

# ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ, ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ – ΠΑΡΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ

## Επιπολασμός - Αιτιολογία

**Αλεξάνδρα Ρούσσου**, Παιδοψυχίατρος, **Σταυρούλα Καραγιάννη**, Διευθύντρια  
Δ' Κλινική, Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής

Όπως στην σωματική ιατρική έτσι και στην ψυχιατρική, στις διάφορες ασθένειες δεν παρατηρούνται καινοφανή συμπτώματα αλλά στρέβλωση των φυσιολογικών διεργασιών του οργανισμού. Έτσι στην ψυχιατρική χρησιμοποιείται ο όρος της «διάστασης» επί πλέον του όρου «κατηγορία». Αυτό επιτρέπει την μελέτη των φαινομένων όχι μόνο όταν φτάνουν στο σημείο τομής, γεγονός που δηλώνει ασθένεια αλλά και κάτω από τον ουδό όπου υπάρχουν συμπτώματα αλλά δεν συνιστούν νόσο. Ένα καλό παράδειγμα είναι η κατάθλιψη που κυμαίνεται από φυσιολογική αντίδραση σε μία απώλεια, έως την κατάθλιψη με συμπτωματολογία ψύχωσης. Η κατάθλιψη αποτελεί ένα σήμα για τον εαυτό και τους άλλους ότι ο άνθρωπος υποφέρει και πρέπει να ληφθούν μέτρα. Η κατάθλιψη όπως και όλες οι ψυχιατρικές νόσοι θεωρούνται διαταραχές εφόσον υπάρχει δυσφορία και δυσλειτουργία και η διάρκεια και η ένταση του φαινομένου είναι δυσανάλογη της απώλειας. Η τετάρτη έκδοση του διαγνωστικού και ταξινομικού συστήματος της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας (Diagnostic and statistical Manual of the American Psychiatric Association – DSM-IV) αναγνωρίζει την Μείζονα Κατάθλιψη με ψυχωσικά ή όχι στοιχεία η οποία δυνατόν να υπάρχει μόνη ή να αποτελεί μέρος της Διπολικής Διαταραχής (Μανιοκατάθλιψης) και την Δυσθυμία.

Η κατάθλιψη αποτελεί την συχνότερη ψυχιατρική νόσο μετά από τις αγχώδεις διαταραχές. Ο επιπολασμός της Μείζονος κατάθλιψης έχει τον ίδιο επιπολασμό παγκόσμια. Οι αιτίες της κατάθλιψης είναι ποικίλες, αλλά όπως όλες οι ψυχιατρικές διαταραχές είναι πολυπαραγοντικές.

Η διάγνωση της θεραπείας είναι από απλή μέχρι πολύ δύσκολη όταν η κατάθλιψη εκδηλώνεται με σωματικά προβλήματα ή όταν αποτελεί δευτερογενές πρόβλημα σωματικών ασθενειών.

Η κατάθλιψη σήμερα είναι μία διαταραχή η οποία επηρεάζεται θετικά με θεραπεία η οποία πρέπει να απευθύνεται και στους γενετικούς και τους ψυχολογικούς παράγοντες και ακόμη τους περιβαντολογικούς ή κοινωνικούς παράγοντες.

Θα αναφερθώ τώρα σε ένα πρόβλημα των παιδιών, των εφήβων και των μετεφήβων του οποίου η σοβαρότητα έχει τάσεις αύξησης. Αυτό είναι το θέμα των αυτοκτονιών και παραυτοκτονιών (αποπειρών αυτοκτονιών).

Τα τελευταία χρόνια σε όλες τις προηγμένες χώρες (Αμερική, Ευρώπη) έχει παρατηρηθεί μια εντυπωσιακή αύξηση της συχνότητας της αυτοκτονίας και παραυτοκτονίας (ο τελευταίος όρος έχει αντικαταστήσει τελευταία τον όρο απόπειρα αυτοκτονίας). Στην Ευρώπη, η αυτοκτονία αναφέρεται για μεν τα αγόρια (14-18 χρόνων) σαν η δεύτερη αιτία θανάτου για δε τα κορίτσια της ίδιας ηλικίας η τρίτη. Βρέθηκε σε εκτεταμένη έρευνα ότι το 4% των μαθητών γυμνασίου αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν κατ' έτος, ενώ 8% της ίδιας ομάδας αναφέρουν μια τουλάχιστον απόπειρα κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Σε μια εκτεταμένη και εμπεριστατωμένη μελέτη μιας ομάδας εφήβων ηλικίας 15-19 ετών βρέθηκε: 2,7 περιστατικά αυτοκτονίας ανά 100000 παιδιά, για το έτος

1950, ενώ για το 1980, 8,5 περιστατικά αυτοκτονίας ανά 100000 παιδιά. Ο τριπλάσιος αριθμός δεν φαίνεται να οφείλεται σε μεγαλύτερη ευχέρεια των ιατροδικαστών να βεβαιώσουν τους θανάτους αυτοκτονίας, αλλά σε πραγματική αύξηση του αριθμού των αυτοκτονιών. Έχει υπολογισθεί, ότι σε κάθε αυτοκτονία προηγούνται τρεις έως δέκα παραυτοκτονίες.

### **Επιπολασμός αυτοκτονιών-παραυτοκτονιών**

Ο προσδιορισμός του ακριβούς αριθμού αυτοκτονιών και παραυτοκτονιών είναι πολύ δύσκολος σε όλες τις πληθυσμιακές ομάδες και σε όλες τις ηλικίες, ανεξάρτητα από φύλο. Είναι γενικά παραδεκτό, ότι οι στατιστικοί δείκτες που υπάρχουν υποτιμούν κατά πολύ την πραγματικότητα. Αυτό κυρίως οφείλεται, στο ότι η πράξη αυτοκαταστροφής πολύ συχνά δεν αναγνωρίζεται ή και συγκαλύπτεται από το ίδιο το άτομο, την οικογένειά του και το σύστημα Υγείας. Είναι άξιο αναφοράς ότι στο Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο Αθηνών του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, παιδιά που ζήτησαν βοήθεια για ποικίλους λόγους, αποκαλύπτουν για πρώτη φορά κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους, μια ή περισσότερες παραυτοκτονίες, που είχαν συμβεί στο παρελθόν. Η αναξιοπιστία των στατιστικών στοιχείων ισχύει ακόμη περισσότερο για τα παιδιά. Οι αυτοκτονίες και παραυτοκτονίες σε παιδιά κάτω των 12 χρόνων συχνά δηλώνονται σαν ατυχήματα. Ο λεπτομερειακός έλεγχος κάθε ατυχήματος των παιδιών από τους φορείς της σωματικής και ψυχικής Υγείας αποκαλύπτει αυτή την πραγματικότητα.

Στην Ελλάδα, την τελευταία εικοσαετία παρατηρείται σημαντική αύξηση του αριθμού των παιδιών που παραπέμπονται για αυτοδηλητηρίαση. Έτσι, από έρευνα που έγινε σε Γενικό Νοσοκομείο του Πειραιά και διερεύνησε τη συχνότητα της αυτοδηλητηρίασης σε παιδιά κάτω των 15 χρόνων διαπιστώθηκε αύξησή της κατά 165%, που είναι τρομακτική. Το εύρημα αυτό προβληματίζει τους υπεύθυνους για τη σωματική και ψυχική υγεία των σημερινών παιδιών και εφήβων και αυριανών ενηλίκων. Η μεγαλύτερη αύξηση αφορούσε κορίτσια ηλικίας 10-14 χρόνων. Εξάλλου από τα στοιχεία του Κέντρου Δηλητηριάσεως που λειτουργεί στο Νοσοκομείο Παίδων «Αγλαΐα Κυριακού» προκύπτει για το διάστημα 1977-1987 αύξηση των τηλεφωνικών κλήσεων ή επισκέψεων κατά 50%. Επίσης, σε επαρχιακό γενικό νοσοκομείο αναφέρεται αύξηση του αριθμού των εισαγωγών από αυτοδηλητηρίαση της τάξεως του 60%. Είναι σημαντικό να υπογραμμισθεί η διαφορά που υπάρχει ανάμεσα σε αυτά τα στοιχεία και τις επίσημες στατιστικές, αφού οι τελευταίες αναφέρουν για την ίδια χρονική περίοδο αύξηση της τάξεως μόνο του 20%.

Σε μια πανελλαδική και εκτεταμένη μελέτη που πραγματοποιήσαμε στο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής δώσαμε ερωτηματολόγια σε 2000 εφήβους. Στα ερωτηματολόγια YSR (εφήβων) υπήρχαν δυο ερωτήσεις: η μια ρωτούσε αν έχουν προσπαθήσει να κάνουν κακό στον εαυτό τους και η άλλη αν ποτέ σκέφτηκαν να αυτοκτονήσουν. 10,8% των αγοριών και 15,1% των κοριτσιών απάντησαν θετικά στην α' ερώτηση και 19,4% των αγοριών και 28,9% των κοριτσιών στη δεύτερη.

Οι λόγοι αύξησης της συχνότητας, αυτοκτονιών και παραυτοκτονιών δεν είναι επακριβώς γνωστοί, είναι όμως πιθανόν να συνδέεται με την παράλληλη αύξηση κατάχρησης οινοπνευματωδών ποτών και κατάθλιψης σε άτομα που γεννήθηκαν μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, όπως είναι γονείς των σημερινών παιδιών και εφήβων, όπως επίσης με την εύκολη πρόσβαση στα μέσα αυτοκτονίας (όπλα, φάρμακα, τοξικές ουσίες κ.ά.), με την αυξημένη συχνότητα των διαζυγίων, μονογονικών οικογενειών και μετακίνησης των πληθυσμών (εσωτερική και εξωτερική μετανάστευση).

### **Φύλο και ηλικία**

Η συχνότητα των παραυτοκτονιών και ιδιαίτερα των αυτοκτονιών, αυξάνεται με την πρόοδο της ηλικίας. Όσον αφορά στο φύλο, στα αγόρια παρατηρείται υψηλότερο ποσοστό αυτοκτονιών, ενώ στα κορίτσια υψηλότερο ποσοστό παραυτοκτονιών. Πιθανόν αυτό να οφείλεται στο ότι τα

αγόρια προκειμένου να αυτοκτονήσουν καταφεύγουν σε βιαιότερα και μη επιδεχόμενα αναστροφή μέσα (π.χ. όπλα, απαγχονισμός). Προκειμένου όμως να έχουμε σαφή εικόνα των αυτοκτονιών και παραυτοκτονιών σε παιδιά και εφήβους πρέπει να εξετάσουμε την έννοια που δίνει το παιδί στο θάνατο. Πρέπει να αντιμετωπίζονται με επιπολαιότητα, αλλά σοβαρά όπως συμβαίνει με τις παραυτοκτονίες των ενηλίκων.

## **Παράγοντες**

### **Ψυχιατρικά προβλήματα**

Την τελευταία δεκαετία αρκετοί ερευνητές έχουν υποστηρίξει, ότι η ψυχιατρική ασθένεια είναι παράγοντας αυξημένου κινδύνου για τις αυτοκτονίες σε νέους κάτω των τριάντα χρόνων. Οι Shafer και Garland το 1988 σημειώνουν, ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό παιδιών που αυτοκτόνησαν, δεν είχαν ψυχιατρικές εκδηλώσεις πριν από το θάνατο. Ο Gramley το 1988 ανέφερε ότι, η αυτοκτονική συμπεριφορά ενός εφήβου είναι το κύριο σύμπτωμα μιας ψυχιατρικής διαταραχής.

Οι πιο συνηθισμένες διαταραχές που συνδέονται με τις αυτοκτονίες-παραυτοκτονίες είναι η κατάθλιψη, η λήψη εθιστικών ουσιών και η κακή διαγωγή.

### **Κατάθλιψη**

Η κατάθλιψη, είτε στα πλαίσια της διπολικής συναισθηματικής διαταραχής (μανιοκατάθλιψη) είτε σαν μονοπολική διαταραχή, αναφέρεται συχνά τόσο στις αυτοκτονίες όσο και στις παραυτοκτονίες (Rich 1986, Brent και Perper 1988). Τα ποσοστά αυτοκτονίας και παραυτοκτονίας είναι σαφώς υψηλότερα σε νοσηλευόμενους με κατάθλιψη, απ' ότι σε νοσηλευόμενους με άλλα νοσήματα (Marks και Haller 1977).

### **Λήψη ουσιών**

Η χρήση εθιστικών ουσιών επίσης συνδέεται με αυτοκτονίες και παραυτοκτονίες. Ιστορικό λήψης τέτοιων ουσιών αναφέρεται στο 15-33% των νεαρών που αυτοκτονούν ή που έχουν επιχειρήσει να αυτοκτονήσουν. Μελέτες σε εφήβους χρήστες ανάλογων ουσιών, έχουν δείξει ότι οι παραυτοκτονίες συμβαίνουν σ' αυτούς 3 φορές συχνότερα απ' ότι στους μη χρήστες εφήβους. Σημειώνεται ότι η επιθυμία για θάνατο αυξάνεται δραματικά αμέσως μετά τη λήψη της ουσίας.

### **Διαταραχές διαγωγής**

Εχει παρατηρηθεί ότι παράγοντας αυξημένου κινδύνου για αυτοκτονία και παραυτοκτονία είναι οι διαταραχές διαγωγής. Μελέτες σε εφήβους με αυτοκτονική συμπεριφορά έχουν δείξει ότι, ο ρόλος της μπορεί να είναι μεγαλύτερος ακόμη και απ' αυτό της κατάθλιψης (Shaffer και Gould, 1987).

Συχνά η κατάθλιψη, η διαταραχή διαγωγής και η διαταραχή από λήψη ουσιών μπορεί να συνυπάρχουν, οπότε και αυξάνεται η συχνότητα και η φονικότητα των παραυτοκτονιών.

### **Προβλήματα στην οικογένεια**

Μεταξύ των σημαντικών μεταβλητών που σχετίζονται με την αυτοκτονία-παραυτοκτονία παιδιών και εφήβων, είναι η επίδραση της οικογένειας και ειδικότερα των γονέων. Η οικογένεια είναι ο θεσμός, ο οποίος μπορεί να επηρεάσει τη συμπεριφορά των παιδιών και να τους δώσει τα απαραίτητα εφόδια, τη γνώση και τους τρόπους με τους οποίους να πραγματοποιήσουν τους σκοπούς και τα μέσα για μία συμπεριφορά και ζωή που να είναι παραδεκτή από την ευρύτερη κοινωνία. Προφανής ρόλος της οικογένειας είναι η υγιής ανάπτυξη και αυτονομία των παιδιών. Τα αυτοκτονικά παιδιά έχουν χειρότερες σχέσεις με τους γονείς, οι οποίοι έτσι έχουν λιγότερη επίδραση πάνω τους, περνούν λιγότερα ευχάριστα μαζί τους και έχουν αρνητική εικόνα γι' αυτούς. (McKerny, 1983).

### **Κακοποίηση παιδιών και εφήβων**

Άλλος παράγοντας που σχετίζεται με την αυτοκτονία και την παραυτοκτονία στα παιδιά και τους εφήβους είναι η σωματική, ψυχολογική και σεξουαλική κακοποίηση. Παιδιά που έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση από μέλη της οικογένειας, έχουν δύο φορές περισσότερες πιθανότητες να κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας. Αυτό σε ένα βαθμό εξηγείται από το ότι, τα άτομα που έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση από οικεία πρόσωπα, θεωρούν τον εαυτό τους υπεύθυνο για την κακοποίηση, με αποτέλεσμα να αυτοενοχοποιούνται και να εμφανίζουν κατάθλιψη με έντονη την επιθυμία του θανάτου.

Αυτοκτονικές συμπεριφορές που μπορεί να καταλήξουν σε αυτοκτονία, συναντούμε και σε παιδιά που πάσχουν από σοβαρές χρόνιες οργανικές παθήσεις, όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και τα κακοήθη νοσήματα. Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι, στα χρόνια νοσήματα ψυχικές διαταραχές και κυρίως το άγχος και η κατάθλιψη εμφανίζονται 1,5 έως 6 φορές συχνότερα απ' ότι στο γενικό πληθυσμό. Η γνωστοποίηση της σοβαρότητας της πάθησης προκαλεί στο παιδί ή στον έφηβο και την οικογένειά του σοβαρό ψυχικό τραυματισμό που επαυξάνεται από την εισαγωγή στο νοσοκομείο, τον εργαστηριακό έλεγχο, ο οποίος συχνά περιλαμβάνει επώδυνες ιατρικές εξετάσεις, την ενδεχομένως εφόρου ζωής θεραπευτική παρέμβαση και την αλλαγή του τρόπου ζωής του ίδιου και της οικογένειας. Ακολουθούν προβλήματα σε σχέση με τα αδέρφια, το σχολείο και το κοινωνικό περιβάλλον. Δημιουργούνται ποικίλες αντιδράσεις, που περιλαμβάνουν άρνηση του προβλήματος, απόκρυψή του (συνωμοσία σιωπής), άγχος θανάτου, κατάθλιψη.

Πολλές φορές στα παιδιά με χρόνια νοσήματα παρατηρούμε εμμέσους τρόπους αυτοκαταστροφής, όπως παραμέληση των απαραίτητων ιατρικών εξετάσεων, άρνηση της λήψης των αναγκαίων φαρμάκων, εναντιωματική συμπεριφορά στο συγκεκριμένο τρόπο ζωής που η νόσος τους απαιτεί.

### **Συνθήκες που ευνοούν την παραυτοκτονία ή αυτοκτονία του εφήβου είναι:**

1. Παρουσία προβλημάτων που αρχίζουν από τα πρώτα παιδικά χρόνια.
2. Επίταση των προβλημάτων στην εφηβεία, σε σημείο που να υπερβαίνουν τα φυσιολογικά για την εφηβεία όρια.
3. Προοδευτική αποτυχία υπαρχόντων προστατευτικών μηχανισμών, προκειμένου να αντιμετωπιστούν παλιά και νέα προβλήματα, που οδηγούν σιγά-σιγά σε προοδευτική απομόνωση του εφήβου και επομένως σε αδυναμία ανάπτυξης ουσιαστικών κοινωνικών σχέσεων.
4. Πλήρης σχεδόν διάσπαση ή διάλυση σημαντικών, ουσιαστικών σχέσεων που έχει ο έφηβος μερικές εβδομάδες ή μέρες πριν από την απόπειρα, που αφαιρεί από τον έφηβο κάθε ίχνος ελπίδας.
5. Εσωτερικές διεργασίες με τις οποίες ο έφηβος δικαιολογεί στον εαυτό του την αυτοκτονία.

Όπως προκύπτει από τα όσα αναφέρθηκαν, ένας ευαίσθητοποιημένος γονιός, δάσκαλος, σύμβουλος, παιδίατρος ή παιδοψυχίατρος, μπορεί σε μερικές περιπτώσεις να αντιληφθεί την επικινδυνότητα που κρύβει η συμπεριφορά ενός εφήβου.