



ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ. ΚΡΗΤΗΣ
Σ.Ε.Υ.
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΗΛΙΚΙΑΣ 20-45 ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΜΕ ΤΟΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟ ΙΔΕΑΣΜΟ»

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΜΙΧΕΛΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ
ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΓΚΙΝΙ ΜΑΡΙΑ
ΜΟΥΣΤΕΡΗ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ, 2021

Περίληψη

Εισαγωγή: Η αυτοκτονία αποτελεί ένα από τα ζητήματα που έχουν απασχολήσει την δημόσια υγεία και τους ειδικούς ψυχικής υγείας παγκοσμίως ανεξαρτήτως την χώρα. Μετά την οικονομική κρίση καθώς και μετά την έξαρση του ιού COVID-19 παρατηρείται αύξηση των αυτοκτονιών και των ψυχικών διαταραχών αντίστοιχα. Η σχέση του άγχους, συγκεκριμένα, με την αυτοκτονία δεν έχει αναπτυχθεί σημαντικά στην ελληνική βιβλιογραφία. Σκοπός της έρευνας αποτελεί η διερεύνηση της σχέσης αυτής καθώς και άλλους παράγοντες που επηρεάζουν την αυτοκτονικότητα όπως η κοινωνική υποστήριξη.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε ποσοτική έρευνα μέσω ερωτηματολογίων που συμπληρώθηκαν ηλεκτρονικά από 480 άτομα στον ελλαδικό χώρο. Για την διερεύνηση του άγχους χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα 7 ερωτήσεων GAD-7 (GAD-7 των Dr. Robert L Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke και συνεργάτες), για την διερεύνηση του αυτοκτονικού ιδεασμού χρησιμοποιήθηκε η 9^η ερώτηση του ερωτηματολογίου PHQ-9 (Rossom et al., 2017) και το ιστορικό ψυχικών διαταραχών προσδιορίστηκε μέσα από αυτοαναφερόμενες ερωτήσεις για τους φίλους ή και την οικογένεια του ατόμου.

Αποτελέσματα: Παράγοντες όπως το φύλο, το ιστορικό ψυχικών διαταραχών, το άγχος και η κοινωνική υποστήριξη του ατόμου φαίνεται να επιδρούν στην ανάδειξη του αυτοκτονικού ιδεασμού. Οι ίδιοι παράγοντες, εκτός του φύλου, επίσης, μπορούν να προβλέψουν αν υπάρχει αυτοκτονικός ιδεασμός ή όχι σε κάποιο άτομο. Η κοινωνική υποστήριξη φαίνεται να είναι απαραίτητη στην πρόληψη και την αντιμετώπιση της αυτοκτονίας.

Συμπεράσματα: Η πρόληψη και η αντιμετώπιση της αυτοκτονίας αποτελούν σημαντικό μέρος της κοινωνικής εργασίας και ταυτόχρονα ελλειπείς στην βιβλιογραφία και την εκπαίδευση των επαγγελματιών. Ο/Η κοινωνικός,-ή λειτουργός μπορεί να είναι το πρώτο άτομο που να εντοπίσει τον αυτοκτονικό ιδεασμό μέσω της πρώτης επαφής και του κοινωνικού ιστορικού και να προλάβει την αυτοκτονία, έχοντας βέβαια την κατάλληλη εκπαίδευση.

Λέξεις – κλειδιά: αυτοκτονία, αυτοκτονικός ιδεασμός, πρόληψη, άγχος, κοινωνική υποστήριξη, κοινωνικός,-ή λειτουργός

Abstract

Background: Suicide is one of the issues that has plagued public health and mental health professionals worldwide regardless of the country. After the economic crisis as well as after the outbreak of the COVID-19 virus, there is an increase in suicides and mental disorders respectively. In particular, the relationship between anxiety and suicide has not assigned significantly in the Greek literature. The aim of the study is to investigate this relationship as well as other factors that affect suicide such as social support.

Methods: Quantitative research was conducted through questionnaires that were completed electronically by 480 people in Greece. The GAD-7 7-item scale was used to investigate anxiety (GAD-7 by Dr. Robert L Spitzer, Janet BW Williams, Kurt Kroenke et al.), The 9th question on the PHQ-9 questionnaire was used to investigate suicidal ideation (Rossom et al., 2017) and the history of mental disorders was determined through self-reported questions about the person's friends or family.

Results such as gender, history of mental disorders, anxiety and social support seem to affect the emergence of suicidal ideation. The same factors, apart from gender, can also predict whether or not a person has suicidal ideation. Social support seems to be essential in preventing and dealing with suicide.

Conclusions: Suicide prevention and treatment are important parts of social work and at the same time, the literature and training of professionals are lacking of it. The social worker that has the appropriate education may be the first person to detect suicidal ideation through the first interaction and when receiving the social history.

Keywords: suicide, suicidal ideation, suicide prevention, anxiety, social support, social worker

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	1
Abstract.....	2
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
Α ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΌΤΗΤΑ, ΟΡΙΣΜΟΙ- ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ.....	7
1.1 Ιστορική αναδρομή αυτοκτονικότητας.....	7
1.2. Ορίζοντας την έννοια της αυτοκτονικότητας.....	9
1.3 Η αυτοκαταστροφικότητα και ο αυτοτραυματισμός	12
1.4 Παράγοντες κινδύνου και μέθοδοι αυτοκτονικότητας.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ	24
2.1 Η θεωρητική προσέγγιση της αυτοκτονίας.....	24
2.2 Η θεωρητική προσέγγιση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΓΧΟΣ	28
3.1 Ορισμός άγχους.....	28
3.2. Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή.....	29
3.2.1 Αιτιολογία	30
3.2.2 Συμπτωματολογία	31
3.2.3 Επιδημιολογία	31
3.2.4 Θεραπεία.....	31
3.3 Κοινωνική αγχώδης διαταραχή.....	32
3.3.1 Αιτιολογία	33
3.3.2 Συμπτωματολογία	34
3.3.3 Επιδημιολογία	34
3.3.4 Θεραπεία.....	34
3.4 Διαταραχή πανικού	35
3.4.1 Αιτιολογία	36
3.4.2 Συμπτωματολογία	37
3.4.3 Επιδημιολογία	37
3.4.4 Θεραπεία.....	38
3.5 Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή	39
3.5.1 Αιτιολογία	40
3.5.2 Συμπτωματολογία	41

3.5.3	Επιδημιολογία	41
3.5.4	Θεραπεία.....	42
3.6	Διαταραχή μετατραυματικού στρες.....	43
3.6.1	Αιτιολογία	43
3.6.2	Συμπτωματολογία	44
3.6.3	Επιδημιολογία	45
3.6.4	Θεραπεία.....	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:	ΚΟΙΝΩΝΙΚΉ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ- ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΔΙΚΤΥΑ.....	46
4.1	Προσδιορισμός κοινωνικού δικτύου	46
4.2	Ορισμός κοινωνικής υποστήριξης	47
4.3	Ορισμός κοινωνικής εμπλοκής.....	49
4.4	Αποτροπή του αυτοκτονικού ιδεασμού από τα κοινωνικά δίκτυα και την κοινωνική υποστήριξη.....	49
4.5	Η επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στην αυτοκτονικότητα	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:	ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΩΝ.....	51
5.1	Πρόληψη στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.....	51
5.2	Μονάδες αντιμετώπισης	53
5.3	Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού.....	54
5.3.1.	Έλλειψη γνώσεων και εκπαίδευσης των κοινωνικών λειτουργών	55
Β ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....		59
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6:	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	59
6.1	Σκοπός έρευνας.....	59
6.2	Ερευνητικές υποθέσεις:.....	59
6.3	Διατύπωση ερευνητικών ερωτημάτων	59
6.4	Επιλογή μεθόδου έρευνας.....	60
6.5	Μέθοδος συλλογής δεδομένων.....	60
6.6	Τρόπος επιλογής δείγματος.....	60
6.7	Μεταβλητές	61
6.7.1	Εξαρτημένη μεταβλητή: αυτοκτονικός ιδεασμός.....	61
6.7.2	Ανεξάρτητες μεταβλητές.....	61
6.8	Μέθοδος ανάλυσης στοιχείων	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7:	ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....	65
7.1	Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	65
7.2	Ιατρικό ιστορικό.....	67
7.3	Αυτοκτονικός ιδεασμός.....	68

7.4 Απαντήσεις στα ερευνητικά ερωτήματα.....	68
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	74
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ	76
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	77
Βιβλιογραφία.....	80
Ελληνική Βιβλιογραφία.....	80
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία	84
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	90

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αυτοκτονία ως παγκόσμιο φαινόμενο αποτελεί ένα τεράστιο ζήτημα δημόσιας υγείας, τόσο για τις χώρες με υψηλό όσο και για το χαμηλό εισόδημα και σχετίζεται με σημαντική κοινωνική και οικονομική επιβάρυνση (WHO, 2018). Η αυτοκτονία αναγνωρίζεται ως η δεύτερη κύρια αιτία θανάτου μεταξύ εφήβων και νεαρών ενηλίκων παγκοσμίως (WHO, 2018). Επιπλέον, το φαινόμενο του αυτοκτονικού ιδεασμού ή της απόπειρας αυτοκτονίας απασχολεί τη διεθνή και την εθνική βιβλιογραφία σε πολλές χώρες λόγω της οικονομικής κρίσης (Coore et al., 2015; Economou et al., 2015; Fountoulakis et al., 2015; Ntountoulaki et al., 2017) . Για παράδειγμα, μια μελέτη στον ελληνικό ενήλικο πληθυσμό που πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης ανέφερε σημαντική αύξηση στον επιπολασμό του αυτοκτονικού ιδεασμού (6,7% των ερωτηθέντων) και των προσπαθειών αυτοκτονίας (Economou et al., 2015).

Η περίοδος και η πανδημία του COVID-19 που διανύουμε έχει αυξήσει το άγχος και στρες αισθητά. Με βάση την έρευνα που δημοσιεύθηκε στο περιοδικό ψυχιατρικής (The Lancet Psychiatry, 2020) διαπιστώθηκε ότι σχεδόν ένας στους πέντε ασθενείς με Covid-19 θα εμφανίσουν κάποια ψυχική διαταραχή μέσα στις επόμενες 90 μέρες από τη διάγνωση της λοίμωξης με τον κορονοϊό SARS-CoV-2. Οι αγχώδεις διαταραχές, η κατάθλιψη και η αϋπνία είναι τα συχνότερα συμπτώματα μεταξύ όσων έχουν αναρρώσει από τη νόσο, αλλά στη συνέχεια εκδηλώνουν ψυχολογικά προβλήματα σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό.

Η παρούσα πτυχιακή εργασία προτίθεται να συμβάλει στην επιπλέον γνώση και συγκέντρωση νέων δεδομένων για την αυτοκτονία και το άγχος των νέων. Με την τελείωση αυτής, θα παραμείνει ως αρχείο στο Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο Κρήτης βάσει της οποίας θα είναι δυνατό να υπάρξει εξέλιξη και περαιτέρω έρευνα επί του θέματος, να ενισχύσει την ήδη υπάρχουσα γνώση και να προσφέρει πιθανούς τρόπους αντιμετώπισης. Επίσης θα μπορεί να γίνει πάτημα για την κοινωνική εργασία να εμπλουτίσει την ελληνική βιβλιογραφία περαιτέρω καθώς και την ώθηση για επιπλέον εκπαίδευση των επαγγελματιών.

Στα παρακάτω κεφάλαια λοιπόν, θα αναλυθούν πλήρως τα φαινόμενα ως προς τους ορισμούς και την ανασκόπηση και την αναδρομή των φαινομένων. Στην συνέχεια, θα εξεταστεί η θεωρητική προσέγγιση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς και του άγχους με συγκεκριμένες θεωρίες που έχουν αναπτυχθεί και η περαιτέρω ανάλυση των φαινομένων. Σε επόμενα κεφάλαια θα αναλύσουμε λεπτομερώς τις διαφορετικές αγχώδεις διαταραχές καθώς και θα προσδιορίσουμε και αναλύσουμε την κοινωνική υποστήριξη. Θα αναφέρουμε επίσης

την πρόληψη της αυτοκτονίας στον ελλαδικό χώρο. Κλείνοντας το θεωρητικό πλαίσιο της παρούσας εργασίας, στο τελευταίο κεφάλαιο θα δούμε τον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στην αυτοκτονία καθώς και τις ελλείψεις που υπάρχουν στον τομέα.

A ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑ, ΟΡΙΣΜΟΙ-ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

1.1 Ιστορική αναδρομή αυτοκτονικότητας

«Η αυτοκτονία είναι το μόνο αληθινό φιλοσοφικό πρόβλημα. Αποφασίζοντας κάποιος αν αξίζει να ζει ή όχι απαντά στο θεμελιακό πρόβλημα της φιλοσοφίας» είχε πει ο Γάλλος συγγραφέας Άλμπερτ Καμύ στο έργο του ο μύθος του Σισύφου (1942).

Το ζήτημα της αυτοκτονίας απασχόλησε και συνεχίζει να απασχολεί διάφορους ανθρώπους μέσα σε διάφορους κλάδους, με διαφορετικές απόψεις και πεποιθήσεις γύρω από αυτό το θέμα. Έχει προσεγγιστεί από πολλές όψεις όπως παραδείγματος χάρη φιλοσοφική (όπως είδαμε και παραπάνω), κοινωνική - επιστημονική και θρησκευτική. Πράγμα που το κάνει πρώτον, πολυδιάστατο και δεύτερον ευρέως γνωστό παγκόσμια με μεγάλη θύελλα αντιδράσεων καθώς το 2014 σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) ήταν η τρίτη αιτία θανάτου στους νέους ηλικίας από 15 έως 49 ετών (WHO, 2014).

Κατά την αρχαία Ελλάδα είχε αναφερθεί πολλές φορές η αυτοκτονία κυρίως στα μυθολογικά βιβλία και έργα που συχνά συνέβαινε λόγω της τραγικότητας των ηρώων. Η ιατρική κοινότητα τότε δεν ενέκρινε την αυτοκτονία ως πράξη και την αντιμετώπιζε ως ψυχωτική συμπεριφορά των δύο ψυχικών νόσων που υπήρχαν σε εξέλιξη την μελαγχολία και την μανία. Προσπαθούσαν να καταπολεμήσουν την αυτοκτονία χρησιμοποιώντας φάρμακα για τις ψυχικές νόσους όπου ήταν κατασταλτικά και ηρεμιστικά, κύριο φάρμακο ήταν ο μανδραγόρας. Εάν λοιπόν ένα άτομο αυτοκτονούσε τον έθαβαν σε διαφορετικό μέρος από τους υπολοίπους νεκρούς και μάλιστα χωρίς το χέρι του καθώς αυτό ήταν το εργαλείο της αποτρόπαιας «κατά

των υπολοίπων γνώμη» πράξης που είχαν διαπράξει. (Laios, K., Tsoukalas, G., Kontaxaki, M. I., Karamanou, M., & Androutsos, G. 2014).

Στην αρχαία Ρώμη η ορολογία της αυτοκτονίας περιλάμβανε τον όρο «εκούσιος θάνατος» (voluntaria mors) και «ρωμαϊκός θάνατος», υποστηρίζει στις μέρες μας την αντίληψη ότι ήταν συχνή στον ρωμαϊκό κόσμο. Οι νομοθέτες της Ρώμης έδωσαν περιορισμένη προσοχή στο θέμα. Τέλος πάντων, οι σκλάβοι που είχαν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν είχαν αυτόματα μικρότερη αγοραία αξία (Garrison, 1883). Οι Ρωμαίοι υποστήριζαν την αυτοκτονία και, ως εκ τούτου, χειροκρότησαν τις γυναίκες που δεν ήθελαν να ζήσουν μετά τον θάνατο του συζύγου τους και εκείνες που αυτοκτονούσαν μετά από βιασμό. (L. Lykouras et al., 2013)

Πρωτοπόρος περί γραφής του θέματος ήταν ο διάσημος Γάλλος φιλόσοφος και κοινωνιολόγος David Emile Durkheim όπου έγραψε το κλασικό φυσικά βιβλίο “Η αυτοκτονία” το 1897 κάτι που αποτελεί ένα ριζοσπαστικό έργο για την κοινωνιολογική επιστήμη. Μέσα σε αυτό μελέτησε και ανέλυσε διάφορους δείκτες αυτοκτονιών αλλά και ισχυρίστηκε ότι οι αιτίες της αυτοκτονίας οφείλονται σε κοινωνικούς παράγοντες καθώς οι κοινωνικοί παράγοντες αποτελούν τον προσδιορισμό της αυτοκτονίας (Μουζάκη Μ., 2014).

Ο Emile Durkheim (1978), επίσης, είχε δώσει τον διάσημο ορισμό για την αυτοκτονία:

«Κάθε περίπτωση θανάτου που προκύπτει άμεσα ή έμμεσα από μια θετική ή αρνητική πράξη του ίδιου του θύματος που γνωρίζει ότι θα επιφέρει το αποτέλεσμα αυτό.»

Το 1929 δημιουργήθηκε ο όρος “Αυτοκτονολογία” από τον διάσημο τότε επιστήμονα Edwin Shneidman το οποίο δημιουργήθηκε ώστε να διερευνηθεί το θέμα της αυτοκτονίας, να υπάρξει πρόληψη και να ευαισθητοποιηθούν οι άνθρωποι σε αυτό το κομμάτι και τα ευάλωτα άτομα να υποστηριχθούν μέσω παροχής βοήθειας. (Μουζάκη Μ., 2014).

Από φιλοσοφικής απόψεως η αυτοκτονία είναι κάτι που συζητήθηκε και ερευνήθηκε πολύ μέσα από τον σκεπτικισμό των φιλοσόφων. Υπήρχε προφανέστατα πλήθος γνώμων και απόψεων περί του θέματος από πολλές προσωπικότητες που μας

επηρεάζουν μέχρι και σήμερα με τα έργα τους. Βέβαια σε αυτό που καταλήγει η σύγχρονη φιλοσοφία κυρίως της δυτικής κοινωνίας είναι ότι το θέμα αυτό προσεγγίζεται μόνο μέσω της ηθικής και έτσι πολλοί την δικαιολογούν καθώς θέτουν ως γνώμονα την αυτονομία και την αυτοβουλία του ατόμου (Παυλίδου Δ., 2014).

Η αυτοκτονία και οι τοποθετήσεις περί της αυτοκτονίας επηρεάστηκαν πολύ από το θρησκευτικό κομμάτι παγκοσμίως καθώς όλες την καταδικάζουν και την κατακρίνουν. Η ορθόδοξη εκκλησία θεωρεί την αυτοκτονία ακόμα και στις μέρες μας ως μεγάλο αμάρτημα καθώς για να συμβεί κάτι τέτοιο το άτομο έχει χάσει τελείως την πίστη και την ελπίδα προς τον θεό (Κοντογιάννης Σ., 2001).

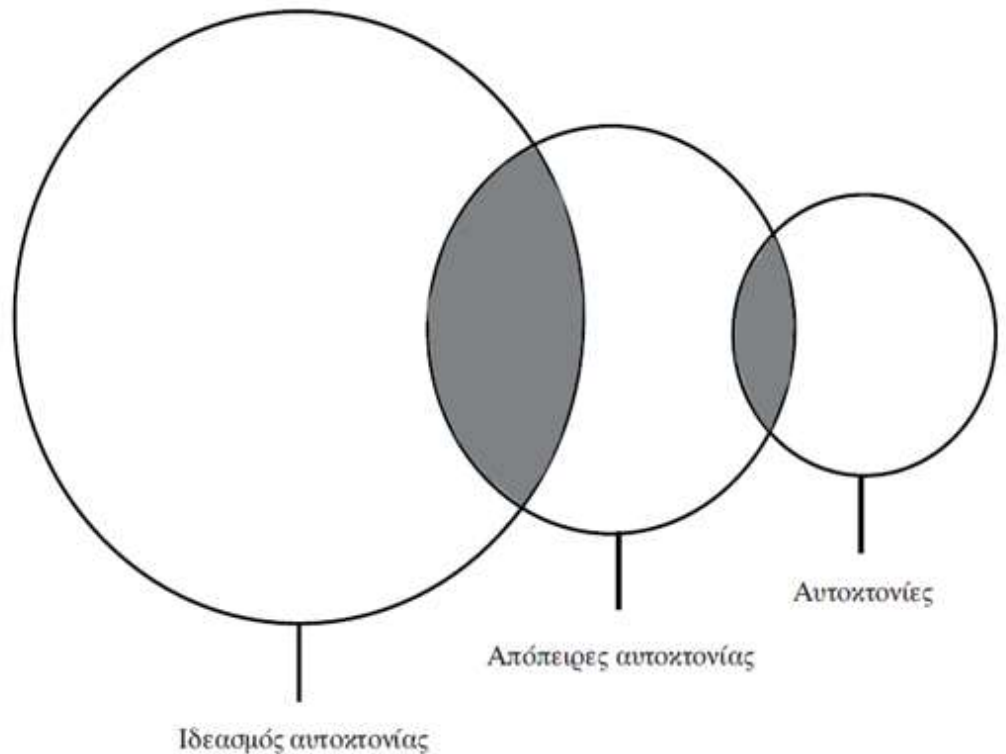
Σε ένα κομμάτι της καινής διαθήκης υπάρχει το εξής απόσπασμα: «Οὐδείς γάρ ἡμῶν ἐαντῶ ζῆ καὶ οὐδείς ἐαυτῶ ἀποθνήσκει. Ἐάν τε γάρ ζῶμεν, τῷ Κυρίῳ ζῶμεν ἐάν τε ἀποθνήσκωμεν, τῷ Κύριῳ ἀποθνήσκωμεν. Ἐάν τε ζῶμεν ἐάν τε ἀποθνήσκωμεν, τοῦ Κυρίου ἐσμέν » (Ρωμ. ιδ', 7 - 8). Οπού σημαίνει: κανείς από μας δεν ζει για τον εαυτό του και κανείς δεν πεθαίνει για τον εαυτό τον, διότι, εάν ζούμε, ζούμε για τον Κύριο, και εάν πεθαίνουμε, πεθαίνουμε για τον Κύριο. Είτε λοιπόν ζούμε είτε πεθαίνουμε ανήκουμε στον Κύριο, στον οποίο ανήκει η ζωή (Κοντογιάννης Σ., 2001).

1.2. Ορίζοντας την έννοια της αυτοκτονικότητας

Ο γενικός όρος “αυτοκτονικότητα” δεν είναι τόσο κλινικά χρήσιμος όσο χρήσιμοι είναι οι όροι ο αυτοκτονικός ιδεασμός, συμπεριφορά, απόπειρες και η αυτοκτονία. Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (APA) δίνει, βέβαια, ένα γενικευμένο ορισμό στον όρο ως “ο κίνδυνος αυτοκτονίας, που συνήθως υποδεικνύεται από αυτοκτονικό ιδεασμό ή πρόθεση, ειδικά όπως φαίνεται από την παρουσία ενός καλά επεξεργασμένου σχεδίου αυτοκτονίας” (APA, <https://dictionary.apa.org/>).

Ένας άλλος ορισμός των Βασίλη Κονταξάκη, Μπέατα Χαβάκη-Κονταξάκη και Λευτέρη Λύκουρα (2013) αναφέρεται στην αυτοκτονικότητα (suicidality) ως ένα «φάσμα» (ή/και «συνεχές») ιδεών και συμπεριφορών που αρχίζει με τον αυτοκτονικό

ιδεασμό προχωρά στον σχεδιασμό της απόπειρας, στη συνέχεια στην απόπειρα αυτοκτονίας, καταλήγοντας στην αυτοκτονία. Ο ιδεασμός αυτοκτονίας είναι σχετικά συχνός, η απόπειρα αυτοκτονίας είναι σπανιότερη και η αυτοκτονία είναι ακόμα σπανιότερη κατάσταση όπως φαίνεται και στο παρακάτω σχήμα.



Εικόνα 1

Οι περιοχές αλληλοκάλυψης αυτών των καταστάσεων περιλαμβάνουν εκείνα τα άτομα που από τον ιδεασμό μεταπίπτουν στην απόπειρα και από την απόπειρα στην αυτοκτονία. Βέβαια, όπως φαίνεται στο σχήμα, ένα μεγάλο μέρος των ατόμων με ιδεασμό αυτοκτονίας δεν προχωρά σε απόπειρα ή πολύ περισσότερο και σε αυτοκτονία. Το ίδιο συμβαίνει και για τη μετάβαση από την απόπειρα στην αυτοκτονία.

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι η «φασματική» διάσταση της αυτοκτονικότητας δεν αποτελεί κανόνα να λειτουργεί ως συνεχές. Έτσι, ένα άτομο μπορεί να οδηγηθεί στην αυτοκτονία χωρίς να έχει προηγηθεί κάποια απόπειρα ή ένα άτομο μπορεί να έχει πραγματοποιήσει απόπειρες, χωρίς εντούτοις να καταλήξει αυτοκτονώντας. (Βασίλης Κονταξάκης, Μπεάτα Χαβάκη-Κονταξάκη, Λευτέρης Λύκουρας, 2013)

Για να εμπεδώσουμε καλύτερα τον όρο είναι επίσης σημαντικό να ορίσουμε τον αυτοκτονικό ιδεασμό, την απόπειρα αυτοκτονίας και την αυτοκτονία.

Σύμφωνα με το C-CASA (Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment) ο **αυτοκτονικός ιδεασμός** (suicidal ideation) ορίζεται ως οι σκέψεις σχετικές με αυτοκτονία που όμως ποικίλλουν όσον αφορά στον σχεδιασμό της αυτοκαταστροφικής πράξης ή και τον βαθμό της αυτοκτονικής πρόθεσης. Στο λεξικό της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας ο αυτοκτονικός ιδεασμός είναι:

“Σκέψεις ή ανησυχία για την αυτοκτονία, συχνά ως σύμπτωμα ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. Οι περισσότερες περιπτώσεις αυτοκτονικού ιδεασμού δεν εξελίσσονται σε απόπειρα αυτοκτονίας.”

Το C-CASA ορίζει την **απόπειρα αυτοκτονίας** ως την αυτοπροκαλούμενη σωματική βλάβη χωρίς θανατηφόρο έκβαση, συνοδευόμενη από ενδείξεις αυτοκτονικής πρόθεσης (Βασίλης Κονταξάκης, Μπέατα Χαβάκη-Κονταξάκη, Λευτέρης Λύκουρας, 2013). Οι απόπειρες αυτοκτονίας αναφέρονται σε συμπεριφορές που έχουν στόχο να προκαλέσουν τον θάνατο, αλλά δεν το επιτυγχάνουν. Οι αυτοκτονίες αφορούν τις συμπεριφορές που έχουν στόχο να προκαλέσουν το θάνατο και όντως το επιτυγχάνουν (Kring A.M., Davison G.C., Neale J.M., Johnson S.L., 2007).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ., 1998) διατυπώνει τον ακόλουθο ορισμό για την **αυτοκτονία**:

«Αυτοκτονία είναι η πράξη αυτοκαταστροφής που πραγματοποιείται με πρωτοβουλία του ατόμου γνωρίζοντας ή προσδοκώντας τη θανατηφόρο της έκβαση».

Η λέξη αυτοκτονία προέρχεται από τις λέξεις (αυτό-)+(-κτονία) υποδηλώνοντας τη πράξη με την οποία κάποιος βάζει ο ίδιος τέρμα στην ζωή του. Η αυτοκτονία είναι μια πράξη απελπισίας ενός ανθρώπου που τη συγκεκριμένη στιγμή τη βλέπει ως τη μόνη λύση και διέξοδο στον αφόρητο ψυχικό πόνο που βιώνει. Είναι κοινό χαρακτηριστικό σε όλες της ανθρώπινες κοινωνίες, σε όλη τη διάρκεια της ιστορικής εξέλιξης του ανθρώπου (Μπελεγγρίνος Σ., Ζάχαρης Θ., Φραδέλος Ε., 2014).

Ένας ενδιαφέρον ορισμός που έχει διατυπωθεί για την αυτοκτονία είναι εκείνος που ορίζει την αυτοκτονία σαν το θάνατο ο οποίος προκαλείται από μια εκούσια ενέργεια του ατόμου εναντίον του ίδιου του εαυτού. Η απόπειρα αυτοκτονίας είναι μια ανώμαλη επικοινωνία και υποδηλώνει την παθολογία της σχέσεως. Η αυτοκτονία είναι η τελική κοινή οδός η οποία ενοποιεί ποικίλους κοινωνικούς, μορφωτικούς, οικογενειακούς, ψυχολογικούς και βιολογικούς παράγοντες και όταν η απόφαση εμπεριέχει κάποια θυσία της ζωής (Durkheim E., 1978).

Αρκετοί μελετητές προσπάθησαν να δώσουν την ερμηνεία της έννοιας αυτοκτονίας ορίζοντας και την πράξη της. Ο Durkheim γνωστός κοινωνιολόγος όρισε την αυτοκτονία ως την *«κάθε περίπτωση θανάτου, που είναι το άμεσο ή έμμεσο αποτέλεσμα μίας πράξης, θετικής ή αρνητικής, που διαπράττει το ίδιο το άτομο γνωρίζοντας το αποτέλεσμα»* (Durkheim E., 1978).

1.3 Η αυτοκαταστροφικότητα και ο αυτοτραυματισμός

Αυτοκαταστροφικότητα

Αυτοκαταστροφικός δεν είναι μόνο ο άνθρωπος που αυτοκτονεί ή που αποπειράται ν' αυτοκτονήσει. Η αυτοκαταστροφικότητα μπορεί να εκδηλωθεί με ένα ευρύ φάσμα σκέψεων, πράξεων και συμπεριφορών που στρέφονται κατά της σωματικής ακεραιότητας και της ζωής του ατόμου που τις πραγματοποιεί (Κατσαδώρος Β.Κ. Μπεκιάρη Η. Ε. (2017)).

Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά αποτελεί ένα πολύπλοκο φαινόμενο της ανθρώπινης υπόστασης με ψυχιατρικές, ψυχολογικές, φιλοσοφικές και κοινωνικές διαστάσεις. Αποτελεί έναν από τις τρεις κύριες αιτίες θανάτων μεταξύ ηλικίας 15-44, χωρίς να συνυπολογίζονται οι απόπειρες θανάτου που είναι 20 φορές πιο συχνές από τις ολοκληρωμένες αυτοκτονίες (WHO, 2018).

Την κοινωνική διάσταση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς σηματοδότησε ο Γάλλος κοινωνιολόγος Durkheim, όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω. Θεωρεί ότι οι απόπειρες αυτοκτονίας και οι αυτοκτονίες, προσδιορίζονται από παραμέτρους κοινωνικό-περιβαλλοντικές και διακρίνει τέσσερις βασικούς τύπους: την εγωιστική την αλτρουιστική, την φαταλιστική και την ανομική (Durkheim, 1897).

Εγωιστική αυτοκτονία

Οι αυτοκτονίες αυτού του τύπου είναι προϊόντα της ανεπαρκούς ενσωμάτωσης. Στις κοινωνίες όπου απαντάται αυτός ο τύπος υπάρχουν αδυνατισμένοι κοινωνικοί δεσμοί λόγω της (υπερβολικής) έμφασης που δίνεται στην ατομική ευημερία/επιτυχία και στα ατομικά συμφέροντα. Οι ανύπαντροι, οι διαζευγμένοι και οι χήροι άνδρες είναι πιο επιρρεπείς στην αυτοκτονία σε σχέση με τους παντρεμένους. Τέλος, στις περιόδους έντονης πολιτικής και στρατιωτικής κινητοποίησης τα ποσοστά αυτοκτονιών είναι μειωμένα (Durkheim, 1897, Μουζάκη Μ., 2014).

Αλτρουιστική αυτοκτονία

Πρόκειται για την περίπτωση της υπερβολικής ενσωμάτωσης. Οι κοινωνίες αυτές δίνουν ελάχιστη σημασία στις ανάγκες των ατόμων σε σχέση με τις συνολικές κοινωνικές ανάγκες. Το άτομο ενδέχεται να προσφερθεί να σκοτωθεί για το «καλό» του κοινωνικού συνόλου, όπως οι καμικάζι της ιαπωνικής αυτοκρατορικής αεροπορίας στον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο ή άλλοι που ζωσμένοι πυρομαχικά, τα εκπυρσοκροτούν μέσα στο πλήθος και γίνονται μάρτυρες για χάρη της θρησκευτικής ή εθνοτικής κοινότητάς τους (Durkheim, 1897, Μουζάκη Μ., 2014).

Φαταλιστική αυτοκτονία

Αυτός ο τύπος αυτοκτονίας αφορά περιπτώσεις υπερβολικής ρύθμισης της ζωής των ατόμων από τους κοινωνικούς θεσμούς. Μοιραία, λέει ο Durkheim, στις υπερβολικά αυταρχικές και καταπιεστικές κοινωνίες, όπου δεν υπάρχουν κοινωνικά κινήματα ικανά να επιφέρουν στοιχειώδεις αλλαγές, θα υπάρξουν άνθρωποι που θα προτιμήσουν να αυτοκτονήσουν παρά να ζήσουν σε τέτοιες κοινωνίες. Τέτοιες είναι π.χ. οι περιπτώσεις των φυλακισμένων που προτιμούν να κρεμαστούν στα κελιά τους παρά να υφίστανται συνεχείς κακοποιήσεις και βασανιστήρια από φύλακες, συγκρατούμενους και ειδικούς βασανιστές (Durkheim, 1897, Μουζάκη Μ., 2014).

Ανομική αυτοκτονία

Ο Durkheim ανέφερε την «ανομική αυτοκτονία» σε περιπτώσεις κατά τις οποίες το άτομο βρίσκεται απρόσμενα σε μια κατάσταση όπου η καθιερωμένη σχέση του με την κοινωνία και τους θεσμούς της «καταρρέει». Η ανεργία, η φτώχεια, η μετανάστευση κ.ά. αποτελούν καταστάσεις που θέτουν εξαιρετικά απότομες αλλαγές στη σχέση του ατόμου με

τις κοινωνικές δομές, δημιουργώντας αποδιοργάνωση, έντονο στρες και πιθανή απώλεια ελέγχου (Durkheim, 1897, Μουζάκη Μ., 2014).

Ο Φρόιντ (1927) υπονόησε την ύπαρξη της έμμεσης αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς (ISDB) στην υπόθεσή του ότι μεταξύ των χαρακτηριστικών του ενστίκτου του θανάτου ήταν ένα μεταβλητό σθένος που εκφράζεται σε κυμαινόμενη δύναμη καθώς ο χρόνος άλλαξε μια κατάσταση. Ήταν ο Καρλ Menninger (1938) που ανέπτυξε την έννοια του ενστίκτου του θανάτου στο έπακρο, συμπεριλαμβανομένου του ISDB, υποθέτοντας μια αλλαγή στην κατάσταση ισορροπίας μεταξύ των αντιτιθέμενων δυνάμεων του ενστίκτου της ζωής και του θανάτου που υπό την επήρεια μοτίβων που περιέχουν ενοχή, επιθετικότητα και ερωτισμό μπορεί να δημιουργήσουν ένα αριθμό αυτοτραυματισμών ή αυτοπεριοριζόμενων συμπεριφορών (Okasha A., 1985).

Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά στον ψυχιατρικό τομέα έχει ως βασικό άξονα την άποψη ότι η αυτοκτονία είναι επακόλουθο ή συνοδό χαρακτηριστικό υποκείμενης ψυχοπαθολογικής κατάστασης του ατόμου και συνήθως της κατάθλιψης. Εκτιμάται ότι περίπου 90% των ατόμων που αυτοκτονούν εμφανίζουν ανοιχτή ψυχική διαταραχή. Για τον κλινικό ψυχίατρο συχνά η αυτοκτονία αντανακλά την αποτυχία της θεραπευτικής παρέμβασης στον ασθενή ή είναι αποτέλεσμα της απουσίας θεραπευτικής αντιμετώπισης του ασθενούς (Κονταξάκης Β., Χαβάκη-Κονταξάκη Μ., Λύκουρας Λ, 2013).

Καταγράφονται, βέβαια, κάποιες αυτοκτονίες που δεν μπορούν να εξηγηθούν με βάση τις κλασικές επιστημονικές προσεγγίσεις, αλλά λαμβάνοντας υπόψη εθιμικές-πολιτισμικές παραμέτρους όπως συμβαίνει με τα χαρακίρι στην Ιαπωνία. Κάποιες αυτοκτονίες επίσης δεν καταγράφονται ποτέ για κοινωνικούς ή/ και θρησκευτικούς λόγους. Έτσι, έχει διατυπωθεί η άποψη ότι τα καταγεγραμμένα στατιστικά στοιχεία των αυτοκτονιών δεν είναι έγκυρα-αξιόπιστα. Έχει εκτιμηθεί ότι για διάφορους λόγους, ένας σημαντικός αριθμός αυτοκτονιών δεν καταγράφεται ως αυτοκτονία (Κονταξάκης Β., Χαβάκη-Κονταξάκη Μ., Λύκουρας Λ, 2013).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) αφού μελέτησε το φαινόμενο διατύπωσε την άποψη ότι οι επίσημες στατιστικές πρέπει να θεωρούνται έγκυρες και ότι, παρά τις επιφυλάξεις, η σειρά αυτοκτονιών των διαφόρων κρατών πρέπει να θεωρείται αξιόπιστη αφού

οι μη καταγεγραμμένες αυτοκτονίες δεν θα πρέπει να διαφοροποιούνται σημαντικά σε σχέση με τις διάφορες χώρες. (Κονταξάκης Β., Χαβάκη-Κονταξάκη Μ., Λύκουρας Λ., 2013)

Σήμερα, για την Ψυχιατρική η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά εξακολουθεί να αποτελεί ένα μεγάλο πρόβλημα. Κανείς δεν μπορεί με βεβαιότητα να υποστηρίξει αν η αυτοκτονία αποτελεί απλώς και μόνο σύμπτωμα υποκείμενης ψυχοπαθολογίας, εκτροπή της συμπεριφοράς ή νοσολογική οντότητα. Το γεγονός των συνεχών αλλαγών στο ταξινομητικό σύστημα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ) όσον αφορά στις αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές αποτελεί απόδειξη αυτής της αβεβαιότητας. Το 1903 όταν κυκλοφόρησε για πρώτη φορά το ταξινομητικό σύστημα νόσων και θανάτων (ICD-I) της ΠΟΥ συμπεριλήφθηκε η αυτοκτονία και από τότε έχουν γίνει αρκετές φορές αλλαγές στην ταξινόμησή της. Η τελευταία φορά που έγινε αλλαγή ήταν το 2018 (ICD-11), όπου η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά συμπεριλαμβάνεται στις “Εξωτερικές αιτίες νοσηρότητας ή θνησιμότητας” και συγκεκριμένα στην κατηγορία του αυτοτραυματισμού στην οποία συμπεριλαμβάνονται και η κατάχρηση ναρκωτικών και αλκοόλ και ο αυτοακρωτηριασμός.

Αυτοτραυματισμός

Ο όρος “αυτοτραυματισμός” χρησιμοποιείται συνήθως για να περιγράψει ένα ευρύ φάσμα συμπεριφορών και προθέσεων, όπως απόπειρα απαγχονισμού, παρορμητική αυτοδηλητηρίαση και επιφανειακή κοπή ως αντίδραση στην ανυπόφορη ένταση (Keren Skegg, 2005).

Ο σκόπιμος αυτοτραυματισμός άρχισε πρόσφατα να λαμβάνει συστηματικότερη προσοχή από κλινικούς ερευνητές. Ωστόσο, παραμένει να υπάρχει μια γενική έλλειψη συναίνεσης ως προς τον τρόπο καθορισμού και μέτρησης αυτής της σημαντικής κλινικής δομής. Δεν υπάρχει ακόμη τυποποιημένο, εμπειρικά επικυρωμένο μέτρο σκόπιμου αυτοτραυματισμού, γεγονός που καθιστά δυσκολότερη την πρόοδο της έρευνας σε αυτόν τον τομέα (Gratz K.,2001).

Η Διεθνής Εταιρεία για τη Μελέτη του Αυτοτραυματισμού ορίζει τον μη αυτοκτονικό αυτοτραυματισμό ως τη σκόπιμη, αυτοπροκαλούμενη βλάβη του σωματικού ιστού χωρίς πρόθεση αυτοκτονίας και για σκοπούς που δεν επικυρώνονται κοινωνικά ή πολιτισμικά. Ο μη αυτοκτονικός αυτοτραυματισμός (NSSI) χρησιμοποιείται συχνά εναλλακτικά με τον

αυτοτραυματισμό, αν και είναι σημαντικό να έχουμε κατά νου ότι ο αυτοτραυματισμός μπορεί να έχει θανατηφόρο και μη θανατηφόρο πρόθεση. Μερικές φορές, η NSSI αναφέρεται επίσης σε εσκεμμένο αυτοτραυματισμό. Ωστόσο, αυτός ο όρος είναι συνήθως πολύ ευρύτερος ως προς το εύρος του και περιλαμβάνει οποιονδήποτε αυτοτραυματισμό, ανεξάρτητα από την πρόθεση. (International Society for the Study of Self-injury, 2018).

Τον όρο «παρα-αυτοκτονία» (parasuicide) πρώτος εισήγαγε ο Kreitman το 1969 και υποδηλεί, κυρίως, την απόπειρα αυτοκτονίας χωρίς αυτοκτονική πρόθεση ή τη λανθάνουσα αυτοκτονία. Ο όρος βέβαια αυτός επέφερε σύγχυση σε σχέση με τον όρο απόπειρα αυτοκτονίας (suicidal attempt) και σήμερα δεν θεωρείται δόκιμος. Ο O'Carroll et al (1996) προτείνει μια πιο απλή κατηγοριοποίηση με τρεις οντότητες: (α) θανατηφόρος αυτοκτονική συμπεριφορά, (β) μη-θανατηφόρος αυτοκτονική συμπεριφορά με σωματική βλάβη και (γ) μη θανατηφόρος αυτοκτονική συμπεριφορά χωρίς σωματική βλάβη (Κονταξάκης Β., Χαβάκη-Κονταξάκη Μ., Λύκουρας Λ., 2013).

1.4 Παράγοντες κινδύνου και μέθοδοι αυτοκτονικότητας

Οι παράγοντες κινδύνου της αυτοκτονικότητας δυστυχώς είναι πολλοί και πολυδιάστατοι, περιλαμβάνονται και εμπλέκονται οι φιλοσοφικοί-υπαρξιακοί, ψυχολογικοί, βιολογικοί, πολιτισμικοί, ενδοψυχικοί, κοινωνιολογικοί, ασυνείδητοι και συνειδητοί και διαπολιτισμικοί παράγοντες.

Παρόλα αυτά θα προσπαθήσουμε να ταξινομήσουμε τους παράγοντες σε πέντε κατηγορίες όπου θα περιλαμβάνουν τις υποκατηγορίες που θα είναι προς ανάπτυξη.

Κοινωνικο-δημογραφικοί και πολιτισμικοί παράγοντες

Μεγάλη επίδραση στην αυτοκτονικότητα έχουν τα κοινωνικο-δημογραφικά και πολιτισμικά στοιχεία του ατόμου που έρχεται σε αυτή την κατάσταση. Εξετάζονται όλα τα στοιχεία όπως το φύλο, η ηλικία, η εποχικότητα, η εργασία, η μετανάστευση, το θρήσκευμα και φυσικά οι οικογενειακοί παράγοντες.

Ως προς το φύλο η αυτοκτονικότητα γέρνει προς την αρσενική πλευρά καθώς οι γυναίκες συχνά ζητούν βοήθεια από κάποιον ειδικό όταν παρουσιαστεί ένα τέτοιο πρόβλημα

ενώ οι άντρες οδεύουν προς την αυτοκτονία χωρίς να έχουν ζητήσει ιδιαίτερη βοήθεια (Μπελεγγρίνος Σ., Ζάχαρης Θ., Φραδέλος Ε., 2014, Κατσαδώρος Β.Κ. Μπεκιάρη Η. Ε. 2017).

Μια σημαντική διαφορά στην αναλογία ανδρών προς γυναίκες έχει αναφερθεί επανειλημμένα στην βιβλιογραφία και στις έρευνες τόσο για τις (μη θανατηφόρες) απόπειρες αυτοκτονίας όσο και για τις θανατηφόρες πράξεις αυτοκτονίας: οι γυναίκες έχουν υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονικού ιδεασμού και συμπεριφοράς από τους άνδρες, ενώ η θνησιμότητα από αυτοκτονία είναι συνήθως υψηλότερη για τους άνδρες απ' ό τι για τις γυναίκες (Canetto και Sakinofsky, 1998, Murphy, 1998, Beautrais, 2002, Henderson et al., 2005). Υπάρχει ένα εντυπωσιακό χάσμα μεταξύ των φύλων στην αυτοκτονική συμπεριφορά, δηλαδή η υπερεκπροσώπηση των γυναικών στη μη θανατηφόρα αυτοκτονική συμπεριφορά και η υπεροχή των ανδρών στην ολοκληρωμένη αυτοκτονία, έχει περιγραφεί προηγουμένως ως το «έμφυλο παράδοξο της αυτοκτονικής συμπεριφοράς» («gender paradox in suicidal behavior») (Canetto and Sakinofsky, 1998). Προφανώς, η έννοια του «φύλου» δεν αναφέρεται μόνο στις βιολογικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων, αλλά και στους κοινωνικούς κανόνες και τις πολιτισμικές προσδοκίες που διαφέρουν μεταξύ των φύλων (Möller-Leimkühler, 2003).

Στις απόπειρες αυτοκτονίας ο αριθμός των γυναικών είναι πολύ υψηλότερος από εκείνων των ανδρών, ενώ στις αυτοκτονίες ο αριθμός των αρρένων είναι υψηλότερος. Στο νεανικό αντίθετα πληθυσμό τα τελευταία 30 χρόνια παρατηρείται μια αύξηση τόσο της αυτοκτονίας, όσο και της απόπειρας αυτοκτονίας μέχρι και 5 φορές μεγαλύτερη. Ο αριθμός αυτοκτονιών των αρρένων εφήβων και νέων είναι τετραπλάσιος σε σχέση με εκείνο των θηλέων. Το θηλυκό φύλο είναι πιο επιρρεπές στις απόπειρες αυτοκτονίας και συνήθως όταν καταλήγουν στην αυτοκτονία χρησιμοποιούν τακτικές όπως κάποιο φαρμακευτικό χάπι ή δηλητηρίαση. Αντιθέτως, οι άντρες χρησιμοποιούν κατά σειρά προτίμησης και σύμφωνα με έρευνα τον απαγχονισμό, πήδημα από μεγάλο ύψος, χρήση όπλου, υπνωτικός δηλητηριασμός κ.α. (Μπελεγγρίνος Σ., Ζάχαρης Θ., Φραδέλος Ε., 2014, Κατσαδώρος Β.Κ. Μπεκιάρη Η. Ε. 2017).

Η ηλικία σχετίζεται με πολλούς παράγοντες. Κατά τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2021), η αυτοκτονία είναι η τρίτη αιτία θανάτου σε πολλές χώρες κατά τις ηλικίες 15-24 ετών με πρώτες αιτίες τα ατυχήματα και τις ανθρωποκτονίες. Οι νεαροί ενήλικες ηλικίας 18 έως 25 ετών διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο για σκέψεις και απόπειρες αυτοκτονίας από άλλες ηλικιακές ομάδες. Ωστόσο, οι ενήλικες ηλικίας 45 έως 64 ετών έχουν υψηλότερα ποσοστά θανάτου από αυτοκτονίες από άλλες ηλικιακές ομάδες. Επιπλέον, το ποσοστό αυτοκτονιών

(δηλαδή το ποσοστό θνησιμότητας από αυτοκτονία) έχει αυξηθεί σημαντικά με την πάροδο των ετών για τα άτομα ηλικίας 45 έως 64 ετών, υψηλότερα από οποιαδήποτε άλλη ηλικιακή ομάδα (Piscopo Kathryn Downey 2017).

Κατά την εφηβική ηλικία η αυτοκτονία είναι συχνά μια παρορμητική πράξη καθώς θέλουν να λάβουν προσοχή από άτομα του περιβάλλοντός τους με αυτή την πράξη ώστε να θορυβηθούν. Αξίζει να σημειωθεί ότι η συχνότητα των αυτοκτονιών αυξάνεται και κατά την μετάβαση από την παιδική στην εφηβική ηλικία (Κατσαδώρος Β.Κ. Μπεκιάρη Η. Ε. (2017)

Η εποχικότητα αποτελεί έναν ακόμη παράγοντα που επηρεάζει την αυτοκτονία. Σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2000-2012 στην Ελλάδα με θέμα την συχνότητα των αυτοκτονιών μας έδειξε ότι οι κύριοι μήνες που παρουσιάζονται οι περισσότερες αυτοκτονίες είναι ο Μάιος και ο Ιούλιος ενώ οι λιγότερες αυτοκτονίες βρέθηκαν κατά τον Φεβρουάριο. Με βάση ημερών η Δευτέρα κατέχει την πρώτη θέση για την συχνότητα της αυτοκτονίας σε ώρες συνήθως 6 με 12 προ μεσημβρίας, ενώ η Κυριακή την τελευταία θέση. Ο λόγος που η Δευτέρα ανήκει σε αυτή τη θέση είναι καθώς είχε προηγηθεί κάποια έντονη συναισθηματική ματαιώση το Σαββατοκύριακο που είχε περάσει. (Τσουβέλας Γ., Γιωτάκος Ο., Κονταξάκης Β., Παπασλάνης, Θ., 2015, Georgios Tsouvelas, Orestis Giotakos, Efthalia Massou, George Konstantakopoulos, 2019)

Η εποχικότητα βάση ερευνητών συνδυάζεται και με βιολογικούς παράγοντες παραδείγματος χάρη μείωση σεροτονίνης και περιβαλλοντολογικούς όπως η γρηγορότερη ανατολή του ηλίου. Παρόλα αυτά σε ημέρες εορτασμών όπως Χριστούγεννα, Πάσχα ή σε κάποια άλλη εθνική εορτή τα κρούσματα των αυτοκτονιών αυξάνονται (Τσουβέλας Γ., Γιωτάκος Ο., Κονταξάκης Β., Παπασλάνης Θ., 2015, Georgios Tsouvelas, Orestis Giotakos, Efthalia Massou, George Konstantakopoulos, 2019).

Η εργασία είναι ένας παράγοντας που ανήκει στο κοινωνικό οικονομικό κομμάτι και επηρεάζει θετικά την ψυχολογική κατάσταση ενός ατόμου. Βέβαια υπάρχει και το ενδεχόμενο του “burnout” όπου είναι αρκετά επικίνδυνο για κάποιους επαγγελματίες όπως γιατροί, ψυχολόγοι, χειρουργοί, δικηγόροι. Σε αυτή την περίπτωση υπάρχει μεγάλη πιθανότητα το άτομο να πάθει κατάθλιψη και να εξουθενωθεί από την εργασία (burnout) (Κατσαδώρος Β.Κ. Μπεκιάρη Η. Ε. 2017).

Ως προς το burnout θα μπορούσαμε να το προσδιορίζουμε ως την εργασιακή εξουθένωση, με σωματικές και συναισθηματικές εξαντλήσεις λόγω παρατεταμένου εργασιακού στρες. Το εργασιακό στρες είναι οι δυσκολίες και οι πιέσεις που αντιμετωπίζει ο επαγγελματίας κατά την διάρκεια της επαγγελματικής του καριέρας. Για όσους έχουν υποστεί burnout η εργασία τους είναι σαν να έχει χάσει το νόημα για εκείνους και έχει απομυθοποιηθεί, αισθάνονται δυσαρεστημένοι και δεν αντλούν καμία ευχαρίστηση από αυτή. Τα άτομα που το εμφανίζουν χρειάζονται μείωση του ωραρίου τους, ξεκούραση, βοήθεια από ψυχολόγο ή ψυχίατρο και προώθηση της επικοινωνίας μεταξύ των ατόμων που δουλεύουν μαζί (Κατσαδώρας Β.Κ. Μπεκιάρη Η. Ε. 2017).

Η ανεργία από την άλλη πλευρά ωθεί το άτομο προς την απελπισία και την αβεβαιότητα για το μέλλον του. Έτσι καταγράφονται περισσότερες αυτοκτονίες σε άτομα που δεν εργάζονται και είναι άνεργοι από όσο σε εργαζομένους. Ωστόσο, η ανεργία συνδυάζεται και με άλλους παράγοντες που ωθούν την αυτοκτονία όπως η φτώχεια, ο κοινωνικός αποκλεισμός και τα οικογενειακά προβλήματα. Όλα αυτά είναι ψυχοπιεστικά γεγονότα μέσα στην ζωή και υπάρχει αρκετός κίνδυνος αυτοκτονικότητας (Madianos, Michael & Alexiou, Tatiana & Patelakis, Athanasios & Economou, Marina. 2014).

Ένας ακόμα παράγοντας κινδύνου είναι η μετανάστευση καθώς η διαδικασία από την στιγμή που παίρνει την απόφαση για μετανάστευση έως και την στιγμή της προσαρμογής του ατόμου στη χώρα υποδοχής που κυρίως συμβαίνει στην Ανατολική Ευρώπη, αποτελεί μια ψυχολογική πίεση και καταπόνηση καθώς συμβαίνουν πολλά οδυνηρά και τραυματικά γεγονότα στην ζωή του ατόμου. Παρόλα αυτά και μετά την προσαρμογή του πιέζεται εσωτερικά καθώς δεν μπορεί να πράξει ελεύθερα όπως έκανε παραδείγματος χάρη σε σχέση με τον θρησκευτικό του προσανατολισμό και τον σεξουαλικό. Λιγότερα είναι τα ποσοστά αυτοκτονίας κατά την εσωτερική μετανάστευση από αγροτική σε αστική περιοχή. (Νηματούδης Αλ., 2011)

Αν και η θρησκεία αναφέρεται ότι προστατεύει την αυτοκτονία (Suicide Prevention Resource Center 2003; Koenig 2009; Perlman, Neufeld et al. 2011), τα εμπειρικά στοιχεία είναι ασυνεπή, με ορισμένες μελέτες να την αναφέρουν προστατευτική (Dervic, Oquendo et al. 2004), άλλοι θεωρούν ότι είναι παράγοντας κινδύνου (Zhao, Yang et al. 2012), και άλλοι αναφέρουν ότι δεν σχετίζεται με τον κίνδυνο αυτοκτονίας (Le, Nguyen et al. 2012). Η σχέση μεταξύ θρησκείας και αυτοκτονίας είναι περίπλοκη επειδή τόσο η θρησκεία όσο και η αυτοκτονία είναι πολύπλοκα κατασκευάσματα. Η θρησκεία έχει πολλές διαστάσεις (σύνδεση,

συμμετοχή, δόγμα) όπως και η αυτοκτονία (ιδεασμός, απόπειρα, ολοκλήρωση). (Lawrence, R. E., Oquendo, M. A., & Stanley, B. 2016).

Η οικογενειακή κατάσταση είναι σύνθετη με θετικούς και αρνητικούς παράγοντες. Άτομα άγαμα, χωρισμένα και με χηρεία έχουν υψηλό ποσοστό σε αυτοκτονικές συμπεριφορές καθώς ζουν μοναχικά και απομονωμένα χωρίς ιδιαίτερες συναναστροφές. Ενώ το άτομο το οποίο είναι παντρεμένο και έχει οικογένεια και παιδιά έχει σαφώς λιγότερο ποσοστό αυτοκτονικότητας καθώς υπάρχει υποστηρικτικότητα. (Νηματούδης Αλ., 2011)

Στους οικογενειακούς παράγοντες εμπίπτει και η κακοποίηση ενός μέλους καθώς υπάρχει μεγάλο ποσοστό κινδύνου αυτοκτονίας σε άτομα που έχουν υποστεί κακοποίηση από την οικογένεια ή τους φροντιστές. Σε περίπτωση οικογενειακού ιστορικού αυτοκτονικότητας αυξάνεται το ποσοστό θανάτου από αυτοκτονία. Η απώλεια ενός γονέα με ανάμειξη και άλλων παραγόντων μπορεί να λειτουργήσει ως παράγοντας αυτοκτονικότητας. (Νηματούδης Αλ., 2011)

Ψυχιατρικοί- κλινικοί παράγοντες

Η δεύτερη κατηγορία παραγόντων είναι οι ψυχιατρικοί και κλινικοί παράγοντες. Κατά τους Simon & Hales (2012) σε πολλές περιπτώσεις αυτοκτονίας πληρούνται διαγνωστικά κριτήρια ψυχικής ασθένειας (Baldessarini R. J. 2019).

Η ψυχική νόσος είναι σημαντικός αν όχι ο σημαντικότερος παράγοντας καθώς σε πολλές μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι το 95% των ατόμων που αυτοκτόνησαν έπασχαν από τουλάχιστον μια ψυχική διαταραχή (Νηματούδης Ι. Αλ.,2011).

Ψυχολογικές αυτοψίες από τα μέσα του προηγούμενου αιώνα και μετά αποκάλυψαν ότι οι περισσότεροι άνθρωποι που πέθαναν από αυτοκτονία υπέφεραν από ψυχικές διαταραχές. Ένας πρόσφατος αριθμός υποδηλώνει ότι αυτός ο αριθμός θα μπορούσε να είναι τουλάχιστον 90% (Brådvik L. 2018).

Αξίζει να ειπωθεί διευκρινιστικά ότι η αυτοκτονία δεν είναι η εκδήλωση κάποιας ψυχικής διαταραχής αλλά τα άτομα με ψυχική ή ψυχικές διαταραχές τείνουν προς την αυτοκτονικότητα.

Σε μια έρευνα αξιολογήθηκαν 6000 ψυχιατρικά ασθενείς που έδειξαν σταδιακή βελτίωση με την πάροδο του χρόνου, υπάρχει κίνδυνος αυτοκτονικότητας περισσότερο σε

άτομα με διπολική διαταραχή τύπου I από άτομα με διπολική διαταραχή τύπου II. Ενδιάμεσα ποσοστά υπήρξαν σε χρόνιες ψυχωτικές διαταραχές και με διαταραχές κατάχρησης πρωτογενούς ουσίας και τέλος τα χαμηλότερα ποσοστά βρέθηκαν στις διαταραχές άγχους. (RJ Baldessarini and L Tondo, unpublished observations, 2019).

Η χρήση ουσιών

Σχεδόν το 40% των ατόμων που αυτοκτονούν έχουν ιστορικό τουλάχιστον μιας εξάρτησης και το 25% αφορούν χρήστες ουσιών και εξαρτημένων από το αλκοόλ. Τα ποσοστά διαφέρουν ανάλογα με τις μελέτες και την χώρα. Τα χαρακτηριστικά της παρόρμησης συνδέονται με την χρήση ουσιών και την αυτοκτονία, παρόλο που δύσκολα αποδεικνύεται ότι η παρορμητικότητα είναι αίτιο της χρήσης ουσιών (χρόνιας). Έτσι, η χρόνια χρήση αυξάνει το ποσοστό της παρορμητικότητας στα άτομα που αυτοκτονούν άρα είναι σε υψηλότερα επίπεδα από τα άτομα που δεν έχουν τέτοιες διαταραχές. Βέβαια η εξάρτηση του αλκοόλ μπορεί να αντιμετωπιστεί με φαρμακευτική θεραπεία.

Αλκοολισμός

Πάνω από τους μισούς εφήβους που έχουν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας έχουν ιστορικό χρήσης αλκοόλ. Τα άτομα που κάνουν βαριά συστηματική χρήση αλκοόλ παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας. Τα στοιχεία μάλιστα δείχνουν ότι και στους άντρες και στις γυναίκες χρήστες αλκοόλ είμαι μια από τις συχνότερες αιτίες θανάτου. Η μακροχρόνια χρήση ουσιών καθιστά την αυτοκτονία πιο πιθανή (Sarman, 2008).

Προηγούμενη απόπειρα αυτοκτονίας

Το ιστορικό απόπειρας είναι ο μεγαλύτερος κίνδυνος για μια μελλοντική απόπειρα αυτοκτονίας. Έρευνες δείχνουν ότι πριν οδηγηθεί ένα άτομο σε θάνατο από αυτοκτονία μεσολαμβάν περίπου 10-30 απόπειρες αυτοκτονία, παρόλα αυτά ένα σημαντικό ποσοστό αυτοκτονιών 30-40% δεν καταγράφονται. Εξίσου το αυτοκτονικό ιστορικό της οικογένειας είναι ιδιαίτερα σημαντικό και αυξημένου κινδύνου για τα υπόλοιπα μέλη.

Σε έρευνες διαπιστώθηκε, ότι το ποσοστό 60% περίπου των ατόμων που αυτοκτόνησαν είχαν προηγουμένως κάνει και κάποια άλλη απόπειρα (Μπελεγγρίνος Σ., Ζάχαρης Θ., Φραδέλος Ε., 2014).

Σωματική νόσος

Κυρίως σε ηλικιωμένα άτομα η σωματική νόσος επιδρά στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Ορισμένες παθήσεις όπως ουροποιητικές, νευρολογικές, μυοσκελετικές και ο καρκίνος είναι ιδιαίτερα επικίνδυνα νοσήματα που σχετίζονται με αυτοκτονικά επεισόδια. Βέβαια σημασία έχει το στάδιο που βρίσκεται το άτομο, αν υπάρχει θεραπεία ή είναι επώδυνο για εκείνον και ο χρόνιος πόνος που επηρεάζουν την απόφαση του ατόμου καθώς όλα αυτά λειτουργούν ως παράγοντες μέσα στην κατηγορία της σωματικής νόσου (Racine M., 2018).

Αγχώδεις διαταραχές

Αρκετά μεγάλο κίνδυνο έχουν ασθενείς με διαταραχή πανικού, η οποία εμφανίζεται με επαναλαμβανόμενες συστηματικά κρίσεις πανικού που οδηγούν τα άτομα στα νοσοκομεία και σε τμήματα επειγόντων με συμπτώματα που υποδύονται σωματική νόσο. Τόσο τα συμπτώματα κατάθλιψης όσο και, σε μικρότερο βαθμό, τα συμπτώματα άγχους συνδέθηκαν έντονα και ανεξάρτητα με τον αυτοκτονικό ιδεασμό και στα δύο φύλα. Σημειωτέον, όσο μεγαλύτερη είναι η επιβάρυνση των συμπτωμάτων, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος αυτοκτονικού ιδεασμού. (Basta et al., 2021. Blasco et al., 2019, Fonceca Pedrero et al., 2018).

Στρεσογόνα γεγονότα

Το άτομο που θέλει και αποφασίζει να αυτοκτονήσει έχει ζήσει κάποια τραυματικά γεγονότα στην ζωή του που τον οδήγησαν σε αυτή του την απόφαση. Μερικά από τα γεγονότα αυτά είναι: προβλήματα διαπροσωπικών σχέσεων όπως συντροφικής σχέσης, οικογένειας, φιλίες, απομόνωση χωρίς κανένα υποστηρικτικό περιβάλλον, απώλειες όπως πένθος ενός κοντινού ατόμου, ανεργία και φόβος ενοχής για κάποια πράξη (Κατσαδώρας Β.Κ. Μπεκιάρη Η. Ε. 2017)

Νευροβιολογικοί παράγοντες

Έχει ερευνηθεί ότι η σχέση νευροδιαβιβαστών του εγκεφάλου (σεροτονίνη ή ντοπαμίνη) και του άξονα υποθάλαμος- υπόφυση- επινεφρίδια συνδέονται με την αυτοκτονία. Ένα από τα κυριότερα ευρήματα είναι η μείωση της σεροτονινεργικής στον εγκέφαλο αυτόχειρων το οποίο σχετίζεται με τις πιο βίαιες θανατηφόρες μεθόδους αυτοκτονίας. Αυτή η

μεταβολή της σεροτονινεργικής δραστηριότητας σχετίζεται με την αυτοκτονία αλλά όχι με κάποια ψυχιατρική διάγνωση (Κατσαδώρας Β.Κ. Μπεκιάρη Η. Ε. (2017)

Επιπλέον τα χαμηλά επίπεδα χοληστερόλης ορού συνδέονται με τον αυτοκτονικό ιδεασμό λόγω μειωμένης σύνθεσης σεροτονίνης στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα.

Μέθοδοι αυτοκτονικής συμπεριφοράς

Σύμφωνα με το δελτίο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας η μέθοδος που θα χρησιμοποιήσει ένα άτομο διαφέρει από χώρα σε χώρα βάση προτύπων και διαθεσιμότητας. Οι κύριες μέθοδοι παγκοσμίως είναι ο απαγχονισμός, η δηλητηρίαση με κάποιο χάπι και το πυροβόλο όπλο ενώ η χρήση ναρκωτικών ουσιών και η πτώση έρχονται σαν εναλλακτικοί μέθοδοι. Με βάση επισκόπησης του φαινομένου μέσα σε 56 χώρες βρέθηκε ότι ο απαγχονισμός είναι η συνηθέστερη μέθοδος στις περισσότερες χώρες με 53% ανδρικές αυτοκτονίες και 39% γυναικείες .

Σε παγκόσμιο επίπεδο το 30% των αυτοκτονιών προκαλείται από κάποιο φυτοφάρμακο. Σε αρκετές, βέβαια, χώρες η υπερβολική δόση αντιστοιχεί στο 60% των γυναικείων αυτοκτονιών και το 30% των ανδρών. Η πτώση από κάποιο ύψωμα αν και δεν αποτελεί κύρια μέθοδο, ωστόσο παρατηρήθηκε ότι σε αστικές κυρίως μικρές κοινωνίες παραδείγματος χάρη Χονγκ Κονγκ, Μάλτα και Λουξεμβούργο είναι αρκετά διαδεδομένος τρόπος αυτοκτονίας.

Σε αντίθεση έρχονται οι αγροτικές χώρες της Λατινικής Αμερικής, οι ασιατικές χώρες και η Πορτογαλία όπου εκεί είναι αρκετά διαδεδομένη η δηλητηρίαση με φυτοφάρμακα ιδίως στις γυναίκες.

Σε πολλές χώρες της Αμερικής αλλά και σε μερικές ευρωπαϊκές οι αυτοκτονίες είναι κυρίως από πυροβόλα όπλα και αυτό συμβαίνει διότι τα όπλα κυκλοφορούν πιο εύκολα και είναι κοινά σε χρήση.

Μια νέα μέθοδος που αυξάνεται με τον καιρό στο Χονγκ Κονγκ, στην Κίνα και στην αστική Ταϊβάν είναι η καύση άνθρακα κάτι που ανησυχεί αρκετά τους ειδικούς για την πρόληψη του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

2.1 Η θεωρητική προσέγγιση της αυτοκτονίας

Η αυτοκτονία είναι ένα παγκόσμιο προβληματικό γεγονός που έχει λάβει ελάχιστη εμπειρική προσοχή. Η ελάχιστη εμπειρική προσοχή μπορεί να συμβαίνει διότι δεν υπάρχει κάποια θεωρητική ανάπτυξη στο θέμα της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. (Order et al., 2010)

Η πιο σημαντική θεωρητική προσέγγιση σχετικά με την αυτοκτονία είναι η Διαπροσωπική θεωρία της αυτοκτονίας που παρουσιάστηκε από τον Joiner (2005) και αργότερα επεκτάθηκε από τον Van Order και τους συναδέλφους του το 2010. Σκοπός της συγκεκριμένης θεωρίας είναι να απαντήσει στο εξής ερώτημα: “για ποιο λόγο οι άνθρωποι συμμετέχουν σε αυτοκτονική συμπεριφορά” (Chu C. et al., 2017).

Κατά την περίοδο που τέθηκε η διαπροσωπική θεωρία έφερε σαν αποτέλεσμα αρκετές εμπειρικές έρευνες για την αιτία του αυτοκτονικού ιδεασμού και την απόπειρα αυτοκτονίας. Διεξήχθησαν έρευνες σε διάφορα δείγματα όπως γιατροί, σεξουαλικές μειονότητες, ηλικιωμένα άτομα, στρατιώτες, φυλακισμένους, προπτυχιακούς καθώς και σε ψυχιατρικούς ασθενείς στις ΗΠΑ, στην Νότια Κορέα και στην Αυστραλία. (Chu C. et al., 2017)

Σύμφωνα λοιπόν με την θεωρία η αυτοκτονική επιθυμία προκαλείται από την παράλληλη παρουσία δύο διαπροσωπικών κατασκευών, την ανεπιτυχής ιδιοκτησία που αντιμετωπίζεται ως μοναξιά, την αντιληπτή επιβάρυνση αλλά και την αποτυχία. Αυτές οι δύο κατασκευές αντιμετωπίζονται ως λανθάνουσες καθώς προκαλούνται από την λανθάνουσα μορφή της ανεπιτυχής ιδιοκτησίας.

Ανεπιτυχής ιδιοκτησία: Οι άνθρωποι έχουν την ανάγκη του ανήκειν, όταν δεν μπορούν να ικανοποιήσουν αυτό το αίσθημα οδηγούνται σε μια σειρά αρνητικών επιπτώσεων για την υγεία. Κατά την διαπροσωπική θεωρία η ιδιοκτησία περιλαμβάνει την μοναξιά και την απουσία της αμοιβαίας φροντίδας. Το προφίλ του ατόμου αυτού αποτελείται από τα εξής: έχει λιγότερους φίλους, ζει μόνος, δεν υπάρχει επικοινωνία με τον οικογενειακό περίγυρο, κοινωνική απόσυρση και οικογενειακή σύγκρουση και συνεπώς να είναι αυξημένοι οι παράγοντες κινδύνου αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Η διαπροσωπική θεωρία υποθέτει πως η ανεπιτυχής ιδιοκτησία είναι δυναμική γνωστική-συναισθηματική κατάσταση και όχι σταθερό

χαρακτηριστικό που επηρεάζεται από ενδοπροσωπικούς και προσωπικούς παράγοντες (Chu C. et al., 2017).

Αντιληπτή επιβάρυνση: Είναι μια πτυχή της κοινωνικής αποσύνθεσης όπου τα άτομα έχουν εσφαλμένο διανοητικό υπολογισμό θεωρώντας ότι ο θάνατός τους αξίζει παραπάνω από τη ζωή τους στα υπόλοιπα μέλη της κοινωνίας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μεταφράζουν λανθασμένα τον εαυτό τους σε συναισθήματα δυσάρεστα. Ο Joiner (2005) περιγράφει αυτό το συναίσθημα ως “να είναι κανείς βάρος”. Άτομα τα οποία έχουν φυλακιστεί ή είναι άνεργα αποτελούν τρανταχτό παράδειγμα των ατόμων που έχουν το αίσθημα ότι “βαραίνουν” με την παρουσία τους τους υπόλοιπους (Chu C. et al., 2017).

Η απελπισία σύμφωνα με την πρόβλεψη της διαπροσωπικής θεωρίας ενισχύει τον κίνδυνο της αυτοκτονίας όσο υπάρχει η αποτυχημένη ιδιοκτησία και αντιληπτή βαρύτητα. Ωστόσο το σημείο της απελπισίας έχει μείνει σε έναν βαθμό παραμελημένο σε εμπειρικές δοκιμές της θεωρίας παρά τη μεγάλη βαρύτητα που έχει (Chu C. et al., 2017).

Σε μια έρευνα του 2016 πραγματοποιήθηκε μια συστηματική ανασκόπηση της διαπροσωπικής θεωρίας. Το βασικό στοιχείο της αναθεώρησης που διεξήχθη ήταν ότι η αμοιβαία επίδραση των δύο κατασκευών, δηλαδή της ανεπιτυχής ιδιοκτησίας (αίσθημα του ανήκειν) και η αντιληπτή επιβάρυνση (όταν αισθάνεται ότι είναι βάρος) έχει σχέση και συνδέεται με τον αυτοκτονικό ιδεασμό προβλέποντας έτσι μελλοντικά σχέδια για απόπειρα αυτοκτονίας που μερικές θα οδηγήσουν στην πραγματική αυτοκτονία (Ma J, Batterham P. J, Calear A. L., Han J., 2016)

Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική προσέγγιση, ο Freud (1920/1990) θεωρεί πως η αυτοκτονία αντιπροσωπεύει την καταπιεσμένη επιθυμία του ατόμου να σκοτώσει ένα χαμένο ερωτικό αντικείμενο, και αποτελεί πράξη εκδίκησης. Αργότερα, ο Hendin (1992) προσδιόρισε έναν αριθμό άλλων ψυχαναλυτικών διεργασιών που είναι δυνατόν να οδηγήσουν στην αυτοκτονία, μεταξύ των οποίων η ιδέα ότι με αυτό τον τρόπο θα επιτευχθεί μια αναγέννηση ή η επανένωση με ένα χαμένο αντικείμενο, καθώς και η αυτοτιμωρία και η εξιλέωση (Bennett P., 2010).

2.2 Η θεωρητική προσέγγιση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς

Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, όπως έχει αναφερθεί και στο προηγούμενο κεφάλαιο, σύμφωνα με το ICD-11, συμπεριλαμβάνεται στις “Εξωτερικές αιτίες νοσηρότητας ή θνησιμότητας” και συγκεκριμένα στην κατηγορία του αυτοτραυματισμού στην οποία συμπεριλαμβάνονται και η κατάχρηση ναρκωτικών και αλκοόλ και ο αυτοακρωτηριασμός. (ICD-11, <https://icd.who.int/en>)

Ο Fairbairn παρέχει μια εκδοχή αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς για τις σχέσεις αντικειμένων, αν και δεν σχετίζεται άμεσα με την αυτοκτονική συμπεριφορά. Πιστεύει ότι όλες οι μορφές εξωτερικής και εσωτερικής κατευθυνόμενης επιθετικότητας προέρχονται από πραγματικές εμπειρίες κατάχρησης και αμέλειας. Ο Fairbairn αναγνωρίζει μια εσωτερική οργάνωση πρόωρων πολύ αρνητικών εμπειριών. Αυτές οι εμπειρίες αποκρυσταλλώνονται σε έναν "εσωτερικό σαμποτέρ". Ο εσωτερικός σαμποτέρ είναι μια εσωτερική στάση μίσους για τον εαυτό και μίσος για τους άλλους που παίρνουν τη μορφή μιας αυταρχικής, χλευαστικής, ταπεινωτικής εσωτερικής φωνής. Αυτές οι εσωτερικές συμπεριφορές ελέγχουν τις συμπεριφορές και τις σχέσεις κάποιου με άλλους και κατευθύνουν τη συμπεριφορά προς την τιμωρία του εαυτού και άλλων, εκδικητικότητα, απόρριψη και πρόκληση. Σύμφωνα με τον Fairbairn , οι πρόωρες αρνητικές εμπειρίες είναι πολύ πιο ισχυρές στον καθορισμό της προσωπικότητας από ότι οι πρόωρες θετικές εμπειρίες. Ένα άτομο με μια αυτοαντιληπτή ιστορία κακοποίησης τείνει να αναπαράγει αυτές τις εμπειρίες κατάχρησης προκειμένου να ανακτήσει την πρώιμη συναισθηματική ή σωματική κακοποίηση. Το κίνητρο για την επανάληψη των πλευρών της καταχρηστικής σχέσης σύμφωνα με τον Fairbairn είναι η ανάγκη για αντοχή των κακών σχέσεων (και των κακών αντικειμένων) αντί να μείνει χωρίς καθόλου σχέσεις (Orbach I, 2007).

Οι αυτοθεωρίες παρέχουν μια διαφορετική εκδοχή της σκόπιμης αυτοκαταστροφής που σχετίζεται με την αυτοκτονία και την συμπεριφορά αυτοτραυματισμού. Η Stolorow ισχυρίζεται ότι η πρόκληση πόνου μπορεί να είναι ένας τρόπος για την αυτοενίσχυση. Παραδόξως, ο μαζοχισμός και οι αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές μπορεί να ενισχύσουν την αυτοεκτίμηση, να ενισχύσουν την αίσθηση της συνέχειας του εαυτού μέσα στο χρόνο, και να παρέχει μια αίσθηση αυτοσυνοχής και ορίων μεταξύ του εαυτού και του μη εαυτού (Orbach I, 2007).

Σε ένα άτομο με ιστορικό φροντίδας που χαρακτηρίζεται από πόνο, τραύμα και σαδομαζοχισμό, η επανάληψη τέτοιων χαρακτηριστικών στην προσωπική του φροντίδα παρέχει μια αίσθηση αυτοσυνέπειας. Ο αυτο-διδωτισμένος αυτοτραυματισμός επιτρέπει επίσης την αίσθηση του ελέγχου και της παντοδυναμίας σε μια κάποτε ανεξέλεγκτη κατάσταση. Συνοψίζοντας, ορισμένες μορφές αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς μπορεί να καταλήξουν σε μία ικανοποιητική εμπειρία όσον αφορά την επίτευξη αυτοενίσχυσης, αυτοοριοίησης, εσωτερικής συνοχής και ελέγχου (Orbach I, 2007).

Παρόμοια θεωρητική αντίληψη όπως αυτές που βλέπουν την αυτοκαταστροφή που δημιουργείται από μία επιθυμία ή μία ανάγκη για αυτο-βελτίωση είναι η ιδέα ότι ο θάνατος δεν είναι μόνο μια απόδραση από αφόρητο πόνο, αλλά προορίζεται επίσης να επιτύχει έναν στόχο ή να εκπληρώσει μία ανάγκη. Αυτός ο στόχος ή η ανάγκη μπορεί να είναι η επανένωση με ένα αγαπημένο πρόσωπο (κάτι που συμβαίνει στη φαντασία του ατόμου), ενισχύοντας την αυτο-αξία ή λαμβάνοντας αγάπη. Ο Shneidman δηλώνει πολύ ξεκάθαρα ότι η ίδια η πράξη της αυτοκτονίας θεωρείται από το αυτοκτονικό άτομο ως συμβολή στην ικανοποίηση μιας συγκεκριμένης ανάγκης. (Orbach I., 2007)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΓΧΟΣ

3.1 Ορισμός άγχους

Στο διαδικτυακό λεξικό του American Psychology Association το άγχος ορίζεται ως: *“Ένα συναίσθημα που χαρακτηρίζεται από φόβο και σωματικά συμπτώματα έντασης στα οποία ένα άτομο αναμένει επικείμενο κίνδυνο, καταστροφή ή ατυχία. Το σώμα κινητοποιείται συχνά για να αντιμετωπίσει την αντιληπτή απειλή: Οι μύες γίνονται τεταμένοι, η αναπνοή είναι ταχύτερη και η καρδιά χτυπάει πιο γρήγορα. Το άγχος μπορεί να διακρίνεται από τον φόβο τόσο εννοιολογικά όσο και φυσιολογικά, αν και οι δύο όροι χρησιμοποιούνται συχνά εναλλακτικά. Το άγχος θεωρείται μια μελλοντοστρεφής, μακροχρόνια αντίδραση που επικεντρώνεται ευρέως σε μια διάχυτη απειλή, ενώ ο φόβος είναι μια κατάλληλη, προσανατολισμένη στο παρόν και βραχύβια απάντηση σε μια σαφώς αναγνωρίσιμη και συγκεκριμένη απειλή.”* (APA Dictionary, <https://dictionary.apa.org/>)

Το άγχος και ο φόβος δεν είναι απαραίτητα “κακά” συναισθήματα αλλά ουσιαστικά, και τα δύο είναι προσαρμοστικά συναισθήματα. Το άγχος είναι προσαρμοστικό διότι μας βοηθά να εντοπίζουμε τις μελλοντικές απειλές και να σχεδιάζουμε πως θα τις αντιμετωπίσουμε. Σε εργαστηριακές έρευνες που πραγματοποιήθηκαν πριν 100 χρόνια και έχουν επαληθευτεί πολλές φορές από τότε, έχει βρεθεί πως το άγχος σε μικρό βαθμό βελτιώνει την επίδοση σε έργα στο εργαστήριο (Yerkes & Dodson, 1908). Σε περιπτώσεις όπου το άγχος είναι υπερβολικό, ωστόσο, η επίδοση, για παράδειγμα σε εξετάσεις, μειώνεται. Ο φόβος, επίσης, είναι προσαρμοστικός καθώς πυροδοτεί πολύ γρήγορες αλλαγές στο συμπαθητικό νευρικό σύστημα, οι οποίες προετοιμάζουν το σώμα για φυγή ή μάχη, καταστάσεις όπου ο φόβος είναι θεμελιώδης. Σε κάποιες αγχώδεις διαταραχές όμως το σύστημα του φόβου μοιάζει να μη λειτουργεί σωστά, καθώς το άτομο βιώνει φόβο σε στιγμές όπου δεν υπάρχει κίνδυνος στο περιβάλλον. Έτσι το άγχος και ο φόβος σε μεγάλο βαθμό παύουν να είναι προσαρμοστικά συναισθήματα και μπορούν να αποβούν καταστροφικά για το άτομο (Kring A. M., Davison G. C., Neale J. M., Johnson S. L., 2010).

Σύμφωνα με το ICD-11 (<https://icd.who.int/en>), οι αγχώδεις διαταραχές και οι διαταραχές που σχετίζονται με τον φόβο χαρακτηρίζονται από υπερβολικό φόβο και άγχος και συναφείς διαταραχές συμπεριφοράς, με συμπτώματα που είναι αρκετά σοβαρά ώστε να οδηγήσουν σε σημαντική δυσφορία ή σημαντική εξασθένηση σε προσωπικούς,

οικογενειακούς, κοινωνικούς, εκπαιδευτικούς, επαγγελματικούς ή άλλους σημαντικούς τομείς λειτουργίας. Παρακάτω θα αναλυθούν οι αγχώδεις διαταραχές, οι οποίες είναι η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή (ΓΑΔ), η κοινωνική αγχώδης διαταραχή, η διαταραχή πανικού, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και η διαταραχή μετατραυματικού στρες.

3.2. Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι οι συχνότερες ψυχιατρικές παθήσεις/ διαταραχές στον γενικό πληθυσμό επηρεάζοντας πιο πολύ το γυναικείο φύλο περίπου διπλάσια ακόμα και τριπλάσια αναλογικά από το ανδρικό φύλο. Σύμφωνα με τον Bennet (2010) *κάθε αγχώδη διαταραχή περιλαμβάνει μια διαφορετική αντίδραση είτε σε μη προσδιορισμένα είτε σε ειδικά αίτια άγχους.*

Στο DSM-IV-TR η γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή ορίζεται ως το συνεχές ή υπερβολικό άγχος ή ανησυχία, που εμφανίζεται τις περισσότερες μέρες του ατόμου για τουλάχιστον έξι μήνες (APA,2000).

Σύμφωνα όμως με την αναθεωρημένη έκδοση του ICD-11 του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας *η γενικευμένη διαταραχή άγχους χαρακτηρίζεται από σημειωμένα συμπτώματα άγχους τα οποία επιμένουν για τουλάχιστον αρκετούς μήνες, τα οποία εμφανίζονται είτε από γενική ανησυχία ή υπερβολική ανησυχία εστιασμένη σε πολλαπλά καθημερινά γεγονότα, τα οποία αφορούν περισσότερο οικογένεια, υγεία, οικονομικά, σχολείο ή δουλειά μαζί με επιπρόσθετα συμπτώματα όπως μυϊκή πίεση, κούραση στην κίνηση , υπερδραστηριότητα, υποκειμενική εμπειρία νευρικότητας, δυσκολία στην συγκέντρωση, οξυθυμία και ενόχληση στον ύπνο . Τα συμπτώματα οδηγούν σε πραγματική δυσφορία, βλάβη σε προσωπικό, οικογενειακό, κοινωνικό, εκπαιδευτικό, επαγγελματικό ή άλλο είδος λειτουργικότητας. Τα συμπτώματα δεν είναι εξωτερίκευση κάποιας άλλης συνθήκης υγείας και δεν οφείλονται στην επιρροή κάποιας ουσίας η φαρμάκου στο κεντρικό νευρικό σύστημα. (ICD-11, <https://icd.who.int/en>)*

Τα άτομα με ΓΑΔ συνήθως φοβούνται και ανησυχούν για μικρά και καθημερινά προβλήματα της ζωής που απασχολούν κάθε άτομο χωρίς όμως να επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την λειτουργικότητα του. Αισθάνονται ότι δεν μπορούν πλέον να διαχειριστούν την ανησυχία τους. Η συννοσηρότητα του άγχους και της ανησυχίας ή τα σωματικά συμπτώματα προκαλούν μια μεγάλη δυσφορία στο άτομο με αποτέλεσμα την έκπτωση της

λειτουργικότητας όπως αναφέραμε και παραπάνω. Τα ποσοστά εμφάνισης της συγκεκριμένης διαταραχής είναι υψηλότερα σε γυναίκες, μεσήλικες, άτομα που είναι απομακρυσμένα από το οικογενειακό περιβάλλον και ζούνε μόνοι και σε άτομα με χαμηλό οικονομικό εισόδημα (Showraki, M., Showraki, T., & Brown, K. 2020, Hidalgo, R. B., & Sheehan, D. V. 2012, Μάνου Ν., 1997).

3.2.1 Αιτιολογία

Σύμφωνα με τον Μάνου Ν.(1997) η αιτιολογία της Γενικευμένης Αγχώδης Διαταραχής περιστρέφεται από ψυχολογικούς και βιολογικούς παράγοντες κινδύνου. Οι ψυχολογικοί παράγοντες σχετίζονται με τις ψυχολογικές θεωρίες για το άγχος και την διαταραχή πανικού ακολουθώντας την ψυχαναλυτική θεωρία του Freud. Σε αυτή τη θεωρία, λοιπόν, ο Freud ισχυρίζεται ότι το άγχος θεωρείται ως απάντηση του “εγώ” σε απαγορευμένες και σε ασυνείδητες ενορμήσεις που συγκρούονται με το “εγώ” το “υπερεγώ” ή ακόμα και με την πραγματικότητα.

Η Chorpita & Barlow (1998) μετά από έρευνα βρήκαν ότι η υπερπροστασία, η πειθαρχία, η υπερβολική τιμωρία του παιδιού και τα επικριτικά σχόλια που δέχεται από τους γονείς του το κάνει πιο επιρρεπή στην εμφάνιση υψηλών επιπέδων άγχους στην υπόλοιπη ζωή του ακόμα και όταν δεν θα υπάρχει ο γονεϊκός έλεγχος το άτομο θα νιώθει ότι δεν μπορεί να ελέγξει τις ενορμήσεις του “εκείνου” και θα παρουσιάσει ανεπιθύμητες ενέργειες.

Στους βιολογικούς παράγοντες διάφορα συστήματα νευροδιαβιβαστών έχουν πάρει την ευθύνη για την διαταραχή, μερικά από αυτά τα συστήματα είναι το νοραδρενεργικό μαζί με το σεροτονινεργικό τα οποία ρυθμίζουν σύμφωνα με τον Gray (1983) το “*σύστημα αναστολής της συμπεριφοράς*” και το GABA (υποδοχείς γ-αμινοβουτυρικού οξέος) του οποίου τα χαμηλά επίπεδα φέρουν σαν αποτέλεσμα υψηλά επίπεδα ενεργοποιημένων νευρικών οδών προκαλώντας τάση φυγής και μάχη σε στιγμές έντονου στρες.

Οι γενετικοί παράγοντες μετά από έρευνες φαίνεται να μην επηρεάζουν σε αρκετά μεγάλο βαθμό τον κίνδυνο εμφάνισης της διαταραχής.

Σύμφωνα με την ανθρωπιστική προσέγγιση η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή αρχίζει να αναπτύσσεται όταν το άτομο δυσκολεύεται και αδυνατεί να αποδεχτεί και να αγαπήσει τον εαυτό του, το αποτέλεσμα του φαινομένου είναι το άτομο να βιώνει ένα ακραίο άγχος προκαλώντας την μη πραγμάτωση του δυναμικού ως ανθρώπινου. Η άρνηση του εαυτού

σύμφωνα με τον Roger (1961) απορρέει από την παιδική του ηλικία σε σχέση με την πειθαρχία που είχε (Showraki, M., Showraki, T., & Brown, K. 2020, Hidalgo, R. B., & Sheehan, D. V. 2012, Borza L. 2017).

3.2.2 Συμπτωματολογία

Το άτομο με ΓΑΔ έχει ορισμένα συμπτώματα που είναι χαρακτηριστικά της όπως η νευρικότητα, εύκολη κόπωση, δυσκολία συγκέντρωσης, ευερεθιστότητα, μυϊκή τάση (συσπάσεις, πόνοι, ευαισθησία) και διαταραχή του ύπνου (δυσκολεύεται να κοιμηθεί ή δεν ξεκουράζεται επαρκώς κάνοντας ανήσυχο ύπνο). (Μάνου, 1997, Διαγνωστικά Κριτήρια DSM-IV)

Υπάρχουν και κάποια συνοδά συμπτώματα σε πολλά άτομα με αυτή τη διαταραχή όπως κρύα υγρά χέρια, ξηροστομία, εφίδρωση σε όλο το σώμα, αίσθημα ναυτίας, κόμπος στον λαιμό και αύξηση της ξαφνικής αντίδρασης (ευκολία τρόμου). Για τους ενήλικές χρειάζονται μόνο 3 από όλα αυτά τα συμπτώματα για να υπάρξει σύνδεση με το άγχος ενώ για τα παιδιά μόνο ένα σύμπτωμα. (Μάνου Ν., 1997)

3.2.3 Επιδημιολογία

Η Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή είναι ίσως η πιο συχνή σχετικά από τις υπόλοιπες αγχώδεις διαταραχές. Είναι συχνότερη στις γυναίκες από ότι στους άνδρες με αναλογία 2:1 (δυο γυναίκες- ένας άντρας). Λίγα άτομα με ΓΑΔ επισκέπτονται ειδικούς ψυχικής υγείας οι περισσότεροι αναζητούν την αιτία και την θεραπεία σε παθολόγους, καρδιολόγους και πνευμονολόγους. Η διαταραχή αυτή είναι σχετικά ήπια σε σύγκριση με την κατάθλιψη και την διαταραχή πανικού όμως μειώνει αρκετά την λειτουργικότητα του ατόμου και χρήζει βοήθεια. Μελέτες έδειξαν ότι περίπου το 6% θα εμφανίσει κάποια στιγμή στη ζωή τους αυτή τη διαταραχή (Showraki, M., Showraki, T., & Brown, K. 2020, Hidalgo, R. B., & Sheehan, D. V. 2012, Μάνος Ν., 1997).

3.2.4 Θεραπεία

Η συμπεριφοριστική θεραπεία περιλαμβάνει την έκθεση του ατόμου σε καταστάσεις που του προκαλούν φόβο σε σταδιακή εξέλιξη, ξεκινώντας με καταστάσεις οι οποίες δεν είναι τόσο φοβογόνες για το άτομο. Σε κάθε διαδικασία το άτομο προσπαθεί όσο μπορεί και με τους χρόνους του να υπομείνει στην παρουσία του στρεσογόνου παράγοντα που τον επηρεάζει μέχρι να μην έχει πλέον το αίσθημα του άγχους. Έτσι, το άτομο δεν μπορεί να αντιδράσει όπως

συνήθιζε και αποτρέπεται από την αντίδραση της διαφυγής (Bennett P. 2010, Kring et al, 2010, Borza L., 2017).

Παρόλο που αυτή η τεχνική έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στην θεραπεία μερικών αγχώδων διαταραχών δεν μπόρεσε να φανεί χρήσιμη και στην γενικευμένη καθώς οι καταστάσεις που φοβούνται τα άτομα είναι αρκετά διαχυτικές.

Η γνωσιακή αναδόμηση έχει αποδειχθεί σχετικά αποτελεσματική καθώς προσπαθεί να εντοπίσει τις σκέψεις (γνωσίες) που προκαλούν το άγχος αλλά και να αμφισβητήσει τις λανθασμένες πεποιθήσεις του ατόμου. Το άτομο μέσα από αυτή τη τεχνική εκπαιδεύεται στη χαλάρωση του σώματος και στον έλεγχο της αναπνοής σε στιγμές κρίσης άγχους, μέσα από ένα δομημένο πρόγραμμα εκμάθησης. (Μάνος Ν., 1997, Borza L., 2017).

Πολλά άτομα με ΓΑΔ προσπαθούν να εμποδίσουν νοητικά τις αρνητικές ή καταστροφικές σκέψεις ή ακόμα και να αποτρέψουν την προσοχή τους από αυτές με αποτέλεσμα να συνεχίζουν να ανησυχούν σε μακροπρόθεσμη βάση μη ξεπερνώντας την διαταραχή.

3.3 Κοινωνική αγχώδης διαταραχή

Σύμφωνα με το ICD-11 κοινωνική αγχώδης διαταραχή χαρακτηρίζεται από έντονο και υπερβολικό φόβο ή άγχος που εμφανίζεται με συνέπεια σε μία ή περισσότερες κοινωνικές καταστάσεις, όπως κοινωνικές αλληλεπιδράσεις (π.χ. συνομιλία), κάνοντας κάτι ενώ αισθάνεται ότι παρατηρείται (π.χ. τρώγοντας ή πίνοντας υπό την παρουσία άλλων) ή εκτελώντας κάτι μπροστά σε άλλους (π.χ. ομιλία). Το άτομο ανησυχεί ότι θα ενεργήσει κατά κάποιο τρόπο, ή θα δείξει συμπτώματα άγχους, τα οποία θα αξιολογηθούν αρνητικά από άλλους.

Οι σχετικές κοινωνικές καταστάσεις αποφεύγονται με συνέπεια ή αλλιώς υφίστανται έντονο φόβο ή άγχος. Τα συμπτώματα παραμένουν για τουλάχιστον αρκετούς μήνες και είναι αρκετά σοβαρά για να οδηγήσουν σε σημαντική δυσφορία ή σημαντική βλάβη σε προσωπικούς, οικογενειακούς, κοινωνικούς, εκπαιδευτικούς, επαγγελματικούς ή άλλους σημαντικούς τομείς λειτουργίας (ICD-11, <https://icd.who.int/en>).

Το βασικό χαρακτηριστικό του είναι ο επίμονος φόβος της ταπείνωσης και της αμηχανίας σε κοινωνικές συνευρέσεις όπου το άτομο χρειάζεται να είναι εκτεθειμένος

μπροστά σε κόσμο. Ο φόβος αυξάνεται καθώς το άτομο ξεκινάει να έχει την αίσθηση της έκθεσης στον κόσμο νιώθοντας ότι τον παρατηρούν, τον κριτικάρουν και του ασκούν εξουχιστικό έλεγχο σε κάθε τι που κάνει, ο φόβος είναι ιδιαίτερα εμφανής όταν τα άτομα είναι άγνωστα (Μάνος Ν., 1997).

Ένα παράδειγμα είναι ένα άτομο που έχει ιδιαίτερη φοβία στο να κάνει μια τοποθέτηση ή πιο γενικά μια συζήτηση, η ανησυχία του είναι μήπως οι υπόλοιποι καταλάβουν το άγχος του βλέποντας το τρέμουλο που έχει δημιουργηθεί στα χέρια του και στην φωνή του, έχει την αίσθηση ότι με αυτά τα συμπτώματα που έχουν προκύψει ότι θα λιποθυμήσει και ότι θα πανικοβληθεί (Μάνος Ν., 1997).

Σημαντικό είναι να πούμε ότι εάν το άτομο έχει φόβο για το μεγαλύτερο ποσοστό καταστάσεων που αφορούν την κοινωνική διαντίδραση και την εκτέλεση έργου, τότε η κοινωνική αγχώδης διαταραχή προσδιορίζεται ως Γενικευμένη.

3.3.1 Αιτιολογία

Δυστυχώς δεν υπάρχει ακόμα κάποιο μοντέλο που να περιλαμβάνει εξ ολοκλήρου τους παράγοντες αιτιολογίας και την διατήρηση του κοινωνικού άγχους. Παρόλα αυτά υπάρχει σημαντική πρόοδος. Πιθανότατα οφείλεται από μια πολύπλοκη αλληλεπίδραση βιολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων (Μάνος Ν., 1997).

Σε βιολογικό επίπεδο προκύπτει ότι πολλά μέρη του εγκεφάλου εμπλέκονται στον φόβο και το άγχος. Μια δομή του εγκεφάλου ονομαζόμενη αμυγδαλή (uh-MIG-duh-luh) ίσως σχετίζεται με τον έλεγχο της απόκρισης του φόβου. Άτομα με υπερδραστήρια αμυγδαλή υπάρχει μεγάλη περίπτωση να έχουν αυξημένη απόκριση φόβου προκαλώντας έντονο και αυξανόμενο άγχος σε κοινωνικές καταστάσεις (Μάνος Ν., 1997).

Σε οικογενειακό επίπεδο βλέπουμε ότι οι διαταραχές άγχους εμφανίζονται σε οικογένειες, κάποια μέλη μπορεί να έχουν κοινωνικό άγχος και τα υπόλοιπα όχι. Δεν είναι σαφές το κατά πόσο οφείλονται σε γενετική συμπεριφορά και πόσα στη μαθημένη. Ορισμένοι ερευνητές θεωρούν ότι η εσφαλμένη ανάγνωση συμπεριφορά των άλλων ατόμων μπορεί να παίζει καθοριστικό ρόλο στην πρόκληση του κοινωνικού άγχους ακόμα και στην επιδείνωση του (Μάνος Ν., 1997).

3.3.2 Συμπτωματολογία

Το άτομο υποφέρει από έντονο και επίμονο φόβο για κοινωνικές καταστάσεις και καταστάσεις που περιέχουν την επιτέλεση έργου μπροστά σε άλλους ανθρώπους κυρίως αγνώστα και μη οικεία άτομα που μπορεί να τον κρίνουν ή να υπερισχύουν εξουσιαστικά σε εκείνον. Το άτομο αντιλαμβάνεται το έντονο και τις περισσότερες φορές υπερβολικό άγχος, αλλά νιώθει ότι είναι πέρα από τις δυνάμεις του να το ελέγξει (Μάνος Ν., 1997).

Το αποτέλεσμα των σκέψεων και των συμπτωμάτων αυτών είναι είτε να αποφεύγει τέτοιες φοβογόνες και αγχογόνες κοινωνικές καταστάσεις με συνέπεια την απομόνωση είτε να τις υπομένει με συνέπεια την έκπτωση της λειτουργικότητας του σε σημαντικούς τομείς της ζωής του.

Μερικά έντονα χαρακτηριστικά της διαταραχής κοινωνικού άγχους είναι όταν το άτομο ιδρώνει έντονα, τρέμει, κατά την διάρκεια του έντονου άγχους, νιώθει ταχυπαλμία, ναυτία, αδυνατεί να κοιτάξει κατάματα τον οποιοδήποτε, νιώθει περίεργα να γνωρίζει καινούρια άτομα, φοβάται ότι οι υπόλοιποι θα τον κρίνουν και αποστασιοποιείται (Μάνος Ν. 1997).

3.3.3 Επιδημιολογία

Η διαταραχή κοινωνικής φοβίας φαίνεται να είναι συχνότερη στις γυναίκες. Στο κλινικό πληθυσμό αντιθέτως φαίνεται η διαταραχή να είναι συχνότερη στους άντρες.

Σύμφωνα με τον Μάνο Ν. (1997) ο επιπολασμός ζωής της κοινωνικής φοβίας στον γενικό πληθυσμό κυμαίνεται ανάλογα με τις μελέτες από 3% έως 13%. Σε κλινικούς πληθυσμούς η συχνότητα της Κοινωνικής Φοβίας είναι το 10% ως το 20% των Αγχωδών Διαταραχών.

3.3.4 Θεραπεία

Κατά τον Μάνο (1997) στην θεραπεία της κοινωνικής φοβίας αρχικά θα πρέπει να υπάρξει ένα υποστηρικτικό ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο αισιοδοξίας, συμπαράστασης και αγωνιστικότητας. Σύμφωνα με το πλαίσιο της υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας, που ανυψώνει το ηθικό και την αυτοεκτίμηση του ατόμου, εφαρμόζεται κατόπιν η ψυχο(θεραπεία)συμπεριφοράς η οποία είναι θεραπεία εκλογής για τις φοβίες με συνδυασμό ή όχι φαρμακευτικής αγωγής.

Η θεραπεία συμπεριφοράς μπορεί να υποστηριχθεί από τεχνικές της γνωσιακής θεραπείας, προσπαθώντας να ρυθμίσουν τις δυσλειτουργικές σκέψεις του φοβικού ασθενή για τους φόβους αποτυχίας, ταπείνωσης και αμηχανίας.

Η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να φανεί χρήσιμη για ορισμένους φοβικούς ασθενείς και προτιμάτε να γίνεται και να συνυπάρχει με την υποστηρικτική συμπεριφορική (γνωσιακή) ψυχοθεραπεία. Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά φαίνεται να μην είναι τόσο αποτελεσματικά στην Κοινωνική Φοβία. Άτομα με αυτή τη διαταραχή συνήθως είναι υπερευαίσθητα στις παρενέργειες των αντικαταθλιπτικών καθώς υπάρχει μεγάλη πιθανότητα ανάπτυξης ανησυχίας, ευερεθιστότητα ή ακόμα και αϋπνία.

Μετά την λήψη της φαρμακευτικής αγωγής φαίνεται τα άτομα να τείνουν στον υποτροπιασμό ειδικά αν δεν έχουν δουλέψει τις φοβίες τους (Μάνος Ν. 1997)

3.4 Διαταραχή πανικού

Η διαταραχή πανικού συνιστάται σε επαναλαμβανόμενες, απροσδόκητες προσβολές πανικού (ή άγχους) που συνοδεύονται για έναν τουλάχιστον μήνα από επίμονη ανησυχία για τις συνέπειες μιας νέας προσβολής και για τις συνέπειές της (π.χ. ότι το άτομο θα πεθάνει ή θα τρελαθεί) ή από σημαντικές αλλαγές στη συμπεριφορά του ατόμου οι οποίες σχετίζονται με τις προσβολές αυτές (π.χ. ότι το άτομο αποφεύγει μέρη όπου είχε υποστεί μια προσβολή πανικού) (Black D. W., Andreasen N. C., 2011).

Παρόμοιο ορισμό για την διαταραχή πανικού έχει δοθεί και στο ICD-11 του Π.Ο.Υ.:

“Η διαταραχή πανικού χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενες απρόσμενες κρίσεις πανικού που δεν περιορίζονται σε συγκεκριμένα ερεθίσματα ή καταστάσεις. Οι κρίσεις πανικού είναι διακριτά επεισόδια έντονου φόβου ή φόβου που συνοδεύονται από την ταχεία και ταυτόχρονη εμφάνιση διαφόρων χαρακτηριστικών συμπτωμάτων. Επιπλέον, η διαταραχή πανικού χαρακτηρίζεται από επίμονη ανησυχία σχετικά με την επανάληψη ή τη σημασία των κρίσεων πανικού ή συμπεριφορές που αποσκοπούν στην αποφυγή της επανάληψής τους, που έχει ως αποτέλεσμα σημαντική βλάβη σε προσωπικούς, οικογενειακούς, κοινωνικούς, εκπαιδευτικούς, επαγγελματικούς ή άλλους σημαντικούς τομείς λειτουργίας. Τα συμπτώματα δεν

αποτελούν εκδήλωση άλλης ιατρικής κατάστασης και δεν οφείλονται στις επιδράσεις μιας ουσίας ή φαρμάκου στο κεντρικό νευρικό σύστημα.” (ICD-11, <https://icd.who.int/en>).

Η προσβολή πανικού μπορεί, επίσης, να κατανοηθεί ως δυσλειτουργία του συστήματος του φόβου. Στο επίπεδο της φυσιολογίας το άτομο βιώνει διέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, μία αντίδραση που είναι δόκιμη σε περίπτωση άμεσης απειλής κατά της ζωής του. Επειδή τα συμπτώματα είναι ανεξήγητα, το άτομο προσπαθεί να αποδώσει κάποιο νόημα στο βίωμά του. Εάν αρχίσει να σκέφτεται ότι πεθαίνει, ότι χάνει τον έλεγχο ή ότι τρελαίνεται, είναι πιθανό να αισθανθεί ακόμη πιο έντονο φόβο. Το 90% των ατόμων με διαταραχή πανικού αναφέρει ότι πιστεύει ότι πεθαίνει, τρελαίνεται ή χάνει τον έλεγχο, όταν εμφανίζονται οι προσβολές πανικού (Black D. W., Andreasen N. C., 2011).

3.4.1 Αιτιολογία

Στην αιτιολογία της διαταραχής πανικού θα σταθούμε στους βιολογικούς, κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες.

Το κεντρικό στοιχείο της αντίδρασης πανικού είναι τα υψηλά επίπεδα σωματικής διέγερσης τα οποία πυροδοτούνται από την δραστηριότητα του υποθαλάμου και διαμεσολαβούνται από το συμπαθητικό νευρικό σύστημα. Η αντίδραση αυτή προκαλείται κυρίως από τη νορεπινεφρίνη ως νευροδιαβιβαστή και ως ορμόνη και σε μικρότερη έκταση από την επινεφρίνη. (Black D. W., Andreasen N. C., 2011, Bennett, 2010).

Κατά τον P. Bennett (2010), σχετικά με τους κοινωνικούς παράγοντες, τα υψηλά επίπεδα κοινωνικού στρες αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης της διαταραχής πανικού. Τα άτομα σε χηρεία, τα διαζευγμένα ή αυτά που βρίσκονται σε διάσταση, καθώς και οι κάτοικοι αστικών κέντρων εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά διαταραχής πανικού. Επίσης, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, η απώλεια των γονέων σε μικρή ηλικία, η σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση (Ballenger, 2000) αποτελούν κίνδυνο εμφάνισης της διαταραχής.

Στους ψυχολογικούς παράγοντες, οι ψυχαναλυτικές και ανθρωπιστικές θεωρίες δεν διακρίνουν την διαταραχή πανικού με την γενικευμένη αγχώδη διαταραχή. Τα εμπειρικά δεδομένα τα οποία υποστηρίζουν τις δύο αυτές ερμηνείες είναι περιορισμένα, καθώς πολλοί άνθρωποι με διαταραχή πανικού θυμούνται ότι οι γονείς τους ανησυχούσαν υπερβολικά γι' αυτούς και ήταν υπερπροστατευτικοί (Parker, 1981).

Το μοντέλο του Clark (1986) άσκησε την μεγαλύτερη επίδραση που προσδιόρισε τρεις παράγοντες που πυροδοτούν τις κρίσεις πανικού:

- Γνωσίες που σχετίζονται με τον φόβο συνδέονται με συγκεκριμένα ερεθίσματα ή καταστάσεις.
- Υψηλά επίπεδα σωματικής διέγερσης που συνδέονται με διαφορετικές συναισθηματικές καταστάσεις.
- Άλλα γεγονότα που μπορεί να οδηγήσουν σε σωματικές ενοχλήσεις.

3.4.2 Συμπτωματολογία

Παραπάνω, στον ορισμό της διαταραχής πανικού έχουν αναφερθεί μερικά συμπτώματα όπως είναι η προσβολή πανικού (έντονη ανησυχία, τρόμος και αισθήματα επικείμενου θανάτου). Αυτή η προσβολή συνοδεύεται, επίσης, από συμπτώματα όπως είναι η εργώδης αναπνοή, η αίσθηση ότι η καρδιά “πάει να σπάσει”, η ναυτία, ο πόνος στο στήθος, αισθήματα πνιγμονής και ασφυξίας, η ζάλη και η εφίδρωση. Άλλα συμπτώματα που μπορεί να εμφανιστούν κατά τη διάρκεια μιας προσβολής πανικού είναι η αποπροσωποποίηση (η αίσθηση ότι βρίσκεται κανείς έξω από το σώμα του), η αποπραγματοποίηση (η αίσθηση ότι ο κόσμος δεν είναι πραγματικός) και ο φόβος ότι το άτομο θα χάσει τον έλεγχο, θα τρελαθεί ή ακόμη και θα πεθάνει. Τα άτομα συχνά αναφέρουν ότι βιώνουν έντονα την ανάγκη να φύγουν από την κατάσταση στην οποία βρίσκονται, όταν προκύπτει η προσβολή πανικού. Τα συμπτώματα τείνουν να εμφανίζονται πολύ γρήγορα και η έντασή τους κορυφώνεται μέσα σε 10 λεπτά. (Black D. W., Andreasen N. C., 2011, Bennett, 2010).

3.4.3 Επιδημιολογία

Ο Κάρολος Δαρβίνος ήταν ένας από τους πρώτους επιστήμονες που περιέγραψε μια κρίση πανικού: τη δική του. Το φαινόμενο δεν είναι ασυνήθιστο (σχεδόν το ένα τέταρτο του γενικού πληθυσμού θα βιώσει κάποια στιγμή μια κρίση πανικού αναπάντεχα). Αλλά ο αριθμός των ατόμων που πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της κρίσης πανικού είναι πολύ μικρότερος. Περίπου το 2% του γενικού πληθυσμού θα εκδηλώσει επαναλαμβανόμενες κρίσεις οι οποίες θα λάβουν διάγνωση της κρίσης πανικού (Wittchen & Essau, 1993).

3.4.4 Θεραπεία

Μερικά από τα πιο πετυχημένα θεραπευτικά προγράμματα για τη διαταραχή πανικού βασίστηκαν στο αιτιολογικό μοντέλο του Clark. Ο ίδιος ο Clark και οι συνεργάτες του (1994), για παράδειγμα, ανέπτυξαν μία θεραπευτική προσέγγιση δύο φάσεων. Στην πρώτη φάση τα άτομα διδάσκονται το γνωσιακό μοντέλο του πανικού. Η δεύτερη φάση περιλαμβάνει τρία στοιχεία:

- Χαλάρωση για τη μείωση της φυσιολογικής διέγερσης σε στιγμές στρες.
- Γνωσιακές διεργασίες για την αλλαγή των γνωσιών που γεννούν πανικό.
- Συμπεριφοριστικές διαδικασίες για τον έλεγχο των συμπτωμάτων του πανικού.

Είναι χαρακτηριστικό ότι μετά τη λήξη της θεραπείας ποσοστό μεγαλύτερο του 80% έδειχνε να έχει απαλλαγεί από τις κρίσεις πανικού με αυτή την προσέγγιση έναντι του 12% των ατόμων της ομάδας ελέγχου, στην οποία δεν εφαρμόστηκε καμία θεραπεία.

Τόσο οι βενζοδιαζεπίνες όσο και τα SSRI έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά στη θεραπεία της διαταραχής πανικού, τουλάχιστον βραχυπρόθεσμα, παρόλο που οι προσπάθειες συνδυασμού των φαρμάκων αυτών για την επίτευξη επιπρόσθετων οφελών υπήρξαν απογοητευτικές (Seedat & Stein, 2004). Μία τουλάχιστον μελέτη έχει δείξει ότι η θεραπεία με φάρμακα είναι πιο αποτελεσματική από τη γνωσιακή θεραπεία μέσα στα ίδια χρονικά όρια. Οι Bakker και συνεργάτες (1999) αναφέρουν μία μελέτη που συνέκρινε τη σχετική αποτελεσματικότητα ενός SSRI (παροξετίνη) ενός τρικυκλικού (κλομιπραμίνη) και της γνωσιακής θεραπείας στην αντιμετώπιση της διαταραχής πανικού. Η παροξετίνη αποδείχτηκε πιο αποτελεσματική από τη γνωσιακή θεραπεία κατά τη διάρκεια των 12 εβδομάδων της περιόδου παρέμβασης. Παρόλο που το παραπάνω αποτέλεσμα είναι αξιοσημείωτο, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι αυτά τα θεραπευτικά οφέλη επιτεύχθηκαν όσο γινόταν χρήση του φαρμάκου. Το πρόβλημα με τη φαρμακευτική θεραπεία είναι η συχνή υποτροπή μετά τη διακοπή της. Έχουν αναφερθεί ποσοστά υποτροπής από 50% έως 60% μέχρι τη διακοπή βενζοδιαζεπινών και από 20% έως 50% μετά τη διακοπή των τρικυκλικών και το SSRI (Spiegel et al., 1994).

Βλέποντας τα πιθανά βραχυπρόθεσμα οφέλη της φαρμακευτικής θεραπείας και τα μακροπρόθεσμα οφέλη της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας, ορισμένοι κλινικοί θέλησαν να διερευνήσουν την αποτελεσματικότητα που θα είχε ένας συνδυασμός των δύο αυτών προσεγγίσεων. Τα αποτελέσματα αυτών των μελετών αποδείχθηκαν σε γενικές γραμμές απογοητευτικά, αφού ο συνδυασμός των προσεγγίσεων δεν απέφερε τα αναμενόμενα οφέλη. Οι Barlow και συνεργάτες (2000), για παράδειγμα, έξι μήνες μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης διαπίστωσαν σημαντικά οφέλη στο 32% των ατόμων που είχαν παρακολουθήσει γνωσιακή θεραπεία, στο 20% των ατόμων που είχαν λάβει ιμιπραμίνη, και στο 26% εκείνων που είχαν υποβληθεί σε συνδυασμό φαρμακευτικής και ψυχολογικής θεραπείας.

3.5 Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή

Ο ορισμός που έχει δοθεί για την ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή από το ICD-11 είναι ο εξής: *“Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή χαρακτηρίζεται από την παρουσία επισήμων εμμονών η καταναγκασμών, η συνήθως και τα δύο. Οι εμμονές είναι επαναλαμβανόμενες και επίμονες σκέψεις, εικόνες, ή παρορμήσεις/ παροτρύνσεις που είναι ενοχλητικές, ανεπιθύμητες και συνηθέστερα συσχετισμένες με το άγχος. το άτομο προσπαθεί να αγνοήσει είναι καταστείλει τις μόνες ή να τις εξουδετερώσει εκτελώντας υποχρεώσεις. Οι καταναγκασμοί είναι οι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, συμπεριλαμβανομένων των επαναλαμβανόμενων ψυχικών πράξεων που το άτομο αισθάνεται αποφασισμένο να ανταποκριθεί σε μία εμμονή, σύμφωνα με άκαμπτους κανόνες ή για να επιτύχει μία αίσθηση πληρότητας. Για να διαγνωστεί η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, οι μόνες και οι καταναγκασμοί πρέπει να είναι χρονοβόρες (περισσότερο από μία ώρα την ημέρα) ή να οδηγήσει σε σημαντική δυσφορία η σημαντική εξασθένιση σε προσωπικούς, οικογενειακούς, κοινωνικούς, εκπαιδευτικούς, επαγγελματικούς, ή άλλους σημαντικούς τομείς λειτουργίας.”* (ICD-11, <https://icd.who.int/en>).

Τυπικά συνδέεται με σκέψεις του ατόμου ότι αν δεν εκτέλεση συγκεκριμένες πράξεις ή λειτουργίες θα γίνει κάτι κακό. Το αποτέλεσμα της εκτέλεσης αυτής της πράξης είναι η μείωση του άγχους του ατόμου. Το DSM-IV-TR ορίζει τις ιδεοληψίες και τους ψυχαναγκασμούς ως εξής:

Ιδεοληψίες: αφορούν τις επαναλαμβανόμενες και επίμονες σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες οι οποίες βιώνονται ως παρείσακτες και ακατάλληλες που προκαλούν έντονο άγχος ή ενόχληση στο άτομο.

Ψυχαναγκασμοί ορίζονται ως οι συνεχόμενες συμπεριφορές τις οποίες το άτομο αισθάνεται ότι πρέπει αναγκαστικά να τις εκτελέσει ως αντίδραση σε μια ιδεοληψία ή ως συμμόρφωση με κανόνες που πρέπει να εφαρμοστούν αυστηρά. (Μάνος 1997, Bennett 2010).

Ο Rachman (2003) προσδιόριζε τις πιο συνηθισμένες ιδεοληψίες οι οποίες αφορούν τις:

- Επιθετικές πράξεις, όταν το άτομο δηλαδή θα βλάψει την οικογένεια ή τα παιδιά του.
- Σεξουαλικές πράξεις, ο φόβος για ακατάλληλες πράξεις ή χειρονομίες ή και εικόνες σεξουαλικής συνεύρεσης με ακατάλληλους ανθρώπους.
- Βλάσφημες πράξεις, φόβος του ατόμου ότι θα κάνει ιερόσυλες χειρονομίες σε ιερό μέρος.

3.5.1 Αιτιολογία

Τα αίτια της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής είναι μεικτά. Μερικές έρευνες έδειξαν ότι σημαντικό ρόλο έχουν και τα γονίδια, τα οποία σε συνδυασμό με κάποια πάθηση ή ακόμα και το άγχος επιτρέπουν την εκδήλωση των συμπτωμάτων της νόσου.

Σε πρόσφατες βιβλιογραφίες κύριο ρόλο έχουν διάφοροι νευροβιολογικοί παράγοντες και ψυχολογικοί. Παρατηρήθηκε μάλιστα ότι οι νοσούντες από ΙΨΔ έχουν διαφορετική εγκεφαλική δραστηριότητα από τα άτομα που δεν πάσχουν από αυτή τη διαταραχή.

Βασική διαφορά παρουσιάζεται στο τμήμα του εγκεφάλου που συνδέεται με την αντίληψη του φόβου και του κινδύνου.

Έρευνες έδειξαν ότι και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες έχουν επίδραση στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Το άτομο που έχει γενετική προδιάθεση στη ΙΨΔ αντιδρά εντονότερα σε περιβαλλοντικούς και αγχογόνους παράγοντες.

Μελέτες τόνισαν ότι ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων που δεν έχουν διαγνωστεί με ΙΨΔ έχουν παρόμοιες σκέψεις και συμπεριφορές με τα ήδη διαγνωσμένα άτομα (Μάνος 1997, Bennett 2010).

3.5.2 Συμπτωματολογία

Τα άτομα με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή προσπαθούν συνεχώς να αποτρέψουν και να απομακρύνουν τις σκέψεις από το μυαλό τους, με σκοπό να μην υποκινήσουν στους καταναγκασμούς που τους διακατέχουν. Μερικά άτομα καταφέρνουν να ελέγξουν τα συμπτώματα όμως η αντίσταση που κρατάει το άτομο διαφοροποιείται καθώς σημαντικό ρόλο έχει η βαρύτητα της νόσου. (Μάνος 1997, Bennett 2010).

Το άτομο πολλές φορές όμως αν και αντιστέκεται, στο τέλος ενδίδει στους ψυχαναγκασμούς μη μπορώντας να το αποτρέψει.

Η διαταραχή αυτή μπορεί αρκετά χρόνια με τα συμπτώματα να βρίσκονται σε ύφεση χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι παύουν να υπάρχουν.

Θα πρέπει να σημειώσουμε ότι είναι φυσιολογικό ένα άτομο να παρουσιάζει περιστασιακές ανησυχίες για κάποια σοβαρά προβλήματα όπως για παράδειγμα τα οικογενειακά ή τα οικονομικά. Η επαναλαμβανόμενη ανησυχία δεν σημαίνει ότι είναι αποκλειστικά ΙΨΔ .

3.5.3 Επιδημιολογία

Η εκδήλωση της Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής εμφανίζεται πριν την ηλικία των 30 ετών, όμως μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία ακόμα και την παιδική.

Έχει διαπιστωθεί ότι πολλά από τα άτομα που πάσχουν από ΙΨΔ τείνουν να κρατούν κρυφά τα συμπτώματα της νόσου από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον όπως και τα παιδιά ή έφηβοι συχνά είναι μυστικοπαθείς μη καταλαβαίνοντας ότι αυτή η στάση είναι επιβλαβής για εκείνα καθώς αποκλίνουν από την θεραπεία. Οι εκτιμήσεις για την έκταση της διαταραχής κυμαίνονται από 1,1% έως 3%. (Mcakay, Taylor & Abramowitz,2010).

Η ΙΨΔ θεωρείται ως η τέταρτη πιο συχνή ψυχική νόσος (Σκαπινάκης, 2013). Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι πάνω από εκατό χιλιάδες άτομα πάσχουν από ΙΨΔ. Φαίνεται ότι οι γυναίκες πάσχουν λίγο περισσότερο σε σχέση με τους άνδρες. (Σκαπινάκης, 2013).

3.5.4 Θεραπεία

Κατά τους Gilbert and All (2000) η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή είναι συνδεδεμένη με το νευρομεταβιβαστή σεροτονίνη. Τα πρώτα φάρμακα που κυκλοφόρησαν κατά της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής μείωναν την ένταση των ιδεοληψιών και των ψυχαναγκασμών καθώς η σεροτονίνη επηρεαζόταν με αποτέλεσμα η λειτουργία του εγκεφάλου να πραγματοποιείται σωστά.

Σύμφωνα με τον Οικονόμου η φαρμακοθεραπεία παρουσιάζει ποσοστά επιτυχίας στα 55% έως 65% (2013). Έχει αποδειχθεί ότι η χρήση φαρμάκων μερικές φορές έχει πιθανότητα υποτροπής του ασθενούς ακόμα και με εμφάνιση μη αποδεκτών παρενεργειών. Αυτό συμβαίνει διότι το άτομο έχει συνδέσει την αντιμετώπιση της ασθένειας του μόνο με την βοήθεια των φαρμάκων καθώς συνδέει την βελτίωση της με αυτά. Αυτό μας κάνει να καταλαβαίνουμε ότι με τη διακοπή της αγωγής το άτομο θα υποτροπιάσει και δεν θα είναι σε θέση να μπορέσει να διαχειριστεί την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή σε περίπτωση που τα συμπτώματα ξαναέρθουν στο φως. (Μάνος 1997, Bennett 2010).

Υπάρχει περίπτωση σε αρκετές περιπτώσεις το άτομο να καταφύγει σε αυξανόμενη δόση (Οικονόμου, 2013). Οι επικριτές της φαρμακοθεραπείας πιστεύουν ότι ο εγκέφαλος του ατόμου μπορεί να διδαχθεί σε δικούς του μηχανισμούς θεραπείας και να καλυτερέψει χωρίς την επήρεια φαρμάκων.

Από την άλλη πλευρά με τη χρήση της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας που βασίζεται στην μάθηση και στις αλλαγές της συμπεριφοράς του εγκεφάλου, το άτομο μπορεί να παρουσιάσει σημαντική βελτίωση. Αντί το άτομο να χρησιμοποιήσει φαρμακευτική παρέμβαση τείνει να ξεκινήσει ψυχοθεραπείες. Υπάρχουν πολλά είδη ψυχοθεραπείας που στόχο έχουν όλες την επίλυση των προβλημάτων. Ο θεραπευτής χρησιμοποιεί τεχνικές οι οποίες βασίζονται στο λόγο και στην επικοινωνία με το άτομο με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (Σκαπινάκης 2013).

Η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία βασίζεται στη θεωρία του Freud (Steketee, 2012) οπού σύμφωνα με εκείνον η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή είναι μία νεύρωση ενοχής όπου το υπερεγώ στρέφεται ενάντια στις φαντασιώσεις που προέρχονται από ενορμήσεις και συναισθήματα που τοποθετούνται στο οιδιπόδειο σύμπλεγμα.

3.6 Διαταραχή μετατραυματικού στρες

Παρόλο που στο ICD-11 η Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες δεν συμπεριλαμβάνεται στις αγχώδεις διαταραχές, κρίναμε σημαντικό να το αναλύσουμε μιας και είναι αρκετά συχνή.

Κατά το ICD-11 ο ορισμός για την Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες είναι ο εξής:

Η Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (PTSD) μπορεί να αναπτυχθεί μετά από έκθεση σε ένα εξαιρετικά απειλητικό ή τρομακτικό συμβάν ή σειρά συμβάντων. Χαρακτηρίζεται από όλα τα ακόλουθα: 1) την επανεμφάνιση του τραυματικού γεγονότος ή των γεγονότων στο παρόν με τη μορφή ζωντανών ενοχλητικών αναμνήσεων, αναδρομών, ή εφιάλτων. Η επανεμφάνιση μπορεί να συμβεί μέσω μιας ή πολλαπλών αισθητηριακών τρόπων και συνήθως συνοδεύεται από έντονα ή συντριπτικά συναισθήματα, ιδιαίτερα από φόβο ή τρόμο, και ισχυρές φυσικές αισθήσεις. 2) αποφυγή σκέψεων και αναμνήσεων του συμβάντος ή των γεγονότων, ή αποφυγή δραστηριοτήτων, καταστάσεων ή ανθρώπων που θυμίζουν το συμβάν (ή τα συμβάντα) · και 3) επίμονες αντιλήψεις σχετικά με την αυξημένη τρέχουσα απειλή, για παράδειγμα όπως υποδεικνύεται από την υπερεπαγρύπνηση ή από μια ενισχυμένη τρομακτική αντίδραση σε ερεθίσματα όπως απρόσμενους θορύβους. Τα συμπτώματα παραμένουν για τουλάχιστον μερικές εβδομάδες και προκαλούν σημαντική εξασθένιση σε προσωπικούς, οικογενειακούς, κοινωνικούς, εκπαιδευτικούς, επαγγελματικούς ή άλλους σημαντικούς τομείς λειτουργίας. (ICD-11, <https://icd.who.int/en>).

Διακρίνονται δύο κλινικές μορφές της διαταραχής: η οξεία, αν η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι μικρότερη των 3 μηνών και η χρόνια, αν τα συμπτώματα διαρκούν για περισσότερο από 3 μήνες. ένας ακόμη προσδιορισμός χρησιμοποιείται, για να προσδιορίσει την καθυστερημένη ή όχι έναρξη της διαταραχής. Έτσι, αν η έναρξη της διαταραχής εμφανιστεί σε χρονικό διάστημα πέραν των 6 μηνών μετά το ψυχοπιεστικό γεγονός, τότε τίθεται ο προσδιορισμός “με καθυστερημένη έναρξη”. (Black D. W., Andreasen N. C., 2011).

3.6.1 Αιτιολογία

Η κύρια αιτιολογία που οδηγεί στην εκδήλωση της διαταραχής είναι ένα ψυχοτραυματικό γεγονός, το οποίο εξ ορισμού πρέπει να είναι ικανής βαρύτητας και εντός των συνήθων ανθρώπινων εμπειριών. Η απώλεια εργασίας ή ο θάνατος αγαπημένου προσώπου δεν

αποτελούν γεγονότα που μπορούν να προκαλέσουν διαταραχή μετατραυματικού στρες. Αντιθέτως σε εμπόλεμες συνθήκες, για παράδειγμα, με συγκεκριμένες εμπειρίες (μαρτυρία θανάτου ενός φίλου ή μαρτυρία σε βασανιστήρια) έχουν συνδεθεί με την ανάπτυξη της διαταραχής. Όσο βαρύτερο είναι το τραύμα τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος να αναπτυχθεί η διαταραχή. (Black D. W., Andreasen N. C., 2011).

Η ηλικία του ατόμου, το ιστορικό συναισθηματικής διαταραχής το επίπεδο της κοινωνικής υποστήριξης και η εγγύτητα του ψυχοπιεστικού παράγοντα αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν την πιθανότητα ανάπτυξης της διαταραχής. Για παράδειγμα, το 80% των μικρών παιδιών που υπέστησαν εγκαύματα εκδηλώνουν συμπτώματα της διαταραχής μετατραυματικού στρες 1-2 χρόνια μετά το έγκαυμα ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στους ενήλικους ανέρχεται στο 20%. (Black D. W., Andreasen N. C., 2011, Bennett, 2010).

Σε βιολογικό επίπεδο, κατά τον P. Bennett (2010), τα συστήματα του εγκεφάλου που ενοχοποιούνται για την διαταραχή μετατραυματικού στρες θεωρείται ότι είναι αυτά που εμπλέκονται στα συναισθήματα και στη μνήμη και συγκεκριμένα η αμυγδαλή και ο ιππόκαμπος. Ο ιππόκαμπος ευθύνεται για την αποθήκευση και την ανάκτηση των μνημών και συνδέεται με την αμυγδαλή η οποία έχει συσχετιστεί με τη δημιουργία της εξαρτημένης αντίδρασης φόβου. Ο ιππόκαμπος και η αμυγδαλή ενεργοποιούνται είτε για την παγίωση των μνημών του γεγονότος και των σχετιζόμενων με αυτό συναισθημάτων είτε για την ανάκλησή τους.

3.6.2 Συμπτωματολογία

Μακροπρόθεσμα το άτομο πρέπει να έχει βιώσει τρεις ομάδες συμπτωμάτων που διαρκούν ένα μήνα ή περισσότερο: (Black D. W., Andreasen N. C., 2011, Bennett, 2010).

- Παρεισφρέουσες αναμνήσεις. Το τραυματικό γεγονός αναβιώνεται μέσα από ενοχλητικές σκέψεις, επαναβιώσεις ή εφιάλτες. Η αναβίωση μπορεί να είναι εσκεμμένη καθώς το άτομο "μηρυκάζει" το τραυματικό γεγονός. Μπορεί επίσης να ξεπηδούν στο μυαλό του απρόκλητες εικόνες με τη μορφή επαναβιώσεων. Οι εικόνες αυτές μοιάζουν συχνά τόσα πραγματικές όσο και το ίδιο το γεγονός, αλλά μπορεί να είναι αποσπασματικές ή ελλιπείς. Τα συναισθήματα και οι αισθήσεις που σχετίζονται με το

τραυματικό γεγονός μπορεί να επαναβιώνονται με την ίδια ένταση με την οποία είχαν βιώθει και τη χρονική στιγμή του συμβάντος. Το άτομο περιγράφει συνήθως αυτές τις εικόνες σαν μία "ταινία" του γεγονότος. Στην αρχή νιώθει σαν να βρίσκεται "μέσα" στην ταινία και στη συνέχεια σαν να την παρακολουθεί ως θεατής. Αυτό σημαίνει ότι νιώθει στην κυριολεξία πιο αποστασιοποιημένος από το τραυματικό γεγονός.

- Αποφυγή. Το άτομο υιοθετεί δραστηριότητες ή συμπεριφορές για να αποφύγει όλα αυτά που του θυμίζουν το τραυματικό γεγονός. Μπορεί να επιστρατεύει νοητικούς μηχανισμούς άμυνας όπως η αδυναμία ανάκλησης κάποιων τμημάτων του τραυματικού γεγονότος, το συναισθηματικό μούδιασμα ή η αποξένωση από τους άλλους καθώς και η φυσική αποφυγή αυτών που του θυμίζουν το τραυματικό γεγονός.
- Διέγερση. Το άτομο διακατέχεται από επίμονο αίσθημα υπερδιέγερσης το οποίο μπορεί να εκφράζεται με ευερεθιστότητα, εκδήλωση αντίδρασης αιφνιδιασμού, υπερεπαγρύπνηση, αϋπνία ή δυσκολία συγκέντρωσης.

3.6.3 Επιδημιολογία

Η πιο συχνή αίτια πρόκλησης της διαταραχής μετά από τραυματικό στρες είναι τα τροχαία ατυχήματα: σχεδόν το 20% των ατόμων που εμπλέκονται σε τέτοια ατυχήματα αναπτύσσει σε κάποιο βαθμό τη διαταραχή (Ehlers et al., 1998). Στο γενικό πληθυσμό περίπου 1% των ανδρών και 2% των γυναικών θα εμφανίσουν κάποια στιγμή διαταραχή μετά από τραυματικό στρες (Perkonig et al., 2000). Τα ποσοστά επικράτησης είναι πολύ υψηλότερα στις ομάδες που έρχονται συχνά αντιμέτωπες με τραυματικά γεγονότα. Έχει βρεθεί, για παράδειγμα, ποσοστό επικράτησης 22% στο προσωπικό των ασθενοφόρων (Bennett et al., 2005), ενώ το ποσοστό στους βετεράνους του πολέμου του Βιετνάμ ήταν 30% για τους άντρες και 27% για τις γυναίκες (Kulka et al., 1990).

3.6.4 Θεραπεία

Όσον αφορά τις φαρμακευτικές παρεμβάσεις, στη θεραπεία της διαταραχής μετά από τραυματικό στρες έχουν χρησιμοποιηθεί ποικίλοι τύποι φαρμάκων, όλοι με κάποιο αποτέλεσμα, συμπεριλαμβανομένων όλων των κατηγοριών αντικαταθλιπτικών: των αναστολέων της μονοαμινοξειδάσης MAOI), των αναστολέων επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI) και των τρικυκλικών. (Black D. W., Andreasen N. C., 2011).

Μία τεχνική που χρησιμοποιείται συχνά για την θεραπεία της διαταραχής μετά από τραυματικό στρες είναι αυτή της έκθεσης. Με την τεχνική αυτή, το άτομο τελικά θα ωφεληθεί από την επανέκθεση του στις αναμνήσεις του γεγονότος και στα συνδεδεμένα με αυτό συναισθήματα. Το μοντέλο εξαρτημένης μάθησης υποστηρίζει ότι η δυσφορία μειώνεται καθώς το άτομο εξοικειώνεται σταδιακά με τη συναισθηματική του αντίδραση σε αυτές τις μνήμες. (Bennett, 2010).

ΚΕΦΆΛΑΙΟ 4: ΚΟΙΝΩΝΙΚΉ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ- ΚΟΙΝΩΝΙΚΆ ΔΙΚΤΥΑ

4.1 Προσδιορισμός κοινωνικού δικτύου

Ο Χτούρης (2004) ορίζει ως κοινωνικά δίκτυα τα «πολυδιάστατα συστήματα επικοινωνίας και διαμόρφωσης της ανθρώπινης πρακτικής και της κοινωνικής ταυτότητας». Οι Walker, MacBride και Vachon (1977), όρισαν ως κοινωνικό δίκτυο το άθροισμα των προσωπικών επαφών μέσω των οποίων το άτομο διατηρεί την κοινωνική του ταυτότητα, λαμβάνει συναισθηματική υποστήριξη, υλική ενίσχυση και συμμετοχή στις υπηρεσίες, έχει πρόσβαση στις πληροφορίες και δημιουργεί νέες κοινωνικές επαφές. Τα κοινωνικά δίκτυα συνήθως αποτελούνται από τα μέλη της οικογένειας, τους φίλους και τους γνωστούς και περιλαμβάνουν τρεις κρίσιμες έννοιες: α) το μέγεθος ή το εύρος, το οποίο αναφέρεται στον αριθμό των ατόμων που συμμετέχουν στο δίκτυο β) τη σύνθεση, δηλαδή το ποσοστό συμμετοχής των μελών της ευρύτερης οικογένειας ή φίλων στο δίκτυο και γ) τη συχνότητα, που δηλώνει το πόσο συχνά τα μέλη ενός κοινωνικού δικτύου αλληλεπιδρούν μεταξύ τους (Χτούρης, Παπάνης, Ρόντος, 2004). Ένα κοινωνικό δίκτυο είναι επομένως μια κοινωνική δομή που αποτελείται από άτομα τα οποία συνδέονται ή δεσμεύονται μεταξύ τους με έναν ή περισσότερους συγκεκριμένους τύπους αλληλεξάρτησης όπως η φιλία, η συγγένεια, τα κοινά ενδιαφέροντα, οι οικονομικές συναλλαγές.

Η ύπαρξη δικτύου και προγραμμάτων κοινωνικής προστασίας έχει αποδειχθεί ότι συμβάλλει στη συρρίκνωση των κοινωνικών ανισοτήτων και την καθιέρωση ενός κοινωνικού consensus το οποίο σχετίζεται άμεσα με το επίπεδο υγείας του πληθυσμού (Berkman, 2000).

4.2 Ορισμός κοινωνικής υποστήριξης

Η κοινωνική υποστήριξη (Social support), τα τελευταία χρόνια έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον πολλών επιστημονικών κλάδων όπως η κοινωνική εργασία, η ψυχολογία, η κοινωνιολογία, η νοσηλευτική, η ιατρική και η δημόσια υγεία, καθώς σύμφωνα με τη βιβλιογραφία οι διάφορες μορφές της και κυρίως η συναισθηματική, σχετίζεται θετικά με τη σωματική και ψυχική υγεία (Uchino 2009).

Η κοινωνική υποστήριξη αναφέρεται στην εμπειρία ενός που εκτιμάται, σέβεται, νοιάζεται και αγαπιέται από άλλους που είναι παρόντες στη ζωή του (Gurung, 2006). Μπορεί να προέρχεται από διαφορετικές πηγές, όπως οικογένεια, φίλοι, δάσκαλοι, κοινότητες ή οποιεσδήποτε κοινωνικές ομάδες στις οποίες είναι συνδεδεμένος. Η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να έχει τη μορφή απτής βοήθειας που παρέχεται από άλλους όταν χρειάζεται, που περιλαμβάνει την αξιολόγηση διαφορετικών καταστάσεων, αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης και συναισθηματικής υποστήριξης. Η κοινωνική υποστήριξη είναι ένα στοιχείο που μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να μειώσουν το άγχος που βιώνουν όπως επίσης μπορεί να βοηθήσει το άτομο να αντιμετωπίσει καλύτερα στρεσογόνες καταστάσεις. Αρκετές μελέτες έδειξαν ότι υποστηρικτικές επαφές συσχετίζονται αρνητικά με συμπτώματα και ψυχολογικές διαταραχές, όπως άγχος, κατάθλιψη και άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, και συσχετίζονται θετικά με τη σωματική και ψυχική υγεία. Μια μελέτη των Nahid & Sarkis (1994) για παράδειγμα διαπίστωσε ότι η κοινωνική υποστήριξη προστατεύει τους ανθρώπους σε κρίση ζωής, όπως πένθος, ασθένεια και άλλο σοβαρό στρες και μετριάζει την επίδραση των στρεσογόνων παραγόντων στην ψυχολογική ευεξία.

Η κοινωνική υποστήριξη βρέθηκε ως ένας από τους σημαντικότερους προστατευτικούς παράγοντες για μαθητές / φοιτητές (Tao, Dong, Pratt, Hunsberger, & Pancer, 2000).

Αυτό συμβαίνει επειδή η κοινωνική υποστήριξη περιλαμβάνει κοινωνικούς πόρους που τα άτομα τα εκλαμβάνουν ως διαθέσιμους ή ότι στην πραγματικότητα τους προσφέρθηκαν, γεγονός που θα μπορούσε να βοηθήσει στην προστασία από ψυχολογικά προβλήματα. Σύμφωνα με τον Teoh και τον Rose (2001), το χαμηλότερο επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης είναι ένας από τους προγνωστικούς παράγοντες των ψυχολογικών προβλημάτων. Συνδέεται με υψηλότερο επίπεδο κατάθλιψης, άγχους, προβλημάτων προσοχής, προβλημάτων σκέψης, κοινωνικών προβλημάτων, σωματικών παραπόνων, και χαμηλότερης αυτοεκτίμησης. Αυτές οι έννοιες υποστηρίζονται από τη μελέτη των Friedlander, Reid, Shupak και Cribbie (2007) σε 128 προπτυχιακούς φοιτητές πρώτου έτους. Διαπιστώθηκε ότι οι φοιτητές που αντιλαμβάνονται ότι οι κοινωνικοί τους πόροι αυξήθηκαν είχαν χαμηλότερο επίπεδο ψυχολογικών προβλημάτων. Αυτό δείχνει ότι ο αντίκτυπος μιας αγχωτικής κατάστασης για παράδειγμα μπορεί να μειωθεί όταν οι μαθητές έχουν καλή κοινωνική υποστήριξη.

Μια μελέτη των Rawson, Bloomer και Kendall (1994) σε 184 προπτυχιακούς φοιτητές, για παράδειγμα, διαπίστωσε ότι οι φοιτητές με καλή κοινωνική υποστήριξη τείνουν να έχουν χαμηλότερο σκορ στο άγχος σε σύγκριση με τους φοιτητές με χαμηλή κοινωνική υποστήριξη. Αυτή η μελέτη διαπίστωσε ότι η αντιμετώπιση της συμπεριφοράς και οι δομές κοινωνικής υποστήριξης μετριάζουν τις επιπτώσεις του άγχους των φοιτητών στην ακαδημαϊκή τους ζωή. Δεδομένου ότι η κοινωνική υποστήριξη βρέθηκε στο ρυθμιστικό αποτέλεσμα του άγχους, θα μπορούσε να μειώσει τη χρήση επιβλαβών στρατηγικών αντιμετώπισης απεμπλοκής όπως αποφυγή, απόσυρση και άρνηση στους φοιτητές. Κατά συνέπεια, μπορεί να αυξήσει τη χρήση ευεργετικών στρατηγικών αντιμετώπισης της εμπλοκής επειδή τα άτομα πιστεύουν πως το κοινωνικό δίκτυο περιλαμβάνει κάποιον που είναι πρόθυμος να ακούσει (Fleishman, Sherbourne, Crystal, Collins, Marshall, Kelly 2000; Tao, et al., 2000). Επηρεάζει επίσης την ανταπόκριση στο κοινωνικό άγχος παρέχοντας μια βάση για θετική σκέψη και γνωστική αναδιάρθρωση ή ενθαρρύνοντας τους ανθρώπους να πιστεύουν ότι έχουν πόρους για να στραφούν εάν αυτοί επιθυμούν να αποσπάσουν τον εαυτό τους από μια οδυνηρή κατάσταση (Calvete, & Connor-Smith, 2006). Σε μια μελέτη διατομής, οι Holahan et al (1995) διαπίστωσαν ότι οι φοιτητές του πρώτου έτους με υψηλότερα επίπεδα αντιληπτής γονικής υποστήριξης ήταν καλύτερα προσαρμοσμένοι (δηλαδή, υψηλότερη ευημερία και ευτυχία) και λιγότερο στενοχωρημένοι (δηλαδή, λιγότερη κατάθλιψη και άγχος) από αυτούς με χαμηλότερα επίπεδα αντιληπτής γονικής υποστήριξης.

4.3 Ορισμός κοινωνικής εμπλοκής

Η κοινωνική εμπλοκή αναφέρεται στην ποσότητα συμμετοχής ενός ατόμου μέσα σε μια κοινότητα ή κοινωνία. Ο ορος χρησιμοποιήθηκε από τους Avison, McLeod και Pescosolido (2007), ως “ο βαθμός στον οποίο ένα άτομο συμμετέχει σε ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών ρόλων και σχέσεων”. Τόνισαν ότι ο όρος συχνά συγχέεται με άλλες παρόμοιες έννοιες της κοινωνικής επιστήμης. Η διαφορά της κοινωνικής δέσμευσης από του κοινωνικού δικτύου είναι ότι το κοινωνικό δίκτυο εστιάζει στην ομάδα και όχι στη δραστηριότητα.

Εξίσου διαφέρει και η κοινωνική συμμετοχή με το κοινωνικό κεφάλαιο καθώς ορίζεται ως “πόροι που διατίθενται σε άτομα και ομάδες μέσω των κοινωνικών τους συνδέσεων με κοινότητες”.

Χαρακτηριστικό της κοινωνικής δέσμευσης είναι η συμμετοχή σε συλλογικές δραστηριότητες με αποτέλεσμα να ενισχύει το κοινωνικό κεφάλαιο και τους κοινωνικούς κανόνες. Στοιχεία που την χαρακτηρίζουν είναι η δραστηριότητα, η αλληλεπίδραση (τουλάχιστον δύο ατόμων), η κοινωνική ανταλλαγή (ανταλλαγή υλικών πραγμάτων μεταξύ των ατόμων) και η έλλειψη καταναγκασμού.

Είναι σημαντικό να πούμε ότι η έντονη κοινωνική συμμετοχή έχει ταυτιστεί με βελτιωμένη υγεία και ευτυχία αναλόγως βέβαια το πλαίσιο καθώς μπορεί να έχει και αρνητικό αντίκτυπο όπως παρεκκλίνουσες συμπεριφορές και παραβατικές.

4.4 Αποτροπή του αυτοκτονικού ιδεασμού από τα κοινωνικά δίκτυα και την κοινωνική υποστήριξη

Κατά τον Durkheim (1951), η κοινωνική υποστήριξη είναι ένας παράγοντας κρίσιμος σε αρκετές θεωρίες της αυτοκτονίας (Durkheim, 1951, Van Order et al, 2005, O'Connor, 2011). Έρευνα δείχνει ότι τα χαμηλότερα δίκτυα γονεϊκής υποστήριξης διακρίνουν τους νεαρούς ανήλικους περισσότερο επιρρεπείς σε ιστορικά απόπειρων αυτοκτονίας σε σύγκριση με άτομα με αυτοκτονικό ιδεασμό (Saffer et al, 2015).

Έρευνες αναφέρουν ότι οι κοινωνικοί παράγοντες έχουν επίσης συσχετιστεί με τον αυτοκτονικό ιδεασμό σε ηλικιωμένα άτομα τα οποία έχουν ένα κοινωνικό δίκτυο. Οι

αποτρεπτικοί παράγοντες του αυτοκτονικού ιδεασμού έχουν να κάνουν κυρίως με το περιβάλλον του ατόμου και τα άτομα που συναναστρέφεται.

Έχει διαπιστωθεί ότι η ύπαρξη ενεργών και διαθέσιμων διαπροσωπικών σχέσεων επηρεάζει σημαντικά θετικά την ψυχική υγεία του ατόμου. Η ύπαρξη κοινωνικών δικτύων εξασφαλίζει στα άτομα κοινωνικούς ρόλους έχοντας την αίσθηση του ανήκειν, θετικές εμπειρίες καθώς μοιράζεται το άτομο αρκετά γεγονότα που φέρουν την κοινωνική επιβράβευση (Zunzunegui, M. V., Alvarado, B. E., Del Ser, T., & Otero, A., 2003).

4.5 Η επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στην αυτοκτονικότητα

Η αποτελεσματική κοινωνική υποστήριξη εντός των κοινοτήτων μπορεί να βοηθήσει στην προστασία των ευάλωτων ατόμων από την αυτοκτονία με την οικοδόμηση και βελτίωση της κοινωνικής σύνδεσης και των δεξιοτήτων αντιμετώπισης δυσκολιών. Συγκεκριμένα, η κοινότητα μπορεί να προσφέρει βοήθεια σε καταστάσεις κρίσης, να διατηρεί τακτική επαφή με άτομα που έχουν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας και να υποστηρίζουν άτομα που πενθούν άτομα που έχουν αυτοκτονήσει (WHO, 2014)

Ένα δίκτυο υποστήριξης μπορεί να προσφέρει ένα παρηγορητικό περιβάλλον όπου υπάρχει ελπίδα, συζητώντας ελεύθερα τους φόβους σε ένα κλίμα ενσυναίσθησης και ελευθεριακής σκέψης.

Η κοινωνική υποστήριξη δεν περιορίζεται αποκλειστικά στον ασθενή αλλά και στους ειδικούς επαγγελματίες υγείας ώστε να βοηθήσουν το άτομο να κινητοποιηθεί. Η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να προστατεύσει τα άτομα από την αυτοκτονία αυξάνοντας το αίσθημα του ανήκειν, τα οποία σχετίζονται με τον αυτοκτονικό κίνδυνο. (Joiner, 2005)

Η φαινομενική κοινωνική υποστήριξη είναι αναγκαίο να αποτελεί βασικό επίκεντρο της ψυχικής υγείας των επιζώντων απόπειρας αυτοκτονίας. Η κοινωνική υποστήριξη έχει αποδειχθεί ότι προστατεύει τη σχέση μεταξύ κινδύνου καταθλιπτικών επεισοδίων και κατάθλιψης (Cohen & Hoberman, 1983 Cohan, McGowan, Fooskas et al., 1984, Cohen & Wills, 1985) κάτι που σχετίζεται πολύ με την αυτοκτονία (Charyton, Elliot, Lu et al. 2009).

Η κοινωνική υποστήριξη μπορεί, επίσης, να μετατρέψει τις αρνητικές σκέψεις του ατόμου μετά την εμφάνιση ενός αρνητικού γεγονότος (Johnson, Gooding & Tarrie, 2000,

Panzarella, Alloy & Whitehouse, 2006). Τέτοιες εκτιμήσεις μειώνουν τις δυνατότητες που θα συμβάλλουν σε ένα αρνητικό γεγονός (Johnson, Goodin & Tarrier, 2000 Panzarella, Alloy & Whitehouse, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΩΝ

5.1 Πρόληψη στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Σε κάθε σύστημα υγείας η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας επικεντρώνεται στην προληπτική ιατρική, την αγωγή υγείας και την σχολική υγιεινή.

Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) νοείται το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό την παρακολούθηση, διατήρηση και βελτίωση της υγείας του ανθρώπου. Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της νόσου, τη διάγνωση, την θεραπεία, την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής. Η έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση στο σπίτι χρόνιων και μερικών απλών οξέων νόσων αποτρέπει εν μέρει την επιβάρυνση της δευτεροβάθμιας φροντίδας (Υπουργείο Υγείας, <http://www.opengov.gr/yyka/?p=2049>).

Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας και το Άρθρο 1, μερικές από τις υπηρεσίες που προσφέρει η Π. Φ. Υ είναι:

α) οι υπηρεσίες υγείας για την παροχή των οποίων δεν απαιτείται εισαγωγή του ατόμου σε νοσηλευτικό ίδρυμα,

β) η εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών, το σχεδιασμό και την υλοποίηση μέτρων και προγραμμάτων για την πρόληψη νοσημάτων, την καθολική εφαρμογή εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για επιλεγμένα νοσήματα και την προαγωγή υγείας,

γ) η τακτική παρακολούθηση και διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα,

δ) ο οικογενειακός προγραμματισμός και οι υπηρεσίες μητέρας – παιδιού,

ε) η παραπομπή, παρακολούθηση και κατά περίπτωση συνδιαχείριση περιστατικών στη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα,

στ) την παροχή επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας,

ζ) οι υπηρεσίες αποκατάστασης,

η) η παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Ψυχικής Υγείας και η διασύνδεση με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας,

θ) η διασύνδεση με υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.

(Υπουργείο Υγείας, <http://www.opengov.gr/yyka/?p=2049>).

Την πρόληψη στην Π.Φ.Υ. στην ψυχική υγεία έχουν αναλάβει οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ) και τα Κέντρα Υγείας. Συγκεκριμένα οι Το.Μ.Υ έχουν σκοπό την παρέμβαση και προαγωγή της υγείας στην οικογένεια, την εργασία, τα σχολεία και γενικά σε όλο το φάσμα των δομών κοινωνικής φροντίδας και αλληλεγγύης και την πρόληψη, εκτίμηση και διαχείριση κινδύνου για μεταδιδόμενα ή μη νοσήματα σε ομάδες ή άτομα του πληθυσμού σε συνεργασία με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας. Σκοπός τους, επίσης, έχουν την συμβουλευτική και υποστήριξη σε άτομα και οικογένειες, απαραίτητο στοιχείο για την πρόληψη της αυτοκτονίας και την ενίσχυση του οικογενειακού υποστηρικτικού περιβάλλοντος. (Υπουργείο Υγείας, <http://www.opengov.gr/yyka/?p=2049>).

5.2 Μονάδες αντιμετώπισης

Στην Ελλάδα το θεραπευτικό κομμάτι της αυτοκτονικότητας αναλαμβάνει η ψυχική υγεία μέσω του προγράμματος Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης με την ονομασία "ΨΥΧΑΡΓΩΣ". Το "ΨΥΧΑΡΓΩΣ" είναι ένα εθνικό σχέδιο για την αλλαγή του τρόπου παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με μετάθεση του κέντρου βάρους από την παροχή ασυλικού τύπου περίθαλψης, που ακολουθείται έως σήμερα, στην κοινοτική φροντίδα. Το πρόγραμμα ΨΥΧΑΡΓΩΣ αφορά στην ανάπτυξη δομών και δράσεων σε όλη τη χώρα, με τις οποίες εξασφαλίζεται η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, την κοινωνική επανένταξη καθώς και την ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας. (ΨΥΧΑΡΓΩΣ, <http://www.psychargos.gov.gr/>).

Στόχος είναι να δημιουργηθούν αποτελεσματικά δίκτυα κοινοτικών δομών και υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ώστε κάθε άτομο με προβλήματα ψυχικής υγείας να βρίσκει απαντήσεις στα προβλήματά του στον τόπο που ζει και εργάζεται, μέσα στην κοινότητα, με τις ελάχιστες δυνατές επιπτώσεις στιγματισμού, περιθωριοποίησης και αποκλεισμού. (ΨΥΧΑΡΓΩΣ, <http://www.psychargos.gov.gr/>)

Οι μονάδες που περιλαμβάνει το πρόγραμμα είναι ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στεγαστικού τύπου (Ξενώνας , Οικοτροφείο , Προστατευμένα Διαμερίσματα) για τον αποϊδρωματισμό των χρόνιων ασυλικών ασθενών που ζούσαν στα Ψυχιατρεία και ταυτόχρονα, το πρόγραμμα αναπτύσει στα Γενικά Νοσοκομεία Ψυχιατρικά Τμήματα και παράλληλα, κοινοτικές δομές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Κέντρα Ημέρας, Κινητές Μονάδες, Κέντρα Ψυχικής Υγείας , Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα). (ΨΥΧΑΡΓΩΣ, <http://www.psychargos.gov.gr/>)

Σημαντικό ρόλο στην αποκατάσταση όπως και στην πρόληψη έχουν οι Μ.Κ.Ο./Αμ.Κ.Ε. που ασχολούνται με την ψυχική υγεία και επίσης συμπεριλαμβάνονται στο πρόγραμμα "ΨΥΧΑΡΓΩΣ". Μερικές από αυτές είναι το Κέντρο Ημέρας για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας της "Κλίμακα" και η 24ωρη Γραμμή Παρέμβασης για την Αυτοκτονία - 1018.

5.3 Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού

Βασικός σκοπός της κοινωνικής εργασίας στην ΠΦΥ είναι η προαγωγή της υγείας, η θεραπεία και αποκατάσταση μέσα από προγράμματα και υπηρεσίες που ανταποκρίνονται στις βασικές αρχές υγείας του πληθυσμού και δίνουν ειδική προσοχή στα υψηλού κινδύνου, ευπαθή και μη αυτοεξυπηρετούμενα άτομα (IASW, 2008).

“Η κοινωνική εργασία έχει εφαρμογές σε όλα τα είδη και τις μορφές των υπηρεσιών και των προγραμμάτων υγείας και ψυχικής υγείας που υπάρχουν για κάθε ηλικιακή ομάδα και λειτουργούν σε κεντρικό, περιφερειακό, τοπικό και κοινοτικό επίπεδο. Σε όλες τις βαθμίδες έχει θεσμοθετηθεί η λειτουργία κοινωνικών υπηρεσιών οι οποίες στελεχώνονται αποκλειστικά από κοινωνικούς λειτουργούς.” (Καλλινικάκη, 2010)

Η οικονομική κρίση των τελευταίων ετών έφερε ραγδαίες κοινωνικοοικονομικές εξελίξεις και είχε αρνητικό αντίκτυπο στο πεδίο της υγείας των πολιτών και αρνητικές προεκτάσεις για το σύστημα υγείας της χώρας. Κατ' επέκταση, συνέπειες της οικονομικής κρίσης σημειώθηκαν και στην κοινωνική εργασία. Η εκπαίδευση, η αποστολή και ο ρόλος των κοινωνικών λειτουργών στη φροντίδα υγείας διαφοροποιήθηκαν σημαντικά ως αποτέλεσμα μεταρρυθμίσεων που επιβλήθηκαν στη χώρα, καθώς επίσης και εξαιτίας των νέων αναγκών που έφερε η κρίση στην κοινωνία των πολιτών. Η κοινωνική εργασία, με λιγότερες δυνάμεις λόγω της υποστελέχωσης, των μειωμένων προϋπολογισμών των κοινωνικών υπηρεσιών και των μειώσεων στις αποδοχές των κοινωνικών λειτουργών, καλείται πλέον να ανταποκριθεί στις αυξημένες ανάγκες μιας κοινωνίας που μετρά το ένα τρίτο σχεδόν του πληθυσμού της στα όρια της ακραίας φτώχειας. (Παπαδακάκη Μ., 2015)

Συγκεκριμένα στο πεδίο της ψυχικής υγείας, οι κοινωνικοί λειτουργοί συνδέονται με τα άτομα και όχι με τα συμπτώματά τους. Μέσω των κλινικών παρεμβάσεων, ενθαρρύνουν τις σχέσεις με το κοινωνικό περιβάλλον τους και τη μη παραίτηση από ενδιαφέροντα και δεξιότητες, όσο διαρκεί η ένταση των συμπτωμάτων και η περίθαλψή τους. Όλα αυτά συνδέονται κατ' εξακολούθηση με τα συμπτώματα των αγχώδων διαταραχών και του αυτοκτονικού ιδεασμού/αυτοκτονικότητα. Οι κοινωνικοί λειτουργοί αναδεικνύουν τις ανάγκες των ασθενών των ασθενών που αγνοούνται ή εγνωσμένα παραμελούνται στο πλαίσιο του πολύ ισχυρού και καθοριστικού στην Ελλάδα ιατρικού μοντέλου. (Καλλινικάκη, 2011).

Σύμφωνα με την Καλλινικάκη (2011), το πεδίο της κοινωνικής και κοινοτικής ψυχιατρικής έχει αντικείμενο την εξασφάλιση των προϋποθέσεων για την παραμονή των

ψυχικά ασθενών την περίοδο που νοσούν περιθάλπονται στο περιβάλλον τους ή για την επανένταξή τους σε αυτό με την πλήρη συγχρόνως αξιοποίηση των υφιστάμενων πόρων. Μέρος της κοινωνικής και κοινοτικής ψυχιατρικής αποτελεί η πρακτική της κοινοτικής κοινωνικής εργασίας. Έχουν ως κοινούς στόχους την συνεχιζόμενη φροντίδα και την καταπολέμηση του στίγματος της κοινότητας της προέλευσης και διαμονής των ασθενών. Επίσης, στόχο έχουν την κάλυψη των ατόμων που λόγω ανεπαρκειών στο σύστημα επείγουσας νοσηλείας και της μη συμμόρφωσής τους σε φαρμακευτική αγωγή, ζουν σε ακατάλληλες συνθήκες διαβίωσης στον δρόμο, με υψηλό κίνδυνο υποτροπής των συμπτωμάτων. Οι κοινωνικές υπηρεσίες, οι οποίες στελεχώνονται από τους κοινωνικούς λειτουργούς, λειτουργούν σε ψυχιατρικά νοσοκομεία και ψυχιατρικούς τομείς γενικών νοσοκομείων, Κέντρα Ψυχικής Υγείας παιδιών, εφήβων, ενηλίκων, Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας, μονάδες υποστηριζόμενες διαμονής, μονάδες υποστήριξης στη φάση της αποκατάστασης, νοσοκομεία και κέντρα ημέρας, ξενώνες μετανοσοκομειακής φροντίδας, οικοτροφεία και μεταβατικούς ξενώνες, προγράμματα κατ' οίκον ψυχιατρικής φροντίδας.

5.3.1. Έλλειψη γνώσεων και εκπαίδευσης των κοινωνικών λειτουργών

Ωστόσο, γνωρίζουμε ακόμη λίγους από τους ρόλους που κατέχουν οι κοινωνικοί λειτουργοί στην πρόληψη της αυτοκτονίας εντός διεπιστημονικών ομάδων. Ένας πιθανός ρόλος που τονίστηκε από τους Jacobson et al., (2012) ήταν η σημαντικότητα της “πολιτικής κλειστών πυλών” (“gatekeeping”). Ο Jacobson και οι συνεργάτες του εξέτασαν πώς η κατάρτιση θα μπορούσε να βοηθήσει τους κοινωνικούς λειτουργούς να λειτουργούν ως “θυρωροί” (“gatekeepers”) στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Διαπίστωσαν ότι η κατάρτιση θα μπορούσε να βελτιώσει τη γνώση και την αποτελεσματικότητα των κοινωνικών λειτουργών κατά την αντιμετώπιση αυτοκτονικών περιπτώσεων. Ωστόσο, δεν έγινε καμία προσπάθεια να εξεταστεί ο αντίκτυπος που είχε αυτό στα ποσοστά αυτοκτονιών (Jacobson, 2012, Slater, 2014).

Παρά τη σημαντικότητα της εκπαίδευσης για την πρόληψη των αυτοκτονιών, οι Feldman και Freedenthal (2006) διαπίστωσαν ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί συχνά λαμβάνουν περιορισμένη επίσημη εκπαίδευση για το πώς να διαχειριστούν τις αυτοκτονικές συμπεριφορές. Ωστόσο, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η άτυπη εκπαίδευση, ή η μάθηση

από ομοτίμους, και η σιωπηρή γνώση δεν φαίνεται να έχουν ληφθεί υπόψη από τους Feldman και Freedenthal. Αυτή η άτυπη μάθηση (Eraut, 2000) μπορεί να έχει μεγάλη σημασία.

Η έλλειψη εκπαίδευσης είναι ακόμη πιο ανησυχητική δεδομένου ότι η αυτοκτονία έχει προσδιοριστεί ως ζήτημα επαγγελματικού άγχους για τους κοινωνικούς λειτουργούς. Οι Ting et al., (2011) εξέτασαν τους Αμερικανούς κοινωνικούς λειτουργούς που συνεργάζονταν με χρήστες υπηρεσιών αυτοκτονίας και σημείωσαν ότι ήταν πιο πιθανό να υποφέρουν από στρες και δευτερογενή τραύματα. Επιπλέον, οι Ting et al., (2006) έχουν σημειώσει τη συναισθηματική επίδραση των αυτοκτονιών των εξυπηρετούμενων στους κοινωνικούς λειτουργούς. Αυτό οδήγησε σε θέματα άγχους και ανησυχίες σχετικά με την επαγγελματική επάρκεια μεταξύ των επαγγελματιών (Slater, 2014).

Ο Stack (2001) παρέχει ίσως τα μόνα στοιχεία που υποδηλώνουν ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας, κάτι που αποδίδει τους κοινωνικούς λειτουργούς ως επαγγελματίες που αντιμετωπίζουν πελάτες (Labovitz and Hagedorn, 1971).

Παρά τις περιορισμένες πληροφορίες σχετικά με το ρόλο των κοινωνικών λειτουργών στην πρόληψη των αυτοκτονιών, έχουμε μια πληθώρα γνώσεων σχετικά με τη διαχείριση κινδύνου στην κοινωνική εργασία γενικότερα (Hothersall και Mass-Lowit, 2010). Πολλές από τις δεξιότητες που χρησιμοποιούνται για τη διαχείριση του κινδύνου σε άλλους τομείς είναι πιθανόν να προσφέρονται για την πρόληψη της αυτοκτονίας. Η σύγχρονη κοινωνία χαρακτηρίζεται από κίνδυνο (Beck, 1992; Giddens 1994) και οι κοινωνικοί λειτουργοί συχνά εργάζονται με τις πιο επικίνδυνες ομάδες, όπως αυτές που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας. Ωστόσο, η εκτίμηση και η διαχείριση κινδύνου είναι μια ανακριβής τέχνη (Lipshitz and Strauss, 1996) που σημαίνει ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί συχνά πρέπει να εργάζονται με αβεβαιότητα (Stalker, 2003).

Επιπλέον, οι επαγγελματίες συχνά στερούνται του χρόνου να προβούν σε λεπτομερή αξιολόγηση (Webb, 2006). Οι συναντήσεις με τους εξυπηρετούμενους και κυρίως η πρώτη επαφή, το κοινωνικό ιστορικό, αποτελεί κρίσιμο σημείο της συνεργασίας αφού συνήθως είτε οι εξυπηρετούμενοι θα εκφράσουν τις σκέψεις θανάτου είτε θα υπάρξουν σημάδια αυτοκτονικού ιδεασμού. (Slater, 2014).

Ο Pritchard (2006) προτείνει ότι η ποιότητα της σχέσης μεταξύ του κοινωνικού λειτουργού και του εξυπηρετούμενου έχει κεντρική θέση τόσο στην αξιολόγηση όσο και στην παρέμβαση. Για να γίνει αυτό αποτελεσματικά, ο Pritchard τονίζει τη σημασία της υιοθέτησης

μιας ολιστικής προσέγγισης στις αξιολογήσεις και τις παρεμβάσεις, όπως και ο Golightly (2008). Συγκεκριμένα, ο Pritchard τονίζει την ανάγκη να είναι ενήμεροι για τη σημασία της στενής συνεργασίας με τα μέλη της οικογένειας. Οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να συνεργάζονται όχι μόνο με το άτομο, αλλά και με ευρύτερα κοινωνικά δίκτυα για την αποτελεσματική υποστήριξη των εξυπηρετούμενων. Για παράδειγμα, τα οικογενειακά δίκτυα και οι φίλοι είναι πιο πιθανό να έχουν τακτική επαφή με εξυπηρετούμενους και έτσι οποιαδήποτε αλλαγή στην ψυχική υγεία ενός χρήστη υπηρεσιών μπορεί πρώτα να παρατηρηθεί από μια οικογένεια ή φίλο. Η ικανότητα δημιουργίας σχέσεων με αυτά τα άτομα δίκτυα υποστήριξης μπορεί να βοηθήσει τους κοινωνικούς λειτουργούς να συνεργαστούν με τους χρήστες των υπηρεσιών και να παράσχουν βοήθεια την καταλληλότερη στιγμή (Pritchard, 2006, Slater, 2014).

Η σχέση των κοινωνικών λειτουργών με τις οικογένειες και τους φίλους των εξυπηρετούμενων είναι σημαντική για την υποστήριξη εκείνων που πενθούν από αυτοκτονία. Οι Mitchell et al., (2005) έχουν σημειώσει ότι εκείνοι που πενθούν από αυτοκτονία διατρέχουν οι ίδιοι αυξημένο κίνδυνο μελλοντικής αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Είναι ενδιαφέρον ότι αρκετές μελέτες έχουν διερευνήσει τον τρόπο με τον οποίο οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορούν να βοηθήσουν τους πενθούντες από αυτοκτονία (Craig, 1977; Sheperd and Barraclough, 1979; Dransart, 2013). Η επαγγελματική βοήθεια για τους επιζώντες έχει υποστηριχθεί έντονα, υποδηλώνοντας ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά σε αυτές τις δύσκολες περιόδους. Η υποστήριξη των επιζώντων θα μπορούσε ουσιαστικά να βοηθήσει στη μείωση της μελλοντικής αυτοκτονικής συμπεριφοράς. (Dyregrov και Dyregrov, 2008, Slater, 2014)

B ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1 Σκοπός έρευνας

Ο σκοπός της μελέτης είναι η ποσοτική διερεύνηση της σχέσης του άγχους στον αυτοκτονικό ιδεασμό σε άτομα ηλικίας 20-45 ετών.

Επιμέρους στόχοι:

- Ο συσχετισμός του αυτοκτονικού ιδεασμού με το άγχος
- Η διερεύνηση της σχέσης δημογραφικών παραγόντων με τον αυτοκτονικό ιδεασμό
- Η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στον αυτοκτονικό ιδεασμό και την κοινωνική υποστήριξη και κατά πόσο η κοινωνική υποστήριξη δρα προστατευτικά για τον αυτοκτονικό ιδεασμό

6.2 Ερευνητικές υποθέσεις:

- Το άγχος σχετίζεται με υψηλά ποσοστά αυτοκτονικού ιδεασμού
- Το χαμηλό κοινωνικοδημογραφικό προφίλ σχετίζεται με υψηλά ποσοστά αυτοκτονικού ιδεασμού

6.3 Διατύπωση ερευνητικών ερωτημάτων

Ερώτημα 1: Υπάρχει σχέση μεταξύ του άγχους και του αυτοκτονικού ιδεασμού;

Ερώτημα 2: Κατά πόσο το ιστορικό ψυχικών διαταραχών επιδρά στον αυτοκτονικό ιδεασμό;

Ερώτημα 3: Υπάρχει σύνδεση μεταξύ καταγωγής και αυτοκτονικού ιδεασμού;

Ερώτημα 4: Αλληλοεπηρεάζεται η ηλικία με τον αυτοκτονικό ιδεασμό;

Ερώτημα 5: Κατά πόσο το φύλο του ατόμου επηρεάζει στον αυτοκτονικό ιδεασμό;

Ερώτημα 6: Κατά πόσο η ανεργία επηρεάζει τον αυτοκτονικό ιδεασμό;

Ερώτημα 7: Κατά πόσο το κάπνισμα επηρεάζει τον αυτοκτονικό ιδεασμό;

Ερώτημα 8: Κατά πόσο το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων επηρεάζει τον αυτοκτονικό ιδεασμό;

Ερώτημα 9: Κατά πόσο υπάρχει κοινωνική υποστήριξη για τον αυτοκτονικό ιδεασμό;

6.4 Επιλογή μεθόδου έρευνας

Για τη διεκπεραίωση του στόχου της έρευνας αυτής ακολουθήθηκε η τεχνική της ποσοτικής έρευνας. Επιλέχθηκε αντιπροσωπευτικό δείγμα 480 ατόμων νεαρής ηλικίας (20-45 ετών). Η ποσοτική μέθοδος που ακολουθήθηκε είναι η επαγωγική στατιστική. Στην επιστημονική ποσοτική έρευνα ο στόχος είναι η γενίκευση δηλαδή η περιγραφή μιας ή περισσότερων μεταβλητών του πληθυσμού καθώς και την εξήγηση των σχέσεων μεταξύ μεταβλητών. Η επαγωγική στατιστική με βάση τη θεωρία πιθανοτήτων αναπτύσσει τις μεθόδους εκείνες που εξετάζουν πόσο αξιόπιστο, πόσο σίγουρο είναι να γενικεύσουμε τα συμπεράσματά μας από το δείγμα στον πληθυσμό (Χλουβεράκης, 2002)

6.5 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Η μέθοδος που επιλέξαμε να χρησιμοποιήσουμε για την έρευνα μας είναι η απλή τυχαία δειγματοληψία. Η συλλογή των απαντήσεων έγινε μέσω της απευθείας συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων μέσω της φόρμας ερωτηματολογίων του Google. Η διανομή και η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε μέσω των μέσων κοινωνικής δικτύωσης και του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Το τελικό δείγμα αποτελείται από 480 άτομα ηλικίας 25-45 ετών που ζουν στην Ελλάδα.

6.6 Τρόπος επιλογής δείγματος

Το ερωτηματολόγιο, ήταν ανοιχτό για συμπλήρωση για διάστημα 8 ημερών (4-12/02/2021). Τα κριτήρια εισαγωγής του δείγματος ήταν οι ερωτώμενοι να είναι άτομα από τον Ελλαδικό χώρο, ηλικίας 20- 45 ετών. Στο ερωτηματολόγιο υπήρχε ενημέρωση για τους ερωτώμενους, αναφορικά με το σκοπό της ερευνάς και την τήρηση του απορρήτου των προσωπικών δεδομένων. Στις απαντήσεις των ερωτηματολογίων, δεν

μπορούσε να γίνει ταυτοποίηση προσώπων, και το απόρρητο τηρήθηκε καθ' όλη την διάρκεια της μελέτης μέσω και της ανωνυμίας των ερωτηματολογίων.

6.7 Μεταβλητές

6.7.1 Εξαρτημένη μεταβλητή: αυτοκτονικός ιδεασμός

Ο αυτοκτονικός ιδεασμός αξιολογήθηκε με βάση την 9^η ερώτηση του ερωτηματολογίου PHQ-9 (Rossom et al., 2017). «Έχετε σκέψεις ότι θα ήταν καλύτερα να πεθάνετε ή να πληγώσετε τον εαυτό σας με κάποιο τρόπο» (0 = καθόλου 1 = αρκετές ημέρες, 2 = περισσότερες από τις μισές ημέρες, 3 = σχεδόν κάθε μέρα). Ο όρος «οποιοσδήποτε αυτοκτονικός ιδεασμός» ορίστηκε ως βαθμολογία > 0 και «σοβαρός αυτοκτονικός ιδεασμός» ορίστηκε ως βαθμολογία = 3.. Η αυτοαναφερόμενη ερώτηση για τον αυτοκτονικό ιδεασμό από το ερωτηματολόγιο PHQ 9, έχει χρησιμοποιηθεί και σε άλλες μελέτες σε νέους ενήλικες στον ελληνικό χώρο (Basta et al., 2021)

6.7.2 Ανεξάρτητες μεταβλητές

Προσδιορισμός άγχους

Το άγχος προσδιορίστηκε μέσα από το ερωτηματολόγιο των 7 ερωτήσεων GAD-7 (GAD-7 των Dr. Robert L Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke και συνεργάτες). Τα συμπτώματα άγχους αξιολογήθηκαν χρησιμοποιώντας την κλίμακα γενικευμένης αγχώδους διαταραχής 7 στοιχείων (GAD-7) (Spitzer et al., 2006) με βάση τα συμπτώματα άγχους DSM-IV. Το GAD-7 είναι ένα χρήσιμο εργαλείο για τον έλεγχο γενικευμένης διαταραχής άγχους, αξιολογώντας τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων άγχους τις τελευταίες 2 εβδομάδες. Αποτελείται από επτά στοιχεία. Κάθε στοιχείο βαθμολογείται από 0 (καθόλου) έως 3 (σχεδόν κάθε μέρα) με συνολική βαθμολογία που κυμαίνεται από 0 έως 21. Οι υψηλότερες βαθμολογίες υποδεικνύουν πιο σοβαρά συμπτώματα άγχους. Το οριακό σημείο 10 ή μεγαλύτερο αντιστοιχεί σε μέτρια έως σοβαρά συμπτώματα άγχους, υποδεικνύοντας δυνητικά μια κλινικά σημαντική κατάσταση. Το GAD-7 έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στην Ελλάδα (Basta et al., 2019; Basta et al., 2021)

GAD-7

Τις τελευταίες 2 εβδομάδες πόσο συχνά σας ενόχλησαν τα παρακάτω προβλήματα; <i>(Υποδείξτε την απάντησή σας με ένα "✓")</i>	Καθόλου	Μερικές μέρες	Περισσότερες από τις μισές μέρες	Σχεδόν κάθε μέρα
1. Ασθενθήκατε νεύρα, άγχος ή ένταση	0	1	2	3
2. Δεν μπορούσατε να σταματήσετε ή να ελέγξετε το άγχος σας	0	1	2	3
3. Ανησυχούσατε υπερβολικά για διάφορα πράγματα	0	1	2	3
4. Δυσκολευόσασταν να χαλαρώσετε	0	1	2	3
5. Είχατε τόσο μεγάλη ανησυχία που δεν μπορούσατε να καθίσετε ακίνητος(η)	0	1	2	3
6. Νιώθατε εύκολα ενόχληση ή εικνευρισμό	0	1	2	3
7. Φοβόσασταν ότι κάτι φρικτό μπορεί να συμβεί	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T ___ = ___ + ___ + ___)

Συντάχθηκε από τους δόκτορες Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke και τους συνεργάτες τους με εκπαιδευτική επιχορήγηση από την Pfizer Inc. Δεν απαιτείται άδεια για αναπαραγωγή, μετάφραση, εμφάνιση ή διανομή.

Προσδιορισμός κοινωνικής υποστήριξης

Η κοινωνική υποστήριξη προσδιορίστηκε μέσα από αυτοαναφερόμενες ερωτήσεις για τους φίλους ή και την οικογένεια του ατόμου (πόσο συχνά βλέπετε φίλους και συγγενείς, πόσο πολύ μπορείτε να βασιστείτε σε φίλους και οικογένεια όταν έχετε κάποιο σημαντικό πρόβλημα, πόσο πολύ μπορείτε να ανοιχτείτε σε φίλους για κάτι που σας στεναχωρεί, πόσο συχνά συμμετέχετε σε κοινωνικές δραστηριότητες). Οι ερωτήσεις έχουν κλίμακα διαβάθμισης από

0 (σχεδόν καθημερινά) έως 5 (ποτέ). Για τις ανάγκες της στατιστικής ανάλυσης δημιουργήθηκε αθροιστικός δείκτης από το άθροισμα των ερωτήσεων.

Λοιπές μεταβλητές

Στην παρούσα μελέτη συμπεριλήφθηκαν επίσης κοινωνικοδημογραφικοί παράμετροι και παράμετροι υγείας. Τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά περιελάμβαναν το φύλο (άρρεν/θήλυ/άλλο), την ηλικία, την εθνικότητα, τη θρησκευτική ταυτότητα, την οικογενειακή κατάσταση, τον τόπο μόνιμης κατοικίας, το μορφωτικό επίπεδο, την κατάσταση απασχόλησης, το ιστορικό ασθένειας των ίδιων και συγγενών και το κάπνισμα.

Ηλικία

Ομαδοποιήσαμε την μεταβλητή της ηλικίας σε 5 ομάδες, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-45 ετών. Στο ερωτηματολόγιο είχαμε τρεις επιλογές για το φύλο, άνδρας, γυναίκα και άλλο (μη δυαδικά άτομα, gender non-conforming κλπ.).

Εθνικότητα και θρησκευτική ταυτότητα

Για την εθνικότητα ομαδοποιήσαμε τις απαντήσεις των ερευνώμενων σε Ελληνική, Ελληνική και άλλη και άλλη. Όσον αφορά την θρησκευτική ταυτότητα υπήρχαν οι εξής επιλογές απάντησης, «Χριστιανός Ορθόδοξος», «Καθολικός Χριστιανός», «Μάρτυρες του Ιεχωβά», «Μουσουλμανική Θρησκεία» και «Άθεος/ -η».

Οικογενειακή κατάσταση

Στο ερωτηματολόγιο ως επιλογές για την ερώτηση της οικογενειακής κατάστασης είχαμε «Ελεύθερη/ός», «Σε σχέση», «Εγγαμη/-ος», «Διαζευγμένη/-ος», «Χήρα/-ος» και «Άλλο».

Τόπος μόνιμης κατοικίας και βαθμός αστικότητας

Στην επιλογή της μόνιμης κατοικίας στο ερωτηματολόγιο είχαμε ερώτημα ανοιχτής απάντησης και χωρίσαμε τις απαντήσεις με βάση τα δέκα γεωγραφικά διαμερίσματα. Επίσης, για την κατοικία είχαμε ερώτηση για τον βαθμό αστικότητας (αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές).

Μορφωτικό επίπεδο

Στην ερώτηση για το μορφωτικό επίπεδο είχαμε ως επιλογές τις εξής, «Απόφοιτη/-ος Λυκείου», «Πτυχίο ΤΕΙ-ΑΕΙ», «Μεταπτυχιακό», «Διδακτορικό» και «Άλλο». Διαχωρίσαμε την κατάσταση απασχόλησης σε τέσσερις επιλογές, «Εργαζόμενη/-ος», «Άνεργη/-ος», «Φοιτήτρια/-ής» και «Άλλο».

Παράμετροι υγείας

Εκτός από τα δημογραφικά ερωτήματα είχαμε προσθέσει ερωτήσεις μίας επιλογής ή ανοιχτής απάντησης σχετικά με την κατάσταση της υγείας του ατόμου, σοβαρές ασθένειες ή νοσηλείες και καπνίσματος.

Η υποκειμενική αντίληψη της υγείας στη μελέτη τεκμηριώνεται από την ερώτηση «Πώς θα αξιολογούσατε την υγείας σας τις τελευταίες 2 εβδομάδες;» -Πολύ καλή -Καλή - Μέτρια -Χείριστη και η μεταβλητή υπολογίστηκε σε τρεις κατηγορίες: « Εξαιρετική/πολύ καλή» «Καλή» και «κακή/φτωχή». Η ερώτηση αυτή αποτελεί μια τεκμηριωμένη μέθοδο αυτοαναφερόμενης απάντησης υποκειμενικής αντίληψης της υγείας, και έχει χρησιμοποιηθεί και σε άλλες μελέτες αυτοαναφερόμενης συλλογής δεδομένων (ESS, ECHP) (Basta et al., 2021)

6.8 Μέθοδος ανάλυσης στοιχείων

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS έκδοση 25. Οι συνεχείς μεταβλητές υπολογίστηκαν ως μέσες τιμές (mean) και τυπικές αποκλίσεις (SD - standard deviation), και οι κατηγορικές ως συχνότητες (frequencies) και ποσοστά (percentages).

Για τις μονοπαραγοντικές συσχετίσεις των κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε χρησιμοποιηθεί ο έλεγχος Pearson chi-square.

Για τη σύγκριση των συνεχών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν οι δοκιμασίες T-test και One Way Anova για τους παραμετρικούς ελέγχους.

Για να μελετηθεί η σχέση άγχους και αυτοκτονικού ιδεασμού εφαρμόστηκαν μοντέλα πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης. Σε όλες τις αναλύσεις ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το $p < 0.05$ ή το $p < 0.01$ ενώ υπολογίστηκαν τα διαστήματα εμπιστοσύνης (Confidence Intervals, C.I.) στο 95%.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

7.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 480 ερευνώμενους. Από τον Πίνακα 1 παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι είναι γυναίκες (370, 77,1%) και 104 (21,7%) είναι άνδρες. Οι περισσότεροι ερευνώμενοι (281 ποσοστό 58,5%) ανήκουν στην ομάδα ηλικιών 20-24 ενώ ακολουθούν όσοι ανήκουν στις ομάδες 25-29 και 30-34 (ποσοστά 16,3% και 9,6% αντίστοιχα).

Σχετικά με την εθνικότητα παρατηρούμε ότι στην συντριπτική τους πλειονότητα οι μετέχοντες στην έρευνα δηλώνουν την Ελληνική (460 ποσοστό 95,8%) ενώ όσον αφορά το θρήσκευμα επικρατούν οι Χριστιανοί με 298 άτομα (62,1%) και ακολουθούν οι άθεοι με 154 άτομα (32,1%). Εξετάζοντας την οικογενειακή κατάσταση των ερευνώμενων παρατηρούμε ότι και λόγω ηλικίας προηγούνται οι άγαμοι που είναι 225 (46,9%) και ακολουθούν 182 (37,9%) που είναι σε σχέση. Στην συνέχεια συναντάμε τους έγγαμους που είναι 60 (12,5%).

Η γεωγραφική κατανομή του δείγματος καλύπτει και τα δέκα γεωγραφικά διαμερίσματα της χώρας ωστόσο δεν είναι ανάλογη με τον πληθυσμός καθενός. Οι ερευνηθέντες που κατοικούν στην Αττική είναι 178 (37,1) και ακολουθούν 131 (27,3%) που κατοικούν στην Κρήτη. Στην συνέχεια είναι οι 58 (12,1%) κατοικούντες στην Θεσσαλία και οι 49 (10,2%). Όσον αφορά τον βαθμό αστικότητας οι 315 (65,6%) κατοικούν σε αστικές περιοχές, οι 87 (18,1%) σε ημιαστικές και οι 78 (16,3%) σε αγροτικές.

Σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης όσων μετείχαν στην έρευνα βλέπουμε ότι οι περισσότεροι (215 ποσοστό 44,8%) είναι απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και ακολουθούν οι πτυχιούχοι ΑΕΙ – ΤΕΙ (169 ποσοστό 35,2%). Οι κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών είναι 62 (12,9%).

Σχετικά με την κατάσταση απασχόλησης των ερευνωμένων παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι (234 ποσοστό 48,8%) είναι φοιτητές και ακολουθούν οι απασχολούμενοι (192 40%) ενώ οι άνεργοι είναι 52 (10,8%). Το ποσοστό ανεργίας (αριθμός ανέργων δια του αθροίσματος απασχολούμενων και ανέργων) είναι 21,3%.

Πίνακας 1

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ n (%)	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΕΣ	104 (21,7%)
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	370 (77,1%)
	ΆΛΛΟ	6 (1,3%)

	ΣΥΝΟΛΟ	480
ΗΛΙΚΙΑ	20-24	281 (58,5%)
	25-29	16,30%
	30-34	9,60%
	35-39	7,30%
	40-45	8,30%
ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	ΕΛΛΗΝΙΚΗ	460 (95,8%)
	ΆΛΛΟ	20 (4,2%)
ΘΡΗΣΚΕΥΜΑ	ΧΡΙΣΤΙΑΝΟΣ	298 (62,1%)
	ΑΘΕΟΣ	154 (32,3%)
	ΑΓΝΩΣΤΙΚΙΣΤΗΣ	<5%
	ΆΛΛΟ	<5%
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΑΓΑΜΟΙ	225 (46,9%)
	ΣΕ ΣΧΕΣΗ	182 (37,9%)
	ΕΓΓΑΜΟΙ	60 (12,5%)
	ΛΟΙΠΑ	13 (2,7%)
ΜΟΝΙΜΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑ	ΑΤΤΙΚΗ	178 (37,1%)
	ΚΡΗΤΗ	131 (27,3%)
	ΘΕΣΣΑΛΙΑ	58 (12,1%)
	ΛΟΙΠΗ ΕΛΛΑΔΑ	100 (23,5%)
ΒΑΘΜΟΣ ΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	ΑΣΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ	315 (65,6%)
	ΗΜΙΑΣΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ	87 (18,1%)
	ΑΓΡΟΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ	78 (16,3%)
ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ Β/ΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	215 (44,8%)
	ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΣ ΔΕΙ/ΤΕΙ	169 (35,2%)
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΙΕΚ	5,60%
	ΚΑΤΟΧΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ	62 (12,9%)
	ΚΑΤΟΧΟΣ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟΥ	1,50%
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ	ΦΟΙΤΗΤΕΣ	234 (48,8%)
	ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΙ	192 (40%)
	ΑΝΕΡΓΟΙ	52 (10,8%)
	ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΕΡΓΙΑΣ	21,30%

7.2 Ιατρικό ιστορικό

Στον Πίνακα 2 παρατηρούμε ότι το ποσοστό των μετεχόντων στην έρευνα που θεωρεί ότι η κατάσταση της υγείας είναι καλή είναι 46,7% (224 άτομα) που είναι και υψηλότερο. Ακολουθούν όσοι δηλώνουν ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι μέτρια (159 ποσοστό 33,1). Οι έχοντες πολύ καλή υγεία είναι 88 (18,3%) και χειρίστη 9 (1,9%).

Όταν από τους ερευνώμενους ζητείται να αναφέρουν σοβαρές ασθένειες ή νοσηλείες στο πρόσφατο παρελθόν 273 (56,9%) δηλώνουν καμία ασθένεια 117 (24,4%) κάποια σωματική νόσο/ους, 54 (11,3%) κάποια ψυχική νόσο/ους, και τέλος 36 (7,5%) και σωματική και ψυχική νόσο/ους. Επίσης, βλέπουμε ότι η πλειονότητα των μετεχόντων στην έρευνα (260 ποσοστό 54,2%) δηλώνει ότι δεν είναι καπνιστές, ενώ 173 (36,0%) δηλώνουν ότι είναι και 47 (9,8%) έχουν διακόψει το κάπνισμα.

Πίνακας 2

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ n(%)
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	88 (18,3%)
	ΚΑΛΗ	224 (46,7%)
	ΜΕΤΡΙΑ	159 (33,1%)
	ΧΕΙΡΙΣΤΗ	9 (1,9)
ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ/ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ	ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ	117 (24,4%)
	ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ	54 (11,3%)
	ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ	36 (7,5%)
	ΚΑΜΙΑ	273 (56,9%)
ΚΑΠΝΙΣΜΑ	ΝΑΙ	173 (36%)
	ΌΧΙ	260 (54,2%)
	ΔΙΑΚΟΠΗ	47 (9,8%)

7.3 Αυτοκτονικός ιδεασμός

Στην ερώτηση σχετικά με τον αυτοκτονικό ιδεασμό, τα άτομα που ανέφεραν αυτοκτονικό ιδεασμό ήταν 353 με ποσοστό 73,5% και όσα δεν ανέφεραν ήταν 127 με ποσοστό 26,5%.

Πίνακας 3

Αυτοκτονικό ιδεασμός	N (%)
Ναι	127 (26,5%)
Όχι	353 (73,5%)

7.4 Απαντήσεις στα ερευνητικά ερωτήματα

Ερώτημα 1: Υπάρχει σχέση μεταξύ του άγχους και του αυτοκτονικού ιδεασμού;

Στον Πίνακα 3 παρατηρούμε την σχέση ανάμεσα στο άγχος και τον αυτοκτονικό ιδεασμό από το οποίο προκύπτει ότι τα άτομα που έχουν μέσο όρο άγχους με αυτοκτονικό ιδεασμό είναι 12,84 και όσα άτομα με άγχος και χωρίς αυτοκτονικό ιδεασμό έχουν 8,24. Το αποτέλεσμα από την στατιστική ανάλυση είναι στατιστικά σημαντικό. Άρα προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά στα άτομα που αναφέρουν αυτοκτονικό ιδεασμό και σε αυτά που δεν αναφέρουν.

Πίνακας 4

Άγχος	Αυτοκτονικός ιδεασμός		
	Όχι	Ναι	P value t test
ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	8,24	12,84	0.000<.01
ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ	4,85	4,62	
n	353	127	

Ερώτημα 2: Κατά πόσο το ιστορικό ψυχικών διαταραχών επιδρά στον αυτοκτονικό ιδεασμό;

Στον Πίνακα 4 βλέπουμε την μονοπαραγοντική ανάλυση χ^2 από την οποία προκύπτει ότι τα άτομα που αναφέρουν αυτοκτονικό ιδεασμό έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίζουν ιστορικό ψυχικών διαταραχών σε σχέση με τα άτομα που δεν αναφέρουν αυτοκτονικό ιδεασμό.

Πίνακας 5

		Αυτοκτονικός ιδεασμός		P value
		Όχι n (%)	Ναι n (%)	
Ιστορικό Ψυχικών Διαταραχών	Όχι	305 (78,2%)	85 (21,8%)	0.000
	Ναι	48 (53,3%)	42 (46,7%)	

Ερώτημα 3: Υπάρχει σύνδεση μεταξύ καταγωγής και αυτοκτονικού ιδεασμού;

Στον Πίνακα 5 βλέπουμε τον μονοπαραγοντικό έλεγχο χ^2 από τον οποίο προκύπτει ότι η ύπαρξη ή μη του αυτοκτονικού ιδεασμού δεν σχετίζεται με την εθνικότητα των ατόμων καθώς τα αποτελέσματα δεν ήταν στατιστικά σημαντικά ($p=.557$).

Πίνακας 6

		Αυτοκτονικός ιδεασμός		P value
		Όχι	Ναι	
Εθνικότητα	Ελληνική	338	122	0,557
		73,5%	26,5%	
	Ελληνική και άλλη	4	3	
		57,1%	42,9%	
	Άλλη	9	2	
		81,8%	18,2%	
Δεν δήλωσε	2	0		
	100,0%	0,0%		

Ερώτημα 4: Αλληλοεπηρεάζεται η ηλικία με τον αυτοκτονικό ιδεασμό;

Στον Πίνακα 6 παρατηρούμε την μονοπαραγοντική ανάλυση χ^2 από την οποία προκύπτει ότι ο αυτοκτονικός ιδεασμός δεν διαφέρει στις ομάδες των ηλικιών των ατόμων που ερευνήθηκαν και $p=.436 > .05$, άρα η ηλικία δεν επηρεάζει τον αυτοκτονικό ιδεασμό.

Πίνακας 7

Αυτοκτονικός ιδεασμός			
Ηλικία	Όχι (ν %)	Ναι (ν %)	P value
20-24	199 (70,8%)	82 (29,2%)	0.436
25-29	60 (76,9%)	18 (23,1%)	
30-34	36 (78,3 %)	10 (21,7%)	
35-39	25 (71,4%)	10 (28,6%)	
40-45	33 (82,5%)	7 (17,5%)	

Ερώτημα 5: Κατά πόσο το φύλο του ατόμου επηρεάζει στον αυτοκτονικό ιδεασμό;

Στον Πίνακα 7 βλέπουμε τον μονοπαραγοντικό έλεγχο χ^2 από τον οποίο προκύπτει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα φύλα που έχουν αυτοκτονικό ιδεασμό και συγκεκριμένα ανάμεσα στην επιλογή «Άλλο» (μη δυαδικά άτομα, gender non-conforming) και στις επιλογές «Άνδρας» και «Γυναίκα». Επίσης, $p=.048<.05$ άρα το φύλο επηρεάζει τον αυτοκτονικό ιδεασμό.

Πίνακας 8

		Αυτοκτονικός ιδεασμός		P value
		Όχι	Ναι	
Φύλο	Άνδρας	81	23	0.048
		77,9%	22,1%	
	Γυναίκα	270	100	
		73,0%	27,0%	
	Άλλο	2	4	
		33,3%	66,7%	

Ερώτημα 6: Κατά πόσο η ανεργία επηρεάζει τον αυτοκτονικό ιδεασμό;

Στον παρακάτω Πίνακα παρατηρούμε την μονοπαραγοντική ανάλυση από την οποία προκύπτει ότι τα άτομα με οποιαδήποτε κατάσταση απασχόλησης έχουν τις ίδιες πιθανότητες να έχουν αυτοκτονικό ιδεασμό ($p=.762>.05$), άρα η ανεργία δεν επηρεάζει τον αυτοκτονικό ιδεασμό.

Πίνακας 9

		Αυτοκτονικός ιδεασμός		P value
		Όχι	Ναι	
Κατάσταση Απασχόλησης	Απασχολούμενος	144	48	0.762
		75,0%	25,0%	
	Άνεργος	39	13	
		75,0%	25,0%	
	Οικονομικά μη ενεργός	170	66	
		72,0%	28,0%	

Ερώτημα 7: Κατά πόσο το κάπνισμα επηρεάζει τον αυτοκτονικό ιδεασμό;

Στον Πίνακα 9 βλέπουμε την μονοπαραγοντική ανάλυση χ^2 από την οποία προκύπτει ότι τα ποσοστά των καπνιστών και των μη δεν διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους και επίσης $p=.671>.05$, άρα το κάπνισμα δεν επηρεάζει τον αυτοκτονικό ιδεασμό.

Πίνακας 10

		Αυτοκτονικός ιδεασμός		P value
		Όχι	Ναι	
Κάπνισμα	Ναι	125	48	0.671
		72,3%	27,7%	
	Όχι	191	69	
		73,5%	26,5%	
	Πρώην καπνιστής	37	10	
		78,7%	21,3%	

Ερώτημα 8: Κατά πόσο το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων επηρεάζει τον αυτοκτονικό ιδεασμό;

Στον παρακάτω Πίνακα βλέπουμε τον μονοπαραγοντικό έλεγχο χ^2 από τον οποίο προκύπτει ότι τα άτομα με οποιοδήποτε μορφωτικό επίπεδο έχουν τις ίδιες πιθανότητες να εμφανίζουν αυτοκτονικό ιδεασμό, άρα το μορφωτικό επίπεδο δεν επηρεάζει τον αυτοκτονικό ιδεασμό.

Πίνακας 11

		Αυτοκτονικός ιδεασμός		p. value
		Όχι	Ναι	
Μορφωτικό Επίπεδο	Απόφοιτος Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	149 69,3%	66 30,7%	0.445
	Απόφοιτος ΙΕΚ ή Φοιτητής ΑΕΙ	21 77,8%	6 22,2%	
	Πτυχιούχος ΑΕΙ_ΤΕΙ	130 76,9%	39 23,1%	
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού	48 77,4%	14 22,6%	
	Κάτοχος Διδακτορικού	5 71,4%	2 28,6%	

Ερώτημα 9: Κατά πόσο υπάρχει κοινωνική υποστήριξη για τον αυτοκτονικό ιδεασμό;

Στον Πίνακα 11 παρατηρούμε την σχέση ανάμεσα στην κοινωνική υποστήριξη και τον αυτοκτονικό ιδεασμό από τον οποίο προκύπτει ότι τα άτομα που έχουν μέσο όρο κοινωνικής υποστήριξης με αυτοκτονικό ιδεασμό είναι 7,03 και όσα άτομα έχουν μέσο όρο κοινωνικής υποστήριξης χωρίς αυτοκτονικό ιδεασμό είναι 8,09. Το αποτέλεσμα από την στατιστική ανάλυση είναι σημαντικό ($p=.000<.01$), άρα μπορούμε να πούμε ότι η ύπαρξη ή μη της κοινωνικής υποστήριξης επηρεάζει τον αυτοκτονικό ιδεασμό του ατόμου.

Πίνακας 12

Κοινωνική υποστήριξη	Αυτοκτονικός ιδεασμός		p. value
	Όχι	Ναι	
Μέση τιμή	8,09	7,03	0.001
Τυπική απόκλιση	2,27	2,21	
N	353	127	

Ερώτημα 9 :Ποιες μεταβλητές μπορούν να προβλέψουν τον αυτοκτονικό ιδεασμό;

Στα προηγούμενα ερωτήματα είδαμε ότι οι μεταβλητές που παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές με την ύπαρξη ή όχι του αυτοκτονικού ιδεασμού είναι το φύλο, το ιστορικό ψυχικών διαταραχών, το άγχος και η κοινωνική υποστήριξη. Για να δούμε ποιες από αυτές τις 4 μεταβλητές μπορούν να προβλέψουν την ύπαρξη ή όχι του αυτοκτονικού ιδεασμού εφαρμόζουμε ένα μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης με προβλεπτικές μεταβλητές αυτές τις 4 μεταβλητές και προβλεπόμενη μεταβλητή τον αυτοκτονικό ιδεασμό.

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 12, τα άτομα που αναφέρουν συμπτώματα άγχους έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης αυτοκτονικού ιδεασμού (OR 1.18) σε σχέση με τα άτομα που δεν εμφανίζουν συμπτώματα άγχους. Επιπλέον τα άτομα με ιστορικό ψυχικών διαταραχών έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης αυτοκτονικού ιδεασμού (OR 2.42) σε σχέση με τα άτομα που δεν αναφέρουν ιστορικό ψυχικών διαταραχών. Τέλος, από το μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης προέκυψε πως η μεταβλητή της κοινωνικής υποστήριξης έχει προστατευτικό αποτέλεσμα για τον αυτοκτονικό ιδεασμό. Όσο αυξάνει η κοινωνική υποστήριξη μειώνεται η πιθανότητα αυτοκτονικού ιδεασμού για το άτομο.

Πίνακας 13

Αυτοκτονικός ιδεασμός			
	O.R	P value	95% C.I
Άγχος	1.18	0.000	1.13-1.24
Κοινωνική υποστήριξη	0.85	0.003	0.77-0.95
Ιστορικό ψυχικών διαταραχών	2.42	0.001	1.43-4.12
Φύλο	0.99	0.996	0.58-1.74

Ηλικία	0.99	0.614	0.96-1.03
--------	------	-------	-----------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Αναφορικά με τον επιπολασμό του αυτοκτονικού ιδεασμού στην μελέτη μας φάνηκε ότι το 26,5% των συμμετεχόντων ανέφερε αυτοκτονικό ιδεασμό. Αυτό το αποτέλεσμα είναι όμοιο με κάποιες μελέτες από την διεθνή βιβλιογραφία όπου ο επιπολασμός σε νεαρούς ενήλικες κυμαίνεται έως 25% (Basta et al., 2021, Blasco et al., 2019; Economou et al., 2013). Στον Ελληνικό χώρο οι μελέτες αναφορικά με τον επιπολασμό του αυτοκτονικού ιδεασμού ή της αυτοκτονικότητας γενικότερα είναι λίγες. Σε άλλες, παλαιότερες, μελέτες στον ελληνικό χώρο, οι οποίες απευθύνονταν σε νεαρότερες ηλικίες, ο αυτοκτονικός ιδεασμός ήταν πολύ πιο χαμηλός (6%-8%) (Basta et al., 2021; Economou et al 2013).

Η διαφορά στον επιπολασμό συγκριτικά με τη δική μας μελέτη μπορεί να οφείλεται σε παράγοντες όπως την παγκόσμια κρίση λόγω της πανδημίας του COVID-19. Αναλογιζόμενοι το στρες εξαιτίας της κατάστασης της πανδημίας εύκολα μπορούμε να καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι οι νέοι ενήλικοι στον ελληνικό χώρο έρχονται αντιμέτωποι με σοβαρές ψυχοκοινωνικές πιέσεις.

Σε σύνδεση με το παραπάνω εύρημα το κύριο αποτέλεσμα αυτή της έρευνας μάς δείχνει ότι το άγχος σε νέους ενήλικες επηρεάζει τον αυτοκτονικό ιδεασμό. Μερικά από τα σημαντικότερα ευρήματα ήταν ότι όσο αυξάνει η τιμή του άγχους τόσο αυξάνει η πιθανότητα του αυτοκτονικού ιδεασμού. Στην βιβλιογραφία είδαμε πως τόσο τα συμπτώματα κατάθλιψης όσο και, σε μικρότερο βαθμό, τα συμπτώματα άγχους συνδέθηκαν έντονα και ανεξάρτητα με τον αυτοκτονικό ιδεασμό και στα δύο φύλα. Σημειωτέον, όσο μεγαλύτερη είναι η επιβάρυνση των συμπτωμάτων, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος αυτοκτονικού ιδεασμού. (Basta et al., 2021. Blasco et al., 2019). Βασισμένοι σε μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2010, μεταξύ των ατόμων που ανέφεραν ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας σε όλη τη ζωή, πάνω από το 70% είχε αγχώδη διαταραχή. Η παρουσία μιας αγχώδους διαταραχής συσχετίστηκε σημαντικά με την απόπειρα αυτοκτονίας (AOR=1,70, 95% CI: 1,40–2,08) (Nepon, J., Belik, S. L., Bolton, J., & Sareen, J., 2010).

Το ιστορικό των ψυχικών διαταραχών των ερευνώμενων επηρεάζει, επίσης τον αυτοκτονικό ιδεασμό, γεγονός που το έχουμε εντοπίσει και στην βιβλιογραφία, όπου κατά τους Simon & Hales σε πολλές περιπτώσεις αυτοκτονίας πληρούνται διαγνωστικά κριτήρια ψυχικής ασθένειας. Είχαμε αναφέρει πως η ψυχική νόσος είναι σημαντικός αν όχι ο σημαντικότερος παράγοντας καθώς σε πολλές μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι το 95% των ατόμων που

αυτοκτόνησαν έπασχαν από τουλάχιστον μια ψυχική διαταραχή (Νηματούδης Ι. Αλ, 2011). Τόσο τα συμπτώματα κατάθλιψης όσο και, σε μικρότερο βαθμό, τα συμπτώματα άγχους συνδέθηκαν έντονα και ανεξάρτητα με τον αυτοκτονικό ιδεασμό και στα δύο φύλα. Σημειωτέον, όσο μεγαλύτερη είναι η επιβάρυνση των συμπτωμάτων, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος αυτοκτονικού ιδεασμού. (Basta et al., 2021. Blasco et al., 2019, Fonceca Pedrero et al., 2018)

Ο αυτοκτονικός ιδεασμός στην μελέτη μας δεν επηρεάζεται από την ηλικία, παρόλα αυτά η αυτοκτονία ήταν η τέταρτη κύρια αιτία θανάτου σε ηλικίες 15-29 ετών παγκοσμίως το 2019 (WHO,2021).

Στη μελέτη μας φάνηκε πως το φύλο επηρεάζει τον αυτοκτονικό ιδεασμό με τους άντρες να εμφανίζουν χαμηλότερες τιμές σε σχέση με τις γυναίκες. Στη διεθνή βιβλιογραφία, φαίνεται πως το γυναικείο φύλο σε συνδυασμό με ιστορικό κατάθλιψης εμφανίζει μεγαλύτερα ποσοστά αυτοκτονικών ιδεών έναντι των αντρών. Παρ όλα αυτά κατά την ολοκλήρωση αυτοκτονιών το ποσοστό των αντρών φαίνεται να είναι μεγαλύτερο (Bernal et al., 2007).

Αναφορικά με την κοινωνική υποστήριξη παρατηρήσαμε ότι μειώνεται η πιθανότητα του αυτοκτονικού ιδεασμού. Στη διεθνή βιβλιογραφία η κοινωνική υποστήριξη είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες για την πρόληψη των αυτοκτονιών. Κατά τον Durkheim (1951), η κοινωνική υποστήριξη είναι ένας παράγοντας κρίσιμος σε αρκετές θεωρίες της αυτοκτονίας (Durkheim, 1951, Van Order et al, 2005, O'Connor, 2011). Έχει διαπιστωθεί ότι η ύπαρξη ενεργών και διαθέσιμων διαπροσωπικών σχέσεων επηρεάζει σημαντικά θετικά την ψυχική υγεία του ατόμου. Η ύπαρξη κοινωνικών δικτύων εξασφαλίζει στα άτομα κοινωνικούς ρόλους έχοντας την αίσθηση του ανήκειν, θετικές εμπειρίες καθώς μοιράζεται το άτομο αρκετά γεγονότα που φέρουν την κοινωνική επιβράβευση (Zunzunegui, M. V., Alvarado, B. E., Del Ser, T., & Otero, A., 2003).

Επιπλέον σε πολλές διεθνείς μελέτες αναφέρεται πως οι συνέπειες της μη κοινωνικής υποστήριξης, όπως η μοναξιά και οι κοινωνική απομόνωση είναι σοβαροί παράγοντες αυτοκτονικής συμπεριφοράς εξαιτίας της αίσθησης περιθωριοποίησης και της αίσθησης μη υποστήριξης (Calati et al., 2019)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Στην παρούσα μελέτη, οφείλουμε να αναφέρουμε κάποιους περιορισμούς.

Αρχικά, ο σχεδιασμός της ως συγχρονική, δημιουργεί αδυναμία στην αιτιολογική ερμηνεία των συσχετίσεων. Γι' αυτό τον λόγο, ο σχεδιασμός μιας προοπτικής μελέτης, τους παράγοντες που επιδρούν στον αυτοκτονικό ιδεασμό διαχρονικά θα βοηθούσε στη δημιουργία αιτιολογικών συσχετίσεων.

Ένας άλλος περιορισμός της μελέτης μας αφορά τη μελέτη αυτοκτονικών σκέψεων και όχι πραγματικών προσπαθειών αυτοκτονίας. Είναι γεγονός ότι ανάμεσα στην απόπειρα αυτοκτονίας και τον αυτοκτονικό ιδεασμό οι μηχανισμοί διαφέρουν. Επιπλέον οι παράγοντες κινδύνου που συσχετίζονται με αυτοκτονικό ιδεασμό είναι διαφορετικοί από τους παράγοντες κινδύνου που συσχετίζονται με απόπειρες αυτοκτονίας (Basta et al., 2021; Albanese et al., 2019; May A.M & Klonsky A.D., 2016). Δεν μπορούμε να παραβλέψουμε όμως ότι, ο αυτοκτονικός ιδεασμός εξακολουθεί να αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για απόπειρες (May A.M & Klonsky A.D., 2016). Επιπλέον, ο αυτοκτονικός ιδεασμός αφορά μια ψυχιατρική έκτακτη ανάγκη, που καθιστά άμεση εισαγωγή του ατόμου στο νοσοκομείο και μετέπειτα παρακολούθηση και υποστήριξη του ατόμου. Συνεπώς δε μπορεί να αμφισβητηθεί και η σημαντική επιβάρυνση του αυτοκτονικού ιδεασμού για το σύστημα υγείας (Basta et al., 2021).

Επιπλέον η αυτοαναφερόμενη πληροφορία αυτοκτονικών σκέψεων και ευχών θανάτου με βάση ένα μόνο ερώτημα δεν μπορούν να αποκλείσουν την πιθανότητα μεροληψίας. Παρόλα αυτά στη διεθνή βιβλιογραφία φαίνεται πως η αντιμετώπιση της αυτοκτονίας χρησιμοποιώντας αυτοαναφερόμενα δεδομένα σε πληθυσμιακές μελέτες είναι μια αποδεκτή και έγκυρη μέθοδος (Basta et al., 2021)

Επίσης, στην παρούσα μελέτη προσδιορίσαμε την κοινωνική υποστήριξη με περισσότερους αυτοαναφερόμενους όρους και δε λάβαμε καθόλου υπόψη μας ποιοτικές μετρήσεις αναφορικά με την ικανοποίηση των συμμετεχόντων από την κοινωνική υποστήριξη. Η απουσία ποιοτικών μετρήσεων της κοινωνικής υποστήριξης ίσως να μας οδήγησε σε μη ακριβή ερμηνεία των αποτελεσμάτων των κοινωνικών σχέσεων. Παρόλα αυτά στην πλειοψηφία των μελετών η κοινωνική υποστήριξη προσδιορίζεται με αυτοαναφερόμενους όρους.

Εξαιτίας του διαδικτυακού τρόπου χορήγησης του ερωτηματολογίου, για τον προσδιορισμό του άγχους βασιστήκαμε σε αυτοαναφερομενο ερωτηματολόγιο και όχι σε κλινική εκτίμηση. Παρόλα αυτά, η κλίμακα GAD-7 είναι ένα καλά επικυρωμένο εργαλείο

προσυμπτωματικού ελέγχου με καλή ευαισθησία και ειδικότητα για την ανίχνευση συμπτωμάτων άγχους (Spitzer et al., 2006).

Τέλος, στη μελέτη αυτή δε συμπεριλάβαμε συμπεριφορές υγείας όσον αφορά τη χρήση ουσιών και αλκοόλ, που αφορούν σημαντικούς παράγοντες προσδιορισμού του άγχους και του αυτοκτονικού ιδεασμού. Όσον αφορά το ερωτηματολόγιο, δεν προσθέσαμε απαντήσεις για την χρήση ουσιών και αλκοόλ, που μπορεί να ήταν σημαντικά για τα αποτελέσματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Οι τελευταίες ψυχοκοινωνικές αλλαγές που έφερε η πανδημία έχουν επηρεάσει τους νέους ενήλικες σημαντικά. Συγκριτικά με παρόμοιες προηγούμενες μελέτες στον ελληνικό χώρο, ο αυτοκτονικός ιδεασμός ήταν πολύ πιο χαμηλός (6%-8%) (Basta et al., 2021; Economidou et al 2013) σε σχέση με την έρευνα μας, όπου έχει πολύ μεγαλύτερες μετρήσεις (26,5%). Άλλωστε κατά την διάρκεια της πανδημίας στην βιβλιογραφία έχει φανεί ότι οι αυτοκτονικές συμπεριφορές και ψυχικά προβλήματα έχουν αυξηθεί (Fitzpatrick, Kevin M., Harris, Casey, Grant, Drawve. 2020).

Ο έλεγχος των μεταβλητών στην έρευνά μας που προβλέπουν στατιστικά σημαντικά τον αυτοκτονικό ιδεασμό, δείχνει ότι αυτές είναι το άγχος, το ιστορικό ψυχικών διαταραχών και η κοινωνική υποστήριξη.

Κάνοντας ανασκόπηση στην βιβλιογραφία, παρατηρήσαμε ότι η πρόληψη για την αυτοκτονία στην Ελλάδα είναι ελλιπής, κυρίως όσον αφορά στα προγράμματα και τις ενημερώσεις του Υπουργείου Υγείας, άρα σημαντική είναι η ενίσχυση Σημαντική έλλειψη έχει παρατηρηθεί στην εκπαίδευση των κοινωνικών λειτουργών για την αυτοκτονία και την αντιμετώπιση ατόμων με αυτοκτονικό ιδεασμό. Αυτό καθιστά τους μελλοντικούς επαγγελματίες ακατάλληλα προετοιμασμένους για τυχόν εξυπηρέτηση ατόμων με αυτοκτονικό ιδεασμό.

Μια ακόμη πρόταση μας είναι η ενημέρωση καθηγητών και η εκπαίδευση μελλοντικών καθηγητών και δασκάλων στην αναγνώριση περιστατικών στο σχολείο. Η αυτοκτονία είναι πολύ συχνή στους εφήβους, σύμφωνα με την Κλίμακα, κάτι που μπορεί να αποφευχθεί με την έγκαιρη προσφορά βοήθειας από το σχολικό περιβάλλον και παρέμβαση από ειδικούς.

Σημαντικό ποσοστό αυτοκτονιών γίνεται να προληφθεί από την πρώτη επαφή των κοινωνικών λειτουργών στην λήψη του κοινωνικού ιστορικού εφαρμόζοντας κατάλληλες κλίμακες στην διάρκεια της συνέντευξης. Αυτό επίσης θα είναι περισσότερο αποτελεσματικό

σε συνδυασμό με την κατάλληλη εκπαίδευση των κοινωνικών λειτουργών στην αναγνώριση και αντιμετώπιση των ατόμων με αυτοκτονικότητα.

Με βάση τα παραπάνω κρίνουμε επιτακτική την ανάγκη για πρακτικές πρόληψης του αυτοκτονικού ιδεασμού.

Οι ασθενείς μετά την νοσηλεία τους και που πήραν πρόσφατα εξιτήριο συχνά στερούνται κοινωνικής υποστήριξης και μπορεί να αισθάνονται απομονωμένοι μόλις φύγουν από τη δομή φροντίδας. Το Follow-up και η κοινοτική υποστήριξη έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές στη μείωση των θανάτων από αυτοκτονίες και των αποπειρών σε ασθενείς που έλαβαν πρόσφατα εξιτήριο. Τα επαναλαμβανόμενα follow-ups είναι μια χαμηλού κόστους παρέμβαση που είναι εύκολη στην εφαρμογή. Αυτό είναι ιδιαίτερα χρήσιμο σε χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος χώρες όπως η Ελλάδα. Η παρέμβαση μπορεί να περιλαμβάνει τηλεδιασκέψεις, τηλεφωνικές κλήσεις ή σύντομες αυτοπροσώπως επισκέψεις (ανεπίσημες ή επίσημες). Η συμμετοχή της διαθέσιμης κοινοτικής υποστήριξης – όπως οικογένεια, φίλοι, συνάδελφοι, Κέντρα Υγείας ή Το.μ.Υ. – στη μετέπειτα φροντίδα είναι σημαντική καθώς αυτά τα άτομα μπορούν να παρακολουθούν τακτικά τους ανθρώπους και να ενθαρρύνουν την τήρηση της θεραπείας (WHO, 2014).

Ακόμη μία πρόταση είναι να αναπτυχθούν αποτελεσματικές στρατηγικές για την αξιολόγηση και διαχείριση αυτοκτονικών συμπεριφορών. Οδηγός Παρέμβασης του ΠΟΥ συνιστά τη συνολική αξιολόγηση των ατόμων που παρουσιάζουν σκέψεις, σχέδια ή πράξεις αυτοτραυματισμού/αυτοκτονίας. Ο οδηγός προτείνει, επίσης, να ερωτάται οποιοδήποτε άτομο άνω των 10 ετών που βιώνει χρόνιο πόνο ή οξεία συναισθηματική δυσφορία, σκέψεις, σχέδια ή πράξεις αυτοτραυματισμού/αυτοκτονίας. Θα πρέπει να γίνει προσεκτική αξιολόγηση μέσω κλινικών συνεντεύξεων. Επιπροσθέτως χρειάζεται εκπαίδευση και κατάρτιση εργαζομένων στον τομέα της υγείας, με επίκεντρο το προσωπικό επείγουσας περίθαλψης, για να διασφαλιστεί ότι η παρέχεται ψυχοκοινωνική υποστήριξη σε όσους έχουν ανάγκη και ότι υπάρχει συστηματικό follow-up και υποστήριξη της κοινότητας (WHO, 2014).

Η εκπαίδευση των υγειονομικών εργαζομένων στην αξιολόγηση και διαχείριση των ψυχικών διαταραχών και των διαταραχών χρήσης ουσιών είναι ένας βασικός τρόπος για να προχωρήσουμε πρόληψη της αυτοκτονίας. Ένας μεγάλος αριθμός από αυτούς που πεθαίνουν από αυτοκτονία είχαν επαφή με ειδικούς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας εντός ενός μήνα πριν από την αυτοκτονία. Η εκπαίδευση των εργαζομένων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ώστε να αναγνωρίζουν την κατάθλιψη και άλλες ψυχικές διαταραχές και να διεξάγουν λεπτομερείς αξιολογήσεις σε άτομα υψηλού κινδύνου αυτοκτονίας είναι ιδιαίτερα σημαντική για την πρόληψη της αυτοκτονίας.

Η εκπαίδευση θα πρέπει να συμβαίνει συνεχώς ή επανειλημμένα επί χρόνια και θα πρέπει να περιλαμβάνει την πλειοψηφία των εργαζομένων στον τομέα της υγείας σε μια περιοχή ή χώρα. Είναι σημαντικό, ωστόσο, να ληφθεί υπόψη το γεγονός ότι πολλαπλοί παράγοντες σχετίζονται με την κακή αξιολόγηση και διαχείριση των δεξιοτήτων των εργαζομένων στον τομέα της υγείας – όπως η χαμηλή πνευματική υγειονομική παιδεία και εμπειρία, το στίγμα, η έλλειψη συνεργασίας με ψυχιάτρους και οι ανεπαρκείς δεξιότητες στις συνεντεύξεις. Αντιμετωπίζοντας αυτά ζητήματα, για παράδειγμα μέσω προγραμμάτων ή σπουδών εκπαίδευσης και κατάρτισης, μπορεί, επομένως, να είναι σημαντικό για τη βελτίωση της αξιολόγησης και διαχείρισης και κατ' εξακολούθηση της επιτυχημένης πρόληψης της αυτοκτονίας (WHO, 2014).

Βιβλιογραφία

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Ανωγειανάκης Γ., Καραγιαννίδου Μ., Παπαλιάγκας Β.,(2015) *Αγχώδεις διατραχές*. Κοινοτική Πρωτοβουλία INTERREG III/CARDS Ελλάδα – Αλβανία. Ανακτήθηκε στις 20 Μαΐου 2021 <https://cutt.ly/9W45buC>
- Δημητρίου, Χ., Ε. (1995) *Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά στην Ελλάδα: δημογραφικά και κλινικά ευρήματα*. Ψυχιατρική, 6, σ. 260-269.
- Διαγνωστικά Κριτήρια DSM-IV-TR, 2004, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα
- Διαδικτυακός τόπος Διαβουλεύσεων Υπουργείου Υγείας, «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας» Ανακτήθηκε στις 7 Σεπτεμβρίου 2021 <https://cutt.ly/OWM4cqQ>
- Διαδικτυακός τόπος του φορέα ΚΛΙΜΑΚΑ (Κέντρο Ημέρας για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας) Ανακτήθηκε στις 10 Σεπτεμβρίου 2021 <https://cutt.ly/1WM7FvE>
- Σολδάτος Κ., Λύκουρας Λ. (2007). *Σύγγραμμα Ψυχιατρικής*, Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα
- Παπαδημητρίου Γ. Ν., ΙΑ Λιάππας, Ε Λύκουρας (2013) *Σύγχρονη Ψυχιατρική*. Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα
- Ζυγά Σ., Κούκια Ε., Μητρούση Σ., Τραυλός Α.,(2013) *Θεωρίες άγχους: Μία κριτική ανασκόπηση*. Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης. 6(1) 21-27. Ανακτήθηκε στις 22 Ιανουαρίου 2021 <https://cutt.ly/hRkZSxz>
- Καλέμη Γ., Π.Μπάλη, Α.Δουζένης, (2015) *Μοναξιά και αυτοκτονικότητα*. ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ. Ανάκτηση 16 Ιανουαρίου 2021 <https://cutt.ly/YW9zn80>
- Καλλινικάκη Θ.(2011), *Εισαγωγή στη Θεωρία και την Πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας*, εκδ. ΤΟΠΟΣ, Αθήνα.
- Καλπάκογλου Θ.(2013) *Άγχος και πανικός – Γνωσιακή θεωρία και θεραπεία*. Ψηφιακή έκδοση. Ανακτήθηκε στις 30 Μαρτίου 2021 <https://cutt.ly/oRkZIBx>

- Καμύ Α.,(1942) *Ο μύθος του Σίσυφου*. Δοκίμιο πάνω στο παράλογο, μτφρ. Νίκη Καρακίτσου-Ντουζέ, Μαρία Κασαμπάλου-Ρομπλέν, εκδ. Καστανιώτης, Αθήνα 2007, σ. 3
- Κατσαδώρος Β.Κ. Μπεκιάρη Η. Ε. (2017), *Οδηγός για την Αναγνώριση του Αυτοκαταστροφικού Ασθενή* Ανάκτηση 16 Ιανουαρίου 2021 <https://cutt.ly/ejjdGIE>
- Κλίμακα Μύθοι. Ανακτήθηκε στις 10 Μαρτίου 2021 <https://cutt.ly/cRkZXHn>
- Κλίμακα Όροι και Στοιχεία, *Μιλώντας για την αυτοκτονία* Ανακτήθηκε στις 12 Δεκεμβρίου 2020 <https://cutt.ly/TRkZKEJ>
- Κονταξάκης, Β., Λύκουρας, Λ., & Χαβάκη- Κονταξάκη, Μ. (2013). *Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά*. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
- Κονταξάκης Β., Χαβάκη-Κονταξάκη Μ., Λύκουρας Λ., (2013), *Αυτοκτονικότητα: Εισαγωγή, Ορισμοί, Επιδημιολογικά Δεδομένα* Αθήνα Ανακτήθηκε στις 4 Δεκεμβρίου 2020 <https://cutt.ly/YjjOLZf>
-
- Κοντογιάννης Σ., (2001) *Η αυτοκτονία και η θέση της Ορθόδοξης Εκκλησίας*, Αθήνα Ανακτήθηκε στις 20 Δεκεμβρίου 2020 <https://cutt.ly/kjjUd4o>
-
- Κουβαράκη Ε., Λεμονούδη Μ. *Γνωσιακά – συμπεριφοριστικά μοντέλα πρόληψης και παρέμβασης στην αυτοκτονικότητα*. Εταιρία Γνωσιακών Συμπεριφοριστικών Σπουδών. Ανακτήθηκε στις 14 Φεβρουαρίου 2021 από <https://cbt.edu.gr/erg/node/254>
- Κουλούρη Αγορίτσα. (2009). *Αυτοκαταστροφική Συμπεριφορά και Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*. NOSILEFTIKI. 48. 292-299. Ανακτήθηκε στις 6 Σεπτεμβρίου 2021 <https://cutt.ly/IW49E3t>
- Kring A. M., Davison G.C., Neale J.M., Johnson S.L., (2010) *Ψυχοπαθολογία*. Εκδ. Gutenberg Αθήνα
- Μανδραβέλης Π. (1999) *Η ιστορία της αυτοκτονίας*. «New Millennium» της εφημερίδας «Τύπος της Κυριακής» Ανακτήθηκε στις 5 Δεκεμβρίου 2020 <https://cutt.ly/zW97YGk>
- Μάνου, Ν. (1997) *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. University Studio Press, Θεσσαλονίκη

- Μουζάκη Μ. (2014), *Το φαινόμενο των αυτοκτονιών στην σημερινή συγκυρία*. (Διπλωματική εργασία) Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Κόρινθος Ανακτήθηκε στις 26 Οκτωβρίου 2021 από <https://cutt.ly/gROPxDI>
- Μπελεγρίνος Σ., Θ. Ζάχαρης, Ε. Φραδέλος. (2014) *Η αυτοκτονία ως κοινωνικό και ψυχολογικό φαινόμενο*. Επιστημονικά Χρονικά 370-379. Ανακτήθηκε στις 19 Δεκεμβρίου 2020 <https://cutt.ly/TW95maC>
- Νηματούδης Ι. Αλ.(2011) *Παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία και απόπειρα αυτοκτονίας* Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης Ανακτήθηκε στις 14 Ιανουαρίου 2021 <https://cutt.ly/nW9zwVU>
- Ντούνης Α., (2016) *Η μελέτη της Αυτοκτονίας: Μια σύνοψη του διάσημου έργου του Emile Durkheim* Ανακτήθηκε στις 14 Δεκεμβρίου 2020 <https://cutt.ly/yjTlqP>
- Ντυρκέμ Εμίλ (1978), *Κοινωνικές αιτίες της αυτοκτονίας*, εκδ. Γερ. Αναγνωστίδη, σελ. 18.
- Παπαδακάκη Μαρία (2015), *Εφαρμογές Καλών Πρακτικών Ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας - Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην ομάδα υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*, Ελληνικά Ακαδημαϊκά Συγγράμματα και Βοηθήματα www.kalipos.gr , 122-133 Ανακτήθηκε στις 10 Σεπτεμβρίου 2021 <https://cutt.ly/eRkZNdE>
- Παπαδημητρίου, Γ. Ν. (1995). *Κληρονομικότητα και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά*. Ψυχιατρική, τεύχος 6, σ. 242-250.
- Παπαδημητρίου ΓΝ, Λιάππας ΙΑ, Λύκουρας Ε (2013) *Σύγχρονη Ψυχιατρική*. Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα
- Παυλίδου Δ., (2014) *Η αυτοκτονία ως πρόβλημα της Φιλοσοφίας* (Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία) Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη Ανακτήθηκε στις 18 Δεκεμβρίου 2020 <https://cutt.ly/oW97VS6>
- Ποντισίδης Γ. , Μπελλάλη Θ. (2015) *Η Έννοια της Κοινωνικής Υποστήριξης και η Επίδρασή της στη Διαχείριση των Χρόνιων Νόσων*. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 8(4) Ανακτήθηκε στις 22 Ιουλίου 2021 <https://cutt.ly/ZW9nWC5>
- Πουλίδης Γ. Δημήτριος, (2016), *Η χρήση των Κοινωνικών δικτύων από τους εργαζόμενους στο χώρο εργασίας*. Διπλωματική εργασία. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας

- Σιδερή Ν., Σπυροπούλου Ε. 2015 *Αυτοκτονικός ιδεασμός και Ψυχικές Διαταραχές - Suicidal Ideation and Mental Disorders* (Πτυχιακή Εργασία) Τεχνολογικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδας, Πάτρα. Ανακτήθηκε στις 22 Ιανουαρίου <https://cutt.ly/OjjTyfW>
- Σολδάτος Κ., Λύκουρας Λ. 2007 *Σύγγραμμα Ψυχιατρικής Ιατρικής* Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα
- *Στατιστικές αιτίες θανάτου* (2017) EUROSTAT Ανακτήθηκε στις 23 Δεκεμβρίου 2020 <https://cutt.ly/wW97Fjv>
- Σταυριανάκος Κ., *ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑ- ΠΡΟΕΙΔΟΠΟΙΗΤΙΚΑ ΣΗΜΑΔΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ*. psykiatros.gr Accessed 20 May 2021 <https://cutt.ly/bW4274z>
- Τσόγκα Ε.,(2014) *Κατάθλιψη και αυτοκτονία*. (Πτυχιακή εργασία) Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Λεμεσός. Ανακτήθηκε στις 15 Σεπτεμβρίου 2021 <https://cutt.ly/WRkZM9f>
- Τσουβέλας Γ., Γιωτάκος Ο., Κονταξάκης Β., Παπασλάνης Θ. (2015) *Εποχικότητα και αυτοκτονίες στην Ελλάδα* Αθήνα 1ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Εταιρείας Έρευνας και Πρόληψης Αυτοκτονιών και Βίας. Ανάκτηση στις 20 Ιανουαρίου 2021 <https://cutt.ly/mWM50EC>
- Χλουβεράκης., Γ. (2002). *Εισαγωγή στη Στατιστική. Περιγραφές, μέθοδοι και εφαρμογές στην ψυχοπαιδαγωγική έρευνα*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα
- Bennett P. (2010) *Κλινική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία*. εκδ. Πεδίο
- Black W. Donald, Andreasen C. Nancy. (2015) *Εισαγωγή στην Ψυχιατρική*. Εκδ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε. Επιμέλεια ΝΗΜΑΤΟΥΔΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, ΙΑΚΩΒΙΔΗΣ ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- Albanese BJ, Macatee RJ, Stanley IH, Bauer BW, Capron DW, Bernat E, Joiner TE, Schmidt NB (2019) *Differentiating suicide attempts and suicidal ideation using neural markers of emotion regulation*. *J Affect D*
- APA Dictionary, Accessed 10 June 2021 <https://cutt.ly/aRkZ6yR>
- Avison W.R., McLeod J. D., Pescosolido B. A. (2007). *Mental Health, Social Mirror*. Springer. p. 333. Retrieved 5 September 2021. <https://cutt.ly/WW7uJ6I>
- Baldessarini R. J. (2019). Epidemiology of suicide: recent developments. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29, e71. Retrieved at 26 October 2021 from: <https://doi.org/10.1017/S2045796019000672>
- Basta, M., Micheli, K., Karakonstantis, S., Koutra, K., Dafermos, V., Drakaki, M., Soumaki, E., Simos, P., Anagnostopoulos, D., Vgontzas, A. N., & Papadakis, N. (2021). *Suicidal ideation in adolescents and young adults in Greece: prevalence and association with sociodemographic variables, mental health and substance use*. *European child & adolescent psychiatry*, 30(7), 1129–1136. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01747-0>
- Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha, T., de Graaf, R., Bruffaerts, R., Lépine, J. P., de Girolamo, G., Vilagut, G., Gasquet, I., Torres, J. V., Kovess, V., Heider, D., Neeleman, J., Kessler, R., Alonso, J., & ESEMED/MHEDEA Investigators (2007). *Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study*. *Journal of affective disorders*, 101(1-3), 27–34. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.09.018>
- Binder & Vavrinkova, Heilig, & Sarman, (2008), *Advisory Council for the Misuse of Drugs* (2003)
- Blasco MJ, Vilagut G, Almenara J, Roca M, Piqueras JA, Gabilondo A, Lagares C, Soto-Sanz V, Alayo I, Forero CG, Echeburua E, Gili M, Cebria AI, Bruffaerts R, Auerbach RP, Nock MK, Kessler RC, Alonso J (2019) *Suicidal thoughts and behaviors: prevalence and association with distal and proximal factors in Spanish University Students*. *Suicide Life Threat Behav* 49(3):881–898. <https://doi.org/10.1111/sltb.12491>
- Borza L. (2017). *Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety*. *Dialogues in clinical neuroscience*, 19(2), 203–208. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/lborza>

- Brådvik L. (2018). *Suicide Risk and Mental Disorders*. *International journal of environmental research and public health*, 15(9), 2028. Retrieved 24 October 2021 <https://doi.org/10.3390/ijerph15092028>
- Calati R, Ferrari C, Brittner M, Oasi O, Olie E, Carvalho AF, Courtet P (2019) *Suicidal thoughts and behaviors and social isolation: a narrative review of the literature*. *J Affect Disord* 245:653–667
- Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124(1), 3–21. Retrieved at 27 October 2021 from <https://doi.org/10.1037/0033-2909.124.1.3>
- Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Stanley, I., Hom, M. A., Tucker, R. P., Hagan, C. R., Rogers, M., Podlogar, M., Chiurliza, B., Ringer, F., Michaels, M., Patros, C., Joiner, T. (2017), “*The Interpersonal Theory of Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis of a Decade of Cross-National Research*” *Psychological Bulletin Journal* 143(12) 1313-1345 <https://cutt.ly/6W2y4xp> [retrieved at 23 February 2021]
- Czeisler, M. É., Lane, R. I., Petrosky, E., Wiley, J. F., Christensen, A., Njai, R., Weaver, M. D., Robbins, R., Facer-Childs, E. R., Barger, L. K., Czeisler, C. A., Howard, M. E., & Rajaratnam, S. (2020). *Mental Health, Substance Use, and Suicidal Ideation During the COVID-19 Pandemic - United States*. June 24-30, 2020. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 69(32), 1049–1057. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6932a1>
- Fitzpatrick, Kevin M., Harris, Casey, Grant, Drawve. (2020). *Living in the Midst of Fear: Depressive Symptomatology Among US Adults During the COVID-19 Pandemic*. *Depression and Anxiety*. DOI: [10.1002/da.23080](https://doi.org/10.1002/da.23080)
- Fonseca-Pedrero E, Inchausti F, Pe´rez-Gutie´rrez L, Aritio Solana R, Ortun˜o-Sierra J, Sa´nchez-Garci´a MA´, Lucas-Molina B, Domi´nguez C, Foncea D, Espinosa V, Gorri´a A, Urbiola-Merina E, Ferna´ndez M, Merina Di´az C, Gutie´rrez C, Aures M, Campos MS, Domi´nguez-Garrido E, de Albe´niz P, Iturriaga A (2018) *Suicidal ideation in a community-derived sample of Spanish adolescents*. *Rev Psiquiatria y Salud Mental* 11(2):76–85. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.07.004>
- Gratz, Kim. (2001). *Measurement of Deliberate Self-Harm: Preliminary Data on the Deliberate Self-Harm Inventory*. *Journal of Psychopathology and*

Behavioral Assessment. 23. 253-263. Retrieved at 17 March 2021 from <http://dx.doi.org/10.1023/A:1012779403943>

- Harris, E., & Barraclough, B. (1997). *Suicide as an outcome for mental disorders: A meta-analysis*. British Journal of Psychiatry, 170(3), 205-228. Retrieved at 16 May 2021 <https://doi.org/10.1192/bjp.170.3.205>
- Hidalgo, R. B., & Sheehan, D. V. (2012). *Generalized anxiety disorder*. Handbook of clinical neurology, 106, 343–362. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-52002-9.00019-X>
- ICD-11 World Health Organisation Accessed at 29 December 2021 <https://cutt.ly/pW7yFkI>
- International Society for the Study of Self-injury. (2018, May). *What is self-injury?* Retrieved 26 October 2021 from: <https://cutt.ly/OROIIm75>
- Jacobson, J. M., Osteen, P. J., Sharpe, T. L. and Pastoor, J. B. 2012. *Randomized Trial of Suicide Gatekeeper Training for Social Worker Students*. Research on Social Work Practice, 22(3), pp. 270-281 Retrieved at 27 October 2021 from <http://dx.doi.org/10.1177/1049731511436015>
- Keren Skegg (2005) *Self-harm* The Lancet Retrieved at 30th December 2020 <https://cutt.ly/ORkXo8H>
- Kimberly A. Van Orden, Tracy K. Witte, Kelly C. Cukrowicz, Scott Braithwaite, Edward A. Selby, and Thomas E. Joiner T(2011), “*The Interpersonal Theory of Suicide*” *Psychol Rev.* 117(2): 575–600 <https://cutt.ly/DW2y15X> [retrieved at 23 February 2021]
- Laios, K., Tsoukalas, G., Kontaxaki, M. I., Karamanou, M., & Androustos, G. (2014). *Suicide in ancient Greece. Psychiatrike = Psychiatriki*, Retrieved at 16 December 2020 from <https://cutt.ly/OW95dY1>
- Lawrence, R. E., Oquendo, M. A., & Stanley, B. (2016). *Religion and Suicide Risk: A Systematic Review*. Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research, 20(1), 1–21. Retrieved at 27 October 2021 from <https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1004494>
- Lykouras L., E. Poulakou-Rebelakou, C. Tsiamis, D. Ploumpidis (2013). *Suicidal behaviour in the ancient Greek and Roman world*, *Asian Journal of*

Psychiatry, Volume 6, Issue 6, Pages 548-551, ISSN 1876-2018, Retrieved at 26 October 2021 from <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2013.08.001>.

- Ma J, Batterham P. J, Callear A. L., Han J. (2016), *A systematic review of the predictions of the Interpersonal–Psychological Theory of Suicidal Behavior*, *Clinical Psychology Review*, Volume 46, Pages 34-45, ISSN 0272-7358, Retrieved at 31 October 2021 from <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.008>

- Madianos, Michael & Alexiou, Tatiana & Patelakis, Athanasios & Economou, Marina. (2014). *Suicide, Unemployment and Other Socioeconomic Factors: Evidence from the Economic Crisis in Greece*. *The European Journal of Psychiatry*. 28. 39-49. 10.4321/S0213-61632014000100004

- May AM, Klonsky ED (2016) *What distinguishes suicide attempters from suicide ideators? A meta-analysis of potential factors*. *Clin Psychol Sci Pract* 23(1):5–20. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12136>

- Nepon, J., Belik, S. L., Bolton, J., & Sareen, J. (2010). *The relationship between anxiety disorders and suicide attempts: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. *Depression and anxiety*, 27(9), 791–798. <https://doi.org/10.1002/da.20674>

- Okasha A. (1985) *The Self-Destructive Behaviour of Everyday Life*. In: Pichot P., Berner P., Wolf R., Thau K. (eds) *Clinical Psychopathology Nomenclature and Classification*. Springer, Boston, MA. Retrieved at 29 December 2020 https://doi.org/10.1007/978-1-4899-5049-9_146

- Orbach I. (2007). *Self-destructive processes and suicide*. *The Israel journal of psychiatry and related sciences*. Retrieved at 16 May 2021 <https://cutt.ly/BW2iH23>

- Piscopo, K. D. (2017). *Suicidality and Death by Suicide Among Middle-Aged Adults in the United States*. In *The CBHSQ Report*. (pp. 1–27). Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US). Retrieved at 27 October from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/nbk470850/>

- Racine M., (2018) *Chronic pain and suicide risk: A comprehensive review*, *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 87 (B), 269-280. Accessed at 20 April 2021 <https://cutt.ly/nW9zEh2>

- Showraki, M., Showraki, T., & Brown, K. (2020). *Generalized Anxiety Disorder: Revisited*. *The Psychiatric quarterly*, 91(3), 905–914. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09747-0>
- Simon RI and Hales RE (eds) (2012) *Textbook of Suicide Assessment and Management*, 2nd Edn. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing Co.
- Slater, T. (2014). *Exploring the role of social workers in suicide prevention*. Retrieved at 10 September 2021 <https://cutt.ly/OWM3qwB>
- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Lowe B (2006) *A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7*. *Arch Intern Med* 166(10):1092–1097
- Steketee, G. (2012). *The Oxford Handbook of Obsessive Compulsive and Spectrual Disorders*. In Calailary, E.J., Chick, M.H., Pontanelli, K.N., & Dejong, L.B. (Eds), *Phenomenology and EPidemiology of Obsessive Compulsive Disorder* (Pp. 11-48). New York: Oxford University Press.
- Tabachnick, N., Poze, P. & Fielder, E. (1972) *Theories of self-destruction*. *Am J Psychoanal* 32, 53–61. Retrieved at 30 April 2021 <https://doi.org/10.1007/BF01872484>
- Tsouvelas G., Orestis Giotakos, Efthalia Massou, George Konstantakopoulos (2019) *Seasonality and time-related aspects of suicides in Greece: an applied time-series analysis*. *Dialogues in Clinical Neuroscience & Mental Health*, Retrieved at January 14 2021 <https://cutt.ly/IWM59jt>
- Turecki G. (2014) *The molecular bases of the suicidal brain*. Canadian Institutes of Health Research Retrieved at 22 January 2021 <https://cutt.ly/EW9zYt3>
- Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). *Suicide and suicidal behaviour*. *Lancet* (London, England), 387(10024), 1227–1239. Retrieved at 2 February 2021 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES National Institutes of Health. *Social Anxiety Disorder: More Than Just Shyness*. Accessed at 30th May 2021
- Vladeta Ajdacic-Gross I, Mitchell G Weiss, Mariann Ring, Urs Hepp; Matthias Bopp; Felix Gutzwiller; Wulf Rössler, (2008) *Methods of suicide:*

international suicide patterns derived from the WHO mortality database. Retrieved 18 December 2020 <https://cutt.ly/OW9IZ3B>

- World Health Organization (2014), *Preventing suicide suicide A global imperative*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>

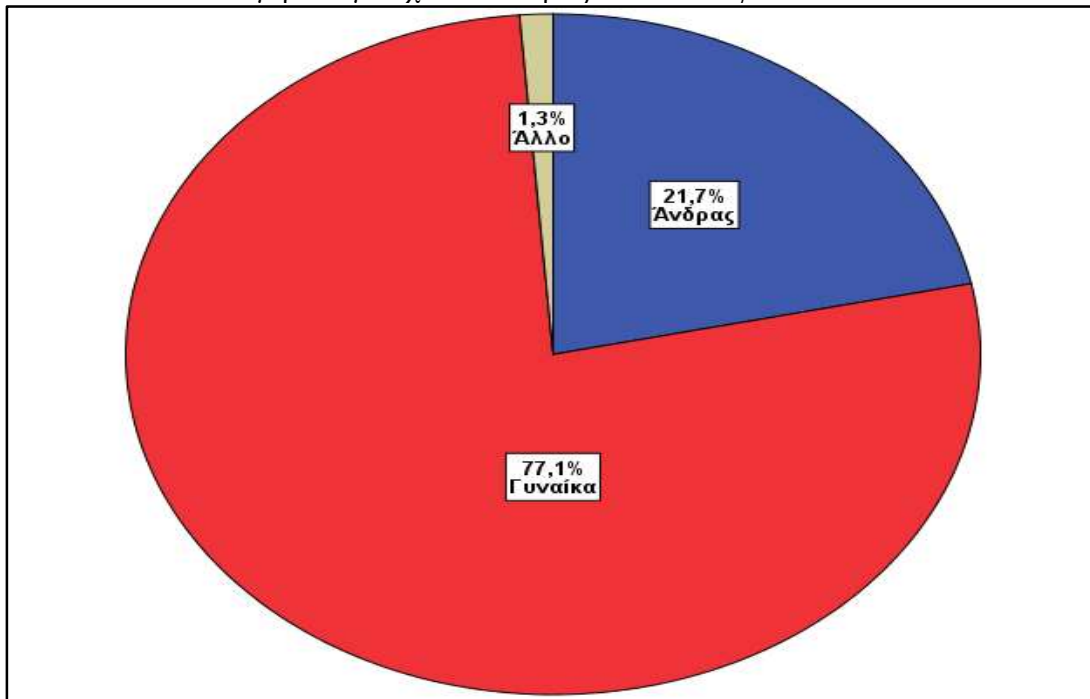
- World Health Organization (2018) National suicide prevention strategies progress, examples and indicators. World Health Organization, Geneva. https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/national_strategies_2019/en/

- Zunzunegui, M. V., Alvarado, B. E., Del Ser, T., & Otero, A. (2003). Social networks, social integration, and social engagement determine cognitive decline in community-dwelling Spanish older adults. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 58(2), S93–S100. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.2.s93> Retrieved at 17 June 2021.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

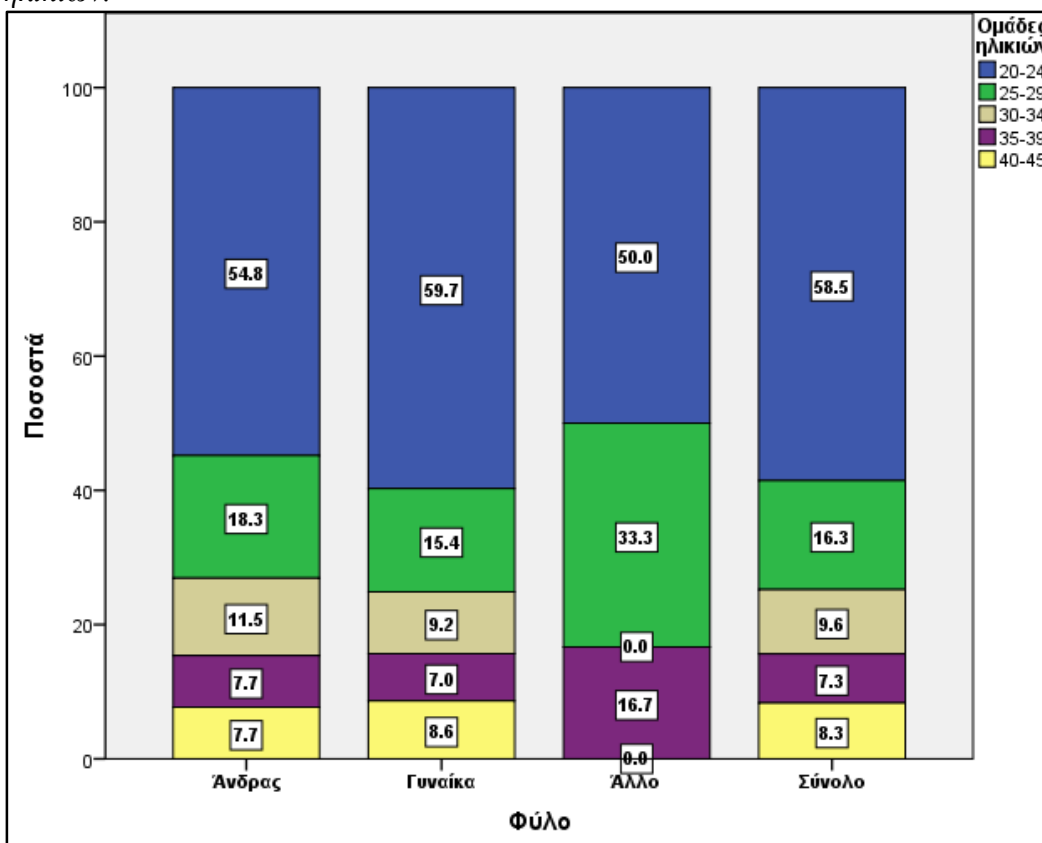
Γράφημα 1.1.

Ποσοστιαία κατανομή των μετεχόντων στην έρευνα κατά φύλο.



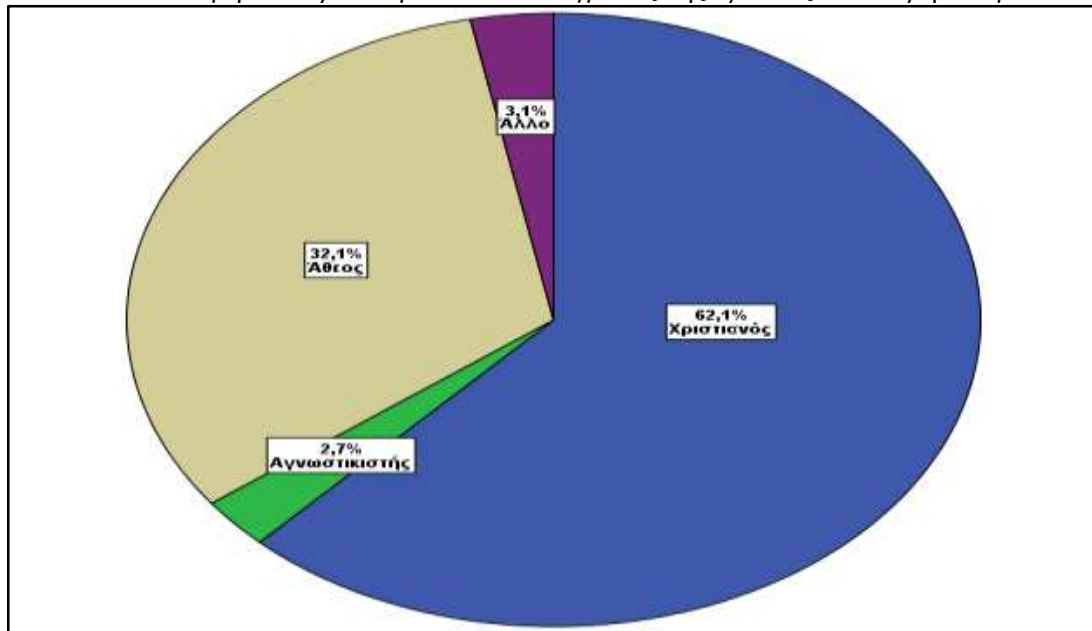
Γράφημα 1.2.

Ποσοστιαία κατανομή των ερευνωμένων του δείγματος της έρευνας κατά φύλο και ομάδες ηλικιών.



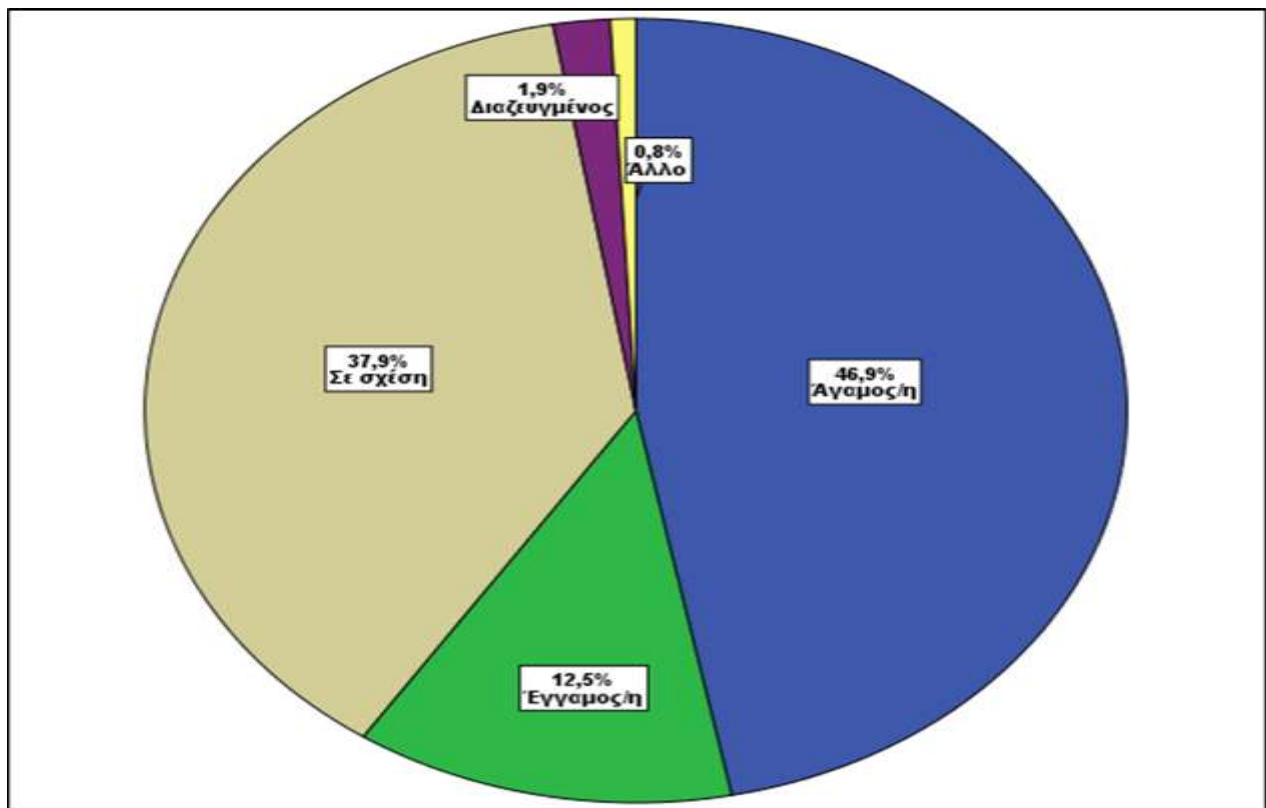
Γράφημα 1.3.

Ποσοστιαία κατανομή των ερευνημένων του δείγματος της έρευνας κατά θρήσκευμα.



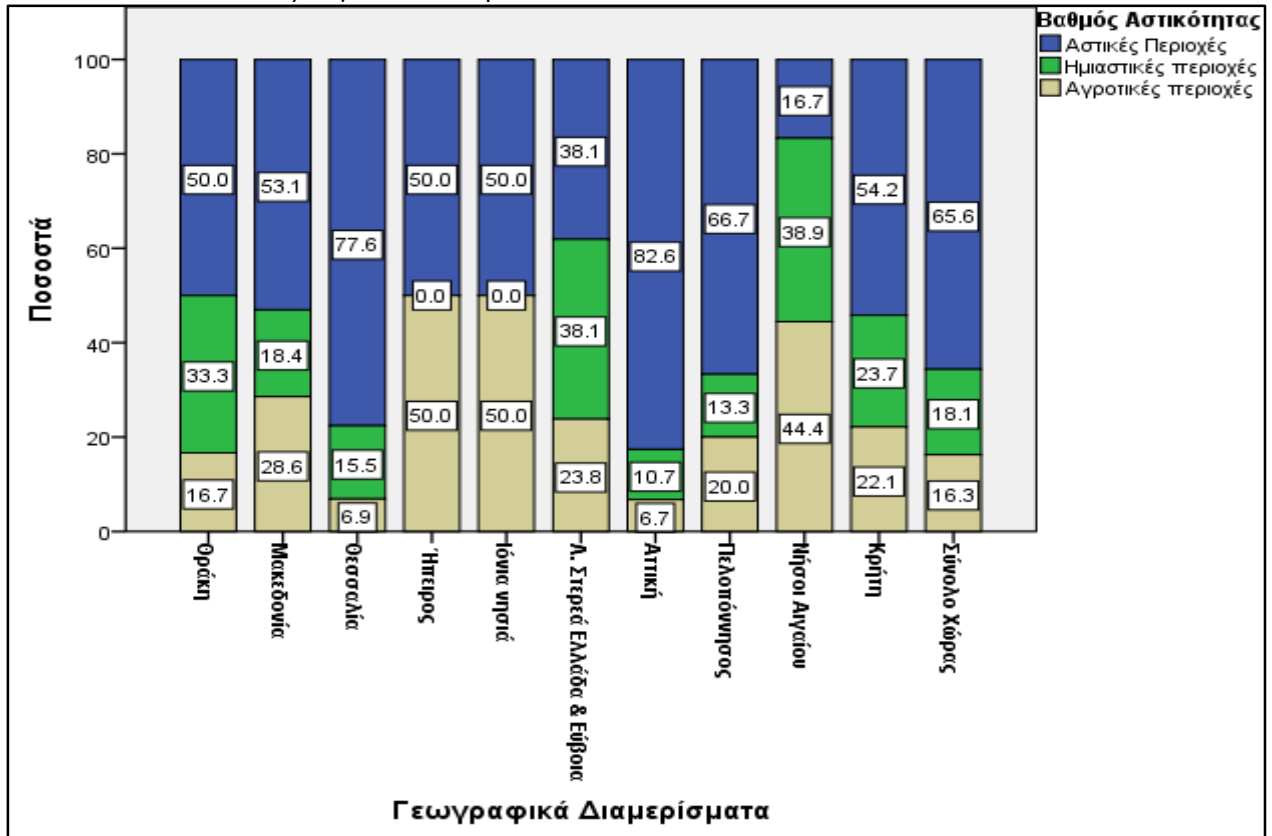
Γράφημα 1.4.

Ποσοστιαία κατανομή των ερευνημένων του δείγματος της έρευνας κατά οικογενειακή κατάσταση.



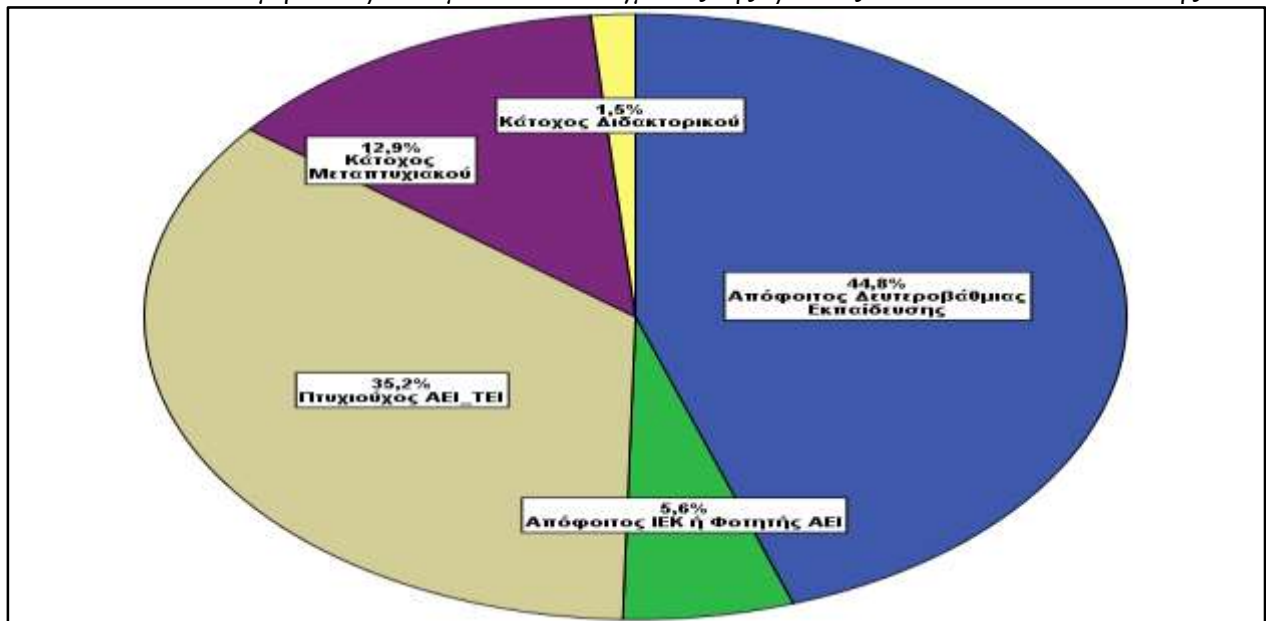
Γράφημα 1.5

Ποσοστιαία κατανομή των μελών του δείγματος της έρευνας ανάλογα το γεωγραφικό διαμέρισμα που κατοικούν και τον βαθμό αστικότητας.



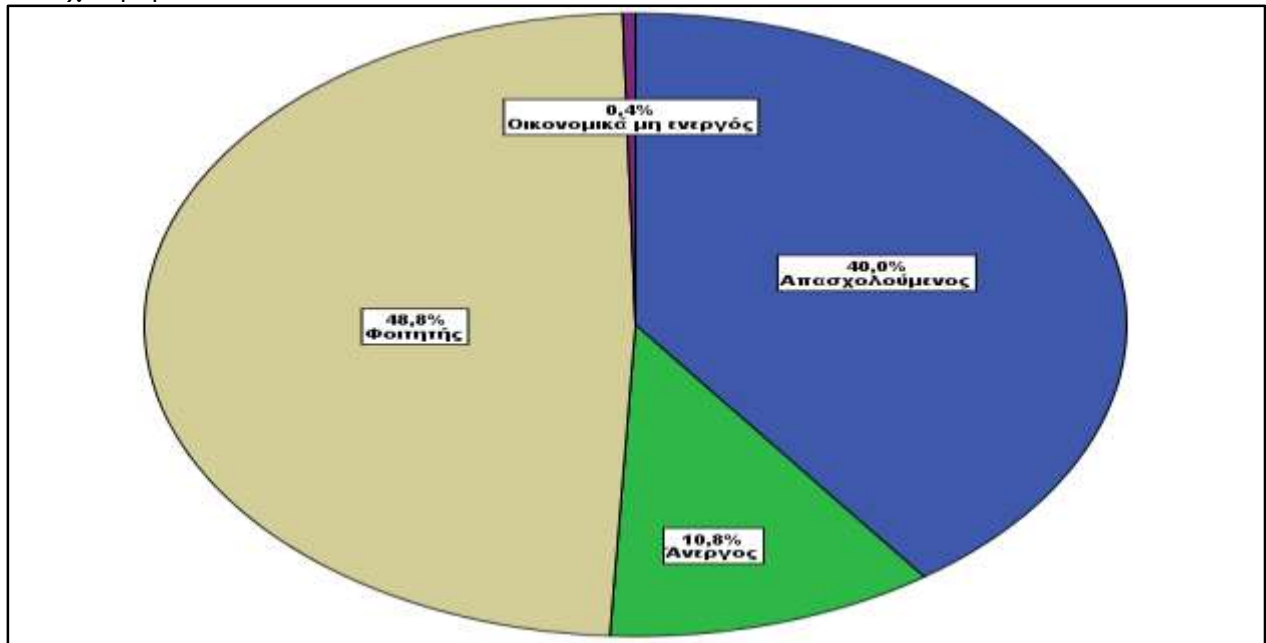
Γράφημα 1.6.

Ποσοστιαία κατανομή των ερευνωμένων του δείγματος της έρευνας κατά επίπεδο εκπαίδευσης



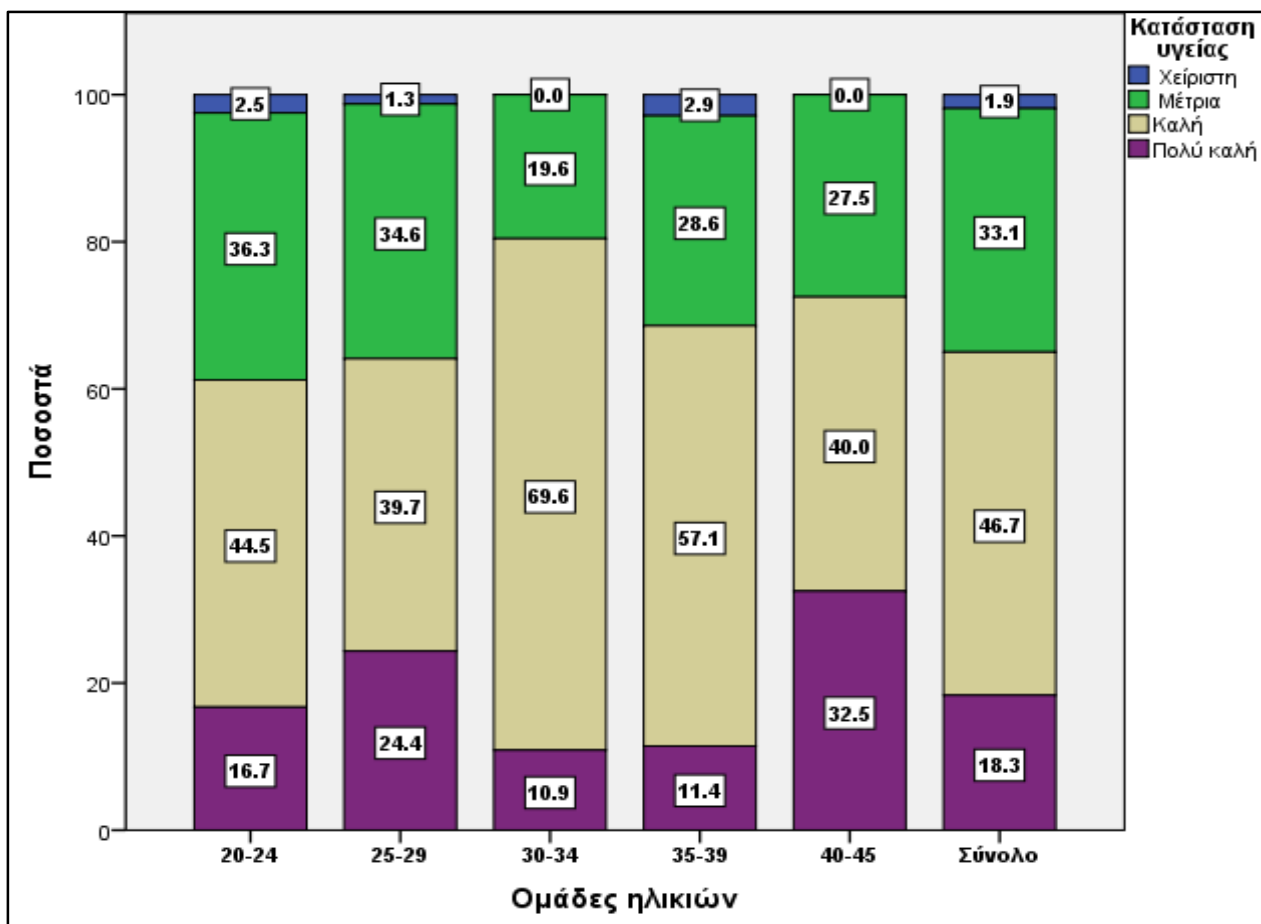
Γράφημα 1.7.

Ποσοστιαία κατανομή των ερευνωμένων του δείγματος της έρευνας κατά κατάσταση απασχόλησης.



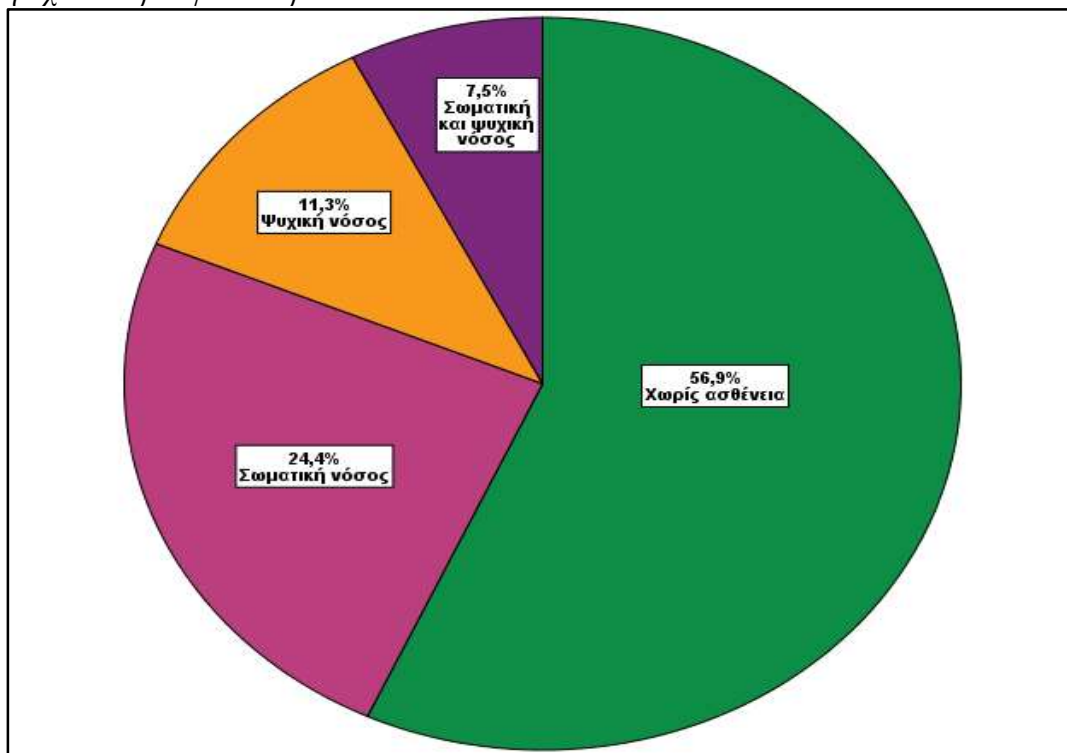
Γράφημα 1.8.

Ποσοστιαία κατανομή των ερευνωμένων του δείγματος της έρευνας κατά αξιολόγηση της υγείας και ηλικία.



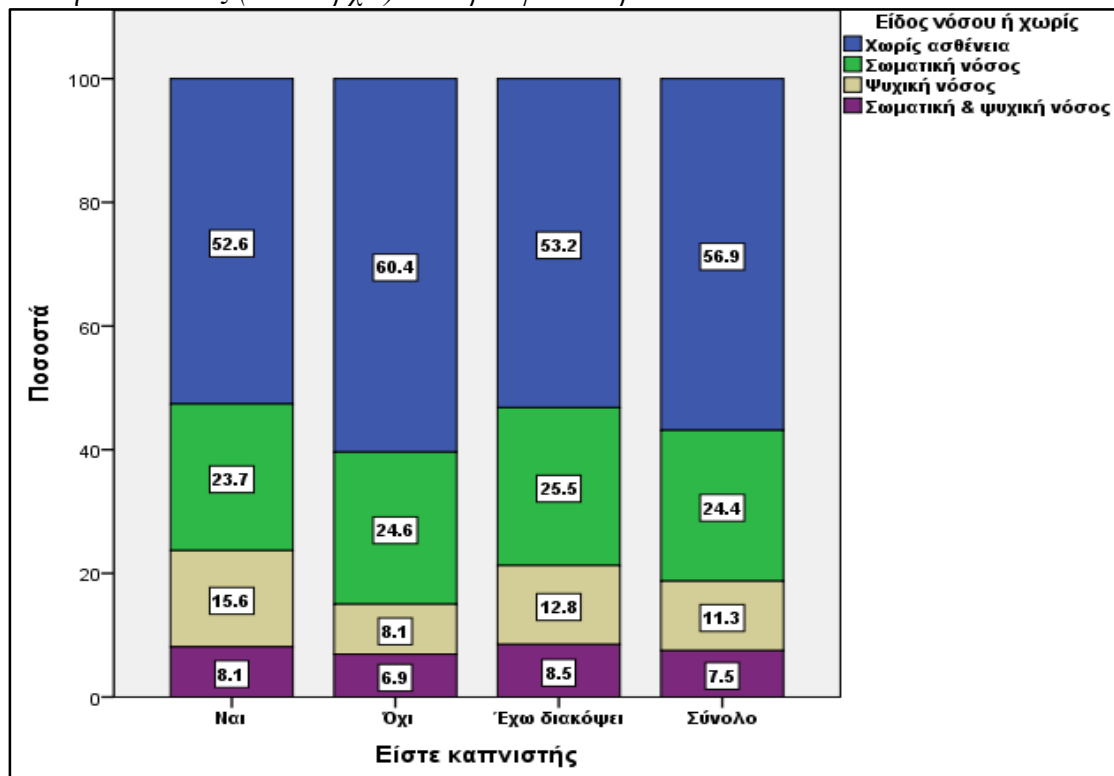
Γράφημα 1.9.

Ποσοστιαία κατανομή των ερευνωμένων του δείγματος ανάλογα με το είδος της νόσου που είχαν ή όχι στο πρόσφατο παρελθόν.



Γράφημα 1.10.

Ποσοστιαία κατανομή των ερευνωμένων του δείγματος ανάλογα με το αν είναι καπνιστές ή όχι και την νόσο τους (αν υπάρχει) στο πρόσφατο παρελθόν.



Γράφημα 1.11.

Ποσοστιαία κατανομή των ψυχικών ασθενειών των συγγενών όσων δήλωσαν ότι αυτές υπάρχουν.

