

Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΙΤΛΟ

**«ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΑΥΤΟΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΣΕ
ΦΟΙΤΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΣΤΟΝ ΕΛΛΑΔΙΚΟ ΧΩΡΟ»**

**“SELF-INJURY AND SUICIDE BEHAVIOURS AT STUDENT POPULATION
IN GREEK TERRITORY”**

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΚΟΥΤΡΑ ΚΛΕΙΩ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΗ ΕΥΤΥΧΙΑ

ΚΛΩΣΣΟΥ ΖΑΜΠΕΤΑ-ΕΥΣΤΑΘΙΑ

ΜΙΧΑΛΑ ΣΟΦΙΑ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2016

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στο σημείο αυτό θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους συνέβαλαν στην εκπόνηση αυτής της εργασίας, παρέχοντας μας πρακτική ή και πνευματική υποστήριξη.

Αρχικά λοιπόν να ευχαριστήσουμε την επιβλέπουσα καθηγήτρια της εργασίας μας, κυρία Κούτρα, για την στήριξη της προσπάθειάς μας, παρά τις όποιες δυσκολίες, την αμεσότητα και την ευστοχία των συμβουλών της καθώς και για την παρότρυνση της να αναλάβουμε μια εργασία στην συγκεκριμένη θεματολογία, που θεωρούμε ότι θα μας βοηθήσει απόλυτα στην μετέπειτα πορεία μας στον κλάδο.

Θα θέλαμε επίσης να ευχαριστήσουμε την Δρ. Ευφροσύνη Κοκαλιάρη, για την τιμή που μας έκανε να συνεργαστεί μαζί μας για την συγκεκριμένη έρευνα. Επίσης, να την ευχαριστήσουμε που με την παρακολούθηση της πορείας και της εξέλιξης της εργασίας μας, συνέβαλε σημαντικά στην ολοκλήρωση και παρουσίασή της.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	7
ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ - ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΤΑ ΦΑΙΝΟΜΕΝΑ	7
1.1. Η αυτοκτονία	7
1.2. Παράγοντες κινδύνου αυτοκτονίας	8
1.3. Μέθοδοι αυτοκτονίας	14
1.4. Ο αυτοτραυματισμός- γενικά στοιχεία	15
1.5. Παράγοντες κινδύνου αυτοτραυματισμού	17
1.6. Μέθοδοι αυτοτραυματισμού	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	21
ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ	21
2.1. Θεωρητική προσέγγιση της αυτοκτονίας	21
2.2. Θεωρητική προσέγγιση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	27
ΣΥΝΑΦΕΙΣ ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΤΟ ΔΙΕΘΝΗ ΧΩΡΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	30
ΣΥΝΑΦΕΙΣ ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΤΟ ΔΙΕΘΝΗ ΧΩΡΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	35
ΠΡΟΛΗΨΗ – ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΩΝ –ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ	35
5.1. Ταξινόμηση	35
5.2. Μέθοδοι αντιμετώπισης	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	45

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	45
6.1. Σκοπός και στόχοι της έρευνας	45
6.2. Διατύπωση ερευνητικών ερωτημάτων και υποθέσεων	45
6.3. Πεδίο Μελέτης – Επιλογή Δείγματος – Επιλογή του Πεδίου και του Πληθυσμού στον οποίο απευθύνεται η Έρευνα.....	46
6.4. Τεχνικές Συλλογής Στοιχείων – Μέσο / Εργαλείο Έρευνας – Μεθοδολογία Ανάλυσης Στοιχείων.....	49
6.5. Μεθοδολογία Ανάλυσης Στοιχείων.....	51
6.6. Μέθοδος δειγματοληψίας	52
6.7. Δυσκολίες που αντιμετωπίστηκαν στην έρευνα	53
ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ	54
7.1. Περιγραφική στατιστική	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8.....	67
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΖΗΤΗΣΗ	67
8.1. Συζήτηση.....	67
8.2 Γενικά συμπεράσματα.....	76
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	81
Ξενόγλωσση βιβλιογραφία	81
Ελληνική βιβλιογραφία.....	83
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	84

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια στον Ελλαδικό χώρο παρατηρείται δραματική αύξηση της θνησιμότητας τόσο στα άτομα νεαρής ηλικίας, όσο και σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Πρόσφατη μελέτη στην Ελλάδα αναφέρει αυξανόμενα ποσοστά αποπειρών αυτοκτονίας από Έλληνες εφήβους ηλικίας 14-18 ετών την περίοδο μεταξύ 1984 και 2007 (Kokkevi et al., 2011). Οι αυτοαναφερόμενες απόπειρες αυτοκτονίας διπλασιάστηκαν από 7% το 1984 σε 13,4% το 2007. Παράγοντες οι οποίοι συσχετίζονται με το φαινόμενο είναι το φύλο (θήλεα), το κάπνισμα, η χρήση παράνομων ουσιών, το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η μη διαβίωση και με τους δυο γονείς, η μη ικανοποιητική σχέση μαζί τους, οι επισκέψεις σε γιατρούς για ψυχολογικά προβλήματα, η κατάθλιψη, η αντικοινωνική συμπεριφορά και η χαμηλή αυτοεκτίμηση. Αν και οι απόπειρες αυτοκτονίας των νέων διπλασιάστηκαν, παράγοντες όπως το φύλο, η χρήση παράνομων ουσιών παρουσίασαν μείωση από το 1984 στο 2007 ενώ, σε αντιδιαστολή παρουσίασε αύξηση η χαμηλή αυτοεκτίμηση. Τα τελευταία έτη σημαντικές επιπτώσεις για την αύξηση των ποσοστών αυτοκτονιών των εφήβων διαδραμάτισαν η χαλάρωση των οικογενειακών δεσμών, η αυξημένη χρήση ουσιών αλλά και το στρες από τις απαιτήσεις των μαθημάτων (Κονταξάκης κ.α., 2013).

Με βάση όλα τα παραπάνω, η παρούσα πτυχιακή εργασία προτίθεται να συμβάλει στην επιπλέον γνώση και συγκέντρωση νέων δεδομένων. Με την τελείωση αυτής, θα παραμείνει ως αρχείο στο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης βάσει της οποίας θα μπορεί να υπάρχει εξέλιξη και περαιτέρω έρευνα επί του θέματος, να ενισχύσει την ήδη υπάρχουσα γνώση και να προσφέρει πιθανούς τρόπους αντιμετώπισης.

Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι να εξεταστούν τα φαινόμενα της αυτοκαταστροφικής και αυτοκτονικής συμπεριφοράς σε άτομα νεαρής ηλικίας. Στόχος είναι να εξεταστεί το υπόβαθρο, συναισθηματικό και κοινωνικό, για την εμφάνιση περιστατικών αυτοτραυματικής και αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Προς

επίτευξη του σκοπού αυτού θα εξεταστεί πλήρως το θεωρητικό υπόβαθρο των συγκεκριμένων φαινομένων, τα στατιστικά δεδομένα που σχετίζονται με τα συγκεκριμένα φαινόμενα, αλλά και η σημειολογία, τα αίτια και οι παράγοντες κινδύνου από τα οποία οδηγούνται τα άτομα στα φαινόμενα αυτά. Εκτός από τα ποσοστά εμφάνισης των φαινομένων αυτών, ιδιαίτερου ενδιαφέροντος είναι και η κοινωνική, οικογενειακή, φυλετική, θρησκευτική και σεξουαλική κατάσταση των ατόμων. Επίσης, ιδιαίτερα σημαντική είναι η εξέταση του ατόμου ως προς τις σκέψεις του σχετικά με τον αυτοτραυματισμό και την αυτοκτονία.

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 τόσο της αυτοκτονικής, όσο και της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς με συγκεκριμένες θεωρίες που έχουν αναπτυχθεί και η περαιτέρω ανάλυση των φαινομένων. Σε επόμενα κεφάλαια θα δούμε την επιδημιολογία των φαινομένων αυτών τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό και θα συγκριθούν τα δεδομένα με βάση το φύλο και την εθνικότητα αλλά και την θρησκεία. Κλείνοντας το θεωρητικό πλαίσιο της παρούσας εργασίας, στα δύο τελευταία κεφάλαια θα αναλυθούν οι παράγοντες που προκαλούν αυτοκαταστροφική συμπεριφορά ενώ στην συνέχεια θα εξεταστούν οι μέθοδοι για την πρόληψη τόσο της αυτοκαταστροφικής όσο και της αυτοκτονικής συμπεριφοράς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ - ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΤΑ ΦΑΙΝΟΜΕΝΑ

1.1. Η αυτοκτονία

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

«Για να κατηγοριοποιηθεί μία πράξη αυτό-προκαλούμενου θανάτου ως αυτοκτονία, θα πρέπει να έχει σκοπίμως ξεκινήσει και επιτελεστεί από το άτομο, έχοντας πλήρη γνώση της (ή προσδοκώντας την...) μοιραία(ς) έκβασή της».

Η αυτοκτονία είναι η πράξη της εκ προθέσεως πρόκλησης του θανάτου ενός ατόμου. Η αυτοκτονία συχνά πραγματοποιείται ως αποτέλεσμα της απελπισίας, η αιτία της οποίας συχνά αποδίδεται σε ψυχική διαταραχή όπως η κατάθλιψη, η διπολική διαταραχή, η σχιζοφρένεια, η διαταραχή προσωπικότητας, ο αλκοολισμός ή η κατάχρηση ναρκωτικών. Οι παράγοντες άγχους, όπως οι οικονομικές δυσκολίες ή τα προβλήματα με τις διαπροσωπικές σχέσεις συχνά παίζουν ρόλο. Οι προσπάθειες για την πρόληψη των αυτοκτονιών περιλαμβάνουν τον περιορισμό της πρόσβασης σε μεθόδους αυτοκτονίας, όπως πυροβόλα όπλα και δηλητήρια, αντιμετώπιση των ψυχικών ασθενειών και της κατάχρησης ναρκωτικών, καθώς και βελτίωση των οικονομικών συνθηκών. Αν και οι ανοικτές γραμμές επικοινωνίας σε περιπτώσεις τέτοιας κρίσης είναι κοινές, υπάρχουν λίγα στοιχεία για την αποτελεσματικότητά τους (Collins&Veague, 2009).

Η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη μέθοδος αυτοκτονίας ποικίλλει ανάλογα με τη χώρα και εν μέρει σχετίζεται με τη διαθεσιμότητα. Κοινές μέθοδοι περιλαμβάνουν: απαγχονισμό, δηλητηρίαση και πυροβόλα όπλα. Περίπου 800.000 έως ένα

εκατομμύριο άνθρωποι πεθαίνουν από αυτοκτονία κάθε χρόνο, καθιστώντας την, την 10η κύρια αιτία θανάτου παγκοσμίως (Collins & Veague, 2009). Τα ποσοστά είναι υψηλότερα στους άνδρες παρά στις γυναίκες, με τους άνδρες να έχουν τρεις έως τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να αυτοκτονήσουν σε σχέση με τις γυναίκες. Υπάρχουν περίπου 10 έως 20 εκατομμύρια μη-θανατηφόρες απόπειρες αυτοκτονίας κάθε χρόνο. Οι μη θανατηφόρες απόπειρες αυτοκτονίας μπορούν να οδηγήσουν σε τραυματισμό και μακροπρόθεσμες αναπηρίες. Οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι πιο συχνές στους νέους και στις γυναίκες (Dwivedi, 2012).

Οι απόψεις σχετικά με την αυτοκτονία έχουν επηρεαστεί από ευρεία υπαρξιακά θέματα όπως η θρησκεία, η τιμή, και το νόημα της ζωής. Οι θρησκείες της παλαιάς και νέας διαθήκης, θεωρούν παραδοσιακά την αυτοκτονία ως αδίκημα προς τον Θεό εξαιτίας της πίστης στην ιερότητα της ζωής. Κατά τη διάρκεια της εποχής των σαμουράι στην Ιαπωνία, το seppuku (γνωστό και ως hara-kiri) τηρήθηκε ως μέσο εξιλέωσης για την αποτυχία ή ως μια μορφή διαμαρτυρίας. Μια πλέον απαγορευμένη πρακτική, το sati, ζητούσε από την χήρα γυναίκα να θυσιάσει τον εαυτό της στην κηδεία του συζύγου της, είτε οικειοθελώς είτε υπό πίεση από την οικογένεια και την κοινωνία (Leatham, 2005).

1.2. Παράγοντες κινδύνου αυτοκτονίας

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας περιλαμβάνουν ψυχιατρικές διαταραχές, κατάχρηση ναρκωτικών, ψυχολογικές καταστάσεις, πολιτιστικές, οικογενειακές και κοινωνικές καταστάσεις, και γενετική. Η ψυχική ασθένεια και η κατάχρηση ουσιών συχνά συνυπάρχουν. Άλλοι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν προηγούμενη απόπειρα αυτοκτονίας, άμεση διαθεσιμότητα των μέσων για τη διάπραξη της πράξης, οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας, ή παρουσία τραυματικής βλάβης του εγκεφάλου. Για παράδειγμα, τα ποσοστά αυτοκτονιών έχουν βρεθεί να είναι μεγαλύτερα σε νοικοκυριά με πυροβόλα όπλα. Τα κοινωνικοοικονομικά προβλήματα, όπως η ανεργία, η φτώχεια, η έλλειψη στέγης και οι διακρίσεις μπορούν να προκαλέσουν αυτοκτονικές σκέψεις. Περίπου 15-40% των ανθρώπων αφήνουν ένα σημείωμα αυτοκτονίας. Η γενετική φαίνεται να παίζει ρόλο για μεταξύ 38% και 55% των αυτοκτονικών συμπεριφορών. Οι βετεράνοι πολέμου έχουν υψηλότερο

κίνδυνο αυτοκτονίας, γεγονός που οφείλεται εν μέρει σε υψηλότερα ποσοστά ψυχικών ασθενειών και σωματικά προβλήματα υγείας που συνδέονται με τον πόλεμο (Davidson&Schmidt, 2004).

Οι ψυχικές διαταραχές

Οι ψυχικές διαταραχές είναι συχνά παρούσες κατά τη στιγμή της αυτοκτονίας με τις εκτιμήσεις να κυμαίνονται από 27% σε περισσότερο από 90%. Από αυτούς που έχουν γίνει δεκτοί σε ψυχιατρική μονάδα, ο κίνδυνος της ολοκληρωμένης αυτοκτονίας κατά την διάρκεια της ζωής τους είναι περίπου 8,6%. Οι μισοί από όλους τους ανθρώπους που πεθαίνουν από αυτοκτονία μπορεί να έχουν μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Έχοντας είτε αυτόν είτε κάποιον από τους άλλους τύπους διαταραχών διάθεσης όπως η διπολική διαταραχή, αυξάνεται ο κίνδυνος αυτοκτονίας 20 φορές. Άλλοι όροι που εμπλέκονται περιλαμβάνουν την σχιζοφρένεια (14%), τις διαταραχές προσωπικότητας (14%), την διπολική διαταραχή, και την διαταραχή μετατραυματικού στρες. Περίπου 5% των ατόμων με σχιζοφρένεια πεθαίνουν από αυτοκτονία. Οι διατροφικές διαταραχές είναι μια άλλη κατάσταση υψηλού κινδύνου (Reeves, 2013).

Ένα ιστορικό προηγούμενων αποπειρών αυτοκτονίας, αποτελεί το καλύτερο κλειδί για πρόβλεψη της τελικής ολοκλήρωσης της αυτοκτονίας. Περίπου το 20% των αυτοκτονιών είχαν πραγματοποιήσει προηγούμενη απόπειρα και από εκείνους που έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν, το 1% έφτασε σε ολοκληρωτική αυτοκτονία μέσα σε ένα χρόνο και περισσότερο από 5%, τελικά αυτοκτόνησε μέσα σε 10 χρόνια. Οι πράξεις αυτοτραυματισμού δεν είναι συνήθως απόπειρες αυτοκτονίας και τα περισσότερα άτομα που αυτοτραυματίζονται δεν βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας. Ορισμένα άτομα που αυτοτραυματίζονται, ωστόσο, παρόλα αυτά τελειώνουν την ζωή τους από αυτοκτονία, και ο κίνδυνος αυτοτραυματισμού και αυτοκτονίας μπορεί να επικαλύπτονται (Collins&Veague, 2009).

Περίπου σε ποσοστό 80% των αυτοκτονιών το άτομο έχει δει ένα γιατρό εντός του έτους πριν από το θάνατό του, εκ των οποίων το 45% εντός του προηγούμενου μήνα. Περίπου το 25-40% των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει την αυτοκτονία είχε επαφή με υπηρεσίες ψυχικής υγείας κατά το προηγούμενο έτος (Seiden&Lucas, 2007).

Η χρήση ουσιών

Η κατάχρηση ουσιών είναι ο δεύτερος πιο κοινός παράγοντας κινδύνου για αυτοκτονία μετά από μείζονα κατάθλιψη και διπολική διαταραχή, όσο η χρόνια κατάχρηση ουσιών και η οξεία νάρκωση συνδέονται μεταξύ τους. Όταν συνδυάζονται με την προσωπική θλίψη, όπως το πένθος, ο κίνδυνος αυξάνεται περαιτέρω. Επιπλέον, η κατάχρηση ουσιών συνδέεται με διαταραχές της ψυχικής υγείας (Cholbi, 2011).

Οι περισσότεροι άνθρωποι βρίσκονται υπό την επήρεια κατευναστικών υπνωτικών φαρμάκων (όπως το αλκοόλ ή οι βενζοδιαζεπίνες) όταν διαπράττουν αυτοκτονία, με τον αλκοολισμό να είναι παρών σε 15% έως 61% των περιπτώσεων. Οι χώρες που έχουν τα υψηλότερα ποσοστά χρήσης αλκοόλ και μεγαλύτερη πυκνότητα μπαρ, γενικά έχουν επίσης τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών. Περίπου 2.2 με 3.4% των ατόμων που έχουν υποβληθεί σε θεραπεία για αλκοολισμό σε κάποιο σημείο στη ζωή τους πεθαίνουν από αυτοκτονία. Οι αλκοολικοί που επιχειρούν αυτοκτονία είναι συνήθως άνδρες, μεγαλύτερης ηλικίας, και έχουν προσπαθήσει να αυτοκτονήσουν στο παρελθόν. Μεταξύ 3 και 35% των θανάτων στα άτομα που χρησιμοποιούν ηρωίνη οφείλεται σε αυτοκτονία (περίπου 14 φορές μεγαλύτερη από ό, τι εκείνοι που δεν χρησιμοποιούν). Σε εφήβους που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ, οι νευρολογικές και ψυχολογικές δυσλειτουργίες μπορούν να συμβάλλουν στην αύξηση του κινδύνου για αυτοκτονία (Adler&Adler, 2011).

Η κατάχρηση της κοκαΐνης και των μεθαμφεταμινών έχει υψηλή συσχέτιση με την αυτοκτονία. Σε όσους κάνουν χρήση κοκαΐνης, ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος κατά τη διάρκεια της φάσης στέρησης. Όσοι χρησιμοποίησαν εισπνεόμενες ουσίες είναι επίσης σε σημαντικό κίνδυνο με περίπου το 20% να πραγματοποιούν απόπειρες αυτοκτονίας σε κάποιο σημείο και περισσότερο από το 65% να σκέπτεται – εξετάζει μια τέτοια απόπειρα. Το κάπνισμα συνδέεται με τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Υπάρχουν λίγα στοιχεία ως προς το γιατί υπάρχει αυτή η σύνδεση. Ωστόσο, έχει υποτεθεί ότι αυτοί που έχουν προδιάθεση για κάπνισμα έχουν επίσης προδιάθεση για αυτοκτονία, που προκύπτει από το γεγονός ότι το κάπνισμα προκαλεί προβλήματα υγείας τα οποία στη συνέχεια κάνουν τους ανθρώπους να θέλουν να τερματίσουν τη ζωή τους, και ότι το κάπνισμα επηρεάζει τη χημεία του εγκεφάλου που προκαλεί μια τάση για

αυτοκτονία. Η κάνναβη όμως δεν φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο ανεξάρτητα (Establet&Baudelot, 2008).

Ιατρικές παθήσεις

Υπάρχει μια σύνδεση μεταξύ της αυτοκτονίας και των προβλημάτων υγείας, όπως ο χρόνιος πόνος, η τραυματική βλάβη του εγκεφάλου, ο καρκίνος, η νεφρική ανεπάρκεια που απαιτεί αιμοκάθαρση, ο ιός HIV, και ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος. Η διάγνωση του καρκίνου διπλασιάζει περίπου τον μετέπειτα κίνδυνο αυτοκτονίας. Η επίπτωση της αυξημένης αυτοκτονικότητας συνεχίζεται και μετά την συμβουλευτική για την κατάθλιψη και την κατάχρηση αλκοόλ. Σε άτομα με περισσότερες από μία ιατρική πάθηση, ο κίνδυνος ήταν ιδιαίτερα υψηλός. Στην Ιαπωνία, τα προβλήματα υγείας αναφέρονται ως κύρια δικαιολογία για αυτοκτονία.

Οι διαταραχές του ύπνου, όπως η αϋπνία, και η άπνοια ύπνου είναι παράγοντες κινδύνου για την κατάθλιψη και την αυτοκτονία. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι διαταραχές του ύπνου μπορεί να είναι ένας παράγοντας κινδύνου ανεξάρτητος της κατάθλιψης. Ένας αριθμός άλλων ιατρικών καταστάσεων μπορεί να εμφανίσουν συμπτώματα παρόμοια με διαταραχές διάθεσης, συμπεριλαμβανομένου του υποθυρεοειδισμού, του Αλτσχάιμερ, των όγκων του εγκεφάλου, του συστηματικού ερυθηματώδους λύκου, και των δυσμενών επιδράσεων από ένα αριθμό φαρμάκων (όπως οι β-αναστολείς και τα στεροειδή) (Klimo&Heath, 2006).

Ψυχοκοινωνικές καταστάσεις

Μια σειρά από ψυχολογικές καταστάσεις αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας μεταξύ των οποίων: η απελπισία, η απώλεια της απόλαυσης της ζωής, η κατάθλιψη και το άγχος. Η μειωμένη ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, η απώλεια των ικανοτήτων που κάποιος είχε κατά το παρελθόν, και ο κακός έλεγχος των παρορμήσεων παίζουν επίσης σημαντικό ρόλο. Σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, η αντίληψη του να γίνονται βάρος στους άλλους είναι σημαντική. Η αυτοκτονία στην οποία ο λόγος είναι ότι το άτομο αισθάνεται ότι δεν είναι μέρος της κοινωνίας είναι γνωστή ως εγωιστική αυτοκτονία (Marcovitz, 2010).

Πρόσφατες τραυματικές εμπειρίες της ζωής, όπως η απώλεια ενός μέλους της οικογένειας ή φίλου, η απώλεια της θέσης εργασίας, ή η κοινωνική απομόνωση, αυξάνουν τον κίνδυνο. Εκείνοι που δεν έχουν παντρευτεί διατρέχουν επίσης μεγαλύτερο κίνδυνο. Όντας θρησκευόμενο το άτομο, μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο του για αυτοκτονία. Αυτό έχει αποδοθεί στην αρνητική στάση πολλών θρησκειών κατά της αυτοκτονίας και της μεγαλύτερης συνεκτικότητας που μπορεί να δώσει η θρησκεία. Οι μουσουλμάνοι, μεταξύ των θρησκευόμενων ανθρώπων, φαίνεται να έχουν χαμηλότερο ποσοστό των αυτοκτονιών. Ωστόσο, τα δεδομένα που υποστηρίζουν αυτόν τον ισχυρισμό δεν είναι ισχυρά. Δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά στα ποσοστά απόπειρας αυτοκτονίας. Οι νεαρές γυναίκες στη Μέση Ανατολή μπορεί να έχουν υψηλότερα ποσοστά (Senker, 2013).

Κάποιοι μπορεί να αυτοκτονήσουν για να ξεφύγουν από την κακοποίηση και την προκατάληψη. Το ιστορικό παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης, καθώς και ο χρόνος που δαπανάται σε ανάδοχες οικογένειες είναι επίσης παράγοντες κινδύνου. Η σεξουαλική κακοποίηση πιστεύεται ότι συμβάλλει σε περίπου 20% του συνολικού κινδύνου (Favazza, 2011).

Μια εξελικτική εξήγηση για την αυτοκτονία είναι ότι μπορεί να βελτιώσει την ικανότητα ενσωμάτωσης. Αυτό μπορεί να συμβεί εάν το πρόσωπο που διαπράττει την αυτοκτονία δεν μπορεί να έχει περισσότερα παιδιά και παίρνει πόρους από συγγενείς μένοντας ζωντανός. Μια αντίρρηση είναι ότι οι θάνατοι από υγιείς εφήβους είναι πιθανό να μην αυξάνουν την ικανότητα ενσωμάτωσης. Η προσαρμογή σε ένα πολύ διαφορετικό προγονικό περιβάλλον μπορεί να είναι δυσπροσαρμοστικό σε σχέση με το τρέχον (Logan&Whittington, 2011).

Η φτώχεια συνδέεται με τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Η αύξηση της σχετικής φτώχειας σε σύγκριση με το περιβάλλον ενός ατόμου αυξάνει τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Πάνω από 200.000 αγρότες στην Ινδία έχουν αυτοκτονήσει από το 1997, εν μέρει λόγω προβλημάτων χρέους. Στην Κίνα η αυτοκτονία είναι τρεις φορές πιο πιθανή σε αγροτικές περιοχές, γεγονός που οφείλεται σε οικονομικές δυσκολίες σε αυτή την περιοχή της χώρας (Leatham, 2005).

Μέσα ενημέρωσης

Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, τα οποία περιλαμβάνουν το Διαδίκτυο, παίζουν σημαντικό ρόλο. Ο τρόπος που παρουσιάζουν την αυτοκτονία μπορεί να έχει αρνητική επίδραση, με την υψηλής έντασης, εμφανώς επαναλαμβανόμενη κάλυψη της εξιδανίκευσης της αυτοκτονίας να έχει το μεγαλύτερο αντίκτυπο. Όταν η λεπτομερής περιγραφή για το πώς ένα άτομο αυτοκτονεί απεικονίζονται με ένα συγκεκριμένο μέσο, αυτή η μέθοδος αυτοκτονίας μπορεί να αυξηθεί σε πληθυσμό στο σύνολό του (Logan&Whittington, 2011).

Αυτή η πυροδότηση της «μετάδοσης της αυτοκτονίας» ή της μιμητικής αυτοκτονίας είναι γνωστή ως φαινόμενο Werther, που έλαβε το όνομα της από το έργο του Γκαίτε «Θλίψεις του Νεαρού Werther», όπου ο πρωταγωνιστής αυτοκτόνησε και έγινε παράδειγμα προς μίμηση από πολλούς θαυμαστές του βιβλίου. Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος σε εφήβους που μπορεί να εξιδανικεύουν το θάνατο. Φαίνεται ότι, ενώ μέσα μαζικής ενημέρωσης έχουν σημαντική επίδραση, η επίδραση των μέσων ψυχαγωγίας είναι διαφορούμενη. Το αντίθετο του φαινομένου Werther είναι το προτεινόμενο φαινόμενο Παπαγκένο, στο οποίο η κάλυψη των αποτελεσματικών μηχανισμών αντιμετώπισης μπορεί να έχει προστατευτική επίδραση. Ο όρος αυτός βασίζεται σε έναν χαρακτήρα στην όπερα του Μότσαρτ «Ο Μαγικός Αυλός», ο οποίος (φοβούμενος την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου) είχε προγραμματιστεί να αυτοκτονήσει μέχρι την στιγμή που τον βοήθησαν οι φίλοι του. Όταν τα μέσα ενημέρωσης ακολουθούν συνιστώμενες κατευθυντήριες γραμμές αναφοράς ο κίνδυνος αυτοκτονιών μπορεί να μειωθεί (Dwivedi, 2012).

Λογική

Η ορθολογική αυτοκτονία είναι η αιτιολογημένη αφαίρεση της ζωής ενός ατόμου, αν και ορισμένοι θεωρούν ότι η αυτοκτονία δεν είναι ποτέ λογική. Η πράξη της αφαίρεσης της ζωής ενός ατόμου από το ίδιο, για το καλό των άλλων είναι γνωστή ως αλτρουιστική αυτοκτονία. Ένα παράδειγμα αυτού είναι ενός ηλικιωμένου που τερματίζει την ζωής του για να αφήσει μεγαλύτερες ποσότητες τροφίμων για τους νεότερους ανθρώπους στην κοινότητα. Η αυτοκτονία σε μερικούς πολιτισμούς Εσκιμώων έχει θεωρηθεί ως πράξη σεβασμού, θάρρους ή σοφίας (Plante, 2007).

Μια επίθεση αυτοκτονίας είναι μια πολιτική δράση, όπου ένας εισβολέας διεξάγει βία εναντίον άλλων που κατανοούν ότι θα έχει ως αποτέλεσμα το θάνατό τους. Ορισμένοι βομβιστές αυτοκτονίας έχουν ως κίνητρο την επιθυμία να γίνουν μάρτυρες. Οι αποστολές καμικάζι πραγματοποιήθηκαν ως καθήκον για μια υψηλότερη αιτία ή ηθική υποχρέωση. Η δολοφονική αυτοκτονία είναι μια πράξη ανθρωποκτονίας που ακολουθείται από την αυτοκτονία του προσώπου που διενήργησε την πράξη μέσα σε μια εβδομάδα (Leatham, 2005).

Οι μαζικές αυτοκτονίες συχνά εκτελούνται στο πλαίσιο της κοινωνικής πίεσης, όπου τα μέλη εγκαταλείπουν την αυτονομία σε έναν ηγέτη. Οι μαζικές αυτοκτονίες μπορεί να λάβουν χώρα και από δύο άτομα, που συχνά αναφέρεται ως σύμφωνο αυτοκτονίας (Leatham, 2005).

Σε δικαιολογημένες περιπτώσεις όπου η συνέχιση της ζωής θα ήταν αφόρητη, μερικοί άνθρωποι χρησιμοποιούν την αυτοκτονία ως μέσο διαφυγής. Ορισμένοι κρατούμενοι στα ναζιστικά στρατόπεδα συγκέντρωσης, είναι γνωστό ότι αυτοκτόνησαν σκόπιμα αγγίζοντας την ηλεκτροφόρα περίφραξη (Crouch, Lemma, & Briggs, 2009).

1.3. Μέθοδοι αυτοκτονίας

Η πιο συχνή μέθοδος αυτοκτονίας ποικίλει μεταξύ των χωρών. Οι κυριότερες μέθοδοι σε διάφορες περιοχές περιλαμβάνουν τον απαγχονισμό, την δηλητηρίαση και τα πυροβόλα όπλα. Οι διαφορές αυτές πιστεύεται ότι είναι εν μέρει λόγω της διαθεσιμότητας των διαφόρων μεθόδων. Μια ανασκόπηση 56 χωρών διαπίστωσε ότι ο απαγχονισμός ήταν η πιο κοινή μέθοδος στις περισσότερες από τις χώρες, αντιπροσωπεύοντας το 53% των αυτοκτονιών των ανδρών και το 39% αυτοκτονιών των γυναικών (Walsh, 2012).

Παγκοσμίως, το 30% των αυτοκτονιών είναι από δηλητηριάσεις. Η χρήση αυτής της μεθόδου, ωστόσο, διαφέρει σημαντικά από ποσοστό 4% στην Ευρώπη σε ποσοστό άνω του 50% στην περιοχή του Ειρηνικού. Είναι επίσης κοινό στη Λατινική Αμερική

λόγω της εύκολης πρόσβασης στον αγροτικό πληθυσμό. Σε πολλές χώρες, η αυτοκτονία από υπερβολική δόση ναρκωτικών αντιπροσωπεύει περίπου το 60% των αυτοκτονιών μεταξύ των γυναικών και το 30% μεταξύ των ανδρών. Πολλές περιπτώσεις αυτοκτονιών είναι προγραμματισμένες και συμβαίνουν κατά τη διάρκεια μιας οξείας περιόδου αμφιθυμίας. Το ποσοστό θανάτου ποικίλλει ανάλογα με τη μέθοδο: πυροβόλα όπλα 80-90%, πνιγμός 65-80%, απαγχονισμός 60-85%, καυσαέρια αυτοκινήτων 40-60%, άλμα στο κενό 35-60%, λοιπά δηλητηριώδη αέρια 40-50%, φυτοφάρμακα 6-75%, και υπερβολική δόση φαρμακευτικής αγωγής 1,5-4%. Οι πιο κοινές μέθοδοι απόπειρας αυτοκτονίας διαφέρουν από τις πιο κοινές επιτυχημένες μεθόδους. Έως 85% των προσπαθειών είναι μέσω υπερβολικής δόσης ναρκωτικών στον ανεπτυγμένο κόσμο (Brock&Miller, 2010).

Στην Κίνα, η κατανάλωση φυτοφαρμάκων είναι η πιο κοινή μέθοδος. Στην Ιαπωνία, η απεντέρωση γνωστή ως seppuku ή χαρακίρι εξακολουθεί να εμφανίζεται. Ωστόσο, ο απαγχονισμός είναι και εδώ η πιο κοινή μέθοδος. Το άλμα στο κενό είναι κοινό τόσο στο Χονγκ Κονγκ όσο και στη Σιγκαπούρη με ποσοστά 50% και 80% αντίστοιχα. Στην Ελβετία, όπου σχεδόν ο καθένας έχει ένα πυροβόλο όπλο, οι περισσότερες αυτοκτονίες είναι δι' απαγχονισμού. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, το 57% των αυτοκτονιών περιλαμβάνουν τη χρήση πυροβόλων όπλων, με τη μέθοδο αυτή να είναι κάπως πιο διαδεδομένη στους άνδρες παρά στις γυναίκες. Η επόμενη πιο κοινή μέθοδος είναι ο απαγχονισμός για τους άνδρες και η αυτο-δηλητηρίαση για τις γυναίκες. Μαζί αυτές οι μέθοδοι αποτελούν περίπου το 40% των αυτοκτονιών των ΗΠΑ (Maxwell, 2012).

1.4. Ο αυτοτραυματισμός- γενικά στοιχεία

Η αυτοβλάβη ή ο εκούσιος αυτοτραυματισμός περιλαμβάνει τον αυτοτραυματισμό και την αυτοδηλητηρίαση και ορίζεται ως ο εκ προθέσεως, κατευθυνόμενος τραυματισμός του ιστού του σώματος που πιο συχνά γίνεται χωρίς αυτοκτονικές προθέσεις. Αυτοί οι όροι χρησιμοποιούνται στην πιο πρόσφατη βιβλιογραφία, σε μια προσπάθεια να επιτευχθεί μια πιο ουδέτερη ορολογία. Η παλαιότερη βιβλιογραφία, ειδικά αυτή που προηγείται του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών

Διαταραχών (DSM-IV-TR), αναφέρεται σχεδόν αποκλειστικά στον αυτο-ακρωτηριασμό. Ο όρος αυτο-βλάβη είναι συνώνυμος με τον όρο αυτο-τραυματισμός (Gardner, 2013).

Παρά το γεγονός ότι η αυτοκτονία δεν είναι η πρόθεση του αυτοτραυματισμού, η σχέση μεταξύ του αυτοτραυματισμού και αυτοκτονίας είναι πολύπλοκη, καθώς η αυτοκαταστρεπτική συμπεριφορά μπορεί να είναι δυνητικά απειλητική για τη ζωή. Υπάρχει επίσης αυξημένος κίνδυνος αυτοκτονίας σε άτομα που αυτοτραυματίζονται, σε βαθμό τέτοιο που ο αυτοτραυματισμός βρίσκεται στο 40-60% των αυτοκτονιών. Ωστόσο, η γενίκευση των αυτοτραυματιζόμενων στο ότι είναι αυτοκτονικοί, στην πλειονότητα των περιπτώσεων, είναι ανακριβής (Favazza, 2011).

Ο αυτοτραυματισμός είναι εισηγμένος στο DSM-IV-TR ως ένα σύμπτωμα μεταιχμιακής διαταραχής της προσωπικότητας. Ωστόσο, οι ασθενείς με άλλες διαγνώσεις μπορούν επίσης να παρουσιάσουν συμπεριφορές αυτοτραυματισμού, συμπεριλαμβανομένων εκείνων με κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές, κατάχρηση ουσιών, διατροφικές διαταραχές, διαταραχή μετατραυματικού στρες, σχιζοφρένεια, και πολλές διαταραχές της προσωπικότητας. Ο αυτοτραυματισμός είναι επίσης εμφανής σε υψηλά-λειτουργικά άτομα που δεν έχουν καμία υποκείμενη κλινική διάγνωση. Τα κίνητρα για αυτοτραυματισμό ποικίλουν και μπορεί να χρησιμοποιηθούν για να εκπληρώσουν μια σειρά από διαφορετικές λειτουργίες. Αυτές οι λειτουργίες περιλαμβάνουν τον αυτοτραυματισμό που χρησιμοποιείται ως μηχανισμός αντιμετώπισης που παρέχει προσωρινή ανακούφιση από έντονα συναισθήματα, όπως άγχος, κατάθλιψη, ή αίσθηση αποτυχίας ή αυτο-απέχθεια και άλλα ψυχικά γνωρίσματα συμπεριλαμβανομένης της χαμηλής αυτοεκτίμησης ή της τελειομανίας. Ο αυτοτραυματισμός συνδέεται συχνά με ιστορικό τραύματος και κακοποίησης, συμπεριλαμβανομένης της συναισθηματικής και σεξουαλικής κακοποίησης (Spaulding, Simpson, & Durkheim, 2010).

Ο αυτοτραυματισμός είναι πιο συχνός στην εφηβεία και την ενηλικίωση των νέων, και συνήθως εμφανίζεται για πρώτη φορά μεταξύ των ηλικιών 12 και 24. Ο αυτοτραυματισμός κατά την παιδική ηλικία είναι σχετικά σπάνιος, αλλά ο ρυθμός έχει αυξηθεί από τη δεκαετία του 1980. Ωστόσο, η συμπεριφορά αυτοτραυματισμού μπορεί να συμβεί σε οποιαδήποτε ηλικία, μεταξύ άλλων και στον ηλικιωμένο

πληθυσμό. Ο κίνδυνος σοβαρού τραυματισμού και αυτοκτονίας είναι υψηλότερός σε ηλικιωμένα άτομα που αυτοτραυματίζονται (Värnik, Sisask, & Värnik, 2010).

1.5. Παράγοντες κινδύνου αυτοτραυματισμού

Όσον αφορά στα αίτια του αυτοτραυματισμού, μπορούμε να αναφέρουμε τα ακόλουθα:

Ψυχική ασθένεια

Αν και μερικοί άνθρωποι που αυτοτραυματίζονται δεν πάσχουν από οποιασδήποτε μορφής ψυχική ασθένεια, πολλοί άνθρωποι που βιώνουν διάφορες μορφές κακής ψυχικής υγείας έχουν υψηλότερο κίνδυνο αυτοτραυματισμού. Οι βασικοί τομείς της ασθένειας που εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο περιλαμβάνουν διαταραχές του φάσματος του αυτισμού, μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας, διπολική διαταραχή, κατάθλιψη, φοβίες, και οι διαταραχές συμπεριφοράς. Η σχιζοφρένεια μπορεί επίσης να είναι ένας συμβάλλοντας παράγοντας για αυτοτραυματισμούς. Εκείνοι που έχουν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια έχουν αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας, ο οποίος είναι ιδιαίτερα μεγαλύτερος σε νεότερους ασθενείς που δεν μπορούν να έχουν εικόνα για τις σοβαρές συνέπειες που μπορεί να έχει η ασθένεια στη ζωή τους. Η κατάχρηση ουσιών θεωρείται επίσης ένας παράγοντας κινδύνου, όπως ακριβώς ισχύει και για κάποια προσωπικά χαρακτηριστικά όπως η κακές δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων και η παρορμητικότητα. Υπάρχουν ομοιότητες μεταξύ του αυτοτραυματισμού και του συνδρόμου Munchausen, μια ψυχιατρική διαταραχή κατά την οποία τα άτομα προσποιούνται ασθένεια ή τραύμα. Μπορεί να υπάρχει ένα κοινό έδαφος εσωτερικής αγωνίας που έχει ως αποκορύφωμα την αυτο-κατευθυνόμενη βλάβη σε έναν ασθενή με σύνδρομο Munchausen. Ωστόσο, η επιθυμία να εξαπατήσουν το ιατρικό προσωπικό, προκειμένου να αποκτήσουν τη θεραπεία και την προσοχή είναι πιο σημαντικό σε άτομα με σύνδρομο Munchausen από ό, τι στον αυτοτραυματισμό (Joiner, 2009).

Ψυχολογικοί παράγοντες

Η κακοποίηση κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας είναι αποδεκτή ως πρωταρχικός κοινωνικός παράγοντας αυξάνοντας τη συχνότητα του αυτοτραυματισμού, όπως

ισχύει και για το πένθος, και τις παραγμένες γονικές ή ερωτικές σχέσεις. Παράγοντες όπως ο πόλεμος, η φτώχεια και η ανεργία μπορούν επίσης να συμβάλουν. Ο αυτοτραυματισμός συχνά περιγράφεται ως μια εμπειρία αποπροσωποποίησης ή διαστατικής κατάστασης. Περίπου το 70% των ατόμων με οριακή διαταραχή της προσωπικότητας σχετίζονται με αυτοτραυματιστικές συμπεριφορές. Εκτιμάται ότι το 30% των ατόμων με διαταραχές του φάσματος του σχετίζονται με αυτοτραυματιστικές συμπεριφορές (Logan&Whittington, 2011).

Ναρκωτικά και αλκοόλ

Η κατάχρηση ουσιών, η εξάρτηση και η στέρηση σχετίζονται με τους αυτοτραυματισμούς. Η εξάρτηση από βενζοδιαζεπίνες καθώς και η στέρηση από αυτές συνδέεται με την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά σε νέους ανθρώπους. Το αλκοόλ είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για αυτοτραυματισμούς. Μια μελέτη που ανέλυσε τις διάφορες μορφές αυτοτραυματισμών σε δωμάτια έκτακτης ανάγκης στη Βόρεια Ιρλανδία βρήκε ότι το αλκοόλ ήταν ένας σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει σε ποσοστό 63,8% των περιστατικών αυτοτραυματισμού. Μια πρόσφατη μελέτη για τη σχέση μεταξύ της χρήσης κάνναβης και του εκούσιου αυτοτραυματισμού στη Νορβηγία και στην Αγγλία διαπίστωσε ότι, σε γενικές γραμμές, η χρήση κάνναβης δεν μπορεί να είναι συγκεκριμένος παράγοντας κινδύνου για τον εκούσιο αυτοτραυματισμό σε νεαρούς εφήβους (Lewis, 2008).

Υπάρχουν μια σειρά από παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη του εκούσιου αυτοτραυματισμού. Οι γυναίκες είναι πιο πιθανό από τους άνδρες να εμπλακούν στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, αν και τα ποσοστά στους άνδρες έχουν αυξηθεί πρόσφατα. Επίσης, οι άνδρες κυρίως διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονίας. Μερικούς από τους κύριους παράγοντες κινδύνου είναι:

Βιώματα της παιδικής ηλικίας:

- Η σεξουαλική κακοποίηση
- Η παραμέληση

- Η συναισθηματική κακοποίηση
- Η σωματική κακοποίηση
- Η απώλεια ή ο χωρισμός
- Τα γονικά προβλήματα ψυχικής υγείας
- Η γονική κατάχρηση ουσιών.

Τρέχουσες εμπειρίες:

- Ο βιασμός / σεξουαλική κακοποίηση
- Η ενδοοικογενειακή βία
- Οι ψυχιατρικές διαγνώσεις
- Η χρήση ουσιών (αλκοόλ και ναρκωτικά).

Φυσικά δεν συμβαίνει σε καθέναν από όσους έχουν βιώσει τις προαναφερθείσες εμπειρίες να αυτοτραυματίζονται τελικά. Το ερώτημα που τίθεται εδώ είναι, ποιες είναι οι σχέσεις μεταξύ αυτών των εμπειριών και της ανάπτυξης του εκούσιου αυτοτραυματισμού. Υπάρχει ένας αριθμός από διαφορετικές θεωρίες αλλά δύο κοινά θέματα είναι προφανή. Το πρώτο είναι η εμπειρία των έντονων και οδυνηρών συναισθημάτων. Αυτά ενδέχεται να συνδέονται με συγκεκριμένες εμπειρίες, όπως η σωματική ή η σεξουαλική κακοποίηση.

Ο δεύτερος παράγοντας είναι ότι στο παιδί ή στον έφηβο (ή σε ορισμένες περιπτώσεις στον ενήλικο) δεν παρέχεται βοήθεια για να αναγνωρίσουν και να κατανοήσουν τις απαντήσεις στα γεγονότα που βιώνουν. Σε ορισμένες περιπτώσεις, για παράδειγμα, η σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία και το γεγονός ότι η εμπειρία συνέβη μπορεί να αμφισβητηθεί εντελώς. Η έλλειψη αναγνώρισης και υποστήριξης

στο πλαίσιο των ακραίων και οδυνηρών γεγονότων οδηγεί σε αίσθηση αδυναμίας, και ανικανότητα να κατανοήσουν και να διαχειρίζονται τα οδυνηρά συναισθήματα. Ο Linehan (1993) αναφέρεται σε αυτά τα περιβάλλοντα ως περιβάλλοντα «ακύρωσης», επειδή η εμπειρία του ατόμου από την πραγματικότητα και η ανταπόκριση τους σε περνούν απαρατήρητα και δεν υποστηρίζονται.

1.6. Μέθοδοι αυτοτραυματισμού

Υπάρχουν διάφορες μέθοδοι που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη θεραπεία του αυτοτραυματισμού και που επικεντρώνονται είτε στη θεραπεία των αιτιών είτε στη θεραπεία της ίδιας της συμπεριφοράς. Όταν ο αυτοτραυματισμός συνδέεται με την κατάθλιψη, τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα και οι θεραπείες μπορεί να είναι αποτελεσματικά. Άλλες προσεγγίσεις περιλαμβάνουν τεχνικές αποφυγής, οι οποίες επικεντρώνονται στη διατήρηση της ατομικής απασχόλησης και άλλων δραστηριοτήτων, ή την αντικατάσταση της πράξης αυτοτραυματισμού με ασφαλείς μεθόδους που δεν οδηγούν σε μόνιμη βλάβη (Spaulding, Simpson, & Durkheim, 2010).

Η πιο κοινή μορφή αυτοτραυματισμού είναι το κόψιμο του δέρματος αλλά ο αυτοτραυματισμός ως έννοια καλύπτει επίσης ένα ευρύ φάσμα συμπεριφορών, συμπεριλαμβανομένων (χωρίς να περιορίζεται σε αυτά) του καψίματος, του ξυσίματος, των χτυπημάτων σε διάφορα μέρη του σώματος, της παρέμβασης στην επούλωση του τραύματος (δερματιλλομανία), του τραβήγματος των τριχών (τριχοτιλλομανία) και της κατάποσης τοξικών ουσιών ή αντικειμένων. Οι συμπεριφορές που σχετίζονται με την κατάχρηση ουσιών και τις διατροφικές διαταραχές συνήθως δεν θεωρούνται αυτοτραυματισμός, επειδή η προκύπτουσα ζημία ιστού είναι συνήθως μια ακούσια παρενέργεια. Ωστόσο, τα όρια δεν είναι πάντα σαφώς καθορισμένα και σε ορισμένες περιπτώσεις οι συμπεριφορές που συνήθως εμπίπτουν εκτός των ορίων του αυτοτραυματισμού μπορεί πράγματι να αντιπροσωπεύουν αυτοτραυματισμό, εάν πραγματοποιηθούν με τη ρητή πρόθεση να προκαλέσουν βλάβη στους ιστούς (Favazza, 2011).

Το 80% του αυτοτραυματισμού συνεπάγεται μαχαίρωμα ή κόψιμο του δέρματος με ένα αιχμηρό αντικείμενο. Ωστόσο, ο αριθμός των μεθόδων αυτοτραυματισμού περιορίζεται μόνο από την εφευρετικότητα του ατόμου και την αποφασιστικότητά του να βλάψει τον εαυτό του. Αυτό περιλαμβάνει, αλλά δεν περιορίζεται, σε καύση, αυτοδηλητηρίαση, κατάχρηση αλκοόλ, αυτοενσωμάτωση αντικειμένων, τράβηγμα τριχών, μώλωπες, ξύσιμο με σκοπό να βλάψει τον εαυτό του, εν γνώσει κατάχρηση συνταγογραφούμενων ή μη φαρμάκων, και μορφές αυτοτραυματισμού που σχετίζονται με την ανορεξία και τη βουλιμία. Οι θέσεις του αυτοτραυματισμού είναι συχνά περιοχές του σώματος που εύκολα το άτομο μπορεί να αποκρύψει από την θέαση των άλλων. Όπως ισχύει και με τον καθορισμό του αυτοτραυματισμού στα πλαίσια της πράξης της φθοράς του σώματος, μπορεί να είναι πιο ακριβές να καθοριστεί ο αυτοτραυματισμός όσον αφορά την πρόθεση, και την συναισθηματική δυσφορία που το κάθε άτομο προσπαθεί να αντιμετωπίσει. Ούτε το DSM-IV-TR, ούτε το ICD-10 παρέχουν διαγνωστικά κριτήρια για τους αυτοτραυματισμούς. Συχνά θεωρείται ως μόνο ένα σύμπτωμα μιας υποκείμενης διαταραχής, αν και πολλοί άνθρωποι που αυτοτραυματίζονται θα ήθελαν να το αντιμετωπίσουν (Establet & Baudelot, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

2.1. Θεωρητική προσέγγιση της αυτοκτονίας

Μια εκ των σημαντικότερων είναι η διαπροσωπική θεωρία της αυτοκτονίας. Η διαπροσωπική θεωρία της αυτοκτονίας, είναι μια θεωρία, σκοπός της οποίας είναι να εξηγήσει γιατί τα άτομα συμμετέχουν σε αυτοκτονική συμπεριφορά και επίσης, να αναγνωρίσει τα άτομα που βρίσκονται σε κίνδυνο, και αναπτύχθηκε από τον Joiner (2005) και περιγράφεται στο σύγγραμμά του «Γιατί οι άνθρωποι πεθαίνουν από

αυτοκτονία». Ένα πλήθος παραγόντων κινδύνου έχουν συνδεθεί με την αυτοκτονική συμπεριφορά και υπάρχουν πολλές θεωρίες αυτοκτονίας, που να ενσωματώνουν καθιερωμένους παράγοντες κινδύνου. Ωστόσο, λίγες είναι ικανές να εξηγήσουν όλα τα φαινόμενα που σχετίζονται με την αυτοκτονική συμπεριφορά, με τον τρόπο που το κάνει η διαπροσωπική θεωρία της αυτοκτονίας. Μια άλλη δυναμική αυτής της θεωρίας έγκειται στην ικανότητά της να δοκιμαστεί εμπειρικά. Είναι κατασκευασμένη κατά τρόπο τέτοιο, που να επιτρέπει την διαψευσιμότητα. Μέχρι σήμερα, μια σειρά από μελέτες έχουν βρει υποστήριξη στη διαπροσωπική θεωρία της αυτοκτονίας.

Η διαπροσωπική θεωρία της αυτοκτονίας αποτελείται από τρία συστατικά που μαζί, οδηγούν στις απόπειρες αυτοκτονίας. Σύμφωνα με τη θεωρία, η ταυτόχρονη παρουσία του αντεστραμμένου αισθήματος του να «ανήκει κανείς κάπου» και αντίληψη του αισθήματος του να «είναι κανείς βάρος», παράγουν την επιθυμία για αυτοκτονία. Αν και η επιθυμία για αυτοκτονία είναι απαραίτητη, από μόνη της δεν θα οδηγήσει σε θάνατο από αυτοκτονία. Αντίθετα, ο Joiner (2005) ισχυρίζεται ότι κάποιος πρέπει να έχει την κεκτημένη ικανότητα ή αλλιώς την κεκτημένη δυνατότητα να ξεπεράσει το φυσικό φόβο του θανάτου.

Το αίσθημα του να «ανήκει κανείς κάπου», ένα αίσθημα αποδεκτό από τους άλλους, πιστεύεται ότι είναι μια βασική ανάγκη, κάτι που είναι απαραίτητο για την ψυχική υγεία του ατόμου και την ευημερία. Η αυξημένη κοινωνική συνεκτικότητα, ένα κατασκεύασμα που σχετίζεται με το αίσθημα του να «ανήκει κανείς κάπου», έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τον κίνδυνο της αυτοκτονίας. Πιο συγκεκριμένα, το να είναι κανείς παντρεμένος, να έχει παιδιά, και να έχει περισσότερους φίλους, αποτελούν όλα παράγοντες που συνδέονται με χαμηλότερο κίνδυνο αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Οι μαζικές συγκεντρώσεις κυρίως για γιορτές ή αθλητικές εκδηλώσεις, έχει αποδειχθεί ότι έχει προληπτικό αποτέλεσμα.

Η αντίληψη του αισθήματος του να «είναι κανείς βάρος», είναι η πεποίθηση ότι κάποιος αποτελεί βάρος στους άλλους ή στην κοινωνία. Ο Joiner περιγράφει (2005) την αντίληψη του αισθήματος του να «είναι κανείς βάρος», ως την πεποίθηση ότι «ο θάνατος αξίζει περισσότερο από τη ζωή». Η ανεργία, τα προβλήματα υγείας, και η φυλάκιση αποτελούν παραδείγματα καταστάσεων στις οποίες ένα άτομο μπορεί να

αισθάνεται σαν να είναι βάρος στους άλλους. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι το αίσθημα του «να είναι κανείς βάρος», γίνεται «αντιληπτό» και πολλές φορές, είναι μια τραγικά λανθασμένη πεποίθηση. Σύμφωνα με τη θεωρία, το αντεστραμμένο αίσθημα του να «ανήκει κανείς κάπου» και αντίληψη του αισθήματος του να «είναι κανείς βάρος» μαζί, αποτελούν την επιθυμία για αυτοκτονία.

Ο Joiner (2005) ορίζει αυτή την ικανότητα ως κεκτημένη, διότι δεν είναι μια δυνατότητα με την οποία γεννιόμαστε. Αντίθετα, αυτή η δυνατότητα συμμετοχής σε αυτοκτονικές συμπεριφορές αποκτάται μόνο μέσα από τις εμπειρίες της ζωής μας. Ο φόβος του θανάτου είναι ένα φυσικό ένστικτο. Είναι μια πολύ ισχυρή δύναμη που χρησιμεύει στην αυτοπροστασία. Σύμφωνα με τη θεωρία, ο φόβος ενός ατόμου του θανάτου αποδυναμώνεται όταν κάποιος εκτίθεται σε σωματικό πόνο ή προκλητικές εμπειρίες ζωής, καθώς οι εμπειρίες αυτές συχνά οδηγούν σε αφοβία και αναισθησία στον πόνο. Οι εμπειρίες αυτές θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν τα παιδικά τραύματα, το να είναι κανείς μάρτυρας ενός τραυματικού γεγονότος, το να πάσχει κανείς από μια σοβαρή ασθένεια, ή το να εμπλέκεται σε συμπεριφορές αυτοτραυματισμού.

Αυτές οι συμπεριφορές φαίνεται να έχουν ως αποτέλεσμα την απευαισθητοποίηση σε επώδυνα ερεθίσματα, και να αυξάνουν την ικανότητα ενός ατόμου να συμμετάσχει σε αυτοκτονικές συμπεριφορές. Αυτό το στοιχείο είναι σημαντικό για τον εντοπισμό των ατόμων που είναι πιθανό να επιχειρήσουν ή να πεθάνουν από την αυτοκτονία. Για παράδειγμα, ορισμένα επαγγέλματα εκτίθενται σε σωματικό πόνο ή προκλητικές εμπειρίες όπως οι στρατιώτες, οι χειρουργοί, οι αστυνομικοί, κ.λπ. Πιο συγκεκριμένα, οι στρατιώτες με ιστορικό μαχών, πιθανόν να έχουν εκτεθεί σε σοβαρές βλάβες, να υπήρξαν μάρτυρες σε θάνατο άλλων, και να συνήθισαν στον φόβο επώδυνων εμπειριών. Αυτό είναι συμβατό με τα δεδομένα που δείχνουν αυξημένο ποσοστό αυτοκτονιών σε στρατιώτες. Προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας, έχουν αποδειχτεί ως το νούμερο ένα μέσο πρόβλεψης των μελλοντικών προσπαθειών. Αυτό είναι σύμφωνο με τη θεωρία του Joiner, όπου τα άτομα που επιχειρούν αυτοκτονία, εξοικειώνονται με το φόβο του θανάτου, και αυτός ο εξασθενημένος φόβος το κάνει πιο πιθανό τελικά για ένα άτομο να κάνει μια μεταγενέστερη απόπειρα αυτοκτονίας.

Μια έρευνα μιας μεγάλης πληθυσμιακής ομάδας παρέχει υποστήριξη για τη διαπροσωπική θεωρία της αυτοκτονίας στο ότι η αλληλεπίδραση μεταξύ του αντεστραμμένου αισθήματος του να «ανήκει κανείς κάπου» και της αντίληψης του αισθήματος του να «είναι κανείς βάρος», προβλέπει τον αυτοκτονικό ιδεασμό, και ο αυτοκτονικός ιδεασμός και η αυτοκτονική ικανότητα προβλέπει σχέδια για απόπειρα αυτοκτονίας και πραγματικές απόπειρες.

Η διαπροσωπική θεωρία της αυτοκτονίας προσδιορίζει τους παράγοντες που οι κλινικοί γιατροί θα πρέπει να αξιολογούν για τον αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας και τους παράγοντες που θα πρέπει να στοχεύουν στην πρόληψη και τη θεραπεία. Επιπλέον, η θεωρία παρέχει κατευθύνσεις μελλοντικής έρευνας για τους επιστήμονες.

2.2. Θεωρητική προσέγγιση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς

Οι νέοι που συμπεριφέρονται κατά τρόπο που εκδηλώνεται η ανάγκη να βλάψουν τον εαυτό τους είναι πολύ δυσαρεστημένοι. Για τους νέους, η αναγνώριση και η επικοινωνία των προβλημάτων τους είναι συχνά τα πιο απειλητικά εμπόδια που πρέπει να ξεπεράσουν όταν έρχονται στο πεδίο της φροντίδας. Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά μπορεί να πάρει πολλές μορφές, αλλά συνήθως έχει ως συμπτώματα επαναλαμβανόμενα επεισόδια αυτοτραυματισμού – που συχνά παίρνουν τη μορφή του αυτοακρωτηριασμού – και αυτοδηλητηρίαση. Η διαδικασία της προετοιμασίας που απαιτείται από ένα νεαρό άτομο, προκειμένου να ξεπεράσει με επιτυχία το πρόβλημα αυτό, μπορεί να είναι χρονοβόρα και επίπονη. Αποδεχόμενοι ότι σε ένα δεδομένο χρόνο παρουσιάζεται σε όλους η δυσκολία της αναγνώρισης των προβλημάτων που επηρεάζουν το πώς δρούμε, δεν πρέπει να μας εκπλήσσει, όταν αυτοί οι νέοι άνθρωποι έχουν δυσκολία στην επικοινωνία των προβλημάτων τους. Αμετάβλητα, έχουν βιώσει παρατεταμένα συναισθηματικά πλήγματα και, παρά το όσο αμυντικά μπορεί να επιμένουν του αντιθέτου, οι αυτοτραυματισμοί τους αντιπροσωπεύουν πάντα τα συναισθήματα της πολύ χαμηλής αυτοεκτίμησης.

Στο πλαίσιο των έντονων και θλιβερών συναισθημάτων και της έλλειψης συναισθηματικής στήριξης, ο εκούσιος αυτοτραυματισμός μπορεί να εκπληρώσει μια σειρά από διαφορετικές λειτουργίες:

Ο σκόπιμος αυτοτραυματισμός λειτουργεί ως μηχανισμός αντιμετώπισης. Ο εκούσιος αυτοτραυματισμός μπορεί να βοηθήσει στην βραχυπρόθεσμη διαχείριση των προβληματικών συναισθημάτων (ο αυτοτραυματισμός φαίνεται να μειώνει την ένταση κάποιων συναισθημάτων) και ως εκ τούτου μπορεί να βιωθεί ως παράγοντας μείωσης του στρες. Για κάποιους, η επιθυμία να τερματίσουν τις δυσάρεστες συναισθηματικές καταστάσεις είναι τόσο ισχυρή που θέλουν να διακόψουν τη συνείδηση, είτε προσωρινά από τον ύπνο ή μόνιμα από το θάνατο.

Ωστόσο, τα αποτελέσματα της μείωσης των συναισθημάτων σπάνια διαρκούν για καιρό (συνήθως για λεπτά έως λίγες ώρες), και ο μακροπρόθεσμος αυτοτραυματισμός μπορεί να είναι μια πηγή άγχους από μόνος του. Οι άνθρωποι μπορεί να αισθάνονται ντροπή για την συμπεριφορά, ή στενοχωρημένοι από τα σημάδια που έχουν απομείνει. Επιπλέον, η αποδοκιμασία ή η ανησυχία των άλλων γύρω τους μπορεί να οδηγήσει σε διαπροσωπικές συγκρούσεις. Επίσης, η βραχυπρόθεσμη φύση της ανακούφισης μπορεί να οδηγήσει σε μια αίσθηση της μη επιτυχίας στην πραγματικότητα, ως προς την επίλυση του προβλήματος.

Παράλληλα με την βοήθεια στη ρύθμιση των συναισθημάτων, ο εκούσιος αυτοτραυματισμός μπορεί επίσης να βοηθήσει κάποιους ανθρώπους να ρυθμίσουν δυσάρεστες αυτό-καταστάσεις, για παράδειγμα διαχωρισμού (αίσθημα αποσύνδεσης από την πραγματικότητα) ή αποπροσωποποίησης (αίσθημα ότι είναι εκτός πραγματικότητας ή σε ορισμένες ακραίες περιπτώσεις, αίσθημα ότι είναι νεκροί). Αυτές οι αυτό-καταστάσεις, σχετικά κοινές μετά από τραυματικές εμπειρίες, είναι εξαιρετικά οδυνηρές και συνταρακτικές. Ο αυτοτραυματισμός μπορεί να φέρει μια απότομη επιστροφή στην πραγματικότητα της στιγμής ή σε μια αυξημένη αίσθηση του να είναι «ζωντανός».

Η βραχυπρόθεσμη αποτελεσματικότητα του εκούσιου αυτοτραυματισμού στη μείωση των συναισθημάτων, ή στην πραγματοποίηση μιας «επιστροφής στην πραγματικότητα», μπορεί να παρέχει αυξημένη αίσθηση της δεξιοτεχνίας και του

ελέγχου, γεγονός που μπορεί να είναι σημαντικό για τα άτομα που αισθάνονται εκτός ελέγχου και ανήμποροι να αλλάξουν τις περιστάσεις ή τις εμπειρίες.

Ο σκόπιμος αυτοτραυματισμός αποτελεί και μια μορφή αυτοτιμωρίας. Για πολλά άτομα, η συμπεριφορά λειτουργεί ως αναπαράσταση των εμπειριών του παρελθόντος, όπου έχουν τραυματιστεί και κακοποιηθεί. Μετά από μια ιστορία κακοποίησης ή παραμέλησης, δεν είναι ασυνήθιστο για τους ανθρώπους να πιστεύουν ότι είναι κακοί και αξίζει να τιμωρηθούν. Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά είναι ένας τρόπος για την επίτευξη της τιμωρίας που αισθάνονται ότι τους αξίζει για το ότι είναι κακοί και πρέπει να κατηγορηθούν για κάτι.

Ο σκόπιμος αυτοτραυματισμός λειτουργεί ως μέσο επικύρωσης του εαυτού. Όπως προαναφέρθηκε, για πολλά άτομα που έχουν τραυματιστεί ή κακοποιηθεί ή παραμεληθεί δεν υπήρχε αναγνώριση των εμπειριών τους και αρνήθηκαν ενεργά τα γεγονότα που τόσο τους έχουν βλάψει. Για αυτά τα άτομα, ο εκούσιος αυτοτραυματισμός είναι ένας τρόπος για να πιστοποιήσουν το τεράστιο μέγεθος της εμπειρίας τους και ένας τρόπος για να θυμούνται γεγονότα που άλλοι μπορεί να έχουν ξεχάσει ή απορρίψει. Για κάποιους είναι ένας τρόπος επιβεβαίωσης της γνησιότητας ή ότι αυτά που υπέφεραν πραγματικά ήταν τόσο τραυματικά όσο πραγματικά το θυμούνται.

Ο σκόπιμος αυτοτραυματισμός αποτελεί παράλληλα και μέσο επηρεασμού των άλλων. Σε ορισμένες περιπτώσεις ο αυτοτραυματισμός μπορεί να είναι ένας τρόπος επικοινωνίας της αγωνίας που δεν εισακούστηκε, όταν ανακοινώθηκε προφορικά. Σε άλλες περιπτώσεις ο αυτοτραυματισμός μπορεί να είναι ένα μέσο επιρροής των άλλων, είτε ως προς την φροντίδα του προσώπου που έχει υποστεί βλάβη είτε ως προς την διατήρηση των άλλων σε απόσταση.

Συχνά, περισσότερες από μία λειτουργίες μπορεί να είναι σχετικές. Για παράδειγμα, το κόψιμο του δέρματος μπορεί να χρησιμεύσει τόσο στη ρύθμιση του άγχους όσο και στην επικύρωση της σοβαρότητας του τρέχοντος συναισθηματικού πόνου. Είναι πολύ σημαντικό να μην κάνουμε υποθέσεις σχετικά με τη λειτουργία του συγκεκριμένου επεισοδίου του αυτοτραυματισμού, χωρίς την κατανόηση τόσο της συμπεριφοράς όσο και του ατόμου που έχει υποστεί βλάβη.

Από τα ανωτέρω προκύπτει ότι η εμπειρία του σωματικού πόνου μπορεί να είναι σημαντική μόνο σε ορισμένες μορφές εκούσιου αυτοτραυματισμού, για παράδειγμα, στο κόψιμο. Άλλες δράσεις (π.χ. η υπερβολική δόση ναρκωτικών ή αλκοόλ) δεν συνεπάγονται άμεσο σωματικό πόνο. Επίσης, η εμπειρία του πόνου διαφέρει από άτομο σε άτομο και από επεισόδιο σε επεισόδιο. Μερικά άτομα αισθάνονται λίγο ή καθόλου πόνο κατά τη στιγμή του τραυματισμού, ενώ άλλοι αισθάνονται τον πόνο αργότερα. Άλλοι βιώνουν πόνο κατά τη χρονική στιγμή του αυτοτραυματισμού, και είναι η εμπειρία του φυσικού πόνου, που είναι απαραίτητη για την ανακούφιση του συναισθηματικού πόνου. Για πολλούς, ο χειρισμός του σωματικού πόνου (βραχυπρόθεσμα) περιγράφεται ως «ευκολότερος» από την διαχείριση του τεραστίου μεγέθους του συναισθηματικού πόνου τους.

Οι βιολογικές βάσεις της σχέσης μεταξύ του αυτοτραυματισμού και του πόνου είναι ακόμη ασαφείς. Ορισμένοι θεωρητικοί έχουν υποστηρίξει ότι η πρώιμη εμπειρία των τραυμάτων, βλάπτει ορισμένα νευροανατομικά μονοπάτια στον εγκέφαλο που σχετίζονται με την απελευθέρωση των ενδορφινών, οι οποίες εμπλέκονται στη ρύθμιση των συναισθηματικών καταστάσεων. Σε άτομα των οποίων οι νευρικές οδοί επηρεάζονται με τον τρόπο αυτό, προτείνεται ότι ο εκούσιος αυτοτραυματισμός μπορεί να προσφέρει ένα μέσο για την απελευθέρωση ενδορφινών. Άλλοι έχουν σημειώσει αλλαγές στα συστήματα του εγκεφάλου που χρησιμοποιούν το νευροδιαβιβαστή σεροτονίνη τόσο στην αυτοκτονία όσο και στον εκούσιο αυτοτραυματισμό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΣΥΝΑΦΕΙΣ ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΤΟ ΔΙΕΘΝΗ ΧΩΡΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

«Το προφίλ των ατόμων που αυτοκτονούν είναι συνήθως άνδρες πιο προχωρημένης ηλικίας με σοβαρότερη ψυχοπαθολογία και με υψηλά αυτοκτονική πρόθεση, ενώ αντίθετα, το προφίλ αυτών που αποπειρώνται αυτοκτονία είναι συνήθως γυναίκες,

νεαρότερης ηλικίας, με ελάσσονα ψυχοπαθολογία και χαμηλή αυτοκτονική πρόθεση» (Κονταξάκης κ.α., 2013).

Σύμφωνα με τους Nock, Borges, Bromet, Cha, και Kessler (2008), στις ΗΠΑ, όπως και παγκοσμίως, η αυτοκτονία αποτελεί πρώτη αιτία θανάτου στους έφηβους και στους ενήλικες νεαρής ηλικίας, και τα στοιχεία για τον μη αυτοκτονικό αυτοτραυματισμό (NSSI) έχουν αναφερθεί με μεγάλες αποκλίσεις από 13% έως 38% σε μαθητές και φοιτητές (Gratz, 2003; Kokaliari, 2014; Whitlock, Ecjenrode, & Silverman, 2006; Whitlock, et al., 2011). Οι λίγες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί σε άλλες χώρες δείχνουν υψηλά ποσοστά του NSSI σε μαθητές λυκείου και φοιτητές.

Περίπου το 0,5% έως το 1,4% των ανθρώπων πεθαίνουν από αυτοκτονία. Συνολικά, από το 2008/2009, η αυτοκτονία είναι η δέκατη κύρια αιτία θανάτου με περίπου 800.000 έως ένα εκατομμύριο ανθρώπους να πεθαίνουν κάθε χρόνο, δίνοντας ένα ποσοστό θνησιμότητας 11,6 ανά 100.000 άτομα ετησίως. Τα ποσοστά αυτοκτονίας έχουν αυξηθεί κατά 60% από το 1960 έως το 2012, με αυτές τις αυξήσεις να έχουν παρατηρηθεί κυρίως στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Για κάθε αυτοκτονία που έχει ως αποτέλεσμα το θάνατο έχουν προηγηθεί μεταξύ 10 και 40 απόπειρες αυτοκτονίας (Davidson&Schmidt, 2004).

Τα ποσοστά αυτοκτονίας διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των χωρών και την πάροδο του χρόνου. Τα ποσοστά των θανάτων το 2008 ήταν: Αφρική 0,5%, Νοτιοανατολική Ασία 1,9% Αμερική 1,2% και 1,4% στην Ευρώπη . Οι τιμές ανά 100.000 ήταν: Αυστραλία 8.6, Καναδάς 11.1, 12.7 Κίνα, Ινδία 23.2, Ηνωμένο Βασίλειο 7,6, Ηνωμένες Πολιτείες 11.4, και η Νότια Κορέα 28.9. Η αυτοκτονία κατατάσσεται ως η 10η κύρια αιτία θανάτου στις Ηνωμένες Πολιτείες το 2009 με περίπου 36.000 περιπτώσεις ένα έτος, και περίπου 650.000 άνθρωποι να έχουν βρεθεί στα τμήματα επειγόντων περιστατικών σε ετήσια βάση, με αιτιολόγηση την απόπειρα αυτοκτονίας. Ο ρυθμός αυτοκτονιών για την κάθε χώρα μεταξύ των ανδρών στην ηλικία των 50 ετών περίπου αυξήθηκε σχεδόν κατά το ήμισυ κατά τη δεκαετία 1999-2010. Η Λιθουανία, η Ιαπωνία και η Ουγγαρία έχουν τα υψηλότερα ποσοστά. Οι χώρες με τους μεγαλύτερους απόλυτους αριθμούς αυτοκτονιών είναι η Κίνα και η

Ινδία που αντιπροσωπεύουν πάνω από το μισό του συνόλου. Στην Κίνα η αυτοκτονία είναι η 5η κύρια αιτία θανάτου (Establet&Baudelot, 2008).

Στον δυτικό κόσμο, οι άντρες πεθαίνουν τρεις έως τέσσερις φορές πιο συχνά από αυτοκτονία, από ό, τι οι γυναίκες, αν και οι γυναίκες επιχειρούν αυτοκτονία τέσσερις φορές πιο συχνά. Αυτό έχει αποδοθεί στο γεγονός ότι οι άνδρες χρησιμοποιούν περισσότερο θανατηφόρα μέσα για να αυτοκτονήσουν. Αυτή η διαφορά είναι ακόμη πιο έντονη σε όσους είναι άνω των 65 ετών με δεκαπλάσια περισσότερους άνδρες να αυτοκτονούν σε σχέση με τις γυναίκες. Η Κίνα έχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά γυναικείας αυτοκτονίας στον κόσμο, και είναι η μόνη χώρα όπου είναι υψηλότερα τα ποσοστά από εκείνα των ανδρών (αναλογία 0,9). Στην Ανατολική Μεσόγειο τα ποσοστά αυτοκτονίας είναι σχεδόν ισοδύναμα μεταξύ των ανδρών και των γυναικών. Για τις γυναίκες το υψηλότερο ποσοστό των αυτοκτονιών βρίσκεται στη Νότια Κορέα σε 22 άτομα ανά 100.000, με υψηλά ποσοστά στη Νοτιοανατολική Ασία και το Δυτικό Ειρηνικό γενικά (Plante, 2007).

Λόγω του κοινωνικού στιγματισμού και της επακόλουθης ύφεσης, οι άνθρωποι των οποίων η ταυτότητα φύλου δεν ευθυγραμμίζεται με δεδομένο το φύλο τους, βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για αυτοκτονία. Σε πολλές χώρες, το ποσοστό των αυτοκτονιών είναι υψηλότερο σε μεσήλικες ή ηλικιωμένους. Ο απόλυτος αριθμός των αυτοκτονιών όμως είναι μεγαλύτερος σε όσους βρίσκονται σε ηλικία μεταξύ 15 και 29 ετών, λόγω του πλήθους των ανθρώπων σε αυτή την ηλικιακή ομάδα. Στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι μεγαλύτερα τα ποσοστά σε Καυκάσιους άνδρες πάνω από 80 ετών, αν και οι νέοι επιχειρούν συχνότερα αυτοκτονία. Είναι η δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου σε εφήβους και σε νεαρούς άνδρες, και η κατάταξη της ως δεύτερη οφείλεται στο ότι πρώτος σε ποσοστά είναι ο αιφνίδιος θάνατος. Σε νεαρούς άνδρες στον ανεπτυγμένο κόσμο, είναι η αιτία σχεδόν του 30% της θνησιμότητας. Στον αναπτυσσόμενο κόσμο τα ποσοστά είναι παρόμοια, αλλά αποτελεί μικρότερο ποσοστό των συνολικών θανάτων, γεγονός που οφείλεται στο ότι συγκεντρώνονται μεγαλύτερα ποσοστά θανάτου σε άλλους τύπους τραυματισμών. Στην Νότιο-Ανατολική Ασία, σε αντίθεση με άλλες περιοχές του κόσμου, οι θάνατοι από αυτοκτονία συμβαίνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό στις νέες γυναίκες από ό, τι στις ηλικιωμένες γυναίκες (Joiner, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΥΝΑΦΕΙΣ ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΤΟ ΔΙΕΘΝΗ ΧΩΡΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Είναι δύσκολο να αποκτήσουμε μια ακριβή εικόνα της επίπτωσης και επιπολασμού του αυτοτραυματισμού. Αυτό οφείλεται κατά ένα μέρος στην έλλειψη επαρκούς αριθμού εξειδικευμένων ερευνητικών κέντρων για να παρέχουν ένα συνεχές σύστημα παρακολούθησης. Ωστόσο, ακόμη και με επαρκείς πόρους, οι στατιστικές εκτιμήσεις είναι ιδιαίτερα ασαφείς, δεδομένου ότι τα περισσότερα περιστατικά αυτοτραυματισμού είναι απόρρητα στα ιατρικά επαγγέλματα, καθώς οι πράξεις αυτοτραυματισμού διενεργούνται συχνά κρυφά, και οι πληγές μπορεί να είναι επιφανειακές και να αντιμετωπίζονται εύκολα από το άτομο. Τα καταχωρημένα στοιχεία μπορούν να βασίζονται σε τρεις πηγές: ψυχιατρικά δείγματα, εισαγωγές στο νοσοκομείο και έρευνες στον γενικό πληθυσμό.

Ο μη αυτοκτονικός αυτοτραυματισμός (NSSI) ορίζεται ως «τραυματισμός που προκαλείται εκ προθέσεως και προκαλεί άμεση βλάβη ιστών, που πραγματοποιείται χωρίς να αποσκοπεί σε αυτοκτονία και κοινωνική επιδοκιμασία» (Nixon&Heath, 2008, σ. 4). Επίσης σύμφωνα με τον Nock (2014), ως μη αυτοκτονικός αυτοτραυματισμός ορίζεται η αυτοκατευθυνόμενη συμπεριφορά που έχει ως αποτέλεσμα το σκόπιμο αυτοτραυματισμό ή την πρόκληση σωματικών βλαβών.

Σύμφωνα με παλαιότερες αναφορές, ο μη αυτοκτονικός αυτοτραυματισμός αρχίζει να εμφανίζεται στην ηλικία μεταξύ των 11 έως 15 ετών (Hankin&Abela, 2011, Heath, Schaub, κ.ά., 2008, Jacobson& Gould, 2007, Muehlenkamp&Gutierrez, 2007, Nixon&Heath, 2008, Nixon, Cloutier, &Aggarwal, 2002, Nock&Prinstein, 2005). Σε μια σύγχρονη έρευνα που πραγματοποιήθηκε, ο Martin κ.α. (2010) παρατήρησαν ότι ο μη αυτοκτονικός αυτοτραυματισμός κορυφώνεται μεταξύ των 15 και 24 ετών σε γυναίκες, και 10 και 19 ετών σε άντρες αναδεικνύοντας ότι οι άνδρες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλώσουν αυτοτραυματική συμπεριφορά σε μικρότερη ηλικία συγκριτικά με τις γυναίκες. Μάλιστα οι φοιτητές αναφέρουν μεγαλύτερα

ποσοστά σε NSSI και σε SIB, και αποτελούν το πιο κρίσιμο πληθυσμό σε άλλες χώρες.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υπολογίζει ότι, το 2010, 880.000 θάνατοι συνέβησαν ως αποτέλεσμα αυτοτραυματισμού. Περίπου το 10% των εισαγωγών σε ιατρικές αίθουσες στο Ηνωμένο Βασίλειο προέκυψαν, ως αποτέλεσμα αυτοτραυματισμού, η πλειοψηφία εκ των οποίων προήλθε από υπερβολική δόση ναρκωτικών. Ωστόσο, μελέτες που βασίζονται μόνο σε εισαγωγές στο νοσοκομείο μπορούν να αποκρύψουν την μεγαλύτερη ομάδα των αυτοτραυματιζόμενων που δεν χρειάζονται ή δεν ζητούν νοσοκομειακή περίθαλψη για τους τραυματισμούς τους, αντί της θεραπείας τους. Πολλοί έφηβοι που εμφανίζονται στα γενικά νοσοκομεία με σκόπιμη έκθεση αυτοτραυματισμού αναφέρουν προηγούμενα επεισόδια για τα οποία δεν έλαβαν ιατρική φροντίδα. Στις Ηνωμένες Πολιτείες έως 4% των ενηλίκων αυτοτραυματίζονται με περίπου 1% του πληθυσμού να εμπλέκεται σε χρόνιους ή σοβαρούς αυτοτραυματισμούς (Establet & Baudelot, 2008).

Η τρέχουσα έρευνα δείχνει ότι τα ποσοστά του αυτοτραυματισμού είναι πολύ υψηλότερα μεταξύ των νέων, με μέση ηλικία έναρξης για τα άτομα μεταξύ 14 και 24 ετών. Τα πρώτα αναφερόμενα περιστατικά αυτοτραυματισμού είναι σε παιδιά ηλικίας μεταξύ 5 και 7 ετών. Στο Ηνωμένο Βασίλειο το 2008, τα ποσοστά του αυτοτραυματισμού στους νέους ήταν σε ποσοστό 33%. Επιπλέον, φαίνεται να υπάρχει αυξημένος κίνδυνος αυτοτραυματισμού σε φοιτητές από ό, τι στον γενικό πληθυσμό. Σε μια μελέτη των προπτυχιακών φοιτητών στις ΗΠΑ, το 9,8% των φοιτητών που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσαν ότι είχαν σκόπιμα κοπεί ή καεί για τουλάχιστον μία φορά στην παρελθόν. Όταν ο ορισμός του αυτοτραυματισμού επεκτάθηκε για να περιλάβει το κτύπημα του κεφαλιού, το ξύσιμο, και τα αυτόχτυπήματα, το 32% του δείγματος δήλωσε ότι είχε προχωρήσει σε μια τέτοια πράξη. Στην Ιρλανδία, μια μελέτη διαπίστωσε ότι οι περιπτώσεις αυτοτραυματισμού που νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομείο ήταν πολύ υψηλότερες στην πόλη και στις αστικές περιοχές, παρά σε αγροτικές περιοχές. Η μελέτη CASE (Αυτοτραυματισμού παιδιών και εφήβων στην Ευρώπη) δείχνει ότι ο κίνδυνος αυτοτραυματισμού κατά την διάρκεια της ζωής των ατόμων είναι περίπου 1: 7 για τις γυναίκες και περίπου 1: 25 για τους άνδρες (Lewis, 2008).

Σε γενικές γραμμές, η τελευταία συγκεντρωτική έρευνα δεν διαπίστωσε καμία διαφορά στον επιπολασμό του αυτοτραυματισμού μεταξύ ανδρών και γυναικών. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με προηγούμενες έρευνες που έδειξαν ότι έως και τέσσερις φορές σε σχέση με τους άνδρες, οι γυναίκες έχουν άμεση εμπειρία αυτοτραυματισμού. Ωστόσο, απαιτείται προσοχή στην θεώρηση του αυτοτραυματισμού ως μεγαλύτερου προβλήματος για τις γυναίκες, δεδομένου ότι οι άνδρες μπορούν να εμπλέκονται σε διάφορες μορφές αυτοτραυματισμού (π.χ., χτυπώντας τον εαυτό τους), που θα μπορούσε να είναι πιο εύκολο να κρύψουν ή να εξηγήσουν ως αποτέλεσμα διαφορετικών συνθηκών. Ως εκ τούτου, εξακολουθούν να υπάρχουν πολύ αντίθετες απόψεις ως προς το αν το παράδοξο των δύο φύλων είναι ένα πραγματικό φαινόμενο, ή απλώς το τεχνούργημα της προκατάληψης στη συλλογή των δεδομένων (Marcovitz, 2010).

Ο μια άλλη μελέτη σχετικά με την αυτοκτονία, που ξεκίνησε το 1989, έδειξε ότι, για κάθε ηλικιακή ομάδα, το ποσοστό του αυτοτραυματισμού των γυναικών ξεπέρασε εκείνη των ανδρών, με το υψηλότερο ποσοστό μεταξύ των γυναικών στην ηλικιακή ομάδα 13-24 και το υψηλότερο ποσοστό στους άνδρες στην ηλικιακή ομάδα 12-34. Ωστόσο, αυτή η διαφορά είναι γνωστό ότι διαφέρει σημαντικά ανάλογα με τον πληθυσμό και τα μεθοδολογικά κριτήρια, σύμφωνα με ευρείες αβεβαιότητες στη συλλογή και την ερμηνεία των δεδομένων σχετικά με τις τιμές του αυτοτραυματισμού σε γενικές γραμμές. Τα προβλήματα αυτά μερικές φορές βρίσκονται στο επίκεντρο της κριτικής στο πλαίσιο της ευρύτερης ψυχοκοινωνικής ερμηνείας. Για παράδειγμα, η φεμινίστρια συγγραφέας Barbara Brickman έχει υποθέσει ότι οι αναφερόμενες διαφορές μεταξύ των φύλων στα ποσοστά αυτοτραυματισμού οφείλεται σε κοινωνικά επηρεασμένα μεθοδολογικά σφάλματα δειγματοληψίας, κατηγορώντας άμεσα την ιατρική συζήτηση για την παθολογοποίηση των γυναικών (Nig, Zundel, & Ougrin, 2009).

Η διαφορά μεταξύ των φύλων συχνά παραμορφώνεται σε συγκεκριμένους πληθυσμούς όπου τα ποσοστά του αυτοτραυματισμού είναι υπερβολικά υψηλά, γεγονός που μπορεί να έχει επιπτώσεις στη σημασία και την ερμηνεία των ψυχοκοινωνικών παραγόντων εκτός από το φύλο. Μια μελέτη το 2003 βρήκε ένα εξαιρετικά υψηλό επιπολασμό αυτοτραυματισμού σε 428 άστεγους και διαφυγόντες νέους (ηλικίας 16 έως 19) με το 72% των ανδρών και το 66% των γυναικών να

αναφέρουν ιστορικό του αυτοτραυματισμού. Ωστόσο, το 2008, μια μελέτη σχετικά με τους νέους και τον αυτοτραυματισμό παρουσίασε το χάσμα μεταξύ των φύλων να κλείνει, με το 32% των νέων γυναικών και το 22% των νέων ανδρών να παραδέχεται αυτοτραυματισμούς. Οι μελέτες επίσης δείχνουν ότι οι άνδρες που αυτοτραυματίζονται είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο για ολοκλήρωση αυτοκτονίας (Dwivedi, 2012).

Δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά στο κίνητρο αυτοτραυματισμού στους έφηβους άνδρες και γυναίκες. Για παράδειγμα, για τα δύο φύλα υπάρχει μια σταδιακή αύξηση του εκούσιου αυτοτραυματισμού που σχετίζονται με την αύξηση της κατανάλωσης τσιγάρων, ναρκωτικών και αλκοόλ. Οι παράγοντες κινητοποίησης, όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση και το να έχουν φίλους και μέλη της οικογένειας που αυτοτραυματίζονται είναι επίσης κοινά μεταξύ των ανδρες και των γυναικών. Μια περιορισμένη μελέτη διαπίστωσε ότι, μεταξύ των νεαρών ατόμων που πραγματοποιούν αυτοτραυματισμό, και τα δύο φύλα είναι εξίσου πιθανό να χρησιμοποιούν τη μέθοδο του κοψίματος του δέρματος. Ωστόσο, οι γυναίκες που κόβουν το δέρμα τους είναι πιο πιθανό σε σχέση με τους άνδρες να εξηγήσουν το επεισόδιο αυτοτραυματισμού τους λέγοντας ότι ήθελαν να τιμωρήσουν τον εαυτό τους. Στη Νέα Ζηλανδία, περισσότερες γυναίκες νοσηλεύονται για εκ προθέσεως αυτοτραυματισμούς σε σχέση με τους άνδρες. Οι γυναίκες πιο συχνά επιλέγουν μεθόδους, όπως η αυτο-δηλητηρίαση που γενικά δεν είναι μοιραία, αλλά εξακολουθεί να είναι αρκετά σοβαρή ώστε να απαιτεί νοσηλεία (Senker, 2013).

Πολύ πρόσφατα προσπάθειες για τη βελτίωση της υγείας στον αναπτυσσόμενο κόσμο συγκεντρώνονται όχι μόνο στη σωματική ασθένεια, αλλά στην ψυχική υγεία. Επίσης, ο εκούσιος αυτοτραυματισμός είναι κοινός στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Η έρευνα αυτοτραυματισμού στον αναπτυσσόμενο κόσμο, ωστόσο, εξακολουθεί να είναι πολύ περιορισμένη, αν και μια σημαντική μελέτη περίπτωσης πραγματοποιήθηκε στη Σρι Λάνκα, η οποία είναι μια χώρα που παρουσιάζει υψηλή συχνότητα της αυτοκτονίας και αυτο-δηλητηριάσεων με γεωργικά φυτοφάρμακα ή φυσικά δηλητήρια. Πολλοί από τους ανθρώπους που παραδέχτηκαν σκόπιμη αυτο-δηλητηρίαση κατά τη διάρκεια μιας μελέτης από τους Eddleston et al. ήταν νέοι και λίγοι εξέφρασαν την επιθυμία να πεθάνουν, αλλά ο θάνατος ήταν σχετικά συχνός στους νέους σε αυτές τις περιπτώσεις. Η βελτίωση της ιατρικής αντιμετώπισης της οξείας δηλητηρίασης στον

αναπτυσσόμενο κόσμο είναι κακή και απαιτεί βελτιώσεις, προκειμένου να μειωθεί η θνησιμότητα (Reeves, 2013).

Μερικές από τις αιτίες της εσκεμμένης αυτο-δηλητηρίασης σε εφήβους στη Σρι Λάνκα περιλαμβάνουν το πένθος και την σκληρή πειθαρχία από τους γονείς. Οι μηχανισμοί αντιμετώπισης κατανέμονται στις τοπικές κοινότητες καθώς οι άνθρωποι περιβάλλονται από άλλους που έχουν προηγουμένως υποστεί βλάβη οι ίδιοι ή αποπειράθηκαν αυτοκτονία σκόπιμα. Ένας τρόπος μείωσης του αυτοτραυματισμού θα ήταν να περιοριστεί η πρόσβαση σε δηλητήρια. Ωστόσο, πολλές περιπτώσεις, περιλαμβάνουν φυτοφάρμακα ή κίτρινους σπόρους πικροδάφνης, και η μείωση της πρόσβασης σε αυτούς τους παράγοντες είναι δύσκολη. Μεγάλες δυνατότητες για τη μείωση του αυτοτραυματισμού έγκεινται στην εκπαίδευση και την πρόληψη, αλλά και οι περιορισμένοι πόροι στον αναπτυσσόμενο κόσμο κάνουν αυτές τις μεθόδους προκλητικές (Walsh, 2012). Ο εκούσιος αυτοτραυματισμός είναι ιδιαίτερα διαδεδομένος σε πληθυσμούς κρατουμένων. Μια προτεινόμενη εξήγηση για αυτό είναι ότι οι φυλακές είναι συχνά βίαιες θέσεις, και οι κρατούμενοι που επιθυμούν να αποφύγουν τις σωματικές αντιπαραθέσεις μπορούν να προσφεύγουν σε αυτοτραυματισμούς ως τέχνασμα, είτε για να πείσουν τους άλλους φυλακισμένους ότι είναι επικίνδυνα παράφρονες και ανθεκτικοί στον πόνο ή για να τύχουν προστασίας από οι αρχές της φυλακής (Violanti, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΠΡΟΛΗΨΗ – ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΩΝ –ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ

5.1. Ταξινόμηση

Η αυτό-βλάβη, που αναφέρεται επίσης ως αυτο-τραυματισμός, αυτό-προκαλούμενη βία, μη-αυτοκτονικός αυτοτραυματισμός ή αυτοτραυματική συμπεριφορά, αναφέρεται σε ένα φάσμα συμπεριφορών, όπου αποδεδειγμένα ο τραυματισμός αυτό-προκαλείται. Η συμπεριφορά αυτή προϋποθέτει τη σκόπιμη βλάβη των ιστών που συνήθως γίνεται χωρίς πρόθεση αυτοκτονίας. Η πιο κοινή μορφή αυτοτραυματισμού περιλαμβάνει την κοπή του δέρματος χρησιμοποιώντας ένα αιχμηρό αντικείμενο, π.χ. ένα μαχαίρι ή ένα ξυράφι. Ο όρος αυτο-ακρωτηριασμός χρησιμοποιείται επίσης μερικές φορές, αν και αυτή η φράση προκαλεί συνειρμούς που μερικοί βρίσκουν ανησυχητικούς, ανακριβείς, ή προσβλητικούς. Οι πληγές μέσω αυτοτραυματισμού είναι ένας ειδικός όρος που συνδέεται με τους στρατιώτες για να περιγράψει τα μη-θανατηφόρα τραύματα που προκλήθηκαν προκειμένου να αποκτήσουν πρόωρη απόλυση από την μάχη. Αυτό διαφέρει από τον κοινό ορισμό του αυτοτραυματισμού, καθώς η ζημία προκαλείται για ένα συγκεκριμένο δευτερεύοντα σκοπό. Ένας ευρύτερος ορισμός του αυτοτραυματισμού μπορεί επίσης να περιλαμβάνει εκείνους που προκαλούν βλάβες στο σώμα τους μέσω της διαταραγμένης διατροφής (Establet&Baudelot, 2008).

Ο μη-αυτοκτονικός αυτοτραυματισμός προστέθηκε στο DSM-V ως ξεχωριστή διαταραχή, και τη διακρίνει από τις ηπιότερες μορφές αυτοτραυματισμού. Αυτή η διαταραχή εμφανίζεται όταν ένα άτομο έχει στόχο να βλάψει τον εαυτό του με ένα φυσικό τρόπο, χωρίς την πρόθεση του να αυτοκτονήσει. Ο αυτοτραυματισμός χωρίς πρόθεση αυτοκτονίας μπορεί να παρουσιαστεί σε ευρύ φάσμα, όπως και πολλές άλλες διαταραχές (κατάχρηση ουσιών, εθισμός στα τυχερά παιχνίδια). Ακριβώς όπως και με άλλες διαταραχές, όταν οι αυτοτραυματικές συμπεριφορές διασχίσουν ένα ορισμένο όριο, τότε ταξινομείται ως διαταραχή της ψυχικής υγείας. Τα κριτήρια του μη αυτοκτονικού αυτοτραυματισμού περιλαμβάνουν πέντε ή περισσότερες ημέρες

στις οποίες προκαλούνται βλάβες από αυτοτραυματισμούς κατά τη διάρκεια ενός έτους, χωρίς πρόθεση αυτοκτονίας, και το άτομο πρέπει να έχει κίνητρο να αναζητήσει την ανακούφιση από μια αρνητική κατάσταση, την επίλυση μιας δυσκολίας στις διαπροσωπικές σχέσεις, ή την επίτευξη μιας θετικής κατάστασης (Walsh, 2012).

Μια κοινή πεποίθηση σχετικά με τον αυτοτραυματισμό αφορά την συμπεριφορά αναζήτησης της προσοχής. Ωστόσο, στις περισσότερες περιπτώσεις, αυτό είναι ανακριβές. Πολλά άτομα που αυτοτραυματίζονται είναι σε πολύ αυτο-συνείδηση των πληγών και των σημαδιών τους και αισθάνονται ένοχοι για τη συμπεριφορά τους, με αποτέλεσμα να προσπαθούν να αποκρύψουν την συμπεριφορά τους από τους άλλους. Μπορούν να προσφέρουν εναλλακτικές εξηγήσεις για τους τραυματισμούς τους, ή να αποκρύπτουν τα σημάδια τους με διάφορα είδη ένδυσης. Ο αυτοτραυματισμός σε αυτά τα άτομα δεν μπορεί να σχετίζεται με τάσεις αυτοκτονίας ή παρα-αυτοκτονική συμπεριφορά. Οι άνθρωποι που αυτοτραυματίζονται συνήθως δεν επιδιώκουν να τελειώσουν τη ζωή τους. Έχει προταθεί αντιθέτως ότι χρησιμοποιούν τον αυτοτραυματισμό ως μηχανισμός αντιμετώπισης για την ανακούφιση του συναισθηματικού πόνου ή της δυσφορίας ή ως μια προσπάθεια να επικοινωνήσουν την αγωνία τους. Εναλλακτικά, ερμηνείες που βασίζονται στην υποτιθέμενη θνησιμότητα του αυτοτραυματισμού δεν δίνουν σαφείς ενδείξεις ως προς την πρόθεσή του: η συμπεριφορά διακινδύνευσης της ζωή μπορεί να μην έχει καμία πρόθεση αυτοκτονίας, ενώ φαινομενικά επιφανειακές αμυχές μπορεί να ήταν μια απόπειρα αυτοκτονίας. Μελέτες για άτομα με αναπτυξιακές αναπηρίες (όπως νοητική υστέρηση) έχουν δείξει ότι ο αυτοτραυματισμός εξαρτάται από περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως η απόκτηση προσοχής ή την διαφυγή από τις καθημερινές απαιτήσεις (Establet&Baudelot, 2008).

5.2. Μέθοδοι αντιμετώπισης

Υπάρχει σημαντική αβεβαιότητα σχετικά με το ποιες μορφές ψυχοκοινωνικών και φυσικών θεραπειών των ασθενών που βλάπτουν τον εαυτό τους είναι οι πλέον αποτελεσματικές και ως προς αυτό απαιτούνται περαιτέρω κλινικές μελέτες. Οι ψυχιατρικές διαταραχές και οι διαταραχές της προσωπικότητας είναι κοινές σε άτομα που αυτοτραυματίζονται και κατά συνέπεια ο αυτοτραυματισμός μπορεί να είναι ένας δείκτης της κατάθλιψης και/ ή άλλων ψυχολογικών προβλημάτων. Πολλοί άνθρωποι

που αυτοτραυματίζονται υποφέρουν από μέτρια ή σοβαρή κλινική κατάθλιψη και επομένως η θεραπεία με αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορεί συχνά να είναι αποτελεσματική στη θεραπεία αυτών των ασθενών. Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για να βοηθήσει τα άτομα με διαγνώσεις του Άξονα I, όπως η κατάθλιψη, η σχιζοφρένεια και η διπολική διαταραχή. Η διαλεκτική συμπεριφορική θεραπεία μπορεί να είναι πολύ επιτυχής για εκείνα τα άτομα που εμφανίζουν κάποια διαταραχή προσωπικότητας, και θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για τα άτομα με άλλες ψυχικές παθήσεις που εμφανίζουν αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Η διάγνωση και η θεραπεία των αιτιών του αυτοτραυματισμού θεωρείται από πολλούς ως η καλύτερη προσέγγιση για την αντιμετώπιση των αυτοτραυματισμών. Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις, κυρίως σε ασθενείς με διαταραχή της προσωπικότητας, αυτό δεν είναι πολύ αποτελεσματικό, και έτσι περισσότεροι κλινικοί ιατροί αρχίζουν να υιοθετούν μια προσέγγιση διαλεκτικής συμπεριφορικής θεραπείας, προκειμένου να μειωθεί η ίδια η συμπεριφορά. Οι άνθρωποι που βασίζονται στον συνήθη αυτοτραυματισμό μερικές φορές νοσηλεύονται ψυχιατρικά, με βάση την σταθερότητα τους, την ικανότητά τους και ιδιαίτερα την προθυμία τους να λάβουν βοήθεια. Σε εφήβους η πολυσυστημική θεραπεία είναι πολλά υποσχόμενη (Ono, Borges, Nock, & Nock, 2012).

Σε άτομα με αναπτυξιακές αναπηρίες, η εμφάνιση του αυτοτραυματισμού συχνά αποδεικνύεται ότι σχετίζεται με τις συνέπειες του στο περιβάλλον, όπως η απόκτηση προσοχής ή επιθυμητών αντικειμένων και ή διαφυγή από τις καθημερινές απαιτήσεις. Καθώς τα άτομα με αναπτυξιακές αναπηρίες, έχουν συχνά επικοινωνιακά ή κοινωνικά ελλείμματα, ο αυτοτραυματισμός μπορεί να είναι ο δικός τους τρόπος για απόκτηση πραγμάτων που διαφορετικά δεν θα ήταν σε θέση να λάβει με κοινωνικά κατάλληλο τρόπο (όπως με ερώτηση). Έτσι, μία προσέγγιση για τη θεραπεία του αυτοτραυματισμού είναι να διδαχθούν τα άτομα μια εναλλακτική, κατάλληλη απόκριση που θα παρουσιάζει το ίδιο αποτέλεσμα με αυτό του αυτοτραυματισμού. Επιπλέον, η χρήση της συσκευής θετικής τιμωρίας, όπως το Σύστημα Αναστολής της Αυτοτραυματικής Συμπεριφοράς (SIBIS) μπορεί να μειώσει το ρυθμό με τον οποίο τα παιδιά με αναπτυξιακές αναπηρίες συμμετέχουν σε αυτοτραυματισμό (Walker, 2012).

Η δημιουργία εναλλακτικών συμπεριφορών που ο πάσχων μπορεί να συμμετάσχει αντί του αυτοτραυματισμού αποτελεί μια επιτυχημένη συμπεριφορική μέθοδο που χρησιμοποιείται για την αποφυγή του αυτοτραυματισμού. Οι τεχνικές, με στόχο τη διατήρηση ενός ατόμου απασχολημένου, μπορεί να περιλαμβάνουν την τήρηση ημερολογίου, τον περίπατο, την συμμετοχή σε αθλήματα ή άσκηση ή η συνέντευξη με φίλους όποτε ο πάσχων έχει την επιθυμία να βλάψει τον εαυτό του. Η αφαίρεση των αντικειμένων που χρησιμοποιούνται για αυτοτραυματισμούς είναι επίσης χρήσιμη για την αντίσταση σε αυτοκαταστροφικές διαθέσεις. Η παροχή μιας κάρτας που επιτρέπει στους πάσχοντες να έρχονται σε επείγουσα επαφή με τις υπηρεσίες παροχής συμβουλών στην περίπτωση που θα προκύψει η ανάγκη αυτοτραυματισμού μπορεί επίσης να βοηθήσει στην πρόληψη της πράξης του αυτοτραυματισμού. Εναλλακτικές και ασφαλέστερες μέθοδοι αυτοτραυματισμού που δεν οδηγούν σε μόνιμη βλάβη, για παράδειγμα, το πιάσιμο ενός λάστιχου στον καρπό, μπορεί επίσης να βοηθήσει στο να ηρεμήσει η παρόρμηση για αυτοτραυματισμούς. Η χρήση της βιοανάδρασης μπορεί να βοηθήσει στην αύξηση της αυτογνωσίας στον πάσχοντα ορισμένων προκαταλήψεων ή συγκεκριμένης πνευματικής κατάστασης ή διάθεσης που προηγείται των περιόδων της αυτοτραυματιστικής συμπεριφοράς, και επίσης να βοηθήσει τον πάσχοντα στον εντοπισμό τεχνικών για να αποφευχθούν οι προ-καταλήψεις πριν να οδηγήσουν σε αυτοτραυματισμούς. Οποιαδήποτε στρατηγική αποφυγής ή αντιμετώπισης πρέπει να είναι κατάλληλη για το κίνητρο και τον λόγο που τα άτομα αυτοτραυματίζονται (Juhnke, Granello, Haag, Granello, Granello, & Juhnke, 2010).

5.3. Μέθοδοι αντιμετώπισης αυτοκτονίας

Πολλές μέθοδοι παρέμβασης έχουν αναπτυχθεί, ώστε να προλαμβάνουν την αυτοκτονία πριν αυτή επιχειρηθεί. Οι γενικές μέθοδοι περιλαμβάνουν τις απευθείας συνομιλίες, τον έλεγχο για τους κινδύνους και τη μείωση των θανατηφόρων μέσων. Κάθε μια από αυτές εξηγείται παρακάτω (Collins & Veague, 2009):

ΟΙ ΑΠΕΥΘΕΙΑΣ ΣΥΝΟΜΙΛΙΕΣ

Ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας έχει επισημάνει έναν πολύ αποτελεσματικό τρόπο για την αξιολόγηση της αυτοκτονικής σκέψης, δηλαδή το να μιλήσουν οι ειδικοί απ' ευθείας με κάποιο άτομο, να ρωτήσουν κάτι σχετικά με την κατάθλιψη και να αξιολογήσουν τα σχέδια αυτοκτονίας ως προς το πότε και το πως θα μπορούσαν να

επιχειρηθούν. Αντίθετα με την δημοφιλή παρανόηση, μιλώντας με τους ανθρώπους για την αυτοκτονία, δεν «φυτεύεις» την ιδέα στο μυαλό τους. Ωστόσο, οι συζητήσεις και οι ερωτήσεις θα πρέπει να γίνονται με φροντίδα, ανησυχία και συμπόνια. Η τακτική είναι να μειωθεί η θλίψη και να παρέχεται η βεβαιότητα ότι οι άνθρωποι νοιάζονται. Ο ΠΟΥ συμβουλεύει να μην πούμε πως όλα θα είναι εντάξει, ούτε να κάνουμε το πρόβλημα να φαίνεται ασήμαντο, ούτε να δώσουμε ψευδείς διαβεβαιώσεις σχετικά με σοβαρά θέματα. Ωστόσο, μερικοί άνθρωποι που έχουν μιλήσει για αυτοκτονία, έχουν αργότερα επιχειρήσει να την κάνουν και οι συζητήσεις με αυτούς θα πρέπει να είναι σταδιακές, και ειδικά όταν το άτομο είναι άνετο ώστε να συζητάει τα συναισθήματά του (Leatham, 2005).

Ο ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥΣ

Αμερικανός χειρουργός έχει προτείνει, ότι ο έλεγχος για τον εντοπισμό όσων διατρέχουν κίνδυνο αυτοκτονίας μπορεί να είναι ένα από τα πιο αποτελεσματικά μέσα για την πρόληψη των αυτοκτονιών σε παιδιά και εφήβους. Υπάρχουν διάφορα εργαλεία ελέγχου, με τη μορφή των ερωτηματολογίων αυτο-αναφοράς, ώστε να βοηθήσουν στον εντοπισμό ατόμων που διατρέχουν κίνδυνο, όπως η κλίμακα αισθημάτων Beck και το ερωτηματολόγιο «είναι ζεστό το μονοπάτι;». Ένας αριθμός τέτοιου είδους ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς, έχουν δοκιμαστεί και έχουν βρεθεί να είναι αποτελεσματικά για χρήση, μεταξύ των εφήβων και των νεαρών ενηλίκων. Ωστόσο, υπάρχει ένα υψηλό ποσοστό λανθασμένης θετικής – αρνητικής ταυτοποίησης εκείνων που θεωρούνται σε κίνδυνο και θα πρέπει να υπάρχει μια συνέχεια στη διαδικασία, δηλαδή μια κλινική συνέντευξη. Η προγνωστική ποιότητα αυτών των ερωτηματολογίων δεν έχει επικυρωθεί οριστικά και έτσι δεν είναι δυνατόν να προσδιοριστεί εάν αυτοί που ορίζονται ως άτομα σε κίνδυνο αυτοκτονίας, θα διαπράξουν αυτοκτονία στην πραγματικότητα. Το συμπέρασμα είναι πως συζητώντας για την αυτοκτονία, δεν αυξάνεται το ρίσκο για την εμφάνισή της. Σε ποσοστό περίπου 75% των αυτοκτονιών, τα άτομα είχαν δει έναν γιατρό μέσα στο έτος πριν το θάνατό τους, συμπεριλαμβανομένου 45-66% που είχαν δει μέσα στον τελευταίο μήνα. Περίπου 33-41% των ατόμων που αυτοκτόνησαν, είχαν λάβει υπηρεσίες ψυχικής υγείας κατά το προηγούμενο έτος, συμπεριλαμβανομένου 20% που είχαν λάβει μέσα στον μήνα. Όλες αυτές οι μελέτες δείχνουν μια αυξημένη ανάγκη για αποτελεσματικό έλεγχο (Leatham, 2005).

ΜΕΙΩΣΗ ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΩΝ ΜΕΣΩΝ

Με τη μείωση των θανατηφόρων μέσων, μειώνεται η πιθανότητα ότι αυτός που επιχειρεί να αυτοκτονήσει θα το κάνει με θανατηφόρα μέσα, κάτι που αποτελεί σημαντικό συστατικό στην πρόληψη των αυτοκτονιών.

Για χρόνια οι ερευνητές και οι σχεδιαστές της πολιτικής για την υγεία έχουν υποθέσει και αποδείξει, πως ο περιορισμός των θανατηφόρων μέσων μπορεί να βοηθήσει να μειωθούν τα ποσοστά αυτοκτονίας, καθώς καθυστερεί την ανάληψη δράσης από τον πάσχοντα, έως ότου ξεπεραστεί η περίοδος της κατάθλιψης. Υπάρχουν ισχυρά αποδεικτικά στοιχεία ότι η περιορισμένη πρόσβαση στο λεγόμενο hotspot της αυτοκτονίας, όπως είναι οι γέφυρες και τα βράχια, μειώνει τις αυτοκτονίες, ενώ άλλες παρεμβάσεις, όπως η τοποθέτηση σημαδιών και η αύξηση της εποπτείας αυτών των περιοχών είναι λιγότερο αποτελεσματικές. Ένα από τα πιο διάσημα ιστορικά παραδείγματα από τα μέσα μείωσης, είναι το παράδειγμα του φυσικού αερίου από άνθρακα στο Ηνωμένο Βασίλειο. Μέχρι τη δεκαετία του 1950, το πιο κοινό μέσο της αυτοκτονίας στο Ηνωμένο Βασίλειο ήταν η δηλητηρίαση από εισπνοή αερίων. Το 1958, το φυσικό αέριο, σε τιμή σχεδόν δωρεάν σε σχέση με το μονοξείδιο του άνθρακα, εισήχθη και κατά την επόμενη δεκαετία, αποτέλεσε πάνω από το 50% του χρησιμοποιούμενου φυσικού αερίου. Όπως λοιπόν μειώθηκε το μονοξείδιο του άνθρακα στο φυσικό αέριο, μειώθηκαν επίσης και οι αυτοκτονίες. Η μείωση του ποσοστού οφείλεται εξολοκλήρου από τις δραματικές μειώσεις στον αριθμό των αυτοκτονιών με δηλητηρίαση από μονοξείδιο του άνθρακα. Στις ΗΠΑ, πολυάριθμες μελέτες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι το όπλο στο οποίο έχει πρόσβαση ο πάσχων, σχετίζεται με την αυξημένη ολοκλήρωση της αυτοκτονίας. Έρευνες δείχνουν πως περίπου το 85% των προσπαθειών με ένα πυροβόλο όπλο είναι μοιραία, και έχει το υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας απ' ό,τι για σχεδόν κάθε άλλη μέθοδο, ενώ οι πιο ευρέως χρησιμοποιούμενες μέθοδοι απόπειρας αυτοκτονίας, έχουν ανά περίπτωση ποσοστά θνησιμότητας κάτω του 5% (Dwivedi, 2012).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Υπάρχουν θεραπείες με τη χρήση φαρμάκων και θεραπεία μέσω διαλόγου, για την πρόληψη των αυτοκτονιών, συμπεριλαμβανομένου και της τηλεφωνικής παροχής υπηρεσιών. Σύμφωνα με τυχαίες και ελεγχόμενες μελέτες, με αυτές τις θεραπείες

έχουν βελτιωθεί δευτερογενή αποτελέσματα, όπως η κατάθλιψη και η αυτοκτονική σκέψη. Ωστόσο, μόνο η χρήση της ουσίας Λίθιο, έχει βελτιώσει το πρωτογενές αποτέλεσμα, δηλαδή την ίδια την αυτοκτονία. Επειδή η αυτοκτονία είναι ένα σπάνιο γεγονός, οι περισσότερες μελέτες έχουν λίγα ή καθόλου περιστατικά αυτοκτονίας στην ομάδα θεραπείας ή ελέγχου, και έτσι δεν μπορούν να αποδείξουν τις επιπτώσεις της στον άνθρωπο. Η συντηρητική εκτίμηση είναι ότι το 10% των ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές, μπορεί να έχουν μια μη διαγνωσμένη ιατρική πάθηση που προκαλεί τα συμπτώματά τους, ενώ πάνω από 50% μπορεί να έχουν μια μη διαγνωσμένη ιατρική κατάσταση η οποία, αν δεν προκαλεί, επιδεινώνει τα ψυχιατρικά συμπτώματά τους. Παράνομα ναρκωτικά και συνταγογραφούμενα φάρμακα μπορούν επίσης να προκαλέσουν ψυχιατρικά φαινόμενα. Η αποτελεσματική διάγνωση και η θεραπεία τυχόν τέτοιων παθήσεων ή ανεπιθύμητων ενεργειών φαρμάκων, μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο αυτοκτονικής τάσης ως αποτέλεσμα των ψυχιατρικών συμπτωμάτων, συνήθως συμπεριλαμβανομένου και της κατάθλιψης, η οποία κάνει την εμφάνισή της στο 90-95% των περιπτώσεων (Dwivedi, 2012). Πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει ότι το Λίθιο, ήταν αποτελεσματικό στη μείωση του κινδύνου αυτοκτονίας σε άτομα με διπολική διαταραχή, στα ίδια επίπεδα με το γενικό πληθυσμό. Το Λίθιο έχει επίσης αποδειχθεί αποτελεσματικό στη μείωση του κινδύνου της αυτοκτονίας και σε άτομα με μονοπολική κατάθλιψη.

Υπάρχουν πολλές τεκμηριωμένες θεραπείες ψυχοθεραπευτικής συζήτησης για τη μείωση της αυτοκτονικής τάσης, όπως η θεραπεία της διαλεκτικής συμπεριφοράς (DBT), για την οποίες πολλαπλές μελέτες έχουν αναφέρει διάφορους βαθμούς κλινικής αποτελεσματικότητας στην μείωση της αυτοκτονίας. Τα οφέλη περιλαμβάνουν την μείωση της συμπεριφοράς του αυτοτραυματισμού και της τάσης αυτοκτονίας. Η Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία πρόληψης της αυτοκτονίας (CBT-SP), είναι μια μορφή DBT, προσαρμοσμένη για εφήβους που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο για επανειλημμένες απόπειρες αυτοκτονίας (Leatham, 2005).

Σε μια τυχαίοποιημένη, ελεγχόμενη μελέτη, ένα πρόγραμμα που περιλάμβανε την διαδικασία παρακολούθησης από το κινητό τηλέφωνο, μείωνε τον αυτοκτονικό ιδεασμό και την κατάθλιψη, ενώ αύξανε την κοινωνική υποστήριξη, αλλά δεν μπορούσε να μειώσει την κατάχρηση ουσιών και τον αυτοτραυματισμό.

ΣΕΒΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ

Ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας αναφέρει ότι σε όλο τον κόσμο, η αυτοκτονία είναι μεταξύ των κορυφαίων πέντε αιτιών θνησιμότητας στην ηλικιακή ομάδα των νέων μεταξύ 15 έως 19 ετών, και σε πολλές χώρες κατατάσσεται ως πρώτη ή δεύτερη αιτία θανάτου μεταξύ και αγοριών και κοριτσιών, σε αυτή την ηλικιακή ομάδα, και συνίσταται η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης των μαθητών, για την προστασία των παιδιών και των εφήβων από την ψυχική οδύνη και την εξάρτηση, που θα επιτρέψει να ανταπεξέλθουν επαρκώς σε δύσκολες και αγχωτικές καταστάσεις της ζωής. Λέει επίσης πως, ειδικές ικανότητες θα πρέπει να είναι διαθέσιμες στο εκπαιδευτικό σύστημα για την πρόληψη του εκφοβισμού και της βίας εντός και γύρω από το χώρο του σχολείου, προκειμένου να δημιουργηθεί ένα ασφαλές περιβάλλον χωρίς μισαλλοδοξία (Leatham, 2005).

ΟΙ ΟΜΑΔΕΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ

Υπάρχουν πολλές μη κερδοσκοπικές οργανώσεις στον κόσμο, όπως για παράδειγμα το Αμερικανικό Ίδρυμα για την πρόληψη των αυτοκτονιών στις ΗΠΑ, οι οποίες χρησιμεύουν ως ανοικτές τηλεφωνικές γραμμές αντιμετώπισης της αυτοκτονικής κρίσεως. Επιπλέον, ορισμένες ομάδες, έχουν προωθηθεί μέσω των κοινωνικών μέσων για να φθάσουν σε περισσότερους ανθρώπους (Collins & Veague, 2009).

Επιπροσθέτως, στον ελλαδικό χώρο δραστηριοποιούνται οι εξής κοινωνικοί φορείς:

Η ΚΛΙΜΑΚΑ είναι ένας κοινωνικός φορέας, μη κυβερνητικός οργανισμός που ιδρύθηκε το 2000 και δραστηριοποιείται τόσο στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας όσο και στην υλοποίηση προγραμμάτων κοινωνικής ενσωμάτωσης αποκλεισμένων πληθυσμιακών ομάδων στην Ελλάδα και το εξωτερικό. Σε ένα πρώτο επίπεδο οι δράσεις και τα προγράμματα του φορέα στοχεύουν στην πολύπλευρη ενδυνάμωση των κοινωνικά αποκλεισμένων στις κατευθύνσεις: της υιοθέτησης ενεργού ρόλου απέναντι στη ζωή, της υπεύθυνης διεκδίκησης των δικαιωμάτων, της σταδιακής αυτονόμησης και της ισότιμης ένταξης στον κοινωνικό ιστό.

Απώτεροι στόχοι των δράσεων του φορέα αποτελούν:

- Η ανάπτυξη του ανθρώπινου και κοινωνικού κεφαλαίου για την αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού.
- Η ισότητα των ευκαιριών πρόσβασης και απολαβής των κοινωνικών αγαθών
- Η προαγωγή της ψυχικής υγείας
- Η αύξηση της κοινωνικής συνοχής και αλληλεγγύης

Η ΚΛΙΜΑΚΑ λειτουργεί από το 2007, τη Γραμμή Παρέμβασης για την Αυτοκτονία με το νούμερο 1018. Η Γραμμή λειτουργεί σε εικοσιτετράωρη βάση, 7 ημέρες την εβδομάδα και δέχεται κλήσεις από κινητό ή σταθερό τηλέφωνο, από όλες τις περιοχές της Ελλάδας, με αστική χρέωση. Οι κλήσεις είναι ανώνυμες και εμπιστευτικές.

Απευθύνεται σε:

- Ανθρώπους που σκέφτονται να αυτοκτονήσουν
- Ανθρώπους που έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν στο παρελθόν
- Ανθρώπους με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά
- Ανθρώπους που βιώνουν την απώλεια ή ανησυχούν για κάποιο δικό τους άνθρωπο

Η Γραμμή Παρέμβασης για την Αυτοκτονία εντάσσεται από τον Απρίλιο του 2012 στο πλαίσιο του Κέντρου Ημέρας για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας, το οποίο λειτουργεί από την ΚΛΙΜΑΚΑ, με την υποστήριξη του Υπουργείου Υγείας. Στο Κέντρο Ημέρας για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας, ειδικά εκπαιδευμένοι, επαγγελματίες ψυχικής υγείας αναλαμβάνουν την θεραπευτική αντιμετώπιση ατόμων που έχουν εκδηλώσει αυτοκτονική συμπεριφορά. Επίσης, η ΚΛΙΜΑΚΑ αναπτύσσει ένα σύνολο δράσεων εκπαίδευσης, ενημέρωσης – ευαισθητοποίησης καθώς και ερευνητικό έργο, ενώ συμμετέχει, ως οργανωτικό μέλος, και εθνικός αντιπρόσωπος φορέας, στη Διεθνή Ένωση για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας (International Association for Suicide Prevention - IASP), φορέας ο οποίος αποτελεί το ανώτερο όργανο για την κατάρτιση στρατηγικών στον τομέα της πρόληψης αλλά και των ερευνητικών διαδικασιών, σε καθεστώς συνηγορίας με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (<http://www.suicidehelp.gr>)

Η Τηλεφωνική Γραμμή Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας «197» αποτελεί Υπηρεσιακή Μονάδα του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Ε.Κ.Κ.Α.) και

στελεχώνεται με έμπειρους ειδικά εκπαιδευμένους ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς. Λειτουργεί όλο το 24ωρο, καθημερινά όλο το χρόνο, και αποτελεί το βασικό αποδέκτη των επειγόντων αιτημάτων κοινωνικής βοήθειας.

Η Τηλεφωνική Γραμμή Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας «197» αποτελεί επίσης κέντρο αναφοράς και συντονισμού του συστήματος παροχής υπηρεσιών άμεσης κοινωνικής βοήθειας. Παρέχει υπηρεσίες άμεσης συμβουλευτικής, ψυχολογικής και κοινωνικής στήριξης σε άτομα που κινδυνεύουν από την άσκηση βίας, από κακοποίηση, έχουν τάσεις αυτοκτονίας ή βρίσκονται σε άμεσο κίνδυνο σοβαρής σωματικής και ψυχολογικής βλάβης και που βρίσκονται εν γένει σε κατάσταση κρίσης (<http://www.ekka.org.gr/files/197.pdf>)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1. Σκοπός και στόχοι της έρευνας

Η παρούσα μελέτη έχει ως κεντρικό σκοπό τη διερεύνηση του μη αυτοκτονικού αυτοτραυματισμού με δείγμα φοιτητών στον ελλαδικό χώρο.

ΣΤΟΧΟΙ:

Οι δυο βασικοί στόχοι της παρούσας μελέτης είναι οι εξής:

1. Η διερεύνηση του μη αυτοκτονικού αυτοτραυματισμού και τα χαρακτηριστικά του (π.χ.: συχνότητα, διάρκεια συμπεριφοράς, ηλικία έναρξης, μέθοδοι τραυματισμού).
2. Η διερεύνηση της πιθανής ύπαρξης διαφορών ανάμεσα στα δυο φύλα, στον επιπολασμό και στα χαρακτηριστικά του μη αυτοκτονικού αυτοτραυματισμού καθώς και πιθανές αλληλεπιδράσεις .

6.2. Διατύπωση ερευνητικών ερωτημάτων και υποθέσεων

Τα ερευνητικά ερωτήματα για την παρούσα πτυχιακή εργασία προέκυψαν ως αποτέλεσμα της διεξοδικής βιβλιογραφικής μελέτης.

Η βασική υπόθεση της μελέτης είναι ότι οι άνδρες φοιτητές, μεγαλύτερης ηλικίας, με περιστατικά αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς είναι πιο πιθανό να υιοθετήσουν αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Πιο συγκεκριμένα, παρακάτω ακολουθούν οι ερευνητικές ερωτήσεις:

- Η αυτοκτονική συμπεριφορά σχετίζεται σημαντικά με την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.
- Οι άνδρες προβαίνουν συχνότερα σε απόπειρες αυτοκτονίας συγκριτικά με τις γυναίκες.
- Η υιοθέτηση αυτοκτονικής συμπεριφοράς σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό όσο η ηλικία τους αυξάνει;
- Η υιοθέτηση αυτοκτονικής συμπεριφοράς από τα νέα άτομα σχετίζεται με το υψηλό μορφωτικό επίπεδο των γονέων τους;
- Η υιοθέτηση αυτοκτονικής συμπεριφοράς σχετίζεται με την ομοφυλόφιλη σεξουαλική προτίμησή τους;
- Η υιοθέτηση αυτοκτονικής συμπεριφοράς σχετίζεται με την εθνικότητα του νέου ατόμου;

6.3. Πεδίο Μελέτης – Επιλογή Δείγματος – Επιλογή του Πεδίου και του Πληθυσμού στον οποίο απευθύνεται η Έρευνα

Μέσω της συγκεκριμένης έρευνας ερευνώνται οι αυτοκαταστροφικές και αυτοκτονικές συμπεριφορές σε φοιτητές από εκπαιδευτικά ιδρύματα σε όλη την Ελλάδα.

Για την διεξαγωγή της έρευνας, χρησιμοποιήθηκε ένα μη τυχαίο δείγμα από 400 φοιτητές από εκπαιδευτικά ιδρύματα σε όλη την Ελλάδα. Το μέγεθος του δείγματος ανταποκρίνεται στον αριθμό των υποκειμένων που απαιτούνται προκειμένου να διεξαχθούν δοκιμές αξιοπιστίας.

Ως πληθυσμό του δείγματος για την διεξαγωγή της έρευνας επιλέξαμε άτομα νεαρής ηλικίας, και ειδικότερα φοιτητές, καθώς έχει διαπιστωθεί ότι η συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα παρουσιάζει τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκαταστροφικών και αυτοκτονικών συμπεριφορών. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο απευθύνεται σε άνδρες και γυναίκες ηλικίας 18 έως 25 ετών, που φοιτούν σε εκπαιδευτικά ιδρύματα σε όλη την Ελλάδα.

Δειγματοληπτικό πλαίσιο

Στα παρακάτω εκπαιδευτικά ιδρύματα εστάλη το ερωτηματολόγιο για την συλλογή των δεδομένων.

Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα (Α.Ε.Ι.)

- Τ.Δ.Ε. Πανεπιστήμιο Χίου
- Ψυχολογία Πανεπιστήμιο Κρήτης
- Γερμανικής Φιλολογία Αθήνας
- Αρχιτεκτόνων Μηχανικών Πανεπιστήμιο Πατρών
- Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
- Κοινωνιολογία Παντείου (Αθήνα)
- Μαθηματικών Πανεπιστημίου Κρήτης
- Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών
- Παιδαγωγικό Προσχολικής Εκπαίδευσης Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
- Σ.Α.Ε. Πανεπιστήμιο Αιγαίου- Τ.Ε.Π.Α.Ε.Σ. (Ρόδος)
- Φυσική Πανεπιστήμιο Κρήτης
- Τμήμα Αγγλικής Γλώσσας και Φιλολογίας Πανεπιστήμιο Αθηνών
- Τμήμα πολιτικής επιστήμης και ιστορίας Παντείου (Αθήνα)
- Τμήμα ψυχολογίας Πανεπιστήμιο Αθηνών
- Φιλολογία Πανεπιστήμιο Πάτρας
- Φ.Π.Ψ. Κρήτης
- Θεολογία Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
- Τ.Μ.Σ. Πανεπιστήμιο Ιονίου
- Τμήμα Αγγλικής Γλώσσας και Φιλολογίας Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
- Τμήμα εφαρμοσμένων μαθηματικών Πανεπιστήμιο Κρήτης
- Τμήμα των επιστημών των Η/Υ Πανεπιστήμιο Κρήτης
- Διοίκηση επιχειρήσεων Πανεπιστήμιο Πάτρας
- Τμήμα μηχανικών πληροφορικής
- Πολιτικών επιστημών Πανεπιστήμιο Κρήτης
- Τμήμα Βιολογίας Πανεπιστήμιο Κρήτης
- Ιστορικό- Αρχαιολογικό Πανεπιστήμιο Κρήτης

- Οργάνωση και Διοίκηση επιχειρήσεων Πανεπιστήμιο Πειραιά
- Πανεπιστήμιο Μεσολογγίου
- Πανεπιστήμιο Καλαμάτας
- Σχολή αρχιτεκτόνων Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
- Φιλοσοφική Σχολή Πανεπιστήμιο Αθηνών
- Ιατρική Πανεπιστήμιο Κρήτης
- Θεατρολόγοι Πανεπιστήμιο Πάτρας
- Κοινωνιολογία Ρεθύμνου
- Κοινωνιολογία Πανεπιστήμιο Αιγαίου
- Φιλοσοφικών Κοινωνικών Σπουδών Πανεπιστήμιο Κρήτης
- Πολιτικών Μηχανικών ΑΠΘ
- Οικονομικό Πανεπιστήμιο Ρεθύμνου
- Νηπιαγωγών Ρόδου
- Φιλολογία Πανεπιστήμιο Ρεθύμνου
- Μεταφραστικό Πανεπιστήμιο Ιονίου (Κέρκυρα)
- Νομική Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
- Κοινωνιολογία Πανεπιστήμιο Αιγαίου
- Νομική Πανεπιστήμιο Αθήνας
- Χημικό Πανεπιστήμιο Αθήνας
- Διεθνών και Ευρωπαϊκών Σπουδών
- Περιφερειακών Σπουδών Πάντειο Πανεπιστήμιο Αθήνας
- Τμήμα αγρονόμων και τοπογράφων μηχανικών
- Αρχιτεκτονική Βόλου

Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα (Τ.Ε.Ι.)

- Κοινωνική εργασία ΤΕΙ Ηρακλείου
- Νοσηλευτική ΤΕΙ Ηρακλείου
- Μηχανολόγων ΤΕΙ Ηρακλείου
- Ηλεκτρολογίας ΤΕΙ Ηρακλείου
- Τμήμα Μηχανικών Μουσικής Τεχνολογίας και Ακουστικής
- Οργάνωση και Διοίκηση Επιχειρήσεων ΤΕΙ Ηρακλείου

- Οργάνωση και Διοίκηση Επιχειρήσεων ΤΕΙ Αθήνας
- Ε.Π.Π. ΤΕΙ Αθήνας
- Δομικών Έργων ΤΕΙ Ηρακλείου
- Μ.Μ.Τ.Α. ΤΕΙ Ηρακλείου
- Επιστημών της Θάλασσας
- Νοσηλευτική ΤΕΙ Λαμίας
- Βρεφονηπιοκομία ΤΕΙ Ιωαννίνων
- Λογιστική ΤΕΙ Ηρακλείου
- Λογιστική ΤΕΙ Θεσσαλονίκης
- ΤΕΦΑΑ
- Γεωπονία ΤΕΙ Αθήνας
- Διατροφής και Διαιτολογίας ΤΕΙ Αθήνας
- Τεχνολογία Τροφίμων και Διατροφής ΤΕΙ Αθήνας
- Διοίκηση Επιχειρήσεων
- Εφαρμογών πληροφορικής στη διοίκηση και στην οικονομία ΤΕΙ Πάτρας
- Τμήμα μηχανολόγων μηχανικών ΤΕΙ Σερρών
- Ζωικής Παραγωγής
- Ραδιολογίας- Ακτινολογίας ΤΕΙ Πειραιά
- Πετρελαίου και φυσικού αερίου
- Φυτικής παραγωγής ΤΕΙ Αθήνας
- Ιατρικών εργαστηρίων ΤΕΙ Θεσσαλονίκης
- Μαιευτική ΤΕΙ Θεσσαλονίκης
- Μηχανολογία ΤΕΙ Χαλκίδας
- Τμήμα μηχανικών πληροφορικής ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας
- Τμήμα συντήρησης πολιτισμικής κληρονομιάς ΤΕΙ Ζακύνθου
- Νοσηλευτική ΤΕΙ Διδυμοτείχου

6.4. Τεχνικές Συλλογής Στοιχείων – Μέσο / Εργαλείο Έρευνας – Μεθοδολογία Ανάλυσης Στοιχείων

Ως μέσο συλλογής πληροφοριών για την έρευνα, επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο καθώς είναι εύκολο στη χρήση, ενώ μας δίνει εκ των προτέρων τυποποιημένες και κωδικοποιημένες απαντήσεις.

Το ερευνητικό εργαλείο ήταν ήδη έτοιμο καθώς η έρευνα αυτή διεξάγεται από ερευνητική ομάδα στο εξωτερικό. Δημογραφικά στοιχεία: Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 84 κλειστού τύπου ερωτήσεις. Πιο συγκεκριμένα, περιλαμβάνει: α) Σύντομη Δημογραφική Έρευνα β) την Διεθνή Λίστα Ελέγχου (NSSI-I) μέσω της οποίας θα μελετηθούν οι τύποι συμπεριφορών μη αυτοκτονικού αυτοτραυματισμού, γ) το μέσο/όργανο σκέψεων και συμπεριφορών για αυτοτραυματισμό (SITBI) προκειμένου να εκτιμηθούν οι αυτοκτονικές συμπεριφορές και δ) ερωτήσεις με κλίμακα διαβάθμισης κατάθλιψης, άγχους και στρες (DASS) για να καταμετρηθεί το άγχος.

Ο χρόνος που απαιτήθηκε για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τους συμμετέχοντες υπολογίστηκε να μην ξεπερνά τα 15 λεπτά.

Το αντικείμενο μελέτης αυτής της έρευνας θα μπορούσε να αποδειχθεί δύσκολο για κάποιους φοιτητές και να προκαλέσει επεισόδια δυσφορίας. Για το λόγο αυτό, πραγματοποιήθηκε κάθε πιθανή προσπάθεια να διασφαλιστεί η ευημερία των συμμετεχόντων.

Ειδικότερα, η μέθοδος που εφαρμόστηκε για την αποφυγή επεισοδίων δυσφορίας ήταν η εξής:

α) Τα έγγραφα και οι ερωτήσεις επιλέχθηκαν με το μεγαλύτερο δυνατό ενδιαφέρον για να είναι ελάχιστη η δυσφορία

β) Τα εργαλεία ήταν σύντομα και δεν περιλάμβαναν λεπτομερείς ερωτήσεις όπως μεθόδους αυτοκτονίας, σχέδια, αφηγήσεις τραυμάτων που θα μπορούσαν να πυροδοτήσουν δυσφορία.

γ) Τα έγγραφα NSSI και SIB περιλάμβαναν ερωτήσεις διάφορων επιλογών προκειμένου να ήταν όσο τον δυνατόν λιγότερος ο χρόνος ενασχόλησης των φοιτητών με αυτές.

Για την συλλογή δεδομένων ακολουθήθηκαν τα εξής βήματα:

α) Έγκριση από την επιτροπή δεοντολογίας του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ Κρήτης.

β) Ενημέρωση των φοιτητών σε διάφορα εκπαιδευτικά ιδρύματα σε όλη την Ελλάδα, μέσω διαδικτυακών πλατφορμών και ιστοτόπων ομάδων φοιτητών αλλά και σε προσωπική βάση έπειτα από συζήτηση, προχωρήσαμε στην δημοσίευση του

ερωτηματολογίου που σχεδιάστηκε όπως αναφέρεται και παρακάτω μέσω της ηλεκτρονικής πλατφόρμας GoogleDrive.

γ) Πριν την έναρξη συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, αποστολή σημειώματος ενημέρωσης για συγκατάθεση των φοιτητών, όπου δήλωσαν υπεύθυνα ότι δέχονται να λάβουν μέρος στην παρούσα έρευνα. Στην συγκατάθεση αναλυόταν ο σκοπός της μελέτης, οι κίνδυνοι και τα οφέλη της συμμετοχής των φοιτητών και διασφαλιζόταν το απόρρητο των απαντήσεων τους. δ) Στο τέλος του ερωτηματολογίου ήταν αναρτημένο το τηλέφωνο του Συμβουλευτικού Σταθμού του ΤΕΙ Κρήτης, ο οποίος είχε λάβει ενημέρωση για την έρευνα προκειμένου οι φοιτητές που οι ερωτήσεις θα τους προκαλούσαν δυσφορία, να είχαν την δυνατότητα να επικοινωνήσουν με τα στελέχη του σταθμού.

Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε ηλεκτρονικά από τους φοιτητές ύστερα από ανάρτηση του στο Googledrive. Οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο ανώνυμα ώστε να διασφαλιστεί απόλυτη εχεμύθεια σχετικά με τις πληροφορίες των συμμετεχόντων. Η διάρκεια ισχύς του ερωτηματολογίου ήταν από την περίοδο 28/01/2015 έως 28/02/2015.

Έχοντας επίγνωση ότι το δείγμα προέρχεται από έναν κρίσιμο πληθυσμό για μελέτη εξαιτίας των υψηλών ποσοστών αυτοκαταστροφικών και αυτοκτονικών συμπεριφορών, και σε συνδυασμό με τις ερωτήσεις που αφορούν τα προσωπικά δεδομένα των ερωτώμενων, εφαρμόστηκαν οι παρακάτω τεχνικές με σκοπό την συλλογή πληροφοριών:

- Στο ερωτηματολόγιο αναφερόταν αναλυτικά ο τρόπος συμπλήρωσής του
- Υπήρχε ενημέρωση για την μη δημοσίευση των στοιχείων
- Αναφέρονταν τα ονόματα, οι διευθύνσεις, οι τηλεφωνικοί αριθμοί και οι ηλεκτρονικές διευθύνσεις των κύριων ερευνητών, προκειμένου να μπορούν οι συμμετέχοντες να έρθουν σε επικοινωνία σε περίπτωση που αντιμετωπίσουν οποιοδήποτε πρόβλημα κατά την διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου.

6.5. Μεθοδολογία Ανάλυσης Στοιχείων

Κατά την διάρκεια της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, έγινε παράλληλα η περιγραφική ανάλυση των αποτελεσμάτων (δεδομένων) στο πρόγραμμα Googledrive. Στην συνέχεια, τα αποτελέσματα συγκεντρώθηκαν, ταξινομήθηκαν και αποτυπώθηκαν σε μεταβλητές στο πρόγραμμα IBMSPSSStatistics 20. Οι αναλύσεις που πραγματοποιήθηκαν αφορούν την απλή στατιστική ανάλυση των μεταβλητών με την βοήθεια της περιγραφικής στατιστικής (DescriptiveStatistics). Στην συνέχεια, εξετάσαμε τον βαθμό συνάρτησης των απαντήσεων μεταξύ τους με την βοήθεια της εφαρμογής Pearson'sCorrelation, ενώ επίσης κρίθηκε και ο βαθμός της αξιοπιστίας των αποτελεσμάτων με την βοήθεια της ανάλυσης Cronbach'sAlpha.

6.6. Μέθοδος δειγματοληψίας

Το ερωτηματολόγιο περιείχε συνολικά 116 ερωτήσεις, ορισμένες εκ των οποίων δέχονταν άμεσες απαντήσεις, ενώ κάποιες μπορούσαν να αγνοηθούν, αν στην προηγούμενη ερώτηση δινόταν απάντηση που το επέτρεπε. Το δείγμα απαντήσεων που συγκεντρώθηκε από το ερωτηματολόγιο ήταν πολύ ικανοποιητικό καθώς ανερχόταν σε 658 απαντήσεις. Παρόλα αυτά αξίζει να αναφερθεί ότι υπήρχαν αρκετές ελλείψεις λόγω συχνών μη απαντήσεων των ατόμων σε συγκεκριμένες ερωτήσεις. Για να αποφευχθεί αυτό, οι ερωτήσεις τοποθετήθηκαν με τέτοιο τρόπο ώστε η απάντηση να είναι απαραίτητη. Ωστόσο, η επιθυμία για απόδοση ενός βαθμού ελευθερίας, απέτρεψε αυτή την επιλογή.

Η δειγματοληψία της έρευνας βασίστηκε στην χιονοστιβάδα, αφού οι ερωτηθέντες, επιλέχθηκαν τυχαία και περισσότερο με την δήλωσή τους ως εθελοντές για την απάντηση στα ερωτηματολόγια και το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε από το ένα άτομο στο άλλο. Αυτή η μέθοδος χρησιμοποιείται συνήθως στις κοινωνικές επιστήμες κατά τη διερεύνηση δυσπρόσιτων ομάδων. Τα υπάρχοντα θέματα καλούνται να ορίσουν περαιτέρω θέματα γνωστά σε αυτούς, και έτσι το δείγμα αυξάνει σε μέγεθος, όπως μια χιονοστιβάδα. Για παράδειγμα, κατά τη διεξαγωγή έρευνας σχετικά με συμπεριφορές κινδύνου ανάμεσα στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών, οι συμμετέχοντες μπορούν να κληθούν να ορίσουν άλλους χρήστες να κληθούν σε συνέντευξη. Τα αποτελέσματα ήταν σε γενικές γραμμές αρκετά σαφή, αν και δεν είναι γνωστό αν η "Έλλειψη values" έγινε εσκεμμένα ή όχι. Με άλλα λόγια

δεν είναι σαφές αν τα άτομα που δεν απάντησαν σε συγκεκριμένες ερωτήσεις, το έκαναν για να μην έρθουν σε δύσκολη θέση ή λόγω του ότι απλώς αγνόησαν τις ερωτήσεις.

6.7. Δυσκολίες που αντιμετωπίστηκαν στην έρευνα

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία δεν παρουσιάστηκαν ιδιαίτερες δυσκολίες. Το μεθοδολογικό εργαλείο ήταν ήδη διαμορφωμένο από διεπιστημονική ομάδα του εξωτερικού ενώ προϋπήρχαν και διάφορες άλλες σημαντικές πληροφορίες σχετικές με την έρευνα.

Ένας μικρός βαθμός δυσκολίας παρουσιάστηκε στη μετάφραση των ξενόγλωσσων αρχείων καθώς η μετάφραση έπρεπε να είναι λεπτομερής, να μην παραποιείται το νόημα και να αποδίδονται με απόλυτη ακρίβεια τα στοιχεία που αναφέρονται. Τα λάθη θα απέβαιναν μοιραία καθώς δε θα υπήρχε συνοχή κειμένου ενώ θα επηρεαζόταν και το ερευνητικό μέρος της μελέτης. Έπειτα, όμως, από την απαραίτητη προσοχή που δόθηκε στο κείμενο, κάθε δυσκολία ξεπεράστηκε και αποδόθηκε λεπτομερώς το νόημα του κειμένου.

Τέλος, μια επιπλέον δυσκολία που αντιμετωπίστηκε αφορούσε στην εύρεση βιβλιογραφίας, η οποία έπρεπε να αναφέρεται στην τελευταία δεκαετία. Βέβαια, βρέθηκε αρκετά μεγάλος όγκος βιβλιογραφίας, ξενόγλωσσης κυρίως, η οποία μεταφράστηκε προκειμένου να επιλεγούν σημεία τα οποία να είναι συναφή με το αντικείμενο μελέτης. Παρόλα αυτά, βρέθηκε σύγχρονη βιβλιογραφία τόσο από βιβλιοθήκες Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων όσο και από διαδικτυακές βιβλιοθήκες οι οποίες βοήθησαν αρκετά στη συλλογή των πληροφοριών για την παρούσα μελέτη. Τέλος, βρέθηκε σύγχρονη ελληνική και ξενόγλωσση βιβλιογραφία με πλήρη αναφορά στις αυτοκτονικές και αυτοκαταστροφικές σκέψεις και πράξεις από επιστημονικές ομάδες ενώ άκρως σημαντικές αποδείχθηκαν και οι πληροφορίες από την Ελληνική Στατιστική Εταιρεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ

7.1. Περιγραφική στατιστική

Στον **πίνακα 1**, διαφαίνεται πως από τους ερωτηθέντες, δευτεροετείς ήταν το 11,2%, πρωτοετείς το 8,4%, τελειόφοιτοι το 62,5% ενώ τριτοετείς το 17,5%.

Η φυλετική ταυτότητα των ερωτηθέντων προκύπτει ως εξής: το 95,9% των ερωτηθέντων ήταν Λευκοί Ευρωπαίοι, το 0,6% ήταν Λευκοί Αμερικανοί ενώ διαφυλετικοί δήλωσαν το 0,5%.

Τέλος, από το σύνολο των ερωτηθέντων, Κυπριακής εθνικότητας δήλωσαν το 1,1%, ελληνικής το 97%, αλβανικής το 0,3% και πολωνικής το 0,2%.

Από τους ερωτηθέντες, όπως περιγράφεται στον **πίνακα 2**, το 77,1% ασπάζονται το χριστιανισμό, το 0,2% τον ιουδαϊσμό, το 19% δηλώνουν άθεοι ενώ το 0,5% δηλώνουν αγνωστικιστές.

Στην ερώτηση για το πόσο στενοί είναι οι θρησκευτικοί δεσμοί κάθε ερωτώμενου, σε μέτρηση με κλίμακα, το 19,5% αποκρίθηκε πως δεν είναι καθόλου στενοί, το 18,7% πως δεν είναι και τόσο στενοί το 30,4% πως είναι στενοί ενώ το 12,6% πως αρκετά στενοί.

Στο ερώτημα παρατηρείται ότι όσον αφορά την προσωπική κατάσταση των ερωτηθέντων, το 46,7% δηλώνουν ελεύθεροι– χωρίς σχέση ενώ το 51,2% δηλώνει σε σχέση. Στη συνέχεια το 1,4% των ερωτηθέντων δήλωσαν αρραβωνιασμένοι, το 0,5% παντρεμένοι, το 0,2% σε διάσταση και το 0,2% διαζευγμένοι.

Στον **πίνακα 3**, μπορούμε να διακρίνουμε πως το 84,2% των ερωτηθέντων δήλωσαν ετεροφυλόφιλοι, το 2,7% δήλωσαν ομοφυλόφιλοι, το 5,5% αμφιφυλόφιλοι, το 3,3% δήλωσαν πως δεν είναι σίγουροι και το 4,1% δεν επιθυμούν να προσδιορίσουν τη σεξουαλικότητά τους.

Επιπροσθέτως, το 73,4% των ερωτηθέντων ήταν γυναίκες, το 25,1% άνδρες, το 0,3% δήλωσαν τρανσέξουαλ (από γυναίκες σε άνδρες), το 0,2% τρανσέξουαλ (δεν

αυτοπροσδιορίζονται ως άνδρες ή γυναίκες), το 0,2% αποκρίθηκαν πως δεν είναι σίγουροι και τέλος το 0,6 πως δεν επιθυμούν να προσδιορίσουν.

Στον **πίνακα 4**, αναφορικά με το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο της μητέρας το 7,8% αποκρίθηκε πως έχουν ολοκληρώσει το δημοτικό, το 11,9% το γυμνάσιο, το 35,1% το λύκειο, το 3% το κολλέγιο, το 10% κατέχει πτυχίο μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, το 28,7% πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και το 2,3% διδακτορικό.

Στον **πίνακα 4**, σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα, διαφαίνεται ότι το 11,9% είναι απόφοιτοι δημοτικής εκπαίδευσης, το 13,7% γυμνάσιο, το 31,2% λύκειο, το 3,5% κολλέγιο, το 11,2% κατέχει πτυχίο μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, το 22,9% πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και το 3,3% διδακτορικό.

Στον **πίνακα 5**, από τους ερωτηθέντες, το 26,1% απάντησε «ναι» στη σκόπιμη διάθεση τραυματισμού και «όχι» το 73,7%. Το 9,3% αποκρίθηκε πως έχει προβεί σε σκόπιμο κόψιμο μερών του σώματός τους, το 3,3% πως έχει προβεί σε τέτοια ενέργεια τους τελευταίους 12 μήνες ενώ το 49,1% απάντησε αρνητικά. Επίσης, προκύπτει ότι στο ερώτημα «Σκόπιμο κάψιμο μερών του σώματος» το 5,2% των ερωτώμενων απάντησαν «ναι», το 1,8% απάντησαν ότι έχουν προβεί σε τέτοια ενέργεια τους τελευταίους 12 μήνες, ενώ το 53,6% αποκρίθηκαν «όχι».

Εν συνεχεία, στο ερώτημα «Σκόπιμο χάραγμα λέξεων ή συμβόλων στο δέρμα», το 11,9% των ερωτηθέντων απάντησαν «ναι», το 1,4% αποκρίθηκε ότι έχει προβεί σε τέτοια ενέργεια τους τελευταίους 12 μήνες και το 48% απάντησε «όχι».

Τέλος, στο ερώτημα «Σκόπιμο χάραγμα δέρματος με αποτέλεσμα ουλές και αιμορραγία» το 7,6% των ερωτώμενων απάντησε «ναι», το 2,9% απάντησε ότι έχει προβεί σε τέτοια ενέργεια τους τελευταίους 12 μήνες και το 50,2% αποκρίθηκε «όχι».

Στον **πίνακα 6**, διαφαίνεται ότι στο ερώτημα «Σκόπιμο κάψιμο με ουλές ή αιμορραγία» το 6,4% των ερωτώμενων απάντησαν «ναι», το 2,0% αποκρίθηκαν πως έχουν προβεί σε τέτοια ενέργεια τους τελευταίους 12 μήνες και το 52,7% απάντησαν «όχι».

Στην συνέχεια, προκύπτει ότι το 0,5% των ερωτώμενων απάντησαν πως έχουν προβεί σε σκόπιμη ρίψη οξέος στο δέρμα, το 0,2% αποκρίθηκαν ότι έχουν προβεί σε τέτοια

ενέργεια τους τελευταίους 12 μήνες, ενώ το 60,6% των ερωτηθέντων απάντησαν «όχι».

Τέλος, στο ερώτημα «Σκόπιμο κάρφωμα αντικειμένων στο δέρμα», το 5% των ερωτώμενων απάντησαν «ναι», το 1,7% δήλωσαν ότι έχουν προβεί σε τέτοια ενέργεια τους τελευταίους 12 μήνες και το 54,7% των ερωτηθέντων απάντησαν «όχι».

Ακόμη στον **πίνακα 6**, διακρίνουμε πως το 5,2% των ερωτώμενων δήλωσαν ότι έχουν προβεί σε σκόπιμο κάψιμο μερών του σώματος, το 1,8% πως έχουν προβεί σε τέτοια ενέργεια τους τελευταίους 12 μήνες, ενώ το 53,6% απάντησαν όχι.

Στον **πίνακα 7**, στο ερώτημα «Σκόπιμο χάραγμα δέρματος με αποτέλεσμα ουλές και αιμορραγία», το 7,6% των ερωτηθέντων δήλωσαν «ναι», το 2,9% πως έχουν προβεί σε τέτοια ενέργεια τους τελευταίους 12 μήνες και το 50,2% απάντησαν «όχι».

Ακόμη, προκύπτει ότι στο ερώτημα «Σκόπιμη προσπάθεια πρόκλησης κατάγματος στα κόκαλα», το 0,8% των ερωτώμενων απάντησαν «ναι», το 0,5% δήλωσαν ότι έχουν προβεί σε τέτοια ενέργεια τους τελευταίους 12 μήνες, ενώ το 60,3% απάντησαν «όχι».

Στο ερώτημα «Σκόπιμο χτύπημα του κεφαλιού με αποτέλεσμα μώλωπες ή αιμορραγία» το 4% των ερωτηθέντων απάντησαν «ναι», το 1,4% αποκρίθηκαν πως έχουν προβεί σε τέτοια ενέργεια τους τελευταίους 12 μήνες και το 55,2% απάντησαν «όχι».

Επιπροσθέτως, στην ερώτηση «Σκόπιμο γρονθοκόπημα με αποτέλεσμα μώλωπες και αιμορραγία, το 4,7% των ερωτώμενων απάντησαν «ναι», το 2% δήλωσαν ότι έχουν προβεί σε τέτοια ενέργεια τους τελευταίους 12 μήνες ενώ το 54,7% αποκρίθηκαν «όχι».

Τέλος, σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα, στο ερώτημα «Σκόπιμη αποτροπή επούλωσης τραυμάτων» το 6,8% των ερωτώμενων απάντησαν «ναι», το 1,5% δήλωσαν πως έχουν προβεί σε τέτοια ενέργεια τους τελευταίους 12 μήνες και το 53% αποκρίθηκαν «όχι».

Στον **πίνακα 8**, αναφορικά με το ερώτημα «Σκόπιμο ξερίζωμα τριχών», το 3,8% των ερωτηθέντων δήλωσαν «ναι», το 1,4% πως έχουν προβεί σε τέτοια ενέργεια τους τελευταίους 12 μήνες, ενώ το 56,2% απάντησαν «όχι».

Επίσης, στο ερώτημα «Σκόπιμη εισαγωγή αντικειμένων κάτω από το δέρμα» το 1,5% των ερωτώμενων απάντησαν «ναι», το 0,5% αποκρίθηκαν ότι έχουν προβεί σε τέτοια ενέργεια τους τελευταίους 12 μήνες, ενώ το ποσοστό των ερωτηθέντων που δήλωσαν «όχι» ανέρχεται στο 59,3%.

Στον **πίνακα 8**, διαφαίνεται ότι στο ερώτημα «Σκόπιμη πτώση από υψηλό σημείο» το 1,5% των ερωτώμενων απάντησαν «ναι», το 0,2% πως έχουν προβεί σε τέτοια ενέργεια τους τελευταίους 12 μήνες, ενώ το 59,7% δήλωσαν «όχι».

Επιπρόσθετα, στο ερώτημα «Σκόπιμος τραυματισμός με άλλο τρόπο» το 13,8% των ερωτώμενων αποκρίθηκαν «ναι», το 8,1% έχουν προβεί σε τέτοια ενέργεια τους τελευταίους 12 μήνες, και το 39,5% απάντησαν «όχι».

Τέλος, αναφορικά με το ερώτημα «Σκόπιμος τραυματισμός χωρίς επιθυμία θανάτου», το 20,5% των ερωτηθέντων απάντησαν «ναι» και το 72,5% αποκρίθηκαν «όχι».

Όπως περιγράφεται στον **πίνακα 9**, στο ερώτημα «Φορές σκόπιμου τραυματισμού χωρίς επιθυμία θανάτου» το 19,1% των ερωτώμενων απάντησαν πως έχουν προβεί σε τέτοια ενέργεια μία φορά, το 6,7% δύο φορές, το 4,1% τρεις φορές, το 2% τέσσερις φορές, το 2,3% πέντε φορές, το 0,8% έξι φορές, το 1,2% επτά φορές, το 1,4% οκτώ φορές, το 0,2% εννέα φορές και το 2,3% δέκα φορές.

Στην συνέχεια, διαφαίνεται ότι στο ερώτημα «Φορές σκόπιμου τραυματισμού χωρίς επιθυμία θανάτου κατά το τελευταίο έτος», το 20,1% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι έχουν προβεί σε τέτοια ενέργεια μία φορά, το 1,7% δύο φορές, το 1,7% τρεις φορές, το 1,5% τέσσερις φορές, το 0,6% πέντε φορές, το 0,6% έξι φορές, το 0,3% επτά φορές, το 0,2% οκτώ φορές, και το 1,1% εννέα φορές.

Τέλος, σχετικά με το ερώτημα «Φορές σκόπιμου τραυματισμού χωρίς επιθυμία θανάτου κατά την τελευταία βδομάδα», παρατηρούμε ότι το 17,5% των ερωτώμενων απάντησα πως έχουν προβεί σε τέτοια ενέργεια μία φορά, το 1,2% δύο φορές, το 0,5% τρεις φορές και το 0,2% τέσσερις φορές.

Σύμφωνα με τον **πίνακα 10**, στο ερώτημα «Σκέψη για αυτοκτονία» το 34,7% των ερωτηθέντων απάντησαν «ναι», ενώ το 55,5% αποκρίθηκε «όχι».

Στην συνέχεια, στον **πίνακα 11**, παρατηρείται ότι στο ερώτημα «Φορές σκέψης αυτοκτονίας» το 15,3% των ερωτώμενων απάντησαν μία φορά, το 8,7% δύο φορές, το 4,6% τρεις φορές, το 1,5% τέσσερις φορές, το 2,9% πέντε φορές, το 1,2% έξι φορές, το 0,8% επτά φορές, το 1,4% οκτώ φορές, το 0,6% εννέα φορές και το 4,0% δέκα φορές.

Επιπρόσθετα, στο ερώτημα «Φορές σκέψης αυτοκτονίας κατά το τελευταίο έτος» το 17,9% των ερωτώμενων δήλωσαν μία φορά, 3,3% δύο φορές, το 2,3% τρεις φορές, το 0,5% τέσσερις φορές, το 1,2% πέντε φορές, το 0,8% έξι φορές, το 1,5% επτά φορές, το 0,2% οκτώ φορές και το 2,6% δέκα φορές.

Τέλος, στον παραπάνω πίνακα, στο ερώτημα «Φορές σκέψης αυτοκτονίας κατά την περασμένη εβδομάδα», το 13,5% των ερωτηθέντων δήλωσαν μία φορά, το 1,7% δύο φορές, το 0,8% τρεις φορές, το 0,3% τέσσερις φορές, το 0,5% πέντε φορές, το 0,3% επτά φορές, το 0,3% οκτώ φορές και το 0,6% δέκα φορές.

Στον **πίνακα 12**, παρατηρείται ότι στο ερώτημα «Σχέδια αυτοκτονίας» το 7,1% των ερωτώμενων αποκρίθηκαν «ναι», ενώ το 84,2% απάντησαν «όχι».

Στον **πίνακα 13**, στο ερώτημα «Φορές σχεδίου αυτοκτονίας» το 10,5% των ερωτηθέντων απάντησαν μία φορά, το 2,1% δύο φορές, το 1,4% τρεις φορές, 0,5% τέσσερις φορές, το 0,3% πέντε φορές, το 0,2% έξι φορές, 0,2% επτά φορές και το 0,3% οκτώ φορές.

Όπως διαφαίνεται στον πίνακα, το 8,5% των ερωτώμενων δήλωσαν ότι έχουν σχεδιάσει αυτοκτονία μία φορά κατά το τελευταίο έτος, το 0,8% δύο φορές, το 0,3% τρεις φορές, το 0,2% τέσσερις φορές, το 0,5% πέντε φορές, το 0,2% έξι φορές, το 0,2% οκτώ φορές, το 0,2% εννέα φορές και το 0,6% δέκα φορές.

Στην συνέχεια, διαπιστώνεται ότι στο ερώτημα «Φορές σχεδίου αυτοκτονίας κατά την περασμένη εβδομάδα», το 8,4% των ερωτηθέντων αποκρίθηκαν μία φορά, το 0,2% δύο φορές, το 0,3% τρεις φορές, το 0,2% τέσσερις φορές, το 0,2% οκτώ φορές και το 0,2% δέκα φορές.

Στον **πίνακα 14**, στην ερώτηση «Πραγματοποίηση απόπειρας αυτοκτονία», το 4,7% των ερωτώμενων δήλωσαν «ναι» ενώ το ποσοστό των ερωτηθέντων που απάντησαν «όχι» ανέρχεται στο 82,4%.

Στον **πίνακα 15**, μπορούμε να διακρίνουμε ότι στο ερώτημα «Φορές αποπειρών αυτοκτονίας» το 8,7% των ερωτώμενων δήλωσαν μία φορά, το 1,1% δύο φορές, το 0,5% τρεις φορές, το 0,6% τέσσερις φορές και το 0,2% πέντε φορές.

Επιπροσθέτως, στην ερώτηση «Φορές αποπειρών αυτοκτονίας κατά το τελευταίο έτος» το 6,7% των ερωτηθέντων απάντησαν μία φορά, το 0,3% δύο φορές, το 0,3% τρεις φορές και 0,2% οκτώ φορές.

Τέλος, αναφορικά με το ερώτημα «Φορές αποπειρών αυτοκτονίας κατά την περασμένη εβδομάδα» το 6,2% των ερωτώμενων δήλωσαν μία φορά και το 0,2% δύο φορές.

Στον **πίνακα 16**, διαπιστώνουμε ότι στο ερώτημα «Αναστάτωση με τελείως ασήμαντα πράγματα» το 13,5% των ερωτώμενων αποκρίθηκαν «Δεν μου ταιριάζει καθόλου», το 42,6% «Ταιριάζει σε εμένα σε μικρό βαθμό, ή μερικές φορές», το 28,4% «Ταιριάζει σε εμένα σε σημαντικό βαθμό, ή αρκετές φορές» και το 12,8% «Ταιριάζει σε εμένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές».

Στην συνέχεια, ακολουθεί το ερώτημα «Αίσθηση στεγνού στόματος», στο οποίο το 45,7% των ερωτηθέντων δήλωσαν «Δεν μου ταιριάζει καθόλου», το 36,5% «Ταιριάζει σε εμένα σε μικρό βαθμό, ή μερικές φορές», το 10,5% «Ταιριάζει σε εμένα σε σημαντικό βαθμό, ή αρκετές φορές» ενώ το 4,0% απάντησε «Ταιριάζει σε εμένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές».

Τέλος, στο ερώτημα «Αδυναμία βίωσης θετικού συναισθήματος» το 36,5% των ερωτώμενων απάντησαν «Δε μου ταιριάζει καθόλου», το 29,8% «Ταιριάζει σε εμένα σε μικρό βαθμό, ή σε μερικές φορές», το 21,3% «Ταιριάζει σε εμένα σε σημαντικό βαθμό, ή αρκετές φορές» ενώ το 9,1% δήλωσαν «Ταιριάζει σε εμένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές».

Όπως φαίνεται από τον **πίνακα 17**, στην ερώτηση που αφορά το αίσθημα των μηδενικών προσδοκιών, το 47% των ερωτηθέντων σημείωσε πως δεν τους ταιριάζει καθόλου, το 26,6% πως τους ταιριάζει σε μικρό βαθμό, το 11,7% πως ταιριάζει σε

αυτούς σε σημαντικό βαθμό ή αρκετές φορές ενώ το 10,8% πως τους ταιριάζει πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές.

Ακολούθως, στην ερώτηση με κλίμακα που αφορά το αίσθημα απώλειας της υπομονής, το 30,4% των ερωτηθέντων σημείωσε πως δεν τους ταιριάζει καθόλου, το 35% πως τους ταιριάζει σε μικρό βαθμό, το 19,9% πως ταιριάζει σε αυτούς σε σημαντικό βαθμό ή αρκετές φορές ενώ το 11,6% πως τους ταιριάζει πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές.

Τέλος, στην ερώτηση με κλίμακα που αφορά το αίσθημα υπερβολικής νευρικότητας, το 24% των ερωτηθέντων σημείωσε πως δεν τους ταιριάζει καθόλου, το 35,7% πως τους ταιριάζει σε μικρό βαθμό, το 24,3% πως ταιριάζει σε αυτούς σε σημαντικό βαθμό ή αρκετές φορές ενώ το 12,6% πως τους ταιριάζει πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές.

Όπως φαίνεται από τον **πίνακα 18**, στην ερώτηση με κλίμακα που αφορά το αίσθημα λύπης και μελαγχολίας το 17,5% των ερωτηθέντων σημείωσε πως δεν τους ταιριάζει καθόλου, το 35,4% πως τους ταιριάζει σε μικρό βαθμό, το 24,6% πως ταιριάζει σε αυτούς σε σημαντικό βαθμό ή αρκετές φορές ενώ το 18,8% πως τους ταιριάζει πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές.

Ακολούθως, στην ερώτηση με κλίμακα που αφορά το αίσθημα ανυπομονησίας σε περιπτώσεις καθυστέρησης, το 42,1% των ερωτηθέντων σημείωσε πως δεν τους ταιριάζει καθόλου, το 31,8% πως τους ταιριάζει σε μικρό βαθμό, το 14,6% πως ταιριάζει σε αυτούς σε σημαντικό βαθμό ή αρκετές φορές ενώ το 7,8% πως τους ταιριάζει πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές.

Τέλος, στην ερώτηση με κλίμακα που αφορά το αίσθημα ατονίας, το 29,5% των ερωτηθέντων σημείωσε πως δεν τους ταιριάζει καθόλου, το 37,7% πως τους ταιριάζει σε μικρό βαθμό, το 18,8% πως ταιριάζει σε αυτούς σε σημαντικό βαθμό ή αρκετές φορές ενώ το 10,3% πως τους ταιριάζει πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές.

Με βάση τον **πίνακα 19**, στην ερώτηση με κλίμακα που αφορά το αίσθημα απώλειας ενδιαφέροντος για τα πάντα το 46,4% των ερωτηθέντων σημείωσε πως δεν τους ταιριάζει καθόλου, το 25,8% πως τους ταιριάζει σε μικρό βαθμό, το 13,5% πως ταιριάζει σε αυτούς σε σημαντικό βαθμό ή αρκετές φορές ενώ το 10,5% πως τους ταιριάζει πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές.

Στη συνέχεια, στην ερώτηση με κλίμακα που αφορά το αίσθημα ανυπομονησίας σε περιπτώσεις καθυστέρησης, το 50,3% των ερωτηθέντων σημείωσε πως δεν τους ταιριάζει καθόλου, το 23,6% πως τους ταιριάζει σε μικρό βαθμό, το 11,2% πως ταιριάζει σε αυτούς σε σημαντικό βαθμό ή αρκετές φορές ενώ το 11,7% πως τους ταιριάζει πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές.

Τέλος, στην ερώτηση με κλίμακα που αφορά το αίσθημα ατονίας, το 36,6% των ερωτηθέντων σημείωσε πως δεν τους ταιριάζει καθόλου, το 36,2% πως τους ταιριάζει σε μικρό βαθμό, το 15,5% πως ταιριάζει σε αυτούς σε σημαντικό βαθμό ή αρκετές φορές ενώ το 7,9% πως τους ταιριάζει πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές.

Με βάση τον **πίνακα 20**, στην ερώτηση με κλίμακα που αφορά την αίσθηση ιδρώματος παρά την απουσία υψηλής θερμοκρασίας το 62,9% των ερωτηθέντων σημείωσε πως δεν τους ταιριάζει καθόλου, το 20,4% πως τους ταιριάζει σε μικρό βαθμό, το 7,8% πως ταιριάζει σε αυτούς σε σημαντικό βαθμό ή αρκετές φορές ενώ το 4,9% πως τους ταιριάζει πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές.

Στη συνέχεια, στην ερώτηση με κλίμακα που αφορά την αίσθηση τρόμου χωρίς σοβαρό λόγο, το 53,8% των ερωτηθέντων σημείωσε πως δεν τους ταιριάζει καθόλου, το 25,7% πως τους ταιριάζει σε μικρό βαθμό, το 10,8% πως ταιριάζει σε αυτούς σε σημαντικό βαθμό ή αρκετές φορές ενώ το 5,6% πως τους ταιριάζει πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές.

Τέλος, στην ερώτηση με κλίμακα που αφορά το αίσθημα μη αξίας της ζωής, το 66,4% των ερωτηθέντων σημείωσε πως δεν τους ταιριάζει καθόλου, το 16,4% πως τους ταιριάζει σε μικρό βαθμό, το 6,4% πως ταιριάζει σε αυτούς σε σημαντικό βαθμό ή αρκετές φορές ενώ το 7,1% πως τους ταιριάζει πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές.

Όπως φαίνεται από τον **πίνακα 21**, στην ερώτηση με κλίμακα που αφορά τη δυσκολία στην ηρεμία το 39,8% των ερωτηθέντων σημείωσε πως δεν τους ταιριάζει καθόλου, το 31,3% πως τους ταιριάζει σε μικρό βαθμό, το 15,3% πως ταιριάζει σε αυτούς σε σημαντικό βαθμό ή αρκετές φορές ενώ το 9,4% πως τους ταιριάζει πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές.

Ακολούθως, στην ερώτηση με κλίμακα που αφορά τη δυσκολία στην κατάποση, το 78% των ερωτηθέντων σημείωσε πως δεν τους ταιριάζει καθόλου, το 12,3 % πως

τους ταιριάζει σε μικρό βαθμό, το 4,1% πως ταιριάζει σε αυτούς σε σημαντικό βαθμό ή αρκετές φορές ενώ το 1,8% πως τους ταιριάζει πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές.

Τέλος, στην ερώτηση με κλίμακα που αφορά την αδυναμία εύρεσης ευχαρίστησης, το 49,7% των ερωτηθέντων σημείωσε πως δεν τους ταιριάζει καθόλου, το 28,3% πως τους ταιριάζει σε μικρό βαθμό, το 11,7% πως ταιριάζει σε αυτούς σε σημαντικό βαθμό ή αρκετές φορές ενώ το 6,8% πως τους ταιριάζει πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές.

Όπως διαφαίνεται από τον **πίνακα 22**, στην ερώτηση με κλίμακα που αφορά το αίσθημα χτύπων της καρδιάς παρά την απουσία σωματικής άσκησης το 42,1% των ερωτηθέντων σημείωσε πως δεν τους ταιριάζει καθόλου, το 35,4% πως τους ταιριάζει σε μικρό βαθμό, το 11,2% πως ταιριάζει σε αυτούς σε σημαντικό βαθμό ή αρκετές φορές ενώ το 7,4% πως τους ταιριάζει πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές.

Εν συνεχεία, στην ερώτηση με κλίμακα που αφορά το αίσθημα θλίψης και κακοκεφιάς, το 20,2% των ερωτηθέντων σημείωσε πως δεν τους ταιριάζει καθόλου, το 41% πως τους ταιριάζει σε μικρό βαθμό, το 20,5% πως ταιριάζει σε αυτούς σε σημαντικό βαθμό ή αρκετές φορές ενώ το 14,3% πως τους ταιριάζει πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές.

Τέλος, στην ερώτηση με κλίμακα που αφορά την ανακάλυψη οξυθυμίας, το 39,2% των ερωτηθέντων σημείωσε πως δεν τους ταιριάζει καθόλου, το 30,1% πως τους ταιριάζει σε μικρό βαθμό, το 16,9% πως ταιριάζει σε αυτούς σε σημαντικό βαθμό ή αρκετές φορές ενώ το 9,6% πως τους ταιριάζει πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές.

Όπως παρατηρείται στον **πίνακα 23**, στην ερώτηση με κλίμακα που αφορά την αίσθηση εύρεσης στα πρόθυρα πανικού το 52% των ερωτηθέντων σημείωσε πως δεν τους ταιριάζει καθόλου, το 27,1% πως τους ταιριάζει σε μικρό βαθμό, το 9,4% πως ταιριάζει σε αυτούς σε σημαντικό βαθμό ή αρκετές φορές ενώ το 7,4% πως τους ταιριάζει πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές.

Επιπροσθέτως, στην ερώτηση με κλίμακα που αφορά τη δυσκολία ηρεμίας σε περίπτωση αναστάτωσης, το 37,2% των ερωτηθέντων σημείωσε πως δεν τους ταιριάζει καθόλου, το 33,7% πως τους ταιριάζει σε μικρό βαθμό, το 14% πως

ταιριάζει σε αυτούς σε σημαντικό βαθμό ή αρκετές φορές ενώ το 11,2% πως τους ταιριάζει πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές.

Τέλος, στην ερώτηση με κλίμακα που αφορά το φόβο για καταβολή από μια εύκολη και άγνωστη εργασία, το 55,8% των ερωτηθέντων σημείωσε πως δεν τους ταιριάζει καθόλου, το 23,6% πως τους ταιριάζει σε μικρό βαθμό, το 10% πως ταιριάζει σε αυτούς σε σημαντικό βαθμό ή αρκετές φορές ενώ το 6,1% πως τους ταιριάζει πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές.

Όπως παρατηρείται στον **πίνακα 24**, στην ερώτηση με κλίμακα που αφορά την αδυναμία ενθουσιασμού με οτιδήποτε το 51,8% των ερωτηθέντων σημείωσε πως δεν τους ταιριάζει καθόλου, το 24,2% πως τους ταιριάζει σε μικρό βαθμό, το 12% πως ταιριάζει σε αυτούς σε σημαντικό βαθμό ή αρκετές φορές ενώ το 8,4% πως τους ταιριάζει πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές.

Επιπροσθέτως, στην ερώτηση με κλίμακα που αφορά τη δυσκολία ανοχής περισπασμών, το 57,9% των ερωτηθέντων σημείωσε πως δεν τους ταιριάζει καθόλου, το 24,6% πως τους ταιριάζει σε μικρό βαθμό, το 9% πως ταιριάζει σε αυτούς σε σημαντικό βαθμό ή αρκετές φορές ενώ το 4,1% πως τους ταιριάζει πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές.

Τέλος, στην ερώτηση με κλίμακα που αφορά την εύρεση σε κατάσταση νευρικότητας, το 35,6% των ερωτηθέντων σημείωσε πως δεν τους ταιριάζει καθόλου, το 39,2% πως τους ταιριάζει σε μικρό βαθμό, το 13,7% πως ταιριάζει σε αυτούς σε σημαντικό βαθμό ή αρκετές φορές ενώ το 8,1% πως τους ταιριάζει πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές.

Όπως φαίνεται από τον **πίνακα 25**, στην ερώτηση με κλίμακα που αφορά το αίσθημα μη χρησιμότητας το 50,6% των ερωτηθέντων σημείωσε πως δεν τους ταιριάζει καθόλου, το 23,1% πως τους ταιριάζει σε μικρό βαθμό, το 12,3% πως ταιριάζει σε αυτούς σε σημαντικό βαθμό ή αρκετές φορές ενώ το 10,5% πως τους ταιριάζει πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές.

Ακολούθως, στην ερώτηση με κλίμακα που αφορά τη μη ανοχή οτιδήποτε εμπόδιζε συνέχεια της δραστηριότητας, το 50,3% των ερωτηθέντων σημείωσε πως δεν τους ταιριάζει καθόλου, το 27,2 % πως τους ταιριάζει σε μικρό βαθμό, το 13,2% πως

ταιριάζει σε αυτούς σε σημαντικό βαθμό ή αρκετές φορές ενώ το 5,3% πως τους ταιριάζει πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές.

Τέλος, στην ερώτηση με κλίμακα που αφορά την αίσθηση τρόμου, το 59,7% των ερωτηθέντων σημείωσε πως δεν τους ταιριάζει καθόλου, το 23,1% πως τους ταιριάζει σε μικρό βαθμό, το 7,8% πως ταιριάζει σε αυτούς σε σημαντικό βαθμό ή αρκετές φορές ενώ το 5,6 % πως τους ταιριάζει πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές.

Όπως φαίνεται από τον **πίνακα 26**, στην ερώτηση με κλίμακα που αφορά τη μη εύρεση ελπίδας για το μέλλον το 59,7% των ερωτηθέντων σημείωσε πως δεν τους ταιριάζει καθόλου, το 20,1% πως τους ταιριάζει σε μικρό βαθμό, το 8,7% πως ταιριάζει σε αυτούς σε σημαντικό βαθμό ή αρκετές φορές ενώ το 7,9% πως τους ταιριάζει πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές.

Ακολούθως, στην ερώτηση με κλίμακα που αφορά το αίσθημα μη νοήματος της ζωής, το 65,8% των ερωτηθέντων σημείωσε πως δεν τους ταιριάζει καθόλου, το 16 % πως τους ταιριάζει σε μικρό βαθμό, το 6,5% πως ταιριάζει σε αυτούς σε σημαντικό βαθμό ή αρκετές φορές ενώ το 7,4% πως τους ταιριάζει πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές.

Τέλος, στην ερώτηση με κλίμακα που αφορά το αίσθημα ταραχής, το 41,6% των ερωτηθέντων σημείωσε πως δεν τους ταιριάζει καθόλου, το 36,3% πως τους ταιριάζει σε μικρό βαθμό, το 12,6% πως ταιριάζει σε αυτούς σε σημαντικό βαθμό ή αρκετές φορές ενώ το 5,6 % πως τους ταιριάζει πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές.

Στον **πίνακα 27**, στο ερώτημα αν ο ερωτώμενος είχε ανησυχία για καταστάσεις πανικού ή ντροπής, διαφαίνεται ότι το 44,2% των ερωτηθέντων απάντησαν « Δε μου ταιριάζει καθόλου», το 27,4% δήλωσαν «Ταιριάζει σε μένα σε μικρό βαθμό, ή μερικές φορές», το 16% εξέφρασαν «Ταιριάζει σε μένα σε σημαντικό βαθμό, ή αρκετές φορές» και το 9,1% απάντησαν «Ταιριάζει σε μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές».

Εν συνεχεία, στο ερώτημα αν ο ερωτώμενος εμφάνισε αίσθηση τρέμουλου παρουσιάζεται ότι το 58,5% των ερωτηθέντων απάντησαν «Δε μου ταιριάζει καθόλου» , το 24,3% εξέφρασαν «Ταιριάζει σε μένα σε μικρό βαθμό, ή μερικές φορές», το 7,9% δήλωσαν «Ταιριάζει σε μένα σε σημαντικό βαθμό, ή αρκετές φορές» και το 5,6% απάντησαν «Ταιριάζει σε μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές».

Τέλος, στο ερώτημα αν ο ερωτώμενος αντιμετώπισε δυσκολία λήψης πρωτοβουλιών το 45,1% των ερωτηθέντων απάντησαν «Δε μου ταιριάζει καθόλου», το 27,8% εξέφρασαν «Ταιριάζει σε μένα σε μικρό βαθμό, ή μερικές φορές», το 15,5% δήλωσαν «Ταιριάζει σε μένα σε σημαντικό βαθμό, ή αρκετές φορές» και το 8,2% απάντησαν «Ταιριάζει σε μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές».

Από την επεξεργασία και ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας προκύπτουν τα παρακάτω συμπεράσματα:

Όπως φαίνεται στον **πίνακα a**, ο οποίος αναφέρεται στην ανάλυση του χ^2 (συσχέτιση της αυτοκτονικής και της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς), προκύπτει ότι υπάρχει σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της αυτοκτονικής και της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς (Pvalue=0,0001).

Με βάση τα αποτελέσματα και όπως προκύπτει από τον **πίνακα b**, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ του φύλου και των αποπειρών αυτοκτονίας (Pvalue= 0,078).

Στον **πίνακα c**, έπειτα από τον έλεγχο χ^2 , καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ του φύλου και των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών (Pvalue= 0,073).

Σύμφωνα με την ανάλυση αποτελεσμάτων και όπως διαφαίνεται στον **πίνακα d**, μέσω του ελέγχου χ^2 , καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της αυτοκτονικής συμπεριφοράς και της ηλικίας όσο αυτή αυξάνεται (Pvalue= 0,998).

Σύμφωνα με την ανάλυση αποτελεσμάτων και όπως διαφαίνεται στον **πίνακα e**, μέσω του ελέγχου χ^2 , καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς και της ηλικίας όσο αυτή αυξάνεται (Pvalue= 0,001).

Σχετικά με την ανάλυση αποτελεσμάτων και όπως παρουσιάζεται στον **πίνακα f**, με τη μέθοδο ανάλυσης του χ^2 , προκύπτει ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της αυτοκτονικής συμπεριφοράς και του μορφωτικού επιπέδου της μητέρας (Pvalue= 0,012).

Όπως προκύπτει από τον **πίνακα g**, αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα, παρουσιάζεται πως δεν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην αυτοκτονική συμπεριφορά και το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα (Pvalue= 0,062).

Όπως παρουσιάζεται στον **πίνακα h**, με τη μέθοδο ανάλυσης του χ^2 , προκύπτει ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς και του μορφωτικού επιπέδου της μητέρας (Pvalue= 0,035).

Όπως προκύπτει από τον **πίνακα i**, αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα, παρουσιάζεται πως δεν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα (Pvalue= 0,094).

Όπως τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον **πίνακα j**, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της αυτοκτονικής συμπεριφοράς και της φυλετικής ταυτότητας. Επομένως, η ομοφυλόφιλη σεξουαλική προτίμηση των ατόμων δεν αποτελεί παράγοντα ικανό να οδηγήσει τα ομοφυλόφιλα άτομα σε αυτοκτονική συμπεριφορά (Pvalue= 0,365).

Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας και όπως αυτά παρουσιάζονται στον **πίνακα k**, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς και της φυλετικής ταυτότητας (Pvalue= 0,914).

Όπως προκύπτει από τον **πίνακα l**, διαπιστώνουμε ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της αυτοκτονικής συμπεριφοράς και της εθνικότητας (Pvalue= 0,746).

Όπως προκύπτει από τον **πίνακα m**, διαπιστώνουμε ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς και της εθνικότητας (Pvalue= 0,762).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΖΗΤΗΣΗ

8.1. Συζήτηση

Στην παρούσα μελέτη διερευνήσαμε τα φαινόμενα της αυτοκτονικής και αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς των νέων ηλικίας 18-25 ετών στον ελλαδικό χώρο και το συναισθηματικό και κοινωνικό υπόβαθρο αυτών. Επιπροσθέτως, εξετάστηκε η σημειολογία, τα αίτια και οι παράγοντες κινδύνου από τα οποία οδηγούνται τα άτομα στα φαινόμενα αυτά.

Αρχικά, είναι απαραίτητο να διευκρινιστεί (επισημανθεί, αναφερθεί, τονιστεί) ότι η αυτοτραυματική συμπεριφορά παρουσιάζεται ως απόρροια και όχι ως αφορμή στα άτομα που οδηγούνται σε αυτήν. Κίνητρο για την εκδήλωση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς αποτελεί η στρατηγική αντιμετώπισης του συναισθηματικού πόνου, ως περιορισμένη ή πρωτόγονη έκφραση άγχους και ακόμης, προκειμένου τα άτομα που υιοθετούν την συμπεριφορά αυτή να αισθανθούν πως είναι «αληθινοί». Επιπλέον κίνητρο, αποτελεί, η έκφραση οργής/ανακούφισης από την ένταση/τιμωρία του εαυτού και η αίσθηση πως έχουν τον έλεγχο. Τέλος, η αυτοτραυματική συμπεριφορά για τα άτομα που την εκδηλώνουν είναι μία «κραυγή βοήθειας», μία ανάγκη να αποσπάσουν την προσοχή ενώ παράλληλα είναι μία ενέργεια ώστε να προλάβουν την αυτοκτονία και να μην εξωθηθούν σε αυτήν (Cooper M., Hooper Chr., Thompson M., 2012).

Στην συνέχεια, αναλύοντας τους παράγοντες κινδύνου αυτοτραυματικής συμπεριφοράς, διαπιστώνουμε ότι ενδιαφέρουσα ερώτηση αποτελεί η προσωπική κατάσταση αφού, κάποιος που έχει απογοητεύσεις, είναι χωρισμένος ή δεν έχει σταθερή σχέση, μπορεί να είναι ευάλωτος σε αυτοτραυματισμούς. Το παραπάνω αποδεικνύεται από το γεγονός ότι σημαντικό ποσοστό του δείγματός μας απάντησε ότι είναι ελεύθεροι. Όπως αναφέρεται και στην βιβλιογραφία, ο τρόπος ζωής επηρεάζει περισσότερο καθώς τα άτομα που ζουν μόνα τους παρουσιάζουν μεγαλύτερους κινδύνους απ' ότι άτομα που ζουν με άλλους (Μάνος, 2008). Οι σεξουαλικές προτιμήσεις μπορούν να παίξουν και αυτές ρόλο στο γεγονός του αυτοτραυματισμού, αφού η μη αποδοχή μπορεί να προκαλέσει ψυχολογική καταρράκωση και να οδηγήσει σε σωματικές αντιδράσεις.

Πολύ σημαντικό είναι το γεγονός ότι ένα πολύ υψηλό ποσοστό του δείγματος(26,18%) απάντησε πως έχει προβεί σε αυτοτραυματισμό, κάτι που μας κάνει να σκεφτούμε πως τα άτομα αυτά, θα μπορούσαν στο μέλλον ή να το επαναλάβουν ή να γίνουν (στην χειρότερη περίπτωση) αυτόχειρες. Παρόμοια είναι τα συμπεράσματα αναφορικά με τους ερωτηθέντες που απάντησαν πως έχουν κόψει μέρη του σώματός τους, ενώ ένα μικρό ποσοστό δήλωσε ότι είχε προβεί σε μία τέτοια ενέργεια τους τελευταίους 12 μήνες. Το στρες και η πίεση που δέχεται η κοινωνία μας και όλα τα μέλη της, ίσως παίζουν καθοριστικό ρόλο σε αυτήν την ερώτηση, ενώ ο αυτοτραυματισμός μπορεί να είναι και ένας τρόπος για να ζητήσουν αυτοί οι άνθρωποι βοήθεια ή για να τραβήξουν το ενδιαφέρον των γύρω τους. Το ίδιο ισχύει και για το κάψιμο διαφόρων μερών του σώματος των ερωτηθέντων. Τρόπος για να ζητήσουν βοήθεια ή και προσπάθεια για προσοχή από τους γύρω τους. Το χάραγμα μπορεί να είναι ένας προπομπός ακόμα και για το ενδεχόμενο αυτοκτονίας. Κάποιος που χαράζεται ή που γοητεύεται με την θέα του αίματος μπορεί να γίνει επικίνδυνος για τον εαυτό του. Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, υπήρξε ένα ποσοστό ερωτηθέντων που απάντησαν ότι το έκαναν τον τελευταίο χρόνο, όπου αποδεδειγμένα η κοινωνία μας υφίσταται τεράστιες αλλαγές και προσπαθεί να επιβιώσει στο δύσκολο δημοσιονομικό περιβάλλον. Αξιοσημείωτο είναι να αναφερθεί ότι, ένα σημαντικό ποσοστό των ερωτηθέντων (22,06%) απάντησε πως έχει αυτοτραυματιστεί σκόπιμα, χωρίς όμως να επιθυμεί να αυτοκτονήσει. Επομένως, όπως προκύπτει και από βιβλιογραφικές αναφορές η αυτοκτονική συμπεριφορά μπορεί να πραγματοποιηθεί στη βάση της αυτοκτονικής πρόθεσης, δηλαδή όταν το άτομο είχε την επιθυμία να πεθάνει κατά τη διάρκεια του επεισοδίου ή αν το άτομο εκείνη τη στιγμή δεν επιθυμούσε να δώσει τέλος στη ζωή του. Σε αυτή τη περίπτωση, το άτομο είχε την πεποίθηση πως ο θάνατος δεν μπορεί να αποτελέσει απόρροια των πράξεών του (CooperM., HooperChr., ThompsonM., 2012). Η αυτοτιμωρία είναι μια εξήγηση, ενώ το να τραβήξουν το ενδιαφέρον μέσα από τον αυτοτραυματισμό, ενισχύεται ακόμη περισσότερο. Επιπροσθέτως, αποτελέσματα της έρευνας απέδειξαν ότι πολλά άτομα δεν έχουν σκεφτεί ποτέ την αυτοκτονία, σε αντίθεση με ένα μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων που αποκρίθηκαν ότι έχουν σκεφτεί να αυτοκτονήσουν (61,55% / 38,45%). Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν καθημερινά οι άνθρωποι, τα κοινωνικά, προσωπικά και οικονομικά προβλήματα μπορούν να οδηγήσουν τους ανθρώπους σε αρνητικές σκέψεις, θεωρώντας πως με αυτόν τον τρόπο βρίσκουν τη λύση στο πρόβλημα τους.

Ο ΠΟΥ προειδοποίησε πως η αύξηση των στρεσογόνων παραγόντων θα οδηγήσει σε αύξηση τόσο των ψυχικών διαταραχών όσο και των βίαιων συμπεριφορών. Οι Stuckleretal (2011) χαρακτηριστικά επεσήμαναν πως την περίοδο 2007-2009 σημειώθηκε σημαντική αύξηση των αυτοκτονιών σχεδόν σε όλες τις χώρες τις Ευρώπης εκτός της Αυστρίας. Η αύξηση των αυτοκτονιών ήταν σημαντικά μεγαλύτερη σε χώρες με μεγάλα οικονομικά προβλήματα όπως για παράδειγμα η Ελλάδα και η Ιορδανία. Φαίνεται, πως υπάρχει άμεση σύνδεση της αύξησης των αυτοκτονιών όσο η ανεργία αυξάνεται. Εν κατακλείδι, παρουσιάζεται πως η οικονομική κρίση και η ανεργία, καταστάσεις οι οποίες οδηγούν στην φτώχεια, κατέχουν την μεγαλύτερη υπαιτιότητα για την αύξηση των αυτοκτονιών, των καταθλιπτικών διαταραχών αλλά και των αποπειρών αυτοκτονίας και την αύξηση των παραβατικών συμπεριφορών (Κονταξάκης κ.ά., 2013).

Ενδιαφέροντα είναι και τα αποτελέσματα στην ερώτηση για το πόσες φορές έχουν οι ερωτηθέντες φτάσει στον αυτοτραυματισμό καθώς, ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος αποκρίθηκε πως έχει προβεί σε μία τέτοια κίνηση μία φορά (47,91%). Στην ερώτηση για το εάν τελικά έχουν σχεδιάσει την αυτοκτονία τους, τα περισσότερα άτομα απαντούν αρνητικά, γεγονός που δίνει και την αίσθηση πως ο αυτοτραυματισμός είναι αντίδραση, ένδειξη στρες ή και προσπάθεια για να τους δείξουν περισσότερο ενδιαφέρον τα φιλικά και οικογενειακά τους πρόσωπα, ενώ ένα μικρό ποσοστό των ερωτηθέντων απάντησε πως έκανε ενέργειες ώστε να φτάσει στην αυτοκτονία.

Ο βαθμός αναστάτωσης με τελείως ασήμαντα πράγματα, είναι ένας από τους λόγους αύξησης του άγχους και ίσως και της πρόκλησης σωματικών βλαβών. Η κατάθλιψη μπορεί να δημιουργήσει το κατάλληλο ψυχοσωματικό περιβάλλον ώστε ο πάσχων να θέλει να δώσει τέλος στη ζωή του. Αν και η κατάθλιψη είναι το τελικό στάδιο, το να μην μπορεί κάποιος να νιώσει θετικά συναισθήματα είναι ανησυχητικό. Όταν ένα άτομο δεν μπορεί να χαλαρώσει και αισθάνεται μονίμως πνιγμένο, τότε μπορεί να εμφανίσει σημάδια κατάθλιψης, που μπορούν να οδηγήσουν στον αυτοτραυματισμό. Σύμφωνα με τα βιβλιογραφικά στοιχεία «Η κατάθλιψη συγκαταλέγεται μεταξύ των συχνότερων ψυχικών διαταραχών που απαντώνται στον γενικό πληθυσμό ενώ η αυτοκτονία θεωρείται η σοβαρότερη επιπλοκή της. Εκτιμάται, ότι έως και 80% των καταθλιπτικών ασθενών εμφανίζουν αυτοκτονικό ιδεασμό, 25-30% πραγματοποιούν

απόπειρα αυτοκτονίας και 15-19% καταλήγουν αυτοκτονώντας» (Rihmer & Kiss, 2002).

Τα νεύρα και το να χάνει κάποιος την υπομονή του μπορεί να προκαλέσουν απροσδόκητες καταστάσεις και να οδηγήσουν στα ψυχολογικά άκρα του το άτομο που νιώθει πως επηρεάζεται. Το να χάνει εύκολα την υπομονή του το άτομο, δεν μπορεί παρά να δυσκολέψει ακόμη περισσότερο τις καταστάσεις. Ακόμη, και το να χάνει το ενδιαφέρον του ένα άτομο για τα πάντα στη ζωή του δεν είναι ένα καλό σημάδι και πρέπει να αντιμετωπίζεται γρήγορα αφού αποτελεί ένδειξη ψυχολογικής διαταραχής. Στην έρευνά μας, στα συγκεκριμένα ερωτήματα ένα σημαντικό ποσοστό των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι ένιωσαν έντονα να χάνουν το ενδιαφέρον τους για τα πάντα στη ζωή, ενώ ένα άλλο εξίσου σημαντικό ποσοστό απάντησε πως ίσως να έχασαν το νόημα της ζωής, γεγονός που θα μπορούσε να τους οδηγήσει σε αυτοτραυματικές ενέργειες (14,06% / 10,90%). Όπως προκύπτει και από τις βιβλιογραφικές αναφορές, πολλές μελέτες παρουσίασαν πως εν τέλει η κατάθλιψη σχετίζεται λιγότερο με την αυτοκτονία σε αντίθεση με το αίσθημα έλλειψης ελπίδας στη ζωή η οποία φαίνεται να συνδέεται περισσότερο με αυτήν (Μάνου, 2008).

Η μείωση της προσωπικότητας ενός ατόμου δεν είναι κάτι που πρέπει να συμβαίνει και πρέπει να ξεπερνιέται αρχικά με την βοήθεια των συγγενών και των φίλων. Όλοι οι άνθρωποι αξίζουν και είναι σημαντικοί για κάποιους άλλους ανθρώπους. Ωστόσο, υπάρχουν πολλοί άνθρωποι που νιώθουν ότι δεν είναι σημαντικοί για κάποιους άλλους ανθρώπους, γεγονός που αποτελεί πρόβλημα του γενικότερου περιβάλλοντος που ζει το άτομο και όχι μόνο του ίδιου. Έτσι, το αίσθημα θλίψης και κακοκεφιάς είναι λογικό αποτέλεσμα όλων των παραπάνω. Όταν ο άνθρωπος θεωρεί πως τίποτα στη ζωή του δεν πάει καλά, δεν βρίσκει σε τίποτα ευχαρίστηση και μειώνει τον εαυτό του μπορεί να εισέλθει σε μια κατάσταση κατάθλιψης που να προχωρήσει στο φαινόμενο του αυτοτραυματισμού. Το αίσθημα πανικού επίσης υποδηλώνει έντονο άγχος και μπορεί να οδηγήσει σε ανάρμοστες ενέργειες.

Ο τρόμος είναι συναίσθημα που μπορεί να νιώσει κάποιος που πανικοβάλλεται έντονα. Τρόμο για το οτιδήποτε, φοβίες χωρίς λόγο και χωρίς πραγματική αιτία. Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, ένα μέρος του δείγματος δήλωσαν ότι δεν έχουν βιώσει αισθήματα τρόμου, ενώ ένα άλλο ποσοστό του δείγματος ένιωσαν και εξακολουθούν να νιώθουν τρόμο, κάτι που μπορεί να έχει βαρύτερες συνέπειες στην

ψυχική υγεία του ανθρώπου. Το φιλικό και οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να παίξει μεγάλο ρόλο στο να μην νιώσει ένα άτομο τρομαγμένο, θλιμμένο ή άχρηστο. Οι καλοί φίλοι μπορούν να βοηθήσουν σε αυτό και πιστεύουν πως οι φίλοι τους, τους εκτιμούν πολύ. Με βάση την έρευνα, αναφορικά με το ερώτημα αν ο ερωτώμενος νιώθει ότι οι φίλοι του τον εκτιμούν, τα άτομα που απάντησαν «λίγο» και «καθόλου» αποτελούν τα χαμηλότερα ποσοστά, και πρέπει να αλλάξουν παρέες ώστε να νιώσουν πάλι σημαντικοί, αφού αυτό είναι το πρώτο βήμα για την προσωπική τους ηρεμία.

Συμπερασματικά, ως έναυσμα για ενέργειες σκόπιμου αυτοτραυματισμού αποτελούν το πένθος για την απώλεια ενός σημαντικού προσώπου, το αίσθημα παραμέλησης του ίδιου του ατόμου και η αδυναμία ανταπόκρισης στις προσδοκίες. Επιπλέον, το αίσθημα καταστολής, η κακοποίηση κάθε είδους, η κατάθλιψη, το αίσθημα ενοχής, η φτώχεια και η χρήση ουσιών φαίνεται πως λειτουργούν καταλυτικά στην υιοθέτηση αυτοτραυματικής συμπεριφοράς. Τέλος, σημαντικό είναι να αναφερθεί πως το αίσθημα της απομόνωσης, της ταπείνωσης αλλά και μία δυσλειτουργική οικογένεια είναι ικανά να ωθήσουν το άτομο στον αυτοτραυματισμό (Cooper M., Hooper Chr., Thompson M., 2012).

Αξίζει επιπλέον να αναφερθούμε στον βαθμό συχνότητας αποπειρών αυτοκτονίας ανάμεσα στα δύο φύλα. Σύμφωνα με την ανάλυση αποτελεσμάτων της έρευνας, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει συσχέτιση του φύλου και των αποπειρών αυτοκτονίας, επομένως, το φύλο δεν αποτελεί παράγοντα κινδύνου αυτοκαταστροφικής/αυτοκτονικής συμπεριφοράς.

Ωστόσο, σύμφωνα με βιβλιογραφικές αναφορές, «Τα τελευταία χρόνια, συγκρίνοντας την συχνότητα αυτοκτονιών της περιόδου 2003-2005 vs 2007-2009 καταγράφηκαν αυξητικές τάσεις στην Ελλάδα που αφορούν όμως μόνο τον αντρικό πληθυσμό. Σε πρόσφατες μελέτες (Papaslanis et al., 2013) που αφορούν στην χρονική περίοδο 2000-2010 παρατηρήθηκε αύξηση των αυτοκτονιών που αφορά όμως μόνο των αντρικό πληθυσμό (8,8%). Η μεγαλύτερη αύξηση παρατηρήθηκε στις ηλικίες 45-49 ετών. Αντίθετα, σημαντική μείωση (52,9%) παρατηρήθηκε την ίδια χρονική περίοδο στον γυναικείο πληθυσμό. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα ευρήματα στις ίδιες μελέτες όπου καταγράφονται οι διακυμάνσεις των αυτοκτονιών την περίοδο 2000-2007 (πριν την Ελληνική οικονομική κρίση) και την περίοδο 2008-2010 (κατά την κρίση). Στην

πρώτη περίοδο, διαπιστώθηκε διαχρονική μείωση των αυτοκτονιών της τάξης του 16,2% ενώ την δεύτερη περίοδο καταγράφηκε αύξηση κατά 13,6%.

Σε σχέση με τους δείκτες αυτοκτονιών κατά γεωγραφικά διαμερίσματα της Ελλάδας και σύμφωνα με στοιχεία του 2009 (Jiotakosetal., 2012) οι υψηλότεροι δείκτες (ανά 100.000 κατοίκους) εμφανίζονται στην Κρήτη (4,76), στη Θράκη (4,45), στα Ιόνια νησιά (4,31). Ακολουθούν, η Στερεά Ελλάδα (3,61), τα νησιά του Αιγαίου (3,03), η Ήπειρος (2,81), η Πελοπόννησος (2,56), η Μακεδονία (2,15), η Θεσσαλία (2,03).

Η χαμηλή συχνότητα των αυτοκτονιών στην Ελλάδα αποδίδεται σε κοινωνικούς παράγοντες (π.χ. ύπαρξη ισχυρών κοινωνικών- οικογενειακών υποστηρικτών συστημάτων) αλλά και σε βιολογικούς/περιβαλλοντικούς παράγοντες (π.χ. ηλιοφάνεια)

Τέλος, (σύμφωνα με τις βιβλιογραφικές αναφορές,) τα τελευταία χρόνια, με την είσοδο της Ελλάδας στην Ευρωπαϊκή Ένωση, παρατηρήθηκαν σημαντικές κοινωνικές αλλαγές που αφορούν στην δομή και λειτουργία της οικογένειας αλλά και τον τρόπο ζωής όπως και το σύστημα αξιών του Έλληνα πολίτη που, ενδεχομένως, συνέβαλλαν στην αύξηση των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών» (Κονταξάκης κ.ά., 2013).

Σε αυτό το σημείο, αξίζει να αναφερθεί ότι σημαντικό ρόλο για την αύξηση των αυτοκτονιών, φαίνεται πως έχει η εποχικότητα. Πολλές μελέτες έχουν καταγράψει πως υπάρχει σαφής κορύφωση των αυτοκτονιών κατά την διάρκεια της άνοιξης σε περιοχές μακριά από τον ισημερινό. Εποχική διακύμανση των αυτοκτονιών από άνδρες παρατηρείται κατά την διάρκεια της άνοιξης στην Ελλάδα. Γενικότερα, τα καιρικά φαινόμενα φαίνεται να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στα ποσοστά της αυτοκτονίας. Σε χώρες, κυρίως, με μεγαλύτερη διάρκεια της ηλικιακής περιόδου υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση σε αντίθεση με εκείνες με μεγαλύτερη διάρκεια της νύχτας, στις οποίες δημιουργούνται συναισθήματα παρορμητικότητας, απαισιοδοξίας, επιθετικότητας. Παρόλα αυτά, η φωτοπερίοδος δεν είναι ο μοναδικός παράγοντας για την αύξηση των ποσοστών αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Υπάρχουν, τέλος, παράγοντες οι οποίοι δεν σχετίζονται με το φως αλλά με γενετικούς παράγοντες (π.χ. έκκριση μελατονίνης) οι οποίοι σχετίζονται στενά με την καταθλιπτική διαταραχή και στοιχεία της μελαγχολίας (Κονταξάκης κ.ά., 2013).

Επομένως, σύμφωνα με τα παραπάνω, μπορούμε να οδηγηθούμε στο συμπέρασμα ότι ο βαθμός συχνότητας αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών που προέκυψε από την ανάλυση αποτελεσμάτων της έρευνας, ίσως είναι επηρεασμένος από τις καιρικές συνθήκες και την περίοδο (28 Ιανουαρίου- 28 Φεβρουαρίου) κατά την οποία αναρτήθηκε το ερωτηματολόγιο στο Googledrive.

Ερευνητική υπόθεση:

- ❖ **Οι άνδρες φοιτητές, μεγαλύτερης ηλικίας, με περιστατικά αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς είναι πιο πιθανό να υιοθετήσουν αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.**

Στην βασική μας ερευνητική υπόθεση, προκύπτει από το σύνολο των αποτελεσμάτων και όπως παρουσιάζεται στον **πίνακα c**, δεν σχετίζεται το φύλο με την εμφάνιση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Αντιθέτως, όπως παρουσιάζεται στον **πίνακα e**, η ηλικία αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην εκδήλωση αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών. Επομένως, η υπόθεση που αρχικά τέθηκε απορρίπτεται.

Όπως προκύπτει από βιβλιογραφικές αναφορές, οι οποίες τεκμηριώνουν το εύρημα της υπόθεσης, οι άνδρες υιοθετούν αυτοκαταστροφική συμπεριφορά συχνότερα σε σχέση με τις γυναίκες. Επιπλέον, αναφέρεται πως οι άνδρες εκδηλώνουν τρεις φορές μεγαλύτερο ποσοστό αυτοκαταστροφής σε σχέση με τις γυναίκες ωστόσο, είναι ένα ζήτημα το οποίο δεν έχει πλήρως διερευνηθεί.

Έτσι, υποδηλώνεται πως τα άτομα που οδηγούνται στην αυτοκαταστροφή είναι συνήθως άνδρες πιο προχωρημένης ηλικίας (Κονταξάκης κ.ά., 2013).

Ερευνητικά ερωτήματα:

- ❖ **Η αυτοκτονική συμπεριφορά σχετίζεται σημαντικά με την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.**

Παρόλο που τα αποτελέσματα της έρευνας μας οδήγησαν στο συμπέρασμα πως υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της αυτοκτονικής και αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, εν τούτοις οι βιβλιογραφικές αναφορές δεν επιβεβαιώνουν το εύρημα αυτό. Αναφέρεται χαρακτηριστικά πως ένα άτομο μπορεί να οδηγηθεί σε αυτοκτονία χωρίς να έχει προηγηθεί κάποια απόπειρα ή οποιαδήποτε αυτοτραυματική βλάβη. Παρόλα αυτά σε περίπτωση που έχει προηγηθεί απόπειρα αυτοκτονίας ή αυτοτραυματική

βλάβη, το άτομο έχει περισσότερες πιθανότητες να οδηγηθεί στο θάνατο αυτοκτονώντας (Κονταξάκης κ.ά., 2013).

❖ **Οι άνδρες προβαίνουν συχνότερα σε απόπειρες αυτοκτονίας συγκριτικά με τις γυναίκες.**

Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, αναφορικά με την συχνότητα αποπειρών αυτοκτονίας μεταξύ των δύο φύλων, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει συσχέτιση του φύλου και των αποπειρών αυτοκτονίας, επομένως το φύλο δεν θεωρείται παράγοντας κινδύνου αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Ωστόσο, όπως προκύπτει από βιβλιογραφικές αναφορές, τα δύο φύλα παρουσιάζουν μεταξύ τους έντονες διαφορές. Πιστεύεται, πως οι γυναίκες λόγω του ότι εσωτερικεύουν τα συναισθήματά τους και έχουν την τάση να κατηγορούν τον εαυτό τους περισσότερο σε σχέση με τους άνδρες, οδηγούνται συχνότερα σε βίαιες πράξεις ή και αυτοκτονικότητα η οποία πολλές φορές είναι θανατηφόρα. Από την άλλη πλευρά, οι άνδρες παρουσιάζουν έμμεσα αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές καθώς και επιθετικότητα που πολλές φορές οδηγούν και σε κατάθλιψη. Σύμφωνα με τις βιβλιογραφικές αναφορές δεν είναι δυνατόν να λεχθεί με βεβαιότητα πως κάποιο από τα δύο φύλα παρουσιάζει υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονικότητας από το άλλο. Εν τούτοις, καταλήγουμε στο συμπέρασμα πως οι άνδρες προβαίνουν πιο σπάνια αλλά πιο αποτελεσματικά σε απόπειρες αυτοκτονίας σε σχέση με τις γυναίκες ενώ οι γυναίκες αποπειρώνται συχνότερα να αυτοκτονήσουν χωρίς να οδηγηθούν στο θάνατο. Τέλος, οι γυναίκες φαίνονται να ζητούν συχνότερα τη βοήθεια ειδικού σε σχέση με τους άνδρες (Κονταξάκης κ.ά., 2013).

❖ **Η υιοθέτηση αυτοκτονικής συμπεριφοράς σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό όσο η ηλικία τους αυξάνει;**

Παρόλο που το εύρημα μετά από τον έλεγχο χ^2 που πραγματοποιήσαμε φαίνεται να μην επιβεβαιώνεται, οι βιβλιογραφικές αναφορές παρουσιάζουν διαφορετικά ευρήματα. Παρουσιάζεται, πως όσο η ηλικία αυξάνει τόσο αυξάνεται και ο κίνδυνος ένα άτομο να προβεί σε αυτοκτονία. Η συχνότητα των αυτοκτονιών φαίνεται να έχει υπερτριπλασιαστεί τα τελευταία 25 χρόνια σε εφήβους και άτομα νεαρής ηλικίας.

Τόσο οι απόπειρες αυτοκτονίας όσο και οι αυτοκτονίες σε άτομα νεαρής ηλικίας είναι συνυφασμένες με τα αισθήματα της απαισιοδοξίας και της απελπισίας, την κατάθλιψη, τις διαταραχές προσαρμογής, την κατάχρηση ουσιών, τα οικογενειακά προβλήματα, το χαμηλό εκπαιδευτικό και κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο και την κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία. Εν τέλει, η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά στα νεαρά άτομα εντείνεται εξαιτίας κάποιων γεγονότων της ζωής τους ή ακόμη και από οποιαδήποτε παρόρμηση (Κονταξιάκης κ.ά., 2013).

Επιπλέον, ένα άτομο είναι πιθανό να βιώσει ψυχοκοινωνικά γεγονότα ζωής τα οποία αποτελούν τις πηγές του ψυχικού στρες. Η παραμέληση, οι διάφορες μορφές κακοποίησης, η χρόνια οικογενειακή δυσαρμονία και η διάλυση της οικογένειας, η έκθεση στη βία μεταξύ γονέων, η ασταθείς ή αντίξοες συνθήκες είναι μόνο μερικοί από τους παράγοντες οι οποίοι έχουν ως απόρροια το ψυχικό στρες. Γι' αυτό το λόγο, τα δύο τρίτα των αποπειρών αυτοκτονίας στους ενήλικους μπορούν να αποδοθούν στις πρώιμες τραυματικές εμπειρίες (Κονταξιάκης κ.ά., 2013).

❖ **Η υιοθέτηση αυτοκτονικής συμπεριφοράς από τα νέα άτομα σχετίζεται με το υψηλό μορφωτικό επίπεδο των γονέων τους;**

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την έρευνα, τα οποία είναι αντιφατικά επιβεβαιώνονται και από την βιβλιογραφία. Πιο συγκεκριμένα, τα ευρήματα της έρευνας αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα, οδηγούν στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην υιοθέτηση αυτοκτονικής συμπεριφοράς και το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα. Δεν ισχύει όμως το ίδιο για το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας, καθώς σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, διαπιστώνουμε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της αυτοκτονικής συμπεριφοράς και του μορφωτικού επιπέδου της μητέρας. Ακόμη και στην βιβλιογραφία τα ευρήματα είναι αντιφατικά αναφορικά με την συνάφεια που παρουσιάζει το εκπαιδευτικό επίπεδο και η αυτοκτονικότητα. Κάποιες μελέτες αναφέρουν πως υπάρχει συσχέτιση με το υψηλό μορφωτικό επίπεδο καθώς θεωρείται ότι προστατεύει έναντι της αυτοκτονικότητας μέσω των ευκαιριών που παρέχει στο άτομο σε επίπεδο εργασίας και εισοδήματος. Σε αντιδιαστολή, οι μελέτες αυτές υποστηρίζουν πως υπάρχει συσχέτιση συχνότερα καθώς θεωρείται πως το υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο αφορά άτομα με μειωμένη θρησκευτικότητα, αυξημένο ατομικισμό και ανταγωνισμό, προκαλώντας συχνά στρες

στο άτομο και αποδυνάμωση των δεσμών του με το κοινωνικό σύνολο (Κονταξάκης κ.ά., 2013).

❖ **Η υιοθέτηση αυτοκτονικής συμπεριφοράς σχετίζεται με την ομοφυλόφιλη σεξουαλική προτίμησή τους;**

Σύμφωνα με στοιχεία που δημοσιεύονται στο επιστημονικό έντυπο *BMCPsychiatry*, οι ομοφυλόφιλοι και αμφιφυλόφιλοι άνδρες και γυναίκες δείχνουν πιο επιρρεπείς σε περιπτώσεις κατάθλιψης, κατάχρησης ουσιών και αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Σε αντίθεση, λοιπόν, με τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, ο δρ. Μάικλ Κινγκ και οι συνεργάτες του στο Πανεπιστήμιο του Λονδίνου ανέλυσαν 25 μελέτες για τον σεξουαλικό προσανατολισμό και την ψυχική υγεία και διαπίστωσαν ότι οι ομοφυλόφιλοι και αμφιφυλόφιλοι άνθρωποι έχουν 50% περισσότερες πιθανότητες από τους ετεροφυλόφιλους να έχουν ιστορικό αγχώδους διαταραχής (<http://ygeia.tanea.gr/default.asp?pid=8&articleID=4612&ct=11>).

❖ **Η υιοθέτηση αυτοκτονικής συμπεριφοράς σχετίζεται με την εθνικότητα του νέου ατόμου;**

Σε αντιδιαστολή με τα ευρήματα της έρευνας που πραγματοποιήσαμε, τα οποία δεν συσχετίζουν την εθνικότητα με την αυτοκτονική συμπεριφορά, οι βιβλιογραφικές αναφορές παρουσιάζουν διαφοροποίηση. Φαίνεται πως τα ποσοστά αυτοκτονιών είναι αυξημένα κυρίως στα άτομα που μεταναστεύουν από τις αγροτικές περιοχές στις αστικές. Παρόλα αυτά, οι μετανάστες του εξωτερικού τείνουν να παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονικότητας κυρίως σε κράτη της Ανατολικής Ευρώπης. Τα κύρια αίτια που προκαλούν τα υψηλά αυτά ποσοστά αυτοκτονικότητας είναι τραυματικά γεγονότα ζωής τα οποία βιώνουν τα άτομα αυτά κατά την μετανάστευση ή στη χώρα υποδοχής αλλά και η κοινωνικο-οικονομική τους κατάσταση, το θρήσκευμα και η δυνατότητα προσαρμογής τους στο νέο τρόπο ζωής (Κονταξάκης κ.ά., 2013).

8.2 Γενικά συμπεράσματα

Η μελέτη της παρούσας πτυχιακής εργασίας, μας οδηγεί στο συμπέρασμα πως υπάρχει αλληλεπίδραση ανάμεσα στην αυτοκτονική και την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Οι έντονες κοινωνικές αλλαγές που σημειώνονται στη χώρα μας το τελευταίο διάστημα φαίνεται να σχετίζονται σημαντικά με την αύξηση των φαινομένων αυτών.

Ο μη αυτοκτονικός αυτοτραυματισμός συνήθως συνδέεται με το χράκωμα του δέρματος, περιλαμβάνει επίσης και άλλες συμπεριφορές (αλλά δεν περιορίζεται σε αυτές), όπως κάψιμο, γδάρσιμο, τραυματισμό ή επέμβαση σε επούλωσή του, και αυτογονθοκοπήματα με σκοπό την πρόκληση μολώπων. Οι πιο συχνά αναφερόμενες μέθοδοι μη αυτοκτονικού αυτοτραυματισμού είναι το σκόπιο χάραγμα λέξεων ή συμβόλων στο δέρμα και το σκόπιο κόψιμο μερών του σώματός τους. Αξιοσημείωτο είναι να αναφερθεί ότι ένα μεγάλο μέρος του δείγματος της έρευνάς μας, προέβη σε αυτοτραυματικές ενέργειες με σκοπό να προκαλέσει πόνο στον εαυτό του και όχι να οδηγηθεί στο θάνατο.

Επιπροσθέτως, η προσωπική κατάσταση είναι ένας σημαντικός παράγοντας για την υιοθέτηση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς/ αυτοκτονικού ιδεασμού. Αυτό συμβαίνει γιατί τα άτομα που ζουν μόνα τους και ενδεχομένως βιώνουν το αίσθημα της μοναξιάς (μελαγχολία, θλίψη, λύπη) όπως και απρόσμενες καταστάσεις (ερωτική απογοήτευση, χωρισμός, απώλεια αγαπημένων προσώπων) είναι πιο επιρρεπή στο να εκδηλώσουν τέτοιες συμπεριφορές.

Ακόμη ένας παράγοντας που μπορεί να συμβάλλει στην εκδήλωση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς είναι η σεξουαλική ταυτότητα των ατόμων. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που δηλώνουν ομοφυλόφιλα εξαιτίας των κοινωνικών διακρίσεων που πιθανόν να βιώνουν στην κοινωνία την οποία ζουν αλλά και των διαφόρων πιέσεων που δέχονται από τον κοινωνικό τους περίγυρο είναι πιθανό να οδηγηθούν σε αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές/ ενέργειες.

Μια ισχυρή τάση του δείγματος, απάντησε θετικά στον αυτοκτονικό ιδεασμό. Το γεγονός αυτό, οφείλεται πιθανόν, στην ύπαρξη της οικονομικής κρίσης (έντονες κοινωνικοοικονομικές αναταράξεις) η οποία αποτελεί ένα μείζον θέμα της εποχής στην οποία ζούμε. Η συνεχιζόμενη ανεργία και οι καθημερινές στερήσεις που υφίσταται ο άνθρωπος προκαλούν αισθήματα ντροπής, αδυναμίας και αποξένωσης απέναντι στο κοινωνικό σύνολο. Η έλλειψη εργασίας επιδρά αρνητικά στην ψυχική

διάθεση και στον αυτοσεβασμό του ατόμου καθώς κάποιος που δεν εργάζεται είναι περισσότερο επιρρεπής σε κατάθλιψη, αλκοολισμό, ναρκωτικά και αυτοκτονίες. Όλα τα παραπάνω έχουν ως απόρροια τα υψηλά ποσοστά άγχους που δημιουργεί στο άτομο δυσμενείς ψυχολογικές καταστάσεις κάτι το οποίο αποφαίνεται και μέσα από την έρευνα την οποία πραγματοποιήσαμε. Ειδικότερα, τα άτομα νιώθουν απελπισία, ότι είναι ανίκανα να προσφέρουν στο κοινωνικό σύνολο, έλλειψη ελπίδας και ενδιαφέροντος για τα πάντα στη ζωή, συναισθήματα τα οποία οδηγούν στην εκδήλωση αυτοκτονικών συμπεριφορών.

8.3 Προτάσεις για την αντιμετώπιση των φαινομένων

Η αυτοκτονική και η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά είναι γεγονός πως έχουν αυξηθεί κατακόρυφα σε πολλές χώρες με την πάροδο των χρόνων. Για να μπορέσει να πραγματοποιηθεί ένα αποτελεσματικό σχέδιο δράσης πρόληψης των φαινομένων η προσπάθεια πρέπει να είναι συλλογική και πολυεπίπεδη.

Ένας αριθμός προσεγγίσεων για παρέμβαση σε σχολεία αναφορικά με την αυτοκτονικότητα έχουν δοκιμαστεί τα τελευταία χρόνια. Τα συστήματα αυτά χωρίζονται σε δύο κατηγορίες:

- Εκπαιδευτικά: στοχεύουν στη αύξηση της γενικής ευαισθητοποίησης για την αυτοκτονία και το εκούσιο αυτοτραυματισμό, αναπτύσσοντας δεξιότητες αναγνώρισης των κινδύνων στους μαθητές και στο προσωπικό.
- Ανιχνευτικά: αποσκοπούν συγκεκριμένα στη πρόληψη περαιτέρω μιμητικών προσπαθειών αυτοκτονίας, μετά από ένα ή περισσότερα τέτοια επεισόδια στο σχολείο (Conrad,1992). Τα παραπάνω περιλαμβάνουν την επικέντρωση του ενδιαφέροντος στη συμπεριφορά, στα συναισθήματα και στην κατανόηση των δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση του άγχους, με στόχο την επίτευξη ουσιαστικών αλλαγών στις διαπροσωπικές δεξιότητες (CooperM., HooperChr., ThompsonM. , 2012)

Επιπλέον, μία σειρά πρόσθετων παρεμβάσεων που θα βοηθήσουν στην αντιμετώπιση του προβλήματος των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών είναι οι παρακάτω:

- Εκπαίδευση των μη-ψυχιάτρων ιατρών και άλλων επαγγελματιών ψυχικής υγείας (ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, νοσηλευτών κ.ά.) στην έγκαιρη αναγνώριση της κατάθλιψης και των αυτοκτονικών τάσεων.
- Οργάνωση υπηρεσιών « παρέμβασης σε κρίση» όπως μονάδες τηλεφωνικής βοήθειας, κινητές μονάδες κ.ά. για την έγκαιρη αντιμετώπιση- πρόληψη αυτοκτονικών τάσεων και συμπεριφορών.
- Έγκαιρη παραπομπή σε ψυχιατρικές υπηρεσίες ατόμων με αυτοκαταστροφικό ιδεασμό ή / και απόπειρα αυτοκτονίας.
- Αποκάλυψη και εκτίμηση του βαθμού της αυτοκτονικής πρόθεσης σε αποπειραθέντες αυτοκτονία.

- Συστηματική παρακολούθηση των αποπειραθέντων αυτοκτονία και – ενδεχομένως- αντιμετώπιση της συνοδού ψυχικής διαταραχής.
- Σύδεση μεταξύ υπηρεσιών ψυχικής υγείας της κοινότητας και σχολείων, υπηρεσιών για ηλικιωμένους, ανέργους, μετανάστες κ.ά. για την έγκαιρη αντιμετώπιση ατόμων υψηλού κινδύνου αυτοκτονίας.
- Φροντίδα και υποστήριξη σε ηλικιωμένα άτομα που ζουν μόνα ή έχασαν πρόσφατα συγγενικά τους πρόσωπα.
- Ψυχοκοινωνική υποστήριξη και έγκαιρη επισήμανση κατάθλιψης και αυτοκτονικών τάσεων σε άτομα με χρόνια, επώδυνα ή / και τερματικά σωματικά νοσήματα.
- Ενημέρωση του ευρέος κοινού για τη συμπτωματολογία της κατάθλιψης και της σχέσης της με αυτοκτονικές συμπεριφορές.
- Σωστή χρήση των μέσων μαζικής ενημέρωσης από τους επαγγελματίες σε σχέση με θέματα αυτοκαταστροφής. Συνιστάται η συζήτηση με ειδικό του τρόπου παρουσίασης ενός θέματος αυτοκτονίας πριν δει το φως της δημοσιότητας. (Κονταξιάκης κ.ά., 2013)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

- Adler, P., & Adler, A. (2011). *The Tender Cut: Inside the Hidden World of Self-injury*. New York: NYU Press.
- Brock, E., & Miller, N. (2010). *Identifying, Assessing, and Treating Self-Injury at School*. Cambridge: Springer.
- Cholbi, M. (2011). *Suicide: The Philosophical Dimension*. London: Broadview Press.
- Collins, E., & Veague, B. (2009). *Cutting and Self-Harm*. New York: Infobase Publishing.
- Crouch, W., Lemma, A., & Briggs, S. (2009). *Relating to Self-Harm and Suicide: Psychoanalytic Perspectives on Practice, Theory and Prevention*. New York: Routledge.
- Davidson, K., & Schmidt, U. (2004). *Life After Self-Harm: A Guide to the Future*. New York: Routledge.
- Dwivedi, Y. (2012). *The Neurobiological Basis of Suicide*. Massachusetts: CRC Press.
- Establet, R., & Baudelot, C. (2008). *Suicide: The Hidden Side of Modernity*. New York: Polity.
- Favazza, A. (2011). *Bodies under Siege: Self-mutilation, Nonsuicidal Self-injury, and Body Modification in Culture and Psychiatry*. New York: JHU Press.
- Gardner, F. (2013). *Self-Harm: A Psychotherapeutic Approach*. New York: Routledge.
- Gratz, K., & Chapman, A. (2009). *Freedom from Self-Harm: Overcoming Self-Injury with Skills from DBT and Other Treatments*. Minneapolis: New Harbinger Publications.
- Green, M. (2008). *Predicting Self-harm: Factors Associated with Self-injurious Behaviors in College Students*. Michigan: ProQuest.
- Healey, J. (2012). *Self-harm and Young People*. New York: Spinney Press.
- Heath, L., & Nixon, K. (2008). *Self-Injury in Youth: The Essential Guide to Assessment and Intervention*. Michigan: Taylor & Francis.
- Joiner, T. (2009). *Why People Die by Suicide*. New York: Harvard University Press.

- Joiner, T. (2010). *Myths about Suicide*. New York: Harvard University Press.
- Juhnke, G., Granello, P., Haag, D., Granello, H., Granello, P., & Juhnke, G. (2010). *Suicide, Self-Injury, and Violence in the Schools: Assessment Prevention, and Intervention Strategies*. New York: John Wiley & Sons.
- Klimo, J., & Heath, R. (2006). *Suicide: What Really Happens in the Afterlife?* Washington: North Atlantic Books.
- Leatham, V. (2005). *Bloodletting: A Memoir of Secrets, Self-Harm and Survival*. New York: Allen & Unwin.
- Lewis, S. (2008). *Reasons for Self-harm: Development of a Measure and Theoretical Model*. Michigan: Dalhousie University.
- Logan, C., & Whittington, R. (2011). *Self-Harm and Violence: Towards Best Practice in Managing Risk in Mental Health Services*. New York: John Wiley & Sons.
- Marcovitz, H. (2010). *Suicide*. New York: ABDO.
- Maxwell, R. (2012). *Suicide: Living with the Question*. London: AuthorHouse.
- Middleton, K. (2011). *Self Harm: The Path to Recovery*. Cambridge: Lion Hudson.
- Nig, V., Zundel, T., & Ougrin, D. (2009). *Self-Harm in Young People: A Therapeutic Assessment Manual*. New York: CRC Press.
- Ono, Y., Borges, G., Nock, K., & Nock, M. (2012). *Suicide: Global Perspectives from the WHO World Mental Health Surveys*. London: Cambridge University Press.
- Paterson, C. (2008). *Assisted Suicide and Euthanasia: A Natural Law Ethics Approach*. New York: Ashgate Publishing.
- Plante, G. (2007). *Bleeding to Ease the Pain: Cutting, Self-injury, and the Adolescent Search for Self*. New York: Greenwood Publishing Group.
- Powell, J. (2012). *Self-Harm and Suicide*. New York: Hodder Children's Division.
- Reeves, A. (2013). *Challenges in Counselling: Self-Harm*. London: Hachette.
- Schleifer, J., & Huddle, L. (2011). *Teen Suicide*. Washington: The Rosen Publishing Group.
- Seiden, H., & Lucas, C. (2007). *Silent Grief: Living in the Wake of Suicide*. New York: Jessica Kingsley Publishers.
- Senker, C. (2013). *Self-Harm*. New York: Raintree.

- Smith, J. (2012). *The Parent's Guide to Self-Harm: What parents need to know*. London: Lion Books.
- Spaulding, J., Simpson, G., & Durkheim, E. (2010). *Suicide*. Simon and Schuster.
- Trainor, G., Armstrong, M., & McDougall, T. (2010). *Helping Children and Young People who Self-harm: An Introduction to Self-harming and Suicidal Behaviours for Health Professionals*. New York: Routledge.
- Värnik, P., Sisask, M., & Värnik, A. (2010). *Baltic Suicide Paradox*. Tallinn: Tallinn University Press.
- Violanti, J. (2007). *Police Suicide: Epidemic in Blue*. New York: Charles C Thomas Publisher.
- Walker, S. (2012). *Responding to Self-Harm in Children and Adolescents: A Professional's Guide to Identification, Intervention and Support*. New York: Jessica Kingsley Publishers.
- Walsh, W. (2012). *Treating Self-Injury: A Practical Guide*. London: Guilford Press.

Ελληνική βιβλιογραφία

- Δημοπούλου- Λαγωνίκα, Μ. (2011). *Μεθοδολογία Κοινωνικής Εργασίας μοντέλα παρέμβασης*. Αθήνα: Τόπος.
- Ε.Μ.Π., Σ. (2012). *Ετήσια Έκθεση για τα Ναρκωτικά στην Ελλάδα Έτους 2012*. Αθήνα: Συντονιστικό Όργανο Δίωξης Ναρκωτικών- Εθνική Μονάδα Πληροφοριών.
- Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος. (2001). *Πραγματικός Πληθυσμός της Ελλάδος*. Αθήνα: ΕΛ.ΣΤΑΤ.
- Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος. (2002). *Στατιστική Επετηρίδα της Ελλάδος*. Αθήνα: ΕΛ.ΣΤΑΤ.
- ΕΚΤΕΠΝ, Ε. Π. (2011). *Η Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών και των Ουιροπνευματωδών στην Ελλάδα*. Ετήσια Έκθεση, Αθήνα.
- Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας. (2012). *Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ελλάδα*. Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

- Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας. (2013). *Ευρωπαϊκή έκθεση για τα ναρκωτικά*. Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- Καλογεράκη, Σ. (2008, Μάρτιος). Οικογενειακά μοντέλα και γονική επιτήρηση: Μια συγκριτική μελέτη μεταξύ Μεγάλης Βρετανίας, Σουηδίας και Ελλάδας. *Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη*, pp. 137-151.
- Κικίλιας, Η., Παπαλιού, Ό., & Φαγαδάκη, Ε. (2007). *Διαστάσεις Του Κοινωνικού Αποκλεισμού Των Μονογονεϊκών Οικογενειών Στην Ελλάδα*. Αθήνα: Ινστιτούτο Κοινωνικής Πολιτικής- Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.
- Κονταξάκης, Β., Λύκουρας, Λ., & Χαβάκη- Κονταξάκη, Μ. (2013). *Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά*. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
- Κουράκης, Ν. (2006). *Ναρκωτικά και Ελληνική Πραγματικότητα*. Working paper, Αθήνα.
- Κυριαζή, Ν. (2011). *Η κοινωνιολογική έρευνα*. Αθήνα: Πεδίο.
- Μάνος, Ν. (2008). *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: UniversityStudioPress.
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. (2000). *Διεθνής Κοινοπραξία Ψυχιατρικής Επιδημιολογίας*. Αθήνα: Π.Ο.Υ.
- Παπαδάτος Γ. (2012). *Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων θεωρία και πράξη*.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΝΟΤΗΤΑ 1: ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Πίνακας 1: Έτος σπουδών- Φυλετική ταυτότητα- Εθνικότητα

Σε ποιο έτος σπουδών βρίσκεστε;	Ποσοστό	Φυλετική ταυτότητα	Ποσοστό	Εθνικότητα	Ποσοστό
Δευτεροετής	11,2	4. Λευκός Ευρωπαίος/-α	95,9	1. Κυπριακή	1,1
Πρωτοετής	8,4	5. Λευκός Αμερικανός/-ή	,6	4. Ελληνική	97,0
Τελειόφοιτος	62,5	6. Διαφυλετικός	,5	Αλβανική	,3
Τριτοετής	17,5	Σύνολο	100,0	Πολωνική	,2
Σύνολο	100,0			Σύνολο	100,0

Πίνακας 2: Θρησκευτική ταυτότητα- Στενότητα θρησκευτικών δεσμών- Προσωπική κατάσταση

Θρησκευτική ταυτότητα	Ποσοστό	Στενότητα θρησκευτικών δεσμών	Ποσοστό	Προσωπική κατάσταση	Ποσοστό
1. Χριστιανισμός	77,1	1	19,5	1. Ελεύθερος/-η	46,7
3. Ιουδαϊσμός	,2	2	18,7	2. Σε σχέση	51,2
6. Άθεος/-η	19,0	3	30,4	3. Αρραβωνιασμένος/-η	1,4
Αγνωστικιστής	,5	4	12,6	4. Παντρεμένος/-η	,5
Σύνολο	100,0	5		5. Σε διάσταση	,2
				6. Διαζευγμένος/-η	,2

Πίνακας 3: Προσωπικός χαρακτηρισμός- Φύλο

Προσωπικός χαρακτηρισμός	Ποσοστό	Φύλο	Ποσοστό
1. Ετεροφυλόφιλο/-η	84,2	1. Γυναίκα	73,4
2. Γκέι/ λεσβία/ ομοφυλόφιλο/-η	2,7	2. Άντρας	25,1
3. Αμφιφυλόφιλο/-η	5,5	4. Τρανσέξουαλ, γυναίκα σε άνδρα (FTM)	,3
4. Δεν είμαι σίγουρος/-η	3,3	5. Τρανσέξουαλ, δεν αυτοπροσδιορίζομαι ως άνδρας ή γυναίκα	,2
5. Δεν επιθυμώ να προσδιορίσω	4,1	6. Δεν είμαι σίγουρος/-η	,2
Σύνολο	100,0	7. Δεν επιθυμώ να προσδιορίσω	,6

Πίνακας 4: Μορφωτικό επίπεδο γονέων

επίπεδο εκπαίδευσης πατέρα	Ποσοστό	Επίπεδο εκπαίδευσης μητέρας	Ποσοστό
1. Δημοτικό	11,9	1. Δημοτικό	7,8
2. Γυμνάσιο	13,7	2. Γυμνάσιο	11,9
3. Λύκειο	31,2	3. Λύκειο	35,1
4. Κολλέγιο	3,5	4. Κολλέγιο	3,0
5. Πτυχίο μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης	11,2	5. Πτυχίο μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης	10,0
6. Πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης	22,9	6. Πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης	28,7
7. Διδακτορικό	3,3	7. Διδακτορικό	2,3
Σύνολο	100,0	Σύνολο	

ΕΝΟΤΗΤΑ 2: NSSI-I INTERNATIONAL CHECK LIST

Πίνακας 5: Σκόπιμες ενέργειες χωρίς την πρόθεση πρόκλησης θανάτου

Σκόπιμη διάθεση τραυματισμού	Ποσοστός	Σκόπιμο κόψιμο μερών του σώματος	Ποσοστό	Σκόπιμο κάψιμο μερών του σώματος	Ποσοστό	Σκόπιμο χάραγμα λέξεων ή συμβόλων στο δέρμα	Ποσοστό	Σκόπιμο χάραγμα δέρματος με αποτέλεσμα ουλές και αιμορραγία	Ποσοστό
1.Ναι	26,1	1.Ναι	9,3	1.Ναι	5,2	1.Ναι	11,9	1.Ναι	7,6
1α Έχω προβεί σε τέτοια ενέργεια τους τελευταίους 12 μήνες.		1α Έχω προβεί σε τέτοια ενέργεια τους τελευταίους 12 μήνες.	3,3	1α Έχω προβεί σε τέτοια ενέργεια τους τελευταίους 12 μήνες.	1,8	1α Έχω προβεί σε τέτοια ενέργεια τους τελευταίους 12 μήνες.	1,4	1α Έχω προβεί σε τέτοια ενέργεια τους τελευταίους 12 μήνες.	2,9
2.Όχι	73,7	2.Όχι	49,1	2.Όχι	53,6	2.Όχι	48,0	2.Όχι	50,2

Πίνακας 6: Σκόπιμες ενέργειες χωρίς την πρόθεση πρόκλησης θανάτου

Σκόπιμο δάγκωμα με αποτέλεσμα ουλές ή αιμορραγία	Ποσοστό	Σκόπιμη ρίψη οξέος στο δέρμα	Ποσοστό	Σκόπιμο κάρφωμα αντικειμένων στο δέρμα	Ποσοστό	Σκόπιμο κάψιμο μερών του σώματος	Ποσοστό	Σκόπιμο χάραγμα λέξεων ή συμβόλων στο δέρμα	Ποσοστό
1.Ναι	6,4	1.Ναι	0,5	1.Ναι	5,0	1.Ναι	5,2	1.Ναι	11,9
1α Έχω προβεί σε τέτοια ενέργεια τους τελευταίους 12 μήνες.	2,0	1α Έχω προβεί σε τέτοια ενέργεια τους τελευταίους 12 μήνες.	0,2	1α Έχω προβεί σε τέτοια ενέργεια τους τελευταίους 12 μήνες.	1,7	1α Έχω προβεί σε τέτοια ενέργεια τους τελευταίους 12 μήνες.	1,8	1α Έχω προβεί σε τέτοια ενέργεια τους τελευταίους 12 μήνες.	1,4
2.Όχι	52,7	2.Όχι	60,6	2.Όχι	54,7	2.Όχι	53,6	2.Όχι	48,0

Πίνακας 7: Σκόπιμες ενέργειες χωρίς την πρόθεση πρόκλησης θανάτου

Σκόπιμο χάρagma δέρματος με αποτέλεσμα ουλές και αιμορραγία	Ποσοστό	Σκόπιμη προσπάθεια πρόκλησης κατάγματος στα κόκαλα	Ποσοστό	Σκόπιμο χτύπημα του κεφαλιού με αποτέλεσμα μώλωπες ή αιμορραγία	Ποσοστό	Σκόπιμο γρονθοκόπημα με αποτέλεσμα μώλωπες και αιμορραγία	Ποσοστό	Σκόπιμη αποτροπή επούλωσης τραυμάτων	Ποσοστό
1.Ναι	7,6	1.Ναι	0,8	1.Ναι	4,0	1.Ναι	4,7	1.Ναι	6,8
1α Έχω προβεί σε τέτοια ενέργεια τους τελευταίους 12 μήνες.	2,9	1α Έχω προβεί σε τέτοια ενέργεια τους τελευταίους 12 μήνες.	0,5	1α Έχω προβεί σε τέτοια ενέργεια τους τελευταίους 12 μήνες.	1,4	1α Έχω προβεί σε τέτοια ενέργεια τους τελευταίους 12 μήνες.	2,0	1α Έχω προβεί σε τέτοια ενέργεια τους τελευταίους 12 μήνες.	1,5
2.Όχι	50,2	2.Όχι	60,3	2.Όχι	55,2	2.Όχι	54,7	2.Όχι	53,0

Πίνακας 8: Σκόπιμες ενέργειες χωρίς την πρόθεση πρόκλησης θανάτου

Σκόπιμο ξερίζωμα τριχών	Ποσοστό	Σκόπιμη εισαγωγή αντικειμένων κάτω από το δέρμα	Ποσοστό	Σκόπιμη πτώση από υψηλό σημείο	Ποσοστό	Σκόπιμος τραυματισμός με άλλο τρόπο	Ποσοστό	Σκόπιμος τραυματισμός χωρίς επιθυμία θανάτου	Ποσοστό
1.Ναι	3,8	1.Ναι	1,5	1.Ναι	1,5	1.Ναι	13,8	1.Ναι	20,5
1α Έχω προβεί σε τέτοια ενέργεια τους τελευταίους 12 μήνες.	1,4	1α Έχω προβεί σε τέτοια ενέργεια τους τελευταίους 12 μήνες.	,5	1α Έχω προβεί σε τέτοια ενέργεια τους τελευταίους 12 μήνες.	,2	1α Έχω προβεί σε τέτοια ενέργεια τους τελευταίους 12 μήνες.	8,1	1α Έχω προβεί σε τέτοια ενέργεια τους τελευταίους 12 μήνες.	
2.Όχι	56,2	2.Όχι	59,3	2.Όχι	59,7	2.Όχι	39,5	2.Όχι	72,5

Πίνακας 9: Συχνότητα σκόπιμου τραυματισμού χωρίς την πρόθεση πρόκλησης θανάτου

Φορές σκόπιμου τραυματισμού χωρίς επιθυμία θανάτου	Ποσοστό	Φορές σκόπιμου τραυματισμού χωρίς επιθυμία θανάτου κατά το τελευταίο έτος	Ποσοστό	Φορές σκόπιμου τραυματισμού χωρίς επιθυμία θανάτου κατά την τελευταία εβδομάδα	Ποσοστό
1	19,1	1	20,1	1	17,5
2	6,7	2	1,7	2	1,2
3	4,1	3	1,7	3	,5
4	2,0	4	1,5	4	,2
5	2,3	5	,6		
6	,8	6	,6		
7	1,2	7	,3		
8	1,4	8	,2		
9	,2	9	1,1		
10	2,3	10			
Σύνολο	40,0				
Έλλειψη	60,0				
Σύνολο	100,0				

ΕΝΟΤΗΤΑ 3: SITBI- SELFREPORT

Πίνακας 10: Αυτοκτονικός ιδεασμός

Σκέψη για αυτοκτονία	Ποσοστό
Ναι	34,7
Όχι	55,5
Σύνολο	100,0

Πίνακας 11: Συχνότητα αυτοκτονικού ιδεασμού

Φορές αυτοκτονίας	σκέψης	Ποσοστό	Φορές σκέψης αυτοκτονίας κατά το τελευταίο έτος	Ποσοστό	Φορές σκέψης αυτοκτονίας κατά την περασμένη εβδομάδα	Ποσοστό
1		15,3	1	17,9	1	13,5
2		8,7	2	3,3	2	1,7
3		4,6	3	2,3	3	,8
4		1,5	4	,5	4	,3
5		2,9	5	1,2	5	,5
6		1,2	6	,8	6	
7		,8	7	1,5	7	,3
8		1,4	8	,2	8	,3
9		,6	9		9	
10		4,0	10	2,6	10	,6

Πίνακας 12: Σχεδιασμός αυτοκτονίας

Σχέδια αυτοκτονίας	Ποσοστό
Ναι	7,1
Όχι	84,2

Πίνακας 13: Συχνότητα σχεδιασμού αυτοκτονίας

Φορές σχεδίου αυτοκτονίας	Ποσοστό	Φορές σχεδίου αυτοκτονίας κατά το τελευταίο έτος	Ποσοστό	Φορές σχεδίου αυτοκτονίας κατά την περασμένη εβδομάδα	Ποσοστό
1	10,5	1	8,5	1	8,4
2	2,1	2	,8	2	,2
3	1,4	3	,3	3	,3
4	,5	4	,2	4	,2
5	,3	5	,5	5	
6	,2	6	,2	6	
7	,2	7		7	
8	,3	8	,2	8	,2
9		9	,2	9	
10	,8	10	,6	10	,2

Πίνακας 14: Πραγματοποίηση απόπειρας αυτοκτονίας

Πραγματοποίηση απόπειρας αυτοκτονίας	Ποσοστό
Ναι	4,7
Όχι	82,4

Πίνακας 15: Συχνότητα αποπειρών αυτοκτονίας

Φορές αποπειρών αυτοκτονίας	Ποσοστό	Φορές αποπειρών αυτοκτονίας κατά το περασμένο έτος	Ποσοστό	Φορές αποπειρών αυτοκτονίας κατά την περασμένη εβδομάδα	Ποσοστό
1	8,7	1	6,7	1	6,2
2	1,1	2	,3	2	,2
3	,5	3	,3		
4	,6	8	,2		
5	,2				
Σύνολο	10,9				
Έλλειψη	89,1				
Σύνολο	100,0				

ΕΝΟΤΗΤΑ 4: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΓΙΟΔΑΣΣ

Πίνακας 16: Αναστάτωση με τελείως ασήμαντα πράγματα- Αίσθηση στεγνού στόματος- Αδυναμία βίωσης θετικού συναισθήματος

Αναστάτωση με τελείως ασήμαντα πράγματα	Ποσοστό	Αίσθηση στεγνού στόματος	Ποσοστό	Αδυναμία βίωσης θετικού συναισθήματος	Ποσοστό
0 Δε μου ταιριάζει καθόλου	13,5	0 Δε μου ταιριάζει καθόλου	45,7	0 Δε μου ταιριάζει καθόλου	36,5
1 Ταιριάζει σε μένα σε μικρό βαθμό, ή μερικές φορές	42,6	1 Ταιριάζει σε μένα σε μικρό βαθμό, ή μερικές φορές	36,5	1 Ταιριάζει σε μένα σε μικρό βαθμό, ή μερικές φορές	29,8
2 Ταιριάζει σε μένα σε σημαντικό βαθμό, ή αρκετές φορές	28,4	2 Ταιριάζει σε μένα σε σημαντικό βαθμό, ή αρκετές φορές	10,5	2 Ταιριάζει σε μένα σε σημαντικό βαθμό, ή αρκετές φορές	21,3
3 Ταιριάζει σε μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές	12,8	3 Ταιριάζει σε μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές	4,0	3 Ταιριάζει σε μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές	9,1
Σύνολο	100,0	Σύνολο	100,0	Σύνολο	100,0

Πίνακας 17: Αίσθημα μηδενικών προσδοκιών- Αίσθημα απώλειας υπομονής- Αίσθημα υπερβολικής νευρικότητας

Αίσθημα μηδενικών προσδοκιών	Ποσοστό	Αίσθημα απώλειας της υπομονής	Ποσοστό	Αίσθημα υπερβολικής νευρικότητας	Ποσοστό
0 Δε μου ταιριάζει καθόλου	47,0	0 Δε μου ταιριάζει καθόλου	30,4	0 Δε μου ταιριάζει καθόλου	24,0
1 Ταιριάζει σε μένα σε μικρό βαθμό, ή μερικές φορές	26,6	1 Ταιριάζει σε μένα σε μικρό βαθμό, ή μερικές φορές	35,0	1 Ταιριάζει σε μένα σε μικρό βαθμό, ή μερικές φορές	35,7
2 Ταιριάζει σε μένα σε σημαντικό βαθμό, ή αρκετές φορές	11,7	2 Ταιριάζει σε μένα σε σημαντικό βαθμό, ή αρκετές φορές	19,9	2 Ταιριάζει σε μένα σε σημαντικό βαθμό, ή αρκετές φορές	24,3
3 Ταιριάζει σε μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές	10,8	3 Ταιριάζει σε μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές	11,6	3 Ταιριάζει σε μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές	12,6

Πίνακας 18: Αίσθημα λύπης και μελαγχολίας- Αίσθημα ανυπομονησίας- Αίσθημα ατονίας

Αίσθημα λύπης και μελαγχολίας	Ποσοστό	Αίσθημα ανυπομονησίας σε περιπτώσεις καθυστέρησης	Ποσοστό	Αίσθημα ατονίας	Ποσοστό
0 Δε μου ταιριάζει καθόλου	17,5	0 Δε μου ταιριάζει καθόλου	42,1	0 Δε μου ταιριάζει καθόλου	29,5
1 Ταιριάζει σε μένα σε μικρό βαθμό, ή μερικές φορές	35,4	1 Ταιριάζει σε μένα σε μικρό βαθμό, ή μερικές φορές	31,8	1 Ταιριάζει σε μένα σε μικρό βαθμό, ή μερικές φορές	37,7
2 Ταιριάζει σε μένα σε σημαντικό βαθμό, ή αρκετές φορές	24,6	2 Ταιριάζει σε μένα σε σημαντικό βαθμό, ή αρκετές φορές	14,6	2 Ταιριάζει σε μένα σε σημαντικό βαθμό, ή αρκετές φορές	18,8
3 Ταιριάζει σε μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές	18,8	3 Ταιριάζει σε μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές	7,8	3 Ταιριάζει σε μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές	10,3
Σύνολο	100,0	Σύνολο	100,0	Σύνολο	100,0

Πίνακας 19: Αίσθημα απώλειας ενδιαφέροντος- Αίσθημα μη αξίας ως άτομο- Αίσθημα ευερεθιστότητας

Αίσθημα απώλειας ενδιαφέροντος για τα πάντα	Ποσοστό	Αίσθημα μη αξίας ως άτομο	Ποσοστό	Αίσθημα ευερεθιστότητας	Ποσοστό
0 Δε μου ταιριάζει καθόλου	46,4	0 Δε μου ταιριάζει καθόλου	50,3	0 Δε μου ταιριάζει καθόλου	36,6
1 Ταιριάζει σε μένα σε μικρό βαθμό, ή μερικές φορές	25,8	1 Ταιριάζει σε μένα σε μικρό βαθμό, ή μερικές φορές	23,6	1 Ταιριάζει σε μένα σε μικρό βαθμό, ή μερικές φορές	36,2
2 Ταιριάζει σε μένα σε σημαντικό βαθμό, ή αρκετές φορές	13,5	2 Ταιριάζει σε μένα σε σημαντικό βαθμό, ή αρκετές φορές	11,2	2 Ταιριάζει σε μένα σε σημαντικό βαθμό, ή αρκετές φορές	15,5
3 Ταιριάζει σε μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές	10,5	3 Ταιριάζει σε μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές	11,7	3 Ταιριάζει σε μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές	7,9
Σύνολο	100,0				

Πίνακας 20: Αίσθηση ιδρώματος- Αίσθηση τρόμου χωρίς σοβαρό λόγο- Αίσθημα μη αξίας της ζωής

Αίσθηση ιδρώματος παρά την απουσία υψηλής θερμοκρασίας	Ποσοστό	Αίσθηση τρόμου χωρίς σοβαρό λόγο	Ποσοστό	Αίσθημα μη αξίας της ζωής	Ποσοστό
0 Δε μου ταιριάζει καθόλου	62,9	0 Δε μου ταιριάζει καθόλου	53,8	0 Δε μου ταιριάζει καθόλου	66,4
1 Ταιριάζει σε μένα σε μικρό βαθμό, ή μερικές φορές	20,4	1 Ταιριάζει σε μένα σε μικρό βαθμό, ή μερικές φορές	25,7	1 Ταιριάζει σε μένα σε μικρό βαθμό, ή μερικές φορές	16,4
2 Ταιριάζει σε μένα σε σημαντικό βαθμό, ή αρκετές φορές	7,8	2 Ταιριάζει σε μένα σε σημαντικό βαθμό, ή αρκετές φορές	10,8	2 Ταιριάζει σε μένα σε σημαντικό βαθμό, ή αρκετές φορές	6,4
3 Ταιριάζει σε μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές	4,9	3 Ταιριάζει σε μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές	5,6	3 Ταιριάζει σε μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές	7,1
Σύνολο	100,0	Σύνολο	100,0	Σύνολο	100,0

Πίνακας 21: Δυσκολία στην ηρεμία- Δυσκολία στην κατάποση- Αδυναμία εύρεσης ευχαρίστησης

Δυσκολία στην ηρεμία	Ποσοστό	Δυσκολία στην κατάποση	Ποσοστό	Αδυναμία εύρεσης ευχαρίστησης	Ποσοστό
0 Δε μου ταιριάζει καθόλου	39,8	0 Δε μου ταιριάζει καθόλου	78,0	0 Δε μου ταιριάζει καθόλου	49,7
1 Ταιριάζει σε μένα σε μικρό βαθμό, ή μερικές φορές	31,3	1 Ταιριάζει σε μένα σε μικρό βαθμό, ή μερικές φορές	12,3	1 Ταιριάζει σε μένα σε μικρό βαθμό, ή μερικές φορές	28,3
2 Ταιριάζει σε μένα σε σημαντικό βαθμό, ή αρκετές φορές	15,3	2 Ταιριάζει σε μένα σε σημαντικό βαθμό, ή αρκετές φορές	4,1	2 Ταιριάζει σε μένα σε σημαντικό βαθμό, ή αρκετές φορές	11,7
3 Ταιριάζει σε μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές	9,4	3 Ταιριάζει σε μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές	1,8	3 Ταιριάζει σε μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές	6,8

Πίνακας 22: Αίσθημα χτύπων της καρδιάς – Αίσθημα θλίψης και κακοκεφιάς- Ανακάλυψη οξυθυμίας

Αίσθημα χτύπων της καρδιάς παρά την απουσία σωματικής άσκησης	Ποσοστό	Αίσθημα θλίψης και κακοκεφιάς	Ποσοστό	Ανακάλυψη οξυθυμίας	Ποσοστό
0 Δε μου ταιριάζει καθόλου	42,1	0 Δε μου ταιριάζει καθόλου	20,2	0 Δε μου ταιριάζει καθόλου	39,2
1 Ταιριάζει σε μένα σε μικρό βαθμό, ή μερικές φορές	35,4	1 Ταιριάζει σε μένα σε μικρό βαθμό, ή μερικές φορές	41,0	1 Ταιριάζει σε μένα σε μικρό βαθμό, ή μερικές φορές	30,1
2 Ταιριάζει σε μένα σε σημαντικό βαθμό, ή αρκετές φορές	11,2	2 Ταιριάζει σε μένα σε σημαντικό βαθμό, ή αρκετές φορές	20,5	2 Ταιριάζει σε μένα σε σημαντικό βαθμό, ή αρκετές φορές	16,9
3 Ταιριάζει σε μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές	7,4	3 Ταιριάζει σε μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές	14,3	3 Ταιριάζει σε μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές	9,6

Πίνακας 23: Αίσθηση εύρεσης στα πρόθυρα πανικού- Δυσκολία ηρεμίας σε περίπτωση αναστάτωσης- Φόβος για καταβολή από μιας εύκολης και άγνωστης εργασίας

Αίσθηση εύρεσης στα πρόθυρα πανικού	Ποσοστό	Δυσκολία ηρεμίας σε περίπτωση αναστάτωσης	Ποσοστό	Φόβος για καταβολή από μια εύκολης και άγνωστης εργασίας	Ποσοστό
0 Δε μου ταιριάζει καθόλου	52,0	0 Δε μου ταιριάζει καθόλου	37,2	0 Δε μου ταιριάζει καθόλου	55,8
1 Ταιριάζει σε μένα σε μικρό βαθμό, ή μερικές φορές	27,1	1 Ταιριάζει σε μένα σε μικρό βαθμό, ή μερικές φορές	33,7	1 Ταιριάζει σε μένα σε μικρό βαθμό, ή μερικές φορές	23,6
2 Ταιριάζει σε μένα σε σημαντικό βαθμό, ή αρκετές φορές	9,4	2 Ταιριάζει σε μένα σε σημαντικό βαθμό, ή αρκετές φορές	14,0	2 Ταιριάζει σε μένα σε σημαντικό βαθμό, ή αρκετές φορές	10,0
3 Ταιριάζει σε μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές	7,4	3 Ταιριάζει σε μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές	11,2	3 Ταιριάζει σε μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές	6,1
Σύνολο	100,0	Σύνολο	100,0	Σύνολο	100,0

**Πίνακας 24: Αδυναμία ενθουσιασμού με οτιδήποτε- Δυσκολία ανοχής
περισπασμών- Εύρεση σε κατάσταση νευρικότητας**

Αδυναμία ενθουσιασμού με οτιδήποτε	Ποσοστό	Δυσκολία ανοχής περισπασμών	Ποσοστό	Εύρεση σε κατάσταση νευρικότητας	Ποσοστό
0 Δε μου ταιριάζει καθόλου	51,8	0 Δε μου ταιριάζει καθόλου	57,9	0 Δε μου ταιριάζει καθόλου	35,6
1 Ταιριάζει σε μένα σε μικρό βαθμό, ή μερικές φορές	24,2	1 Ταιριάζει σε μένα σε μικρό βαθμό, ή μερικές φορές	24,6	1 Ταιριάζει σε μένα σε μικρό βαθμό, ή μερικές φορές	39,2
2 Ταιριάζει σε μένα σε σημαντικό βαθμό, ή αρκετές φορές	12,0	2 Ταιριάζει σε μένα σε σημαντικό βαθμό, ή αρκετές φορές	9,0	2 Ταιριάζει σε μένα σε σημαντικό βαθμό, ή αρκετές φορές	13,7
3 Ταιριάζει σε μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές	8,4	3 Ταιριάζει σε μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές	4,1	3 Ταιριάζει σε μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές	8,1
Σύνολο	100,0	Σύνολο	100,0	Σύνολο	100,0

Πίνακας 25: Αίσθημα μη χρησιμότητας- Μη ανοχή σε οτιδήποτε εμπόδιζε τη δραστηριότητα- Αίσθηση τρόμου

Αίσθημα μη χρησιμότητας	Ποσοστό	Μη ανοχή οτιδήποτε εμπόδιζε συνέχεια της δραστηριότητας	Ποσοστό	Αίσθηση τρόμου	Ποσοστό
0 Δε μου ταιριάζει καθόλου	50,6	0 Δε μου ταιριάζει καθόλου	50,3	0 Δε μου ταιριάζει καθόλου	59,7
1 Ταιριάζει σε μένα σε μικρό βαθμό, ή μερικές φορές	23,1	1 Ταιριάζει σε μένα σε μικρό βαθμό, ή μερικές φορές	27,2	1 Ταιριάζει σε μένα σε μικρό βαθμό, ή μερικές φορές	23,1
2 Ταιριάζει σε μένα σε σημαντικό βαθμό, ή αρκετές φορές	12,3	2 Ταιριάζει σε μένα σε σημαντικό βαθμό, ή αρκετές φορές	13,2	2 Ταιριάζει σε μένα σε σημαντικό βαθμό, ή αρκετές φορές	7,8
3 Ταιριάζει σε μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές	10,5	3 Ταιριάζει σε μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές	5,3	3 Ταιριάζει σε μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές	5,6
Σύνολο	100,0				

Πίνακας 26: Μη εύρεση ελπίδας για το μέλλον- Αίσθημα μη νοήματος της ζωής-

Μη εύρεση ελπίδας για το μέλλον	Ποσοστό	Αίσθημα μη νοήματος της ζωής	Ποσοστό	Αίσθημα ταραχής	Ποσοστό
0 Δε μου ταιριάζει καθόλου	59,7	0 Δε μου ταιριάζει καθόλου	65,8	0 Δε μου ταιριάζει καθόλου	41,6
1 Ταιριάζει σε μένα σε μικρό βαθμό, ή μερικές φορές	20,1	1 Ταιριάζει σε μένα σε μικρό βαθμό, ή μερικές φορές	16,0	1 Ταιριάζει σε μένα σε μικρό βαθμό, ή μερικές φορές	36,3
2 Ταιριάζει σε μένα σε σημαντικό βαθμό, ή αρκετές φορές	8,7	2 Ταιριάζει σε μένα σε σημαντικό βαθμό, ή αρκετές φορές	6,5	2 Ταιριάζει σε μένα σε σημαντικό βαθμό, ή αρκετές φορές	12,6
3 Ταιριάζει σε μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές	7,9	3 Ταιριάζει σε μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές	7,4	3 Ταιριάζει σε μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές	5,6
Σύνολο	100,0	Σύνολο	100,0	Σύνολο	100,0

Αίσθημα ταραχής

Πίνακας 27: Ανησυχία για καταστάσεις πανικού ή ντροπής- Αίσθηση τρέμουλου- Δυσκολία λήψης πρωτοβουλιών

Ανησυχία για καταστάσεις πανικού ή ντροπής	Ποσοστό	Αίσθηση τρέμουλου	Ποσοστό	Δυσκολία λήψης πρωτοβουλιών	Ποσοστό
0 Δε μου ταιριάζει καθόλου	44,2	0 Δε μου ταιριάζει καθόλου	58,5	0 Δε μου ταιριάζει καθόλου	45,1
1 Ταιριάζει σε μένα σε μικρό βαθμό, ή μερικές φορές	27,4	1 Ταιριάζει σε μένα σε μικρό βαθμό, ή μερικές φορές	24,3	1 Ταιριάζει σε μένα σε μικρό βαθμό, ή μερικές φορές	27,8
2 Ταιριάζει σε μένα σε σημαντικό βαθμό, ή αρκετές φορές	16,0	2 Ταιριάζει σε μένα σε σημαντικό βαθμό, ή αρκετές φορές	7,9	2 Ταιριάζει σε μένα σε σημαντικό βαθμό, ή αρκετές φορές	15,5
3 Ταιριάζει σε μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές	9,1	3 Ταιριάζει σε μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές	5,6	3 Ταιριάζει σε μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές	8,2
Σύνολο	100,0				

Πίνακας α Αυτοκτονική συμπεριφορά-Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά

Chi-SquareTests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
PearsonChi-Square	109,409 ^a	4	,000
LikelihoodRatio	103,598	4	,000
N of ValidCases	661		

a. 3 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,30.

Πίνακας b: Αυτοκτονική συμπεριφορά- φύλο

Chi-SquareTests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
PearsonChi-Square	24,557 ^a	16	,078
LikelihoodRatio	8,893	16	,918
N of ValidCases	72		

a. 22 cells (88,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

Πίνακας c: Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά- φύλο

Chi-SquareTests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
PearsonChi-Square	19,685 ^a	12	,073
LikelihoodRatio	14,103	12	,294
N of ValidCases	661		

a. 15 cells (71,4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,07.

Πίνακας d: Αυτοκτονική συμπεριφορά- ηλικία

Chi-SquareTests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
PearsonChi-Square	21,392 ^a	44	,998
LikelihoodRatio	22,022	44	,998
N of ValidCases	72		

a. 54 cells (90,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

Πίνακας e: Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά- ηλικία

Chi-SquareTests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
PearsonChi-Square	70,314 ^a	38	,001
LikelihoodRatio	57,358	38	,023
N of ValidCases	661		

a. 40 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,07.

Πίνακας f: Αυτοκτονική συμπεριφορά- μορφωτικό επίπεδο μητέρας

Chi-SquareTests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
PearsonChi-Square	44,868 ^a	26	,012
LikelihoodRatio	42,923	26	,020
N of ValidCases	661		

a. 23 cells (54,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,10.

Πίνακας g: Αυτοκτονική συμπεριφορά- μορφωτικό επίπεδο πατέρα

Chi-SquareTests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
PearsonChi-Square	54,558 ^a	40	,062
LikelihoodRatio	48,620	40	,165
N of ValidCases	661		

a. 44 cells (69,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,10.

Πίνακας h: Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά- μορφωτικό επίπεδο μητέρας

Chi-SquareTests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
PearsonChi-Square	40,470 ^a	26	,035
LikelihoodRatio	32,906	26	,165
N of ValidCases	661		

a. 27 cells (64,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,07.

Πίνακας i: Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά- μορφωτικό επίπεδο πατέρα

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
PearsonChi-Square	52,182 ^a	40	,094
LikelihoodRatio	41,636	40	,399
N of ValidCases	661		

Πίνακας j: Αυτοκτονική συμπεριφορά- σεξουαλική προτίμηση

Chi-SquareTests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
PearsonChi-Square	27,862 ^a	26	,365
LikelihoodRatio	26,593	26	,431
N of ValidCases	661		

Πίνακας k: Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά- σεξουαλική προτίμηση

Chi-SquareTests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
PearsonChi-Square	16,822 ^a	26	,914
LikelihoodRatio	16,512	26	,923
N of ValidCases	661		

a. 38 cells (90,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,07.

Πίνακας l: Αυτοκτονική συμπεριφορά- εθνικότητα

Chi-SquareTests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
PearsonChi-Square	10,214 ^a	14	,746
LikelihoodRatio	12,356	14	,578
N of ValidCases	661		

a. 21 cells (87,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,10.

Πίνακας m: Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά- εθνικότητα

Chi-SquareTests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
PearsonChi-Square	10,001 ^a	14	,762
LikelihoodRatio	9,021	14	,830
N of ValidCases	661		

a. 19 cells (79,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,07.