

Η αυτοκτονία στην εφηβεία

Γρ. Ποταμιάνος¹ και Λ. Ιωάννου²

Πάντειο Πανεπιστήμιο

Στην εργασία αυτή παρουσιάζονται οι μύθοι που περιβάλλουν το θέμα της αυτοκτονίας στην εφηβεία, τα επιδημιολογικά στοιχεία του φαινομένου (συχνότητα, ηλικία, φύλο, κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, μέθοδοι) καθώς και οι παράγοντες κινδύνου που συντελούν στην επίσπευση της αυτοκτονικής πράξης. Επίσης εξετάζονται τα μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης της αυτοκτονίας στην εφηβεία, ενώ η εργασία ολοκληρώνεται με θεραπευτικές προτάσεις για την αντιμετώπιση των εφήβων που διατρέχουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας.

Εισαγωγή

Η έννοια της αυτοκτονίας στην εφηβεία περιλαμβάνει σκέψεις και πράξεις που αφορούν στην πρόκληση τραυματισμού ή θανάτου στον εαυτό (Cynthia & Pfeffer, 1991). Η εφηβική περίοδος ανάπτυξης φαίνεται να συγκεντρώνει μάλιστα τους πιο υψηλούς δείκτες αυτοκτονίας (Ζαφειρίου, 1983, Lester-Παπαματθαϊάκη, 1988, Ξυπολυτά και συν., 1977, Berman & Jobes, 1991, Shaffer & Piacentini, 1994, Herbert, 1989, Cynthia & Pfeffer, 1991, Garland & Zigler, 1993) και είναι αυτός ένας από τους λόγους

για τους οποίους ορισμένοι συγγραφείς συνδέουν την αυτοκτονική συμπεριφορά με ορισμένα χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης ηλικιακής περιόδου. Η προσπάθεια του εφήβου για «αποχωρισμό» και ανεξαρτητοποίηση από την οικογένεια (Ζαφειρίου, 1983, Τοιάντης και συν., 1994), αλλά και η αναπτυξιακή «κρίση ταυτότητας», όπως την ονόμασε ο Erikson, από την οποία διέρχεται (Herbert, 1989, Berman & Jobes, 1991), συνιστούν ένα πλαίσιο επικινδυνότητας, μέσα στο οποίο ένας ευάλωτος έφηβος μπορεί να στραφεί σε αυτοκαταστροφικές λύσεις.

1. Καθηγητής Κλινικής Ψυχολογίας.

2. Ψυχολόγος.

Η αυτοκτονία όμως, ιδιαίτερα στην εφηβική ηλικία, είναι ένα φαινόμενο το οποίο έχει προκαλέσει μια σειρά από επικίνδυνες φαντασιώσεις στους ενήλικες. Οι πιο συχνά αναφερόμενοι μύθοι είναι ότι:

- *Η εφηβεία είναι μια ξέγνοιαστη περίοδος της ζωής.*

Το γεγονός ότι οι έφηβοι αντιμετωπίζονται ως ξέγνοιαστοι οδηγεί στο να μην αναγνωρίζεται ο πιθανός κίνδυνος για αυτοκτονία ως υπαρκτός.

- *Οι άνθρωποι που μιλούν για αυτοκτονία ποτέ δεν την επιχειρούν* (Allen, 1987).

Ένα ποσοστό 60% των εφήβων που αυτοκτονούν έχουν ήδη μιλήσει γι' αυτό πριν περάσουν στην πράξη. Γι' αυτό, οποιαδήποτε προφορική απειλή δεν θα πρέπει να παραβλέπεται.

- *Υπάρχει ένας αυτοκτονικός τύπος ανθρώπου.*

Η αυτοκτονική συμπεριφορά δεν υπόκειται σε κανονικότητες και γι' αυτό μπορεί να εκδηλωθεί από άτομο κάθε ηλικίας, φύλου, φυλής, κοινωνικής τάξης ή ψυχικής κατάστασης (Klagsbrun, 1976).

- *Οι νέοι που αυτοκτονούν έχουν ισχυρή πρόθεση να το πραγματοποιήσουν.*

Οι περισσότεροι από τους νέους με αυτοκτονικές ιδέες είναι αναποφάσιμοι σχετικά με τον θάνατο και «παίζουν» με αυτόν, «αφήνοντας τους άλλους να τους σώσουν» (Schneidman, 1985).

- *Εάν κάποια στιγμή ένας νέος αποπειραθεί να αυτοκτονήσει, τότε αυτή η πρόθεση θα υπάρχει για πάντα.*

Οι περισσότεροι νέοι που σκέφτονται την αυτοκτονία βρίσκονται σε κίνδυνο για μια περιορισμένη περίοδο, ιδιαίτερα μάλιστα αν υποστηρίζονται κατά τη διάρκεια της κρίσης.

- *Βελτίωση της ψυχικής κατάστασης με-*

τά από αυτοκτονική κρίση σημαίνει ότι ο κίνδυνος για νέα απόπειρα έχει παρέλθει.

Τα άτομα που βρίσκονται κοντά στον νέο με αυτοκτονική τάση οφείλουν να είναι εξαιρετικά προσεκτικά, ακόμα κι όταν όλα δείχνουν πως ο νέος έχει ξεπεράσει τον κίνδυνο.

- *Όλοι όσοι σκέφτονται την αυτοκτονία είναι ψυχικά ασθενείς.*

Έρευνες βασισμένες σε εκατοντάδες αυθεντικά σημειώματα που αφήνουν οι έφηβοι πριν την αυτοκτονική πράξη δείχνουν πως, παρά το γεγονός ότι φαίνονται να είναι εξαιρετικά δυστυχημένοι, δεν είναι πάντα ψυχικά διαταραγμένοι (Schneidman, 1987).

Η απομυθοποίηση των λανθασμένων αντιλήψεων για την αυτοκτονική συμπεριφορά στην περίοδο της εφηβείας αποτελεί σημαντικό στοιχείο για την κατανόηση και την ώριμη αντιμετώπιση αυτού του κοινωνικού φαινομένου (Hicks, 1990).

Εξετάζοντας όμως κανείς την έννοια της αυτοκτονίας στους εφήβους, δεν μπορεί παρά να αναφερθεί και στο πώς αντιλαμβάνονται οι νέοι την έννοια του θανάτου. Ο Piaget έχει διακρίνει 3 στάδια σχετικά με την ανάπτυξη της αντίληψης του θανάτου. Μέχρι την ηλικία των 6 ετών, το παιδί βιώνει τον θάνατο σαν μια πρόσκαιρη απουσία ή ένα εφήμερο αποχωρισμό. Ανάμεσα στην ηλικία των 7 και 12 ετών το παιδί ή ο προέφηβος αρχίζει και αναπτύσσει αυτό που ο Piaget ονομάζει *λειτουργική σκέψη*. Εδώ ο προέφηβος συλλαμβάνει διανοητικά την έννοια και τη μονιμότητα του θανάτου, αλλά δεν αποδέχεται το αμετάκλητό του. Ενόμυχα πιστεύει ότι ο θάνατος, και ακόμη περισσότερο ο δικός του θάνατος, δεν μπορεί να είναι παντοτινός. Μετά τα 12 έτη, όπου τα άτομα έχουν αναπτύξει πια τις

τυπικές λειτουργίες, και ιδιαίτερα από την ηλικία των 15 ετών, η αντίληψη για τον θάνατο δεν διαφέρει πολύ από αυτή του ενήλικα (Lester-Παπαματθαίακη, 1988, Poland, 1989).

Ωστόσο, σύμφωνα με ορισμένους συγγραφείς (Poland, 1989, Cynthia & Pfeffer, 1991), οι νέοι έχουν μια αρκετά ώριμη άποψη σχετικά με τον θάνατο των άλλων, αλλά φαίνεται να υιοθετούν μια παιδαριώδη άποψη αναφορικά με τον δικό τους θάνατο.

Ο Herbert (1989) υποστηρίζει πως, μέσα στο πλαίσιο της φαντασίωσης του θανάτου τους, οι έφηβοι θέλουν όχι μόνο να πεθάνουν για να γλιτώσουν απ' όλα αυτά που τους απασχολούν, αλλά ταυτόχρονα να επιζήσουν για να «απολαύσουν» τον θρήνο και την ενοχή των γονέων και των φίλων τους στην κηδεία. Αυτά η φαντασίωση φαίνεται να οδηγεί στο συμπέρασμα πως οι έφηβοι, ιδιαίτερα στο πλαίσιο μιας καταθλιπτικής ή υστερικής κατάστασης, δυσκολεύονται να αντιληφθούν την «οριστικότητα» του θανάτου.

Επιδημιολογικά στοιχεία

Στην περίπτωση των θανάτων που προέρχονται από αυτοκτονία, οι επιδημιολόγοι συχνά χρησιμοποιούν τα πιστοποιητικά θανάτου για να αντλήσουν πληροφορίες σχετικά με τα χαρακτηριστικά των ατόμων που αυτοκτονούν.

Αξιίζει να σημειωθεί εδώ πως τα πιστοποιητικά θανάτου αποτελούν περιορισμένη πηγή πληροφοριών, τη στιγμή μάλιστα που δεν αναφέρουν κοινωνική κατάσταση ή παρουσία προηγούμενου ψυχιατρικού ιστορικού του θανόντος.

Η συμβολή όμως της επιδημιολογικής έρευνας είναι αμφιλεγόμενη εξαιτίας και άλλων μεθοδολογικών προβλημάτων και δυσκολιών. Εκτός από τη συνήθη καθυστέρηση έκδοσης των επίσημων στατιστικών στοιχείων θανάτου από δύο έως τρία χρόνια (Garland & Zigler, 1993), συχνά η εγκυρότητα αυτών των στοιχείων αμφισβητείται.

Ο πραγματικός αριθμός αυτοκτονιών, ιδιαίτερα στην εφηβεία, φαίνεται να είναι αρκετά μεγαλύτερος από αυτόν που δηλώνεται επίσημα, εξαιτίας της απόκρυψης α διαστρέβλωσης των γεγονότων από το οικογενειακό περιβάλλον και τους γιατρούς.

Η απόκρυψη στοιχείων από τους οικείους ερμηνεύεται κυρίως από την ενεργοποίηση του μηχανισμού άρνησής τους να δεχτούν την ύπαρξη απελπισίας, κατάθλιψης και αυτοκαταστροφικής πράξης στον έφηβο (Lester-Παπαματθαίακη, 1988, Ξυπολυτά και συν., 1977). Από την άλλη πλευρά, συμβαίνει συχνά οι γιατροί να αποκρύπτουν, για κοινωνικούς συνήθως λόγους, τις περιπτώσεις τραυματισμών ή θανάτων από αυτοκτονία και τους αποδίδουν σε ατυχήματα (Berman & Jobes, 1991).

Συχνότητα

Πολλοί συγγραφείς αποδίδουν την αύξηση θνησιμότητας που παρατηρήθηκε από το 1960 και στην αύξηση του αριθμού αυτοκτονιών από τους εφήβους, ιδιαίτερα στις βιομηχανικές χώρες (Gasquet & Choquet, 1993, Hazell, 1991).

Η Αμερική κατέχει τη δυσάρεστη πρωτιά αναφορικά με αυτή την αυξητική τάση. Από το 1950 τα ποσοστά αυτοκτονιών στους εφήβους έχουν τριπλασιαστεί (Ζαφειρίου, 1983, Cynthia & Pfeffer, 1991, Martin & Waite, 1994, Ryland & Kryesi,

1992, Coder και συν., 1991, Berman & Jobes, 1991), ενώ μετά το 1980 αποτελούν την τρίτη πιο συχνή αιτία θανάτου ανάμεσα στον εφηβικό πληθυσμό, μετά τα ατυχήματα και τα εγκλήματα (Lester-Παπαμαθθαί-άκη, 1988, Martin και συν., 1993, Garland & Zigler, 1993).

Όπως καταδεικνύουν ευρήματα πολλών επιδημιολογικών ερευνών, η αυξητική πορεία υπήρξε ραγδαία. Για παράδειγμα, κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1960 αναφέρονταν 3 έως 5 αυτοκτονίες εφήβων στα 100.000 άτομα, ενώ στη δεκαετία 1975 με 1985 η αναλογία αυτή μετατράπηκε σε 13 έως 19 αυτοκτονίες στα 100.000 άτομα (Shaffer & Piacentini, 1994). Οι Cynthia & Pfeffer (1991) αναφέρουν μάλιστα πως το 9% των εφήβων στις Η.Π.Α. έχει κάνει τουλάχιστον μία απόπειρα.

Κάτι ανάλογο παρατηρείται τόσο στην Αυστραλία όσο και στη Δυτική Ευρώπη. Στην Αυστραλία, η αυτοκτονική συμπεριφορά αποτελεί τη δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου στους εφήβους μετά τα ατυχήματα (Martin και συν., 1993, Hazell, 1991, Martin & Waite, 1994), στη Γαλλία την τρίτη συχνότερη αιτία θανάτου (Gasquet & Choquet, 1993), ενώ στην Αγγλία συνιστά το 14% του συνολικού ποσοστού θανάτων (Shaffer & Piacentini, 1994).

Στην Ελλάδα, το συγκεκριμένο πρόβλημα δεν έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις, αφού η συχνότητα αυτοκτονίας σε όλο τον εφηβικό πληθυσμό της Ελλάδας είναι από τις χαμηλότερες στον κόσμο (Τσιάντης και συν., 1994) με 4 έως 5 αυτοκτονίες ανά 100.000 πληθυσμού (Ζαφειρίου, 1983). Αυτό ενδέχεται να οφείλεται στην αναγνώριση της οικογένειας ως έναν από τους ισχυρότερους θεσμούς της ελληνικής κοινωνίας (Τσιάντης και συν., 1994).

Φύλο

Όλες οι επιδημιολογικές έρευνες που αφορούν στις διαφορές φύλου φαίνεται να συγκλίνουν. Τα αγόρια παρουσιάζονται να αυτοκτονούν από 3 έως 5 φορές συχνότερα, ενώ τα κορίτσια κάνουν ανεπιτυχείς συνήθως απόπειρες από 3 έως 4 φορές πιο συχνά (Ζαφειρίου, 1983, Berman & Jobes, 1991, Herbert, 1989, Martin και συν., 1993, Shek, 1995, May & Van-Winkle, 1994). Η πιο αποδεκτή ερμηνεία του γεγονότος αυτού εντοπίζεται στην επιλογή της μεθόδου. Τα αγόρια επιλέγουν συνήθως πιο βίαιες μεθόδους που καθιστούν τις απόπειρές τους περισσότερο επιτυχημένες. Αντίθετα, οι μέθοδοι που επιλέγουν τα κορίτσια είναι λιγότερο επικίνδυνες και οδηγούν σπανιότερα σε θάνατο (Ξυπολυτά και συν., 1977, Shaffer & Piacentini, 1994, Garland & Zigler, 1993, Gasquet & Choquet, 1993, Pagliaro, 1995).

Οι Shaffer & Piacentini (1994) σχολιάζουν το γεγονός της μεγαλύτερης συχνότητας αυτοκτονιών στα αγόρια, αναφερόμενοι σε ιδιαίτερα γνωρίσματα της συμπεριφοράς τους, όπως είναι ο αυθορμητισμός και η επιθετικότητα. Οι Gasquet & Choquet (1993) εκφράζουν τις απόψεις τους σχετικά με το ίδιο θέμα υποστηρίζοντας πως τα αγόρια πιο συχνά. α) εγκαταλείπουν το σχολείο, β) εμφανίζουν παρεκκλίνουσα συμπεριφορά, γ) κάνουν χρήση αλκοόλ, παράνομων ναρκωτικών και ψυχιατρικών φαρμάκων με ή χωρίς συνταγή και δ) έχουν χαμηλότερη απόδοση στο σχολείο. Οι ίδιοι συγγραφείς επισημαίνουν διαφορές στα δύο φύλα και ως προς την ιατρική φροντίδα. Σε μια έρευνα που εκπονήθηκε σε νοσηλευόμενους εφήβους, διαπιστώθηκε πως τα αγόρια που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν νοσηλεύονται πιο συχνά σε ψυχια-

τρική κλινική και μάλιστα τους συστήνεται συχνότερα από τα κορίτσια συστηματική θεραπευτική παρέμβαση (Gasquet & Choquet, 1993).

Απ' όλα τα παραπάνω θα μπορούσε κανείς να υποστηρίξει πως τα δύο φύλα φαίνεται να έχουν ανάγκη διαφορετικής αντιμετώπισης τόσο σε επίπεδο πρόληψης, όσο και σε επίπεδο θεραπείας.

Ηλικία

Οι δείκτες αυτοκτονικής συμπεριφοράς είναι περισσότερο αυξημένοι στα τελευταία χρόνια της εφηβείας, στον δρόμο προς την ενηλικίωση (Herbert, 1989, Ζαφειρίου, 1983, Shaffer & Piacentini, 1994, Shek, 1995, May & Van-Winkle, 1994, Berman & Jobes, 1991). Οι Shaffer & Piacentini (1994) σχολιάζουν πως οι γνωστικές ικανότητες του μεγαλύτερου εφήβου είναι τέτοιες που μπορούν να αποτελέσουν ένα καταλληλότερο πλαίσιο για τη γένεση και την ανάπτυξη αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Οι νέοι των 19 και 20 ετών φαίνονται να είναι περισσότερο ικανοί να χειριστούν αφηρημένες έννοιες και προβληματισμούς, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει ευκολότερα σε απελπισία, απομόνωση ή και κατάθλιψη. Επίσης, σύμφωνα πάντα με τους ίδιους συγγραφείς, οι ωριμότεροι σε ηλικία έφηβοι φαίνεται να διαθέτουν τις ικανότητες για καλύτερο σχεδιασμό και οργάνωση των μεθόδων που πρόκειται να χρησιμοποιήσουν.

Μέθοδοι

Οι μέθοδοι αυτοκτονίας που φαίνεται να χρησιμοποιούνται πιο συχνά από τους εφήβους είναι η χρήση πυροβόλων όπλων, ο απαγχονισμός, η υπερβολική κατανάλωση ουσιών και η χρήση γκαζιού (Berman &

Jobes, 1991, Garland & Zigler, 1993, May & Van-Winkle, 1994). Βέβαια, όπως ήδη αναφέρθηκε, τα δύο φύλα χρησιμοποιούν διαφορετικά μέσα προκειμένου να αυτοκτονήσουν. Τα αγόρια φαίνεται να είναι γενικά περισσότερο απερίσκεπτα και βίαια από τα κορίτσια και αυτά τα χαρακτηριστικά αντικατοπτρίζονται στην επιλογή της μεθόδου που θα μεταχειριστούν (Garland & Zigler, 1993). Έτσι, η συντριπτική πλειοψηφία των αγοριών που αυτοκτονούν χρησιμοποιούν κυρίως πυροβόλα όπλα α απαγχονίζονται, ενώ τα κορίτσια μεταχειρίζονται συνήθως λιγότερο βίαιες μεθόδους, όπως υπερβολική κατανάλωση φαρμάκων και ουσιών, αναθυμιάσεις από γκαζί ή άλλα αέρια (Ξυπολυτά και συν., 1977, Shaffer & Piacentini, 1994, Cynthia & Pfeffer, 1991).

Η πρόθεση του νέου να αυτοκτονήσει είναι απόλυτα συνδεδεμένη με τη μέθοδο που χρησιμοποιεί. Όσο περισσότερο αποφασισμένος είναι ένας έφηβος να αυτοκτονήσει τόσο περισσότερη βίαιη είναι και η μέθοδος που επιλέγει (Berman & Jobes, 1991). Οι Berman & Jobes (1991) αναφέρουν τέσσερις παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την επιλογή της μεθόδου. α) Διαθεσιμότητα και ετοιμότητα συγκεκριμένων μεθόδων. Εδώ η επιλογή προσδιορίζεται από τις δεδομένες συνθήκες -οι περισσότερες περιπτώσεις απαγχονισμού συμβαίνουν σε φυλακές. β) Γνώση, εμπειρία και οικειότητα. Για παράδειγμα, ένας έφηβος που ζει σε αγροτική περιοχή είναι περισσότερο εξοικειωμένος με δραστηριότητες που εμπλέκουν τη χρήση όπλων, όπως το κυνήγι. γ) Νόημα, συμβολισμοί και πολιτιστική σημασία. Η επιλογή μεθόδου φαίνεται να καθορίζεται και από τα πολιτιστικά δεδομένα κάθε περιοχής και εποχής, και δ) Πιθανή ύπαρξη αυτοκτονικής προδιάθεσης

στον έφηβο (έχει βρεθεί πως οι ψυχωτικοί νέοι χρησιμοποιούν εξαιρετικά πρωτότυπα μέσα προκειμένου να αυτοκτονήσουν).

Γενικά, αξίζει να προσεχθεί ιδιαίτερα το γεγονός της αύξησης ποσοστών αυτοκτονίας σε περιοχές όπου η πρόσβαση των νέων σε όπλα α σε άλλα επικίνδυνα για τη ζωή αντικείμενα είναι μεγάλη.

Γεωγραφία – Εθνικότητα

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, το πρόβλημα της αυτοκτονικής συμπεριφοράς φαίνεται να απασχολεί κυρίως τις Δυτικές χώρες και ιδιαίτερα τις Η.Π.Α. (Garland & Zigler, 1993). Δεν είναι τυχαίο άλλωστε το γεγονός ότι οι περισσότερες έρευνες έχουν διεξαχθεί από Αμερικανούς μελετητές, στο πλαίσιο της αμερικανικής κοινωνίας. Αρκετές επιδημιολογικές έρευνες που εξέτασαν τα ποσοστά αυτοκτονικής συμπεριφοράς σε λευκούς και σε μαύρους εφήβους από διάφορες περιοχές, κυρίως της Αμερικής, κατέληξαν στο κοινό συμπέρασμα ότι οι λευκοί έφηβοι, και βασικά τα αγόρια, αυτοκτονούν συχνότερα από άλλες φυλετικές ομάδες.

Υψηλοί δείκτες αυτοκτονικής συμπεριφοράς παρατηρήθηκαν επίσης και μεταξύ ισπανόφωνων εφήβων που ζουν στις Η.Π.Α. Τέλος, από τις πολιτισμικές ομάδες που έχουν μελετηθεί, φαίνεται πως οι λιγότερο παραδοσιακές έχουν υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας από τις περισσότερο παραδοσιακές (Berman & Jobes, 1991, Shaffer & Piacentini, 1994, Cynthia & Pfeffer, 1991, Garland & Zigler, 1993, Adcock και συν., 1991, Headcock, 1990). Οι Garland & Zigler (1993), σχολιάζοντας τις πολιτισμικές διαφορές στα ποσοστά αυτοκτονιών, αναφέρουν υποθέσεις σύμφωνα με τις οποίες ορισμένες φυλετικές ομάδες

είναι πιθανότερο να εκφράζουν τη ματαιώση και την επιθετικότητα με «εσωτερικό» τρόπο, μέσω της αυτοκτονίας. Εμπειρικά ευρήματα όμως δεν έχουν επιβεβαιώσει αυτές τις υποθέσεις. Οι ίδιοι συγγραφείς αναφέρουν επίσης ότι ιδεολογικοί παράγοντες μπορούν να προστατεύσουν κάποια πολιτισμικά σύνολα από την αυτοκτονία. Οι Shaffer & Piacentini (1994) υποστηρίζουν πως η αρνητική φόρτιση της έννοιας της αυτοκτονίας από τη φυλή ή την κοινότητα μπορεί να αποτρέψει τους νέους από την υιοθέτηση αυτοκτονικού μοντέλου συμπεριφοράς, ακόμα κι αν αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ενεργοποίηση μορφών παρεκκλίνουσας συμπεριφοράς, όπως η επιθετικότητα ή η χρήση ουσιών.

Τέλος, φαίνεται πως η φυλετική διάκριση απέναντι σε κάποιες κοινωνικο-πολιτισμικές ομάδες οδηγεί στη δημιουργία ισχυρού υποστηρικτικού και προστατευτικού δικτύου, το οποίο δρα ως ανασταλτικός παράγοντας σε σχέση με την αυτοκτονία (Garland & Zigler, 1993). Στην Ελλάδα, όπως ήδη αναφέρθηκε, το πρόβλημα της εφηβικής αυτοκτονίας είναι αρκετά περιορισμένο κι αυτός είναι ίσως ένας λόγος που δεν έχει μελετηθεί αρκετά. Εντούτοις, αξίζει να αναφερθεί κανείς στα ευρήματα πρόσφατης έρευνας (Τσιάντης και συν., 1994), σύμφωνα με την οποία τα ποσοστά αυτοκτονικής συμπεριφοράς στην εφηβεία είναι υψηλότερα στις αγροτικές απ' ότι είναι στις αστικές περιοχές. Είναι πιθανό ότι ο νέος στις αγροτικές περιοχές αντιμετωπίζει ακόμα περισσότερες οικογενειακές και κοινωνικές δυσκολίες να εκφραστεί και να διεκδικήσει την αυτονομία και την ανεξαρτητοποίησή του, οπότε βρίσκει συχνότερα διέξοδο σε λύσεις αυτοκαταστροφής.

Κοινωνικο-οικονομική κατάσταση

Σύμφωνα με τους Bergman & Jobes (1991), η αυτοκτονία φαίνεται να είναι ένα πραγματικά «διαταξικό» φαινόμενο, γιατί καμία κοινωνική τάξη δεν είναι απρόσβλητη. Ανεξάρτητα, όμως, από αυτή τη γενική διαπίστωση, οι στατιστικοί δείκτες αυτοκτονίας ποικίλουν ανάμεσα στις κοινωνικο-οικονομικές τάξεις σε διαφορετικές χρονικές περιόδους και κάτω από διαφορετικές συνθήκες (Bergman & Jobes, 1991). Αντίθετα, πρόσφατη έρευνα σε 1.400 εφήβους στην Αμερική έδειξε πως άτομα χαμηλότερης κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για αυτοκτονικές σκέψεις ή και για αυτοκτονική απόπειρα (Shaffer & Piacentini, 1994).

Το «πότε» και το «πού» της εφηβικής αυτοκτονίας

Σύμφωνα με τα ευρήματα ερευνών, οι περισσότεροι έφηβοι φαίνεται να αυτοκτονούν συχνότερα κατά τη διάρκεια των μηνών της άνοιξης, τις πρώτες ημέρες της εβδομάδας, συνήθως Δευτέρα, και όσον αφορά την ώρα της ημέρας, φαίνεται πως επιλέγουν κυρίως το απόγευμα ή το βράδυ. Ορισμένοι συγγραφείς σχολιάζουν πως οι διακοπές και τα σαββατοκύριακα, για άγνωστους ακόμα λόγους, φαίνεται να λειτουργούν αποτρεπτικά ως προς την υιοθέτηση αυτοκτονικής συμπεριφοράς (Bergman & Jobes, 1991, Poland, 1989, Nakamura και συν., 1994). Αξίζει να σημειωθεί επίσης πως αρκετοί έφηβοι αυτοκτονούν την ημέρα των γενεθλίων φίλου ή φίλης τους αλλά και σε περίοδο που πλησιάζουν τα δικά τους γενέθλια (Shaffer & Piacentini, 1994, Poland, 1989).

Όσον αφορά στον χώρο όπου πραγματοποιούνται οι περισσότερες αυτοκτονίες

εφήβων, οι ερευνητές φαίνεται να συμφωνούν πως το σπίτι είναι ο πιο συχνά επιλεγμένος χώρος (Poland, 1989). Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία (Bergman & Jobes (1991), το 70% των εφήβων αυτοκτονεί στο σπίτι, ενώ μόλις το 20% επιλέγει κάποιον χώρο εκτός σπιτιού. Υποστηρίζεται πως το σπίτι είναι ο χώρος στον οποίο διατίθενται τα περισσότερα μέσα αυτοκτονίας και μάλιστα πως αυτή η επιλογή αντικατοπτρίζει την αμφιταλάντευση των εφήβων ως προς την απόφασή τους. Η απόπειρα να πραγματοποιήσουν τις αυτοκτονικές τους προθέσεις στον χώρο του σπιτιού, την ώρα μάλιστα που κάποιο μέλος είναι παρόν, ίσως να εκφράζει την επιθυμία ορισμένων εφήβων για αποτροπή της πράξης (Poland, 1989).

Τα επιδημιολογικά στοιχεία που αναφέρθηκαν στοιχειοθετούν ένα πλαίσιο μέσα στο οποίο λαμβάνει χώρα η αυτοκτονική συμπεριφορά των εφήβων. Τα χαρακτηριστικά αυτού του πλαισίου αποτελούν πολύτιμες πληροφορίες προκειμένου να αξιολογηθεί και να αντιμετωπιστεί αυτό το φαινόμενο.

Παράγοντες κινδύνου

Όπως σημειώνουν οι Bergman & Jobes (1991), η εφηβεία είναι πράγματι μια δύσκολη περίοδος που συνεπάγεται συναισθηματικές, γνωστικές και σωματικές αλλαγές. Αποτελεί μια κρίσιμη μετάβαση κατά τη διάρκεια της οποίας ο νέος εγκαθιδρύει την προσωπική ταυτότητα, αναπτύσσει τις πρώτες σεξουαλικές σχέσεις και διαπραγματεύεται την είσοδο στον κόσμο των ενηλίκων. Αυτό δεν σημαίνει, όμως, πως όλοι οι έφηβοι είναι αρνητικοί και δυστυ-

χισμένοι. Οι εμπειρικές παρατηρήσεις καταδεικνύουν πως οι περισσότεροι έφηβοι είναι αισιόδοξοι, χωρίς σημαντικά προβλήματα προσαρμογής. Μια μερίδα όμως αντιμετωπίζει τέτοιες δυσκολίες που συχνά οδηγούν σε αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.

Το θεωρητικό πλαίσιο

Ένα κοινωνικό φαινόμενο, όπως η αυτοκτονία των νέων, δεν μπορεί παρά να μελετηθεί μέσω μιας πολυδιάστατης προσέγγισης. Μελετητές και θεωρητικοί από τους χώρους της ψυχολογίας, της ψυχιατρικής, της κοινωνιολογίας και της βιολογίας έχουν συμβάλει στη δημιουργία ενός θεωρητικού πλαισίου, το οποίο επιχειρεί να εξηγήσει την αυτοκτονική συμπεριφορά (Berman & Jobes, 1991).

Στο πλαίσιο της βιολογικής προσέγγισης, η αυτοκτονική συμπεριφορά ερμηνεύεται με βάση τη δυσλειτουργία των ορμονών, ιδιαίτερα της σεροτονίνης και των νευροδιαβιβαστών. Πορίσματα ερευνών έχουν οδηγήσει στη συσχέτιση της αυτοκτονίας με χαμηλά ποσοστά συγκέντρωσης υδροξυνδολεασετικού οξέος στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (Cynthia & Pfeffer, 1991, Shaffer & Piacentini, 1994, Garland & Zigler, 1993).

Σύμφωνα με το κοινωνιολογικό μοντέλο, η αυτοκτονική συμπεριφορά ερμηνεύεται μέσω της κοινωνικής θέσης του ατόμου και τους κοινωνικούς ρόλους που αυτή συνεπάγεται (Shaffer & Piacentini, 1994). Γνωστή είναι η κοινωνιολογική θεωρία της αυτοκτονίας του Durkheim. Η ανεπάρκεια του κοινωνιολογικού μοντέλου να εξηγήσει από μόνο του την αυτοκτονική συμπεριφορά οδήγησε ορισμένους θεωρητικούς στη δημιουργία μιας κοινωνιο-ψυχολογικής ερμηνείας. Σύμφωνα με αυτή τη θεώρηση, η αυ-

τοκτονία είναι το αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης τόσο κοινωνικών όσο και ψυχολογικών παραγόντων (Berman & Jobes, 1991).

Στο πλαίσιο της ψυχαναλυτικής θεωρίας, ο Freud στο βιβλίο του *Πένθος και Μελαγχολία*, προτείνει μηχανισμούς μέσα από τους οποίους το άτομο διοχετεύει τις επιθετικές του ενορμήσεις στο εσωτερικευμένο αντικείμενο που ταυτόχρονα αγαπά και μισεί. Στην περίπτωση της αυτοκτονίας, το Υπερεγώ λειτουργεί με τέτοιο τρόπο που επιτρέπει στο ένστικτο του θανάτου να οδηγήσει το Εγώ στην αυτοκαταστροφή. Το εξελικτικό μοντέλο δίνει έμφαση στα χαρακτηριστικά της αναπτυξιακής περιόδου της εφηβείας, όπως οι ταυτόχρονοι και ανταγωνιστικές ανάγκες του νέου, οι οποίες φαίνεται να είναι σύμφυτες με αυτό το στάδιο της ζωής (Berman & Jobes, 1991). Η συμπεριφορική προσέγγιση χρησιμοποιεί αρχές της μάθησης προκειμένου να εξηγήσει πώς «μαθαίνεται» η αυτοκτονική συμπεριφορά, η οποία αποδίδεται μάλιστα σε σχέσεις «ερεθίσματος-απάντησης» (Fredrick & Besnick, 1971). Ο Beck και οι συνεργάτες του (1978), ως κύριοι εκφραστές της γνωστικής θεωρίας, επισημαίνουν τον ρόλο των γνωστικών λαθών και της διαταραγμένης σκέψης στην αυτοκτονική συμπεριφορά (Berman & Jobes, 1991). Δυσκολία χειρισμού και επίλυσης διαπροσωπικών προβλημάτων έχει επίσης παρατηρηθεί σε αρκετούς εφήβους με αυτοκαταστροφικές τάσεις (Garland & Zigler, 1993).

Παράγοντες που συντελούν στην επίπτωση της αυτοκτονικής πράξης

Η συστηματική μελέτη της βιβλιογραφίας κατέδειξε την ύπαρξη μιας σειράς στρεσογόνων συνθηκών και γεγονότων η

οποία ενεργοποιεί τους υπάρχοντες μηχανισμούς που μπορεί να οδηγήσουν τους εφήβους στην υιοθέτηση αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Πορίσματα ερευνών αναφέρουν πως η τελική απόφαση για την αυτοκτονική πράξη λαμβάνεται σε κατάσταση οξείας κρίσης εξαιτίας κάποιου αγχογόνου συμβάντος (Shaffer, 1988). Πολλές φορές μάλιστα οι έφηβοι φαίνεται να εκφράζουν είτε με τον λόγο, είτε με τη συμπεριφορά τις αυτοκτονικές τους προθέσεις. Προφορικές απειλές για αυτοκτονία, ερωτήσεις για τη μεταθανάτια ζωή, επίμονη ενασχόληση με θέματα που αφορούν τον θάνατο (Martin & Waite, 1994, Crespi, 1990), καθώς και ξαφνικές και «ανεξήγητες» αλλαγές στη συμπεριφορά του εφήβου, όπως διαρκή παράπονα για ασήμαντα πράγματα, κλάματα, αδυναμία συγκέντρωσης, απουσίες από το σχολείο (Hicks, 1990) και φυγή από το σπίτι (Poland, 1989, Hendren & Blumenthal, 1989) είναι οι πιο συχνά αναφερόμενοι τρόποι έκφρασης της αυτοκτονικής διάθεσης των νέων.

Σε μια έρευνα που διεξήγαγαν ο Marttunen και συνεργάτες (1993) και αφορούσε 53 περιπτώσεις αυτοκτονίας εφήβων, επισημαίνεται ο ρόλος των αγχογόνων περιστάσεων, στο 96% του συνόλου του δείγματος, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα. Τα γεγονότα που φαίνεται να επισπεύδουν το πέρας στην αυτοκτονική πράξη είναι κυρίως οι διαμάχες με τους γονείς, τα αδέρφια ή τους φίλους, ο χωρισμός των γονέων, το τέλος μιας ερωτικής σχέσης, η απόρριψη από το άμεσο οικογενειακό, φιλικό και κοινωνικό περιβάλλον, η απώλεια αγαπημένου προσώπου, τα προβλήματα με τον νόμο και τη διοίκηση του σχολείου, καθώς και οι αλλαγές στις συνθήκες διαβίωσης κυρίως εξαιτίας οικο-

νομικών δυσχερειών (Shaffer & Piacentini, 1994, Poland, 1989, Garland & Zigler, 1993, Martin & Waite, 1994, Brent και συν., 1993α, Wilde και συν., 1993, Peach & Reddick, 1991, Crespi, 1990, Hendren & Blumenthal, 1989, Slaby & McGuire, 1989).

Παράγοντες κινδύνου

Ο ρόλος της οικογένειας

Όπως αδη αναφέρθηκε, η δομή της οικογένειας και οι σχέσεις μεταξύ των μελών της φαίνεται να παίζουν καθοριστικό ρόλο, τόσο στη γένεση σκέψεων περί αυτοκτονίας όσο και στο πέρας στην ίδια την πράξη (Martin και συν., 1995, Hendren & Blumenthal, 1989). Αναφέρεται συχνά στη βιβλιογραφία η έννοια του «αναλώσιμου παιδιού» (expendable child) προκειμένου να ερμηνευθεί η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά του εφήβου στο πλαίσιο μιας ψυχοπαθολογικής και χαοτικής οικογένειας (Cynthia & Pfeffer, 1991, Bernt και συν., 1994, Wonzica & Shapiro, 1990). Σύμφωνα με την Παπαματθαϊάκη (1988) και τους Berman & Jobes (1991), ο έφηβος άλλοτε αντιλαμβάνεται την αυτοκτονία ως τη μόνη απάντηση σε μια οικογένεια που τον συνθλίβει, άλλοτε τη χρησιμοποιεί για να τιμωρήσει τους γονείς και άλλοτε αυτή η ίδια η πράξη φαίνεται να αποτελεί την εκπλήρωση ασυνειδητων γονεϊκών επιθυμιών για θάνατο του παιδιού.

Έρευνες υπογραμμίζουν τη σημασία των οικογενειακών συνθηκών και την αρνητική επίδραση των διαρκών διαπληκτισμών μέσα στην οικογένεια, του χωρισμού των γονέων καθώς και της κακοποίησης των παιδιών από μέλη του οικογενειακού περιβάλλοντος (Marttunen και συν., 1993, Τσιάντης και συν., 1994, Cynthia & Pfeffer,

1991, Slaby & McGuire, 1989). Οι Brait και συνεργάτες (1994) υποστηρίζουν μάλιστα πως οι ενδοοικογενειακές διαμάχες συνιστούν μεγαλύτερο κίνδυνο όταν είναι χρόνιες. Επίσης, ένα κοινό χαρακτηριστικό που φαίνεται να μοιράζονται αρκετές οικογένειες με εφήβους που έχουν αυτοκτονήσει είναι η αποξένωση και η απουσία συναισθηματικής επικοινωνίας μεταξύ των μελών τους. Οι γονείς παρουσιάζονται αδιάφοροι, ψυχροί και απρόθυμοι να αναπτύξουν μια ειλικρινή συναισθηματική σχέση με τα παιδιά τους, τα οποία αισθάνονται απομονωμένα και παρείσακτα (Shaffer & Piacentini, 1994, Poland, 1989, Peach & Reddick, 1991). Συχνά είναι απορριπτικοί ενώ ταυτόχρονα έχουν υπερβολικές προσδοκίες και απαιτήσεις (Τσιάντης και συν., 1994). Οι Dukes & Corch (1989), διαπίστωσαν πως από τους εφήβους με χαμηλή απόδοση στο σχολείο, εκείνοι που δεν υποστηρίζονταν από την οικογένειά τους είχαν μειωμένη αυτοεκτίμηση και ανέπτυξαν συχνότερα αυτοκτονικές συμπεριφορές. Επίσης, σε μια έρευνα (Martin & Waite, 1994) που εκπονήθηκε στη Νότια Αυστραλία σε 681 εφήβους που σκέφτονταν την αυτοκτονία ή είχαν κάνει απόπειρες βρέθηκε ότι όταν οι γονείς ασκούν υπερβολικό έλεγχο, χωρίς αυτή η συμπεριφορά να συνοδεύεται από μια στάση ενδιαφέροντος και φροντίδας, τότε ο κίνδυνος για σκόπιμο αυτοτραυματισμό των παιδιών αυξάνεται.

Ανάμεσα στους πιο σημαντικούς και συχνότερα αναφερόμενους παράγοντες αιτιατογενέσεως είναι το ιστορικό αυτοκτονικής συμπεριφοράς, ψυχοπαθογένειας ή χρήσης ουσιών από μέλη της οικογένειας (Τσιάντης και συν., 1994, Brent, 1995, Shaffer & Piacentini, 1994, Cynthia & Pfeffer, 1991, Bernt και συν., 1994, Garland

& Zigler, 1993, Marttunen και συν., 1993). Οι Griffin & Felsenthal (1983) βρήκαν ότι οι νέοι στην οικογένεια των οποίων έχει αυτοκτονήσει ένα μέλος διατρέχουν 9 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο από άλλους εφήβους. Ο Barret (1985) σχολιάζει μάλιστα πως αυτοί οι έφηβοι οδηγούνται σε αυτή τη συμπεριφορά ως αποτέλεσμα των ενοχών για τον θάνατο των γονιών τους (Poland, 1989).

Ψυχιατρική διαταραχή

Φαίνεται ότι υπάρχει σύμπτωση απόψεων σχετικά με τη σύνδεση ψυχιατρικής διαταραχής και αυτοκτονικής συμπεριφοράς στην εφηβεία (Brent, 1995), Spirito και συν., 1988, Brent και συν., 1993). Οι Winokur & Tuang (1975) αναφέρουν πως η αυτοκτονία είναι σπάνια σε άτομα χωρίς ιστορικό ψυχιατρικής ασθένειας. Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί επιβεβαιώνουν την ύπαρξη ψυχικής νόσου στο 90% των νέων που έχουν αυτοκτονήσει (Brent και συν., 1988, Marttunen και συν., 1991, Shaffer και συν., 1988, Saffi και συν., 1988).

Άγχος (Marttunen και συν., 1993, Wilson και συν., 1995, Hau, 1994, Poland, 1989), οριακή διαταραχή προσωπικότητας (Cynthia & Pfeffer, 1991), ψυχοφυσιολογική διαταραχή (Gasquet & Choquet, 1993) και κυρίως μανιοκατάθλιψη (Arato και συν., 1988, Carsano και συν., 1992) είναι οι συχνότερα αναφερόμενοι διαγνωστικοί παράγοντες κινδύνου σε επίπεδο ψυχικής νόσου. Ο Brent και συνεργάτες (1993) μελέτησαν 67 περιπτώσεις εφήβων που είχαν αυτοκτονήσει, συλλέγοντας τις πληροφορίες τους από συνεντεύξεις με τις οικογένειές τους. Οι ερευνητές παρατήρησαν πως το 85% του δείγματος έπασχε από κάποια ψυχική ασθένεια. Συγκεκριμένα, το 49,3% υπέφερε από συναισθηματική διαταραχή

ενώ το 43,3% είχε αποκλειστικά συμπτώματα κατάθλιψης, τα οποία μάλιστα είχαν εμφανιστεί κατά τον τελευταίο χρόνο πριν την αυτοκτονική πράξη. Αρκετοί μελετητές αναφέρονται στην καταθλιπτική διαταραχή ως το πιο συχνό σύμπτωμα αυτοκτονικών σκέψεων και πράξεων, υποστηρίζοντας πως πολλές αυτοκτονικές ενέργειες συμβαίνουν στο πλαίσιο καταθλιπτικού επεισοδίου (Pagliaro, 1995), (Gasquet & Choquet, 1994, Adams και συν., 1994, Silbert & Berry, 1993, Brent και συν., 1993β, Hicks, 1990). Οι Withers & Kaplan (1987) παρατήρησαν πως τα 2/3 των εφήβων που αυτοκτονούν πάσχουν από καταθλιπτικό σύνδρομο. Η καταθλιπτική διαταραχή φαίνεται επίσης να συνιστά μεγαλύτερο κίνδυνο για αυτοκτονία όταν υπάρχει σε εφήβους με αυτοκτονική ιδεοληψία (Martin & Waite, 1994) ή σε νέους των οποίων η οικογένεια είναι αποδιοργανωμένη (Marttunen και συν., 1993).

Ο Davis (1985) διατηρεί μια κριτική στάση, ισχυριζόμενος πως παρά τη σύνδεση εφηβικής αυτοκτονίας και κατάθλιψης δεν μπορεί κανείς να εικάσει ότι «όλοι οι έφηβοι που αυτοκτονούν είναι καταθλιπτικοί» ή ότι «όλοι οι έφηβοι με κατάθλιψη έχουν παραάλλα και τάσεις αυτοκτονίας».

Χρήση ουσιών και αντικοινωνική συμπεριφορά

Αρκετές έρευνες αναφέρουν τη χρήση ουσιών και την αντικοινωνική συμπεριφορά ως δύο από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που οδηγούν στην αυτοκτονία των εφήβων (Shaffer και συν., 1996, Berman & Jobes, 1991, Brent και συν., 1995, Silbert & Berry, 1993, Marttunen και συν., 1991, Firestone & Seiden, 1990, Brent, 1995, Hendren & Blumenthal, 1989). Το 35

έως 50% των νέων που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν κάνουν χρήση ναρκωτικών ή αλκοόλης και μάλιστα βρίσκονται υπό την επήρειά τους, κατά τη διάρκεια της πράξης (Poland, 1989, Hicks, 1990, Cynthia & Pfeffer, 1991, Garland & Zigler, 1993). Επιπλέον, πρόσφατη έρευνα έδωσε έμφαση στον ρόλο της αντικοινωνικής συμπεριφοράς σε ποσοστό 45% των αυτοκτονιών που μελετήθηκαν (Marttunen και συν., 1994).

Υποστηρίζεται πως η κοινωνική απομόνωση και η εξάρτηση από ουσίες εγκυμονούν μεγαλύτερο κίνδυνο όταν βρίσκονται σε αλληλεπίδραση με άλλους αιτιολογικούς παράγοντες, όπως μανιοκατάθλιψη, άγχος, προβληματικές, κοινωνικές και ενδοοικογενειακές σχέσεις και ιστορικό προηγούμενης αυτοκτονικής απόπειρας (Bukstein και συν., 1991, Marttunen και συν., 1994, Brent και συν., 1993). Επίσης, η αποκλίνοσα συμπεριφορά ενδέχεται να συνιστά μάλλον σύμπτωμα παρά εξήγηση του προβλήματος (Dukes & Lorch, 1989), καθώς η κατανάλωση αλκοόλ ή άλλων παραισθησιογόνων μειώνει την ικανότητα κρίσης και τις αντιστάσεις του εφήβου, συνεπάγεται δυσκολίες σε όλους τους τομείς της προσωπικής και κοινωνικής τους ζωής και κατ'επέκταση αυξάνει την πιθανότητα υιοθέτησης επικίνδυνων για τη ζωή συμπεριφορών (Poland, 1989, Bukstein και συν., 1991, Garland & Zigler, 1993).

Η μίμηση, τα ΜΜΕ και η μουσική

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, αναφέρεται ότι τα αυξημένα ποσοστά της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς των νέων μπορούν να αποδοθούν και στην επιρροή που ασκούν τηλεοπτικές εκπομπές, ταινίες και βιβλία που αφορούν σε περιπτώσεις αυτοκτονίας (Shaffer & Piacentini, 1994,

Poland, 1989, Cynthia & Pfeffer, 1991, Garland & Zigler, 1993, Hazell, 1991). Ο Radecki (1986) αναφέρει ότι η προβολή της ταινίας *Ο Ελαφοκυνηγός* προκάλεσε ή επηρέασε τη μέθοδο που χρησιμοποιήθηκε σε 48 αυτοκτονίες. Επίσης, η μίμηση παρουσιάζεται ως παράγοντας πρόκλησης ή επίσπευσης σκόπιμου αυτοτραυματισμού μετά από αυτοκτονία φίλου, συμμαθητή ή γνωστού εφήβου (Garland & Zigler, 1993, Hazell, 1991).

Αξιίζει να αναφερθεί η έμφαση που δίνεται στις μουσικές επιλογές των νέων που αυτοκτονούν α κάνουν απόπειρες (Citman & Farberow, 1994). Σχετική έρευνα που εκπονήθηκε από τους Martin και συνεργάτες (1993) σε δείγμα 344 εφήβων επιβεβαίωσε τη σχέση ανάμεσα στη ροκ και χέβι μέταλ μουσική και την κατάθλιψη, την εγκληματικότητα, τη χρήση ναρκωτικών και τις αυτοκτονικές συμπεριφορές. Αυτού του είδους η μουσική θεωρήθηκε επικίνδυνη εξαιτίας των στίχων ορισμένων τραγουδιών, οι οποίοι πραγματεύονται θέματα όπως η αυτοκαταστροφή και η απελπισία. Επιπλέον, είναι γνωστή η τάση των εφήβων να εξιδανικεύουν και να ταυτίζονται με τους καλλιτέχνες της αγαπημένης τους μουσικής. Ο Barrett (1985) και ο Poland (1989) σχολιάζουν το ενδεχόμενο η μουσική απλά να αντικατοπτρίζει τη συναισθηματική αναστάτωση που ήδη νιώθει ο έφηβος. Ο νέος που αντιμετωπίζει προσωπικά ή οικογενειακά προβλήματα μπορεί να αναζητά στους στίχους της μουσικής τον τρόπο να μοιραστεί και να εκφράσει τη ματαίωση ή την οργή που νιώθει. Η παρουσία ενός ή περισσότερων από τους παραπάνω παράγοντες ενδέχεται ορισμένες φορές να δρα παράλληλα με την ανάγκη του εφήβου να χρησιμοποιήσει την επικείμενη απόπειρα προκειμένου να ελ-

κύσει την προσοχή. Η αυτοκτονική απόπειρα, όσο ασήμαντη ή ακίνδυνη και αν θεωρείται από το περιβάλλον, πολλές φορές αποτελεί μια απελτισμένη έκκληση του νέου για βοήθεια και φροντίδα (Poland, 1989).

Πρόληψη και αντιμετώπιση

Προγράμματα πρόληψης

Τα προγράμματα πρόληψης της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς των νέων αποτελούν μια σχετικά νέα πρακτική, καθώς οι αυξητικές τάσεις του προβλήματος τα τελευταία 20 χρόνια έχουν προκαλέσει ιδιαίτερη ανησυχία (Hicks, 1990). Παρά το γεγονός ότι τα περισσότερα απ' αυτά εφαρμόζονται σε σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Kalafat, 1990, Range, 1993), ο σχεδιασμός τους περιλαμβάνει και την ενημέρωση ολόκληρης της κοινότητας, με σκοπό την εγκαθίδρυση ενός υποστηρικτικού δικτύου το οποίο θα αποτελεί σταθερό σημείο αναφοράς για τους νέους που το έχουν ανάγκη. Η συνεργασία της πολιτείας κρίνεται σημαντική τόσο για τη χρηματοδότηση αυτών των πρωτοβουλιών όσο και για τη θέσπιση νόμων που θα ελέγχουν την κατοχή και χρήση όπλων (Garland & Zigler, 1993, Hazell, 1991, Bukstein και συν., 1991, Pagliaro, 1995, Brent & Perper, 1995).

Αρκετοί συγγραφείς επισημαίνουν επίσης τη συμβολή των ΜΜΕ στην πληροφόρηση και την ευαισθητοποίηση του κοινού (Hicks, 1990, Garland & Zigler, 1993). Ο Garland και συνεργάτες (1989), μελετώντας 899 προγράμματα πρόληψης που πραγματοποιήθηκαν στην Αμερική, βρήκαν ότι το 96% απ' αυτά απευθύνονταν σε εφήβους και το 89% αφορούσε και στην εκ-

παίδευση του προσωπικού του σχολείου. Η μέση διάρκειά τους ήταν 3,8 ώρες και διεξάγονταν κυρίως από επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε συνεργασία με δασκάλους και σχολικούς συμβούλους (Garland & Zigler, 1993, Smaby και συν., 1990). Αυτά τα προγράμματα έχουν εκπαιδευτικό χαρακτήρα και επιδιώκουν να ενημερώσουν σχετικά με την έκταση και τη σημασία του φαινομένου, καθώς και τα προειδοποιητικά σημάδια της αυτοκτονικής συμπεριφοράς (Shaffer & Piacentini, 1994). Παρέχουν επίσης πληροφορίες για τις θεραπευτικές μονάδες της κοινότητας και τους τρόπους παραπομπής σε αυτές (Garland & Zigler, 1993, Hicks, 1990, Malley και συν., 1994, Ryerson, 1990, Morrisey και συν., 1995). Ο θεραπευτικός άξονας πάνω στον οποίο κινούνται παρουσιάζει την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά ως απάντηση σε αγχογόνες καταστάσεις και γεγονότα. Αυτό το «μοντέλο στρες», όπως το ονομάζουν οι Garland & Zingler (1993), αρνείται ή υποβαθμίζει τον ρόλο της ψυχικής διαταραχής στην αυτοκτονία και κατ' επέκταση θεωρεί πως όλοι οι νέοι είναι ευάλωτοι. Η λογική πίσω απ' αυτή την προσέγγιση συνίσταται στο ότι η «αποσύνδεση» της αυτοκτονίας από την ψυχιατρική ασθένεια θα ενθαρρύνει τους νέους με αυτοκτονική ιδεοληψία να απευθυνθούν ευκολότερα για βοήθεια (Garland και συν., 1989, Garland & Zigler, 1993). Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων πρόληψης κρίνεται αμφίβολη, λαμβάνοντας υπόψη τον περιορισμένο αριθμό ερευνών που ασχολήθηκαν με την αξιολόγησα τους αλλά και τη δριμύτατη κριτική που τους ασκήθηκε (Hazell, 1991). Καταρχάς, οι περισσότεροι από τους μαθητές που συμμετείχαν φαίνεται πως ήδη είχαν αρκετές γνώσεις για τις διαστάσεις του

συγκεκριμένου προβλήματος καθώς και για τις διαδικασίες παραπομπής σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Αποτέλεσε μάλιστα ηθικό ζήτημα η «έκθεσή» τους σε αυτά. Επιπλέον, η παρακολούθησή τους από μαθητές που είχαν κάνει απόπειρα ή είχαν αυτοκαταστροφικές σκέψεις φαίνεται πως άσκησε από περιορισμένη έως αρνητική επιρροή. Όχι μόνο δεν κατάφερε να επιφέρει αλλαγή στις στάσεις αυτών των μαθητών αλλά, όπως ισχυρίστηκαν οι ίδιοι, τους προκάλεσε αναστάτωση και άγχος.

Η τακτική κατά την οποία τα εκπαιδευτικά προγράμματα απευθύνονται άμεσα στους εφήβους αποδείχθηκε όχι μόνο αναποτελεσματική αλλά και επικίνδυνη. Η έρευνα του Shaffer (1988) σχολιάζει πως η συμβολή τους υπήρξε σημαντική, όταν αυτά αναφέρονταν σε δασκάλους οι οποίοι μπορούσαν να αναγνωρίζουν και να παραπέμψουν τους νέους που διέτρεχαν κίνδυνο. Τα περισσότερα όμως πυρά της κριτικής συγκέντρωσε η θεωρητική βάση των προγραμμάτων, η οποία χαρακτηρίστηκε ανακριβής. Η συγκεκριμένη θεωρητική προσέγγιση διαστρεβλώνει την πραγματικότητα τη στιγμή που παραβλέπει τα εμπειρικά δεδομένα βάσει των οποίων η ψυχική ασθένεια αναγνωρίζεται ως ένας από τους πιο σημαντικούς αιτιολογικούς παράγοντες της αυτοκτονίας των νέων. Στο πλαίσιο αυτής της τοποθέτησης οι έφηβοι κινδυνεύουν να αντιληφθούν την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά ως συνηθισμένη και αποδεκτή πρακτική, η οποία ενδέχεται να αποτελέσει διέξοδο σε προβλήματα (Garland και συν., 1989, Garland & Zigler, 1993). Οι Garland και συν. (1989) παρατηρούν πως η αυτοκτονία μπορεί να παρουσιαστεί ως λιγότερο ελκυστική λύση αν συνδεθεί με την ψυχική νόσο.

Παρέμβαση στην κρίση και θεραπεία

Προγράμματα παρέμβασης στην κοινότητα μετά από αυτοκτονία

Αρχετοί συγγραφείς (Garland & Zigler, 1993, Hazell, 1991) αναγνωρίζουν την τάση των εφήβων για μίμηση ως ένα σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την αυτοκτονική συμπεριφορά. Εμπειρικά ευρήματα και μελέτες (Hazell, 1993, Hazell, 1991, Hill, 1984) επιβεβαιώνουν την παραπάνω άποψη, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις όπου ευάλωτοι νέοι αντιμετωπίζουν την αυτοκτονία συμμαθητή ή φίλου τους.

Η ανάγκη παρέμβασης μετά από αυτοκτονία επισημάνθηκε από Αμερικανούς ερευνητές (Bozigar και συν., 1989, Brent και συν., 1989, Wenckstern & Leenars, 1991) οι οποίοι παρατήρησαν φαινόμενα επαναλαμβανόμενων αυτοκτονικών πράξεων κυρίως σε σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Αυτά τα προγράμματα παρέμβασης συνιστούν μια θεραπευτική διαδικασία, η οποία λαμβάνει χώρα σε μια κοινότητα όπως αυτή του σχολείου, όταν κάποιος από τα μέλη της έχει αυτοκτονήσει (Hazell & Lewin, 1993). Παίζουν έναν διττό ρόλο καθώς λειτουργούν τόσο προληπτικά, αναφορικά με τους μαθητές που φαίνεται να διατρέχουν κίνδυνο όσο και υποστηρικτικά για τους ανθρώπους του άμεσου περιβάλλοντος (Mauk και συν., 1994, Shaffer & Piacentini, 1994, Hazell, 1991). Η διαρκής συνεργασία με το διδακτικό προσωπικό αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της αποδιοργάνωσης που εμφανίζεται στον χώρο του σχολείου. Συμβάλλει επίσης στην αναγνώριση των περισσότερων ευάλωτων μαθητών, οι οποίοι είναι συνήθως οι στενοί φίλοι του αυτόχειρα ή άτομα με συμπτώματα κατα-

θλιπτικής διαταραχής. Οι Garland & Zigler (1993) αναφέρουν πως αυτή η διαδικασία οφείλει να γίνεται προσεκτικά και υπεύθυνα γιατί, σε περίπτωση λανθασμένης εκτίμησης, το στίγμα που συνεπάγεται η αυτοκτονική πρόθεση μπορεί να αποβεί καταστροφικό. Η ομάδα αναλαμβάνει επίσης να ενημερώσει για τις θεραπευτικές πηγές που διατίθενται στο σχολείο και την κοινότητα, ώστε να υπάρξει άμεση παρέμβαση και συνέχιση της θεραπείας αν χρειαστεί. Στο πλαίσιο αυτής της διαδικασίας δίνεται η ευκαιρία τόσο στους γονείς όσο και στους δασκάλους και τους φίλους του εφήβου που αυτοκτόνησε να μιλήσουν για αυτόν, να επεξεργαστούν τα συναισθήματα που τους προκάλεσε η είδηση του θανάτου του, καθώς και να εκφράσουν τη θλίψη και τη μοναξιά που νιώθουν. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στην ανακούφιση των αισθημάτων ενοχής που βασανίζουν κυρίως τους γονείς, προσπαθώντας παράλληλα να ελαχιστοποιήσουν την ανάγκη όλων να αποδώσουν την αυτοκτονική ενέργεια του αγαπημένου τους προσώπου σε κάποιο εξιλαστήριο θύμα (Shaffer & Piacentini, 1994, Hazell, 1991).

Η εφαρμογή αυτών των προγραμμάτων προκάλεσε μια σειρά από ερωτήματα, το κυριότερο από τα οποία αφορά στην αποτελεσματικότητά τους. Γι' αυτό, αναγνωρίζεται η ανάγκη σχεδιασμού ερευνών που θα τα ελέγχουν και θα τα αξιολογούν (Hazell, 1991, Shaffer & Piacentini, 1994, Garland & Zigler, 1993).

Θεραπευτικές προτάσεις

Αξιολόγηση κινδύνου

Πριν από τον σχεδιασμό του θεραπευτικού πλαισίου, ο κλινικός επιστήμονας θα

πρέπει να εκτιμήσει πόσο άμεσος είναι ο κίνδυνος πραγματοποίησης μιας αυτοκτονικής πράξης από τον έφηβο (Cynthia & Pfeffer, 1991). Αυτή η αξιολόγηση είναι ίσως το δυσκολότερο κομμάτι της θεραπευτικής διαδικασίας τη στιγμή που αρκετοί έφηβοι περνούν στην αυτοκτονία αυθόρμητα, χωρίς προειδοποιητικά σημάδια ή προηγούμενα συμπτώματα (Hicks, 1990, Berman & Jobes, 1991). Αρχικά ο θεραπευτής ενημερώνεται για το ψυχιατρικό και οικογενειακό ιστορικό. Σύμφωνα με πολλούς ερευνητές, ο κίνδυνος εμφανίζεται αυξημένος όταν ο νέος έχει κάνει προηγούμενη απόπειρα ή έχει εκφράσει με τον λόγο ή τη συμπεριφορά του πρόθεση να αυτοκτονήσει (Lester-Παπαματθαίακη, 1988, Berman & Jobes, 1991, Hicks, 1990, Cynthia & Pfeffer, 1991, Shaffer & Piacentini, 1994, Garland & Zigler, 1993, Shaffer και συν., 1996, Martin και συν., 1995, Brent και συν., 1995, Marttunen και συν., 1993, Spirito και συν., 1992, Brent & Perper, 1995). Σε αυτές τις πρώτες συναντήσεις, ο κλινικός προσπαθεί να δημιουργήσει ένα θερμό κλίμα και μια σχέση εμπιστοσύνης με τον έφηβο, η οποία χαρακτηρίζεται από αποδοχή και κατανόηση (Λοφέρ, 1992, Hicks, 1990). Σε αυτό το στάδιο, ο θεραπευτής δεν θα πρέπει να διστάσει να τον ρωτήσει ευθέως για την πρόθεσή του να βλάψει τον εαυτό του. Οι νέοι τις πιο πολλές φορές ανοίγονται, ανταποκρίνονται θετικά και απαντούν με ειλικρίνεια.

Γενικά, οι περισσότεροι συγγραφείς φαίνεται να συγκλίνουν στην άποψη ότι άμεση θεραπευτική παρέμβαση προτείνεται στις περιπτώσεις όπου ο έφηβος εμφανίζεται να έχει οργανώσει ένα συγκεκριμένο σχέδιο αυτοκτονίας, το οποίο μάλιστα έχει σχεδιαστεί με τέτοιο τρόπο ώστε να

οδηγήσει σε σίγουρο θάνατο. Οι πρώτες συνεντεύξεις δεν έχουν μόνο αναγνωριστικό χαρακτήρα. Ο θεραπευτικός τους ρόλος είναι εξίσου σημαντικός. Η σχέση θεραπευτή και θεραπευόμενου που εγκαθιδρύεται θα καθορίσει την πορεία της θεραπείας και θα επηρεάσει την αποτελεσματικότητά της (Berman & Jobes, 1991).

Νοσηλεία

Στις περιπτώσεις όπου η κατάσταση του εφήβου κρίνεται επικίνδυνη και κρίσιμη η νοσηλεία συνιστά την πιο συχνά προτεινόμενη λύση. Η επιλογή του συγκεκριμένου τύπου παρέμβασης βασίζεται σε μια σειρά από κριτήρια. Τα πιο βασικά απ' αυτά είναι η παρουσία έντονου άγχους, οργής, πανικού α ανεξέλεγκτα βίαιης συμπεριφοράς, ύπαρξη ψυχιατρικής διαταραχής, άρνηση συμμετοχής σε άλλου είδους θεραπεία και κυρίως απουσία υποστηρικτικού δικτύου από το οικογενειακό ή το φιλικό περιβάλλον (Shaffer & Piacentini, 1994, Berman & Jobes, 1991).

Πολλοί μελετητές εκτιμούν ότι το ψυχιατρικό νοσοκομείο αποτελεί ένα δομημένο και ισορροπημένο πλαίσιο μέσα στο οποίο είναι δυνατή η σταθεροποίηση και η βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης του νέου. Το νοσηλευτικό προσωπικό παίζει σημαντικό ρόλο καθώς είναι συνυπεύθυνο για τη στήριξη, τη φροντίδα και την ασφάλεια του νοσηλευόμενου εφήβου (Cynthia & Pfeffer, 1991, Berman & Jobes, 1991, Morrissey και συνεργάτες 1995). Ο Marttunen και συνεργάτες (1993) εφιστούν την προσοχή αναφορικά με την απόφαση της διακοπής της νοσηλείας, η οποία οφείλει να εξετάζεται πολύ προσεκτικά. Οι ίδιοι αναφέρουν περιπτώσεις εφήβων που πραγματοποίησαν αυτοκτονική απόπειρα μέσα

σε ένα χρόνο μετά από την έξοδό τους από το ψυχιατρικό νοσοκομείο.

Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη

Η ατομική ψυχοθεραπεία είναι ένας εναλλακτικός τρόπος παρέμβασης που μπορεί όμως να λειτουργεί συμπληρωματικά και παράλληλα με τη νοσηλεία. Η καθοδηγητική αρχή που είναι σκόπιμο να τη διέπει είναι να αποκτήσει ο έφηβος κάποια αυτογνωσία και να καταλάβει το νόημα του στρες ή της διαταραχής του, ώστε να νιώσει ότι μπορεί να επέμβει και να συμβάλει ενεργά στην πορεία της θεραπείας του (Λοφέρ, 1992). Ο θεραπευτής οφείλει να διατηρεί μια ενσυναισθητική στάση μέσα απ' την οποία θα προσπαθήσει ο ίδιος μαζί με τον νέο να κατανοήσουν τα κίνητρα αλλά και τα βαθύτερα αίτια της αυτοκτονικής συμπεριφοράς.

Ο γνωστικός προσανατολισμός εμφανίζεται ως ένα σημαντικό στοιχείο της θεραπευτικής διαδικασίας με την έννοια της ανάπτυξης νέων στρατηγικών χειρισμού και αντιμετώπισης της πραγματικότητας (Cynthia & Pfeffer, 1991). Η φαρμακευτική αγωγή ενδείκνυται κυρίως όταν η ύπαρξη μιας ψυχιατρικής διαταραχής καθιστά δύσκολη την επικοινωνία. Τα αντικαταθλιπτικά είναι τα φάρμακα που χορηγούνται συχνότερα σε αυτές τις περιπτώσεις (Lester-Παπαματθαϊάκη, 1988, Λοφέρ, 1992, Cynthia & Pfeffer, 1991, Bukstein και συν., 1991).

Όπως ήδη έχει αναφερθεί, η δυναμική

της οικογένειας είναι συχνά συνδεδεμένη με την εμφάνιση αυτοκαταστροφικών τάσεων. Πολλοί είναι λοιπόν οι συγγραφείς που θεωρούν απαραίτητη τη συμμετοχή της οικογένειας στο θεραπευτικό πλαίσιο (Lester-Παπαματθαϊάκη, 1988, Cynthia & Pfeffer, 1991, Pagliaro, 1995, Brent & Perper, 1995, Crespi, 1990). Η ανάγκη αυτή γίνεται ακόμη πιο επιτακτική όταν οι ενδοοικογενειακές συγκρούσεις ή η ψυχοπαθολογία των γονέων αποτελεί τροχοπέδη στην αποθεραπεία του εφήβου (Brent και συν., 1994).

Η γνωστική- συμπεριφορική προσέγγιση θεωρείται το πιο κατάλληλο σχήμα παρέμβασης ικανό να αλλάξει την παθογενή δομή της οικογένειας ενθαρρύνοντας τις θετικές αλληλεπιδράσεις των μελών της. Βασικός στόχος αυτής της οπτικής είναι να διδάξει πώς αναγνωρίζονται αλλά και πώς αντιμετωπίζονται τα γεγονότα και οι συνθήκες που μπορούν να οδηγήσουν σε διαπληκτισμούς, συναισθηματική αναστάτωση ή αυτοκτονική συμπεριφορά (Shaffer & Piacentini, 1994, Rotheram και συν., 1994). Οι Cynthia και Pfeffer (1991) προτείνουν ότι το θεραπευτικό σχήμα οφείλει να είναι ευέλικτο, ικανό να προσαρμοστεί στις ιδιαίτερες ανάγκες και αδυναμίες του νεαρού θεραπευομένου. Η συνεργασία του κλινικού με άλλους επαγγελματίες υγείας καθώς και με πρόσωπα από το άμεσο περιβάλλον του εφήβου, όπως ο οικογενειακός γιατρός και ο σχολικός σύμβουλος, καθίσταται εξαιρετικά σημαντική για τη σταθεροποίηση της ψυχικής υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- Adams D.M., Overholser J.C., Spirito A. Stressful life events associated with adolescent suicide attempts. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1994, 39, 1, 43-48.
- Adcock A.G., Nagy S., Simpson J.A. Selected risk factors in adolescent attempts. *Adolescence*, 1991, 26, 104, 817-828.
- Berman Al., Jobes D. *Adolescent Suicide. Assessment and Intervention*, 1991.
- Brent D.A. Risk factors for adolescent suicide and suicidal behavior. Mental and substance abuse disorders, family environmental factors and life stress. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 1995, 25, 52-63.
- Brent D.A., Perper J.A., Moritz G., Alhuan C., et al. Psychiatric risk factors for adolescent suicide: A Case-control study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1993, 32, 3, 521-529.
- Brent D.A., Perper J.A. Research in adolescent suicide: Implications for training, service delivery and public policy. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 1995, 25, 2, 222-230.
- Brent D.A., Perper J.A., Moritz G., Allman C., et al. Psychiatric sequelae to the loss of an adolescent peer to suicide *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1993, 32, 3, 509-517.
- Brent D.A., Perper J.A., Moritz G., Baugher M., et al. Stressful life events, psychopathology, and adolescent suicide. A case control study. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 1993, 23, 3, 179-187.
- Brent D.A., Perper J.A., Moritz G., Liotus L., et al. Posttraumatic stress disorder in peers of adolescent suicide victims. Predisposing factors and phenomenology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1995, 34, 2, 209-215.
- Brent D.A., Perper J.A., Moritz G., Liotus L., Schweers J., Balach L., Roth C. Familial risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1994, 89, 52-58.
- Bukstein O.G., Brent D.A., Perper J.A., Moritz G., Baugher M., Schweers J., Roth C., Balach L. Risk factors for completed suicide among adolescents with a lifetime history of substance abuse: a case-control study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1993, 88, 403-408.
- Coder T.I., Nelson R.E., Ayward L.K. Suicide among secondary students. *School Counselor*, 1991, 38, 5, 358-361.
- Crespi T.D. Approaching adolescent suicide. Queries and signposts. *School Counselor*, 1990, 37, 4, 256-260.
- Cynthia R., Pfeffer M.D. Attempted suicide in children and adolescents. Causes and management. *Child and Adolescent Psychiatry. A comprehensive Textbook*, by Melvis Lewis, 1991.
- Dukes R.L., Lorch B.D. The effects of school, family, self-concept and deviant behavior on adolescent suicide ideation. *Journal of Adolescence*, 1989, 12, 3, 239-251.
- Firestone R.W., Seiden R.H. Psychodynamics in adolescent suicide. Special Issue. College student suicide. *Journal of*

- College Student Psychotherapy*, 1990, 4, 3-4, 101-123.
- Garland M.A., Shaffer M.D., Whittle B.A. A national survey of school-based adolescent suicide prevention programs. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1989, 28, 6, 931-934.
- Garland F., Zigler E. Adolescent suicide prevention. Current research and social policy implications. *American Psychologist*, 1993, 48, 2, 169-182.
- Gasquet I., Choquet M. Gender role in adolescent suicidal behaviour: observations and therapeutic implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1993, 87, 59-65.
- Gasquet I., Choquet M. Hospitalization in a pediatric ward of adolescent suicide attempters admitted to general hospitals. *Journal of Adolescent Health*, 1994, 15, 5, 416-422.
- Hau K.T. Adolescent suicide clusters. Possible causes and misconceptions. *Bulletin of the Hong Kong Psychological Society*, 1994, 32-35, 84-95.
- Hazell P. Adolescent suicide clusters. Evidence, mechanisms and prevention. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1993, 27, 4, 653-665.
- Hazell P. Postvention after teenage suicide. an Australian experience. *Journal of Adolescence*, 1991, 14, 335-342.
- Hazell P., Lewin T. An evaluation of postvention following adolescent suicide. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 1993, 23, 2, 101-109.
- Heacock D.R. Suicidal behavior in Black and Hispanic youth. *Psychiatric Annals*, 1990, 20, 3, 134-142.
- Hendren R.L., Blumenthal S.J. Adolescent suicide. recognition and management in the forensic setting. *Forensic Reports*, 1989, 2, 1, 47-63.
- Hicks B.B. *Youth Suicide*. A comprehensive manual for prevention and intervention, 1990.
- Kalafat J. Adolescent suicide and the implications for school response programs. *School Counselor*, 1990, 37, 5, 359-369.
- Κάσιμος Χ. Τα προβλήματα των εφήβων και τα αίτια που τα προκαλούν. *Παιδιατρική*, 1983, 46, 1-3.
- Lester-Παπαματθαϊάκη Ε. Η κατάθλιψη παιδιών και εφήβων - Αυτοκτονία. *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής*, 1988.
- Levy S.R., Jurkovic G.L., Spirito A. A multisystem analysis of adolescent suicide attempters. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1995, 23, 2, 221-234.
- Litman R.E., Farberow N.L. Pop-rock music as precipitating cause in youth suicide. *Journal of Forensic Sciences*, 1994, 39, 2, 494-499.
- Μαλακά-Ζαφειρίου Κ. Η αυτοκτονία στους εφήβους. *Παιδιατρική*, 1983, 46, 4-8.
- Malley P.B., Kusch F., Bogo R.J. School-based adolescent suicide prevention and intervention programs: A survey. *School Counselor*, 1994, 42, 130-136.
- Martin G., Clarke M., Pearce C. Adolescent suicide. Music preference as an indicator of vulnerability. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1993, 32, 3, 530-535.
- Martin G., Rozanes P., Pearce C., Allison S. Adolescent suicide, depression and family dysfunction. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1995, 92, 5, 336-344.
- Martin G., Waite S. Parental bonding and vulnerability to adolescent suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1994, 89, 246-254.

- Marttunen M.J., Aro H.M., Henriksson M.M., Lonnqvist J.K. Antisocial behavior in adolescent suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1994, 89, 167-173.
- Marttunen M.J., Aro H.M., Henriksson M.M., Lonnqvist J.K. Mental disorders in adolescent suicide. DSM III R Axes I and II diagnoses in suicides among 13 to 19 year olds in Finland. *Archives of General Psychiatry*, 1991, 48, 9, 834-839.
- Marttunen M.J., Aro H.M., Lonnqvist J.K. Precipitant Stressors in adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1993, 32, 6, 1178-1183.
- Marttunen M.J., Aro H.M., Lonnqvist J.K. Adolescence and suicide. A review of psychological autopsy studies. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1993, 2, 1, 10-18.
- Mauk G.W., Gibson D.G., Rodges P.L. Suicide postvention with adolescents. School consultation practices and issues. *Education and Treatment of Children*, 1994, 17, 4, 468-483.
- May P.A., Van-Winkle N. Indian adolescent suicide. The epidemiological picture on New Mexico. Amer. Ind. *Alaska Native Mental Health Research*, 1994, 4, 5-34.
- Μόζες Λ. *Εφηβική Διαταραχή και Ψυχικός Κλονισμός*, 1992.
- Morano C.D., Cilser R.A., Lemerond J. Risk factors for adolescent suicidal behavior. Loss, insufficient familial support, and hopelessness. *Adolescence*, 1993, 28, 112, 851-865.
- Morrissey R.F., Dicker R., Abikoff H., Alvir J.M.J., et al. Hospitalizing the suicidal adolescent. An empirical investigation of decision-making criteria. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1995, 34, 7, 902-911.
- Μπεράτη Σ. *Αυτοκτονική Συμπεριφορά στην εφηβεία. Εφηβεία: Ένα μεταβατικό στάδιο σε ένα μεταβαλλόμενο κόσμο*. 1994.
- Nakamura J.K., McLeod C.R., McDermott J.F. Temporal variation in adolescent suicide attempts. *Suicide and Life threatening behaviour*, 1994, 24, 4, 343-349.
- Ξυπολυτά Α., Παπαθανασίου Δ., Καρδαρά Μ., Καρπούζας Ι. Απόπειρες αυτοκτονίας στην εφηβική ηλικία. *Δελτίο Παιδιατρικής*, 1977, 24, 127-131.
- Pagliaro C.A. Adolescent depression and suicide. A review and analysis of the current literature. *Canadian Journal of School Psychology*, 1995, 11, 2, 191-201.
- Peach L., Reddick T.L. Counselors can make a difference in preventing adolescent suicide. *School Counselor*, 1991, 39, 2, 107-110.
- Poland S. *Suicide Intervention in the Schools*. 1989.
- Rauge L.M. Suicide prevention. Guidelines for schools. *Education Psychology Review*, 1993, 5, 2, 135-154.
- Rotheram B.M.J., Piacentini J., Miller S., Graae F., et al. Brief cognitive-behavioral treatment for adolescent suicide attempters and their families. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1994, 33, 4, 508-517.
- Rotheram B.M.J., Trautman P.D., Dopkins S.C., Shrout P.E. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1990, 58, 50, 554-561.
- Ryerson D. Suicide awareness education in schools. The development of a core program and subsequent modifications for special populations or institutions. *Special*

- Issue: Suicide prevention in schools. *Death Studies*, 1990, 14, 4, 371-390.
- Ryland D.H., Kruesi M.J. Suicide among adolescents. *Intern Review of Psychiatry*, 1992, 4, 2, 185-195.
- Shaffer D., Gould M.S., Fisher P., Trutman P., et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 1996, 53, 4, 339-348.
- Shaffer D., Piacentini. Suicide and attempted suicide. *Child and adolescent Psychiatry* by Michael Rutter, Eric Taylor and Lionel Herson, 1994.
- Shek D.T.L. Adolescent suicide in Hong Kong. 1980- 1991. *International Journal of Adolesc. Medicine and Health*, 1995, 8, 1, 65-86.
- Silbert K.L., Berry G.L. The Suicidal adolescent and special services providers. *Guidelines for early identification*. Special services in the schools, 1993, 7, 1, 65-77.
- Slaby A.E., McCuire P.L. Residential management of suicidal adolescents. *Residential Treatment for Children and Youth*, 1989, 7, 1, 23-43.
- Smaby M.H., Peterson T.L., Bergmann P.E., Bacig K.Z., et al. School-based community intervention. The school counselor as lead consultant for suicide prevention and intervention programs. *School Counselor*, 1990, 37, 5, 370-377.
- Spirito A., Plummer B., Gisbert M., Levy S., et al. Adolescent suicide attempts. Outcomes at follow-up. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1992, 62, 3, 464-468.
- Spirito A., Stark L., Fristad M., Hart K., et al. Adolescent suicide attempters hospitalized on a pediatric unit. *Annual Progress in child Psychiatry and Child Development*, 1988, 655-674.
- Spirito A., Sterling C., Donaldson D.L., Arrigan M.E. Factor analysis of the suicide attempters. *Journal of Personality Assessment*, 1996, 67, 1, 90-101.
- Wilde E.J., Kienhorst I.C., Diekstra R.F., Wolters W.H. the specificity of psychological characteristics of adolescent suicide attempters. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1993, 32, 1, 51-59.
- Wilson K.G., Stelzer J., Bergman J.N., Kral M.J., et al. Problem solving , stress and coping in adolescent suicide attempts. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 1995, 25, 2, 241-252.
- Woznica J.G., Shapiro J.R. An analysis of adolescent suicide attempts. The expendable child. *Journal of Pediatric Psychology*, 1990, 15, 6, 789-796.