

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΣΤΙΣ ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΗΣ ΣΗΜΕΡΙΝΗΣ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ*

Φωτεινή Παπαγερίδου¹
Χριστίνα Χρηστίδου²
Νίκος Ζηλίκης³
Γρηγόρης Αμπατζόγλου⁴
Γεώργιος Στ. Καπρίνης⁵

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι απόπειρες αυτοκτονίας αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα – ερωτήματα στην ψυχιατρική του εφήβου και, πλην των άλλων, απαιτούν μια διαρκή επικαιροποίηση ως προς τις επί μέρους ψυχολογικές και ψυχοκοινωνικές παραμέτρους, στις διαρκώς μεταβαλλόμενες κοινωνικές συνθήκες. Στην παρούσα εργασία παρουσιάζονται προκαταρκτικά αποτελέσματα από μια συνεχιζόμενη μελέτη στην Υπηρεσία Παιδιού-Εφήβου της Γ' Ψυχιατρικής Κλινικής του Α.Π.Θ. στο Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ της Θεσσαλονίκης.

Τα στοιχεία προέρχονται από 125 περιπτώσεις και αφορούν κυρίως στις ψυχοκοινωνικές παραμέτρους. Μεταξύ των ευρημάτων επισημαίνονται οι «νέες μορφές οικογένειας», η γεωγραφική κινητικότητα και οι πολιτισμικές ιδιαιτερότητες, που αποτελούν πλέον συστατικά και της ελληνικής πραγματικότητας. Μαζί μ' αυτά, πιο κλασσικά ευρήματα όπως η συχνότητα ψυχικών και σωματικών νοσημάτων και απωλειών στην οικογένεια, οι απογοητεύσεις από σχέσεις των εφήβων και το αυξημένο ποσοστό νέων εκτός σχολικής ζωής. Συζητείται η ανάγκη συνεχούς επαναπροσαρμογής των τρόπων παρέμβασης, με έμφαση στις ψυχοκοινωνικές πτυχές του προβλήματος.

ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ

Το φαινόμενο της αυτοκτονικής ή αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, σπάνιο πριν την ήβη, εμφανίζεται από την εφηβική ηλικία και έπειτα. Στον εφηβικό πληθυσμό, η αυτοκτονία, μαζί με τα κακοήθη νοσήματα και τα ατυχήματα, αποτελούν τις τρεις συχνότερες αιτίες θανάτου. Ωστόσο, η συχνότητα των ολοκληρωμένων αυτοκτονιών είναι μικρότερη στην εφηβική ηλικία και στους νέους

* Η εργασία αυτή προέρχεται από την Υπηρεσία Παιδιού-Εφήβου της Γ' Ψυχιατρικής Κλινικής του Α.Π.Θ. στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης.

1. Κοινωνική λειτουργός, παιδαγωγός.
2. Κοινωνική λειτουργός, ψυχολόγος, παιδαγωγός.
3. Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής Α.Π.Θ.
4. Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής - Παιδοψυχιατρικής Α.Π.Θ.
5. Καθηγητής Ψυχιατρικής Α.Π.Θ., Δ/ντής της Κλινικής.

μέχρι 25 ετών, σε σύγκριση με άλλες ηλικιακές κατηγορίες (WHO, 2002). Αντιθέτως, πολύ συχνότερες στους νέους είναι οι ιδέες αυτοκτονίας και οι απόπειρες. Στις χώρες του λεγόμενου «δυτικού πολιτισμού» η αυτοκτονία αφορά κυρίως στους άρρενες, ενώ στις απόπειρες σαφώς υπερτερούν αριθμητικά τα κορίτσια. Η διαφορά αυτή μεταξύ των δύο φύλων μειώνεται πολύ όταν εξετάζονται οι «ιατρικά σοβαρές απόπειρες» (Beautrais et al. 1996, Gould et al. 2003).

Άλλο σημαντικό ζήτημα είναι οι αυξομειωτικές τάσεις της συχνότητας των αυτοκτονιών. Στην πρόσφατη ανασκόπηση των Gould et al. (2003) αναφέρεται ότι, ενώ στη διάρκεια των δεκαετιών '60 με '80 υπήρξε μια αύξηση (σχεδόν τριπλασιασμός) των αυτοκτονιών μεταξύ των νέων, προς το τέλος της δεκαετίας του '90 παρατηρείται μια τάση μείωσης, τόσο στις Η.Π.Α. όσο και σε άλλες δυτικές χώρες. Το φαινόμενο αυτό δεν εξηγείται ακόμα επαρκώς από τις υπάρχουσες μελέτες και σίγουρα αποτελεί μια πρόκληση για περαιτέρω διερεύνηση (Lester, 1998).

Ιστορικά, η μελέτη και προσπάθεια κατανόησης του φαινομένου της «αυτοκτονικότητας» των νέων κινείται σε όλο το φάσμα των λεγομένων «επιστημών του ανθρώπου», αντανakλώντας τις κατά καιρούς επικρατούσες τάσεις, φιλοσοφικές, κοινωνιολογικές, ψυχιατρικές, ψυχαναλυτικές. Η θεώρηση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς στο πλαίσιο της αναπτυξιακής διαδικασίας της εφηβείας είναι ένα μεγάλο ζήτημα, η αναφορά στο οποίο ξεφεύγει από τα πλαίσια του παρόντος άρθρου. Αξίζει ωστόσο να θυμηθούμε τα λόγια του Ph. Jeammet, ότι εάν γενικά το φαινόμενο της αυτοκτονίας στον άνθρωπο αποτελεί «αίνιγμα», στην περίπτωση των εφήβων αποτελεί «σκάνδαλο» (Jeammet et Birot, 1994). Αυτό, με την έννοια της εκδήλωσης συμπεριφοράς που αποσκοπεί στο θάνατο, σε μια ηλικία που σημαίνει «άνθισμα» και άνοιγμα προς τη ζωή, μέσα από τις διεργασίες μετάβασης από την παιδική ηλικία προς την ενηλικίωση. Από αυτήν την άποψη, η αυτοκτονία ή η απόπειρα γι' αυτήν θεωρούνται από ορισμένους συγγραφείς ως αποτυχία ή αδιέξοδο της αναπτυξιακής διαδικασίας αυτής της φάσης της ζωής (Ladame 1987, Laufer 1995).

Ένα βασικό ερώτημα είναι κατά πόσον ο αυτοκτονικός ιδεασμός, η απόπειρα αυτοκτονίας και η ολοκληρωμένη αυτοκτονία αποτελούν ένα συνεχές (Chabrol, 1987). Η μελέτη αυτών των τριών καταστάσεων γίνεται με διαφορετικούς τρόπους και μεθοδολογίες, που ενώ στο σύνολό τους μας δίνουν αρκετά στοιχεία, παρουσιάζουν εν τούτοις «τεχνικά» και ουσιαστικά μειονεκτήματα όσον αφορά σε μια συνολική «σύλληψη» του φαινομένου. Οι έρευνες σε μη κλινικούς πληθυσμούς εγείρουν ερωτήματα ως προς το κατά πόσον οι αυτό-αναφερόμενες ιδέες ή απόπειρες αντανακλούν την πραγματική διάσταση του προβλήματος. Μια άλλη δυσκολία είναι το μικρό ποσοστό αποπειρωμένων στο «γενικό» πληθυσμό (Kienhorst et al., 1990). Ακόμα, καθώς διεξάγονται συνήθως σε σχολεία, δεν «συλλαμβάνουν» συνολικά το γενικό πληθυσμό, αφού διαφεύγει το εκτός σχολικής ζωής ποσοστό των εφήβων (αυτό αφορά ιδιαίτερα τους αυτοκτονικούς νέους, όπως δείχνει και η δική μας έρευνα). Η μελέτη, στις διάφορες υπηρεσίες, των περιπτώσεων με απόπειρα αυτοκτονίας, ενώ προσφέρεται για μια πληρέστερη κλινική διερεύνηση, έχει το μειονέκτημα των περιστατικών που διαφεύγουν λόγω μη αναζήτησης ιατρικής βοήθειας. Τέλος, η έρευνα που αφορά στις ολοκληρωμένες αυτοκτονίες, όταν δεν αποτελεί απλή καταγραφή γενικών χαρακτηριστικών, βασίζεται στη μέθοδο της «ψυχιατρικής αυτοψίας», που και αυτή έχει τους αυτονόητους περιορισμούς της. Εάν σ' αυτές τις γενικού χαρακτήρα δυσκολίες προστεθούν τα ειδικότερα μεθοδολογικά προβλήματα, γίνεται εμφανής η –γενικά αναγνωρισμένη– δυσκολία ακριβούς καταγραφής του φαινομένου της «αυτοκτονικότητας».

Παρ' όλους αυτούς τους περιορισμούς, οι πολυάριθμες ερευνητικές εργασίες και μελέτες αναδεικνύουν τον, από αιτιολογική άποψη, πολυπαραγοντικό χαρακτήρα του φαινομένου της «αυτοκτονικότητας», με την έννοια της συνέργειας – αλληλεπίδρασης ατομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων σε μια συγκυρία. Αυτό ισχύει για όλες τις ηλικίες, όμως στην εφηβεία η προσέγγιση

αυτή απαιτεί περαιτέρω εξειδίκευση. Στο επίπεδο των ψυχικών διεργασιών του εφήβου, η «αυτοκτονικότητα» εξετάζεται στο πλαίσιο της αναπτυξιακής διαδικασίας, με τις ιδιαιτερότητες που χαρακτηρίζουν αυτή τη φάση της ζωής. Όσον αφορά στο ρόλο των περιβαλλοντικών ή ψυχοκοινωνικών παραγόντων, αυτός αποκτά μια μοναδικότητα στην περίπτωση της εφηβείας, δεδομένου ότι η τελευταία, ως φάση ή αναπτυξιακό στάδιο της ζωής του ανθρώπου, αποτελεί προϊόν κοινωνικοπολιτισμικό. Εξ ορισμού, λοιπόν, ο ρόλος του περιβάλλοντος είναι καθοριστικός από κάθε άποψη για την εκτύλιξη του «εφηβικού περάσματος» και, όπως είναι αυτονόητο, η μελέτη του απαιτεί μια διαρκή «επικαιροποίηση», δεδομένων των συνεχών μεταβολών κοινωνικού και πολιτισμικού πλαισίου και, κατά συνέπεια, και της θέσης των εφήβων -ή της εφηβείας- σ' αυτό.

Η ψυχοπαθολογική προσέγγιση της «αυτοκτονικότητας» δεν αποτελεί αντικείμενο της παρούσας εργασίας και ως εκ τούτου δεν θα επεκταθούμε στο ζήτημα αυτό. Θα υπενθυμίσουμε μόνο τη διαπίστωση, σε όλες τις σχετικές μελέτες, της ύπαρξης υψηλών ποσοστών ψυχιατρικών διαταραχών στους εφήβους και νέους αυτόχειρες που κυμαίνονται μεταξύ 60-90% (Gould et al., 2003), με τα ποσοστά αυτά να εμφανίζονται χαμηλότερα, αλλά πάντα σε σημαντικό βαθμό (γύρω στο 50%), στις περιπτώσεις με αυτοκτονικό ιδεασμό ή απόπειρα αυτοκτονίας. Η «αυτοκτονικότητα» συζητείται κυρίως σε σχέση με την κατάθλιψη (Lester-Παπαμαθαϊάκη 1988, Hollis, 1996), αλλά επίσης και με τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, τις διαταραχές συμπεριφοράς και τις ψυχώσεις. Ωστόσο, η ψυχοδυναμική προσέγγιση μελετά το φαινόμενο όχι με όρους τυπικών νοσολογικών οντοτήτων της ψυχιατρικής του ενήλικου, αλλά σε σχέση με τις ιδιαιτερότητες της ψυχοπαθολογίας της εφηβείας (Ladame 1987, Jeammet et Birot 1994, Laufer 1995).

Η ιδιαιτερότητα της εφηβείας, ως κοινωνικά καθοριζόμενου αναπτυξιακού σταδίου, επέβαλε εξ αρχής τη μελέτη του ρόλου και της συμμετοχής των περιβαλλοντικών ή ψυχοκοινωνικών παραγόντων στο φαινόμενο της «αυτοκτονικότητας». Στην ιστορική εξέλιξη των σχετικών ερευνών, οι παράγοντες αυτοί αρχικά αποτέλεσαν μέρος μιας περιγραφικής προσέγγισης, ενώ στη συνέχεια θεωρήθηκαν ως παράγοντες επικινδυνότητας (risk factors). Για το ζήτημα αυτό υπάρχει μια εκτεταμένη βιβλιογραφία, η αναλυτική ανασκόπηση της οποίας ξεφεύγει από τα όρια μιας εργασίας όπως η παρούσα. Θα περιοριστούμε σε κάποιες ενδεικτικές αναφορές, παραπέμποντας για μια συνολικότερη θεώρηση στις υπάρχουσες ανασκοπήσεις, όπως αυτής στο βιβλίο των Jeammet et Birot (1994), εκείνης των Sandin et al. (1998) και της πολύ πρόσφατης από τους Gould et al. (2003). Ανεξαρτήτως των επιμέρους διαφοροποιήσεων, όλες οι έρευνες καταδεικνύουν τη συμμετοχή των περιβαλλοντικών παραγόντων στο φαινόμενο της «αυτοκτονικότητας» (Garfinkel and Northrup, 1989), με την αδρή διάκριση να γίνεται μεταξύ του άμεσου περιβάλλοντος, που κατά κανόνα είναι η οικογένεια και σε ορισμένες περιπτώσεις προκύπτει από τοποθέτηση (αναδοχή ή ίδρυμα), και, από την άλλη, του ευρύτερου κοινωνικού, όπου προεξάρχουν σχολείο και συνομήλικοι.

Από το οικογενειακό περιβάλλον, ως παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα αυτοκτονικής συμπεριφοράς στην εφηβεία αναφέρονται τα ψυχικά και σωματικά νοσήματα, η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών και ο αλκοολισμός, η ύπαρξη ιστορικού αυτοκτονίας, η σωματική και σεξουαλική κακοποίηση, οι διαταραγμένες σχέσεις, ο χωρισμός ή το διαζύγιο των γονιών και οι απώλειες κυρίως λόγω θανάτου (Hirschfeld & Blumental 1986, Chabrol 1987, de Wilde et al. 1992, Hollis 1996). Από την άλλη, η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση της οικογένειας, ενώ δεν φαίνεται να έχει σημαντική συμμετοχή στις αυτοκτονίες, καταγράφεται ως παράγων επικινδυνότητας στις απόπειρες μαζί με τις αλλαγές τόπου διαβίωσης (Beautrais et al. 1997, Gould et al. 2003).

Από το κομμάτι της ζωής του εφήβου στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, αναφέρονται κυρίως οι απογοητεύσεις από φίλους και από ερωτικές σχέσεις, η σχολική αποτυχία και ο επαγγελματικός αποκλεισμός (Beautrais et al. 1997, Gunnel et al. 1999). Ακόμα, συζητείται ο ρόλος της «κυκλοφο-

ρίας» στο περιβάλλον του θέματος της αυτοκτονίας, είτε με την έννοια των ερεθισμάτων μέσω των ΜΜΕ είτε ως γεγονός που αφορά άλλους συνομηλίκους ή φίλους (Gould et al. 2003).

Ωστόσο, όταν οι παράμετροι αυτές εξετάζονται σε συνάρτηση με την ψυχοπαθολογία του αυτοκτονικού εφήβου, ο ρόλος τους ως παραγόντων επικινδυνότητας σχετικοποιείται (Gould et al. 1996, Sandin et al. 1998).

Ελληνικές μελέτες

Στη χώρα μας, η συχνότητα των αυτοκτονιών είναι από τις χαμηλότερες διεθνώς και αυτό ισχύει και για την ειδικότερη ηλικιακή ομάδα των εφήβων (WHO, 2002). Ίσως αυτό να εξηγεί σε ένα βαθμό και το ότι η συστηματική μελέτη της αυτοκτονικής συμπεριφοράς των Ελλήνων εφήβων παραμένει πολύ περιορισμένη. Κάτι που σίγουρα δεν είναι άσχετο με το γεγονός ότι, δυστυχώς, στο χώρο της Ψυχιατρικής εξακολουθεί να απουσιάζει μια συγκροτημένη πολιτική στον τομέα της ψυχικής υγείας των εφήβων/νέων. Από την σχετικά φτωχή βιβλιογραφία και στο βαθμό των δυνατοτήτων μας πρόσβασης σε δημοσιευμένες εργασίες, θα αναφερθούμε σε εκείνες που περιλαμβάνουν μελέτη κλινικού υλικού και δεν αποτελούν απλώς ανασκοπήσεις.

Σε δύο προ εικοσαετίας και πλέον εργασίες, στην Αθήνα (Τσιάντης και συν., 1981) και στη Θεσσαλονίκη (Μαλακά-Ζαφειρίου, 1983), είχαν μελετηθεί αντίστοιχα 21 και 22 περιπτώσεις παιδιών και εφήβων με απόπειρα αυτοκτονίας. Οι μικροί αριθμοί των περιστατικών και το περιορισμένο ηλικιακό φάσμα, καθώς επρόκειτο για παιδιατρικούς πληθυσμούς, δεν επιτρέπουν γενικότερα συμπεράσματα. Και στις δύο εργασίες τονίζονται τα προβλήματα στο οικογενειακό επίπεδο. Στη μεν πρώτη, παιδοψυχιατρικής προέλευσης, διατυπώνονται με κλινικούς όρους, όπως «οικογενειακής εκτροπής», ενδο-οικογενειακών συγκρούσεων και ψυχοπαθολογίας του παιδιού-εφήβου (αντιδράσεις προσαρμογής, νευρωτικές διαταραχές). Στη δεύτερη, που προέρχεται από παιδιατρική κλινική, γίνεται λόγος γενικά για «σοβαρά οικογενειακά προβλήματα».

Στην ίδια περίπου περίοδο τοποθετείται και η εργασία των Βλάχου και συν. (1986) οι οποίοι μελέτησαν 1122 περιπτώσεις, μέσω του Κέντρου Δηλητηριάσεων του Νοσοκομείου Παιδών «Α. Κυριακού» κατά την πενταετία 1976-1980. Μια πρώτη διαπίστωση από αυτήν την εργασία είναι ο αρνητικά κλιμακούμενος βαθμός διερεύνησης των περιστατικών, των οποίων ο αρχικός αριθμός είναι όντως εντυπωσιακός. Για το σύνολο των 1122 περιπτώσεων, καταγράφηκαν πολύ γενικά στοιχεία όπως, φύλο, ηλικία, χρησιμοποιηθέν μέσον και συμπτώματα-έκβαση. Από αυτά συγκρατούμε την αυξητική τάση προϊούσης της ηλικίας, τη μικρή εκπροσώπηση των εφήβων από αγροτικές περιοχές και το πολύ μικρό ποσοστό θανάτων (0,53%). Για 300 περιπτώσεις υπήρξε διερεύνηση των «λόγων της απόπειρας», όπου πάνω στο 59% εντοπίζονταν στο επίπεδο της οικογένειας, και ακολουθούσαν «αισθηματικοί λόγοι», «υπερευαισθησία», σχολικά προβλήματα κ.ά. Στον ίδιο αριθμό περιπτώσεων, καταγραφόταν ποσοστό 52,6% χωρισμού-διάστασης γονιών, ενώ υπήρχε επικράτηση των «χαμηλών» και «μέσων» κοινωνικών στρωμάτων. Τέλος, ψυχιατρική εξέταση υπήρξε σε 151 ή 13,5% των περιπτώσεων, με συχνότερο εύρημα την κατάθλιψη (29,8%) και τις υπόλοιπες κατηγορίες να περιγράφονται με όρους μη κλινικούς, όπως «υπερευαισθησία», «ανώριμη συμπεριφορά» κ.λπ.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η μελέτη της Beratis (1991) που αφορούσε στις ολοκληρωμένες αυτοκτονίες ατόμων 10-19 ετών από το 1980 μέχρι το 1987. Η συχνότητα αυτοκτονίας σε πληθυσμό 100.000 εφήβων ήταν 0,98. Ενώ στο σύνολο παρατηρήθηκε ελαφρά υπεροχή των αγοριών, η αναλογία αναστρεφόταν προς ελαφρά υπεροχή των κοριτσιών στις αγροτικές περιοχές, όπου επί πλέον καταγράφηκε υψηλότερη συχνότητα αυτοκτονιών σε σχέση με την Αθήνα και τις

άλλες αστικές και ημι-αστικές περιοχές. Μεταξύ των «αιτιών αυτοκτονίας» καταγράφηκε συχνότερα η ύπαρξη ψυχιατρικής διαταραχής στους αυτόχειρες και ακολούθως συναισθηματικές απογοητεύσεις και προβλήματα σε σχέση με το περιβάλλον, οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό. Για περισσότερες λεπτομέρειες ο αναγνώστης παραπέμπεται στη συγκεκριμένη εργασία, της οποίας η σύντομη αναφορά εδώ, γίνεται με την έννοια της συγκριτικής αντιπαράθεσης σε σχέση με τα δεδομένα που αφορούν στις απόπειρες αυτοκτονίας των εφήβων. Η ίδια συγγραφέας, σε άλλη εργασία της, μελέτησε 29 περιπτώσεις εφήβων (27 κορίτσια και 2 αγόρια) με απόπειρα. Οι διαπιστώσεις αυτής της εργασίας αφορούν κυρίως σε προβλήματα των νέων με την οικογένεια, με την έννοια συγκρούσεων γύρω από ζητήματα ελέγχου και περιορισμών, όπου επισημαίνεται η δυσκολία προσαρμογής των γονιών στην ταχέως μεταβαλλόμενη κοινωνική πραγματικότητα. Γεγονός που εξηγεί, κατά τη συγγραφέα, τη συντριπτική υπεροχή των κοριτσιών στον πληθυσμό της μελέτης. Από τα λοιπά δεδομένα, σημειώνουμε τη μη σημαντική καταγραφή παραγόντων όπως αλκοολισμός στους γονείς, κακοποίηση σε μικρότερη ηλικία, σωματικές νόσοι και αυτοκτονική συμπεριφορά σε μέλη της οικογένειας, χρήση ουσιών από τους αποπειραθέντες (Μπεράτη, 1998). Οι διαπιστώσεις αυτές έχουν ενδιαφέρον ως προς τη σύγκριση με τα ευρήματα της δικής μας μελέτης, με το δεδομένο της χρονικής απόστασης των δύο εργασιών κατά μια περίπου δεκαετία.

Ανάλογες διαπιστώσεις αναφέρονται και από τον Χ. Ιεροδιακόνου (1991) όσον αφορά στα χαρακτηριστικά της ελληνικής οικογένειας και το ρόλο τους στις απόπειρες αυτοκτονίας των εφήβων, βάσει μελετών στην περιοχή της Θεσσαλονίκης μέχρι τη δεκαετία του '80.

Οι Σιμάτης και συν. (1994), εξετάζοντας το σύνολο των νοσηλίων μετά από απόπειρα στο Γ.Ν.Ν. Κέρκυρας, διαπίστωσαν ότι σε ποσοστό 70% αυτές αφορούσαν σε περιπτώσεις εφήβων (14-19 ετών), με αναλογία 9:1 υπέρ των θηλέων. Τα ευρήματα ως προς τους παράγοντες επικινδυνότητας εγείρουν αρκετά ερωτηματικά και σ' αυτό πρέπει να ληφθεί υπ' όψη ότι οι απαντήσεις προέρχονται μέσα από αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο. Αναφέρεται απουσία ψυχιατρικών διαταραχών και σωματικών νόσων στους εφήβους, ενώ οι συχνότερα καταγεγραμμένες παράμετροι είναι εκείνες των κακών σχέσεων με τους γονείς και του διαζυγίου. Η σχολική αποτυχία αναφέρεται σε ποσοστό 2,6% και η ερωτική απογοήτευση σημειώνει μηδενική καταγραφή. Από την άλλη, η αξιολόγηση μέσω της κλίμακας Beck έδειξε κατάθλιψη από ελαφρού έως μέτριου βαθμού στη συντριπτική πλειοψηφία, με μόνο ένα ποσοστό 13,3% να εμφανίζει καμία ή ελάχιστη.

Τέλος, σε μια σύντομη εργασία από το Παιδοψυχιατρικό Τμήμα του Νοσοκομείου «Ιπποκράτειο» της Θεσσαλονίκης (Καραγιαννάκη, 1997) και μέσα από τη μελέτη 60 περιπτώσεων, εκτός από την επιβεβαίωση του κλασσικού σχήματος «έφηβη κοπέλα – συγκρούσεις με γονείς ή απογοητεύσεις από σχέσεις – λήψη φαρμακευτικών δισκίων», η συγγραφέας επισημαίνει κυρίως τις δυσκολίες προσέγγισης από τη μεριά του κλινικού, δεδομένου ότι η «κινιποποίηση» του περιβάλλοντος σε πολύ λίγες περιπτώσεις περιλαμβάνει ένα «άνοιγμα» προς τις ψυχολογικές πτυχές του προβλήματος.

Η ΥΠΟΔΟΧΗ ΤΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Η ανάπτυξη ψυχιατρικών μονάδων σε Γενικά Νοσοκομεία (ΓΝ) έφερε την Ψυχιατρική σε μια καλύτερη θέση σε σχέση με τις άλλες ειδικότητες και η μεταξύ τους συνεργασία συστηματοποιήθηκε στη βάση της Συμβουλευτικής – Διασυνδετικής Ψυχιατρικής (Δ/Σ). Από την άλλη, είναι γνωστό ότι το ΓΝ αποτελεί προνομιακό χώρο για τη μελέτη του προβλήματος της αυτοκτονικής συμπεριφοράς (Ζηλίκης και συν., 2002), καθώς πρακτικά το σύνολο των περιπτώσεων στις οποίες υπάρχει αναζήτηση ιατρικής φροντίδας καταλήγουν στη γενική εφημερία. Ειδικότερα στην περίπτωση

των εφήβων, προϋπόθεση για μια ουσιαστική μελέτη του θέματος αποτελεί η ύπαρξη δυνατότητας εξειδικευμένης υποδοχής (Αμπατζόγλου και Ζηλίκης, 2003).

Η Γ' Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ της Θεσσαλονίκης αποτελεί συνέχεια της πρώτης ψυχιατρικής κλινικής που ιδρύθηκε σε Γενικό Νοσοκομείο στη χώρα μας, συγκεκριμένα εκείνης στο Γ. Κ. Νοσοκομείο της Αλεξανδρούπολης, στα τέλη της δεκαετίας του '70. Αυτή η ιστορική συνέχεια σημαίνει και την πλέον μακρόχρονη, στην Ελληνική πραγματικότητα, κεκτημένη εμπειρία ψυχιατρικής πρακτικής στο συγκεκριμένο πλαίσιο (Ιεροδιακόνου και Ιακωβίδης, 1997), ειδικότερα δε όσον αφορά στη Διασυνδετική – Συμβουλευτική (Ζηλίκης και συν., 1990). Η εξειδικευμένη υποδοχή των εφήβων με απόπειρα εξασφαλίζεται με τη λειτουργία της Υπηρεσίας Παιδιού και Εφήβου (βλ. κείμενα των Αμπατζόγλου και Ζηλίκη στο Ιεροδιακόνου και Ιακωβίδης, 1997).

Ως γνωστόν, οι περιπτώσεις εφήβων με απόπειρα προσέρχονται στην εφημερία του ΓΝ κατά κανόνα με τη μορφή επείγοντος και σε πρώτο χρόνο αντιμετωπίζονται οι σωματικές συνέπειες της αυτοκαταστροφικής ενέργειας στα παιδιατρικά, παθολογικά και χειρουργικά τμήματα. Σε ελάχιστες περιπτώσεις η εισαγωγή θα γίνει απ' ευθείας στην ψυχιατρική κλινική. Μετά την αρχική αντιμετώπιση, γίνεται η παραπομπή μέσω της Δ/Σ, όπου η παιδοψυχιατρική υπηρεσία καλείται να απαντήσει με άμεσο τρόπο. Ο στόχος είναι βέβαια μέσα από την πρώτη επαφή να γίνεται μια όσο το δυνατόν καλύτερη διαγνωστική εκτίμηση και ταυτόχρονα να δημιουργούνται οι προϋποθέσεις για μια θεραπευτική συνέχεια. Όπως όμως γνωρίζουμε, μια επιθυμητή λειτουργία δεν είναι πάντα εφικτή για διάφορους λόγους. Κλασσικά, η παραπομπή γίνεται με πίεση χρόνου, την παραμονή ή και την ίδια την ημέρα του εξιτηρίου. Το αίτημα από την πλευρά των παραπεμπόντων, αν και πιεστικό, είναι συνήθως γενικό ή ασαφές, ενώ δεν υπάρχει πάντα ενημέρωση του εφήβου και των συνοδών του. Πολλές φορές η ίδια η οικογένεια είναι απρόθυμη ή και αρνείται να «δει» τις ψυχολογικές διαστάσεις του προβλήματος, ενώ σε άλλες περιπτώσεις είναι ο/η έφηβος/η που δεν δέχεται τη συνεργασία. Συχνά διαπιστώνουμε όμως ότι οι δυσκολίες και οι αρνήσεις, ιδιαίτερα από τη μεριά των εφήβων, έχουν να κάνουν με σύγκρουση με τους γονείς ή με τις όχι σωστές συνθήκες παραπομπής από την κλινική στην οποία νοσηλεύονται, ενώ κατά βάθος υπάρχει ανάγκη και αίτημα που πρέπει εμείς να βοηθήσουμε να εκφραστούν.

Είναι επίσης γνωστό ότι και μετά την αρχική επαφή, λίγες είναι οι περιπτώσεις εκείνες στις οποίες θα υπάρξει θεραπευτική συνέχεια. Αυτό σημαίνει, μεταξύ άλλων, ότι ο περιορισμένος χρόνος της παρέμβασης (στο πλαίσιο της Δ/Σ) θα πρέπει να αποτελέσει για τον έφηβο και την οικογένεια μια εμπειρία που, χωρίς πίεση, θα ευαισθητοποιεί, θα αναδεικνύει ζητήματα, αφήνοντας ανοιχτή την προοπτική για μια ενδεχόμενη επάνοδο –κάτι που από την εμπειρία μας βλέπουμε να συμβαίνει.

Τέλος, πρέπει να επισημάνουμε την ιδιαιτερότητα στη Δ/Σ για εφήβους στο ΓΝ, που προκύπτει από το γεγονός της «διασποράς» τους στις παιδιατρικές κλινικές και στις κλινικές ενηλίκων –κυρίως παθολογικές. Σε αντίθεση λοιπόν με τη Δ/Σ για παιδιά ή για ενηλίκους, εδώ η ψυχιατρική ομάδα έχει πολλούς «συνομιλητές» διάσπαρτους σε κλινικές και τμήματα με διαφορετικές νοοτροπίες, ρυθμούς και βαθμό ευαισθητοποίησης στις ψυχικές πτυχές των προβλημάτων των ασθενών τους. Κάτι που σημαίνει ότι η συστηματοποίηση της «διασυνδετικής» εργασίας απαιτεί πολύ περισσότερο χρόνο και ενέργεια εκ μέρους της ψυχιατρικής ομάδας. Ταυτόχρονα όμως, αυτό δίνει τη δυνατότητα για μια προσέγγιση όλου του ηλικιακού φάσματος της εφηβείας, κάτι που δεν ισχύει για την αντίστοιχη υπηρεσία όταν λειτουργεί στο πλαίσιο παιδιατρικού νοσοκομείου.

Στη συνέχεια, παρουσιάζουμε δεδομένα από κλινικό υλικό που προέρχεται από τη συγκεκριμένη δραστηριότητα στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Υλικό και Μέθοδος

Όπως ήδη αναφέρθηκε, στην Υπηρεσία Παιδιού και Εφήβου της Γ' Ψυχιατρικής Κλινικής του Α.Π.Θ. πραγματοποιείται μια συνεχιζόμενη ερευνητική εργασία που αφορά στην αυτοκαταστροφική – αυτοκτονική συμπεριφορά των εφήβων. Βασίζεται στη συστηματική συμπλήρωση δελτίου καταγραφής των δημογραφικών, ψυχοκοινωνικών και κλινικών χαρακτηριστικών των περιστατικών που παραπέμπονται στην υπηρεσία, όπως αυτά διερευνώνται κατά την κλινική εκτίμηση των αρχικών διαγνωστικών συνεντεύξεων και, όπου υπάρχει, στην πορεία της θεραπευτικής παρακολούθησης. Οι παραπομπές προέρχονται από Παιδιατρικές Κλινικές και Τμήματα και Κλινικές ενηλίκων κυρίως του Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ και, λιγότερο, του Νοσοκομείου «Γ. Γεννηματάς» που βρίσκεται δίπλα στην Πανεπιστημιούπολη. Στην υποδοχή εκ μέρους της ψυχιατρικής ομάδας συμμετέχουν πάντα παιδοψυχίατρος και κοινωνική λειτουργός, καθένας με το δικό του διακριτό και ταυτόχρονα συμπληρωματικό ρόλο.

Τα δεδομένα που παρουσιάζονται παρακάτω αφορούν 125 περιπτώσεις εφήβων, περιστατικά για τα οποία υπήρξε επαρκής διαγνωστική εκτίμηση. Στην παρούσα εργασία εξετάζουμε κυρίως τους περιβαλλοντικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, ενώ δεν αναφέρονται δεδομένα της κλινικής-ψυχοπαθολογικής διερεύνησης, τα οποία πρόκειται να παρουσιαστούν σύντομα σε άλλη εργασία που θα εξετάζει συνολικά το πρόβλημα της αυτοκτονικής συμπεριφοράς των εφήβων. Με την αναγνώριση του προβλήματος που προκύπτει από τα «διαφεύγοντα» περιστατικά, τα δεδομένα της παρούσας μελέτης μπορεί να θεωρηθούν αρκετά αντιπροσωπευτικά της τρέχουσας πραγματικότητας στη χώρα μας.

Αποτελέσματα

Μέχρι τη στιγμή της συγγραφής της παρούσας εργασίας, η μελέτη περιλαμβάνει 125 περιπτώσεις, από τις οποίες 106 (84,8%) είναι κορίτσια και 19 (15,2%) αγόρια (αναλογία 5,6:1). Ενώ το ηλικιακό φάσμα εκτείνεται από τα 12 μέχρι τα 20, τα υψηλότερα ποσοστά εμφανίζονται στις ηλικίες 13-17 (συνολικά 84,8%), με δύο «αιχμές» (peaks) της τάξης του 23,2% στις ηλικίες 13 και 14 (πιν.1). Η σχετικά μικρή εκπροσώπηση των ηλικιών άνω των 18 οφείλεται στο ότι οι περιπτώσεις αυτές κατά κανόνα παραπέμπονται στην υπηρεσία ενηλίκων της κλινικής. Όσον αφορά στον τόπο κατοικίας, όπως είναι φυσικό, η μεγάλη πλειονότητα των περιπτώσεων (70,4%) προέρχεται από την πόλη της Θεσσαλονίκης, ένα ποσοστό 23,2% από χωριά και 6,4% από επαρχιακά κέντρα γειτονικών νομών (πιν.2).

Στους πίνακες 3 και 4 φαίνεται η οικογενειακή κατάσταση. Στον πρώτο βλέπουμε ότι ενώ στο 94,4% των περιπτώσεων και οι δύο φυσικοί γονείς βρίσκονται εν ζωή, η παρουσία και των δύο στην τρέχουσα σύνθεση της οικογένειας καταγράφεται σε ποσοστό 68,8%, ενώ τη στιγμή της απόπειρας, για διάφορους λόγους, και με τους δύο γονείς ζούσε το 62,4% των εφήβων. Στον ίδιο πίνακα φαίνονται όλες οι «μορφές οικογένειας», της τοποθέτησης περιλαμβανομένης. Χωρισμός ή διαζύγιο καταγράφηκαν σε ποσοστό 22,4%, σε 4 περιπτώσεις επρόκειτο για παιδί γεννημένο εκτός γάμου, σε επίσης 4 για υιοθεσία, ενώ 3 παιδιά ζούσαν σε ίδρυμα. Τέλος, στον πίνακα 4 βλέπουμε ότι στη μεγάλη πλειοψηφία ο αριθμός παιδιών στην οικογένεια ήταν από ένα έως τρία, ενώ σε 8 περιπτώσεις (6,4%) υπήρχαν ετεροθαλή αδέρφια.

Από τα δεδομένα του πίνακα 5, θα λέγαμε ότι δεν προκύπτει ιδιαίτερη επιβάρυνση σε ότι αφορά στην επαγγελματική κατάσταση των γονιών, κυρίως με την έννοια της ανεργίας. Στον πίνακα 6 βλέπουμε ότι σε 30 περιπτώσεις (24% του συνόλου) καταγράφηκε το στοιχείο της γεωγραφικής κινητικότητας των οικογενειών, είτε ως εσωτερική, εντός Ελλάδας μετακίνηση (40%) είτε ως μετανάστευση, επαναπατρισμός από άλλες χώρες (60%). Ακόμα, στο 1/4 των περιπτώσεων

καταγράφηκαν ιδιαίτερες πολυποικιλίες χαρακτήρα και τα επί μέρους χαρακτηριστικά φαίνονται στον πίνακα 7.

Μεταξύ των δυσμενών δεδομένων και γεγονότων του οικογενειακού περιβάλλοντος, που στο σύνολο τους δείχνουν έναν «βεβαρημένο» πληθυσμό (πιν. 8), τις πρώτες θέσεις καταλαμβάνουν εκείνα που αφορούν στον τομέα της υγείας, ψυχικής και σωματικής. Η ύπαρξη ψυχικών διαταραχών στην οικογένεια ανέρχεται σε ποσοστό 31,2%, όπου αν προστεθεί το 10,4% περιπτώσεων εξάρτησης από αλκοόλ ή ναρκωτικά, έχουμε μια σημαντική ψυχιατρική επιβάρυνση. Απόπειρα αυτοκτονίας σε άλλα μέλη της οικογένειας καταγράφηκε στο 3,2%. Σωματικά νοσήματα και/ή αναπηρίες γονέων καταγράφηκαν στο 21,6% και σε αδελφία ή άλλα μέλη της οικογένειας σε ποσοστό 9,6%. Τέλος, απώλειες λόγω θανάτου υπήρχαν στο 14,4% των οικογενειών.

Από την άλλη, σημαντικά πρόσφατα γεγονότα ζωής που αναφέρονται ως εκλυτικοί παράγοντες και από τους ίδιους τους εφήβους (πιν. 9), είναι κυρίως συγκρούσεις και δυσλειτουργία ή ανεπάρκεια που χαρακτηρίζουν το οικογενειακό πλαίσιο, καθώς και η απογοήτευση από ερωτικές και φιλικές σχέσεις ή η δυσκολία ένταξης στον κόσμο των συνομηλίκων. Σεξουαλική κακοποίηση στη διάρκεια της εφηβείας, εντός ή εκτός οικογένειας, καταγράφηκε στο 4,8% των περιπτώσεων.

Τα δεδομένα που αφορούν στη σχολική ένταξη (πιν. 10) δείχνουν μια ομαλά συνεχιζόμενη σχολική φοίτηση στο 68%, έστω και με δυσκολίες ή με πέρασμα στην τεχνική εκπαίδευση. Για ένα ποσοστό 12,8% η κατάσταση είναι οριακή, με κίνδυνο διακοπής, ενώ το 19,2% είναι εκτός σχολικής ζωής.

Όπως ήδη διευκρινίσαμε, στην εργασία αυτή δεν περιλαμβάνεται η μελέτη των κλινικών χαρακτηριστικών των περιστατικών. Ωστόσο, θα αναφέρουμε ότι σε ποσοστό 68% πρόκειται για πρώτη απόπειρα και στο 25,6% για επανάληψη (πιν. 11Α), ενώ στη μεγάλη πλειονότητα (84%) η μέθοδος είναι η κλασική της λήψης φαρμάκων (πιν. 11Β). Στο 73,6% η απόπειρα αναφέρεται να έχει γίνει στο σπίτι και στις υπόλοιπες των περιπτώσεων σε διάφορους τόπους και χώρους εκτός σπιτιού (πιν. 11Γ). Τέλος, μολονότι δεν γίνεται αναφορά στην ψυχοπαθολογία, σημειώνουμε ότι σε ένα ποσοστό (46,3%) των εφήβων του δείγματος μας προϋπήρχε (της στιγμής της απόπειρας) άλλου τύπου σοβαρότητας ψυχοπαθολογία.

Συζήτηση

Μετά από πρόδρομες παρουσιάσεις των αρχικών διαπιστώσεων από αυτή τη συνεχιζόμενη μελέτη (Zilakis et al. 1999, Ζηλίκης και συν. 2002), η εργασία αυτή αποτελεί την πρώτη μιας σειράς δημοσιεύσεων στις οποίες θα παρουσιάζονται με συστηματικότερο τρόπο τα δεδομένα που διαρκώς εμπλουτίζονται στην πορεία της εν λόγω έρευνας. Στη φάση αυτή και για λόγους οικονομίας του κειμένου, η παρουσίαση περιορίζεται σε μια επιδημιολογικού τύπου καταγραφή των δεδομένων, χωρίς ειδικότερη στατιστική επεξεργασία (π.χ., συνδυασμένη μελέτη επί μέρους παραμέτρων).

Κατ' αρχήν, μπορούμε να πούμε ότι τα ευρήματά μας αφ' ενός επιβεβαιώνουν κάποιες «σταθερές» ως προς τις απόπειρες αυτοκτονίας στην εφηβεία και αφ' ετέρου επισημαίνουν την καταγραφή και στην ελληνική πραγματικότητα πλέον, ως συνιστωσών του φαινομένου, δεδομένων που αφορούν αλλαγές στο επίπεδο της οικογένειας, καθώς και παραμέτρων κοινωνικο-πολιτισμικού χαρακτήρα, που, σημειωτέον, αναφέρονται από καιρό στις αντίστοιχες ξένες εργασίες. Βέβαια, η «ανάγνωση» των δεδομένων που παραθέτουμε θα πρέπει να γίνει με την αυτονόμη επιφύλαξη ότι αυτά προκύπτουν από τη μελέτη ενός πληθυσμού με συγκεκριμένους περιορισμούς ως προς το στοιχείο της αντιπροσωπευτικότητας. Κατ' αρχήν, είναι περιπτώσεις όπου, μετά την απόπειρα, υπήρξε αναζήτηση ιατρικής βοήθειας με την προσέλευση στο νοσοκομείο και, κατά δεύτερο λόγο, όχι μόνο δεν υπήρξε άρνηση στην παραπομπή στην υπηρεσία μας, αλλά υπήρξε συνέχεια. Πρόκειται, μ' άλλα λόγια, για περιπτώσεις στις οποίες το γεγονός της απόπειρας κινητοποιήσε σε

άλλοτε άλλο βαθμό τους γονείς (ή άλλα άτομα του περιβάλλοντος), κάτι που μεταφράζεται στη μη συγκάλυψη (αναζήτηση ιατρικής βοήθειας), στη συμμετοχή σε μια αρχική «суζήτηση» (για εμάς διαγνωστικές – συμβουλευτικές συνεντεύξεις) ή, ακόμα, στην ύπαρξη αιτήματος για μια θεραπευτική συνέχεια. Όπως είναι φυσικό, απομένει το ερώτημα για τα χαρακτηριστικά των περιστατικών που διαφεύγουν.

Περνώντας στα συγκεκριμένα στοιχεία, βλέπουμε κατ' αρχήν την κλασσική υπεροχή των κοριτσιών έναντι των αγοριών, που στο δικό μας πληθυσμό ήταν της τάξης του 5,6:1. Όσον αφορά στις ηλικίες, παρατηρούμε μια σημαντική υπεροχή στα 13 και 14 (συνολικά αντιπροσωπεύουν το 46,4% των περιπτώσεων) πράγμα που συμφωνεί με τις επισημάνσεις συγγραφέων όπως οι Blos, Laufer και Gutton, οι οποίοι μιλούν για την πρώτη κατάρρευση (breakdown) στην αρχική φάση της εφηβείας (και ως τέτοια θεωρείται και η απόπειρα αυτοκτονίας). Αντίθετα, δεν παρατηρείται η αναφερόμενη από αρκετούς συγγραφείς αύξηση προιούσης της ηλικίας.

Από τους άλλους, σταθερά αναφερόμενους στη βιβλιογραφία ως παράγοντες επικινδυνότητας, στο επίπεδο της οικογένειας διαπιστώσαμε κατ' αρχήν σημαντική συχνότητα ύπαρξης ψυχικών και σωματικών προβλημάτων υγείας. Πέρα από ένα γενικότερο αίσθημα ανασφάλειας που αυτά συνεπάγονται για ένα παιδί, η ύπαρξη ενός σωματικού ή ψυχικού νοσήματος σε ένα γονιό, θέτει για τον εφήβο ζητήματα επάρκειας ρόλου, ταυτίσεων, ενοχών στη διαδικασία αποεπένδυσης και αυτονομίας. Από την άλλη, απώλειες λόγω θανάτου μπορεί να σημαίνουν άλυτο πένθος, απώλεια σημαντικών στηριγμάτων, ενοχές (π.χ., θάνατος αδελφού) ή επιθυμία επανεύρεσης με αγαπημένο πρόσωπο μέσω της αυτοκτονίας. Οι συγκρούσεις και τα δυσλειτουργικά φαινόμενα χαρακτηρίζουν σε μεγάλη συχνότητα τις οικογένειες των εφήβων της μελέτης μας. Επιπλέον, η βία, σωματική και σεξουαλική, εκτός από τις, συχνά καταστροφικές, συνέπειες για τον ψυχισμό του εφήβου, τροφοδοτεί και αναπαράγει την επιθετικότητα που στην απόπειρα θα στραφεί εναντίον του ίδιου του εαυτού (Ιεροδιακόνου-Μπένου, 1994).

Από την δική του πλευρά ο έφηβος, σε ένα πιο προσωπικό επίπεδο, θα αναφέρει συχνά απογοητεύσεις από σχέσεις σημαντικές (φιλικές, αλλά και οι πρώτες ερωτικές). Εμείς, από τη μεριά μας, διαπιστώνουμε δυσκολίες ένταξης στον κόσμο των συνομηλίκων, που έχουν σχέση είτε με την προσωπικότητα του εφήβου είτε με μια λειτουργία της οικογένειας που δεν τις ευνοεί. Άμεσα συνδεόμενη είναι και η ένταξη στη σχολική ζωή, όπου σε ένα ποσοστό 32% είναι από πολύ επισημάνσεις έως απουσία, με ό,τι μπορεί να σημαίνει η παραμονή ενός εφήβου εκτός αυτού του από πολλές πλευρές σημαντικού κοινωνικού θεσμού. Αυτό μπορεί να ιδωθεί τόσο ως «σύμπτωμα» μιας προβληματικής λειτουργίας της οικογένειας ή του ίδιου του εφήβου, όσο και ως αιτιολογικός παράγοντας, με την έννοια της στέρησης ενός σημαντικού ψυχοκοινωνικού πλαισίου/ερείσματος.

Ευρήματα που παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον, είναι εκείνα που αφορούν σε παραμέτρους δηλωτικές αλλαγών σε κοινωνικό – οικογενειακό επίπεδο. Ενώ σε ποσοστό 94,4% και οι δύο βιολογικοί γονείς είναι στη ζωή, μόνο το 62,4% του δείγματός μας ζει και με τους δυο, στο κλασσικό σχήμα οικογένειας. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις, έχουμε τις λεγόμενες «νέες μορφές οικογένειας» ή παιδιά σε διάφορες μορφές τοποθέτησης (υιοθεσία, ίδρυμα), δεδομένα που δεν απαντώνται σε παλαιότερες μελέτες στον ελληνικό χώρο. Επιπλέον, το 22,4% των εφήβων του δείγματος έχουν περάσει την εμπειρία του χωρισμού-διαζυγίου των γονιών τους. Το θέμα της ζωής ή μη σε «ακέραια» οικογένεια (intact family) αποτελεί αντικείμενο συζήτησης από διαφορετικές σκοπιές. Μελέτες όπως αυτή των Gametski and Diekstra (1997) διαπιστώνουν αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονικής συμπεριφοράς σε εφήβους που ζουν με μόνο τον ένα γονιό ή σε οικογενειακό σχήμα όπου υπάρχει και θετός γονιός. Από την άλλη, τίθεται το ερώτημα εάν ο χωρισμός, ως μεμονωμένη παράμετρος, αποτελεί απαραίτητα «παράγοντα επικινδυνότητας» ή εάν είναι σε συνάρτηση με την ποιότητα των σχέσεων στο οποίο σχήμα οικογένειας. Είναι γνωστό ότι καταστάσεις διατήρησης του γάμου με μια οικογενειακή λειτουργία προβληματική ή ανοικτά παθολογική, μπορεί να είναι ιδιαίτερα

παθογόνες ή τραυματικές για τα παιδιά. Από την άλλη, ο χωρισμός ή το διαζύγιο μπορεί να γίνουν αφορμή για μια εσπευσμένη ψυχική κίνηση απο-εξιδανίκευσης των γονιών κατά τη διάρκεια της εφηβείας, που θα οδηγήσει είτε σε πρόωρη ωρίμανση είτε σε μια αυξημένη ευαλωτότητα (Αμπατζόγλου, 1995).

Οι γεωγραφικές μετακινήσεις, που καταγράφηκαν στο 1/4 των περιπτώσεων του δείγματος μας, αποτελούν επίσης στρεσογόνο παράγοντα για τον έφηβο, με την έννοια της αλλαγής πλαισίου ζωής και διακοπής σημαντικών σχέσεων. Ειδικότερα, η αλλαγή χώρας θέτει επί πλέον ζητήματα νέου πολιτισμικού πλαισίου, με όλες τις, οικονομικές και άλλες, δυσκολίες της μετανάστευσης. Οι πολιτισμικές ιδιαιτερότητες είναι ένα άλλο δεδομένο που εμφανίζεται όλο και περισσότερο στη χώρα μας ως ψυχοκοινωνική παράμετρος και ξέρουμε ότι στην εφηβική ηλικία αυτό μπορεί να δημιουργεί προβλήματα στην ανάπτυξη της ταυτότητας και στην προσπάθεια κοινωνικής ένταξης του εφήβου. Στον πληθυσμό της μελέτης αυτής, πολιτισμικές ιδιαιτερότητες χαρακτήριζαν το 24,8% των οικογενειών.

Τέλος, από τα στοιχεία του τελευταίου πίνακα με τα χαρακτηριστικά της απόπειρας, θα σταθούμε σε δύο σημεία. Πρώτον, η συχνότητα των περιπτώσεων με επανάληψη απόπειρας έρχεται να υπογραμμίσει την ανάγκη για προληπτικού χαρακτήρα παρεμβάσεις, αλλά ταυτόχρονα να υπενθυμίσει τις δυσκολίες στη θεραπευτική προσέγγιση αυτών των περιστατικών. Σχεδόν σε όλες είχε υπάρξει άρνηση θεραπευτικής βοήθειας στην πρώτη απόπειρα. Δεύτερον, ο τόπος και οι συνθήκες της απόπειρας (στο σπίτι ή εκτός, με ή χωρίς την παρουσία άλλων προσώπων) έχουν σημασία τόσο ως προς το «πώς» και «σε ποιους» περνά το μήνυμα ο/η έφηβος/η, όσο και ως προς τις δυνατότητες να υπάρξει άμεση βοήθεια.

Όλες αυτές οι παράμετροι συνεκτιμώνται ως παράγοντες επικινδυνότητας (risk factors), όμως δεν λειτουργούν ως τέτοιοι παρά μόνο στη «συνάντησή» τους με έναν ευάλωτο ψυχισμό. Η ευαλωτότητα αυτή μπορεί να υπάρχει ήδη με τη μορφή μιας ψυχικής διαταραχής ή μιας εύθραυστης οργάνωσης της προσωπικότητας του εφήβου (στο δικό μας πληθυσμό σε ποσοστό 46,3%), μπορεί όμως να προκύψει, μέσα σε μια συγκυρία, από την επίδραση εξωγενών παραγόντων που μπορεί να είναι τραυματική και να προκαλέσει κατάρρευση ή αδιέξοδο στην αναπτυξιακή πορεία. Παρά την αδιαμφισβήτητη χρησιμότητα της καταγραφής των δημογραφικών και ψυχοκοινωνικών δεδομένων, παραμένει το ερώτημα κατά πόσο το μοντέλο της επιδημιολογίας μπορεί να ανταποκριθεί επαρκώς στις ανάγκες της μελέτης ενός προβλήματος το οποίο κατά κύριο λόγο τίθεται με κλινικούς όρους, δηλαδή με όρους ψυχοπαθολογίας (Ladame 1987, Jeammet et Birot 1994).

Συμπέρασμα

Η αυτοκτονική συμπεριφορά στην εφηβεία αποτελεί αναμφίβολα ένα φαινόμενο με πολυπαραγοντική αιτιολογία, με κεντρικό άξονα τις ψυχικές διεργασίες αυτής της αναπτυξιακής περιόδου. Εντούτοις, η ίδια η φύση της εφηβείας, επιβάλλει τη συνεχή μελέτη της θέσης και του ρόλου των ψυχοκοινωνικών παραγόντων, σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο κοινωνικό περιβάλλον. Τα προκαταρκτικά αποτελέσματα από τη συνεχιζόμενη μελέτη μας έρχονται αφ' ενός μεν να επιβεβαιώσουν την ύπαρξη κάποιων σταθερών παραμέτρων και αφ' ετέρου να επισημάνουν την είσοδο και στην ελληνική πραγματικότητα νέων ψυχοκοινωνικών διαστάσεων του προβλήματος. Κάτι που, μεταξύ άλλων, υπογραμμίζει την ανάγκη να λαμβάνονται υπ' όψιν όλα αυτά τα δεδομένα, τόσο στην προσπάθεια κατανόησης της αυτοκτονικής συμπεριφοράς των εφήβων, όσο και στην οργάνωση των θεραπευτικών και προληπτικών παρεμβάσεων. Ιδιαίτερα για τις τελευταίες, η γνώση των παραγόντων επικινδυνότητας, μέσα από τη διαρκή επικαιροποίησή τους, αποτελεί απαραίτητο εφόδιο για όλους τους επαγγελματίες που, από τη θέση και το ρόλο τους, έρχονται σε επαφή με τους εφήβους στους χώρους των υπηρεσιών υγείας, της εκπαίδευσης ή των υπηρεσιών κοινωνικού χαρακτήρα.

ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1. Ηλικία & Φύλο								
	12	13	14	15	16	17	18+	ΣΥΝ
Αγόρια	1	3	2	1	1	6	5	19
Κορίτσια	6	26	27	16	12	12	7	106
Σύνολο	7	29	29	17	13	18	12	125
%	5,6	23,2	23,2	13,6	10,4	14,4	9,6	100

Πίνακας 2: Τόπος κατοικίας		
Θεσ/νίκη	88	70,4%
Επαρχιακό κέντρο	8	6,4%
Χωριό	29	23,2%
Σύνολο	125	100%

Πίνακας 3: Οικογενειακή κατάσταση				
	Κ	Α	Σ	%
Και οι δυο βιολογικοί γονείς στη ζωή	99	19	118	94,4%
Έχουν πεθάνει	4	0	4	3,2%
Άγνωστο (παιδιά σε υιοθεσία)	3	0	3	2,4%
Ακέραη οικογένεια	71	15	86	68,8%
Χωρισμός – Διαζύγιο	26	2	28	22,4%
Παιδί εκτός γάμου	4	0	4	3,2%
Υιοθεσία	3	1	4	3,2%
Σε ίδρυμα	2	1	3	2,4%
Τη στιγμή της απόπειρας ο/η έφηβος/η ζούσε:				
Και με τους δυο βιολογικούς γονείς	70	8	78	62,4%
Με τον ένα από τους βιολ. γονείς	20	5	25	20,0%
Με άλλα μέλη της οικογένειας	5	3	8	6,4%
Με βιολ. και θετό γονέα	6	1	7	5,6%
Με θετούς γονείς (υιοθεσία)	3	1	4	3,2%
Σε ίδρυμα	2	1	3	2,4%
ΣΥΝ	106	19	125	100%

Πίνακας 4: Αριθμός παιδιών στην οικογένεια					
Ένα	Δύο	Τρία	Τέσσερα	Πέντε	Έξι ή περισ.
18	56	33	10	5	3
14,4%	44,8%	26,4%	8,0%	4,0%	2,4%
Ετεροθαλή αδελφία υπήρχαν σε 8 περιπτώσεις (6,4%).					

Πίνακας 5: Επαγγελματική κατάσταση γονέων

ΠΑΤΕΡΑΣ			ΜΗΤΕΡΑ		
Δουλεύει	99	79,2%	Δουλεύει	70	56,0%
Είναι άνεργος	4	3,2%	Οικιακά	34	27,2%
Απολύθηκε	3	2,4%	Είναι άνεργη	5	4,0%
Δουλεύει περιστασιακά	3	2,4%	Απολύθηκε	1	0,8%
Είναι σε σύνταξη	2	1,6%	Είναι σε σύνταξη	2	1,6%
Σε διαδ.μετανάστευσης	1	0,8%	Σε διαδ. μετανάστευσης	1	0,8%
Ελλιπής πληροφόρηση	11	8,8%	Ελλιπής πληροφόρηση	8	6,4%
Σύνολο	123*		Σύνολο	121*	
* 1 είχε αποβιώσει και 1 ήταν στη φυλακή			* 3 είχαν αποβιώσει και 1 ήταν φυλακή		

Πίνακας 6: Γεωγραφική κινητικότητα (24% του συνόλου)

Εσωτερική μετακίνηση	12 (40,0%)
Από πρώην ΕΣΣΔ	7 (23,3%)
Από Γερμανία	5 (16,7%)
Από Αλβανία	3 (10,0%)
Από Σαουδ.Αραβία	1 (3,3%)
Από Αυστραλία	1 (3,3%)
Από Σουηδία	1 (3,3%)

Πίνακας 7: Πολιτισμικές ιδιαιτερότητες (24,8% του συνόλου)

Όλη η οικογένεια από διαφορετική κουλτούρα	10	32,3%
Δεύτερη γενιά Ελλήνων μεταναστών	7	22,6%
Πολιτισμικά μεικτά ζευγάρια	6	19,4%
Τσιγγάνοι	4	12,9%
Θρησκευτική μειονότητα	3	9,7%
Χωρίς Ελληνική καταγωγή από προηγ. γενιές	1	3,2%

Πίνακας 8: Σημαντικά γεγονότα - δεδομένα οικογενειακής ζωής

Ψυχικά νοσήματα - ψυχολογικά προβλήματα γονέων	36	28,8%
Σωματικά νοσήματα - αναπηρία γονέων	27	21,6%
Εξαρτήσεις στην οικογένεια (αλκοόλ - ναρκωτικά)	13	10,4%
Θάνατος παππούδων/γιαγιάδων	11	8,8%
Σοβαρά σωματικά νοσήματα σε άλλα μέλη της οικογένειας	6	4,8%
Σοβαρά σωματικά νοσήματα αδελφών	6	4,8%
Θάνατος γονέα	4	3,2%
Απόπειρες αυτοκτονίας στην οικογένεια	4	3,2%
Ψυχικά νοσήματα αδελφών	3	2,4%
Θάνατος αδελφών	3	2,4%
Έφηβος που έζησε σε ίδρυμα	3	2,4%
Φυλάκιση γονέα	2	1,6%

Πίνακας 9: Ψυχοπιεστικά γεγονότα στον τομέα των σχέσεων

Σοβαρές συγκρούσεις με γονείς	32	8	40 (32,0%)
Δυσλειτουργία – ανεπάρκεια οικογενειακού πλαισίου	30	6	36 (28,8%)
Σοβαρές συγκρούσεις / ρήξη γονεϊκού ζεύγους	12	4	16 (12,8%)
Σοβαρές συγκρούσεις με αδέρφια	3	3	6 (4,8%)
Σωματική βία στην οικογένεια	11	2	13 (10,4%)
Δυσκολίες / απογοήτευση σε φιλικές σχέσεις	17	3	20 (16,0%)
Απογοήτευση από ερωτική σχέση	18	2	20 (16,0%)
Θάνατος αγαπημένου φίλου	2	0	2 (1,6%)
Σεξουαλική κακοποίηση – βιασμός (στην εφηβεία)	5	1	6 (4,8%)

Πίνακας 10: Σχολική και επαγγελματική ζωή

Κανονική φοίτηση	59	47,2%
Κανονική, με δυσκολίες	18	14,4%
Τεχνική –Επαγγελματική Εκπαίδευση	8	6,4%
Σχολική αποτυχία (κίνδυνος εγκατάλειψης)	16	12,8%
Εγκατάλειψη σχολείου	18	14,4%
Σταμάτημα σχολείου για εργασία	4	3,2%
Δεν πήγε ποτέ σχολείο	1	0,8%
Δεν πηγαίνει σχολείο ούτε εργάζεται	1	0,8%
ΣΥΝΟΛΟ	125	100%

Πίνακας 11: Χαρακτηριστικά της απόπειρας

Α. Πρώτη απόπειρα ή επανάληψη		
Πρώτη απόπειρα	85	68,0%
Επανάληψη	32	25,6%
Ασαφείς πληροφορίες	8	6,4%
Β. Μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε		
Φάρμακα	105	84,0%
Αλκοόλ & Φάρμακα	5	4,0%
Τοξικές χημικές ουσίες	5	4,0%
Πτώση από ύψος	3	2,4%
Πτώση στη θάλασσα	2	1,6%
Αυτοτραυματισμός & Φάρμακα	2	1,6%
Ναρκωτικά & Φάρμακα	2	1,6%
Αυτοπυροβολισμός	1	0,8%
Γ. Τόπος		
Σπίτι	92	73,6%
Άλλος χώρος εκτός σπιτιού	25	20,0%
Δρόμος	8	6,4%

Βιβλιογραφία

- Αμπατζόγλου Γ. (1995): «Οικογένεια και έφηβος». *Παιδιατρική Βορείου Ελλάδος*, 7:278-283.
- Αμπατζόγλου Γ. και Ζηλίκης Ν. (2002): *Θέματα Παιδοψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη, Υπηρεσία Δημοσιευμάτων Α.Π.Θ.
- Beratis S. (1991): «Suicide among adolescents in Greece». *Brit J Psychiatry*, 159, 515-519.
- Beautrais A.L., Joyce P.R., Mulder R.T.: «Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35:9, 1174-1182.
- Beautrais A.L., Joyce P.R., Mulder R.T.: «Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36:11, 1543-1551.
- Βλάχος Π., Καλαμάρα Δ., Παπαθωμόπουλος Ε., Πούλος Λ., Παπαδάτος Κ. (1986): «Απόπειρες αυτοκτονίας σε παιδιά και εφήβους. Μελέτη 1122 περιπτώσεων». *Παιδιατρική*, 49, 316-324.
- Chabrol H. (1984): *Οι τάσεις αυτοκτονίας του εφήβου*. Ελλ. μετ. Α.Τερζοπούλου, Αθήνα, Εκδόσεις Χατζηνικολή, 1987.
- Ζηλίκης Ν., Ιακωβίδης Ι., Ιεροδιακόνου Χ. (1990): «Συμβουλευτική – διασυνδετική υπηρεσία ψυχιατρικού τομέα γενικού νοσοκομείου: Μια διπλή εμπειρία». *Ελληνική Ιατρική*, 56, 5, 334-339.
- Ζηλίκης Ν., Αμπατζόγλου Γ., Καραγιάννη Μ., Παπαγερίδου Φ., Χρηστίδου Χ., Καπρίνης Γ. (2002): «Απόπειρες αυτοκτονίας στην εφηβεία: το Γενικό Νοσοκομείο ως προνομιακό πλαίσιο προσέγγισης του προβλήματος». Ανακοίνωση στο Πανελλήνιο Συνέδριο «Παιδοψυχιατρική στο Γενικό Νοσοκομείο – Λειτουργία και προοπτικές», Αθήνα, 29 Νοεμβρίου – 1 Δεκεμβρίου 2002.
- Garfinkel B. and Northrup G. (eds) (1989): *Adolescent suicide. Recognition, Treatment and Prevention*. New York, The Haworth Press.
- Garnefski N. and Diekstra R. F. W. (1997): «Adolescents from one parent, stepparent and intact families: emotional problems and suicide attempts». *Journal of Adolescence*, 20, 201-208.
- Gould M.S., Fisher P., Parides M., Flory M., Shaffer D. (1996): «Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide». *Arch Gen Psychiatry*, 53, 1155-1162.
- Gould M.S., Greenberg T., Velting D.M., Shaffer D., (2003) «Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42, 4, 386-405.
- Gunnel D., Lopatzidis A., Dorling D., Wehner H., Southall H., Frankel S. (1999): «Suicide and unemployment in young people». *Brit J Psychiatry*, 175, September, 263-270.
- Hirschfeld R.M.A. & Blumental S.J. (1986): «Personality, life events, and other psychosocial factors in adolescent depression and suicide». In: Klerman G.L. (ed.) *Suicide and depression among adolescents and young adults*. Washington D.C.: American Psychiatric Press, p. 215-253.
- Hollis C. (1996): «Depression, Family Environment, and Adolescent Suicidal Behavior». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35:5,
- Ιεροδιακόνου Χ. Σ. (1991): *Ψυχικά προβλήματα στα παιδιά*. Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Μαστορίδη.
- Ιεροδιακόνου Χ. και Ιακωβίδης Α. (επιμ.) (1997): *Ψυχιατρική στο Γενικό Νοσοκομείο*. Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Μαστορίδη.

- Ιεροδιακόνου-Μπένου Ι. (1994): *Η σημασία της επιθετικότητας στις απόπειρες αυτοκτονίας. Ψυχοδυναμική προσέγγιση*. Διδακτορική Διατριβή, Α.Π.Θ.
- Jeammet Ph. et Birot E. (eds) (1994) : *Etude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Καραγιαννάκη Ι. (1997): «Απόπειρες αυτοκτονίας στην εφηβεία: Μια θεώρηση». *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 58, 73-75.
- Kienhorst C.W.M., de Wilde E.J., Diekstra R.F.W., Wolters W.H.G. (1990): «Characteristics of suicide attempters in a population-based sample of Dutch adolescents». *Brit J Psychiatry*, 156, 243-248.
- Ladame F. (1987): *Les tentatives de suicide des adolescents*. 2ème éd., Paris, Masson.
- Laufer M. (ed.) (1995): *The suicidal adolescent*. London, Karnac Books.
- Lester D. (1998): «Adolescent suicide risk: a paradox». *Journal of Adolescence*, 21, 499-503.
- Lester-Παπαματθαίου Ε. (1988): «Η κατάθλιψη των παιδιών και εφήβων. Αυτοκτονία». Στο: *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής*, Τομ.2ος , Β' μέρος, Αθήνα, Εκδόσεις Καστανιώτη, σελ. 235-249.
- Μαλακά-Ζαφειρίου Κ. (1983): «Η αυτοκτονία στους εφήβους». *Παιδιατρική*, 46, 4-8.
- Μπεράτη Σ. (1998): «Αυτοκτονική συμπεριφορά στην εφηβεία». Στο: Ι. Τσιάντης και συν. (επιμ.) *Εφηβεία – Ένα μεταβατικό στάδιο σ' ένα μεταβαλλόμενο κόσμο*. Αθήνα, Εκδ. Καστανιώτη, σελ. 189-194.
- Sandin B., Chorot P., Santed M. A., Valiente R. M., Joiner T. E. (1998): «Negative life events and adolescent suicidal behavior: a critical analysis from the stress process perspective». *Journal of Adolescence*, 21, 415-426.
- Σιμάτης Π., Αλεξανδρόπουλος Κ., Καρύδη Τ., Αντωνάκης Σ., Μαρκάτη Ο., Πουλημένου Μ. (1994): «Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά εφήβων στο νομό Κερκύρας». Στο: Γ. Ν. Χριστοδούλου και Β. Π. Κονταξάκης (Επιμ.), *Θέματα Προληπτικής Ψυχιατρικής*, Αθήνα, Κ.Ψ.Υ., σελ. 295-298.
- Τσιάντης Ι., Γιαννοπούλου-Καβουρίδη Στ., Ξυπολυτά-Τσαντύλη Δ. (1981): «Απόπειρες αυτοκτονίας σε παιδιά και εφήβους». *Παιδιατρική*, 44, 99-110.
- de Wilde E.J., Kienhorst ICWM, Diekstra R.F.W., Wolters W.H.G. (1992): «The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence». *Am J Psychiatry*, 149, 1, 45-51.
- World Health Organization (2002): Suicide rates and absolute numbers of suicide by country. Available online: http://www.who.int/mental_health
- Zilakis N., Abatzoglou G., Athanassopoulou E., Amiridou S., Kamalakidou S. (1999): «Greek adolescents with suicidal and self-harming behaviour in the 90's: Psycho-social aspects and psychopathology» Ανακοίνωση: 20th Congress of the International Association for Suicide Prevention. 6-10 November 1999, Athens, Greece.