της αμφιθυμίας έτσι ώστε σταδιακά ενδυναμωθεί η επιθυμία για ζωή
- Κάνει, χωρίς πρώτα να ειδοποιήσει το προσωπικό υγείας για μία συγκεκριμένη περίοδο μία συμφωνία: απέσπασε την υπόσχεση ότι δεν θα αυτοκτονήσει
- Παραπομπή σε ψυχίατρο – σύμβουλο ή γιατρό και κλείσε ραντεβού το συντομότερο δυνατό
- Επικοινωνήσε με την οικογένεια, φίλους και συναδέλφους και εξασφάλισε την υποστήριξή τους

• Υψηλού κινδύνου

Το άτομο έχει σίγουρα σχέδιο, έχει τα μέσα και σκοπεύει να το κάνει άμεσα.

- Μείνε δίπλα στο άτομο. Ποτέ μην το αφήνεις μόνο του
- Μίλα του ευγενικά και απομάκρυνε επικίνδυνα μέσα
- Κάνε μία συμφωνία μαζί του
- Επικοινωνήσε με επαγγελματία ψυχικής υγείας ή γιατρό αμέσως και κανόνισε για ασθενοφόρο και εισαγωγή στο νοσοκομείο
- Ενημέρωσε την οικογένειά του και εξασφάλισε υποστήριξη³⁴.

11.2 ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....

- Λαμβάνετε κάθε απειλή στα σοβαρά^{7,106}.
 - Μιλάτε για την αυτοκτονία ανοιχτά και απευθείας.
 - Εφαρμόζετε τα προφυλακτικά μέτρα κατά της αυτοκτονίας που μεταξύ άλλων περιλαμβάνουν έλεγχο του αρρώστου κάθε 15' ή ζήτησε από αυτόν να παραμείνει σε κοινούς χώρους.
 - Αναμένετε ότι ο άρρωστος θα αισθανθεί ντροπή και βοηθείστε τον να αποδεχθεί τον εαυτό του.
 - Απομακρύνετε τον άρρωστο από άμεσο κίνδυνο με αφαίρεση φαρμάκων ή άλλων βλαπτικών ειδών από την κατοχή του ή μετακινήστε τον ίδιο σε ασφαλές περιβάλλον.
 - Ανακουφίστε την έκδηλη δυσφορία. Μήπως ο άρρωστος χρειαστεί μπάνιο, καθαρά ρούχα, φαγητό, ύπνο;
 - Βρείτε ποια είναι η πιο πειστική ανάγκη του αρρώστου κατά την γνώμη του π.χ. να συνεννοηθεί με κάποιον για να παραλάβει τα παιδιά το από το σχολείο.
 - Κρατείστε στάση ενδιαφέροντος και όχι κατάκρισης.
 - Ρωτήστε γιατί διάλεξε να αυτοκτονήσει την ιδιαίτερη αυτή στιγμή. Η απάντηση θα δώσει πληροφορίες που οδηγούν σε βοηθητικές παρεμβάσεις.
 - Έχετε υπόψιν ότι σε καμία περίπτωση δεν απαλλάσσετε από την υποχρέωση να συμπεριφέρεστε με ευγένεια, διάκριση και σεβασμό προς τον άρρωστο και να ζητάτε πάντα την άδειά του για έλεγχο των ατομικών ειδών.
 - Αποφασίστε με του συνεργάτες σας αν θα ζητήσετε από τον άρρωστο να κάνετε συμβόλαιο μη διάπραξης αυτοκτονίας.
 - Τοποθετήστε τον άρρωστο σε δωμάτιο προστό για παρατήρηση και μαζί με έναν ακόμη άρρωστο.
 - Προσέχετε να μην ενθαρρύνετε συμπεριφορά του προσωπικού που ελαττώνει την ένταση τη προσοχής. Κάποτε το προσωπικό έκρυψε τα παπούτσια του αρρώστου και χαλάρωσε τους ελέγχους ασφαλείας με την υπόθεση ότι χωρίς παπούτσια δεν θα φύγει ο άρρωστος, και όμως έφυγε και έπαθε μάλιστα εκδορές και τραύματα στα πόδια.
-
- Μην δίνεται υπερβολικές υποσχέσεις π.χ. "Μην ανησυχείτε δεν θα σας αφήσω να σκοτώσετε τον εαυτό σας". Να είστε ειλικρινής αλλά και να δίνετε ελπίδα. Οι μη ρεαλιστικές υποσχέσεις χαμηλώνουν την αξιοπιστία του νοσηλευτή¹⁰⁷.
 - Οργανώστε σχέδιο φροντίδας. Συζητήστε όλα τα προβλήματα, ιεραρχήστε τα και κάντε κατάλογο εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισης για κάθε πρόβλημα. Γράψτε το σχέδιο σημειώνοντας ποιος είναι υπεύθυνος για κάθε ενέργεια.

- Ενθαρρύνετε τον άρρωστο να συνεχίσει τις καθημερινές δραστηριότητές (εκεί που τα καταφέρνει καλά) του και την αυτοφροντίδα του^{108,7}.
- Αποφασίστε μαζί με τον άρρωστο με ποια άτομα θα έρχεται σε επαφή.
- Ετοιμαστείτε να αντιμετωπίσετε τα μέλη της οικογένειάς του που ίσως είναι συγχυτικά, θυμωμένα ή αδιάφορα.
- Προσπαθήστε να κρατάτε ουδετερότητα και να μην κάνετε υποθέσεις για την συμπεριφορά της οικογένειας.
- Αξιολογείτε την ανάγκη του αρρώστου για λήψη φαρμάκων και συνεργάζεστε γι' αυτό με τον γιατρό.
- Εξετάζετε τα δικά σας συναισθήματα για τον άρρωστο και πως επηρεάζουν την κλινική σας εργασία.
- Συνεργάζεστε με όλα τα μέλη της ομάδα ψυχικής υγείας για την ολόπλευρη εκτίμηση των προβλημάτων. Ο νοσηλευτής δεν γνωρίζει πάντα όλα τα στοιχεία του γρίφου.
- Κάνετε μία σωματική εξέταση του αρρώστου.
- Φανταστείτε ότι οι άνθρωποι μπορούν να αυτοκτονήσουν χρησιμοποιώντας κορδόνια, ζώνες, επιδέσμους, καλώδια, εργαλεία, ξυράφια, σπέρτα, χάρπια, λάμπες φωτισμού, σπιράλ από μπλοκ σημειώσεων, χλωρίνη κλπ⁷.
- Μην ξεχνάτε πόσο "δημοκρατική" είναι η αυτοκτονία: νέοι και γέροι, πλούσιοι και φτωχοί, μορφωμένοι και αμόρφωτοι καταφεύγουν σε αυτή την έσχατη λύση.
- Μην λογομαχείτε και μη διαφωνείτε ποτέ με άτομο που σκέφτεται να αυτοκτονήσει. Είναι μία διαφωνία που δεν κερδίζεται και ο «αυτοκτονικός» μπορεί να το θεωρεί πρόκληση.
- Αντίθετα, καλέστε βοήθεια και ώσπου να έρθει, προσπαθήστε να πείσετε το άτομο όσο απογοητευμένος και αν είναι θα του περάσει και πως πρέπει να συνεχίσει να ζει.
- Κάνετε έκκληση στο χρέος του να ζηήσει για χάρη των δικών του.
- Προσπαθήστε να είστε υπομονετικοί μαζί του. Επιμείνετε να του μιλάτε για να κερδίσετε χρόνο μέχρι να φτάσει η βοήθεια².
- Να είστε ήρεμοι διατηρώντας τον έλεγχο του εαυτού σας και της γενικής κατάστασης για να εμπνέεται αίσθημα εμπιστοσύνης.
- Να διαθέτετε χρόνο απασχόλησης με τον άρρωστο και τα προβλήματά του.
- Φροντίζουμε να εγκλιματισθεί ο άρρωστος μαθαίνοντας τον τους χώρους και τους ανθρώπους που θα ζητήσει βοήθεια.
- Συζήτηση με το περιβάλλον και τους συγγενείς του για να βοηθήσουν όσο μπορούν μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο. Έχει παρατηρηθεί ότι όσο πιο δεμένη οικογένεια έχει ο άρρωστος τόσο πιο εύκολα εντάσσεται στην κοινωνία¹⁰⁸.

- Πρέπει να αποφύγετε την πρόωρη καθυσύχαση γιατί μπορεί να ερμηνευτεί από τον ασθενή ότι δεν είστε σε θέση να καταλάβετε την σοβαρότητα της κατάστασης¹⁶.

ΜΗ

**Διακόπτετε συχνά
Κάνετε παρατηρήσεις
Φαίνεσαι σοκαρισμένος ή υπερβολικά συναισθηματικός**

ΝΑ

**Εστιάζεις στα συναισθήματά του
Άκου με θέρμη
Αντιμετώπισε με σεβασμό
Νοιώσε με αληθινά αισθήματα
Φρόντισε με εμπιστοσύνη**

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι δυνατότητες των υπολογιστών στην αποτροπή της αυτοκτονίας και η ανθρώπινη παρέμβαση

Τα υπολογιστικά συστήματα χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο τα τελευταία έτη, ώστε να βοηθήσουν την αξιολόγηση και αυτό-θεραπεία των ενηλίκων αλλά και ανθρώπων κάθε ηλικίας. Η βοήθεια των υπολογιστών στη θεραπεία δίνει υποσχέσεις σε παθήσεις όπως φοβίες, άγχος, πανικός, κατάθλιψη, αυτοκτονία, κάπνισμα. Οι υπολογιστές χρησιμεύουν στη μείωση χρόνου εύρεσης αποτελεσμάτων και στην ακρίβεια¹⁰⁹.

Η αυτοκτονιολογία συμμετέχει στην εφαρμογή των υπολογιστικών συστημάτων για την αποφυγή αυτοκτονιών, όμως σε μικρότερο ποσοστό απ' ότι άλλοι τομείς της πνευματικής υγείας¹¹⁰.

Οι δυνατότητες των ηλεκτρονικών ψυχιατρικών συστημάτων πληροφοριών είναι ακόμα σε μεγάλο βαθμό ανεξερεύνητες. Τεχνικά, οικονομικά και διαδικαστικά προβλήματα αλλά και ο φόβος των ανθρώπων προς καινούργιες πρακτικές ή η αδιαφορία αυτών έχουν περιορίσει την επιρροή των υπολογιστών^{111,112}.

Ως επιβεβαίωση αυτού αναφέρουμε συμβάν που έγινε τον Ιανουάριο του 1997 στις Ηνωμένες Πολιτείες : ένα cd-rom με περιεχόμενο την αποτροπή αυτοκτονιών ταχυδρομήθηκε σε σχολεία του Σικάγο. Από έρευνα για την αξιολόγηση αυτής της κίνησης αποδείχτηκε ότι οι επιπτώσεις του cd ήταν χαμηλές. Μόνο το 39% όλων των σχολείων μελέτησαν το cd και έδωσαν ενδείξεις κάποιας αξιολόγησης. Έλλειψη χρόνου, υπολογιστών και εκπαίδευσης αποτέλεσαν τα μεγαλύτερα εμπόδια για τη χρήση και την εφαρμογή αυτού του προγράμματος. Ανάμεσα σ' αυτούς που εφάρμοσαν τη χρήση του cd οι αντιλήψεις ήταν υπέρ της χρησιμότητάς του. Πολλαπλές πραγματικές περιπτώσεις αναγνωρίστηκαν, στις οποίες το cd θα είχε μεγάλη χρησιμότητα¹¹³.

Σε ποιο βαθμό όμως οι πρακτικές των υπολογιστικών δικτύων είναι συγκρίσιμες με την πρόσωπο με πρόσωπο θεραπεία ; Το internet προσφέρεται όχι για την πρόβλεψη συμπεριφοράς αλλά για την ανακάλυψη του ρίσκου¹¹⁴. Είναι ένα μέσο για ανταλλαγή πληροφοριών από ανθρώπους που δε γνωρίζουν ο ένας των άλλων, με σκοπό το κοινό τους καλό ή κακό. Παρ' όλο που η ηλεκτρονική επικοινωνία και συνεργασία έχει πολλά θετικά, πολλές φορές οι συζητήσεις ξεφεύγουν απ' το επιστημονικό πλαίσιο. Για το λόγο αυτό οι πνευματικοί θεραπευτές θα πρέπει να έχουν ενεργό ρόλο. Και μέσω του internet γνωρίζοντας το χειρισμό αυτού αλλά και διαφόρων άλλων πηγών που επηρεάζουν τη συμπεριφορά των εύθραυστων νέων^{115,116}.

Η έρευνα που ακολουθεί είναι έκθεση οργανισμών – συστημάτων της Ελλάδας και του εξωτερικού που στοχεύουν στη διάγνωση αυτοκτονικών ατόμων και στην αποτροπή των ιδεών τους. Αποδεικνύεται ότι η μείωση του ρυθμού αυτοκτονιών οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην ανάπτυξη νέων γνώσεων και νέων τεχνολογιών με έμφαση στην πρόωρη παρέμβαση και στη συνεχιζόμενη επαφή με αυτούς που έχουν τάσεις αυτοκτονίας. Αναμένουμε ότι καινούργια υπολογιστικά προγράμματα θα είναι αποτελεσματικά στην εύρεση πληροφοριών, στοιχείων και στην παρουσίασή-τους, φέρνοντας έτσι σε μεγαλύτερη επαφή αυτούς που έχουν πραγματικά πρόβλημα με κλινικούς και φυσικούς, οι οποίοι σαν απώτερο σκοπό θα έχουν την ανακούφιση του ψυχολογικού πόνου. Τα υπολογιστικά προγράμματα είναι χρήσιμα στη βελτίωση της εκπαίδευσης των θεραπευτών. Αποτελούν χρήσιμες πηγές για τη διατήρηση της συνέχισης της θεραπείας και της ψυχολογικής συμβουλής που είναι πολύ σημαντική για τη μακροχρόνια θεραπεία¹¹⁷.

12.1 ΕΝΑ ΝΕΟ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΔΙΚΤΥΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΟΛΟΓΙΑ

Εδώ και χρόνια έχει εκφραστεί η ανάγκη για συνεργασία και καλύτερη επικοινωνία μεταξύ αυτών που εργάζονται στον τομέα της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Το θέμα αυτό έχει συζητηθεί μεταξύ ενός μικρού γκρουπ ανθρώπων, οι οποίοι εργάζονται στον τομέα της αυτοκτονιολογίας και ελπίζεται ότι το Ευρωπαϊκό δίκτυο θα καθιερωθεί και θα πετύχει το σκοπό του που είναι :

- να καθιερώσει ένα Ευρωπαϊκό ρυθμισμένο δίκτυο, το οποίο θα καλύπτει προσπάθειες στον τομέα της έρευνας για την αυτοκτονία και την αποφυγή της από ερευνητές, κλινικούς αλλά και εθελοντές.
- Να καθιερώσει ένα μη κυβερνητικό οργανισμό, ο οποίος σε συνεργασία με την παγκόσμια ομοσπονδία πνευματικής υγείας και άλλους σχετικούς οργανισμούς να μπορέσει να έρθει σε διάλογο με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας και την Ευρωπαϊκή Ένωση.

Το project έχει συζητηθεί με αντιπροσώπους από την Ευρωπαϊκή Ένωση, οι οποίοι συμφώνησαν να υποστηρίξουν μια Ευρωπαϊκή συνεργασία σε αυτόν τον τομέα.

Σαν αποτέλεσμα αυτής της ιδέας κανονίστηκε μία συνάντηση τον Ιούνιο του 1996 στη Σουηδία, για να συζητήσουν την πιθανότητα της ανάπτυξης ενός Ευρωπαϊκού δικτύου αυτοκτονιολογίας (ENS) EUROPEAN NETWORK OF SUICIDIOLOGY. Τη συνάντηση παρακολούθησαν πενήντα (50) άνθρωποι, οι οποίοι δουλεύουν στον τομέα της αυτοκτονιολογίας στην Ευρώπη και όλοι συμφώνησαν ότι είναι απαραίτητη μία καλύτερη επικοινωνία μεταξύ των ερευνητών, κλινικών και εθελοντών. Μία ομάδα εννέα (9) ανθρώπων διορίστηκε για να προχωρήσει τις διαδικασίες και να αναλάβει κάποια καθήκοντα, τα οποία το δίκτυο πρέπει να αναλάβει στο κοντινό μέλλον.

Πριν από ένα χρόνο ένα ερωτηματολόγιο στάλθηκε σε 450 άτομα που εργάζονται στο χώρο. Κατά τους τελευταίους 12 μήνες λάβαμε πάρα πολλές χρήσιμες πληροφορίες και γνώσεις από αυτά. 150 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια στάλθηκαν από 31 χώρες, δείχνοντας τη διάθεση για υποστήριξη και συνεργασία.

Ο σημαντικότερος στόχος του ENS είναι η δικτύωση μεταξύ των ανθρώπων που δουλεύουν στους διάφορους χώρους της αυτοκτονιολογίας. Ο στόχος του δεν είναι να φτιάξει έναν καινούργιο οργανισμό βασισμένο σε μια δομή οργανισμού. Αντίθετα, θέλει να ενώσει ανθρώπους πέρα από τα σύνορα, τομείς και θέσεις, προς το κοινό όφελος όλων.

Έτσι είμαστε χαρούμενοι που βλέπουμε τόσους ανθρώπους από διαφορετικές χώρες να δίνουν λίγο από το χρόνο τους για να απαντήσουν το πρώτο ερωτηματολόγιό μας.

Η πρώτη προσφορά ενός στενότερου δικτύου μεταξύ Ευρωπαϊών αυτοκτονιολόγων είναι ένα βιβλίο διευθύνσεων που περιέχει διευθύνσεις, ονόματα, τηλέφωνα, φάξ και λέξεις κλειδιά για ενδιαφερόμενους χώρους. Στο κοντινό μέλλον το ENS θα κινηθεί να επισημοποιήσει συμφωνίες συνεργασίας με υπάρχοντες οργανισμούς. Για παράδειγμα, θα φροντίσει για την ανταλλαγή διευθύνσεων ανθρώπων και μια καλύτερη υλοποίηση των πηγών έρευνας για την αποτροπή αυτοκτονιών. Το ENS θα εντατικοποιήσει τις προσπάθειες για την ανάπτυξη ενός site για το internet, όπου θα υπάρχει μεγαλύτερη πρόσβαση της αναφερόμενης λίστας¹¹⁸.

13.1 SUICIDE REFERENCE LIBRARY

**Γκρουπ Στήριξης : Βρίσκοντας το κατάλληλο για σένα.
Από τον Mayo Clinic**

Μόλις σκέφτεσαι τη φράση γκρουπ στήριξης τι σου έρχεται στο μυαλό; Μία συγκέντρωση ανθρώπων οι οποίοι μοιράζονται προσωπικές ιστορίες; Ένα εκπαιδευτικό σεμινάριο από έναν επαγγελματία στο ρόλο του καθοδηγητή; Ένα γκρουπ συζήτησης στο Internet στο οποίο μπορείς να συμμετέχεις οποιαδήποτε στιγμή; Ποια από αυτές τις εκδοχές θεωρείς πιο ενδιαφέρουσα ;

Τα γκρουπ στήριξης φέρνουν κοντά ανθρώπους με κοινά προβλήματα, για να μοιραστούν ηθική και συναισθηματική υποστήριξη, όπως και πρακτικές πληροφορίες. Οι μορφές ενός γκρουπ είναι τόσες όσες και οι άνθρωποι που συμμετέχουν σ' αυτό. Αλλά το να διαλέξεις ποια μορφή είναι σωστή για σένα εξαρτάται από διάφορους παράγοντες.

« Αν εσύ ή ένα αγαπημένο πρόσωπο υποφέρει από καρκίνο, διαβήτη, αρθρίτιδα, κατάθλιψη, άγχος ή κάποια άλλη πνευματική κατάσταση, δεν είναι υποχρεωτικό να πάει σε ένα γκρουπ υποστήριξης», λέει ο Keith Kramlinger, ένας ψυχίατρος, στην Mayo Clinic. « Δεν θέλουν όλοι ένα γκρουπ στήριξης πέρα από την οικογένεια και τους φίλους τους. Παρ' όλα αυτά, τα γκρουπ στήριξης είναι πολύ χρήσιμα για πολλούς και αξίζει να εξερευνηθούν από κάποιον σε οποιοδήποτε στάδιο της ασθένειάς του. Το κλειδί για τον καθένα είναι να βρει το γκρουπ που ταιριάζει στις ανάγκες και την προσωπικότητά του».

Ανάλογα με τις συνθήκες μπορεί να είναι χρήσιμο να απευθυνθεί κάποιος σε ανθρώπους έξω από τον κύκλο του για βοήθεια, κι αυτό γιατί κάποιος νιώθει λιγότερο μόνος μόλις συζητά το πρόβλημά του με ανθρώπους που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα μ' αυτόν.

Μια ποικιλία από γκρουπ στήριξης.

Γενικά, τα γκρουπ στήριξης χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: Αυτά που καθοδηγούνται από κάποιον επαγγελματία, όπως νοσοκόμες, κοινωνικούς λειτουργούς κ.α. και αυτά που καθοδηγούνται από μέλη του γκρουπ του ίδιου.

Κάποια γκρουπ έχουν σχεδιαστεί να είναι πιο εκπαιδευτικά και πιο δομικά. Π.χ. κάποιο γκρουπ μπορεί να καλέσει κάποιον γιατρό να εκφωνήσει μια ομιλία για κάποια καινούργια ιατρική περίθαλψη. Αντιθέτως, άλλα δίνουν έμφαση σε συναισθηματική υποστήριξη μέσω των κοινών εμπειριών.

Επιπρόσθετα, το internet προσφέρει διάφορα support groups και κοινωνίες μέσω κάποιου site.

Αν κάποιος δεν ασχολείται με υπολογιστές και δεν επιθυμεί να φύγει από το σπίτι για να πάει σε κάποιο support group, μπορεί να γίνει μέλος κάποιου group που επικοινωνεί μέσω αλληλογραφίας, τηλεφωνικά ή ακόμα και μέσω βιντεοσυνεδριάσεων. Και αν δεν φανούν ούτε αυτά χρήσιμα, πάντα μπορεί κάποιος να σκεφτεί τον πρόσωπο με πρόσωπο σύμβουλο.

Πώς βρίσκει κάποιος το support group:

Το ποιο support group θα διαλέξει κάποιος μπορεί να εξαρτάται από ποιο support group υπάρχει στη γεωγραφική περιοχή στην οποία ζει. Για να βρεις ένα γκρουπ στήριξης :

- Ρώτα έναν ειδικό που δουλεύει στο σύστημα της περίθαλψης (γιατρό, νοσοκόμο, ψυχολόγο) και αυτός θα σε καθοδηγήσει.
- Ψάξε σε ένα χρυσό οδηγό ή στην τοπική εφημερίδα και θα βρεις κάποιες πηγές.
- Να ρωτήσεις τα κέντρα εξυπηρέτησης πολιτών, βιβλιοθήκη εκκλησία ή και τοπική συναγωγή.
- Ρώτα κάποιον που αντιμετωπίζει το ίδιο πρόβλημα με σένα ή παρόμοιο
- Να επικοινωνήσεις με κάποιον εθνικό οργανισμό, ο οποίος να είναι αφιερωμένος στην πάθηση που έχεις.
- Ψάξε στο Internet. Πολλές χώρες και οργανισμοί έχουν site που δίνουν δωρεάν συμβουλές και πληροφορίες.

Πώς διαλέγει κάποιος το support group :

Κάθε support group έχει τα πλεονεκτήματα αλλά και τα μειονεκτήματά του. Μπορεί κάποιος να προτιμά να βρει ένα δομημένο και εκπαιδευτικό γκρουπ ή κάποιος άλλος να προτιμά να γνωρίζει ανθρώπους ανεπίσημα και να κοινωνικοποιείται μαζί τους μέσω του γκρουπ.

Αν κάποιος νιώθει άβολα να μοιράζεται προσωπικές με αγνώστους, τότε μπορεί απλά να παρακολουθεί και να ακούει στις πρώτες μαζώσεις, χωρίς να μιλήσει. Άλλη μια καλή λύση είναι το internet αλλά η ανωνυμία που σου προσφέρει σκιάζεται από το γεγονός ότι ποτέ δεν ξέρεις με ποιον μιλάς και αν αυτά που διαβάζεις και που σου λέει είναι όντως αληθινά ή όχι.

Το σημαντικό είναι ότι μπορείς να δοκιμάσεις τα πάντα και αν ένα support group δεν σου κάνει φεύγεις όποτε θες¹¹⁹.

14.1 LIFESIGNS

Είναι ένας εθελοντικός οργανισμός που ιδρύθηκε το 2002 και προκαλεί τη συναίσθηση για το σύνδρομο του αυτοτραυματισμού στην Ευρωπαϊκή Ένωση αλλά και πέραν αυτής.

Το Lifesigns προμηθεύει με τις απαραίτητες πληροφορίες και εκπαίδευση τους οργανισμούς προσφέροντας μοναδικές υπηρεσίες μη διαθέσιμες για οποιονδήποτε άλλο εθελοντικό οργανισμό.

Το βιβλίο που έχουν εκδώσει για το 2005 αποτελεί εξαιρετική πηγή για τους ενδιαφερόμενους γονείς ή για τους εργαζόμενους στη φροντίδα υγείας αλλά και για τα άτομα που αυτοτραυματίζονται¹²⁰.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15^ο

15.1 Κέντρο για την Έρευνα Αυτοκτονιών

Η αποτροπή της απόπειρας αυτοκτονίας αποτελεί ένα μεγάλο κυβερνητικό στόχο του συστήματος υγείας στη Μεγάλη Βρετανία που το 2002 ίδρυσε την **Εθνική Στρατηγική για την Αποφυγή Αυτοκτονιών. (National Suicide Prevention Strategy for England)**. Η αποφυγή αυτοκτονιών αποτελεί προτεραιότητα για πολλές χώρες. Το κέντρο για την έρευνα αυτοκτονιών ετοιμάζει προγράμματα που σκοπεύουν να αυξήσουν τις γνώσεις γύρω από τα θέματα της σωματικής βλάβης και αυτοκτονιών

15.2 Σκοπός της Έρευνας

Η έρευνα αυτή απέδειξε, όχι μόνο τις αυτοκτονίες, αλλά και τις απόπειρες αυτών. Το ερευνητικό πρόγραμμα περιλαμβάνει επιδημιολογικές αιτίες και έρευνα όσον αφορά όλο το πλήθος των αιτιών, είτε αυτές είναι ψυχολογικές, ψυχιατρικές, κοινωνικές ή και βιολογικές. Το ενδιαφέρον μας συγκεντρώνεται σε μεθόδους αντιμετώπισης ανθρώπων μετά την απόπειρα αυτοκτονίας που έχουν διαπράξει. Επίσης, στόχος μας είναι να φροντίζουμε τους τετριμμένους συγγενείς και άλλους ανθρώπους επηρεασμένους από το γεγονός.

15.3 Στόχοι

Αυτοί είναι : να διεξάγουμε έρευνα που σκοπεύει ,

- A) Αυξημένες γνώσεις των αιτιών της αυτοκτονίας
- B) Να δοθούν αποδείξεις επιτυχίας των στρατηγικών που θα μειώσουν τη συμπεριφορά αυτοκτονίας.
- Γ) Την παροχή φαρμακευτικής περίθαλψης για όσους κινδυνεύουν ή κινδύνεψαν από ενδεχόμενο αυτοκτονίας
- Δ) Συνεργασία και ανταλλαγή πληροφοριών με αντίστοιχα διεθνή κέντρα
- Ε) Παροχή εκπαίδευσης και ευκαιριών σε φοιτητές και ερευνητές που θέλουν να αποκτήσουν σχετική εμπειρία

15.4 Περιοχές Έρευνας

- Η εκτίμηση των στρατηγικών για την αποφυγή αυτοκτονιών
- Παρακολούθηση μονοπατιών που οδηγούν στην αυτοκτονία
- Ψυχολογική αυτοψία αναγνώρισης των κοινωνικών και ψυχιατρικών αιτιών που οδηγούν στην αυτοκτονία συγκεκριμένες ομάδες ανθρώπων (έφηβοι κλπ)
- Γενετικές και βιολογικές επιρροές στην αυτο – βλάβη.
- Αποτελέσματα που ακολουθούν την αυτο – βλάβη.
- Οικονομικό κόστος της συμπεριφοράς αυτοκτονίας.
- Την επιρροή των ΜΜΕ στη συμπεριφορά αυτοκτονίας
- Συστηματική κριτική στην παγκόσμια λογοτεχνία που περιλαμβάνει κλινικές έρευνες σχετικές με την αποφυγή των αυτοκτονιών.

15.5 Διεθνής Συνεργασία

Άλλα ερευνητικά κέντρα αυτοκτονιών στον κόσμο :

Αυστραλία, Βέλγιο, Κίνα, Δανία Φιλανδία, Χόνγκ Κονγκ, Σουηδία, Νέα Υόρκη, Ολλανδία.

Συμπεριφορά αυτοκτονίας στην Ευρώπη :

Η Οξφόρδη αποτελεί το κέντρο του Παγκόσμιου Εθνικού Οργανισμού.

Το ευρωπαϊκό κέντρο ερευνών της συμπεριφοράς αυτοκτονίας ξεκίνησε έρευνες το 1989 και έχει τώρα αισίως πάνω από 20 κέντρα σε όλη την Ευρώπη. Η Οξφόρδη είναι επίσης το ευρωπαϊκό κέντρο αυτοκτονιολογίας, όπως και παιδικής και βρεφικής κακοποίησης.

Παγκόσμια κριτική επιτροπή για την αξιολόγηση ερευνών αντιμετώπισης της συμπεριφοράς αυτοκτονίας.

Έχουμε εγκαταστήσει ένα γκρουπ από ειδικούς ανά όλο τον κόσμο που κάνουν συνεχώς έρευνες για την αυτοκτονία και για το πώς γιάτρεύεται.

Το βιβλίο για την αυτοκτονία και για την απόπειρα :

Ένας οδηγός για τις αυτοκτονίες έχει εκδοθεί από τον Καθηγητή Hawton και έναν συνάδελφό του από την Ευρώπη, όπως επίσης και με τη συνεισφορά πολλών ειδικών από τη Μέση Ανατολή, USA, Αυστραλία και Ευρώπη.

15.6 Πηγές χρηματοδότησης

- Αγροχημικά Zeneca
- Αμερικανικό Ίδρυμα για την πρόληψη αυτοκτονίας (American Foundation for Suicide Prevention)
- Ευρωπαϊκή Ένωση (WHO : Ευρωπαϊκό Κέντρο για μελέτη της αυτοκτονικής συμπεριφοράς)
- Ιατρικό Συνέδριο Ερευνών
- Νοτιο-Ανατολικό μπλοκ : επιτροπή έρευνας και εξέλιξης
- Κοινωνική πρόνοια

15.7 Εθνική Συνεργασία

- Οι Σαμαρείτες της Αγγλίας και Ιρλανδίας
- Η Εθνική στρατηγική πρόληψης της αυτοκτονίας της Αγγλίας
- Με άλλα παρόμοια ερευνητικά γκρουπ του Ηνωμένου Βασιλείου.
- Με την εθνική εμπιστευτική έρευνα στην αυτοκτονία και ανθρωποκτονία στους ψυχιατρικά ασθενείς¹²¹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 16^ο

16.1 YELLOW RIBBON SUICIDE PREVENTION PROGRAMME

Το Yellow Ribbon Πρόγραμμα Αποφυγής Αυτοκτονιών υποστηρίζει και ακολουθεί την Εθνική στρατηγική για την αποτροπή αυτοκτονιών (national strategy for suicide prevention)

Αυτό το Πρόγραμμα το χρησιμοποιούν Σχολεία και Οργανισμοί παντού στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και σε 47 άλλες χώρες.

Ιδρύθηκε το 1994 απ' τους γονείς του εφήβου Mike Emme που αυτοκτόνησε καθώς δεν βρήκε τις λέξεις να πει ότι βρίσκεται σε προβληματισμό και ότι χρειαζόταν βοήθεια. Το Yellow Ribbon είναι ένα Πρόγραμμα που παρέχει : επαγρύπνηση, εκπαίδευση, πρόληψη, έρευνα, βοήθεια, ώστε να σώσει ζωές και να βοηθήσει τους επιζήσαντες.

Tel 1-800 (800-784-2433)

NSSP

To yellow ribbon Πρόγραμμα αποφυγής αυτοκτονιών

1. Προώθηση της αφύπνισης	1. Διανομή της λογοτεχνίας και υλικών εκπαίδευσης σε όλη τη χώρα. Το YR χρησιμοποιεί μέσα ώστε να έχει απήχηση σε μεγάλη μάζα κοινού :
	■ Το περιοδικό People
	■ Σόου όπως της Oprah Winfrey και Good Morning America
	■ Ο κόσμος της γυναίκας (Περιοδικό)
	■ Οικογενειακός Κύκλος (Περιοδικό)
2. Ανάπτυξη συνεργασίας	2. Το YR συνεργάζεται παγκόσμια : 50 Πολιτείες στον Καναδά και σε 47 άλλες Χώρες.
	• Το YR δεν τοποθετεί αλλά ούτε επανατοποθετεί επαγγελματίες ή Οργανισμούς. Αντιθέτως, συνεργάζεται με αυτούς και συμμετέχει
	• Το YR ενδυναμώνει τη συμμετοχή, κατανόηση και βοήθεια του κοινού με σκοπό την παρέμβαση σε κρίσεις αυτοκτονίας
3. Να μειωθεί το στίγμα στην πνευματική υγεία και σε υπηρεσίες προτροπής αυτοκτονιών	3. Το μήνυμα είναι ξεκάθαρο: Η αυτοκτονία δεν είναι για την αποτυχία, είναι απλά για το ότι είναι ανθρώπινο και είναι εντάξει να ζητήσεις βοήθεια.
4. Ανάπτυξη και εφαρμογή	4. Έχει αναπτύξει ένα αναλυτικό Πρόγραμμα

Προγράμματος προτροπής αυτοκτονίας		με βάση την κοινωνική συμμετοχή
5. Να μειωθεί η πρόσβαση σε φονικά μέσα	5.	Το YR διδάσκει ότι είναι πολύ σημαντικό να μειωθεί η πρόσβαση σε φονικά μέσα
6. Εφαρμογή εκπαιδευτικών Προγραμμάτων	6.	Έχει αναπτυχθεί διδακτέα ύλη : • Από παιδιά του Δημοτικού μέχρι και μεσήλικες • Το YR έχει διδάξει σε πάνω από 200,000 άτομα της κοινωνίας, σε Σχολεία, Κολέγια και Πανεπιστήμια
7. Να εισβάλλει συγκεκριμένη Διδακτέα ύλη στην Ακαδημαϊκή Εκπαίδευση	7.	Έχοντας άμεση συνεργασία με την Αμερικάνικη Επιτροπή Οστεοπαθητικής, έχει διδακτέα ύλη σε Πανεπιστήμια, Νοσοκομεία κλπ.
8. Να προμοτάρει και να βελτιώσει την πρόσβαση σε υπηρεσίες κατάχρησης ουσιών και πνευματικής υγείας.	8.	Συνεργάζεται με την κοινωνία και μέλη αυτής, για τη βελτίωση της πρόσβασης σε βοήθεια Παράδειγμα: ο σύνδεσμος του Προγράμματος του Κολοράντο με το Ινστιτούτο Πνευματικής Υγείας του Κολοράντο.
9. Βελτίωση της δημοσιογραφίας στα Μ.Μ.Ε. και στην ψυχαγωγία	9.	Χρησιμοποιώντας τις οδηγίες της AAS Σε όλα τα ΜΜΕ προμοτάρει την υπεύθυνη δημοσιογραφία και προσπαθεί να χρησιμοποιήσει τα ΜΜΕ ως κλειδοκράτορες.
10. Να προωθήσει την έρευνα πάνω στις αυτοκτονίες	10	Το YR συνεργάζεται με Ακαδημαϊκά Ινστιτούτα και υποστηρίζει κάθε είδους έρευνα, με σκοπό να δείξει το πραγματικό προφίλ της αυτοκτονίας
11. Να αυξήσουν τα συστήματα παρακολούθησης, ώστε να εντοπίσουν καινούργια προβλήματα και τάσεις	11	Η βάση δεδομένων του YR έχει πάνω από 46.000 εγγραφές που περιέχουν προφίλ αυτοκτονιών. Το YR πιστεύει ότι είναι πολύ σημαντικό να κρατά αρχείο για να παρακολουθεί και να καταγράφει προβλήματα, φτιάχνοντας έτσι ένα σύστημα παρακολούθησης, τηρώντας ταυτόχρονα το ιατρικό απόρρητο ¹²² .

17.1 YOUNG PEOPLE AND SELF- HARM

Αυτό το site είναι ένα μέσο – κλειδί πληροφοριών για τους νέους ανθρώπου που έχουν τάση αυτοκτονίας ή αυτοτραυματισμού. Αποτελεί μεγάλο βοήθημα για τους φίλους και τις οικογένειες των ατόμων αυτών αλλά και για τους επαγγελματίες που δουλεύουν γι' αυτούς.

Το site αυτό περιλαμβάνει κύριος τομείς, τους οποίους παραθέτουμε παρακάτω χωρισμένους ανά χώρα :

17.1.1 ΛΟΝΔΙΝΟ

1. **BRANDON CENTRE**

Είναι ένας χώρος όπου νέοι, ηλικίας 12 έως και 21 ετών μπορούν να έρθουν και να βρουν βοήθεια σε προσωπικά προβλήματα αλλά και συμβουλές για τη σεξουαλική υγεία, την εγκυμοσύνη και την πρόληψη αυτής και κοινωνικά προβλήματα, τα οποία τους οδηγούν σε αυτοκτονικές σκέψεις. Οι Υπηρεσίες του Κέντρου είναι ελεύθερες και ανοιχτές για οποιοδήποτε άτομο σ' αυτήν την ηλικία, οπουδήποτε και να ζει.

Το Κέντρο λειτουργεί με επαγγελματίες θεραπευτές και ειδικά εκπαιδευμένους, οι οποίοι δεν δίνουν συμβουλές για το τι θα κάνει το άτομο αλλά βοηθά το άτομο να καταλάβει το ουσιαστικό πρόβλημά του. Του δείχνει αξίες και εναλλακτικές επιλογές. Το άτομο δουλεύει μαζί με τον θεραπευτή και μέσα από τη συζήτηση παίρνουν μαζί αποφάσεις για ενδεχόμενες αλλαγές. Οι συζητήσεις γίνονται σε άνετο και ιδιωτικό περιβάλλον για 50 λεπτά. Οι θεραπευτές βασίζονται στο τι είναι κατάλληλο για τις περιστάσεις του καθενός.

Οι επαγγελματίες εκπαιδευμένοι ψυχοθεραπευτές είναι δύο και έχουν εμπειρία στο να δουλεύουν με νέους.

Τίποτε δεν βγαίνει προς τα έξω χωρίς την άδεια του ατόμου. Αυτό γίνεται μόνο σε περίπτωση που ο ψυχοθεραπευτής καταλάβει ότι περνάς σοβαρή κρίση ή ρίσκο.

Το Κέντρο είναι διαθέσιμο όλο το χρόνο εκτός από μία εβδομάδα τα Χριστούγεννα.

Όταν το όνομά σου έρθει στις λίστες αναμονής τότε σε παίρνουμε τηλέφωνο ή σου στέλνουμε γράμμα, για να σε ειδοποιήσουμε για το ραντεβού σου, το οποίο φροντίζουμε να έχει προγραμματιστεί σε χρόνο που να σε βολεύει'

Ώρες λειτουργίας : Τετάρτη 14:00 μ.μ. με 20:00 μ.μ.

Παρασκευή 9 π.μ. με 15:30μμ

Διεύθυνση :

26 Prince of Wales Road, Camden London Nw53 LG

tel. 02072674792

- 2. Brent Adolescent Centre**
Εξασφαλίζει υπηρεσίες για νέα άτομα ηλικίας 14-21 ετών που αυτοτραυματίζονται. Το κέντρο παρέχει ψυχοθεραπευτικά συμβούλια και προσφέρει ψυχοθεραπευτική θεραπεία.
Johnston House 51
Winchester Aupnui
London Nw 67 TT
Tel: 02073280198
- 3. Bromley Y.**
Αφορά άτομα ηλικίας 10-25 ετών και τους γονείς αυτών ή τα άτομα που τους φροντίζουν, που ζουν ή σπουδάζουν στο Bromley. Προσφέρουμε ιδιωτική και ομαδική δουλειά σε εθελοντική βάση. Απαντάμε σε τηλεφωνήματα όταν πρόκειται για μικρές συνοπτικές συμβουλές.
Ώρες λειτουργίας : 9 π.μ. – 18:00μ.μ. Δευτέρα έως Παρασκευή
17 Ethelbert Road Bromley Kent
BR26BP tel 020846449033
- 4. Child family and adolescent consultation Service (CFACS)**
Hillingdon Primary Care Trust
1 Reford Way Uxbridge
UB 8152 tel: 01895256521
- 5. Magic Roundabout**
Αφορά νέους ηλικίας 12-20 ετών. Προσφέρει ασφάλεια, εμπιστευτικότητα και υπηρεσίες που σου επιτρέπουν να βρεις τι είναι αυτό που χρειάζεσαι και πως θα το κάνεις να γίνει. Το Κέντρο απομονώνεται σε νέους που περνούν ανώνυμα.
23 Richmond Road Kingston upon
Thames Survey KT25 WB tel 02089749252
- 6. Off Centre**
Είναι ελεύθερο Κέντρο παροχής συμβουλών και πληροφοριών για άτομα ηλικίας 13-25 που ζουν, δουλεύουν ή σπουδάζουν στο Hackney. Προσφέρει ειδικευμένη ιδιωτική και ομαδική υποστήριξη σε άτομα που αυτοτραυματίζονται αλλά και σε άτομα που οδεύουν προς αυτοκτονία, ηλικίας 13-17 ετών.
25-27 Hackney Grove London
E83NR tel 02089864016
- 7. Open house**
Εξασφαλίζεται ελεύθερα υπηρεσία παροχής συμβουλών σε νέους του Guildford και των γύρω περιοχών. Όλοι οι σύμβουλοι έχουν εκπαιδευτεί από εθνικά αναγνωρίσιμους τρόπους και επιτηρούνται από εκπαιδευμένους επόπτες. Προσφέρουν 50 ώρες την εβδομάδα υπηρεσίες συμβουλών για άτομα ηλικίας 14-30 ετών. Φυσιολογικά προσφέρονται 6 συνεδριάσεις, μετά τις οποίες γίνεται μια επανάληψη για να δεις εάν χρειάζεσαι περισσότερο χρόνο. Τα θέματα που συζητούνται είναι σχετικά με τον αυτοτραυματισμό και την αυτοκτονία.
tel 0793204777

8. Safe

Υπηρεσία για έφηβους και τις οικογένειές τους στο Enfield. Το SAFE είναι πρωτίστως για έφηβους ηλικίας 13-18 ετών που αυτοτραυματίζονται ή παρουσιάζουν ρίσκο στον αυτοτραυματισμό και την αυτοκτονία. Ο σκοπός τους είναι να εξασφαλίσουν μια περιεκτική, γρήγορη και ευέλικτη υπηρεσία που στοχεύει σε βραχυπρόθεσμη εργασία.

Ανοιχτά πέντε μέρες την εβδομάδα 9 π.μ. – 17:00 μ.μ. και με ραντεβού τα Σαββατοκύριακα
24 Dryden Road
Bush Hill Park tel 02083607391
Enfield

9. Simmons House Adolescent Unit

Είναι Υπηρεσία θεραπείας πνευματικών διαταραχών για εφήβους, που λειτουργεί υπό ψυχιάτρους. Επίσης, μπορούν να έρθουν σε επαφή και νέοι μεγαλύτερης ηλικίας με διαταραχές σκέψης, ρίσκο αυτοκτονίας και αυτοτραυματισμοί.

St Lukes – Woodside Hosqital
Woodside Avenue
London tel 02082191883
N103HV

17.1.2 SOUTH WEST Νοτιοδυτικά

1. Poole Family Support Directory

Βοηθά τα άτομα να 'δουλεύουν' με τις οικογένειές τους, όπως τα παιδιά και οι νέοι αλλά και οι οικογένειες μεταξύ τους, ώστε να βρουν τον κατάλληλο τρόπο για τις ανάγκες τους.

2. Somerset and South Wessex Eating Disorders Association

Προσφέρει πληροφορίες και υποστήριξη σε άτομα με διαταραχές φαγητού, τα οποία για το λόγο αυτό αυτοτραυματίζονται. Το site έχει έναν οδηγό υποστήριξης στην Ευρώπη με τα τοπικά υποστηρικτικά γκρουπ.

Ώρες λειτουργίας: Δευτέρα – Τετάρτη 16:00μ.μ. – 19:00μ.μ.

Πέμπτη 10:00π.μ. – 11:00μ.μ. και Παρασκευή 18:00μ.μ.–20:00μ.μ.

3. Bristol Crisis Service for Women

Είναι εθνικός εθελοντικός οργανισμός που προσφέρει υποστήριξη στις γυναίκες που βρίσκονται σε ψυχική καταπόνηση και σε αυτές που αυτοτραυματίζονται. Προσφέρουμε επίσης πληροφορίες και συνδιαλέξεις σχετικά με τον αυτοτραυματισμό στο κοινό, εκπαίδευση περαιτέρω στους επαγγελματίες.

Bristol Crisis Service for Women

POBOX 654

Bristol tel 01179251119

B599 1XH

4. Department of Child and Adolescent Mental Health Service

Αφορά παιδιά και εφήβους ηλικίας 0-16 ετών ή 16-18 που έχουν τελειώσει το Σχολείο. Συνδιαλέξεις επίσης γίνονται για επαγγελματίες (όπως για παράδειγμα νοσηλευτές Σχολείων και ιατρικούς επισκέπτες) που δουλεύουν με νέους με αυτοκτονικές προθέσεις και αυτοτραυματισμό.

Royal United Hospital

Combe Park

Bath

17.1.3 SCOTLAND Σκωτία

1. **The Place**

Εξασφαλίζουμε ένα ραντεβού σε ειδικά γραφεία για άτομα που αυτοτραυματίζονται κι έχουν κάνει απόπειρες αυτοκτονίες

2 Acorn Court

Gleurothes

File tel 01592764710

KY75L2

2. **The Penubra West Lothian Hawthorn Project.**

Αφορά νέους ηλικίας 16-25 ετών που αυτοτραυματίζονται. Τους βοηθούν να βρουν άλλους τρόπου εκτόνωσης και να μην έχουν πια την ανάγκη να αυτοτραυματίζονται. Το e-mail είναι διαθέσιμο γι' αυτούς που δεν μπορούν και δεν θέλουν να επικοινωνήσουν με άλλους τρόπους. Είναι διαθέσιμο ένα δωμάτιο για δραστηριότητες όπως meetings, βιβλιοθήκη, υποστηρικτικό δωμάτιο. Επίσης, υπάρχει κουζίνα όπου τα άτομα μπορούν να εξασκηθούν στην τέχνη και τη χειροτεχνία. Τέλος, προσφέρεται στους νέους ένα δωμάτιο για μπάνιο. Το περιβάλλον είναι ασφαλές, διακριτικό και εχέμυθο.

14 Hawthorn Place Uphale West Lothian

th 521 BX tel 01506859423

3. **Penubra 's North Aurshire . Self Harm Project.**

Προσφέρεται μια φιλική ανεπίσημη υποστήριξη, η οποία μπορεί να γίνει όπως και όποτε το θελήσεις. Στην πρώτη επίσκεψη μπορείς να πας μόνος, με ένα φίλο ή έναν επαγγελματία του χώρου. Καταγράφονται κάποια βασικά στοιχεία αλλά δεν κρατούνται σημειώσεις γι' αυτά που θα ειπωθούν και που ενδεχομένως να είναι και αυτοκτονικά σχέδια του ατόμου.

Ώρες λειτουργίας : Τετάρτη και Πέμπτη 9 π.μ. –17:00 μ.μ. και Παρασκευή 9π.μ. – 12:00 μ.μ.

Ardrossan Youth Centre

Stanley Road

Ardrossan

KA 22 7DH tel 01294464712

4. **Penubra 's Aberdeen Self Harm Project**

Αφορά άτομα ηλικίας 16-25 ετών, τις οικογένειες αυτών και αυτούς που τους φροντίζουν. Προσφέρεται συμβουλευτική υποστήριξη στον καθένα χωριστά τηλεφωνικώς, με άμεση επαφή ή με το e-mail. Επίσης, υπάρχει ένα ενδιαφέρον γκρουπ όπου μπορείς να μπεις. Το Πρόγραμμα αυτό μπορεί ακόμη να σε παραπέμψει σε άλλες Υπηρεσίες για βοήθεια, συμβουλές κλπ και σε βοηθά να διαλέξεις όποια Υπηρεσία θέλεις.

Γι' αυτούς που εργάζονται με άτομα που αυτοτραυματίζονται ή τους έχουν αποκαλύψει τις αυτοκτονικές τους σκέψεις υπάρχει ένα γκρουπ που μπορούν να απευθυνθούν και να καταθέσουν στοιχεία. Η Nicola Thompson προσφέρει εκπαίδευση και συνδιαλέξεις, ώστε να κατανοηθεί το μείζων θέμα της αυτοκτονίας.

17 Palmeston Road Aberdeen

AB11 5QP tel 01224596562

Ανοιχτά Δευτέρα – Παρασκευή 9π.μ. –17:00 μ.μ.

17.1.4 NORTH EARTH Βορειοανατολικά

1. End house

Προσφέρεται συμβουλευτική υποστήριξη όπου οι νέοι μπορούν να βρουν ελεύθερα και επιστημονικά βοήθεια για οποιοδήποτε θέμα. Κατά την επίσκεψή τους οι νέοι μπορούν να κάνουν συνεδριάσεις για να έχουν μια πρώτη εκτίμηση, μαζί με έναν σύμβουλο. Αυτό είναι μία σύντομη συζήτηση σχετικά με το τι περιλαμβάνει η Υπηρεσία παροχής συμβουλών, ερωτήσεις που ενδεχομένως έχουν τα άτομα για διάφορες λεπτομέρειες. Συνήθως το ραντεβού που κλείνεται δεν αργεί περισσότερο από δύο εβδομάδες.

Ώρες λειτουργίας: Δευτέρα 14:00μ.μ. – 17:30μ.μ.

Τρίτη 13:00μ.μ. – 17:00μ.μ.

Τετάρτη 14:00μ.μ. – 17:30μ.μ.

Σάββατο 12:45 μ.μ. – 16:15μ.μ.

92 α Claypath

Durham City tel 019131831414

17.1.5 YORKSHIRE AND HUMBERSIDE

1. School Nursing Services Harrogate

Προσφέρεται υποστήριξη και συμβουλές σε παιδιά που ακόμη πηγαίνουν σχολείο και στις οικογένειές τους, όσον αφορά προβλήματα πνευματικών διαταραχών όπως η μελαγχολία, η κατάθλιψη, η αυτοκτονία και ο αυτοτραυματισμός.

Tel 01423557247

2. Youth Enquiry Service (YES)

Εξασφαλίζονται ελεύθερες, εμπιστευτικές υπηρεσίες για νέους ηλικίας μέχρι 25 ετών, προσφέροντας πληροφορίες, υποστήριξη και υπηρεσίες παροχής συμβουλών για θέματα που τους προβληματίζουν. Είναι διαθέσιμο κάθε μέρα της εβδομάδας.

15-17 Station Bridge

Harrogate tel 01423569321

3. Child and Adolescent Mental Health Service Harrogate (CAMHS)

Το κέντρο εξασφαλίζει συμβουλές, συσκέψεις, εκτιμήσεις και θεραπεία σε τοπικές οικογένειες και σε παιδιά μέσω εκπαίδευσης για ψυχολογικά θέματα.

Dragon Parade Clinic

2 Dragon Parade

HG1 5BY tel 01423558200

4. Harrogate and Area Council for Voluntary Service

Το CVS παρέχει βιβλιαράκια που περιγράφουν λεπτομέρειες για τις υπηρεσίες που είναι διαθέσιμες, για τα παιδιά και τους νέους στην περιοχή του Harrogate. Δεν παρέχει το ίδιο το Κέντρο υπηρεσίες αλλά φέρνει σε επαφή τα άτομα με τους οδηγούς ή δίνονται συμβουλές για το που θα βρουν την κατάλληλη βοήθεια και υπηρεσία για τις ανάγκες τους.

tel 01423504074

17.1.6 SOUTHEAST Νοτιοανατολικά

1. Hertfordshire Partnership NHS Trust = Child and Adolescent Mental Health Services

Προσφέρεται ψυχολογική εκτίμηση και θεραπεία για παιδιά και νέους που υποφέρουν από προβλήματα συμπεριφοράς και σκέψεις αυτοκτονίας. Αφορά ηλικίες μέχρι 18 ετών.

99 Waverley Road
St Albans tel 01727811888
Hert Forshire
AL 35TL

2. Iside out

Γκρουπ υποστήριξης που εξασφαλίζει συμβουλές, υποστήριξη και περαιτέρω πληροφορίες σχετικά με ανθρώπους που αυτοτραυματίζονται ώστε να αυτοκτονήσουν. Το website προσφέρει έναν online χώρο συζητήσεως, ώστε να μοιραστούν οι εμπειρίες και από τις δύο πλευρές.

Cheere House
Hemel Hempstead
Hertfordshire tel 07793371513
HP24AD

17.1.7 WALES ΟΥΑΛΙΑ

1. Basement project

Παρέχει υποστηρικτικά γκρουπ για ανθρώπους που έχουν υποστεί κακοποίηση ως παιδιά και για εκείνους που αυτοτραυματίζονται με σκοπό να αυτοκτονήσουν.

PO BOX 5 Abergaremy
NP7 5XW tel 01873856524

2. Community Advice and listening Line (CAU)

Αφορά οποιονδήποτε έχει πρόβλημα με πνευματικές διαταραχές (κατάθλιψη, αυτοκτονία, στρες κλπ) ή για αυτούς που έχουν φίλο ή συγγενικό πρόσωπο με παρόμοιο πρόβλημα.

Ανοιχτά Δευτέρα έως Παρασκευή 10 π.μ – 14:00 μμ και από 19:00μμ – 23:00μμ.

Trinity House
Trinity Street
Wrexham tel 0800132737
LL 11. LNC

3. **GYL Project**

Το GYL Project προσφέρει υπηρεσίες παροχής συμβουλών καθοδήγησης και πληροφοριών για άνδρες και γυναίκες που έχουν προτίμηση στο ίδιο φύλο με αυτούς και για ερμαφρόδιτους ή ακόμα και για εκείνους που δεν είναι βέβαιοι για τη σεξουαλική τους ταυτότητα. Το Πρόγραμμα αυτό είναι ειδικευμένο για τους ανθρώπου αυτούς, που εξαιτίας αυτής της διαταραχής τους, οδηγούνται στην αυτοκτονία.

Tel 01656649990

17.1.8 WEST MIDLANDS

1. **Birmingham and Solihull Selfharm Network**

Διαθέσιμο για οποιονδήποτε ενδιαφέρεται για τον αυτοτραυματισμό που οδηγεί σε αυτοκτονία. (π.χ. επαγγελματίες, αυτόχειρες, ενδιαφερόμενοι κλπ) Σκοπός είναι η επαγρύπνηση για το θέμα της αυτοκτονίας.

Οι επόμενες συναντήσεις είναι 7 Απριλίου, 2 Ιουνίου, 21 Ιουλίου, 15 Σεπτεμβρίου και 10 Νοεμβρίου.

Phoenix Centre

Harrison Road

Erdington tel 07985882188

B24 9AA Lynne Johnson

2. **Linden Child and Family Centre**

Διαθέσιμο για παιδιά και νέους κάτω των 17 ετών. Λειτουργεί από γιατρούς σχολείων, ιατρικούς επισκέπτες, ψυχολόγους, νοσοκομειακά συμβούλια, σχολικούς νοσηλευτές και εκπαιδευμένους δασκάλους.

Οι συμβουλές και η βοήθεια προσφέρεται επίσης στους γονείς και σ' αυτούς που τους φροντίζουν.

Health Clinic

Gaol Street

Hereford tel 01432378940

HR 1 2HU

17.1.9 NORTH WEST Βορειοδυτικά

1. **Youthful Minds Project (stockport touth Service)**

Απευθύνεται σε ηλικίες 16-25 ετών που νιώθουν μοναξιά, ανησυχία, άγχος ή κατάθλιψη. Προσφέρει υποστηρικτικό γκρουπ για νέους που αυτοτραυματίζονται σε συνδυασμό με συμβουλές και υποστήριξη για μια σειρά από θέματα, όπως τα οικογενειακά προβλήματα, τα προβλήματα στην εκπαίδευση, στην εργασία και σε άλλους τομείς που μπερδεύουν τους νέους και τους οδηγούν στην αυτοχειρία.

25 Curent Garden

Middle Hillgate

Stockport tel 01614771598

SK 1 BAX

2. SIS (Self –injury Support in North Cumbria)

Είναι τοπικός εθελοντικός οργανισμός που προσφέρει πληροφορίες και υποστήριξη σε άτομα που αυτοτραυματίζονται και σε αυτούς που τους υποστηρίζουν.

Εξασφαλίζει επαγγελματική υπηρεσία παροχής συμβουλών, υποστηρικτικό γκρουπ και βιβλιοθήκη.

Ο Jill Eastham είναι ο διαχειριστής του SIS ο οποίος δούλευε ως νοσηλεύτης και είναι αρχηγός στην υπηρεσία παροχής συμβουλών.

Riverside House

Warwick Road

Carlisle

Cumbria tel 01228515500

CA 12B5¹²³

18.1 SAMARITANS

Οι Σαμαρείτες είναι μια φιλανθρωπική οργάνωση. Ιδρύθηκε το 1953 στο Λονδίνο από τον Chad Varah. Έχουν 2003 παραρτήματα στην Ευρωπαϊκή Ένωση και στην Ιρλανδία. Δεν είναι επαγγελματίες σύμβουλοι ή ψυχοθεραπευτές. Είναι εθελοντές εκπαιδευμένοι, οι οποίοι χρησιμοποιούν το ψευδώνυμο 'Jo'

Ερωτήματα:

- Πώς μπορώ να έρθω σε επαφή;

Στα τηλ.08457909090 για την Ευρωπαϊκή Ένωση και την Βόρεια Ιρλανδία και στο 1850609090 για την υπόλοιπη Ιρλανδία

- Τι κάνετε ακριβώς ;

Οι Σαμαρείτες εξασφαλίζουν υποστήριξη 24 ώρες την ημέρα σε ανθρώπους που βιώνουν αισθήματα στρες, απελπισίας και αυτούς που έχουν τάση προς την αυτοκτονία. Δεν χρειάζεται να είναι κάποιος αυτοκτονικός για να καλέσει τους Σαμαρείτες. Είναι εδώ για οποιαδήποτε ανησυχία έχει κάποιος για ένα θέμα ή αν νιώθει μπερδεμένος και συγχυσμένος ή απλώς αν θέλει να μιλήσει σε κάποιον.

- Τι γίνεται αν καλέσω ;

Εάν τηλεφωνήσεις, στείλεις e-mail ή μας επισκεφτείς δεν θα σε κρίνουμε ούτε θα σου πούμε τι να κάνεις. Θα σε ρωτήσουμε πώς νιώθεις και θα σε ενθαρρύνουμε να μιλήσεις για τα αισθήματά σου. Σου αφιερώνουμε όσο χρονικό διάστημα χρειάζεσαι και θέλεις να μιλήσεις.

- Είστε θρησκευτικό γκρουπ ;

Όχι . Το όνομά μας είναι ένα ιστορικό ατύχημα. Όταν το Daily Mirror ανακάλυψε για πρώτη φορά τις υπηρεσίες μας, μας περιέγραψε ως "Οι καλοί Σαμαρείτες" κι έτσι το όνομα αυτό παρέμεινε. Δεν επιβάλλουμε τις δικές μας πολιτικές, φιλοσοφικές ή θρησκευτικές πεποιθήσεις στους ανθρώπους που έρχονται σ' επαφή μαζί μας.

- Έρχονται πολλοί άνθρωποι σ' επαφή μαζί σας;

Το 2000 είχαμε 100.000 e-mail . Κάθε χρόνο έρχονται σ' επαφή περίπου 5 εκατομμύρια άνθρωποι

- Πώς χρηματοδοτείστε ;

Οι Σαμαρείτες είναι φιλανθρωπική οργάνωση που χρηματοδοτείται ολοκληρωτικά από φιλανθρωπικές δωρεές του γενικού κοινού, εταιρείες κλπ.

Οι υπηρεσίες των Σαμαρειτών κοστίζουν 7 εκατομμύρια ετησίως για τη διατήρησή τους. Βασίζονται εξ' ολοκλήρου στις δωρεές του κοινού.

- Σχετικά με τις υπηρεσίες μας.

Ο κόσμος μπορεί να έρθει σε επαφή τηλεφωνικώς, με γράμμα, με e-mail και minicom. Η υποχρέωση να είναι αυτά τα μέσα πρόσβασης διαθέσιμα 24 ώρες θα διατηρηθεί απ' όλους τους κλάδους. (εκτός απ' τους festival και τους κλάδους αλληλογραφίας)

Τα άτομα που καλούν μπορούν να επισκεφτούν έναν κλάδο για μια υποστήριξη πρόσωπο με πρόσωπο, εκτός απ' τους κλάδους δι' αλληλογραφίας. Σκοπός των Σαμαρειτών είναι να εγγυηθούν ότι τα άτομα που καλούν δεν θα περιμένουν πολύ για μια απάντηση.

Εμπιστευτικότητα

Όλες οι πληροφορίες που παίρνουν οι Σαμαρείτες απ' το άτομο είναι εμπιστευτικές. Εκτός :

- Εάν έχουμε συμφωνήσει με το άτομο ότι δεν έχει πρόβλημα να γνωστοποιηθούν τα όποια στοιχεία δώσει.
- Καλούμε ασθενοφόρο στην περίπτωση που το άτομο εμφανίζεται να μην μπορεί να πάρει λογικές αποφάσεις για τον εαυτό του.
- Παίρνουμε δικαστική διαταγή να αποκαλύψουμε πληροφορίες.
- Σε περίπτωση που το άτομο επιτίθεται και απειλεί τον εθελοντή.
- Εάν το άτομο εμποδίζει την Υπηρεσία να προσφέρει το έργο της σε άλλα άτομα.

Οι Σαμαρείτες διατηρούν την εμπιστευτικότητα ακόμη και μετά το θάνατο του ατόμου που κάλεσε.

Ειλικρίνεια – Εντιμότητα

Τα άτομα που καλούν πληροφορούνται για το τι μπορούν οι εθελοντές να τους προσφέρουν και τι δεν μπορούν. Οι κλίσεις δεν καταγράφονται αλλά συμπτωματικά μπορεί κάποιος συνάδελφος να ακούσει για εκπαιδευτικούς σκοπούς ή για να προσφέρει υποστήριξη στον εθελοντή που συμπλέκεται με το άτομο που καλεί.

Όλα τα παράπονα ερευνώνται και όσοι καλούν παίρνουν απάντηση το συντομότερο δυνατό διάστημα

Τα άτομα που καλούν για βοήθεια τους Σαμαρείτες είναι δεκτικοί χωρίς προκαταλήψεις και βρίσκουν το κουράγιο να μιλήσουν ή να γράψουν για τα αισθήματά τους, αποδέχονται τα πάθη και τα συναισθήματά τους και αναζητούν επιλογές.

Οι εθελοντές χρησιμοποιούν την ικανότητά τους στο να ακούν, να αναγνωρίζουν τις ανάγκες αυτών που καλούν και να απαντούν καταλλήλως. Δεν επηρεάζουν τα άτομα και δεν επιβάλλουν τις οποιεσδήποτε πεποιθήσεις τους.

Προσφέρεται συνεχιζόμενη επαφή με αυτοκτονικά άτομα ή άτομα σε απελπισία. Εάν το άτομο που καλεί έχει ανάγκη από άλλη βοήθεια, μπορούν να μεταδοθούν πληροφορίες σε άλλα Γραφεία και αντιπροσωπείες με τη συγκατάθεση του ατόμου. Έτσι και οι Σαμαρείτες δέχονται καταλλήλως αναφορές από άλλες εταιρείες.

Οι Σαμαρείτες έχουν σκοπό να προσφέρουν συνεπείς και ακριβείς υπηρεσίες προς τους καλώντες. Για την υποστήριξη αυτού του σκοπού, η φροντίδα που προσφέρεται εκτιμάται και ελέγχεται πάλι τακτικά. Για να επιβεβαιώνεται δίνουν θάρρος σ' αυτούς που καλούν να διαχειρίζονται τις ζωές τους χωρίς εξάρτηση και προσκόλληση σε άλλους.

Οι Σαμαρείτες είναι υποκείμενο του αστυνομικού αρχείου, ελέγχονται, διαλέγονται και εκπαιδεύονται.

Για την επιβεβαίωση της ασφάλειας τόσο αυτών που καλούν όσο και των εθελοντών η Υπηρεσία των Σαμαρειτών είναι διαθέσιμη μόνο όταν οι εθελοντές είναι υποστηριζόμενοι από κάποιο συνάδελφο ή κάποιον αρχηγό. Εάν ένας εθελοντής εσκεμμένα κάνει ζημιά όσον αφορά την ασφάλεια αυτών που καλούν ή δυσφημίσει τον Οργανισμό αυτό θα θεωρηθεί ως ένα σοβαρό γεγονός, κακής διαγωγής, για το οποίο θα πρέπει να διωχθεί.

Οι Σαμαρείτες αγωνίζονται να κάνουν την Υπηρεσία όσο το δυνατόν πιο προσιτή σ' αυτούς που περισσότερο την έχουν ανάγκη και υποστηρίζουν αυτούς που δεν έχουν τη δυνατότητα σωστής κρίσης και υποστηρίζουν ακόμη τα γεγονότα για ίσες ευκαιρίες.

Οι Σαμαρείτες έχουν το δικαίωμα να τελειώσουν μια κλήση ή να αποσύρουν τις υπηρεσίες τους, αν συνειδητοποιήσουν ότι χρησιμοποιούνται ακατάλληλα.

Οι άνθρωποι που καλούν είναι υπεύθυνοι για τις ζωές τους και δε χάνουν το δικαίωμα να παίρνουν αποφάσεις, ακόμη και αν η απόφαση είναι να βάλλουν τέλος στη ζωή τους.

Το website είναι διαθέσιμο σε 15 γλώσσες.

David L. Conroy PhD¹²⁴.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 19^ο

19.1. “ e – therapy ”

Η online συμβουλή από ειδικό του “e – therapy” είναι όταν ένας ειδικός ψυχοθεραπευτής συζητάει με εσένα μέσω internet δίνοντάς σου ηθική υποστήριξη, βοήθεια για την πνευματική σου υγεία ή άλλη επαγγελματική φροντίδα. Μπορεί να είναι μία μονάχα ερώτηση ή μία συνεχής συζήτηση. Μπορεί να γίνει με e mail, chat, video ή με internet phone.

Το “e – therapy” είναι μία εναλλακτική πηγή βοήθειας όταν η παραδοσιακή ψυχοθεραπεία δεν είναι προσιτή. Είναι αποτελεσματικό. Είναι προσωπικό. Διευθύνεται από ειδικευμένους και ικανούς επαγγελματίες. Και για κάποιους ανθρώπους είναι ο μόνος τρόπος που μπορούν να βρουν βοήθεια από ειδικό.

Το “e – therapy” δεν είναι ψυχοθεραπεία και δεν θα πρέπει να συγκρίνεται με αυτή. Δεν είναι υποκατάστατο της παραδοσιακής ψυχοθεραπείας. Δουλεύοντας με έναν θεραπευτή προσωπικά είναι ακόμη καλύτερα. Όμως πολύς κόσμος δεν μπορεί ή δεν θέλει να δει έναν θεραπευτή ιδιαιτέρως. Το “e – therapy” είναι μία μέθοδος συμβουλής από ειδικό, η οποία παρ’ όλο που δεν είναι μια κανονική – τέλεια ψυχοθεραπεία, είναι μια αποτελεσματική πηγή για βοήθεια.

Το “e – therapy” στέλνει αμέσως το μείζων πρόβλημα στο Surgeon General ‘s Report στο Mental Health (1999) το οποίο δήλωσε ότι ενώ ένας στους πέντε Αμερικανούς έχει ψυχολογικό πρόβλημα διαγνωσμένο, οι δυο με τρεις απ’ αυτούς δεν αναζητούν ποτέ θεραπεία.

Η βιομηχανία της πνευματικής υγείας και η φροντίδα για τη διαχείριση καθιστούν δύσκολο για τους ανθρώπους να βρουν τη φροντίδα που χρειάζονται. Όταν τα παραδοσιακά συστήματα αποτυγχάνουν, πολλοί άνθρωποι αναζητούν βοήθεια στο internet.

- Ποιος είναι ένας e - θεραπευτής ;

Σ’ αυτό το άρθρο βρίσκουμε πιστοποιημένους επαγγελματίες της πνευματικής υγείας, οι οποίοι προσφέρονται να αλληλεπιδρούν με το κοινό σ’ αυτόν τον ξεκαθαρισμένο, καθορισμένο ρόλο. Έτσι, περιλαμβάνονται ψυχολόγοι, ψυχίατροι, ψυχοθεραπευτές, κλινικοί κοινωνικοί λειτουργοί και άλλοι επίσημοι, πιστοποιημένοι επαγγελματίες, που έχουν εκτεταμένη εκπαίδευση και εμπειρία στην επιστήμη της ψυχοθεραπείας. Δεν συμπεριλαμβάνω αυτούς που από μόνοι της αυτοαποκαλούνται ‘ειδικοί – σύμβουλοι’ χωρίς κανένα πιστοποιημένο επαγγελματισμό στην πνευματική υγεία.

- Είναι το e-therapy για σένα ;

1. Το e-therapy δεν απευθύνεται σε εκείνους που περνούν μία σοβαρή κρίση.
2. Το e-therapy είναι ένας καινούργιος χώρος. Θα πρέπει να αποδεχτείς το ρίσκο όπως ακριβώς και τα πλεονεκτήματα.
3. Εάν ξεκινήσεις να δουλέψεις με έναν θεραπευτή με e mail ή chat θα πρέπει άνετα να γράφεις λεπτομερειακά σε ανεπίσημο ύφος αλλά και ρητά. Εάν δεν σου αρέσει να γράφεις ή γράφεις φράσεις με τέσσερις λέξεις ψάξε για θεραπευτή που προσφέρεται με videoconference ή internet phone.
4. Θα πρέπει να θέλεις να αποκαλύψεις πληροφορίες στον θεραπευτή σου σχετικά με τον εαυτό σου, την ταυτότητά σου, τα συναισθήματά σου. Εάν αποκρύπτεις σημαντικές πληροφορίες ή συναισθήματα απλώς θα βλάψεις τον εαυτό σου και θα χάσεις επιπλέον τα χρήματά σου. Απ’ τη στιγμή που ο θεραπευτής δεν θα έχει όλες τις συνηθισμένες οπτικές ενδείξεις, θα πρέπει να δουλέψεις λίγο περισσότερο.

5. Εάν η κατάσταση σου είναι ιδιαίτερα μπερδεμένη ή έχεις πραγματικά πολύ δύσκολα προβλήματα, το e-therapy θα αποτελέσει μια λύση της στιγμής, στην καλύτερη περίπτωση. Εάν ο θεραπευτής νιώσει ότι χρειάζεσαι περισσότερη βοήθεια από αυτή που μπορεί να σου δώσει, θα σου το πει και θα σε παραπέμψει σε μια άλλη πηγή βοήθειας. Για μερικούς ανθρώπους, μερικές συζητήσεις – επαφές με τους θεραπευτές online είναι αρκετές. Όμως, αν είναι απαραίτητο και δυνατό οι περισσότεροι e – θεραπευτές θα θελήσουν να δεις έναν θεραπευτή πρόσωπο με πρόσωπο.

- Είναι το e-therapy αποτελεσματικό ;

Ναι. Το 90% των ανθρώπων που δουλεύουν με ένα θεραπευτή on line λένε ότι βοηθήθηκαν .

- Πόσο ασφαλές είναι ;

Οι e - θεραπευτές δεν έχουν πρόβλημα να κουβεντιάζετε ανώνυμα μέχρι να νιώσετε άνετα και να αποκαλύψετε την ταυτότητά σας.

Όμως, πολλοί θεραπευτές είναι της γνώμης να δίνετε στοιχεία, όπως διεύθυνση, τηλέφωνο, κλπ, έτσι ώστε σε περίπτωση σοβαρής κρίσης να μπορέσουν να επέλθουν.

- Πώς δουλεύουν οι e-θεραπευτές ;

1) e-mail (οι περισσότεροι)

2) chat (μερικοί)

3) web message systems (λίγοι)

4) videoconferencing (ένας ή δύο)

5) internet phone (ένας ή δύο)¹²⁵

20.1 Νυχτερινή Γραμμή για την αυτοκτονία

Όταν ένας άνθρωπος βρίσκεται σε βαθιά απόγνωση και ταυτόχρονα έχει μέσα του θυμό και πικρία είναι πιθανόν να αρχίσει να σκέφτεται πώς να τερματίσει ο ίδιος τη ζωή του. Σε τέτοιες καταστάσεις οι ορίζοντες φαίνονται να κλείνουν γύρω του ώστε τίποτα στο παρελθόν, το παρόν ή το μέλλον να φαίνεται να έχει πια νόημα γι' αυτόν. Οι άνθρωποι του περιβάλλοντος βιώνονται ως απόμακροι και ανίκανοι να προσφέρουν οτιδήποτε, ενώ ο ίδιος αισθάνεται τις δυνάμεις του να τον έχουν πια εγκαταλείψει. Ναι, όλα φαίνονται μαύρα εκείνη την ώρα, όπως όταν ένα πυκνό και σκοτεινό σύννεφο σκεπάζει τον ήλιο. Το σύννεφο, όμως, δεν παρέρχεται κάποια ώρα; Είναι δυνατόν να κρύβει για πάντα τον ήλιο; Έτσι και το σκοτάδι μέσα στο νου κάποια ώρα θα παρέλθει και θα μπορέσει να δει τα πράγματα και πάλι με άλλο φως. Εάν εσύ που διαβάζεις αυτές τις λέξεις βρίσκεσαι σε αυτή την κατάσταση και προβληματίζεσαι γύρω από την αυτοκτονία, ένα θέλουμε να σου πούμε : Μη βιαστείς. Περίμενε λίγο ακόμη να δεις πως θα εξελιχθούν τα πράγματα. Ίσως, κάτι αλλάξει στις περιστάσεις σου, με τρόπο που εσύ τώρα δεν είσαι σε θέση να προβλέψεις. Άνοιξε την καρδιά σου σε κάποιον άλλο άνθρωπο. Κάποιον που έχει κατανόηση και σε αγαπά – πες του πως νιώθεις, που πονάς.

Είμαστε και εμείς εδώ για σένα αν θελήσεις να μας στείλεις ηλεκτρονικό μήνυμα για να ακούσουμε ό,τι έχεις να βγάλεις από μέσα σου. Μη μας φοβάσαι. Δεν θα σε κρίνουμε γι' αυτά που σκέφτεσαι, ούτε θα σε κατηγορήσουμε γι' αυτά που νιώθεις. Μόνο θα σε ακούσουμε και θα προσπαθήσουμε να σου συμπαρασταθούμε για όση ώρα και όσο καιρό εσύ πιστεύεις ότι το θέλεις και ότι το χρειάζεσαι. Ίσως μαζί να τα καταφέρουμε, ίσως βρούμε κάποια διέξοδο απ' τα προβλήματά σου, ώστε να ανατείλει σιγά - σιγά για σένα μια καινούργια, πιο χαρούμενη μέρα.

Άλλος τρόπος να επικοινωνήσουμε αν προτιμάς κάτι πιο άμεσο είναι μέσω της Νυχτερινής Γραμμής τηλεφωνικής συμπαράστασης Νέων, την οποία λειτουργούμε κάθε νύχτα απ' τις 8 το βράδυ έως τις 8 το πρωί στο (28210) 45046.

Μερικά συχνά ερωτήματα για τη νυχτερινή γραμμή :

- *Τι ακριβώς προσφέρει ;*
Η νυχτερινή γραμμή παρέχει υποστήριξη και συμπαράσταση μέσω τηλεφώνου σε όσους βιώνουν μοναξιά και απομόνωση, απογοήτευση, άγχος ή στεναχώρια, σε όσους προβληματίζονται για τις σχέσεις τους, σε όσους βρίσκονται μπροστά σε δύσκολες αποφάσεις, σε όσους απλά θέλουν να συζητήσουν αυτό που τους απασχολεί.
- *Είστε ειδικοί ψυχολόγοι ;*
Η νυχτερινή γραμμή στελεχώνεται από μια πολυθεματική ομάδα, που περιλαμβάνει ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, ιατρούς, εκπαιδευτικούς και άλλους νέους επιστήμονες. Όλα τα στελέχη της Γραμμής έχουν επίσης περάσει από ειδική εκπαίδευση στην Τηλεφωνική Συμβουλευτική και έχουν τη διάθεση να ακούσουν με προσοχή και κατανόηση, ώστε μέσα από τη συζήτηση να βρει ο άλλος ανακούφιση και λύσεις στα προβλήματα που τον απασχολούν.
- *Υπάρχει εχεμύθεια ;*
Η εχεμύθεια είναι για μας θεμελιακή αρχή, μα είναι ούτως ή άλλως δεδομένη, εφ' όσον δεν γίνεται καμιά συλλογή προσωπικών δεδομένων. Αξίζει να σημειωθεί εδώ ότι το τηλεφωνικό κέντρο της νυχτερινής γραμμής δεν έχει τη δυνατότητα αναγνώρισης εισερχόμενης κλήσης.
- *Ποιες ώρες λειτουργεί ;*
Η Γραμμή λειτουργεί κάθε νύχτα από 8 το βράδυ έως 8 το πρωί

- Το τηλεφώνημα στοιχίζει κάποιο ποσό;

Η νυχτερινή γραμμή είναι μη κερδοσκοπική. Το μόνο κόστος είναι η συνήθης χρέωση του ΟΤΕ αλλά μπορεί κάποιος σε περίπτωση ανάγκης να αποφύγει και αυτή τη χρέωση, αν μας ζητήσει να τον καλέσουμε πίσω εμείς. Σε μια τέτοια περίπτωση μπορείτε να συμπληρώσετε την πιο κάτω φόρμα και εμείς θα σας καλέσουμε το ίδιο βράδυ, αν είναι δυνατόν.

α. Ένα όνομα (δεν χρειάζεται επίθετο)

β. Το τηλέφωνο που θα σας καλέσουμε

γ. Ποια ώρα είναι πιο βολική για να σας καλέσουμε :

- 8 – 11 μ.μ.

- 11- 2 π.μ.

- 2π.μ.- 8π.μ. ¹²⁶

21.1 ΚΕΝΤΡΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

“ The centre for Suicide Prevention”

Η πρόληψη της αυτοκτονίας είναι μείζων θέμα της δημόσιας υγείας και ένα από τα στοιχεία κλειδιά της τρέχουσας τακτικής της πνευματικής υγείας.

Το νέο αυτό κέντρο για την πρόληψη της αυτοκτονίας στο Πανεπιστήμιο του Μάντσεστερ φέρνει για πρώτη φορά ένα αριθμό σχεδίων - προγραμμάτων που προορίζονται για τα μελλοντικά σχέδια παροχής φροντίδας.

Είναι ένα από τα κέντρα έρευνας πρωτοπόρους του Ηνωμένου Βασιλείου, στο χώρο της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Παίρνουμε μέρος σε σημαντικές εθνικές μελέτες για την αυτοκτονία που γίνονται από αυτούς που βρίσκονται σε επαφή με τις Υπηρεσίες της πνευματικής υγείας.

- *Τρέχουσα Προγράμματα που περιλαμβάνονται στο Κέντρο :*

→ The National Confidential Inquiry

→ The Centre for women 's mental Health Research

- *Άλλες περιοχές που περιλαμβάνονται στην έρευνα :*

3. Offender Suicides

4. Mash – The Manchester self – harm project

5. Storm – Risk Assessment training project .

6. Δικαστές ανάκρισης φόνων που ερευνούν τις μεθόδους αυτοκτονίας.

7. Έρευνα που περιλαμβάνεται στα Ευρωπαϊκά Κέντρα:

- Μελέτη ψυχολογικής αυτοψίας στην Ουγγαρία

The National Confidential Inquiry.

1. Ποιοι είμαστε : Είναι ένα Πρόγραμμα Έρευνας που το μεγαλύτερο μέρος του χρηματοδοτείται από το National Institute for Clinical Excellence (NICE). Άλλες πηγές χρηματοδότησης είναι η εκτελεστική εξουσία της Σκωτίας, οι Κοινωνικές Υπηρεσίες και Υπηρεσίες Υγείας της Βόρειας Ιρλανδίας.

2. Τι κάνουμε : Εξετάζουμε όλα τα περιστατικά αυτοκτονίας που συμβαίνουν στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

3. Για ποιον το κάνουμε αυτό : Ο σκοπός μας είναι να βελτιώσουμε τις υπηρεσίες φροντίδας πνευματικής ασθένειας και να βοηθήσουμε να μειωθεί το ρίσκο των αυτοκτονιών που ενδεχομένως να ξανα συμβούν στο μέλλον.

Περιλαμβανόμαστε στο Κέντρο Πρόληψης της αυτοκτονίας στο Πανεπιστήμιο του Μάντσεστερ.

Αρχηγός του Κέντρου : Alyson Ashton¹²⁷

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 22^ο

22.1 ΠΑΙΔΙΚΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

“ Ένα website για την παιδική αυτοκτονία”.

Το child Suicide, είναι μια πηγή παροχής υποστήριξης σε οικογένειες που έχασαν ένα παιδί τους από αυτοκτονία.

Το site, τα κείμενα του οποίου είναι στα Αγγλικά ξεκίνησε στις 29 Απριλίου και δημιουργός του είναι η συγγραφέας Τζάν Άντερσεν, της οποίας ο εικοσάχρονος γιος Κρίστιαν πέθανε το Νοέμβριο του 2002 από εσκεμμένα υπερβολική δόση ηρωίνης, αφήνοντας πίσω του δύο αποχαιρετιστήρια μηνύματα. Το child Suicide είναι ένας τόπος όπου οι άνθρωποι μπορούν να έρθουν και να μοιραστούν τον πόνο τους, το θυμό τους και όλα τα πολύπλοκα συναισθήματα που ακολουθούν την αυτοκτονία ενός αγαπημένου προσώπου, χωρίς κανείς να τους κρίνει. Η αλληλεπίδραση με άλλους επιζώντες απόπειρας αυτοκτονίας, που μπορούν να συναισθανθούν τον πόνο τους, ελπίζω ότι θα τους βοηθήσει να περάσουν πιο εύκολα τις μαρτυρικά οδυνηρές και δύσκολες ημέρες, εβδομάδες και χρόνια μπροστά τους”

Το site περιέχει άρθρα και συνδέσμους οργανώσεων υποστήριξης, περιοχές όπου οι επισκέπτες μπορούν να δημοσιεύσουν τις προσωπικές τους εμπειρίες, ποιήματα και φωτογραφίες των χαμένων παιδιών τους, φόρουμ μηνυμάτων και ένα chatroom. Υπάρχουν επίσης σύνδεσμοι που παραπέμπουν σε πηγές που ασχολούνται με την κατάθλιψη και την κακοποίηση και άρθρα για ανθρώπους που θέλουν να μάθουν τι μπορούν να κάνουν, εάν κάποιος που γνωρίζουν εμφανίσει αυτοκτονικές τάσεις¹²⁸.

CHILD LINE HOME

Είναι μια ελεύθερη τηλεφωνική βοηθητική γραμμή που λειτουργεί 24 ώρες για τα παιδιά και τους νέους ανθρώπους στο Ηνωμένο Βασίλειο. Τα παιδιά και οι νέοι μπορούν να τηλεφωνήσουν στο 08001111 σχετικά με οποιοδήποτε πρόβλημα, οποιαδήποτε στιγμή, μέρα ή νύχτα. Οι σύμβουλοι του Childline είναι εκεί για να βρουν τρόπους βοήθειας.

Το childline είναι εμπιστευτικό, κάτι που σημαίνει ότι δεν λέγεται σε κανέναν σχετικά με την τηλεφωνική κλίση του ατόμου, εκτός αν θέλει το ίδιο το άτομο να το πούμε σε κάποιον ή όταν το άτομο βρίσκεται σε κίνδυνο.

Απ’ το 1998 το childline συνεργάζεται με σχολεία και τους μαθητές τους. Το 2003 δούλεψε με περισσότερα από 30.000 παιδιά και νέους στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Λειτουργεί από εκπαιδευμένους συμβούλους, εθελοντές, οι οποίοι συμβουλεύουν και προστατεύουν τα παιδιά και τους νέους, οι οποίοι νιώθουν ότι δεν έχουν σε ποιον να απευθυνθούν.

Κάθε μέρα 4.000 παιδιά καλούν το childline. Τα προβλήματα για τα οποία καλούν είναι οι καταστάσεις κρίσης, οι σκέψεις και οι απόπειρες αυτοκτονίας, τα οικογενειακά προβλήματα, τα προβλήματα με φίλους, η εφηβική εγκυμοσύνη κλπ:

Απ’ το 1986 όπου ιδρύθηκε το childline έχει σώσει ζωές παιδιών δίνοντας ελπίδα σε χιλιάδες απ’ αυτά.

Το childline βρίσκεται σε 11 κέντρα παροχής συμβουλών στο Ηνωμένο βασίλειο : Belfast, Glasgow, Aberdeen, Leeds, London, Nottingham, Manchester, Swanset, Rhyl, Birmingham and Newton Abbot¹²⁹.

23.1 Friendship Network

Τι είναι το Friendship Network ;

Η Alice Cohen ξεκίνησε το Friendship Network το 1991, εμπνευσμένη από το πρόβλημα του γιου της, που υπέφερε από διανοητική ασθένεια. Επειδή η μοναξιά και η απομόνωση μπορεί να υποσκάπτουν την ανάρρωση, η Alice και ο σύντροφός της Berna Case θέλησαν να ανακουφίσουν τους ανθρώπους που έχουν διανοητική ασθένεια, απ' τη μοναξιά.

Στο Friendship Network τα άτομα θεραπεύονται από τη διανοητική ασθένεια και μπορούν να αναπτύξουν τις κοινωνικές τους δραστηριότητες σε ένα ασφαλές, μη απειλητικό περιβάλλον.

Στο Friendship Network πολλοί βρίσκουν αποδοχή και ευχαρίστηση για πρώτη φορά στη ζωή τους.

Στην προσπάθεια για απόκτηση μεγαλύτερης αυτοπεποίθησης τα μέλη μπορούν να επεκτείνουν την κοινωνική τους ζωή.

Η Alice και ο Berna αναγνωρίζουν την αξία των group therapy αλλά προσφέρουν έναν εναλλακτικό τρόπο για εκείνους που έχουν άγχος ή κοινωνική φοβία σε πολυάριθμα γκρουπ.

Σε ποιους απευθύνεται το Friendship Network ;

Απευθύνεται σε ενήλικες που υποφέρουν από σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή, κατάθλιψη, αυτοκτονία, άγχος, φοβία, επιθετικότητα ή άλλες διαταραχές προσωπικότητας.

Τα μέλη θα πρέπει να είναι σε φαρμακευτική αγωγή ή εργαζόμενοι σε ένα Πρόγραμμα ή εργαζόμενοι ως εθελοντές. Η Alice και ο Berna δεν είναι ειδικοί. Επομένως, συμβουλευονται κοινωνικούς λειτουργούς ή τους θεραπευτές των μελών τους, εάν υπάρξει κάποιο πρόβλημα.

Πώς δουλεύει το Friendship Network ;

Τα μέλη δέχονται την επιμέλεια και την προσήλωση. Ασχολούνται με τα χόμπι και τα ενδιαφέροντά τους. Η Alice και ο Berna ορίζουν τις οδηγίες. Στις κλίσεις, μέρα ή νύχτα, βοηθούν τα άτομα να ξεκινήσουν με τις φιλίες τους. Συχνά, βοηθούν τα άτομα που αισθάνονται άβολα σε κοινωνικές καταστάσεις να νιώθουν πιο άνετα.

Τι κάνουν τα μέλη;

Τα μέλη διασκεδάζουν με δραστηριότητες όπως τα μπόουλινγκ, ταξίδια σε μουσεία, μαθήματα τένις, γκολφ, ταινίες, εθελοντισμό στο NAMI Queens /Nassdu Office, ασχολούνται με εργαστήρι διατροφής και χτίζουν φιλίες. Όταν λοιπόν είναι έτοιμα τα μέλη μπορούν να κάνουν τα δικά τους σχέδια με τους καινούργιους τους φίλους¹³⁰.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 24^ο

24.1 ISO – 30TM

(Inventory of Suicide Orientation - 30)

John D. King, EdD, and Brian Kowalchuk, PhD

Το Inventory of Suicide Orientation -30(ISO-30), ένα εργαλείο από τα συστήματα αξιολόγησης του Pearson, προσφέρει μια γενική ταξινόμηση του ρίσκου αυτοκτονίας, βασισμένη σε μετρήσεις της έλλειψης ελπίδας και ιδεολογίας της αυτοκτονίας.

ΠΩΣ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΤΕ ΤΟ ΤΕΣΤ

Αυτό το τεστ χρησιμοποιείται από ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, διπλωματούχους συμβούλους σε κλινικές πνευματικής υγείας και σε σχολεία. Η αξιολόγηση του ISO-30 βοηθά:

- Στην αναγνώριση των ανθρώπων που είναι σε κίνδυνο αυτοκτονίας
- Στην εγκατάσταση αντικειμενικής επικοινωνίας μέσα στην οικογένεια και στην εγκατάσταση κοινωνικής ασφάλειας.
- Τη μέτρηση και εύρεση των συμπτωμάτων μιας αυτοκτονίας, αφού ο ασθενής έχει μπει στο νοσοκομείο

Κύρια χαρακτηριστικά

- Η βραχύτητα του τεστ βοηθά στην ελαχιστοποίηση της αντίστασης στο να πάρει κάποιος τα τεστ
- Τα αποτελέσματα βοηθούν στην επαγρύπνηση των ψυχολόγων και συμβούλων στα πρώτα δείγματα των εφηβικών τάσεων αυτοκτονίας, δίνοντας ταυτόχρονα την ευκαιρία για πρώτες επεμβάσεις.
- Το γεγονός ότι το τεστ είναι βασισμένο στους εφήβους επιτρέπει πιο σχετικές συγκρίσεις από τα τεστ που βασίζονται σε πρότυπα.

ΚΑΠΟΙΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ

Συμμετέχοντες	Υποκείμενα 13-18 χρόνων
Απαραίτητο επίπεδο ανάγνωσης	6 ^η Δημοτικού
Χρόνος για συμπλήρωση	10 λεπτά (30 αντικείμενα εξέτασης)
Μορφή	Σε χαρτί με μολύβι ή και υπολογιστή
Πρότυπα	366 έφηβοι ηλικίας 12 έως 18 ετών

Όσον αφορά το Συγγραφέα

Το Inventory of Suicide Orientation -30 assessment δημιουργήθηκε από τους John D. King, EdD και Brian Kowalchuk, PhD. Ο Dr. King είναι ακαδημαϊκός καθηγητής στο πανεπιστήμιο του Τέξας. Είναι επίσης ιδιωτικός πρακτικός δουλεύοντας με τους εφήβους και τις οικογένειές τους. Ο Dr. Kowalchuk ανήκει στο προσωπικό των ψυχολόγων στην πόλη του Winnipeg, στον Καναδά και ερευνητής στο θέμα της αποτροπής αυτοκτονιών και τεχνικών θεραπείας.

Κλίμακες

Βοηθά τη μέτρηση της ματαιοπονίας, χρησιμοποιώντας το συνολικό σκορ από τα 30 αντικείμενα εξέτασης. Η ιδεολογία της αυτοκτονίας αξιολογείται και μετριέται κριτικά μέσα από τα 30 αντικείμενα εξέτασης. Το συνολικό σκορ θα καθορίσει το επίπεδο επικινδυνότητας για την αυτοκτονία (μεγάλη, μέτρια, χαμηλή)

Πρότυπα

Τα κλινικά δεδομένα μαζεύτηκαν από 366 εφήβους ηλικίας από 12 μέχρι 18 ετών. Το πρώτο μαθητικό δείγμα περιείχε 139 μαθητές σε ηλικίες 9 μέχρι 12 και 263 μαθητές πρώτης και τρίτης Λυκείου από την πρώτη version του ISO -30 test¹³¹.

25.1 SURVING SUICIDE

Συμβούλιο συζητήσεων αυτοκτονίας

Το FFOS και POS suicide discussion board προσφέρεται σαν ένα μέσο ανταλλαγής πληροφοριών και θεωριών που έχουν σχέση με την αυτοκτονία. Οι επιβλέποντες και οι συμμετέχοντες δεν είναι ειδικοί ή επαγγελματίες αλλά άνθρωποι που βρίσκονται στο μονοπάτι της ανάρρωσης, ύστερα από τη δική τους τραυματική εμπειρία (θάνατο δικού τους μέλους ή προσωπική εμπειρία)

Διεύθυνση : Solos, Inc. PO Box 592 Dumfries
VA 22026-0592

1000 Θάνατοι

Αυτό είναι ένα site στο internet που το δημιούργησαν επιζώντες τραυματικών εμπειριών. Προσφέρει επικήδειους για αγαπημένους που χάθηκαν από αυτοκτονία και e-mail σε τέσσερις γλώσσες από ένα γκρουπ υποστήριξης. Επίσης, διατηρεί ένα οδηγό σε κινηματογραφική μορφή, που εμπεριέχει διάφορα θέματα σχετικά με την αυτοκτονία, όπως επίσης και γεγονότα που αφορούν τους ενδιαφερόμενους προς αυτό το site¹³².

Το φωτεινό δέντρο της μνήμης Brenda flowers 2002

Το memory tree of lights είναι μια αντιπροσωπεία που επικεντρώνεται στην περίοδο των Χριστουγεννιάτικων διακοπών και προσφέρει άνεση, εκπαίδευση και ελπίδα στους ανθρώπους που έχουν επηρεασθεί από το χαμό κάποιου δικού τους που αυτοκτόνησε¹³³.

Το Ίδρυμα του Lifekeeper

Το Lifekeeper foundation διαμορφώθηκε το 1995 για να προωθήσει την επαγρύπνηση για τις αυτοκτονίες και εκπαίδευση κυρίως μέσω της ποίησης και διαφόρων projects¹³⁴.

Διεύθυνση : 3740 Grest cliff Court
Tucker GA 30084 Sandy Martin

OASSIS (Organisation for attempters and survivors of suicide and interfaith services)

Η αποστολή του OASSIS είναι να εμπλουτίσει τις ζωές αυτών που έχουν επαφή με την αυτοκτονία. Το OASSIS ψάχνει να αποτρέψει τις αυτοκτονίες, να αυξήσει την επαγρύπνηση και να διώξει το στίγμα από αυτούς που έχουν κάνει απόπειρα, μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων, από οργανωτικά συστήματα υποστήριξης, επαγγελματίες φροντιστές και προσφορά συμβουλευτικών υπηρεσιών¹³⁵.

26.1 PREVENTION LINKS

NATIONAL STRATEGY FOR SUICIDE PREVENTION

Η εθνική στρατηγική για την αποφυγή αυτοκτονιών αντιπροσωπεύει το συνδυασμό των δικηγόρων, κλινικών ερευνητών και επιζώντων γύρω από το έθνος. Απλώνει ένα πεδίο για δράση, για να σταματήσει τις αυτοκτονίες και οδηγεί την εξέλιξη μιας ομάδας προγραμμάτων και υπηρεσιών. Έχει σχεδιαστεί για να παίζει το ρόλο του καταλύτη για κοινωνικές αλλαγές, με σκοπό να μεταμορφώσει πολιτικές και τάσεις συμπεριφοράς. Οι σκοποί και στόχοι της NSSP εκδόθηκαν το Μάιο του 2001 από το Τμήμα Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών με την ηγεσία από το Γενικό Χειρουργείο¹³⁶.

SAVE (Suicide Awareness/Voices of education)

Η αποστολή του SAVE είναι να αντιμετωπίζει την αυτοκτονία μέσω δημόσιας αφύπνισης, εκπαίδευσης και της αποδοχής, ως πηγή, αυτών που έχουν επηρεαστεί από αυτοκτονία¹³⁷.

TEEN SUICIDE

Teen education and crisis hotline

Αυτό το σύστημα έχει σαν σκοπό να εμποδίσει τις τάσεις αυτοκτονίας, μέσω της απαραίτητης εκπαίδευσης και επέμβασης. Ένα από τα Προγράμματα είναι το «Γονείς ενάντια στην αυτοκτονία εφήβων» (Parents against teens suicide). Αυτό δημιουργήθηκε με σκοπό να εντοπίσει τους νέους που κινδυνεύουν από εφηβικούς κινδύνους, όπως τα ναρκωτικά, αλκοόλ, εγκυμοσύνη, κακοποίηση και αυτοκτονία¹³⁸.

Teach Crisis Center
P.O Box 129
Clyde, NC 28721

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 27^ο

27.1 ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΚΡΙΣΕΩΝ

Το κέντρο ελπίδας της Khristin Brooks

Nov. 16. 1969 - Apr.7.1998

Από τότε που αυτοκτόνησε η γυναίκα του τον Απρίλιο του '98 ο ιδρυτής του KBHC (Khristian Brooks Hope Centre), Reese Butler έχει ξεκινήσει μια προσωπική εκστρατεία. Η αποστολή του είναι η προσφορά ελπίδας και θέλησης για ζωή. Η KBHC λειτουργεί σε 1-800-αυτοκτονία τηλεφωνική γραμμή και το site δίνει τη δυνατότητα στους χρήστες του site να έρθουν σε επαφή με κέντρα αντιμετώπισης κρίσεων της περιοχής¹³⁹.

Contact USA

Το Contact USA είναι δίκτυο παρέμβασης σε κρίσεις και κέντρο βοηθητικής τηλεφωνικής γραμμής στις ΗΠΑ, το οποίο προσφέρεται σαν αρχηγείο για τα κέντρα αντιμετώπισης κρίσεων.

Befrienders Internationals 1999 -2005

Με 357 φιλικά κέντρα παγκοσμίως, τα κέντρα αυτά διοικούνται από εκπαιδευμένους εθελοντές και προσφέρουν μια υπηρεσία που είναι δωρεάν, απόρρητη και που δεν έχει σαν σκοπό την κριτική. Οι άνθρωποι σε αυτά τα κέντρα δέχονται μια φιλική αντιμετώπιση, είτε τηλεφωνικώς είτε σε πρόσωπο με πρόσωπο συναντήσεις ή με e-mail¹⁴⁰.

SPRC 2003-2004

Το suicide prevention resource center στηρίζει την αποφυγή αυτοκτονιών με την επιστήμη, τις ικανότητες και την πρακτική¹⁴¹.

International Academy for suicide research - 2001

Dr. Armin Schmidtke

Το IASR είναι αφιερωμένο στην προώθηση των ερευνών με υψηλά standart και στις υποτροφίες πάνω στο χώρο της συμπεριφοράς αυτοκτονίας μέσω επικοινωνίας και συνεργασίας ανθρώπων που ασχολούνται με τέτοιου είδους έρευνες¹⁴².

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η αυτοκτονία αποτελεί μία από τις δέκα συχνότερες αιτίες θανάτους στις περισσότερες Χώρες. Το εντυπωσιακό αυτό δεδομένο εμφανίζει ακόμη περισσότερο το γεγονός ότι η Χώρα μας κατέχει τα χαμηλότερα ποσοστά. Ίσως, αυτό να αποτελεί λόγο, αν όχι δικαιολογία, για τη μη ανάπτυξη προληπτικών Προγραμμάτων στην Ελλάδα. Η αυτοκτονία γενικότερα δεν θεωρείται η ίδια νόσος αλλά αποτέλεσμα νόσου. Παρ' όλα αυτά στις Χώρες του εξωτερικού παρατηρούμε μία διαφορετική νοοτροπία ως προς την αντιμετώπιση της.

Κατά τη διάρκεια της προσπάθειάς μας για την αναζήτηση Προληπτικών Κέντρων, ιδιαίτερη εντύπωση μας έκανε η ιδιωτική πρωτοβουλία, η οποία είναι τόσο μεγάλη, ώστε να υπάρχουν πολλοί μικροί Οργανισμοί που λειτουργούν είτε από εθελοντές – οι οποίοι μπορεί να είναι εκπαιδευμένοι επαγγελματίες ή ακόμη και άσχετοι με το αντικείμενο άνθρωποι που απλά είναι διαθέσιμοι να ακούσουν και να βοηθήσουν μία αδύναμη θέληση, παρασιτέμποντάς την σε ειδικούς ή δίνοντας οι ίδιοι ψυχολογική υποστήριξη – είτε από γονείς (οικογένειες) που ευαισθητοποιημένοι από το χαμό δικού τους ανθρώπου ανοίγουν αφιλοκερδή Κέντρα.

Είναι επιτακτική η ανάγκη να τονίσουμε και το Κρατικό ενδιαφέρον, το οποίο δεν αρκείται μονάχα στην ανάπτυξη Κέντρων πρόληψης, διάγνωσης και υποστήριξης, αλλά αναπτύσσει δίκτυα, όπως για παράδειγμα το *European Network of Suicidology* που σκοπό έχει τη δικτύωση όλων των ανθρώπων που δουλεύουν στους διάφορους χώρους της αυτοκτονιολογίας. Επεξηγηματικά, υπάρχουν δίκτυα όπως το *Contact USA* που προσφέρεται σαν αρχηγείο για τα Κέντρα Αντιμετώπισης Κρίσεων, που 'ελέγχουν' ή ακόμη και τροφοδοτούν τα Κέντρα Κρίσεων. —

Πέρα από όλα αυτά όμως το δικό μας θαυμασμό και παράλληλα την έκπληξή μας την κέρδισε το γεγονός ότι υπάρχει μία νοοτροπία κατηγοριοποίησης των αυτοκτονικών ατόμων. Έτσι, υπάρχει ξεχωριστό Κέντρο για τα παιδιά, για τους εφήβους, για τους ηλικιωμένους, για τους γονείς που έχουν χάσει το παιδί τους, για τις γυναίκες, ακόμη και για ομοφυλόφιλους αυτοκτονικούς, άνδρες και γυναίκες.

Εν κατακλείδι, η πορεία της αυτοκτονίας στα επόμενα χρόνια υπολογίζεται ανοδική, σύμφωνα με εθνικές και διεθνείς μελέτες. Επείγει, λοιπόν, η επαγρύπνηση του κοινού όσον αφορά τις ψυχικές νόσους, έτσι ώστε η αντιμετώπιση των ατόμων με κάποια από αυτές να είναι αν όχι ιδανική, τουλάχιστον μη επιβλαβής γι' αυτούς. Ο συνδυασμός διαφημιστικών καμπανιών με ενημερωτικές εκπομπές αλλά και επαναστροβολή των οικογενειακών δεσμών και των ηθικών αξιών θα συμβάλλουν στη δημιουργία ηθικών ερεισμάτων από μικρή ήδη ηλικία.

Τα παραπάνω σε συνδυασμό με την εξειδικευμένη και πιο άμεση προσφορά των Κέντρων Ψαύγνωσης, ελπίζουμε αλλά και πιστεύουμε ότι τα θετικά ποσοστά θα μειωθούν και θα διαφρεύσουν κατά πολύ τις μελέτες που τείνουν να παρουσιάσουν το μέλλον δυσάρεστο....

Βιβλιογραφία

1. Βούρτση Ροζάννα. Η ευθανασία στη φιλοσοφία και την ιστορία .
www.in.gr/helath/eid,hseiw/ Άρθρο της εβδομάδας 7/11/2004
2. Κοριατότση – Μάριου ένα. «Σωτήριες Συμβουλές για να' σώζεις ζωές σε περιπτώσεις άμεσης ανάγκης» Εκδόσεις ERNICK 1985. 29-30
3. Κυριλόπουλος Κ. Μιχάλης. G.R. Φείδας Β. Εγκύκλιο Παιδεία. Πάπυρους Λαρούς ΜΠΡΙΤΑΝΙΚΑ.
4. Αγραφιώτης Δημοσθένης «Υγεία και αρρώστια, κοινωνικοπολιτιστικές διαστάσεις» Ιατρικές εκδόσεις «Λίτσα» 1988,63-67
5. Τσιαντής Ι., Χριστιανόπουλος Κ., Αναστασόπουλος Δ., Λιακοπούλου Μ., Χατζάρα Β. «Εφηβεία, ένα μεταβατικό στάδιο σε ένα μεταβατικό κόσμο» Εκδόσεις ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ , ΑΘΗΝΑ 1994, 189-194.
6. www.care.gr "Πολιτισμικές διαφορές" Εγκυκλοπαίδεια Υγείας – Ψυχολογίας, 19 Σεπτεμβρίου 2004
7. Ραγιά Χρ. Αφροδίτη «Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας» 3^η Έκδοση, ΑΘΗΝΑ 2001 . 306-317
8. Paul G. Quinnett PhD. 'Suicide : The forever Desicion' 1989
9. Κανελοπούλου Λ.Β. «Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια, Λεξικό» Εκδόσεις 'ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ' 1989, 901-903
10. Αρετή Παπαναγιώτου, www.αυτοκτονία.gr, 'Αυτοκτονία ή αλλιώς αυτοκαταστροφή' ΔΑΠ-ΝΔΦΚ 2001 -2004, 15 Σεπτεμβρίου 2004
11. Manoel Bertolate, Alexandra Fleischmann, «A global perspective in the epidemiology of suicide» Suididology 2002 org7, nr2
12. WHO Information form the Department of mental Health and Substance Abuse, November 2004
13. WHO, Self Directed violence, Global rates of Suicide by age and sex, 2002
14. Παπαδόπουλος Γ. Νίκος «Λεξικό της Ψυχολογίας με τετραγλωσσία όρων» Αθήνα 1994, 101
15. National Centre for Health Statistics for 2001, American Foundation for Suicide Prevention, 'facts about suicide www.AFSP.com 9-12-2004
16. Μάνος Νίκος « Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής» Αναθεωρημένη έκδοση University Studio Press 1997, 703-715
17. WHO, "Suicide Prevention" Press release WHO/61 8 Sept. 2004 www.who.int/mentalhaelth/prevention/suicide prevention .

18. WHO Department of Mental health. 'Figures and facts about suicide' who/mnh/mbd/99.1 Geneva 1999
 19. WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen. "Suicidal behaviour in Europe. The situation in the 1990 's" EYR/ICP/HPSA 010403, 1998
 20. Μπαλογιάννης Ι. Σταύρος 'Ψυχιατρική και Ποιμαντική Ψυχιατρική', εκδόσεις Π. Πουρνάρα 1986, 43-446
 21. WHO, Regional Office for Europe, European Communities, "Highlights on health in Greece" July 1997
 22. WHO, Regional Office for Europe, "Suicidal prevention in Europe" 2002
 23. Christopher Birt, Unni Biller – Brahe, Madelena Cabecadas, Parveen Chishti Paul Corcoran, Rodney Elgie, Kees van Heeringeen, Lars- Gunnar Horte, Alberto G. Marchi, Aini Ostam, Eleni Petridou, Ellinor S. Renberg, David h. Stone, Johannes Wiik and Eileen Williamson "suicide Mortality in the European Union" Eur. J Public Health, 13 . 108-114. 25-9-2002
 24. Althaus D. Hegerl U. "Causes, diagnosis and treatment of Suicidality" Nevrenarzt 75 (11); 1123-1135. Nov 2004
 25. "Hepp U. Schnyder U. "Can suicidality be cured? Suicide prevention in the G.P's", Schweiz Rundsh Med Prax 93(44); 181-23,27 Oct 2004
 26. National Center for Health Statistics for 2001, American foundation of Suicide Prevention, "Facts about suicide" WWW.AFSP.COM12/2004
 27. WWW.in.gr/health/Eιδήσεις. "Αθεράπευτη η πλειονότητα των ψυχικών διαταραχών παγκοσμίως", 7/11/2004
 28. WWW.in.gr/health/Eιδήσεις. " Στα ύψη οι αυτοκτονίες στην Νότια Ινδία" 2/4/2004
 29. Sean Sellers "Ο σατανισμός της νέας εποχής" εκδόσεις στερέωμα 117-121
 30. Παπαδημητρίου Μ. Θεοφανοπούλου Α, κόντου Ε. "Η συμβολή της νοσηλευτικής στην πρόληψη της εφηβικής αυτοκτονίας" Νοσηλευτική, Τόμος 41- τεύχος 1, Ιανουάριος-Μάρτιος, 2002, 96-104
-
31. Κούρτης Α, Πάτσικα Ε, Καραουλάνη Π, Παυλίδης Ι, Περτίκης Π, Ζλατάνος Δ, Σαίτης Μ, Αδαμοπούλου Α, Γαρύφαλλος Γ, "Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ασθενών με ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας ή/και αυτοτραυματισμού" Εγκέφαλος 40, 111-117, 2003
 32. WHO, «Suicide Rates», [www.who.int/whosites/mentalhealth/prevention and special programmes](http://www.who.int/whosites/mentalhealth/prevention_and_special_programmes) .2003

33. Hawton Keth, DSc and Daniel, Zahl, Ba " Suicide following deliberate self-harm; long term follow up of patients who presented to a general hospital" The British Journal of Psychiatry (2003) 182: 537-542
34. WHO, Dept of Mental Health and behavioral disorders. "Preventing Suicide" A resource for primary health care workers. WHO/MNH/MDD/OO.4. Geneva 2000
35. Kelly Sue and Charlon John, "Suicide deaths in England and Wales 1982-92" The contribution of occupation and geography, 1995
36. www.in.gr/health/ειδήσεις/επιδημιολογία, "Οι γονείς είναι λιγότερο πιθανό να αυτοκτονήσουν", 10/4/2003
37. www.in.gr/health/ειδήσεις/επιδημιολογία, "Οι γονείς είναι λιγότερο πιθανό να αυτοκτονήσουν", 14/8/2003
38. C.A. Zacharakis, M.G. Madianos, G.N. Papadimitriou, C.N. Stefanis, "Suicide in Greece 1980-1955: Patterns and social factors", Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, Volume 33, number 10, 471 - 476, Sept 1998
39. WHO, Geneva 204, [www.who.int.com/sites/mentalhealth/suicide_prevention/country reports](http://www.who.int.com/sites/mentalhealth/suicide_prevention/country_reports)
40. "Β.Π. Κουνταξάκης, "Κατάθλιψη και αυτοκτονία" , από το βιβλίο του Γ.Ν. Χριστοδούλου, " Κατάθλιψη", 2η έκδοση, εκδόσεις «ΒΗΤΑ», 1998, 125-128
41. 'Robert M.A. HIRSCHFELD, M.D. and James M. Roussell, M.D. "Assessment and treatment of suicidal patients" The New England Journal of Medicine, Volume 337: 910-915. Number 13. 25 Sept 1997
42. Roy. A: "Risk factor for suicide in psychiatric patients" Arch, Gen. Psychiatry 39: 1089, 1981
43. Β.Π. Κουνταξάκης, Μ. Χαβάκη-Κουνταξάκη "Αυτοκτονική και επιθετική Συμπεριφορά" , από το βιβλίο του Γ.Ν. Χριστοδούλου, "Ψυχιατρική, 2^{ος} Τόμος, εκδόσεις «ΒΗΤΑ», 2002, 596-604
44. Edelyn Verona, Ph.P Natalie Sachs-Ericsson, Ph.D, Thomas E. Joiner, Jr., Ph.D "Suicide Attempts Associated with Externalizing Psychopathology man Epidemiological Sample", The American Journal of Psychiatry Volume 161 Number 3. 444-451, Karch 2004
45. www.iatrotek.org, Π. Βλάχος, Δ. Καλαμαρά, Ε. Παπαθωμόπουλος, Λ. Παύλος, Κ. Παπαδάτος, 'Απόπειρες αυτοκτονίας σε παιδιά και εφήβους (Μελέτη 1122 περιπτώσεων) , Παιδιατρική (46/6), 316-324, 1986

46. Σ. ΔΡΙΤΣΑΣ, Μ. ΜΑΣΤΟΡΑ, Α. Τσατσά, Χ. Δικόγλου, Α. Φωτιάδου, Κ. Κεχαγιόγλου, www.iatrotek.org, 'Απόπειρες αυτοκτονίας με φάρμακα. Ορισμένα στοιχεία από την περιοχή της πρωτεύουσας'
47. utoria.duth.gr, Α. Θεοδωρακόπουλος, Ι. Μαγατιώτου, Π. Μέλκι, Δ. Ανέστη, Χ. Καρακάς, Π. Ράπτη, 'Απόπειρες αυτοκτονίας σε παιδιά ηλικίας 12-14 χρονών' Παιδιατρική Κλινική – Τζάνειο Νοσοκομείο Πειραιά, 5^η επιστημονική συνάντηση Παιδιάτρων Αν. Μακεδονίας και Θράκης, Κυριακή 3 Σεπτ. 200, 2^η συνεδρία ελεύθερων ανακοινώσεων
48. Hernandez M., Mc Daniel CH, Costanza CD, Hernandez oJ, 'GHB – induced delirium : a case report and review of the literature of gamma hydroxybutyric acid', The American journal of drug and alcohol abuse, 1998 Febr. 179-183
49. Kathryn Castle, Ph.D, Paul R, Duberstein, Qh.D, Sean Meldrum, M.S, Kenneth R. Conner, Psy.D, M.e.M, Yeates Conwell, M.D. "Risk Factors for Suicide in Blacks and whites : An analysis of data from the 1993 National Mortality Followback Survey – American Journal Psychiatry, 161 : 452-458, 2004
50. www.in.gr/health 'Η επιθυμία για μεγέθυνση του στήθους ίσως κρύβει ψυχολογικό πρόβλημα' 12-3- 2003
51. www.in.gr/health/ειδήσεις/διάφορα 'διερευνάται η σχέση εμφυτευμάτων της σιλικόνης και αυτοκτονίας' 7-11-2004
52. www.in.gr/health/ειδήσεις/διάφορα 'ακόμη και τάσεις αυτοκτονίας προκαλεί το προεμμηνορροιακό σύνδρομο' 5-2-2001
53. www.iatrotek.org. Ε. Χλημητρίου, 'Απόπειρες αυτοκτονίας και κλινική διάγνωση. Ομοιότητες και διαφορές ανάμεσα στις διάφορες ψυχοπαθολογικές ομάδες'. Ιατρική 52 31, 319-322, 1987
54. Health.in.gr. ' Γενετική προδιάθεση στην τάση για αυτοκτονία' 29/4/2004 10:29
55. Guze S. Robius E. 'Suicide and primary affective disorters' Br. J. Psychiatry, 117:737, 1970
56. users.hellasnet.gr. ' Ένας σύγχρονος εφιάλτης'.
57. Μπούρη Μαρία, Φωτοπούλου Μαρία, Φούντζουλα Ιωάννα, Μιχοπούλου Αλεξάνδρα, Μιχελέψου Μελομένη, utoria.duth.gr, 'Επιδράσεις της νοσοκομειακής νοσηλείας στην ψυχολογία των παιδιών' Α΄ Παιδιατρική Κλινική Νοσοκομείου Παίδων – Πεντέλης Αθηνών.
58. Hawton K. Hall S, Bale L, SimKins, Bond A, Coods, Stewart A, 'Deliberate self-harm in adolescents : a study of characteristics and trends in Oxford 1990-2000. Nov. 44 (8) 1191-8 J. Child, Psycholpsychiatry.
59. Hawton K, Zahl D, 'Repetition of Deliberate self-harm and subseavent suicide – risk : long term follow up study of 11,583 patients. Br J Psychiatry, 185 : 70-5, July 2004

60. Hawton K, Hawc, Houstonk, Townsend E. 'family history of suicidal behavior : prevalence and significance in deliberate self – harm patients' Acta psychiatric Scand 2002 Nov 106(5) :387-393
61. Μπιπμή Μαίρη 'Φάρμακο για την αντιμετώπιση της ακμής ενοχοποιείται για κατάθλιψη και αυτοκτονία' www.in.gr/health/ειδήσεις/διάφορα 17/5/2002
62. www.in.gr/health/ειδήσεις/επιδημιολογία 'Η ηλιοφάνεια αρωγός των τάσεων αυτοκτονίας' 4/12/2002
63. www.in.gr/health/ειδήσεις/διάφορα 'Η αυτοκτονία συχνότερη κατά τους θερινούς μήνες' 18/4/2003
64. Etienne G. Krug. M.D. M.e.H, marice – jo Kresnow, M.S, John P. Peddicord M.S, Lindal. Dahlberg, Ph.D, Kenneth E Dowell, M.D., M.e.H Alex E, Grosby, m.D, M.e.H, Jospeth L Annest eh.D, "Restoration : Suicide after Natural Disasters" The New England journal of Medicine, vol 340 : 148-149 Number 2 Jan 14, 1999
65. Φλάσκη Ελεάννα, « Η έλλειψη του ύπνου μπορεί να οδηγήσει σε αυτοκτονία» Εφημερίδα 'Απογευματινή', Αριθμός φύλλου 15, 568 6/11/2004
66. www.raj.gr/reporter/health.html, «Οι έφηβοι που δεν κοιμούνται αρκετά έχουν τάσεις αυτοκτονίας» Ο ρεπόρτερ της Κορινθίας. 5/11/2004
67. keshavau MS, Zeynolds CF, Montrose D, Miewald J, Downs C. "Sleep and Suicidality in psychotic patients" Acta psychiatrica scandinavia 1994 Febr 122-125
68. Μ. Πριάμκ, Χ. Πλατή, «Έλεγχος συμπεριφοράς ψυχικά πασχόντων : ηθικές διαστάσεις του προβλήματος» Vol 36, 3 : 272-280, Δεκ 1997.
69. Γκόλια Ι, Καρπουζά Β, Παπαδοπούλου Μ, Βαλμάς Π, Κανίστρας Α, «Συσχέτιση της επιθετικότητας και αυτοκτονίας στην κατάθλιψη. Μια προκαταρκτική μελέτη» Εγκέφαλος 40, 105-110, 2003
70. Ashok J. Bharucha, MD and Andrew Satlin, MD «Η αυτοκτονία στους ηλικιωμένους : Ανασκόπηση», Harvard Review of Psychiatry, Ελληνική έκδοση, vol, N 2, 6-16, Δεκ. 1997
71. Βάσω Κουκίου, www.klik.gr, «Το μέλλον μας κι αυτό (κι αυτό του κόσμου) είναι γραμμένο στο DNA. Για πρώτη φορά η επιστήμη το λέει καθαρά : καλύτερα να μην ξέρουμε τίποτα» Σεπτ. 1996
72. Δρ. Μούγια Βασιλική. «Η ακούσια νοσηλεία των ψυχικά ασθενών». Νοσηλευτική 1, 56-61, 2001
73. www.in.gr/health/news/επιστημονικές εξελίξεις 'εγκεφαλικό ένζυμο ενέχει ρόλο κλειδί στις εφηβικές αυτοκτονίες, 6-7-2004
74. www.wrongdiagnosis.com "Symptoms of Suicide" 25/9/2004
75. Cavanagh JT, Carson AJ, SharpeM, Lawril SM, "Psychological Medicine", April 2003 395-405

76. Ozdas A, Shiavi RG, Wilkes DM, Silverman MK, Silverman SE, "Analysis of vocal track characteristic for near term suicidal risk assessment" *Methods of information in medicine*, 2004 36-38
77. Murphy G.E. "On suicide prediction and prevention" *Arch general Psychiatry* 40:343, 1983
78. Janet Williams *Arch Gen. Psychiatry*, www.iatroclub.gr, iatroclub – health portal. Μετάφραση Πέτρος Σκαπινάκης, 1998, 45: 742-747
79. Thomas E. Ellus PsyD and Cory F. Newman PhD 1996, "Choo sing to love : How to defeat suicide through cognitive therapy"
80. www.care.gr. "Αισιοδοξία για φάρμακο που μειώνει τον κίνδυνο αυτοκτονιών στους σχιζοφρενείς", 6/2/2003
81. William E. Burney, Arthur M. Kleinman, Carl C. Bell, David A. Brent, Leona Eggert, Jan Fawcett, Robert D. Gibbons, Kay Reafield Jamison, Jill E. Korbin, J. John Mann, Phillip A. May, Charles F. Reynolds, Ming T. Tsuang, Richard G. Frank "Reducing Suicide : A natural Imperative Institute of Medicine (IOM), the Natural Academies Press, 2002.
82. www.in.gr/health/news/επιστημονικές_εξελίξεις « Τα αντικαταθλιπτικά συμβάλλουν στη μείωση των αυτοκτονιών» 29/9/2003
83. Jane Rice, «Εισαγωγή στην φαρμακολογία για τους νοσηλευτές» 2^η έκδοση, εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ» 1998, 151-166
84. Mary J. Mycek, ph.D, Richard A. Harvey, ph.D, Pamela C. Champe, ph. D, 'Φαρμακολογία', 2^η έκδοση, Επιστημονικές εκδόσεις 'Παρισιάνου Α.Ε.' Αθήνα 1997, 129-132
85. John T. Maltzberg M.D. " Treating the suicidal Patient : Basic Principles " American Foundation for Suicide Prevention, www.HFSP.com , 2004
86. Πέτρος Σκαπινάκης, Ψυχίατρος, www.stress.gr , 'Γνωστική ψυχολογία'
87. Health Evidence Network , 'For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness' www.hen.com/answers_to_questions 1/11/2004
88. Steven P. Roose. M.D., "Suicide : what is the clinician 's mind' American Foundation for Suicide Prevention, www.AFSP.com 2004
-
89. Pokoruy A.D. : 'Prediction of Suicide in psychiatric patients' *Arch Gen. Psychiatry*, 40:249, 1983
90. Modai I, Kuperman J, Goldberg I, Goldish M, Mendels, 'Fuzzy logic detection of medically serious suicide attempt records in major psychiatric disorders', *The journal of nervous and mental disease* 2004, October 708-10
91. Δ. Δαμίγος, Β. Σιαφάκα, « Σύγχρονες απόψεις και ερευνητικά δεδομένα για την ευθανασία. Ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις» *ΙΑΤΡΙΚΗ* 1999,75 (3) : 201-210.

92. Ezekiel J Emmanuel, M.D. PhD and Paragaret P. Bathim, Ph.D. 'What are the potential cost savings fro legalizing physician – assisted suicide ?' The New England Journal of Medicine, vol 346: 1836 Nr3, July 16, 1998
 93. Joanna H. Groenewound, M.D. Ph.D, 'Physician – Assisted suicide : what are the issues ? The New England Journal of Medicine, vol 346 : 1836 Nr 23, June 6 2002
 94. Sherwin B. Nuland 'Physician assisted suicide and euthanasia in practice' The New England Journal of Medicine, vol 342, : 583-584, Nr 8 Feb 24, 2000
 95. Εμμανουήλ Παναγόπουλος Επίκουρος Καθηγητής Χειρουργικής, www.αυτοκτονία.gr, «Ορισμός και Ιστορική εξέλιξη» Αρχές ιατρικής ηθικής – Όρκος Ιπποκράτη, ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ. Η ΙΕΡΑ ΣΥΝΟΔΟΣ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ. ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ, 15 Σεπτεμβρίου 2004.
 96. Ε.Δ. Πρωτοπαπαδάκης, Διδάκτωρ Φιλοσοφίας, ΔΙΕΘΝΕΣ ΝΟΜΙΚΟ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΠΕΡΙ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ 14 Σεπτεμβρίου 2004.
 97. Μάριος Π. Μπέγζος, www.in-attikis.gr, ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ Ή ΑΘΑΝΑΣΙΑ ; ΤΟ ΖΗΤΗΜΑ ΤΗΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ ΣΕ ΘΕΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ, 14 Σεπτ. 2004
 98. American nurses Association, Board of Directors 'Position statements' December 8 1994
 99. Linda Ganzini. M., Theresa A Harvard, R.N.R.H, Ph.D, Ann Jackson.M.B.A., Elizabeth R, Goy, Ph.D, Lois L, Miller, Ph.D., R.N. and Molly A. Delorit, B.A "Experiences of Oregon Nurses and Social Workers with Hospice Patients who requested assistance with suicide" The New England Journal of Medicine Vol 34: 582-588, Nr 8 August 22, 2002
 100. David A Asch M.D. M.B.A. 'The role of critical care Nurses in Euthanasia and assisted suicide' The New England Journal of Medicine, Vol 334: 1374-1379, Nr21, May 23 1996
 101. Sandra Jacobs, "Death by voluntary dehydration, what are the caregivers say?", The New England Journal of Medicine, Vol 349: 325-326, Nr 4, July 24 2003
 102. Θ. Παπαπετρόπουλος, Α. Πατρινός, Β. Πελεκούδας, Α. Βαγενόπουλος, Χ. Πασχάλης «Τάσεις προς ευθανασία μεταξύ ιατρών, δικηγόρων, δικαστών και φοιτητών ιατρικής την πόλη των Πατρών', ΙΑΤΡΙΚΗ, 72(1): 69-73, 1997
 103. United States navel Academy, "Suicide – Debunking the Myths" 2004
-
104. WHO, "Prevention of suicidal behaviours : A task for all' SUPRE, Information leaflet, 2004
 105. Carol Watkins, M.D "Suicide and the school" Baltimore, Mayland Northern Country Psychiatric Associates, 2000
 106. Σ. Μανωλόπουλος, Γ. Τσιαντής «Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής» Τόμος Β, Εκδόσεις Καστανιώτη, 198, 244-248

107. Susdn Rose Blauner "How I stayed Alive when my brain was trying to kill me. On Person's Guide to Suicide Prevention", 2002
108. ΤΣΙΚΟΣΝ, Καραγεωργοπούλου, Γραβάνη, "Ψυχιατρική Νοσηλευτική στην κοινότητα στο Νοσοκομείο' Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, 1999,381-387
109. Marks I, "Computer aids to M. Health care", canadian Journal of psychiatry 1999 Αύγουστος 548-55
110. Janson MP, Alessandrini ES, "Internet –observed suicide attempts" Journal of dinical psychiatry 2001 Ιούνιος
111. Peters R., "A computer information system in a suicide prevention centre", Canada's M. Health 1986 Σεπτ. 2-4
112. Klein MH, Greist JH, Van – CuralJ, "Computers and psychiatry. Promises to keep", Archives of general psychiatry. Ιούλιος 1975 837-43
113. Fendrich M, Mackesy – Amiti ME, Kruesim, "A mass – distributed CD – ROM for School – based suicide prevention" Crisis 2000 135-40
114. Murphy G.E., "The prediction of suicide: why is it so difficult?", American Journal of psychotherapy, Ιούλιος 1984, 341-9
115. Miller JK, Gergen KJ., "Life on the line : the therapeutic potentials of computer – mediated conversation", Journal of marital and family therapy.
116. Baume P, Rolfe A, Clinton M, "Suicideon the Internet : a focus for nursing intervention", The Australian and new Zealand Journal of mental health nursing
117. Litman RE, "Suicide prevention in a treatment setting", Suicide and life threatening behavior 1995, 134-42
118. Professor kees Van Heeringer psychiatrische Kliniek.Ella Arensman Psychologist, www.in.gr , Department of Clinical Psychology "Ένα νέο ευρωπαϊκό δίκτυο για την αυτοκτονιολογία'
119. www.care.gr , Mayo Clinic, Suicide Reference Library, «Γκρουπ στήριξης = Βρίσκοντας το κατάλληλο για σένα» 29 Δεκέμβριος 2003
120. www.lifesigns.org.uk, Lifesigns 2004
121. Professor Douglas Altman, Mr. Simon Armson, Dame Fiond, Professor Guy Goodwin, Professor Muir Giay, Dr. David Gunnell, Dr. Ann Mc Pherson, Mr. Tony Purkis, Mrs Vanda Scott Cinternationd. «Κέντρο για την έρευνα αυτοκτονιών» 1998-2005
122. www.yellowRibbon-org, "YELLOW RIBBON SUICIDE PREVENTION PROGRAMME" 1995-2004
123. www.self.harm.com, "YOUNG PEOPLE AND SELF-HARM"
124. Chad Varah, www.Samaritans.com. "SAMARITANS" David L. Conroy Ph.D.

125. "e – therapy" 1995-2001 www.helpnet.gr.
126. www.helpnet.gr " Νυχτερινή Γραμμή " 13 Σεπτεμβρίου 2004
127. Alyson Ashton, www.ment.health.org. "The centre for suicide prevention"
128. Jon Andersen 14 Σεπτεμβρίου 2004, www.anthropos.gr, "ένα website για την παιδική αυτοκτονία"
129. www.help-net.gr "Childline home"
130. "Friendship Network" 1997-2005 www.suicidology.org/index.c7m
131. John D. King, EdD, and Brian Kowalchuk, PhD, www.in.gr , "150-30™ "
132. www.1000deaths.com , "SOLOS = Survivors of loved One's suicides
133. Brenda Flowers 2002, www.memorytrees.org, "Memory Tree of Lights"
134. Sandy Martin, www.lifekeeper@aol.com, "Lifekeeper Foundation",
135. Judi Collins, www.oassis.org, "OASSIS (Organization for attempters and survivors of suicide and interfaith services" December 2003
136. www.mentalhealth.org/suicide_prevention/strategy.asp, "National strategy for suicide prevention" 1995-2005
137. www.save.org, "SAVE (Suicide Awareness/voices of education), 1990
138. www.teachhotline.org , "Teen education and crisis hotline", 2005-07-31
139. Khristin Brooks, "KBHC" www.hopeline.com, Nov.16 1969 - Apr. 7. 1998
140. www.befrienders.org , "Befrienders Internationals" 1999-2005
141. www.sprc.org , 'Suicide prevention resource centre', 2003-2004.
142. Dr. Armin Schmidtke, www.uni-wuerzburg.de/IASR, "IASR", 2001

