


Εκπαίδευση της αστυνομίας για την παρέμβαση στην αυτοκτονία

Δράσεις για την αποτροπή των αυτοκτονιών
και δεξιότητες για τον χειρισμό
της αυτοκτονικής συμπεριφοράς



 **Κλίμακα**
Φορέας Ανάπτυξης Ανθρώπινου
& Κοινωνικού Κεφαλαίου
για την Αντιμετώπιση
του Κοινωνικού Αποκλεισμού


ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ
ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

1018
ΜΕ ΑΣΤΙΚΗ ΧΡΕΩΣΗ

24ωρη γραμμή
παρέμβασης
για την αυτοκτονία

Εκπαίδευση της αστυνομίας για την παρέμβαση στην αυτοκτονία

Δράσεις για την αποτροπή
των αυτοκτονιών και δεξιότητες
για τον χειρισμό της αυτοκτονικής
συμπεριφοράς

 **Κλίμακα**
Φορέας Ανάπτυξης Ανθρώπινου
& Κοινωνικού Κεφαλαίου
για την Αντιμετώπιση
του Κοινωνικού Αποκλεισμού

ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ
ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

1018 24ωρη γραμμή
παρέμβασης
για την αυτοκτονία
ΜΕ ΑΣΤΙΚΗ ΧΡΕΩΣΗ

**Κ. Καβαλίδου, Ν. Γαρώνη, Ε. Λιακοπούλου, Δ. Σαραντίδης,
Κ. Κατσαδώρος**

**Εκπαίδευση της αστυνομίας για την παρέμβαση στην αυτοκτονία:
Δράσεις για την αποτροπή των αυτοκτονιών και δεξιότητες για τον
χειρισμό της αυτοκτονικής συμπεριφοράς.**

© Κλίμακα - Κέντρο Ημέρας για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας, 2013

Το έργο αυτό αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του Κέντρου για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας, Κλίμακα ΜΚΟ. Αιτήματα σχετικά με την αναπαραγωγή και διανομή αυτού του υλικού θα πρέπει να απευθύνονται στο Κέντρο για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας, Κλίμακα ΜΚΟ, Δεκελέων 50, 11854 Αθήνα, help@suicide-help.gr.

Πίνακας περιεχομένων

Πρόλογος	5
Αντιλήψεις έναντι στην αυτοκτονία & την ψυχική ασθένεια	6
Ορισμός αυτοκτονικής συμπεριφοράς	10
Η διαδικασία της αυτοκτονικής συμπεριφοράς	10
Τι είναι αυτοτραυματική συμπεριφορά	10
Ψυχικές διαταραχές και αυτοκτονία	11
Αυτοκτονικότητα και Διαταραχές Προσωπικότητας	11
Αυτοκτονικότητα και Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας	12
Αυτοκτονικότητα και Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας	12
Αυτοκτονικότητα και Нарκισσιστική Διαταραχή Προσωπικότητας	12
Αυτοκτονικότητα και Διαταραχές Συναισθήματος	13
Αυτοκτονικότητα και Διπολική Διαταραχή	13
Αυτοκτονικότητα, Δυσθυμία και Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή	13
Αυτοκτονικότητα και Σχιζοφρένεια	13
Αυτοκτονικότητα και Χρήση Ουσιών	14
Αυτοκτονική συμπεριφορά και διαταραχή πανικού	15
Ποσοστά αυτοκτονιών σε γενικό πληθυσμό και σε χώρους της αστυνομίας	16
Οι αστυνομικοί ως φύλακες (gatekeepers) και η εκπαίδευση τους στην αυτοκτονία	18
Δυσκολίες παρέμβασης για την αστυνομία	19
Αυτοκτονίες υπό κράτηση	21
Φόρμα αξιολόγησης για τον κρατούμενο	21
Αποφόρτιση	22
Οι αστυνομικοί ως ομάδα υψηλού κινδύνου για αυτοκτονία	22
Πρόληψη της αυτοκτονικότητας των αστυνομικών	23
Παρεμβάσεις σε αυτοκτονικούς αστυνομικούς	26
Παρέμβαση σε περίπτωση ενεργού αυτοκτονικού ιδεασμού	27
Γραμμές παρέμβασης στην αυτοκτονική κρίση	27
Γραμμή παρέμβασης για την αυτοκτονία στην Ελλάδα - 1018	29
Βιβλιογραφία	31



Πρόλογος

Γυρίζοντας πίσω αρκετά χρόνια, σε ένα από τα μεγαλύτερα επιστημονικά συνέδρια που διοργανώθηκαν στην Αμερική για το ζήτημα των αυτοκτονιών, μας έκανε ιδιαίτερα μεγάλη εντύπωση η οπτική απεικόνιση της έννοιας «πρόληψη της αυτοκτονίας».

Η εικόνα ενός αυτιού!

Σήμερα, αρκετά χρόνια μετά, και μέσα από μια πολύχρονη διαδρομή επιστημονικής διερεύνησης, μελέτης, καταγραφής, προσέγγισης, από την αφετηρία της πρόληψης έως την αποκατάσταση και ό,τι άλλο εννοεί ή επιβάλλει η αντιμετώπιση του προβλήματος της αυτοκτονικότητας, καταλήγουμε και εμείς ότι η εικόνα ενός αυτιού είναι η πιο άμεση, σύντομη και κατανοητή οπτική απεικόνιση σε ότι αφορά την προσπάθεια πρόληψης της αυτοκτονίας.

Τα άτομα που συμβάλλουν στην πρόληψη της αυτοκτονίας θα πρέπει να είναι σε θέση να αντιληφθούν, να κατανοήσουν, να εκπαιδευτούν, να ενεργήσουν ή απλά να ακούσουν υποστηρικτικά οποιονδήποτε διπλανό τους αισθάνονται ότι βρίσκεται σε αδιέξοδο με αυτοκτονικές ιδέες και συμπεριφορές.

Ως ειδικοί στην πρόληψη της αυτοκτονίας στόχος μας είναι η επιστημονική εκπαίδευση διάφορων επαγγελματικών ομάδων στον τομέα της αυτοκτονικής κρίσης, βάζοντας τους σε μια θέση υποστηρικτικού ακροατή με δεξιότητες παρέμβασης, όμως.

Το παρόν εγχειρίδιο είναι μια συλλογή ερευνητικών και κλινικών δεδομένων για τη διαχείριση, υποστήριξη και παρέμβαση των αστυνομικών στην αυτοκτονική κρίση σε συνεργασία με τις δομές ψυχικής υγείας και του κέντρου πρόληψης της αυτοκτονίας. Αναφορές γίνονται σε αναλυτικές μελέτες για την αντίληψη της αυτοκτονίας και της ψυχικής ασθένειας, την ορολογία της αυτοκτονικής συμπεριφοράς, τα πρότυπα λειτουργίας διεθνών αστυνομικών σωμάτων στην εκπαίδευσή τους στην αυτοκτονική παρέμβαση, την αυτοκτονική συμπεριφορά των ιδίων των αστυνομικών, καθώς και τη λειτουργία γραμμών παρέμβασης στην αυτοκτονία εκτός κι εντός Ελλάδας.

Κυριάκος Κατσαδώρος
Ψυχίατρος
Επιστημονικός Διευθυντής
του Κέντρου Πρόληψης της Αυτοκτονίας
ΚΛΙΜΑΚΑ

Αντιλήψεις έναντι στην αυτοκτονία και την ψυχική ασθένεια

Σύμφωνα με τις εθνικές και διεθνείς στρατηγικές, που έχουν ως στόχο την αποτροπή των αυτοκτονιών, τα άτομα, τα οποία συνήθως θεωρούνται ως οι πλέον αρμόδιοι για την προστασία ανθρώπων με αυτοκτονικές συμπεριφορές, είναι οι γενικοί ιατροί, οι ψυχίατροι και οι ψυχολόγοι (Mann et al., 2005; W.H.O., 2000, W.H.O., 2006). Οι παραπάνω ειδικότητες του ιατρικού κλάδου επιλέγονται μέσω στρατηγικών για τη δημόσια υγεία ως οι επαγγελματικές ομάδες με την υψηλότερη προτεραιότητα στην εκπαίδευση για την αυτοκτονία και την πρόληψή της (Michel & Valach, 1992, Appleby et al., 2000, Rutz, 2001, Szanto et al., 2007, Berlim et al., 2007). Παρόλα αυτά η εκπαίδευση των σωμάτων ασφαλείας, αστυνομικών και πυροσβεστικών σωμάτων, θεωρείται απαραίτητη μιας και η επικοινωνία με άτομα αυτοκτονικής συμπεριφοράς είναι εξίσου άμεση όπως και με το ιατρικό προσωπικό (O' Carroll et al., 1994).

Τα στοιχεία σχετικών ερευνών καταδεικνύουν ότι το ιατρικό προσωπικό έχει ασχοληθεί με τον εκάστοτε αυτόχειρα, τουλάχιστον, μια φορά κατά τον τελευταίο χρόνο πριν τον θάνατό του, ενώ η αστυνομία φαίνεται πως έχει πιο συχνή επαφή με τα αυτοκτονικά άτομα αφού ενδέχεται να έχουν επικοινωνήσει μαζί τους μόλις τρεις μήνες πριν από τον θάνατό τους. (Power et al., 1997, Kelly, 1992, Bruce A., Rodgers, 2006, Linsley, 2006). Εστιάζοντας στη συχνή επικοινωνία των αστυνομικών με άτομα που εκδηλώνουν αυτοτραυματικές συμπεριφορές, είτε σε κρατητήρια είτε σε φυλακές, έρευνες που έλαβαν χώρα στην Αυστραλία έχουν αναδείξει τις δυσκολίες παρέμβασης στην αυτοκτονική κρίση των παραβατικών ατόμων εντός των φυλακών (Cox, 1993). Μερικά από τα εμπόδια στην εφαρμογή των στρατηγικών παρεμβάσεων και της πρόληψης της αυτοκτονίας εντός των σωφρονιστικών ιδρυμάτων είναι η έλλειψη δομών ψυχικής υποστήριξης σε άτομα με παραβατικότητα και η σύντομη παραμονή των κρατουμένων στα κρατητήρια (Cox, 1993).

Λαμβάνοντας υπόψη τον καθοριστικό ρόλο του ιατρικού κλάδου και των αστυνομικών αρχών στην αποτροπή των αυτοκτονιών αλλά και στην αναγνώριση και υποστήριξη των αυτοκτονικών ατόμων, οι έρευνες, κυρίως, εστιάζουν στην αντίληψη των συγκεκριμένων επαγγελματικών κλάδων για την αυτοκτονία (Oncu et al., 2008, Neimeyer et al., 2001). Στην Ελλάδα θα πρέπει να τονίσουμε ότι δεν έχουν υλοποιηθεί αρκετές έρευνες για τη στάση των αστυνομικών, των γιατρών, αλλά και συνολικότερα του πληθυσμού της χώρας απέναντι στην αυτοκτονία (Κατσαδώρας και συν., 2010, Kavalidou, 2009).

Το 2004, η ελληνική έρευνα των Ψαρρά και συν., η οποία αυτή τη φορά είχε ως σκοπό την καταγραφή των διαφόρων αντιδράσεων των αστυνομικών όταν έρχονταν αντιμέτωποι με τα συμπτώματα της ψυχικής ασθένειας κάποιου συμπολίτη μας, έλαβε χώρα κατά τη διάρκεια ακούσιας συνοδείας ψυχιατρικών ασθενών στα επείγοντα του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Δαφνί και ανέδειξε ότι οι αστυνομικοί έχουν την πεποίθηση ότι οι ασθενείς με ψυχιατρικά νοσήματα είναι πολύ συχνά ή σχεδόν πάντοτε ετεροκαταστροφικοί και αυτοκαταστροφικοί καθώς επίσης ότι η συμπεριφορά τους είναι

απρόβλεπτη και η εμφάνισή τους ατημέλητη (Psarra, 2008). Οι αστυνομικοί με μεγαλύτερη εμπειρία στην ακούσια συνοδεία ασθενών (άνω των έξι (6) συνοδίων σε διάστημα ενός έτους) ήταν πολύ πιο πεπεισμένοι ότι η βίαιη συμπεριφορά δεν είναι χαρακτηριστικό των ψυχικά ασθενών (Psarra, 2008).

Σε αυτήν την έρευνα φάνηκε πως, ένα σημαντικό ποσοστό των αστυνομικών (62,9%) συγκλίνει στην άποψη ότι δεν είναι αρμοδιότητά τους να παρεμβαίνουν σε ψυχικά ασθενείς εν μέσω ψυχικής κρίσης. Άποψη, η οποία διαπερνά τον κλάδο των αστυνομικών στη Νέα Ζηλανδία και στην Αυστραλία αλλά όχι και στην Αμερική. Το 75,6% των αστυνομικών θα ήθελαν να έχουν καλύτερη ενημέρωση για ζητήματα ψυχικής υγείας (Psarra, 2008). Τα δημογραφικά στοιχεία, όπως η ηλικία και τα έτη φοίτησης στη δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια εκπαίδευση, οδήγησαν στο συμπέρασμα πως η μεγαλύτερη ηλικία και η μεγαλύτερης διάρκειας εκπαιδευτικού τύπου φοίτηση των αστυνομικών συνδέονταν με θετικότερες αντιλήψεις για την ψυχική ασθένεια (Psarra, 2008). Στα ερωτήματα περί αυτοκτονίας, το 62,1% των αστυνομικών πίστευε ότι ένα άτομο με ψυχική ασθένεια διατρέχει αυτοκαταστροφικό ή αυτοκτονικό κίνδυνο (Psarra, 2008).

Το βασικό συμπέρασμα της έρευνας ήταν ότι ο εσφαλμένος χαρακτηρισμός των ψυχικά ασθενών, εκ μέρους των αστυνομικών, ως βίαια άτομα αλλά και η επιθυμία τους για ουσιαστικότερη ενημέρωση στα ζητήματα ψυχικής ασθένειας, οδηγούν στην ανάγκη για ενημέρωση των σωμάτων ασφαλείας σε θέματα που άπτονται του τομέα ψυχικής υγείας (Psarra, 2008). Οι ερευνητές στηρίχθηκαν σε προηγούμενες έρευνες, σχετικά με τη διαφοροποιημένη ή μη στάση των αστυνομικών έναντι των ψυχικά ασθενών πριν και μετά από τα επιμορφωτικά σεμινάρια για την ψυχική ασθένεια καθώς και τη θετική επιρροή της εκπαίδευσης στην αποδοχή της κοινωνικής ενσωμάτωσης των ψυχικά ασθενών, και καταλήγουν ότι: «Επιπροσθέτως, απαιτούνται εξειδικευμένα εκπαιδευτικά προγράμματα για τα σώματα ασφαλείας σχετικά με την ενημέρωση και τις δεξιότητες χειρισμού ψυχικά ασθενών» (Psarra, 2008).

Το Ψυχιατρικό Τμήμα του Πανεπιστημίου Αθηνών, στις αρχές του 2003, παρείχε ένα πρόγραμμα για την προώθηση της ψυχικής υγείας και στο πλαίσιο της εκπαίδευσης επαγγελματικών ομάδων, όπως οι αστυνομικές δυνάμεις στόχευσε στη μείωση των αρνητικών θέσεων και αντιλήψεων για την ψυχική ασθένεια (Tomaras, 2011). Έπειτα από σαράντα τέσσερα (44) μαθήματα σε διάστημα τριών (3) εξαμήνων, οι συμμετέχοντες απέρριψαν την όποια αρνητική τους αντίληψη για τους ψυχικά ασθενείς και, επίσης, παρατηρήθηκε ότι περιορίστηκε το στίγμα της ψυχικής ασθένειας (Tomaras, 2011).

Η αναγκαιότητα για εκπαίδευση των ειδικών επαγγελματιών σε θέματα που αφορούν την ψυχοπαθολογία κρατουμένων οδήγησε την Κλίμακα στην υλοποίηση ενός κύκλου εκπαιδευτικών συναντήσεων με εργαζομένους στα καταστήματα κράτησης του Ελαιώνα, της Χαλκίδας, του Αυλώνα και του Κορυδαλλού με τίτλο «Βασικά θέματα ψυχοπαθολογίας» (Κατσαδώρας, 2010). Οι ενότητες που παρουσιάστηκαν με μορφή θεωρητικών εισηγήσεων, βιωματικών ασκήσεων και συζητήσεων αφορούσαν τις παρακάτω ενότητες:

- Πολυπαραγοντικές προσεγγίσεις της ψυχικής ασθένειας και της παραβατικότητας
- Ψυχώσεις
- Συναισθηματικές διαταραχές
- Αγχώδεις διαταραχές
- Διαταραχές προσωπικότητας
- Ψυχιατρικά φάρμακα
- Επιθετικότητα προς τον εαυτό του και τους άλλους
- Πρόληψη της αυτοκτονίας
- Αναγνώριση και προσέγγιση του αυτοκαταστροφικού κρατουμένου
- Εκφραζόμενο συναίσθημα
- Η δυναμική της ομάδας
- Η προαγωγή της ψυχικής υγείας.

Συγκρίνοντας το επίπεδο στίγματος που συνοδεύει την ψυχική ασθένεια πριν και μετά τα σεμινάρια, το στίγμα φάνηκε να μειώθηκε σημαντικά μετά τη λήξη της εκπαίδευσης σημειώνοντας ότι η παροχή πληροφόρησης και οι δράσεις ευαισθητοποίησης μπορούν να μειώσουν το στίγμα που συνοδεύει τους ψυχικά πάσχοντες κρατούμενους (Κατσαδώρας, 2010). Η αξιολόγηση της σημασίας της εκπαίδευσης αυτής, από τη μεριά των εργαζομένων, ανέδειξε ότι: το 27% των εργαζομένων (δείγμα 33 ατόμων) δήλωσε ότι μπορούσε να αναγνωρίσει συμπτώματα ψυχικών διαταραχών, το 33% ήταν σε θέση να αναγνωρίσει κρατούμενους με ψυχικές διαταραχές, το 53% αυτών μπόρεσαν να κατανοήσουν την αιτιολογία των ψυχικών διαταραχών και το 27% ήταν σε θέση να παραπέμψουν αποτελεσματικότερα κρατούμενους με ψυχικές διαταραχές. Καθώς το 40% των εργαζομένων δήλωσε ότι έλαβε περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών, η εκπαίδευση αυτή έδωσε μια ποιότητα στον εργασιακό τους χώρο, υποδεικνύοντας ότι το 53% των εργαζομένων πίστευε ότι η εκπαίδευση καλυτέρευε και τις σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων (Κατσαδώρας, 2010).

Προχωρώντας, αντιλαμβανόμαστε ότι ο γενικός πληθυσμός συνδέει την αυτοκτονία με την ψυχική ασθένεια, με την απουσία θρησκευτικών πιστεύω, με κινήσεις παρορμητικότητας αλλά και με συμπεριφορές αναζήτησης προσοχής (Domino et al., 1981, Domino, 1981). Η αντιμετώπιση της αυτοκτονίας ως δικαίωμα κάποιου, ως «φυσιολογική» αλλά και ως μη ηθική συμπεριφορά γεννά σοβαρές διαφωνίες μεταξύ των επιστημόνων αλλά και μεταξύ των πολιτών (Domino et al., 1988–1989).

Έρευνες έχουν οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι οι υποστηρικτικές δεξιότητες ενός ατόμου έναντι της αυτοκτονικής συμπεριφοράς ενός άλλου ατόμου μπορούν να βελτιωθούν ανεξάρτητα από τις αρνητικές και θετικές αντιλήψεις ενός ατόμου έναντι στην αυτοκτονία (Maine et al., 2001). Φιλελεύθερες αντιλήψεις σχετικά με την αυτοκτονία έχουν με τη σειρά τους συνδεθεί με ένα προσωπικό οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονικότητας, το οποίο παραπέμπει σε ένα συγκεκριμένο πρότυπο θετικών κι αρνητικών θέσεων

για την αυτοκτονικότητα (Beautrais et al., 2004). Επιπροσθέτως, περιοριστικές/ανασταλτικές αντιλήψεις έναντι στην αυτοκτονία μπορούν να επενεργήσουν προστατευτικά σε μια ενδεχόμενη μετέπειτα αυτοκτονική συμπεριφορά των ίδιων των ατόμων που τις φέρουν (De Wilde et al., 1993). Ο αυτοκτονικός ιδεασμός, ο οποίος όπως έχει βρεθεί να είναι συνδεδεμένος με τη θετική στάση έναντι της αυτοκτονικής συμπεριφοράς, θεωρείται ως προβλεπτικός παράγοντας θετικών θέσεων έναντι στην αυτοκτονία (Stein et al., 1998, Kocmur & Dernovsek, 2003).

Σύμφωνα με έρευνες των αντιλήψεων έναντι της αυτοκτονίας, αρκετά αποτελέσματα έχουν βρεθεί σε διεθνές κι εθνικό επίπεδο, τα οποία εμμέσως μας δίνουν το επίπεδο κατανόησης της αυτοκτονικής συμπεριφοράς σε διαφορετικές κουλτούρες (Hjelmeland et al., 2008). Φοιτητές της ιατρικής στη Σουηδία φάνηκε να αλλάζουν απόψεις κατά τη διάρκεια των σπουδών τους, με αποτέλεσμα να έχουν μια θετικότερη ματιά και υψηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης όσο εντρυφούσαν βαθύτερα στον κλάδο της ψυχιατρικής και της βιολογίας (Wallin & Runeson, 2003). Παράλληλα, Ιάπωνες φοιτητές της ιατρικής σε μεγαλύτερα έτη έδειξαν να ασκούν λιγότερο αυστηρή κριτική στην αυτοκτονική συμπεριφορά, ενώ φοιτητές σε μικρότερη ηλικία φάνηκαν πιο απόλυτοι απέναντι στα θύματα μιας αυτοκτονίας και στην επίδραση ενός τέτοιου θανάτου στη λειτουργία της οικογένειας (Satoetal, 2006).

Σύμφωνα με τη διαφορετική δομή της οικογένειας διαφορετικών κουλτούρων, φοιτητές ψυχολογίας από την Νορβηγία είδαν μια αυτοκτονική κίνηση ως ιδιωτικό θέμα, ενώ συνάδελφοι τους από την Ουγκάντα και τη Γκάνα αντιλαμβάνονταν το ίδιο γεγονός ως κοινό ζήτημα των μελών της οικογένειας (Hjelmeland et al., 2008). Αυτό το ιδεολογικό περιβάλλον των διαφορετικών χωρών ή η έλλειψη γνώσεων των μελών συγκεκριμένης κουλτούρας, έφερε τους Νορβηγούς ως πιο συντηρητικούς στην έκφραση των τοποθετήσεών τους σχετικά με την αυτοκτονία, σε σύγκριση με τους φοιτητές από την Ουγκάντα και τη Γκάνα (Hjelmeland et al., 2008).

Συνολικά οι προσωπικές αντιλήψεις, σκέψεις και συναισθήματα των ανθρώπων σε ειδικές επαγγελματικές θέσεις μέσα σε μια κοινότητα επιδρούν σημαντικά στην προσέγγιση και αντιμετώπιση των αυτοκτονικών ατόμων, εντός κι εκτός θεραπευτικών προσεγγίσεων (Neimeyer et al., 2001). Αναγνωρίζοντας τα παραπάνω κατανοούμε την αξία ειδικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την παρέμβαση και τον χειρισμό των αυτοκτονικών ατόμων, μέσω της παράλληλης αλλαγής των τοποθετήσεων κι αντιλήψεων των ατόμων που αντιμετωπίζουν παρόμοιες συμπεριφορές εν ώρα εργασίας. Οι ειδικότητες αυτές, με την ιδιότητά τους ως «φύλακες» (gatekeepers) μιας κοινότητας αναφορικά με αυτοκτονικές συμπεριφορές του γενικού πληθυσμού έχουν αποτελέσει διεθνώς τις ομάδες-επίκεντρο για εκπαιδευτικά προγράμματα παρεμβάσεων στην αυτοκτονική κρίση. Παρακάτω παρουσιάζονται μερικά βασικά στάδια εκπαιδευτικών προγραμμάτων στον χειρισμό των ατόμων με αυτοκτονικές/ αυτοτραυματικές συμπεριφορές από τη μεριά των αστυνομικών δυνάμεων και η ερμηνεία αυτοκτονικών συμπεριφορών σε συνάρτηση με ορισμένες ψυχικές ασθένειες.

Ορισμός αυτοκτονικής συμπεριφοράς

Η αυτοκτονική συμπεριφορά είναι μια σύνθετη διαδικασία η οποία αποτελείται από απειλές για αυτοκτονία, προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας και αυτοκτονίες. Συνολικά αυτή η συμπεριφορά περιλαμβάνει οποιαδήποτε δράση που θα μπορούσε να προκαλέσει θάνατο, όπως η υπερβολική δόση φαρμάκων/ουσιών αλλά και τα τροχαία ατυχήματα με σκοπιμότητα. Ανάμεσα στους παράγοντες που θα μπορούσαν να αυξήσουν τον κίνδυνο για μια αυτοκτονική συμπεριφορά είναι οι ψυχιατρικές ασθένειες, όπως η ψύχωση, οι διαταραχές διάθεσης, οι αγχώδεις διαταραχές, η χρήση ουσιών (κυρίως αλκοόλ), το bullying καθώς και η έκθεση στο στρες (Klomek, 2010, Pompili, 2010).

Η διαδικασία της αυτοκτονικής συμπεριφοράς

Μια αυτοκτονία είναι γενικότερα το αποτέλεσμα μιας μακρά χρονικά διαδικασίας, η οποία ξεκινάει με παθητικές σκέψεις που εξελίσσονται σε πιο συγκεκριμένες και ενδεχομένως καταλήγουν στην αυτοκτονική συμπεριφορά (Wasserman, 2001, Wasserman, 2008). Η έννοια της αυτοκτονικής διαδικασίας περιγράφει την ψυχική εξέλιξη από τις αρχικές σκέψεις θανάτου, τη μετέπειτα χρήση των αυτοκτονικών μηνυμάτων στη συμπεριφορά κάποιου, των αποπειρών και τελικά την αυτοκτονία. Ο αυτοκτονικός ιδεασμός, δηλαδή οι σκέψεις για τον θάνατο, καλύπτει ένα μεγάλο λειτουργικό φάσμα, το οποίο κυμαίνεται από επίμονες μέχρι ελάχιστες σκέψεις για τον θάνατο και για πολλούς ειδικούς θεωρείται ένα από τα σημάδια εξέλιξης μετέπειτα αυτοκτονικών αποπειρών (Wasserman, 2001). Η ένταση της αυτοκτονικής διαδικασίας ποικίλει και μπορεί να κυμανθεί προς μια αρνητική ή θετική κατεύθυνση (Center of Suicide Research, Denmark).

Τι είναι αυτοτραυματική συμπεριφορά

Η ενέργεια εκείνη όπου κάποιος εσκεμμένα τραυματίζει τον εαυτό του χωρίς, όμως, να έχει θανατηφόρο αποτέλεσμα αποκαλείται, σύμφωνα με ευρωπαϊκές έρευνες και στρατηγικές, αυτοτραυματική συμπεριφορά (Magde, 2008, Center of Suicide Research, Denmark). Μερικές από τις δράσεις που περιλαμβάνει μια τέτοια συμπεριφορά είναι:

- **Κόψιμο και άλμα από ύψος με πρόθεση να κάνει κάποιος κακό στον εαυτό του.**
- **Κατάποση χαπιών σε βαθμό μεγαλύτερο από ότι του έχει συνταγογραφηθεί ή προταθεί θεραπευτικά.**
- **Κατανάλωση παράνομων ουσιών ή ηρεμιστικών τα οποία το άτομο αναγνωρίζει ως επιβλαβή/αυτοκαταστροφικά.**
- **Κατάποση μη φαγώσιμων αντικειμένων ή ουσιών.**

Η αυτοτραυματική συμπεριφορά ανήκει σε μια ευρύτερη κατηγορία από την αυτοκτονική συμπεριφορά, καθώς η εσκεμμένη αυτοτραυματική συμπεριφορά δε διαθέτει πάντα την επιθυμία για θάνατο. Επιδημιολογικές έρευνες

αναδεικνύουν περισσότερες αυτοτραυματικές συμπεριφορές ανάμεσα σε εφήβους και γυναίκες και πολλές εθνικές στρατηγικές δημιουργούνται με σκοπό τη μείωση του ρίσκου αυτού στις συγκεκριμένες ευπαθείς ομάδες, κυρίως θεραπευτικά (Magde, 2008, Hawton, 2002).

Ψυχικές διαταραχές και αυτοκτονία

Ψυχική υγεία είναι η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα να τον ικανοποιούν. Οι ψυχικές διαταραχές περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων, που εκδηλώνονται με διαφορετικά συμπτώματα, το οποίο περιγράφεται στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (DSM 5) και κατηγοριοποιούνται σε διαφορετικούς Άξονες (American Psychiatric Association, 2013). Εντούτοις, σε γενικές γραμμές, οι ψυχικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από κάποιο συνδυασμό διαταραχής της σκέψης, των συναισθημάτων, της συμπεριφοράς και των σχέσεων με τους άλλους. Έχει βρεθεί πως οι ψυχικές διαταραχές έχουν άμεση σχέση με την αυτοκτονική συμπεριφορά, περισσότερο από άλλους παράγοντες, και ότι δεν είναι η πλειοψηφία των ατόμων με ψυχική διαταραχή που αυτοκτονούν. Οι ψυχικές διαταραχές που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας είναι οι ακόλουθες και θα αναλυθούν στη συνέχεια:

- **διαταραχές προσωπικότητας,**
- **διαταραχές της διάθεσης - κατάθλιψη,**
- **σχιζοφρένεια και σχιζοσυναισθηματική διαταραχή,**
- **χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών,**
- **διαταραχή πανικού.**

Αυτοκτονικότητα και Διαταραχές Προσωπικότητας

Η αυτοκτονικότητα εντοπίζεται αρκετά συχνά στις διαταραχές προσωπικότητας. Με τον όρο διαταραχές προσωπικότητας εννοούνται χαρακτηριστικά του συναισθήματος και της συμπεριφοράς του ατόμου που είναι πέρα από αυτά που παρατηρούνται στους περισσότερους ανθρώπους. Η αυτοκτονικότητα εντοπίζεται, όμως, κατά βάση, σε τέσσερις συγκεκριμένες διαταραχές, οι οποίες έχουν ως κοινό χαρακτηριστικό την παρορμητική συμπεριφορά:

- **στην οριακή διαταραχή προσωπικότητας,**
- **στην ιστριονική,**
- **στην αντικοινωνική,**
- **στη ναρκισσιστική.**

Αυτοκτονικότητα και Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας

Το βασικό χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής είναι η επαναλαμβανόμενη αυτοκτονική συμπεριφορά με ή χωρίς νοσηλεία. Η αυτοκτονική συμπεριφορά στις συγκεκριμένες περιπτώσεις ποικίλει σε ποσοστό από 3% – 9,5%, με ποσοστά ακόμη πιο υψηλά στην περίπτωση συννοσηρότητας με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Μάλιστα, φαίνεται ότι η αυτοκτονικότητα σε αυτές τις περιπτώσεις σχετίζεται με θυμό και είναι αποτέλεσμα παρορμητικής συμπεριφοράς στα πλαίσια διατάραξης σημαντικής διαπροσωπικής σχέσης, χωρίς σχεδιασμό και με ελάχιστη πρόθεση θανάτου. Οι μέθοδοι που μπορεί να χρησιμοποιούνται θεωρούνται ως οι περισσότερο θανατηφόρες, με αποτέλεσμα σοβαρότερες σωματικές βλάβες. Η πρόθεση θανάτου σχετίζεται με το αίσθημα της απελπισίας, ενώ ο αριθμός των αποπειρών με την παρόρμηση και όχι τόσο με την απελπισία. Οι συγκεκριμένοι άρρωστοι δεν αυτοκτονούν όταν απειλούν και κινητοποιούν το θεραπευτή τους, αλλά αρκετά αργότερα. Τέλος, φαίνεται ότι μεγαλύτερο ποσοστό έχουν οι γυναίκες σε ηλικίες μεταξύ 18 και 30 ετών και με ιστορικό αποπειρών (Oldham, 2006, Paris, 2005).

Αυτοκτονικότητα και Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας

Η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας συνδέεται κυρίως με απόπειρες αυτοκτονίας. Υπάρχουν μελέτες που δείχνουν ότι περίπου το 70% των ατόμων με αυτή τη διαταραχή προβαίνουν σε απόπειρες, με κύριο αίτιο τα προβλήματα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, και κύριο μέσο τη φαρμακευτική δηλητηρίαση (71%). Τέλος, υποστηρίζεται η άποψη ότι οι απόπειρες έχουν στόχο την πρόκληση ενδιαφέροντος και κινητοποίηση συμπεριφορών από τους άλλους, καθώς και την εκδήλωση του αισθήματος απογοήτευσης (Links, 2003).

Αυτοκτονικότητα και Нарκισσιστική Διαταραχή Προσωπικότητας

Δεν υπάρχουν πολλά ευρήματα που να αφορούν τον κίνδυνο αυτοκτονίας σε άτομα με ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας, καθώς τα ευρήματα προέρχονται κυρίως από αυτοψίες των θυμάτων. Σε αυτοψίες 43 ατόμων, ηλικίας από 18 έως 21 ετών, παρατηρήθηκε ότι πιο συχνές διαγνώσεις στον Άξονα II ήταν η σχιζοειδική διαταραχή (37,2%) και η ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας (23,3%). Επίσης, σε μια μελέτη με 15ετή παρακολούθηση ατόμων με ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας ο θάνατος από αυτοκτονία ήταν σημαντικά πιο συχνός σε σχέση με άτομα χωρίς αυτή τη διαταραχή. Η εξήγηση που δίνεται είναι ότι ο ναρκισσισμός συμβάλλει στην αυτοκτονία μέσω της ευαλωτότητας που συνδέεται με έντονη

υπερηφάνεια (διογκωμένη) όταν υπάρξει απότομη πτώση της κοινωνικής θέσης (Links, 2003).

Αυτοκτονικότητα και Διαταραχές Συναισθήματος

Η αυτοκτονικότητα εντοπίζεται επίσης πολύ συχνά και στις διαταραχές του συναισθήματος. Η διπολική διαταραχή και ιδιαίτερα η καταθλιπτική διαταραχή έχουν αυξημένα ποσοστά αυτοκτονίας. Ωστόσο, και σε αυτές τις διαταραχές, τα άτομα που έχουν αυτοκτονικές συμπεριφορές αποτελούν μειοψηφία. Αναζητούνται επομένως και άλλα χαρακτηριστικά που θα μπορούσαν να διαφοροποιήσουν τους δύο πληθυσμούς.

Αυτοκτονικότητα και Διπολική Διαταραχή

Όσον αφορά τη διπολική διαταραχή έχουν εντοπιστεί οκτώ (8) βασικοί παράγοντες κινδύνου: πολλαπλές εισαγωγές, καταθλιπτικό πρώτο επεισόδιο, παρουσία στρεσογόνων γεγονότων πριν την έναρξη της νόσου, μικρότερη ηλικία έναρξης, χωρίς ελεύθερα μεσοδιαστήματα, το θηλυκό γένος, μεγαλύτερος αριθμός επεισοδίων, και η κυκλοθυμική προσωπικότητα. Φαίνεται ότι όσο πιο επαρκείς είναι οι κλινικές παρεμβάσεις για τη διπολική διαταραχή, τόσο πιο πιθανό είναι να μειωθεί και ο αριθμός των αυτοκτονιών, καθώς κλινικοί παράγοντες δείχνουν σημαντικά ποσοστά ιστορικού απόπειρας, ακόμα κι αν δεν υπάρχει ατομικό ιστορικό συνήθως υπάρχει οικογενειακό. Επίσης, επιβαρυντικοί κρίνονται οι παράγοντες περισσότερων νοσηλειών για κατάθλιψη, πιο σοβαρών μανιακών επεισοδίων, πιο συχνής συννοσηρότητας, συχνού ιστορικού σεξουαλικής κακοποίησης, και έλλειψη στενών διαπροσωπικών σχέσεων. Οι αποπειραθέντες άρρωστοι με διπολική διαταραχή φαίνεται να έχουν μεγαλύτερο επίπεδο επιθετικότητας και παρορμητικότητας, και συγκεκριμένα οι άνδρες παρουσιάζουν απόπειρες αυτοκτονίας με μεγαλύτερο βαθμό κινδύνου θανάτου.

Αυτοκτονικότητα, Δυσθυμία και Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή

Φαίνεται να μην υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ατόμων με δυσθυμία και των ατόμων με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή ούτε στους θανάτους από αυτοκτονία αλλά ούτε και στον αριθμό αποπειρών. Ωστόσο, άρρωστοι με υποτροπιάζουσα μείζονα καταθλιπτική διαταραχή φαίνεται να έχουν τριπλάσια πιθανότητα να ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου. Τέλος, ως ποσοστό φαίνεται ότι 2/3 των ατόμων που πάσχουν από κατάθλιψη, έχουν αυτοκτονικό ιδεασμό, και 10 % – 15% αυτών, αυτοκτονούν.

Αυτοκτονικότητα και Σχιζοφρένεια

Η ύπαρξη ψυχικής νόσου αποτελεί παράγοντα κινδύνου για αυτοκτονία. Η σχιζοφρένεια είναι μια ψυχική ασθένεια σοβαρή και πολύπλοκη, που επη-

ρεάζει τη σκέψη, την αντίληψη της πραγματικότητας και τη συμπεριφορά του ατόμου. Έρευνες έχουν δείξει ότι το 50% των σχιζοφρενών κάνει απόπειρα αυτοκτονίας, το 10% περίπου των σχιζοφρενών τελικά αυτοκτονεί, και ότι είναι δύσκολο να προβλεφθεί μια απόπειρα αυτοκτονίας σε αυτόν τον πληθυσμό. Ως παράγοντες κινδύνου αναφέρονται η νεαρή ηλικία, τα αρχικά στάδια της νόσου, η καταθλιπτική συμπτωματολογία, το ιστορικό καλής λειτουργικότητας, οι συχνές υποτροπές σε συνδυασμό με πολλαπλές νοσηλείες, πρόσφατη έξοδος από το νοσοκομείο, η ενεργός παρουσία ψυχωτικών συμπτωμάτων (ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες), καθώς και οι προτρεπτικές ακουστικές ψευδαισθήσεις. Τέλος, παράγοντες κινδύνου αποτελούν και το ιστορικό με προηγούμενες απόπειρες, το άρρεν φύλο, η ανεργία, η μοναχική διαβίωση, και η ύπαρξη σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής. Για την καλύτερη αντιμετώπιση των ασθενών αυτών, προτείνεται η άμεση θεραπευτική παρέμβαση και παράλληλα μακροχρόνια θεραπευτική παρέμβαση – με στόχο την πρόληψη αυτοκτονίας, η συστηματική παρακολούθηση του ασθενούς και η αναζήτηση και αντιμετώπιση παραγόντων κινδύνου για αυτοκτονία (αντιμετώπιση ψυχωτικών συμπτωμάτων, καταθλιπτικών συμπτωμάτων, πρόληψη υποτροπών και αποφυγή νοσηλείων κ.λπ.).

Αυτοκτονικότητα και Χρήση Ουσιών

Τα άτομα που κάνουν χρήση ουσιών έχουν είκοσι (20) φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αυτοκτονήσουν σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, και περίπου 15% των ατόμων που κάνουν χρήση αλκοόλ αυτοκτονούν. Στις ΗΠΑ οι αυτοκτονίες εξαρτημένων από το αλκοόλ ατόμων υπολογίζονται στις 270 ανά 100.000 γενικού πληθυσμού και εκτιμώνται μεταξύ 7.000 και 13.000 ετησίως εκ των οποίων περίπου το 80% είναι άνδρες. Οι παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονικότητα στον αλκοολισμό φαίνεται να είναι οι ακόλουθοι: κλινική κατάθλιψη, η οποία πολλές φορές μπορεί να προηγείται της εξάρτησης, μακροχρόνια χρήση, μέση ηλικία, συννοσηρότητα με οργανικά ή ψυχιατρικά προβλήματα υγείας, και πρόσφατη απώλεια ατόμου με το οποίο διατηρούσε στενή σχέση (40% των εξαρτημένων από το αλκοόλ θυμάτων αυτοκτονίας έχουν βιώσει μια τέτοιου είδους απώλεια εντός του χρόνου πριν από την αυτοκτονία). Επίσης, σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζουν η πρόσφατη νοσηλεία και η έξοδος από το νοσοκομείο (40% αυτοκτονούν εντός ενός (1) έτους από την έξοδο τους από το νοσοκομείο), οι προηγούμενες απόπειρες (40% έχουν προσπαθήσει να αυτοκτονήσουν στο παρελθόν), το άρρεν φύλο, η ανεργία και η μοναχική διαβίωση. Ενδείξεις αυξημένου κινδύνου συνιστούν η επικοινωνία της πρόθεσης, οι απόπειρες αυτοκτονίας, η αυτοκτονία σε όψιμα στάδια και έπειτα από μακρόχρονη χρήση, τα πολλαπλά κοινωνικοοικονομικά και διαπροσωπικά προβλήματα, η συχνή παρουσία οικογενειακού ιστορικού κατάθλιψης, αυτοκτονίας, και αλκοολισμού.

Σε σχέση με την ουσιοεξάρτηση, έρευνες σε διάφορες χώρες έχουν δείξει ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος αυτοκτονίας μεταξύ των χρηστών ουσιο-

εξαρτησιογόνων. Το ποσοστό αυτοκτονιών στα άτομα που είναι εξαρτημένα από την ηρωίνη είναι είκοσι (20) φορές υψηλότερο σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Μάλιστα, τα ανήλικα κορίτσια που κάνουν ενδοφλέβια χρήση ουσιών παρουσιάζουν επίσης υψηλά ποσοστά αυτοκτονίας. Στους παράγοντες κινδύνου συγκαταλέγονται η εφηβεία και η νεαρή ηλικία, η απώλεια σημαντικού προσώπου σχετίζεται με επικείμενη απόπειρα, η καταθλιπτική συμπτωματολογία, η οποία συνήθως εμφανίζεται όταν το άτομο διακόπτει τη χρήση σε αντίθεση με τον αλκοολισμό όπου η κατάθλιψη είναι πολλές φορές κυρίαρχο στοιχείο από την έναρξη της εξάρτησης. Ακόμη, συχνά υπάρχει ιστορικό σωματικής-σεξουαλικής κακοποίησης, ενώ σοβαρά πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και η εξοικείωση με τη χρήση θανατηφόρων τοξικών ουσιών, η εύκολη πρόσβαση και διαθεσιμότητα θανατηφόρων ποσοτήτων διαφόρων ουσιών, η ενδοφλέβια χρήση, ο χαοτικός τρόπος ζωής και η παρορμητική συμπεριφορά, καθώς και η συνύπαρξη διαταραχής προσωπικότητας και ιδίως της αντικοινωνικής.

Συνοψίζοντας θα πρέπει να αναφερθεί ότι στην εμφάνιση αυτοκτονικής συμπεριφοράς πέραν της βιολογικής προδιάθεσης παίζουν ρόλο κι άλλοι παράγοντες όπως το οικογενειακό πλαίσιο, το επαγγελματικό πλαίσιο, η ανεργία, οι εμπειρίες ζωής, το περιβάλλον γενικότερα του ατόμου, το κοινωνικό – οικονομικό επίπεδο, η ηλικία, το φύλο καθώς και η συννοσηρότητα.

Αυτοκτονική συμπεριφορά και διαταραχή πανικού

Οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν από τις πιο συχνά εντοπιζόμενες διαταραχές στον γενικό πληθυσμό και έχουν επίπτωση στην ποιότητα ζωής των ατόμων. Συχνά συνδέονται με υψηλή χρήση των μονάδων ψυχικής υγείας και παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας με άλλες διαταραχές, καθώς και αυξημένο κίνδυνο τόσο για αυτοκτονικό ιδεασμό όσο και για απόπειρες αυτοκτονίας (Comer et al., 2011).

Σύμφωνα με εθνική επιδημιολογική έρευνα που εκπονήθηκε από τους Neron και συν. (2010), βρέθηκε ότι το 70% των αυτοκτονικών αποπειρών συνδεόταν με παρουσία αγχωδών διαταραχών. Η διαταραχή πανικού και η διαταραχή μετατραυματικού στρες βρέθηκε ότι συσχετίζονται ανεξάρτητα με τις απόπειρες αυτοκτονίας σε πολυπαραγοντικά μοντέλα. Απεναντίας, η συννοσηρότητα διαταραχών προσωπικότητας με τη διαταραχή πανικού και με τη μετατραυματική διαταραχή άγχους, βρέθηκαν να συσχετίζονται πιο ισχυρά με τις απόπειρες αυτοκτονίας σε σχέση με την κάθε διαταραχή ξεχωριστά (Neron et al., 2010).

Άλλες μελέτες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η συννοσηρότητα σε άτομα με μείζονα κατάθλιψη, διαταραχή πανικού και αγοραφοβία σχετίζεται άμεσα με τον αυτοκτονικό ιδεασμό και τις απόπειρες, συγκριτικά με άτομα που έπασχαν μόνο από μείζονα κατάθλιψη. Ειδικά για άτομα τα οποία νοσηλεύονταν η διαταραχή πανικού με αγοραφοβία αποτελούσε παράγοντα κινδύνου για αυτοκτονικότητα (Brown, 2010, Pilowsky, 2006).

Οι Goldston και συν. (2009) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η σχέση ανάμεσα στην μείζονα κατάθλιψη, τη διαταραχή πανικού με αγοραφοβία, τη διαταραχή εξαρτήσεων και τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονικότητας, και τα ποσοστά αυτής της συσχέτισης βρέθηκε να αυξάνονται με το πέρασμα της ηλικίας των συμμετεχόντων της έρευνάς τους.

Συνοψίζοντας φαίνεται ότι η διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία, ως μοναδική κλινική οντότητα, δεν παρουσιάζει υψηλή συννοσηρότητα ή προβλεπτική αξία σε σχέση με τον αυτοκτονικό ιδεασμό και τις απόπειρες αυτοκτονίας, αλλά τα ποσοστά είναι αρκετά υψηλότερα και στατιστικώς σημαντικά όταν υπάρχει συννοσηρότητα της διαταραχής πανικού είτε με συναισθηματικές διαταραχές είτε με διαταραχές προσωπικότητας. Η περαιτέρω διερεύνηση μέσω μελετών κρίνεται σκόπιμη από τους ερευνητές που εργάζονται στις διαταραχές πανικού και τον συσχετισμό τους με την αυτοκτονική συμπεριφορά.

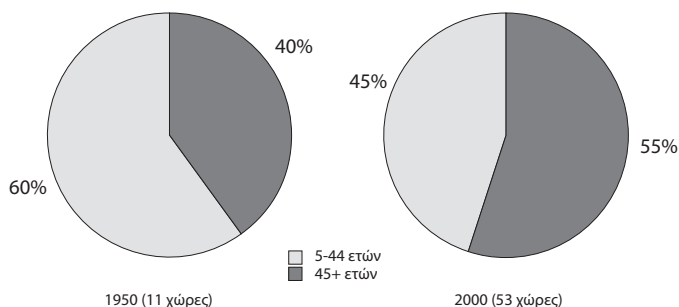
Ποσοστά αυτοκτονιών σε γενικό πληθυσμό και σε χώρους της αστυνομίας

Το 2020, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) και τα τωρινά στατιστικά δεδομένα των αυτοκτονιών, 1,53 εκατομμύρια άνθρωποι θα πεθάνουν από αυτοκτονία και δέκα (10) με είκοσι (20) φορές περισσότερα άτομα θα αποπειραθούν να αυτοκτονήσουν (Bertolote, 2002). Αυτοί οι αριθμοί αντιπροσωπεύουν έναν θάνατο κάθε 20 δευτερόλεπτα και μια απόπειρα κάθε 1-2 δευτερόλεπτα (Bertolote, 2002). Το παρακάτω γράφημα παρουσιάζει τα παγκόσμια ποσοστά αυτοκτονίας (ανά 100.000 κατοίκους) από το 1950 μέχρι το 1995, και την πρόβλεψη/τάση των ποσοστών θανάτου από αυτοκτονία μέχρι το 2020 (Bertolote, 2002). Τα ποσοστά αυτοκτονιών διαφέρουν μεταξύ των φύλων, των ηλικιακών ομάδων και των χωρών. Τα υψηλότερα στατιστικά και για τα δύο φύλα έχουν καταγραφεί στην Ευρώπη, κυρίως στην Ανατολική (Εσθονία, Λετονία, Λιθουανία) και τα χαμηλότερα στις ανατολικές μεσογειακές χώρες που ακολουθούν το Ισλάμ (Bertolote, 2002).

Από το 1950 μέχρι και το 1995 παρατηρείται μια αύξηση 49% στις αυτοκτονίες των αντρών και 39% στις αυτοκτονίες των γυναικών (Bertolote, 2002). Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα ποσοστά του 1950 βασίζονται σε δεδομένα 11 χωρών και οι προβλεπόμενες τάσεις βασίζονται σε 62 χώρες.

Ο Πίνακας 1 τονίζει και τη σχετική επικράτηση των ανδρικών αυτοκτονιών έναντι των αυτοκτονιών από γυναίκες.

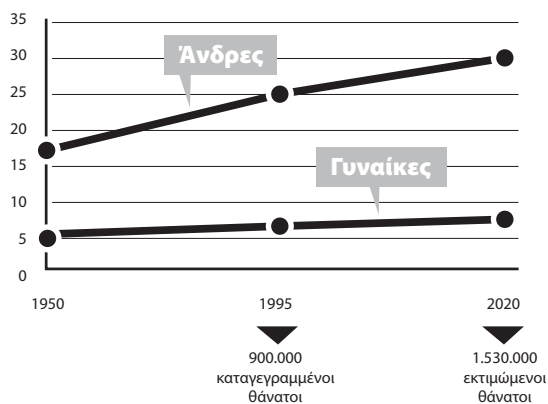
Πίνακας 1. Παγκόσμια στατιστικά αυτοκτονιών και προβλεπόμενες τάσεις (Bertolote, 2002).



Πηγή: Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2002). *A global perspective in the epidemiology of suicide*. Στο (Wasserman, D. & Wasserman C eds) *The Oxford Textbook of Suicidology and Suicidal Prevention: A Global Perspective*, Oxford University Press.

Σχετικά με την ηλικία των ατόμων και της αυτοκτονίας ο Πίνακας 2, περιγράφει ξεκάθαρα ότι υπάρχουν πλέον περισσότεροι θάνατοι από αυτοκτονίες σε ανθρώπους από πέντε (5) μέχρι σαράντα τεσσάρων (44) ετών από ότι στις ηλικίες των 45 και άνω (Bertolote, 2002). Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η ηλικιακή ομάδα με τις περισσότερες αυτοκτονίες, είτε για τις γυναίκες είτε για τους άντρες είναι η ηλικία μεταξύ των 35 και 44 ετών (Bertolote, 2002).

Πίνακας 2. Κατανομή αυτοκτονιών ανά ηλικιακές ομάδες.



Πηγή: Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2002). *A global perspective in the epidemiology of suicide*. Στο (Wasserman, D. & Wasserman C eds) *The Oxford Textbook of Suicidology and Suicidal Prevention: A Global Perspective*, Oxford University Press.

Τα παγκόσμια στατιστικά αυτοκτονιών όπως τα παραπάνω είναι ένας τρόπος να αναδειχθεί το κομμάτι της αυτοκτονίας, καθώς και η αναφορά εκείνη που μπορεί να βοηθήσει στη βέλτιστη ενημέρωση με σκοπό τον

σχεδιασμό εθνικών και διεθνών στρατηγικών για την πρόληψη της αυτοκτονίας. Συγκεντρωτικά παγκόσμια ποσοστά αυτοκτονιών, τα οποία αφορούν την επαφή των αστυνομικών με τον γενικό πληθυσμό, είτε στην κοινότητα είτε σε κρατητήρια αστυνομίας, δεν έχουν δημοσιευτεί προς το παρόν. Παρόλα αυτά ποσοστά αυτοκτονιών εντός κρατητηρίων σε διάφορες χώρες, έχουν δημοσιευθεί και επισημαίνεται η διαφορά αυτοκτονιών ανάμεσα σε σωφρονιστικά ιδρύματα και κρατητήρια της αστυνομίας, παρόλη την επικέντρωση και των δύο δομών σε άτομα με παραβατική συμπεριφορά (Cox, 1993).

Στη Νέα Ζηλανδία, κατά την περίοδο 1980-1991 καταγράφηκαν σαράντα τέσσερις (44) αυτοκτονίες αντρών σε κρατητήρια, ποσοστό που αναλογούσε σε μια (1) σχεδόν αυτοκτονία το τρίμηνο (Cox, 1993). Σε έρευνες της ίδιας χώρας, έχει φανεί ότι ο αριθμός αυτοκτονιών της φυλής Μάορι (ιθαγενείς της Νέας Ζηλανδίας) σε κρατητήρια, άγγιζε το 25% όλων των αυτοκτονιών της συγκεκριμένης φυλής στη χώρα (Skegg, 1993). Καναδέζικη έρευνα από την άλλη μεριά, κατά την οποία χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από ιατροδικαστικά αρχεία θανάτων σε φυλακές και κρατητήρια, παρουσίασε ότι οι θάνατοι από δηλητηρίαση στα κρατητήρια της αστυνομίας ήταν περισσότεροι από ότι σε ομοσπονδιακά και επαρχιακά σωφρονιστικά ιδρύματα (37% σε κρατητήρια, 15% σε ομοσπονδιακές φυλακές και 13% σε επαρχιακές φυλακές) (Wobeser, 2002). Ένα επιπλέον χαρακτηριστικό των αυτοκτονιών στα παραπάνω κρατητήρια του Οντάριο ήταν η βιαιότητα της μεθόδου αυτοκτονίας, η οποία ήταν μεγαλύτερη και σφοδρότερη συγκριτικά με σωφρονιστικά ιδρύματα (Wobeser, 2002).

Ένα σημαντικό μειονέκτημα στην καταγραφή στατιστικών για αυτοκτονίες σε κρατητήρια αστυνομικών τμημάτων διεθνώς, είναι η μη καθημερινή καταγραφή των υπό κράτηση ατόμων στα τμήματα, με αποτέλεσμα να μη παρουσιάζονται τα ακριβή ποσοστά, αλλά η παρουσίαση των αριθμών/ατόμων που έχουν αυτοκτονήσει μέσα στον συνολικό αριθμό των κρατούμενων.

Οι αστυνομικοί ως φύλακες (gatekeepers) και η εκπαίδευση τους στην αυτοκτονία

Οι αστυνομικοί παρεμβαίνουν πολύ συχνά σε περιπτώσεις αυτοκτονικών ατόμων και έχει καταγραφεί ότι για κάθε αυτοκτονία η συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα διαχειρίζεται δέκα (10) φορές περισσότερες υποθέσεις αυτοκτονίας και αυτοτραυματικών συμπεριφορών σε σχέση με το ιατρικό προσωπικό και τις υπόλοιπες εξειδικευμένες ομάδες (Kelly, 1992). Η πλειοψηφία των αστυνομικών καλούνται να παρέμβουν αμέσως μετά από μια απόπειρα με σκοπό να φέρουν ηρεμία στην οικογένεια και στους φίλους ενός αυτοκτονικού, να καθησυχάσουν τον ίδιο τον αυτοκτονικό και να απομακρύνουν τον κίνδυνο της αυτοκτονίας από το άτομο, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις άμεσου αυτοκτονικού σχεδίου (π.χ. πτώση από γέφυρα, κτίριο, γραμμές τραίνου/μετρό) (Kelly, 1992). Επιπροσθέτως οι αστυνομικοί πρέπει να διαχειρίζονται την αυτοκτονική συμπεριφορά ατόμων στα κρατητήρια αλλά

και σε περιπτώσεις εν δυνάμει ανθρωποκτονιών – αυτοκτονιών με στοιχεία απαγωγής – τρομοκρατικών συνθηκών (Kelly, 1992).

Τα σημαντικότερα στάδια για την κατανόηση της δυναμικής μιας αυτοκτονικής συμπεριφοράς στα πλαίσια της εκπαίδευσης ενός αστυνομικού είναι:

- **Επικοινωνία με κάποιον που έχει αποπειραθεί να αυτοκτονήσει, π.χ. υπερβολική δόση φαρμάκων.**
- **Σύνδεση με κάποιον, ο οποίος βρίσκεται σε άμεσο κίνδυνο απειλής της ζωής του, π.χ. όταν κάποιος είναι έτοιμος να πηδήξει από ένα παράθυρο.**
- **Αναγνώριση ατόμων, τα οποία βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο για μια αυτοκτονία, π.χ. κρατούμενοι σε αστυνομικά κελιά/κρατητήρια.**
- **Διεξαγωγή ερευνών σε περιπτώσεις θανάτου ή εξαφάνισης, οι οποίες μπορεί σχετίζονται με μια αυτοκτονία.**

Δυσκολίες παρέμβασης για την αστυνομία

Παραδοσιακά ο ρόλος της αστυνομίας είναι η εφαρμογή των νόμων για την αποτροπή και διερεύνηση εγκλημάτων, η προστασία ζωής και περιουσίας αλλά και η οικογενειακή βία, η κακοποίηση παιδών, οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών και οι ψυχιατρικές ασθένειες (Kelly, 1992). Η διάσταση των κοινωνικών προβλημάτων για τα οποία πρέπει να παρέμβουν οι αστυνομικοί εμπιρεύχουν τις παρακάτω δυσκολίες:

- **Δύσκολες εργασιακές συνθήκες με την έννοια των απρόβλεπτων ωρών εργασίας ανάλογα με τις βάρδιες, π.χ. ξημερώματα, καιρικές συνθήκες κ.λπ.**
- **Έλλειψη γνώσεων για σύνθετες ψυχολογικές και ψυχιατρικές συμπεριφορές και τους τρόπους χειρισμού αυτοκτονικών ατόμων.**
- **Απόκτηση εύκαμπτων και λεπτών θέσεων έναντι των αυτοκτονικών ατόμων, αντίθετα με τις αυστηρούς και δραστηικούς τρόπους αντιμετώπισης που απαιτούνται στις επαφές με τους εν δυνάμει παραβατικούς.**
- **Έλλειψη συμβουλευτικών δεξιοτήτων.**
- **Έλλειψη εργασιακής εμπειρίας, πχ. ιδιαίτερα σε περιπτώσεις νεαρών αστυνομικών.**

Ο παρακάτω πίνακας αποτελεί ένα εκπαιδευτικό πρότυπο για την αυτοκτονία και συνοψίζει τα βασικά στάδια, τα οποία διδάσκονται στο Ψυχολογικό Τμήμα της Αστυνομίας, στη Νότια Αυστραλία.

**Πίνακας 3. Εκπαιδευτικό πρότυπο για την αυτοκτονία.
Τα βασικά στάδια διδασκαλίας.**

Γνώσεις για την αυτοκτονία	Πρακτική εμπειρία	Χτίσιμο δεξιοτήτων
<p>Η φύση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς: συζήτηση για την αμφιθυμία και τη συναισθηματική φύση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς, σε συνδυασμό με εκείνους τους παράγοντες που καθορίζουν τις κύριες πιθανότητες επιβίωσης μιας αυτοκτονίας.</p> <p>Μύθοι σχετικά με την αυτοκτονία: εξετάζονται σχετικοί μύθοι γύρω από την αυτοκτονία, π.χ. «η αυτοκτονία συμβαίνει χωρίς προειδοποίηση» και «οι άνθρωποι που κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας είναι ψυχικά άρρωστοι», κ.λπ.</p> <p>Αυτοκτονικά άτομα: η αυτοκτονική συμπεριφορά παρουσιάζεται ως μια συνεχή συμπεριφορά, και γίνονται διακρίσεις μεταξύ των ατόμων που απλά αναζητούν προσοχή/ που δεν βλέπουν σοβαρά το θέμα του θανάτου και των αποφασισμένων ατόμων που κάνουν απόπειρες.</p> <p>Ενδείξεις κινδύνου για αυτοκτονία: παράγοντες, συμπεριφορές, προειδοποιητικά σημάδια και η συναισθηματική/φυσική κατάσταση των αυτοκτονικών ατόμων.</p> <p>Αποτρέποντας απόπειρες αυτοκτονίας: βασικές αρχές για τους τρόπους παρέμβασης σε αυτοκτονικούς με τη μορφή παρουσίασης των ΚΑΝΩ και ΔΕΝ ΚΑΝΩ τα οποία μπορούν να βοηθήσουν έναν αστυνομικό να χειριστεί αποτελεσματικά κάποιον που απειλεί να αυτοκτονήσει. Η αυτοκτονική συμπεριφορά σε περιπτώσεις κράτησης: πληροφορίες για το προφίλ των αυτοκτονικών κρατούμενων, πιθανοί λόγοι για απόπειρα ενός κρατούμενου, διαδικασίες αξιολόγησης ρίσκου για μια αυτοκτονία και αποτρεπτικά μέτρα μείωσης των αποπειρών σε συνθήκες κράτησης.</p> <p>Παρουσίαση κοινωνικών υπηρεσιών της Νότιας Αυστραλίας.</p>	<p>Έπειτα από τη θεωρητική βάση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς ακολουθεί η πρακτική εμπειρία σε σχέση με τις αυτοκτονικές συμπεριφορές, η οποία περιλαμβάνει:</p> <p>Συζητήσεις σε αίθουσες με άτομα που έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν ή με συγγενείς ανθρώπων που έχουν αυτοκτονήσει.</p> <p>Επισκέψεις σε κέντρα νεότητας και ψυχιατρικά νοσοκομεία, όπου οι αστυνομικοί μπορούν να μιλήσουν με καταθλιπτικούς νέους με αυτοκτονικές τάσεις.</p> <p>Επίσκεψη στο νεκροτομείο της Αδελαΐδας για τη θέαση των θυμάτων μιας αυτοκτονίας.</p> <p>Έπειτα πραγματοποιούνται συζητήσεις/αναφορές (debriefing) με ψυχολόγους της αστυνομίας για την εξέταση των εντυπώσεων τους, των συναισθημάτων τους και των θέσεων τους απέναντι στην εμπειρία που είχαν κατά τη διάρκεια της πρακτικής τους εκπαίδευσης.</p>	<p>Η θεωρητική γνώση και η πρακτική εμπειρία ολοκληρώνονται με την εξέλιξη των δεξιοτήτων παρέμβασης στην αυτοκτονία, μέσω παιχνιδιών ρόλων.</p> <p>Παιχνίδια ρόλων (roleplay) Στα παιχνίδια αυτά οι εκπαιδευτές παίρνουν τον ρόλο των αυτοκτονικών ατόμων και οι εκπαιδευόμενοι αστυνομικοί παίζουν τον ρόλο αστυνομικών σε υπηρεσία εκτός γραφείου. Το γενικό σενάριο περιλαμβάνει:</p> <ul style="list-style-type: none"> • τις πληροφορίες που θα λάβει ο αστυνομικός στον ασύρματο του περιπολικού, και • τις προκαταρκτικές παρατηρήσεις που θα κάνει ο αστυνομικός φθάνοντας στο σημείο. <p>Οι αστυνομικοί πρέπει να χειριστούν το ρόλο τους σαν να είναι αληθινό περιστατικό. Αν οι αντιλήψεις και συμπεριφορές των εκπαιδευόμενων βοηθούν στο να προχωρήσει ο χειρισμός επικοινωνιακά, ο εκπαιδευτής-αυτοκτονικός συνεργάζεται. Αν όμως οι εκπαιδευόμενοι συμπεριφέρονται λανθασμένα τότε το πρόβλημα του αυτοκτονικού μεγεθύνεται και το παιχνίδι σε τέτοια περίπτωση σταματάει. Περιπτώσεις διακοπής του παιχνιδιού σε κάποιο σημείο είναι γενικότερα όταν το περιστατικό φαίνεται να είναι ελεγχόμενο ή φτάνει σε αδιέξοδο. Στο τέλος του παιχνιδιού ο καθένας εξηγεί τους λόγους και τα συναισθήματα που είχε παίζοντας τον ρόλο του. Ο εκπαιδευτής (εν προκειμένου ο ψυχολόγος-αστυνομικός) συνοψίζει τα αποτελέσματα από το παιχνίδι και τα συνδέει με τις θεωρητικές γνώσεις κι αρχές που διδάχτηκαν οι εκπαιδευόμενοι πρωτύτερα στην εκπαίδευσή τους. Με το παιχνίδι ρόλων επιτυγχάνεται η ενσωμάτωση των θεωρητικών γνώσεων στην επιχειρησιακές διαδικασίες της αστυνομίας. Άμεσο αποτέλεσμα αυτών των παιχνιδιών είναι ο πειραματισμός των εκπαιδευόμενων με τεχνικές παρέμβασης στην αυτοκτονία, η επίγνωση των δυσκολιών σε παρόμοιες συνθήκες και η ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης των αστυνομικών για να χειριστούν πραγματικές καταστάσεις αυτοκτονίας με επικοινωνιακό τρόπο.</p>

Αυτοκτονίες υπό κράτηση

Παγκοσμίως έχει αναγνωριστεί ότι τα άτομα που είναι υπό κράτηση σε αστυνομικά τμήματα έχουν μεγαλύτερο ρίσκο αυτοκτονικότητας από ότι κρατούμενοι σε φυλακές (W.H.O., 2007). Η αποτροπή αυτοκτονιών βέβαια στα κρατητήρια έχει ξεκάθαρα περισσότερες δυσκολίες από ότι στα σωφρονιστικά ιδρύματα (Cox, 1993). Σκεφτόμενοι αρχικά τη μικρή διάρκεια διαμονής ενός συλληφθέντα εντός κρατητηρίων, είναι αδύνατον να επιτευχθεί πλήρως οποιαδήποτε αξιολόγηση του ρίσκου αυτοκτονίας, συμπεριλαμβανομένου και της ψυχιατρικής αξιολόγησης. Μια άλλη δυσκολία των αστυνομικών στα κρατητήρια είναι ότι οι κρατούμενοι είτε νιώθουν περισσότερη απελπισία είτε βρίσκονται ακόμα σε κατάσταση πρόσφατης τοξικότητας από διάφορες ουσίες (Cox, 1993). Επιπροσθέτως, εξαιτίας των ελλিপών ψυχιατρικών δομών εντός των κρατητηρίων και το πιθανότατα μικρό ανθρώπινο δυναμικό για τη φύλαξη συγκριτικά με τον μεγάλο αριθμό κρατουμένων στα κρατητήρια, επιβαρύνεται η εφαρμογή στρατηγικών για την αποτροπή της αυτοκτονικής συμπεριφοράς (Cox, 1993).

Ενδεικτικώς, σεμινάρια για περιστατικά θανάτων σε άτομα υπό κράτηση έχουν προστεθεί στο τμήμα της αστυνομίας στην Νότια Αυστραλία από τις αρχές του 1989 (Kelly, 1992). Αυτή η ημερήσια εκπαίδευση έχει σκοπό να βοηθήσει στη μείωση περιστατικών θανάτων εντός των κρατητηρίων, μέσω συγκεκριμένων σχεδιασμών. Στο σεμινάριο που περιγράφει την «αυτοκτονική συμπεριφορά σε υπό κράτηση συνθήκες», περιγράφονται τα προφίλ των αυτοκτονικών κρατουμένων, οι πιθανοί λόγοι απόπειρας ενός κρατουμένου (συμπεριλαμβανομένου του συναισθηματικού τραύματος της σύλληψης του) και η επιρροή των διαφορετικών ασταθών προσωπικοτήτων που έχουν οι κρατούμενοι.

Συγκεκριμένα οι αστυνομικοί διδάσκονται να:

- **Συμπεριφέρονται στον φυλακισμένο με σεβασμό,**
- **δημιουργούν ένα περιβάλλον επικοινωνίας,**
- **κάνουν προσεκτική αξιολόγηση κινδύνου, υπολογίζοντας το προφίλ, το υπόβαθρο, τη συμπεριφορά και τα σχόλια του κρατούμενου,**
- **εξασφαλίζουν ότι ο κρατούμενος δεν είναι σε απομόνωση από άλλους,**
- **έχουν στενή παρακολούθηση των κρατουμένων υψηλού κινδύνου κατά τη διάρκεια της κράτησής τους.**

Φόρμα αξιολόγησης για τον κρατούμενο

Η φόρμα αξιολόγησης κρατουμένων δόθηκε το 1989 σε όλα τα αστυνομικά τμήματα της Αδελαΐδας όπου κρατούνταν φυλακισμένοι και συμπληρωνόταν από τους αστυνομικούς για όλους εκείνους που είχαν συλλάβει και προσάγει στα τμήματά τους. Η σκοπιμότητα μιας τέτοιας φόρμας ήταν η αποτροπή αυτοκτονιών εντός κελιών. Όσοι αστυνομικοί συναντούσαν τον φυλακισμένο έπρεπε να καταγράψουν την ψυχική και τη φυσική κατά-

σταση του, ώστε οι αστυνομικοί που θα ακολουθήσουν στην επόμενη βάρδια να είναι πιο προετοιμασμένοι να αντιμετωπίσουν κρατούμενους υψηλού κινδύνου.

Αποφόρτιση

Το αστυνομικό τμήμα της Νότιας Αυστραλίας διαθέτει έναν κανονισμό σύμφωνα με τον οποίο οι αστυνομικοί που έχουν έρθει σε επαφή με συναισθηματικά τραυματικές καταστάσεις, να περνούν από μια συνάντηση αποφόρτισης. Καθώς αυτές οι ψυχολογικές συνεδρίες έχουν αποδειχθεί πολύτιμα εργαλεία για την εκτόνωση των συναισθημάτων σε σχέση με καταστάσεις κρίσης, αυτή η πρακτική θεωρείται πολύ σημαντική για αστυνομικούς που έχουν έρθει σε επαφή με απόπειρες αυτοκτονίας και με θανάτους εντός κρατητηρίων. Αυτές οι συναντήσεις αποφόρτισης και οι μετέπειτα συμβουλευτικές συνεδρίες των αστυνομικών, τους βοηθούν να επιστρέψουν στις υπηρεσίες τους πιο ήρεμοι (Kelly, 1992).

Αρκετά ψυχιατρικά νοσοκομεία έδωσαν ενδείξεις ότι οι ασθενείς που εισάγονταν στο νοσοκομείο, έπειτα από την εκπαίδευση των αστυνομικών στον χειρισμό αυτοκτονικών ατόμων και ψυχιατρικών ασθενειών, είχαν καλύτερη αντιμετώπιση από τους αστυνομικούς οι οποίοι διέθεταν περισσότερη ενσυναίσθηση. Η βελτίωση της συγκεκριμένης εκπαίδευσης θα μπορούσε να επιτευχθεί μέσα από πρόσθετες τεχνικές, όπως η προβολή ταινιών ή βίντεο, οι οποίες θα έδιναν κίνητρο για περαιτέρω συζητήσεις και περισσότερο χρόνο στην εξάσκηση των παιχνιδιών ρόλου (Kelly, 1992).

Οι αστυνομικοί ως ομάδα υψηλού κινδύνου για αυτοκτονία

Το προσωπικό των σωμάτων ασφαλείας χαρακτηρίζεται ως ομάδα υψηλού κινδύνου στον τομέα των εργασιακών ατυχημάτων και της αυτοχειρίας. Στις Η.Π.Α., για παράδειγμα, υπολογίζεται ότι οι αστυνομικοί έχουν δύο (2) με τρεις (3) φορές υψηλότερους δείκτες αυτοκτονίας απ' ό τι ο γενικός πληθυσμός (Miller, 2006). Στη χώρα μας οι αυτοκτονίες αστυνομικών υποκαταγράφονται όπως ισχύει και για τις υπόλοιπες επαγγελματικές ομάδες. Η υποκαταγραφή οφείλεται αφενός στο στίγμα που φέρει η αυτοκτονία για τον θανόντα και την οικογένεια του και αφετέρου στο γεγονός ότι στα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ οι αυτοκτονίες αστυνομικών αθροίζονται στη γενικότερη κατηγορία των ένοπλων δυνάμεων με αποτέλεσμα να μην μπορούμε να έχουμε μια σαφή εικόνα ανά επαγγελματική ομάδα. Σύμφωνα με δηλώσεις του Υπουργού Προστασίας του Πολίτη, τον Ιούλιο του 2013, υπολογίζεται ότι από τον Ιανουάριο του 2010 μέχρι και τον Ιούνιο του 2013, δεκαέξι (16) αστυνομικοί έδωσαν τέλος στη ζωή τους. Για την ίδια περίοδο τα στοιχεία του Δικτύου Καταγραφής του Κέντρου Πρόληψης της Αυτοκτονίας της ΚΛΙ-ΜΑΚΑΣ αναφέρουν δεκαοκτώ (18) αυτοκτονίες.

Οι παράγοντες κινδύνου που ισχύουν για τον γενικό πληθυσμό ισχύ-

ουν και για την αστυνομία. Οι αυτοκτονικές κρίσεις εμφανίζονται συνήθως σε άτομα με προηγούμενο ιστορικό καταθλιπτικών επεισοδίων ή/και άτομα που βιώνουν καταστάσεις έντονου στρες και οδηγούνται αισθήματα απελπισίας και αβοηθητότητας. Λέγεται ότι οι αστυνομικοί τείνουν να επενδύουν πολύ στον επαγγελματικό τους ρόλο κι έτσι αντιδρούν έντονα όταν απειλείται η εικόνα τους. Σε πολλές περιπτώσεις αυτοκτονίας υπήρξε μια πολλαπλασιαστική επίδραση αρκετών στρεσογόνων παραγόντων που αφορούσαν προβλήματα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις και στην εργασία – δυο εκ των πιο σημαντικών πυλώνων αυτοεκτίμησης για πολλούς αστυνομικούς.

Συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της εργασίας του αστυνομικού τη ξεχωρίζουν από άλλα επαγγέλματα στους άξονες της έντασης και της επένδυση στο επάγγελμα ως προσωπική ταυτότητα. Αντίστοιχα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της «κουλούρας» των αστυνομικών μπορούν παραδόξως είτε να προφυλάξουν είτε να υπερβάλλουν την αντίδραση ενός αστυνομικού στο στρες. Κάποια άτομα μπορεί να συνδυάζουν μια πεποίθηση αυτοδυναμίας και αλάθητου με μια έντονη ανάγκη κοινωνικής αποδοχής. Ο συνδυασμός οικογενειακών και επαγγελματικών προβλημάτων, η ντροπή, η απώλεια σεβασμού από τους επαγγελματικούς κύκλους και η απώλεια της υποστήριξης από την οικογένεια μπορούν να αποβούν ιδιαίτερα στρεσογόνες καταστάσεις για τα άτομα αυτά. Επιπλέον, η διχοτομική σκέψη του τύπου όλα ή τίποτα, μαύρο ή άσπρο (η οποία αποτελεί παράγοντα κινδύνου για αυτοκτονία) σε συνδυασμό με την «τάση για δράση» η οποία αποτελεί στοιχείο της εργασίας των αστυνομικών, μπορεί να οδηγήσει το άτομο σε αυτοκτονικές συμπεριφορές όταν, υπό συνθήκες στρες, η αυτοκτονία φαντάζει η μόνη λύση. Ένας ακόμα παράγοντας, που χαρακτηρίζει το επάγγελμα του αστυνομικού και παράλληλα αυξάνει τον κίνδυνο για παρορμητική βία κατευθυνόμενη προς τον εαυτό του, είναι η εύκολη πρόσβαση στα όπλα.

Πρόληψη της αυτοκτονικότητας των αστυνομικών

Η αστυνομία μπορεί να παρέμβει σε μεγάλο βαθμό κατά τα αρχικά στάδια της θεωρητικής κατάρτισης και πρακτικής εξάσκησης των νέων αστυνομικών, ώστε να μετριαστούν οι παράγοντες που προδιαθέτουν τους αστυνομικούς για άγχος, κατάθλιψη και αυτοκτονία (Baker & Baker 1996, Monhandie & Hatcher, 1999). Η ψυχιατρική και ψυχολογική αξιολόγηση των νέων αστυνομικών αποτελεί σημαντικό κομμάτι προκειμένου να διασφαλιστεί ότι διαθέτουν έναν ικανοποιητικό βαθμό ψυχικής σταθερότητας και ωριμότητας. Αξιολόγηση που χρειάζεται να επαναλαμβάνεται ανά τακτά διαστήματα. Αυτό προϋποθέτει ένα επαρκές, μη στιγμιστικό σύστημα παραπομπών και ένα υποστηρικτικό περιβάλλον στο οποίο θα μπορούν να λάβουν βοήθεια οι αστυνομικοί όποτε αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα. Η εκπαίδευση και ενημέρωση των αστυνομικών σχετικά με τον αυξημένο κίνδυνο άγχους, κατάθλιψης και αυτοκτονικότητας εξαιτίας του επαγγέλματός τους μπορεί να αποτελέσει ένα αποτελεσματικό μέσο περιορισμού του στίγματος και ενίσχυσης της προσπάθειας για αναζήτηση βοήθειας από ειδικό.

Η αναγνώριση των παραγόντων κίνδυνου είναι απαραίτητη για την πρόληψη της αυτοκτονίας χωρίς αυτό να σημαίνει ότι ένα άτομο που λέει ότι θα αυτοκτονήσει δεν πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη τα λόγια του επειδή δεν εμφανίζει το συνηθισμένο προφίλ.

Τυπικά, μεγαλύτερο κίνδυνο για αυτοκτονία στον γενικό πληθυσμό εμφανίζουν οι λευκοί άντρες που διαβιούν μόνοι και μεγάλης ηλικίας, κυρίως διότι έχουν αυξημένο κίνδυνο για κατάθλιψη. Η χρήση ουσιών, η πρόσφατη απώλεια κοντινού προσώπου, η σωματική ασθένεια, η προηγούμενη απόπειρα αυτοκτονίας, και τα καταθλιπτικά ή ψυχωσικά επεισόδια κατά το παρελθόν αποτελούν, επίσης, παράγοντες κινδύνου. Τόσο για τους αστυνομικούς όσο και για τον γενικό πληθυσμό, η εκπεφρασμένη πρόθεση αυτοκτονίας στον παρόντα χρόνο καθώς και η ύπαρξη πλάνου αυτοκτονίας καθορίζουν ότι το άτομο βρίσκεται σε άμεσο κίνδυνο. Σε αυτές τις περιπτώσεις το άτομο μπορεί να επαναλαμβάνει συνεχόμενα ότι θέλει να πεθάνει, να αναφέρει το πώς θα είναι ο κόσμος χωρίς εκείνον/η, να τακτοποιεί τις τελευταίες εκκρεμότητες, να απολογείται για τα λάθη που έχει κάνει, να χαρίζει προσωπικά του αντικείμενα. Ο κίνδυνος αυξάνεται ακόμα περισσότερο όταν το άτομο έχει σκεφτεί το πώς θα αυτοκτονήσει και ταυτόχρονα έχει πρόσβαση στα μέσα που δηλώνει ότι θα χρησιμοποιήσει.

Τα προειδοποιητικά σημάδια που δίνει κάποιος μπορεί να είναι λεκτικά, συμπεριφορικά ή και συνδυασμός των δυο.

- **Εκφράζει άμεσα ή έμμεσα επιθυμία θανάτου ή/και αυτοκτονική πρόθεση**
Οι λεκτικές εκφράσεις μπορεί να είναι άμεσες: «Αυτό ήταν, παραιτούμαι, θα ήταν καλύτερα να έστρεφα ένα όπλο στον εαυτό μου» ή έμμεσες «Καλύτερα να πέθαινα, ο κόσμος δεν με χρειάζεται».
- **Δείχνει ευερέθιστος/ ή και εχθρικός προς τους άλλους**
Η αποστροφή προς τον εαυτό του συχνά μπορεί να μεταλλαχθεί σε εχθρότητα προς τους άλλους και ιδιαίτερα προς τα άτομα τα οποία θεωρούνται υπεύθυνα για την κατάσταση που βιώνει το άτομο: «αυτοί οι αχρείοι αξίζουν ό,τι χειρότερο...»
- **Παραχωρεί τον έλεγχο σε άλλους**
Ένα άτομο που βιώνει ψυχική δυσφορία μπορεί να αναρωτιέται αν η ζωή αξίζει και παράλληλα ενδέχεται να αισθάνεται φοβισμένος από την παρόρμησή του να αυτοκτονήσει. Οι αυτοκτονικές κρίσεις χαρακτηρίζονται από αμφιθυμία και σπανίως είναι απόλυτες καταστάσεις του τύπου όλα ή τίποτα. Σε αυτές τις περιπτώσεις το άτομο μπορεί παθητικά να αντιστέκεται στην αυτοκτονική παρόρμηση παραχωρώντας κάποιο κομμάτι ελέγχου στους άλλους. Για παράδειγμα ένας χρόνια άρρωστος μπορεί να δίνει το κουτί με τα φάρμακά του στη σύζυγό του, φοβούμενος μήπως επιχειρήσει να τα πάρει όλα σε μια στιγμή απελπισίας. Ένας αστυνομικός, αν του επιτρέπεται, μπορεί να επιλέξει να κλειδώνει το όπλο του στο ντουλάπι παρά να το έχει πάνω του.

- **Συμπεριφορές «παθητικής αυτοκτονίας»**

Το αίσθημα απελπισίας μπορεί να κάνει κάποιον να αισθάνεται ότι δεν έχει τίποτα να χάσει κι έτσι να επιδίδεται σε συμπεριφορές που θέτουν τον εαυτό του σε κίνδυνο. Έτσι, μπορεί να μιλά για συμπεριφορές που ξεφεύγουν από τα όρια: «Θα καπνίζω και θα πίνω ό,τι θέλω και στο σπίτι μου και στην υπηρεσία, και τι έγινε άμα βγει θετικό το τεστ, σκοτίστηκα...».

- **Νοσηρή ενασχόληση με θέματα αυτοκτονιών ή δολοφονιών**

Το άτομο μπορεί να συλλέγει πληροφορίες και ειδήσεις για αυτοκτονίες ή άλλους βίαιους θανάτους, να μιλά για αυτόχειρες και να αναπτύσσει μια νοσηρή φαντασίωση για θέματα θανάτου: «Θυμάσαι εκείνον που σκότωσε την οικογένεια του και μετά αυτοκτόνησε; Τώρα μπορώ να καταλάβω πώς ένιωθε».

- **Φαίνεται συγκλονισμένος**

«Η γυναίκα μου με παράτησε, τα χρέη μου είναι τεράστια, κάθε βράδυ πίνω, μάλλον αύριο θα μπω σε διαθεσιμότητα, έχουν γίνει όλα χάλια... δεν μπορώ να το αντέξω...».

- **Φαίνεται ότι δεν έχει επιλογές, αισθάνεται παγιδευμένος**

«Έκανα ότι μπορούσα και τώρα χάνω την οικογένεια μου και το σπίτι μου... και τώρα, τι; Θα με βάλουν φυλακή; Δεν είναι δυνατόν να συμβαίνουν όλα αυτά...».

- **Περίεργες συμπεριφορές σε σχέση με το όπλο**

Το άτομο μπορεί να μιμείται κινήσεις αυτοκτονίας, βάζοντας το όπλο στο στόμα ή στο στέρνο ή να κουβαλά διαρκώς μαζί του ή στο όχημα του όλο και περισσότερα όπλα προφασιζόμενος την ασφάλεια. Μπορεί, όμως, όπως αναφέραμε και παραπάνω να έχουμε και την αντίθετη συμπεριφορά, την παραχώρηση δηλαδή του όπλου σε κάποιον συνάδελφο προκειμένου να προφυλαχθεί το άτομο από τις αυτοκτονικές του παρορμήσεις.

- **Εμπλοκή σε συμπεριφορές υψηλού κινδύνου**

Ο αστυνομικός μπορεί να εμπλέκεται σε επικίνδυνες καταστάσεις ενώ δεν οπλοφορεί και ενώ δεν καλύπτεται από συναδέλφους του και γενικότερα να μην παίρνει τις απαραίτητες προφυλάξεις. Στο ίδιο φάσμα ανήκουν κι άλλες συμπεριφορές, όπως η επικίνδυνη οδήγηση (πολλές αυτοκτονίες καταγράφονται ως τροχαία ατυχήματα).

- **Τακτοποίηση εκκρεμοτήτων**

Το άτομο μπορεί να συντάξει τη διαθήκη του, να εξοφλήσει τα χρέη του, να τακτοποιήσει τους λογαριασμούς του, να χαρίζει τα προσωπικά του αντικείμενα κ.λπ.

Παρεμβάσεις σε αυτοκτονικούς αστυνομικούς

Σε οποιαδήποτε θέση κι αν εργάζεστε μέσα στο σώμα της αστυνομίας μπορεί να παρατηρήσετε ότι κάποιος συνάδελφος φαίνεται καταθλιπτικός και απελπισμένος σε σημείο που να υποθέτεται ότι μπορεί να σκέφτεται μέχρι και την αυτοκτονία. Μπορεί στην παρούσα φάση να μην είναι ενεργά αυτοκτονικός και η κατάλληλη παρέμβαση σε αυτό το στάδιο να προλάβει μια πιο επικίνδυνη κρίση.

Αναγνωρίστε και συνδέστε το άτομο με το υποστηρικτικό του δίκτυο

Αν ο συνάδελφος σας διστάζει να συζητήσει μαζί σας τότε προσπαθήστε να εντοπίσετε ποιούς φίλους, συγγενείς ή άλλους σημαντικούς ανθρώπους εμπιστεύεται και έχουν υπάρξει για εκείνον πηγή υποστήριξης στο παρελθόν. Αυτή είναι μια καλή πρώτη προσέγγιση για άτομα που φοβούνται ότι θα στιγματιστούν από την επαφή τους με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Προσπαθήστε να κατανοήσετε πώς νοιώθει

Ένα συναίσθημα που συνοδεύει αρκετές φορές την κατάθλιψη είναι η σύγχυση. Ένα αυτοκτονικό άτομο μπορεί να έχει στενέψει το αντιληπτικό του πεδίο και να τείνει μόνο προς την απελπισία και την αβοηθητότητα αγνοώντας άλλες θετικές πηγές. Ιδεατά, η δημιουργία μιας ισορροπίας μεταξύ των αισθημάτων μελαγχολίας και ελπίδας μπορεί να βοηθήσει το άτομο. Ένα πρώτο βήμα είναι να ρωτήσουμε ευθέως το άτομο σχετικά με τις σκέψεις του και τα συναισθήματα. Ακόμα και αυτό μπορεί να είναι δύσκολο με άτομα που έχουν μάθει να υποφέρουν στη σιωπή.

Μειώστε το αίσθημα απομόνωσης

Το να βοηθήσουμε το άτομο να νοιώσει ότι δεν είναι μόνος στον κόσμο μπορεί να αποβεί αρκετά ανακουφιστικό. Η συμπόνια και η υποστήριξη μπορούν να βοηθήσουν προς αυτή την κατεύθυνση. Οι έννοιες αυτές μπορεί να ενέχουν και κάποια κομμάτια αυτοαποκάλυψης. Το άτομο πρέπει να γνωρίζει ότι υπάρχουν πηγές υποστήριξης και ότι κι άλλοι άνθρωποι έχουν βρεθεί σε παρόμοιες καταστάσεις. Παρόλο που όλοι οι άνθρωποι και οι ιστορίες τους είναι μοναδικές, οι τρόποι με τους οποίους αντιδρούμε μοιράζονται πολλά κοινά.

Βοηθήστε το άτομο να αναζητήσει βοήθεια, χειριστείτε την κατάσταση με κάποιον ειδικό

Παρέμβαση σε περίπτωση ενεργού αυτοκτονικού ιδεασμού

Μιλήστε ανοιχτά για την αυτοκτονία. Δεν υπάρχει περίπτωση να ωθήσουμε κάποιον στην αυτοκτονία απλά και μόνο ρωτώντας τον αν σκέφτεται να κάνει κακό στον εαυτό του.

Ρωτήστε τον: Αισθάνεσαι τόσο άσχημα που σκέφτεσαι την αυτοκτονία;

- **Εάν η απάντηση είναι ναι, ρωτήστε: έχεις σκεφτεί πώς θα το κάνεις;**
- **Εάν η απάντηση είναι ναι, ρωτήστε: έχεις ότι χρειάζεσαι για να το κάνεις;**
- **Εάν η απάντηση είναι ναι, ρωτήστε: έχεις σκεφτεί πότε θα το κάνεις;**

Παρακάτω θα βρείτε τις τέσσερις αυτές ερωτήσεις σε σύντομη μορφή:

- **αυτοκαταστροφικός;**
- **μέθοδος;**
- **έχει ότι χρειάζεται;**
- **πότε;**

Πρέπει να μάθετε όσο το δυνατόν περισσότερα για το τι σκέπτεται. Όσο καλύτερα έχει προγραμματίσει τις πράξεις του τόσο μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχει. Εάν ο άνθρωπος αυτός έχει προσχεδιάσει τη μέθοδο και τη χρονική στιγμή τότε βρίσκεται σε εξαιρετικά υψηλό κίνδυνο, γι' αυτό τον λόγο δεν πρέπει να διστάσετε να καλέσετε το 1018 και να εξασφαλίσετε ότι το άτομο αυτό θα πάρει βοήθεια από ειδικούς ψυχικής υγείας.

Εάν κάποιος σας πει να κρατήσετε μυστικό τις αυτοκτονικές του προθέσεις να θυμάστε ότι δεν μπορείτε να κρατήσετε αυτό το μυστικό. Σε καμία περίπτωση δεν μπορείτε να κρατήσετε ένα τέτοιο μυστικό, το οποίο μπορεί να προκαλέσει τον θάνατο κάποιου. Δεν παραβιάζετε μια προνομιούχο επικοινωνία, λαμβάνετε τα απαραίτητα μέτρα για να αποτρέψετε μια αυτοκτονία. Αυτή είναι μια έκφραση αγάπης, φροντίδας, και σοβαρής ανησυχίας και είναι η μόνη ηθική επιλογή σε μια κατάσταση τόσο σοβαρή όσο αυτή.

Ζητήστε βοήθεια αμέσως. Καλέστε το 1018, την 24ωρη Γραμμή Παρέμβασης για την αυτοκτονία. Ένας αυτοκαταστροφικός άνθρωπος χρήζει άμεσης βοήθειας από ειδικούς ψυχικής υγείας.

Γραμμές παρέμβασης στην αυτοκτονική κρίση

Οι στρατηγικές της δημόσιας υγείας με στόχο την παρέμβαση για την πρόληψη και θεραπεία διαφόρων θεμάτων υγείας καθίστανται αποτελεσματικό εργαλείο. Υπάρχουν δύο είδη στρατηγικών:

- **οι γενικές στρατηγικές**, οι οποίες στοχεύουν στην πρόληψη μιας ασθένειας στον γενικό πληθυσμό
- **οι υψηλού κινδύνου στρατηγικές**, οι οποίες απευθύνονται σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό για την εκδήλωση μιας ασθένειας

(Witte et al., 2010). Στο πλαίσιο της πρόληψης της αυτοκτονίας, ένα φαινόμενο που υπάγεται στον κατάλογο των θεμάτων δημόσιας υγείας, ένα είδος στρατηγικής υψηλού κινδύνου είναι οι 24ωρες γραμμές παρέμβασης στην αυτοκτονία (W.H.O., 2000, Witte et al., 2010).

Στην Αμερική η ανάπτυξη γραμμών για την παρέμβαση ξεκινά στις δεκαετίες '60- '70, έχοντας τις πρώτες έρευνες για την αποτελεσματικότητα των γραμμών αυτοκτονίας στην πρόληψη της αυτοκτονίας να δημοσιεύονται το 1965 (Stein et al., 1984). Καθώς όλες οι μεγάλες πόλεις της Αμερικής και εν συνεχεία της Ευρώπης «υιοθέτησαν» γραμμές για την παρέμβαση στην αυτοκτονία, η χρησιμότητα αυτών των γραμμών, εδώ και τέσσερις δεκαετίες, επικεντρώνεται στην εύκολη πρόσβαση των χρηστών της γραμμής, που δεν προϋποθέτει καμία οικονομική επιβάρυνση και φυσική παρουσία σε κάποιο συγκεκριμένο χώρο/δομή (Witte et al., 2010). Ένα από τα μεγαλύτερα πλεονεκτήματα των γραμμών αυτών είναι η διαθεσιμότητά τους ανά πάσα στιγμή εντός 24ώρου, όταν οι υπηρεσίες/δομές ψυχικής υγείας είναι κλειστές ή ακόμα κι όταν υπάρχει περιορισμένος αριθμός κέντρων για επείγοντα ψυχιατρικά περιστατικά, π.χ. εφημερεύοντα ψυχιατρικά τμήματα νοσοκομείων (Stein et al., 1984).

Αναλογιζόμενοι ότι πολλοί άνθρωποι δυσκολεύονται να μπουν στη διαδικασία αποδοχής του προβλήματός τους μέσω των επισκέψεών τους σε δομές ψυχικής υγείας, η λειτουργία των γραμμών παρέμβασης, που εξασφαλίζουν την ανωνυμία του καλούντα, δίνει τη δυνατότητα σε αυτά τα άτομα να αποκτήσουν μια θεραπευτική σχέση ως προπομπό μιας μελλοντικής φυσικής παρουσίας σε ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο/δομή (Stein et al., 1984).

Αν και οι γραμμές παρέμβασης παρέχουν υπηρεσίες που τις χαρακτηρίζει το απόρρητο και η εμπιστευτικότητα του καλούντα προς το σύμβουλο εν ώρα υπηρεσίας, είναι κοινή η τακτική διερεύνησης κι εντοπισμού των εισερχομένων κλήσεων με σκοπό την κινητοποίηση μονάδων δράσης και βοήθειας σε καταστάσεις υψηλού αυτοκτονικού κινδύνου. Ουσιαστικά, ο καθορισμός των καλούντων με τη μεγαλύτερη επικινδυνότητα για μια απόπειρα αυτοκτονίας είναι καθοριστικής σημασίας για τους επαγγελματίες μιας γραμμής, ιδιαίτερα από την αρχή της κλήσης, καθώς πρέπει να διατηρείται με ισορροπία η ιδιωτική ζωή και το απόρρητο του κάθε καλούντα (Witte et al., 2010).

Παρόλα αυτά, οι γραμμές για την παρέμβαση στην αυτοκτονική συμπεριφορά προσαρμόζουν τη λειτουργία τους ως προς τον εντοπισμό των κλήσεων, αναλόγως με την οργάνωση και τη συνεργασία των υπηρεσιών της κάθε χώρας με στόχο την πρόληψη της αυτοκτονίας. Η πλειοψηφία των ευρωπαϊκών χωρών ζητά την παρέμβαση των αστυνομικών αρχών για τον εντοπισμό και την μεταφορά ατόμων που δηλώνουν την πρόθεσή τους να αυτοκτονήσουν, ιδιαίτερα όταν δεν υπάρχει κάποιο υποστηρικτικό δίκτυο για το αυτοκτονικό άτομο. Στην Αυστραλία υπάρχουν πολλά προγράμματα αποτροπής αυτοκτονιών που καθορίζουν την άμεση συνεργασία υπηρεσιών άμεσης βοήθειας κι αστυνομίας με 24ωρες γραμμές παρέμβασης για την αυτοκτονία, με άμεσο στόχο τη μείωση αυτοκτονιών και την υποστήριξη ατόμων τα οποία είναι σε αυτοκτονική κρίση (SANE, Support Link).

Σε αναπτυσσόμενες χώρες όπως η Ινδία, μια γραμμή παρέμβασης για

την αυτοκτονία ανέπτυξε αποτελεσματική συνεργασία με την αστυνομία, βάζοντας αστυνομικούς σε μια διαδικασία αναζήτησης σημείων, γεωγραφικών ή και τεχνιτών, τα οποία θεωρούνται επικίνδυνα για απόπειρες (suicide hot spots). Έπειτα από την εκπαίδευση των αστυνομικών στην αναγνώριση και υποστήριξη αυτοκτονικών ατόμων από τη μεριά των ειδικών της γραμμής, πολλά αυτοκτονικά περιστατικά σε συγκεκριμένα hotspots της περιοχής μπόρεσαν να αποτραπούν (Chavan et al., 2012).

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση και οι κλινικές αποδείξεις των δυνατοτήτων μιας γραμμής για την παρέμβαση στην αυτοκτονική συμπεριφορά, παγκοσμίως, περιγράφει μια προγνωστική δυνατότητα στη διερεύνηση αυτοκτονικών συμπεριφορών και μια παράλληλη θεραπευτική στήριξη ευάλωτων πληθυσμών που δεν απευθύνεται άμεσα σε δομές ψυχικής υγείας. Η αναγκαιότητα υιοθέτησης παρόμοιων πρακτικών κρίνεται συνήθως υπό το πρίσμα των οικονομικών δυνατοτήτων μιας κοινότητας, των εθνικών στρατηγικών δράσης συγκεκριμένα για την πρόληψη της αυτοκτονίας, καθώς και των αντιλήψεων, των θέσεων και της ευαισθητοποίησης κάθε κουλτούρας.

Γραμμή παρέμβασης για την αυτοκτονία στην Ελλάδα - 1018

Το 2007 ειδικοί ψυχικής υγείας της ΜΚΟ Κλίμακα, κινητοποιήθηκαν για τη δημιουργία μιας ανάλογης γραμμής παρέμβασης στην Ελλάδα. Έχοντας ως φυσική έδρα την Αθήνα, ψυχίατροι και ψυχολόγοι με εθελοντική διάθεση για την πρόληψη της αυτοκτονίας, δημιούργησαν τη γραμμή παρέμβασης 801 801 99 99, με αστική χρέωση για όλη την Ελλάδα. Δηλώνοντας τους προβληματισμούς τους οι ίδιοι ειδικοί, μπροστά στην απουσία στρατηγικών για την παρέμβαση στην αυτοκτονία εντός της ψυχιατρικής κοινότητας, δραστηριοποιήθηκαν με γνώμονα την ανάγκη για συμβουλευτική στήριξη αυτοκτονικών ατόμων και των οικογενειών τους, πέραν της ψυχιατρικής ταυτότητας μιας αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Η Ελληνική Εθελοντική Γραμμή για την Παρέμβαση στην Αυτοκτονική Κρίση ήταν επί 24ώρου διαθέσιμη στο κοινό από το 2008 και το 2009 γίνεται μέλος του Παγκόσμιου Οργανισμού για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας (International Association for Suicide Prevention, IASP) και «μετονομάζεται» σε 1018. Το 2012, η γραμμή εντάσσεται στο Κέντρο Ημέρας για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας υπό την αιγίδα των Υπουργείου Υγείας, και οι εθελοντές ψυχίατροι και ψυχολόγοι πιστοποιούνται κι αναγνωρίζονται πλέον ως μια ομάδα ειδικών ψυχικής υγείας, εξειδικευμένοι στην αυτοκτονική συμπεριφορά ψυχιατρικών ασθενών και άλλων ατόμων από διάφορες κοινωνικές ευάλωτες ομάδες.

Οι επαγγελματίες που στελεχώνουν τη γραμμή δραστηριοποιούνται και προσφέρουν συγκεκριμένες υπηρεσίες όπως:

- **Συμβουλευτική παρέμβαση σε κατάσταση κρίσης για την αποφυγή της αυτοκτονίας.**
- **Υποστήριξη σε άτομα που βιώνουν την απώλεια αγαπημένου προσώπου από αυτοκτονία ή ανησυχούν για κάποιο αγαπημένο τους πρόσωπο.**

- **Παραπομπή στην Κλίμακα και σε άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας για παρακολούθηση από ειδικό θεραπευτή.**
- **Ενημέρωση για ζητήματα ψυχικής υγείας.**
- **Ψυχιατρική παρακολούθηση και ψυχολογική υποστήριξη αυτοκαταστροφικών ατόμων.**
- **Συγγραφή και διανομή Οδηγών σε επαγγελματικές ομάδες που μπορούν να παίξουν ειδικό ρόλο στην πρόληψη και αντιμετώπιση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς (εκπαιδευτικοί, γιατροί και άλλοι επαγγελματίες υγείας, εργαζόμενοι στα σωφρονιστικά καταστήματα κ.λπ.).**
- **Σεμινάρια, ομιλίες, ημερίδες και άλλες δράσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης των επαγγελματιών υγείας και του ευρύτερου κοινού.**
- **Ερευνητικό έργο και επιστημονικές ανακοινώσεις σχετικά με την αυτοκτονία και την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.**

Όλες οι δράσεις της γραμμής 1018 απευθύνονται σε: ανθρώπους που σκέφτονται να αυτοκτονήσουν, σε όσους έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν στο παρελθόν, σε άτομα με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, σε ανθρώπους που βιώνουν την απώλεια ή ανησυχούν για κάποιο δικό τους άνθρωπο, σε ειδικούς ψυχικής υγείας καθώς και στην ευρύτερη κοινωνία/άλλους φορείς.

Άμεσος στόχος των ειδικών είναι η διαχείριση της αυτοκαταστροφικής κρίσης και η απομάκρυνση του κίνδυνου μέχρι να έρθει ο καλών/ούσα σε επαφή με κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας, είτε στην περιοχή που βρίσκεται είτε με τους ειδικούς του κέντρου, για την πρόληψη της αυτοκτονίας στην Αθήνα. Όταν κρίνεται απαραίτητο και για λόγους ασφάλειας του καλούντα (κλήση με ενεργητικό αυτοκτονικό ιδεασμό, πλάνο και πρόσβαση στο «αυτοκτονικό» μέσο) επιδιώκεται η διασφάλιση της ακεραιότητας του καλούντα, συλλέγοντας προσωπικά του στοιχεία, προσπερνώντας το πρωτόκολλο της ανωνυμίας και του απορρήτου των κλήσεων της γραμμής.

Πολύ συχνά η απουσία υποστηρικτικού δικτύου, π.χ. οικογένεια, κοντινοί φίλοι, κινητοποιεί τους ειδικούς της γραμμής προς εύρεση βοήθειας/συνεργασίας με υπηρεσίες άμεσης παρέμβασης στην αυτοκτονική κρίση του καλούντα, μέσω αστυνομικών τμημάτων. Βασιζόμενοι στις πολιτικές των διεθνών γραμμών για την παρέμβαση στην αυτοκτονική συμπεριφορά και αναλογιζόμενοι τη λειτουργία της γραμμής που δεν καθορίζει τη φυσική παρουσία των ειδικών σε κάθε κλήση με ενεργό αυτοκτονικό ιδεασμό και πλάνο (π.χ. σπίτι καλούντος), η συνεργασία με τις αστυνομικές αρχές έχει αποδειχθεί αποτελεσματική και αναγκαία στον χώρο πρόληψης της αυτοκτονίας στην Ελλάδα. Υπηρεσίες της Ελληνικής Αστυνομίας είχαν κι έχουν φανεί ως σημαντικές επαφές στο πλαίσιο δράσεων της γραμμής 1018.

Συνοψίζοντας θα πρέπει να επισημανθεί ότι η πρόληψη της αυτοκτονικής συμπεριφοράς είναι εφικτή και σίγουρα εστιάζεται και δραστηριοποιείται σε ένα πλαίσιο συνεργασίας των ειδικών ψυχικής υγείας σε δομές και γραμμές παρέμβασης για την αυτοκτονία με άλλους φύλακες/gatekeepers μιας κοινότητας, όπως οι αστυνομικές αρχές.

Βιβλιογραφία

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).doi:10.1176/appi.books.9780890425596.744053.
- Appleby, L., R. Morris, et al. (2000). «An educational intervention for front-line health professionals in the assessment and management of suicidal patients (The STORM Project).» *Psychol Med* 30(4): 805-12.
- Beautrais, A. L., L. Horwood, J. et al. (2004). «Knowledge and attitudes about suicide in 25-year-olds.» *Aust N Z J Psychiatry* 38(4): 260-5.
- Berlim, M. T., Perizzolo, J., Lejderman, F., Fleck, M. P., & Joiner, T. E. (2007). Does a brief training on suicide prevention among general hospital personnel impact their baseline attitudes towards suicidal behavior?. *J Affect Disord* 100(1-3):233-9.
- Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2002). A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi*, 7(2), 6-8.
- Brown, L. A., Gaudiano, B. A., & Miller, I. W. (2010). The impact of panic-agoraphobic comorbidity on suicidality in hospitalized patients with major depression. *Depress Anxiety*, 27(3), 310-315.
- Bruce A., Rodgers. Editor: Charles C Thomas Pub Ltd (January 20, 2006). *Psychological Aspects of Police Work: An Officer's Guide to Street Psychology*.
- Brunstein Klomek, A., Sourander, A., & Gould, M. (2010). The association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: a review of cross-sectional and longitudinal research findings. *Can J Psychiatry* 55(5):282-8.
- Chavan BS, Garg R, Bhargava R. Role of 24 hour telephonic helpline in delivery of mental health services. *Indian J Med Sci* 2012;66:116-25.
- Comer, J. S., Blanco, C., Hasin, D. S., Liu, S. M., Grant, B. F., Turner, J. B., & Olfson, M. (2011). Health-related quality of life across the anxiety disorders. *J Clin Psychiatry*, 72(1), 43.
- Cox B, Skegg K. Contagious suicide in prisons and police cells. *J Epidemiol Community Health*. 1993 Feb;47(1):69-72.
- Domino, G. (1981). Attitudes towards suicide among Mexican-American and Anglo youth. *Hisp J Behav Sci* 3(4):385-395.
- Domino, G. (2005). «Cross-cultural attitudes towards suicide: the SOQ and a personal odyssey.» *Arch Suicide Res* 9(2): 107-22.
- Domino, G., A. Cohen, et al. (1981). «Jewish and Christian attitudes on suicide.» *J Relig Health* 20(3): 201-7.
- Domino, G. and A. A. Leenaars (1989). «Attitudes toward suicide: a comparison of Canadian and U.S. college students.» *Suicide Life Threat Behav* 19(2): 160-72.
- Domino, G., MacGregor, J. C., & Hannah, M. T. (1988-1989). Collegiate attitudes toward suicide: New Zealand and United States. *Omega*, 19(4): 351-364.
- Domino, G. and Y. Takahashi (1991). «Attitudes toward suicide in Japanese and American medical students.» *Suicide Life Threat Behav* 21(4): 345-59. Eagly, Alice and Shelly Chaiken. Dawn Youngblood, ed. *The psychology of attitudes*. Forth Worth, TX: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, 1993.
- Goldston, D. B., Daniel, S. S., Erkanli, A., Reboussin, B. A., Mayfield, A., Frazier, P. H., & Treadway, S. L. (2009). Psychiatric diagnoses as contemporaneous risk factors for suicide attempts among adolescents and young adults: developmental changes. *J Consult Clin Psychol*, 77(2), 281.
- Hawton, K., Rodham, K., Evans, E., & Weatherall, R. (2002). Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ* 325(7374): 1207.
- Hjelmeland, H., C. S. Akotia, et al. (2008). «Self-reported suicidal behavior and attitudes toward suicide and suicide prevention among psychology students in Ghana, Uganda, and Norway.» *Crisis* 29(1): 20-31.
- Κατσαδώρας, Κ., Γαρώνη, Ντ. (2010). Παρουσίαση του εκπαιδευτικού σεμιναρίου «Βασικά θέματα ψυχοπαθολογίας για εργαζομένους σε καταστήματα κράτησης». 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Κλάδου Κλινικής Ψυχολογίας και Ψυχολογίας της Υγείας της ΕΛΨΕ: «Κοινωνική Κλινική Ψυχολογία/ Ψυχολογία της Υγείας και Δημόσια Υγεία» (4-7 Νοεμβρίου 2010).
- Kavalidou, A., (2009). Attitudes towards suicide among medical and psychology students in Greece: A comparison study. Report series of Master theses in Public Health Board of Education in Public Health Sciences, Stockholm, Sweden: Karolinska Institutet.
- Kelly, M. (1992). Training the Police to Handle Suicide. In Preventing youth suicide: proceedings of a conference held 24-26 July 1990 (No. 13, p. 205). Kangaroo Pr.
- Kocmur, M. and M. Z. Dernovsek (2003). «Attitudes towards suicide in Slovenia: a cross-sectional survey.» *Int J Soc Psychiatry* 49(1): 8-16.

- Links PS, Gould B, Ratnayake R (2003). Assessing suicidal youth with antisocial, borderline, or narcissistic personality disorder. *Can J Psychiatry* 48(5):301-10.
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., Wilde, E. J. D., Corcoran, P., Fekete, S., ... & Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *J Child Psychol Psychiatry* 49(6):667-677.
- Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, Lonnqvist J, Malone K, Marusic A, Mehlum L, Patton G, Phillips M, Rutz W, Rihmer Z, Schmidtke A, Shaffer D, Silverman M, Takahashi Y, Varnik A, Wasserman D, Yip P, Hendin H. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama* 294(16):2064-74.
- Michel, K. and L. Valach (1992). «Suicide prevention: spreading the gospel to general practitioners.» *Br J Psychiatry* 160: 757-60.
- Neimeyer, R. A., B. Fortner, et al. (2001). «Personal and professional factors and suicide intervention skills.» *Suicide Life Threat Behav* 31(1): 71-82.
- Nepon, J., Belik, S. L., Bolton, J., & Sareen, J. (2010). The relationship between anxiety disorders and suicide attempts: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Depress Anxiety*, 27(9), 791-798.
- Oldham, John M. «Borderline personality disorder and suicidality.» *Am J Psychiatry* 163.1 (2006): 20-26.
- Oncu, B., C. Soyka, et al. (2008). «Attitudes of medical students, general practitioners, teachers, and police officers toward suicide in a Turkish sample.» *Crisis* 29(4): 173-9.
- Paris, Joel. «Borderline personality disorder.» *CMAJ*. 172.12 (2005): 1579-1583.
- O'Carroll, P. W., Potter, L. B., & Mercy, J. A. (1994). Programs for the prevention of suicide among adolescents and young adults. *MMWR. Recommendations and reports/Centers for Disease Control*, 43(RR-6), 1-7.
- Pilowsky, D. J., Olfson, M., Gameroff, M. J., Wickramaratne, P., Blanco, C., Feder, A., ... & Weissman, M. M. (2006). Panic disorder and suicidal ideation in primary care. *Depress Anxiety* 23(1), 11-16.
- Pompili, M., Serafini, G., Innamorati, M., Dominici, G., Ferracuti, S., Kotzalidis, G. D., ... & Lester, D. (2010). Suicidal behavior and alcohol abuse. *Int J Environ Res Public Health* 7(4): 1392-1431.
- Psarra V, Sestrini M, Santa Z, Petsas D, Gerontas A, Garnetas C, Kontis K. Greek police officers' attitudes towards the mentally ill (2008). *Int J Law Psychiatry* 31(1):77-85.
- Rutz, W. (2001). «Preventing suicide and premature death by education and treatment.» *J Affect Disord* 62(1-2): 123-9.
- Sato, R., C. Kawanishi, et al. (2006). «Knowledge and attitude towards suicide among medical students in Japan: preliminary study.» *Psychiatry Clin Neurosci* 60(5): 558-62.
- Skegg K, Cox B (1993). Suicide in custody: occurrence in Maori and nonMaori New Zealanders. *N Z Med J* 106(948):1-3.
- Stein, D., D. Brom, et al. (1998). «The association between attitudes towards suicide and suicidal ideation in adolescents.» *Acta Psychiatr Scand* 97(3): 195-201.
- Szanto, K., Kalmár, S., Hendin, H., Rihmer, Z., & Mann, J. J. (2007). A suicide prevention program in a region with a very high suicide rate. *Arch Gen Psychiatry* 64(8):914-20.
- Tomaras VD, Ginieri-Coccosis M, Vassiliadou M, Malliori M, Ferentinos S, Soldatos CR, Tylee A (2011). Education in mental health promotion and its impact on the participants' attitudes and perceived mental health. *Ann Gen Psychiatry* 10:33.
- Wallin, U. and B. Runeson (2003). «Attitudes towards suicide and suicidal patients among medical students.» *Eur Psychiatry* 18(7): 329-33.
- Wasserman D. (2001). Suicide—an unnecessary death. *Informa HealthCare*.
- Wasserman D, Tran Thi Thanh H, Pham Thi Minh D, Goldstein M, Nordenskiöld A, Wasserman C. (2008). Suicidal process, suicidal communication and psychosocial situation of young suicide attempters in a rural Vietnamese community. *World Psychiatry*. 2008 Feb;7(1):47-53.
- Wobeser WL, Datema J, Bechard B, Ford P (2002). Causes of death among people in custody in Ontario, 1990-1999. *CMAJ* 167(10):1109-13.
- World Health Organization (2000). Preventing suicides: A resource for general practitioners. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2007). Preventing suicide in jails and prisons. Geneva: World Health Organization.

Ηλεκτρονικές σελίδες

<http://www.selvmordsforskning.dk> Center for Suicide Research, Denmark.

<http://www.supportlink.com.au/SupportLink>, Australia

<http://www.sane.orgSANE>, Australia



www.ygeia-pronoia.gr



www.espa.gr



www.prosonolotahos.gr

Με τη συμβολή της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης