

Πανεπιστήμιο Κρήτης
Σχολή Κοινωνικών Επιστημών
Τμήμα Ψυχολογίας

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

*«Άτομα με Διαταραχές Συνδεδεμένες με Ουσίες :
Ομάδα υψηλού κινδύνου για την εκδήλωση αυτοκαταστροφικής
συμπεριφοράς»*

Εποπτεία : Θεμελή Όλγα
Χατήρα Καλλιόπη

Επιμέλεια :
Αϊδινόπουλου Κυριακή – Βασιλική
Α. Μ. 1333

Ρέθυμνο, 2005

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
2. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΒΑΣΙΚΩΝ ΟΡΩΝ	8
2.1 <u>Συνδεδεμένες με Ουσίες Διαταραχές</u>	9
2.1.1 <u>Διαταραχές Χρήσης Ουσιών</u>	9
2.1.1.1 Εξάρτηση από Ουσίες.....	9
2.1.1.2 Κατάχρηση Ουσιών.....	10
2.1.2 <u>Προκαλούμενες από Ουσίες Διαταραχές</u>	11
2.1.2.1 Τοξίκωση από Ουσίες.....	11
2.1.2.2 Στέρηση Ουσιών.....	12
2.1.3. <u>Συγκεκριμένες τάξεις ουσιών</u>	13
2.2 <u>Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά</u>	14
2.2.1 <u>Αυτοκτονία</u>	14
2.2.2 <u>Απόπειρα αυτοκτονίας</u>	15
2.2.3 <u>Αυτοκτονικός ιδεασμός</u>	15
2.2.4 <u>Διφορούμενες μορφές συμπεριφοράς</u>	16
2.2.4.1 Τυχαία ή σκόπιμη υπερβολική δόση.....	16
2.2.4.2 Αποτυχημένη απόπειρα αυτοκτονίας.....	16
2.2.4.3 Παρεμποδισμένη απόπειρα αυτοκτονίας.....	17
2.2.4.4 Έμμεσες απόπειρες αυτοκτονίας.....	17
3. ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΣΕ ΔΙΕΘΝΕΣ ΕΠΙΠΕΔΟ	18
3.1 <u>Ποσοστά αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς στους χρήστες αλκοόλ</u>	19
3.2 <u>Ποσοστά αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς στους χρήστες οπιοειδών</u>	20
3.3 <u>Ποσοστά αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς στους χρήστες άλλων ουσιών</u>	21
4. ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΝΕΟΜΕΝΩΝ ΜΕ ΟΥΣΙΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ	22
4.1 <u>Θεωρητικές προσεγγίσεις με επίκεντρο το άτομο</u>	23
4.1.1 <u>Θεωρία της αυτοϊασης</u>	23
4.1.2 <u>Θεωρία σχετικά με την επιθετικότητα</u>	24

4.1.3 Θεωρία σχετικά με τις προσδοκίες από τις ουσίες.....	24
4.1.4 Θεωρία της «αλκοολικής μυωπίας» (Alcohol Myopia Theory).....	25
4.1.5 Θεωρία σχετικά με τις κοινωνικές σχέσεις.....	26
4.2 Θεωρητικές προσεγγίσεις με επίκεντρο το κοινωνικό σύνολο.....	26
4.2.1 Θεωρία των εναλλακτικών λύσεων (Theory of alternative solutions).....	27
4.2.2 Θεωρία της κοινωνικής αποσύνθεσης (Social deterioration theory).....	27
4.2.3 Θεωρία των «υγρών» και των «ξηρών» πολιτισμών κατανάλωσης	27
5. ΦΥΣΙΟΓΝΩΜΙΑ ΤΟΥ ΧΡΗΣΤΗ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΤΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΜΕ	
ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ.....	29
5.1 <u>Δημογραφικά χαρακτηριστικά</u>	30
5.1.1 Φύλο.....	30
5.1.2 Ηλικία.....	31
5.1.3 Οικογενειακή κατάσταση.....	31
5.1.4 Κοινωνικοοικονομικό επίπεδο.....	31
5.1.5 Μορφωτικό επίπεδο.....	32
6. ΠΑΡΑΤΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΩΘΟΥΝ ΤΟΝ ΧΡΗΣΤΗ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΤΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΣΤΗΝ	
ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ.....	33
6.1 <u>Κλινικά χαρακτηριστικά του χρήστη</u>	34
6.1.1 Προηγούμενο ιστορικό αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.....	34
6.1.2 Συνοσυρότητα.....	34
6.1.2.1 Διαταραχές Διάθεσης.....	35
6.1.2.2 Διαταραχές Προσωπικότητας.....	35
6.1.2.3 Αγχώδεις Διαταραχές.....	36
6.1.2.4 Συνδεόμενες με Ουσίες Διαταραχές.....	36
6.1.2.5 Διαταραχές Διασπαστικής Συμπεριφοράς.....	37
6.1.3 Σοβαρή ιατρική ασθένεια.....	37
6.1.4 Πρόωρη έναρξη χρήσης ουσιών.....	38
6.1.5 Σοβαρή πορεία χρήσης ουσιών.....	38
6.1.6 Χρήση πολλαπλών ουσιών.....	38
6.1.7 Περιστατικό υπερβολικής δόσης.....	39
6.1.8 Υποτροπή.....	39

6.2	<u>Κλινικά χαρακτηριστικά της οικογένειας του χρήστη</u>	39
6.2.1	Οικογενειακό ιστορικό αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.....	40
6.2.2	Οικογενειακό ιστορικό κατάχρησης ουσιών.....	40
6.2.3	Οικογενειακό ιστορικό άλλης ψυχικής διαταραχής.....	40
6.3	<u>Χαρακτηριστικά προσωπικότητας του χρήστη</u>	41
6.3.1	Εσωστρέφεια, νευρωτισμός, ψυχωτισμός.....	41
6.3.2	Παρορμητικότητα, επιθετικότητα, έλλειψη στρατηγικών αντιμετώπισης προβλημάτων.....	41
6.4	<u>Μείζονα αγγαγόνα γεγονότα στη ζωή του χρήστη</u>	42
6.4.1	Απώλεια αγαπημένου προσώπου.....	42
6.4.2	Προβλήματα στον επαγγελματικό τομέα.....	42
6.4.3	Προβλήματα με το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης.....	43
6.4.4	Δυσμενείς εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία.....	43
6.4.5	Προβλήματα στέγασης.....	44
6.4.6	Κοινωνική απομόνωση.....	44
7.	ΤΡΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΧΡΗΣΤΗ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΤΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ	45
7.1	<u>Τρόπος</u>	46
7.1.1	Υπερβολική δόση ψυχοδραστικών ουσιών ή χρήση δηλητηριωδών ουσιών.....	46
7.1.2	Βίαιη αφαίρεση της ζωής.....	47
7.2	<u>Χρόνος</u>	47
7.2.1	Μέρα.....	47
7.2.2	Μήνας.....	48
7.2.3	Περίοδος μετά την λήξη της θεραπείας.....	48
8.	ΜΕΣΑ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΠΟΥ ΑΠΕΥΘΥΝΟΝΤΑΙ ΣΤΟΝ ΧΡΗΣΤΗ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΤΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΜΕ ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	49
8.1	<u>Αξιολόγηση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς</u>	50
8.2	<u>Προσδιορισμός της πορείας της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς στο πέρασμα του χρόνου</u>	51
8.3	<u>Εισαγωγή στο νοσοκομείο</u>	52

8.4 <u>Θεραπεία</u>	53
8.4.1 <u>Φαρμακοθεραπεία</u>	53
8.4.2 <u>Ψυχοθεραπεία</u>	54
9. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ	56
9.1 <u>Πρωτογενής πρόληψη</u>	57
9.2 <u>Δευτερογενής πρόληψη</u>	57
9.3 <u>Τριτογενής πρόληψη</u>	58
9.4 <u>Άλλα μέτρα πρόληψης</u>	58
10. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	59
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	61

1^ο Κεφάλαιο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι γεγονός πως η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών επιφέρει δυσμενείς επιπτώσεις στη ζωή των ατόμων, ενώ εγκυμονεί πολλαπλούς κινδύνους στην μετέπειτα ζωή τους (Μάνος, 1988). Η θνησιμότητα των ατόμων, που κάνουν χρήση αυτών των ουσιών, είναι γενικά αυξημένη και υπολογίζεται περίπου στο 2% ανά έτος. Με άλλα λόγια, η θνησιμότητα στους χρήστες είναι από 5 μέχρι 30 φορές πιο πιθανή σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (Rossow & Lauritzen, 1999). Οι κύριες αιτίες του θανάτου τους είναι α) η υπερβολική δόση της ουσίας, β) κάποια ασθένεια και γ) η αυτοκτονία (Darke & Kaye, 2004). Το 50% των θανάτων των εξαρτημένων ατόμων οφείλεται στην υπερβολική δόση και την αυτοκτονία, (Rossow & Lauritzen, 1999) ενώ, ταυτόχρονα, ο κίνδυνος αυτοκτονίας στα συγκεκριμένα άτομα είναι 60 με 120 φορές μεγαλύτερος σε σχέση μ' αυτόν του γενικού πληθυσμού (Driessen et al, 1998). Οι ψυχοδραστικές ουσίες, που έχουν ενοχοποιηθεί ότι σχετίζονται με την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά των χρηστών, δεν είναι μόνο αυτές που κυκλοφορούν παράνομα στο εμπόριο όπως η ηρωίνη, (Best et al, 2000; Darke, Ross, Lynskey, & Teesson, 2004; Darke & Ross, 2002; Darke & Ross, 2001; Roy, 2002) η κοκαΐνη (Cornelius et al, 1998; Darke & Kaye, 2004; Garlow, Purtselle, & D'Orio, 2003; Roy, 2001a) και η κάνναβη (Beautrais, Joyce, & Mulder, 1999). Αντίθετα με την πεποίθηση πολλών, νόμιμες ουσίες όπως το αλκοόλ, (Light, Grube, Madden, & Gover, 2003; Merrill, Milner, Owens, & Vale, 1992; Rossow, Grøholt, & Wichstrøm, 2005; Rossow, Romelsjo, & Leifman, 1999; Roy, 2003b; Roy, Lamparski, Dejong, Moore, & Linnoila, 1990; Windle, Miller-Tutzauer, & Domenico, 1992) η νικοτίνη (Tanskanen et al, 2000a; Tanskanen et al, 2000b) και η καφεΐνη (Tanskanen et al, 2000a) εμπλέκονται εξίσου στην εκδήλωση συμπεριφορών, που είναι απειλητικές για την ζωή αυτών των ατόμων.

Παρά το γεγονός ότι η εκτενής επιστημονική βιβλιογραφία υποστηρίζει πως τα άτομα, που κάνουν χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, είναι ιδιαίτερα επιρρεπή στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και αντιπροσωπεύουν μια ομάδα υψηλού κινδύνου, (Appleby, 2000; Deykin & Buka, 1994; Erinoff, Compton, & Volkow, 2004b; Garnefski & deWilde, 1998; Garrison, McKeown, Valois, & Vincent, 1993; Goodwin & Hasin, 2002; Havens et al, 2004; Madianos, Gefou – Madianou, & Stefanis, 1994; Rossow & Lauritzen, 2001; Wines, Saitz, Horton, Lloyd - Travaglini, & Samet, 2004;) η αυτοκτονία δεν προσέλκυσε ιδιαίτερα το ενδιαφέρον των ερευνητών στο πεδίο των «ναρκωτικών» για πολλά χρόνια (Darke & Kaye, 2004). Το ζήτημα αυτό άρχισε να απασχολεί την επιστημονική κοινότητα τα τελευταία μόλις

χρόνια (Darke & Ross, 2002). Μάλιστα, υποστηρίχθηκε ότι η αύξηση στη χρήση ουσιών τις τελευταίες δεκαετίες μπορεί να έχει συμβάλει στην αύξηση των ποσοστών αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, που έχει παρατηρηθεί την ίδια περίοδο (Beautrais et al, 1999; Bukstein et al, 1993; Felts, Chenier, & Barnes, 1992; Rossow et al, 2005). Προκειμένου, λοιπόν, να ληφθούν μέτρα πρόληψης για το φαινόμενο αυτό, απαραίτητο είναι να εντοπιστούν μέσα σ' αυτήν την ομάδα τα άτομα υψηλού κινδύνου εκδήλωσης αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, οι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο, ο μηχανισμός που συνδέει την χρήση ουσιών με την αυτοχειρία και γενικότερα ο,τιδήποτε σχετίζεται μ' αυτό το πρόβλημα (Driessen et al, 1998).

2^ο Κεφάλαιο

**ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ
ΤΩΝ ΒΑΣΙΚΩΝ ΌΡΩΝ**

Η χρήση ουσιών συνίσταται στην λήψη μέτριας ποσότητας ψυχοδραστικών ουσιών, που δεν επηρεάζει ιδιαίτερα την κοινωνική, εκπαιδευτική ή επαγγελματική λειτουργία του ατόμου. Η περιστασιακή χρήση, μάλιστα, περιλαμβάνει τόσο τις νόμιμες ψυχοδραστικές ουσίες όσο και τις παράνομες ναρκωτικές ουσίες (Barlow & Durand, 2000).

Παθολογική, όμως, θεωρείται η χρήση μιας ουσίας, όταν ως συνέπεια της λήψης της παρατηρούνται συμπτώματα και δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά, που θα θεωρούνταν εξαιρετικά ανεπιθύμητα σ' οποιαδήποτε πολιτισμική ομάδα (Μάνος, 1988).

2.1 Συνδεδεμένες με Ουσίες Διαταραχές

Σύμφωνα με την τέταρτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (DSM – IV) οι Συνδεδεμένες με Ουσίες Διαταραχές περιλαμβάνονται στον Άξονα I και χωρίζονται σε δύο ομάδες, τις Διαταραχές Χρήσης Ουσιών και τις Προκαλούμενες από Ουσίες Διαταραχές (American Psychiatric Association [APA], 2000).

2.1.1 *Διαταραχές Χρήσης Ουσιών*

Οι Διαταραχές Χρήσης Ουσιών χαρακτηρίζονται από ένα δυσπροσαρμοστικό πρότυπο χρήσης ουσιών, το οποίο συνοδεύεται από ψυχολογική εξάρτηση, μειωμένο έλεγχο στη λήψη ουσιών και / ή δυσμενείς επιπτώσεις στην καθημερινή λειτουργία του ατόμου (American Psychiatric Association [APA], 1995). Οι διαταραχές αυτές απαρτίζονται από την Εξάρτηση από Ουσίες και την Κατάχρηση Ουσιών (APA, 2000).

2.1.1.1 Εξάρτηση από Ουσίες

Ο όρος εξάρτηση σύμφωνα με το DSM – IV αναφέρεται σε κάποια φυσιολογικά και ψυχολογικά φαινόμενα, που προκαλούνται από την επαναλαμβανόμενη χρήση μιας ουσίας (Barlow & Durand, 2000; Gelder, Mayou,

Gath, & Cowen, 1996). Τα διαγνωστικά κριτήρια της Εξάρτησης από Ουσίες παρουσιάζονται στον Πίνακα 1 (APA, 2000; APA, 1995; Gelder et al, 1996).

Πίνακας 1. Διαγνωστικά κριτήρια της Εξάρτησης από Ουσίες κατά το DSM – IV

Ένα δυσπροσαρμοστικό πρότυπο χρήσης ουσιών που οδηγεί σε κλινικά σημαντική έκπτωση ή ενόχληση, όπως εκδηλώνεται από τρία (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα τα οποία συμβαίνουν κάποια στιγμή στην ίδια 12μηνη περίοδο :

- (1) ανοχή, όπως ορίζεται με ένα από τα ακόλουθα :
 - (α) ανάγκη για σαφώς αυξημένες ποσότητες της ουσίας, προκειμένου να επιτευχθεί η τοξίκωση ή το επιθυμητό αποτέλεσμα
 - (β) σαφώς περιορισμένο αποτέλεσμα με τη συνέχιση της χρήσης της ίδιας ποσότητας της ουσίας
- (2) στέρηση, όπως εκδηλώνεται με ένα από τα ακόλουθα :
 - (α) το χαρακτηριστικό στερητικό σύνδρομο για την ουσία
 - (β) η ίδια (ή παρόμοια) ουσία λαμβάνεται για την ανακούφιση ή αποφυγή στερητικών συμπτωμάτων
- (3) συχνά η ουσία λαμβάνεται σε μεγαλύτερες ποσότητες ή για μεγαλύτερες περιόδους σε σχέση με την πρόθεση του ατόμου
- (4) υπάρχει έμμονη επιθυμία ή ανεπιτυχείς προσπάθειες να διακοπεί ή να ελεγχθεί η χρήση της ουσίας
- (5) ένα μεγάλο μέρος του χρόνου δαπανάται σε δραστηριότητες απαραίτητες για την απόκτηση της ουσίας, για τη χρήση της ουσίας ή για την ανάνηψη από τη δράση της
- (6) εγκατάλειψη ή μείωση σημαντικών κοινωνικών, επαγγελματικών ή ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων εξαιτίας της χρήσης της ουσίας
- (7) συνέχιση της χρήσης της ουσίας παρ' όλη την επίγνωση της ύπαρξης μόνιμου ή υποτροπιάζοντος σωματικού ή ψυχολογικού προβλήματος, το οποίο είναι πιθανό να έχει προκληθεί ή επιδεινωθεί από την ουσία

2.1.1.2 Κατάχρηση Ουσιών

Ο όρος κατάχρηση σύμφωνα με το DSM – IV αναφέρεται σε ένα δυσπροσαρμοστικό πρότυπο χρήσης μιας ουσίας, που παρεμβαίνει στη ζωή του

ατόμου και εξασθενεί την υγεία του γενικά (Barlow & Durand, 2000; Gelder et al, 1996). Τα διαγνωστικά κριτήρια της Κατάχρησης Ουσιών παρουσιάζονται στον Πίνακα 2 (APA, 2000; APA, 1995; Gelder et al, 1996).

Πίνακας 2. Διαγνωστικά κριτήρια της Κατάχρησης Ουσιών κατά το DSM – IV

<p>A. Δυσπροσαρμοστικό πρότυπο χρήσης ουσίας που οδηγεί σε κλινικά σημαντική έκπτωση ενόχληση, όπως εκδηλώνεται με τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα, τα οποία συμβαίνουν μέσα σε μια 12μηνιαία περίοδο :</p>
<p>(1) υποτροπιάζουσα χρήση ουσίας που έχει ως αποτέλεσμα αποτυχία στην εκπλήρωση βασικών υποχρεώσεων του ρόλου στην εργασία, στο σχολείο ή στο σπίτι</p> <p>(2) υποτροπιάζουσα χρήση ουσίας σε καταστάσεις στις οποίες είναι σωματικά επικίνδυνο</p> <p>(3) υποτροπιάζοντα προβλήματα με το νόμο συνδεδεμένα με την ουσία</p> <p>(4) συνεχιζόμενη χρήση της ουσίας παρ' όλη την ύπαρξη μόνιμων ή υποτροπιάζόντων κοινωνικών ή διαπροσωπικών προβλημάτων που προκαλούνται ή επιδεινώνονται από τις επιδράσεις της ουσίας</p>
<p>B. Τα συμπτώματα δεν πληρούσαν ποτέ τα κριτήρια της Εξάρτησης από Ουσία γι' αυτήν την τάξη ουσιών.</p>

2.1.2 Προκαλούμενες από Ουσίες Διαταραχές

Οι Προκαλούμενες από Ουσίες Διαταραχές χαρακτηρίζονται από την εμφάνιση ψυχιατρικών συμπτωμάτων που προκαλούνται από την χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, συμπεριλαμβανομένων των παρενεργειών φαρμακευτικής αγωγής και της έκθεσης σε τοξικές ουσίες (APA, 1995). Οι διαταραχές αυτές περιλαμβάνουν, μεταξύ των άλλων, την Τοξίκωση από Ουσίες και την Στέρηση Ουσιών (APA, 2000).

2.1.2.1 Τοξίκωση από Ουσίες

Η τοξίκωση από ουσίες είναι η φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού στη λήψη ουσιών. Η τοξίκωση ενός ατόμου εξαρτάται από το είδος και την ποσότητα της

ουσίας που εισέρχεται στον οργανισμό και από την ατομική βιολογική αντίδραση του ατόμου (Barlow & Durand, 2000). Τα διαγνωστικά κριτήρια της Τοξίκωσης από Ουσίες παρουσιάζονται στον Πίνακα 3 (APA, 2000; APA, 1995).

Πίνακας 3. Διαγνωστικά κριτήρια της Τοξίκωσης από Ουσίες κατά το DSM – IV

A. Η ανάπτυξη ενός αναστρέψιμου, ειδικού για την ουσία συνδρόμου, οφειλόμενου σε πρόσφατη λήψη ουσίας (ή πρόσφατη έκθεση σε ουσία). Διαφορετικές ουσίες είναι δυνατόν να παράγουν παρόμοια ή ταυτόσημα σύνδρομα.
B. Κλινικά σημαντική δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά ή ψυχολογικές αλλαγές, οι οποίες οφείλονται στη δράση της ουσίας στο κεντρικό νευρικό σύστημα και αναπτύσσονται στη διάρκεια ή λίγο μετά τη χρήση της ουσίας.
Γ. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε γενική σωματική κατάσταση και δεν εξηγούνται καλύτερα με άλλη ψυχική διαταραχή.

2.1.2.2 Στέρηση Ουσιών

Η Στέρηση Ουσιών είναι η κατάσταση, κατά την οποία ένα σύνολο σωματικών και άλλων συμπτωμάτων, ειδικών για κάθε ουσία, προκαλείται από την ελάττωση ή την διακοπή της λήψης μιας ουσίας. Η ελάττωση ή η διακοπή αυτή διαρκεί για περιορισμένο χρονικό διάστημα (Gelder et al, 1996). Τα διαγνωστικά κριτήρια της Στέρησης Ουσιών παρουσιάζονται στον Πίνακα 4 (APA, 2000; APA, 1995).

Πίνακας 4. Διαγνωστικά κριτήρια της Στέρησης Ουσιών κατά το DSM – IV

A. Η ανάπτυξη ενός ειδικού για την ουσία συνδρόμου, οφειλόμενου στη διακοπή (ή μείωση) της χρήσης της ουσίας, η οποία προηγουμένως ήταν βαριά και παρατεταμένη.
B. Το ειδικό για την ουσία σύνδρομο προκαλεί κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση της κοινωνικής, επαγγελματικής ή άλλων σημαντικών περιοχών της λειτουργικότητας.
Γ. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε γενική σωματική κατάσταση και δεν εξηγούνται καλύτερα με άλλη ψυχική διαταραχή.

2.1.3 Συγκεκριμένες τάξεις ουσιών

Οι ψυχοδραστικές ουσίες μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ανάλογα με τις επιδράσεις τους σε τέσσερις ομάδες :

α) Καταπραϋντικά (Κατασταλτικά). Οι ουσίες αυτές έχουν ως αποτέλεσμα την μείωση των επιπέδων της φυσιολογικής διέγερσης. Σε αυτές περιλαμβάνονται το αλκοόλ (η αιθυλική αλκοόλη) και τα κατασταλτικά, υπνωτικά και αγχολυτικά φάρμακα της οικογένειας των βαρβιτουρικών και των βενζοδιαζεπινών.

β) Διεγερτικά. Οι ουσίες αυτές έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση των επιπέδων φυσιολογικής διέγερσης. Σ' αυτήν την κατηγορία ανήκουν οι αμφεταμίνες, η κοκαΐνη, η νικοτίνη και η καφεΐνη.

γ) Οπιούχα. Η κύρια επίδραση αυτών των ουσιών είναι η προσωρινή πρόκληση αναλγησίας και εφορίας. Σε αυτές περιλαμβάνονται η ηρωίνη, το όπιο, η κοδεΐνη και η μορφίνη.

δ) Ψευδαισθησιογόνα. Οι ουσίες αυτές μεταβάλλουν την αισθητηριακή αντίληψη και μπορούν να προκαλέσουν παραληρητικές ιδέες, παράνοια και ψευδαισθήσεις. Η μαριχουάνα και το LSD ανήκουν σ' αυτήν την κατηγορία (Barlow & Durand, 2000).

Σύμφωνα με το DSM – IV, κάποιες κατηγορίες ψυχοδραστικών ουσιών μπορούν να προκαλέσουν όλα τα σύνδρομα, που περιλαμβάνονται στις Συνδεόμενες με Ουσίες Διαταραχές, ενώ άλλες μπορούν να προκαλέσουν μόνο μερικά από αυτά. Ο Πίνακας 5 δείχνει ποιες συγκεκριμένες τάξεις ουσιών μπορούν να επιφέρουν ένα καθορισμένο σύνδρομο Εξάρτησης, Κατάχρησης, Τοξίκωσης ή Στέρησης (APA, 2000).

Πίνακας 5. Διαγνώσεις συνδεόμενες με τάξη ουσιών κατά το DSM – IV

	Εξάρτηση	Κατάχρηση	Τοξίκωση	Στέρηση
Αλκοόλ	✓	✓	✓	✓
Αμφεταμίνες	✓	✓	✓	✓
Εισπνεόμενες ουσίες	✓	✓	✓	
Ηρεμιστικά, υπνωτικά ή αγχολυτικά	✓	✓	✓	✓
Κάναβη	✓	✓	✓	
Καφεΐνη			✓	

Κοκαΐνη	✓	✓	✓	✓
Νικοτίνη	✓			✓
Οπιοειδή	✓	✓	✓	✓
Φαινκυκλιδίνη (PSP)	✓	✓	✓	
Ψευδαισθησιογόνα	✓	✓	✓	

2.2 Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά

Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά περιλαμβάνει τριών ειδών συμπεριφορές : α) την αυτοκτονία, β) την απόπειρα αυτοκτονίας και γ) τον αυτοκτονικό ιδεασμό. Ο Crosby μάλιστα και οι συνεργάτες του υποστήριξαν το 1999 ότι η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά λαμβάνει χώρα ως ένα συνεχές, που ξεκινά με τις σκέψεις και τα σχέδια, συνεχίζει με τις απόπειρες και καταλήγει στην τετελεσμένη πράξη (Havens et al, 2004). Εκτός αυτού, όμως, η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά ανάλογα με την πρόθεση του ατόμου μπορεί να θεωρηθεί και ως ένα φάσμα, όπου στην μία πλευρά του βρίσκεται ο αυτοτραυματισμός και στην άλλη η συμπεριφορά, που παρακινείται από μία σχεδόν βέβαιη επιθυμία θανάτου. Μεταξύ αυτών, όπως είναι αναμενόμενο, τοποθετούνται οι ενέργειες, που προκλήθηκαν από αμφιθυμικά κίνητρα. Τέτοια κίνητρα είναι η απόδραση από μια αφόρητη κατάσταση, η επιθυμία για ανακούφιση από τον πόνο, μια κραυγή για βοήθεια ή μια προσπάθεια εκδίκησης, εκφοβισμού και επιρροής των άλλων (Neale, 2000).

2.2.1 *Αυτοκτονία*

Σύμφωνα με τον O' Carroll και τους συνεργάτες του η αυτοκτονία ορίζεται ως «ο θάνατος από τραυματισμό, δηλητηρίαση ή ασφυξία, όπου υπάρχει ένδειξη (είτε προφανής είτε υπονοούμενη) ότι ο τραυματισμός αυτοπροκλήθηκε και ότι ο αποθανών σκόπευε να δώσει τέλος στη ζωή του» (Goldston, 2004). Η αυτοκτονία αποτελεί πλέον ένα σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας, (World Health Organization [WHO], 2000) καθώς αποτελεί την τρίτη κύρια αιτία θανάτου στα άτομα ηλικίας 15 – 24 χρόνων και την ενδέκατη στον γενικό πληθυσμό (Wines et al, 2004). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, μάλιστα, υπολογίζει ότι σχεδόν ένα εκατομμύριο άνθρωποι παγκοσμίως διέπραξαν αυτοκτονία το 2000 και ότι περίπου κάθε 40

δευτερόλεπτα ένα άτομο αυτοκτονεί σε κάποιο σημείο της γης. Είναι γεγονός ότι η αυτοχειρία είναι ένα σύνθετο πρόβλημα, το οποίο δεν προκαλείται από μια μεμονωμένη αιτία. Προκύπτει από μια πολύπλοκη αλληλεπίδραση βιολογικών, γενετικών, ψυχολογικών, κοινωνικών, πολιτισμικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Κατ' αυτόν τον τρόπο, είναι δύσκολο να εξηγήσει κανείς γιατί κάποιοι άνθρωποι αποφασίζουν να δώσουν τέλος στη ζωή τους ενώ άλλοι σε παρόμοια ή ακόμα χειρότερη κατάσταση όχι (WHO, 2000).

2.2.2 Απόπειρα αυτοκτονίας

Σύμφωνα τον O' Carroll και τους συνεργάτες του η απόπειρα αυτοκτονίας ορίζεται ως «μια εν δυνάμει αυτοτραυματική συμπεριφορά χωρίς επερχόμενο θάνατο, για την οποία υπάρχει ένδειξη (είτε προφανής είτε υπονοούμενη) ότι το άτομο σκόπευε σε κάποιο (ελάχιστο έστω) επίπεδο να προκαλέσει το θάνατο του. Μια απόπειρα αυτοκτονίας μπορεί είτε να προκαλέσει τραυματισμούς είτε όχι» (Goldston, 2004). Ένας άλλος ορισμός, που διατύπωσαν οι Kelly, Lynch, Donovan, και Clark, (2001), αναφέρει ότι «απόπειρα αυτοκτονίας είναι κάθε ενέργεια, που παρακινήθηκε από μια επιθυμία θανάτου και οδήγησε σε τραυματισμό ή υπήρχε πιθανότητα να προκαλέσει τραυματισμό». Σχετικά με την έκταση του φαινομένου αυτού, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υποστηρίζει ότι περίπου κάθε τρία δευτερόλεπτα ένα άτομο αποπειράται να αυτοκτονήσει σε κάποιο σημείο της γης (WHO, 2000).

2.2.3 Αυτοκτονικός ιδεασμός

Σύμφωνα τον O' Carroll και τους συνεργάτες του ο αυτοκτονικός ιδεασμός ορίζεται απλά ως «κάθε αυτοαναφερόμενη σκέψη για την εκδήλωση συμπεριφορών, που σχετίζονται με την αυτοκτονία, ανεξάρτητα αν οι σκέψεις αυτές αναφέρονται σε ένα συγκεκριμένο σχέδιο» (Goldston, 2004). Με άλλα λόγια, ο αυτοκτονικός ιδεασμός περιλαμβάνει τη σκέψη ή τον προγραμματισμό αυτοκαταστροφικών ενεργειών (Neale, 2000).

2.2.4 Διφορούμενες μορφές συμπεριφοράς

Παρά την ακρίβεια των παραπάνω ορισμών, υπάρχουν αρκετές περιπτώσεις, οι οποίες πολλές φορές είναι δύσκολο είτε να κατηγοριοποιηθούν ως αυτοκαταστροφικές ή μη, είτε να ενταχθούν σε κάποιο είδος αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς (Goldston, 2004).

2.2.4.1 Τυχαία ή σκόπιμη υπερβολική δόση ουσιών

Η υπερβολική δόση στους χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών αποτελεί πολλές φορές ένα αίνιγμα για τους ειδικούς. Κι αυτό συμβαίνει, γιατί συχνά είναι δύσκολο να γίνει η διάκριση μεταξύ της τυχαίας και της σκόπιμης υπερβολικής δόσης. Φανερό είναι, λοιπόν, πως για να θεωρηθεί αυτοκαταστροφική μια τέτοια συμπεριφορά, απαραίτητο είναι να υπάρχουν ενδείξεις για την πρόθεση του χρήστη. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την βοήθεια των ατόμων του στενού περιβάλλοντος του αποθανόντα. Τα άτομα αυτά μπορούν να παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες για τις συνθήκες του θανάτου του ή για την ψυχολογική του κατάσταση. Παρόλα αυτά, όμως, η υπερβολική δόση ουσιών και ειδικότερα οπιοειδών εξακολουθεί σε μεγάλο ποσοστό να κατηγοριοποιείται εσφαλμένα λόγω έλλειψης επαρκών στοιχείων (Darke & Ross, 2002; Farrell, Neeleman, Griffiths, & Strang, 1996; Goldston, 2004).

2.2.4.2 Αποτυχημένη απόπειρα αυτοκτονίας

Η αποτυχημένη απόπειρα αυτοκτονίας συχνά εμφανίζεται σε ενήλικες, που έχουν κάνει παλιότερα πραγματικές απόπειρες. Αυτή η συμπεριφορά δημιουργεί προβλήματα ως προς την κατηγοριοποίηση της, γιατί αφορά στην εκούσια ακύρωση μιας προγραμματισμένης απόπειρας λίγο πριν την εκτέλεση της από το ίδιο το άτομο. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτυχημένης απόπειρας αποτελεί η περίπτωση, που το άτομο μετά από περαιτέρω σκέψη αποφασίζει να μην τραβήξει την σκανδάλη του όπλου, που έχει στρέψει εναντίον του εαυτού του.

2.2.4.3 Παρεμποδισμένη απόπειρα αυτοκτονίας

Η παρεμποδισμένη απόπειρα αυτοκτονίας συναντάται συχνότερα στους εφήβους, που μένουν ακόμα στο πατρικό τους σπίτι με τους γονείς τους. Η παρεμποδισμένη απόπειρα μοιάζει με την αποτυχημένη, καθώς αφορά στην ακύρωση μια προγραμματισμένης απόπειρας. Διαφέρει, όμως, στο γεγονός ότι αυτού του είδους η απόπειρα ακυρώνεται ακούσια, δηλαδή διακόπτεται από άλλους ανθρώπους ή από τις ενδεχόμενες συνθήκες και όχι από το ίδιο το άτομο. Αντιπροσωπευτικό παράδειγμα μιας τέτοιας συμπεριφοράς είναι η απομάκρυνση των μέσων αυτοκτονίας λίγο πριν την τέλεση της.

2.2.4.4 Έμμεσες απόπειρες αυτοκτονίας

Δύο άλλες συμπεριφορές, που είναι δύσκολο να ενταχθούν σε κάποιο είδος αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, είναι η παθητική απόπειρα αυτοκτονίας και η αυτοκτονία δι' αντιπροσώπου. Στην πρώτη περίπτωση, τα άτομα δεν προφυλάσσουν επαρκώς τον εαυτό τους για να σώσουν τη ζωή τους, ελπίζοντας πως μ' αυτό τον τρόπο θα επέλθει, ως φυσικό επακόλουθο, ο θάνατος τους. Ένα τέτοιο παράδειγμα αποτελεί η άρνηση λήψης της συνταγογραφημένης ιατρικής αγωγής. Στην δεύτερη περίπτωση εμπίπτουν τα άτομα, που προσπαθούν με την βοήθεια άλλων να δώσουν τέλος στη ζωή τους. Πιο αναλυτικά, τα άτομα αυτά ενεργούν με τέτοιο τρόπο, ώστε να προκαλούν άλλους, όπως τις αρχές ή μέλη συμμοριών, να τους σκοτώσουν (Goldston, 2004).

3^ο Κεφάλαιο

**ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ
ΣΕ ΔΙΕΘΝΕΣ ΕΠΙΠΕΔΟ**

Αρκετές έρευνες έχουν διεξαχθεί μέχρι σήμερα για να εντοπιστούν τα ακριβή ποσοστά αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς στους χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών. Τα ποσοστά αυτά, βέβαια, διαφοροποιούνται κάπως ανάλογα με την μεθοδολογία της κάθε έρευνας αλλά παραμένουν εξίσου ιδιαίτερα υψηλά. Ο Rossow το 1994 υποστήριξε ότι το 15% των θανάτων μεταξύ των χρηστών, που ακολουθούσαν κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα, στη Νορβηγία οφειλόταν σε αυτοκτονία (Darke & Ross, 2001). Οι Bentley και Busuttill το 1996 κατέληξαν ότι στην Σκωτία το 9% των θανάτων στα άτομα, που κάνουν κατάχρηση ουσιών, προκλήθηκε από αυτοκτονία (Neale, 2000). Όσον αφορά στην απόπειρα αυτοκτονίας και στον αυτοκτονικό ιδεασμό, τα ποσοστά στους χρήστες παρουσιάζονται ακόμα πιο αυξημένα. Οι Deykin και Buca (1994) διαπίστωσαν ότι στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής η απόπειρα αυτοκτονίας αφορούσε το 28 με 61% των εξαρτημένων ατόμων και ο αυτοκτονικός ιδεασμός το 31 με 75%. Αυτό σημαίνει, δηλαδή, ότι αυτά τα δύο είδη αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς είναι πέντε με επτά φορές πιο πιθανό να εκδηλωθούν στον ειδικό πληθυσμό των χρηστών απ' ό,τι στον γενικό πληθυσμό (Garnefski & deWilde, 1998; Neale, 2000). Οι Johnsson και Fridell (1997) υπολόγισαν ότι στην Σουηδία το 45% των χρηστών, που βρίσκονταν σε κάποιο κέντρο αποτοξίνωσης και αποκατάστασης, ανέφεραν ότι σε κάποια στιγμή στη ζωή τους είχαν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν.

Ωστόσο, στην επιστημονική βιβλιογραφία υπάρχει ένα μεγάλο ποσό ερευνών, που έχει ανιχνεύσει τα ποσοστά αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς στους χρήστες συγκεκριμένων εξαρτησιογόνων ουσιών. (Beautrais et al, 1999; Darke & Ross, 2001; Deykin & Buca, 1994; Driessen et al, 1998; Garlow et al, 2003; Johnsson & Fridell, 1997; Roy, 2001a)

3.1 Ποσοστά αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς στους χρήστες αλκοόλ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, περίπου το 1/3 των αυτοχειρών ήταν άτομα εξαρτημένα από αλκοόλ. Το 5 με 10% επίσης αυτών, που έπασχαν από Αλκοολική Εξάρτηση, οδηγήθηκε στην αυτοκτονία (WHO, 2000). Το 1990 οι Murphy και Wetzell υποστήριξαν πως ένας στους 20 χρήστες αλκοόλ αυτοκτονεί (Rossow et al, 1999) και λίγο αργότερα οι Harris και Barraclough το 1997 και ο Gorwood το 2001 ανέφεραν πως ο κίνδυνος αυτοκτονίας στους αλκοολικούς

είναι έξι με επτά φορές μεγαλύτερος απ' ό,τι στον γενικό πληθυσμό (Darke & Kaye, 2004; Koller, Preuss, Bottlender, Wenzel, & Soyka, 2002). Σχετικά με την απόπειρα αυτοκτονίας, πολλοί ερευνητές όπως οι Roy και Linnoila το 1986, ο Driessen και οι συνεργάτες του (1998) και ο Kessler και οι συνεργάτες του το 1999 διαπίστωσαν πως το ποσοστό των χρηστών αλκοόλ, που εκδηλώνει αυτού του είδους την συμπεριφορά, αντιστοιχεί στο 40% (Preuss et al, 2003; Roy, 2003b). Μάλιστα, ο Rygnestad και οι συνεργάτες του το 1992 υπολόγισαν ότι το 30 με 40% των ανδρών και το 15 με 20% των γυναικών, που κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας, υποφέρει από τις Διαταραχές Αλκοολικής Χρήσης (Koller et al, 2002; Rossow et al, 1999). Με άλλα λόγια, ο κίνδυνος απόπειρας αυτοκτονίας στους αλκοολικούς είναι έξι με δέκα φορές πιο αυξημένος σε σύγκριση μ' αυτόν στον γενικό πληθυσμό (Koller et al, 2002; Preuss et al, 2003).

3.2 Ποσοστά αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς στους χρήστες οπιοειδών

Στους χρήστες ηρωίνης το ποσοστό των θανάτων, που αποδίδεται στην αυτοκτονία, εκτείνεται από 3 μέχρι 35%, με την πλειοψηφία των ερευνών, όπως αυτή του Pokorny το 1983 και αυτή του Perucci το 1991, να κείται μεταξύ του 3 με 10% (Darke & Ross, 2002). Υπολογίζοντας διαφορετικά, οι Harris και Barraclough το 1997 και το 1998 αναφέρουν πως ο κίνδυνος αυτοκτονίας στους συγκεκριμένους χρήστες είναι 14 φορές μεγαλύτερος σε σχέση μ' αυτόν του γενικού πληθυσμού (Appleby, 2000; Darke et al, 2004; Darke & Ross, 2002; Darke & Ross, 2001; Roy, 2002). Αναφορικά με την απόπειρα αυτοκτονίας, ο Schmidtke το 1986 επισήμανε ότι το 8 με 67% των ατόμων με Εξάρτηση από Οπιοειδή θα εκδηλώσει αυτοκτονική συμπεριφορά κάποια στιγμή στη ζωή του (Roy, 2002). Σε πιο πρόσφατες μελέτες, ο Vingoe και οι συνεργάτες του το 1999 και οι Darke και Ross (2001) εξέτασαν χρήστες ηρωίνης, που ακολουθούσαν κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα και κατέληξαν ότι το ποσοστό αυτών είναι 35% και 40% αντίστοιχα (Darke & Kaye, 2004; Darke & Ross, 2002). Ο αυτοκτονικός ιδεασμός, τέλος, στους χρήστες ηρωίνης σύμφωνα με τον Gossop και τους συνεργάτες του το 1998 κυμαίνεται μεταξύ του 23% και 55% (Darke & Ross, 2002).

3.3 Ποσοστά αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς στους χρήστες άλλων ουσιών

Ενδεικτικά ποσοστά αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς υπάρχουν επίσης και για τα άτομα, που πάσχουν από Διαταραχές Χρήσης Κοκαΐνης, Κάνναβης ή Αγχολυτικών.

Η χρήση κοκαΐνης έχει συσχετιστεί και με τα τρία είδη αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς (Felts et al, 1992; Kelly, Cornelius, & Clark, 2004; Roy, 2001a). Πιο αναλυτικά, ο Marzuk το 1992 βρήκε ότι το 29% των αυτοχείρων ηλικίας 21 με 30 ετών στην Νέα Υόρκη ήταν χρήστες κοκαΐνης (Roy, 2001a). Ο Roy (2001a), που εξέτασε άτομα εξαρτημένα από κοκαΐνη, ανέφερε ότι το 39% είχε αποπειραθεί να αυτοκτονήσει κάποια στιγμή στη ζωή του. Λίγο αργότερα, ο Garlow και οι συνεργάτες του (2003) διαπίστωσαν ότι το 43,6% των ατόμων με εξάρτηση ή κατάχρηση κοκαΐνης εξέφρασε αυτοκτονικό ιδεασμό.

Οι Διαταραχές Χρήσης Κάνναβης συχνά αυξάνουν τον κίνδυνο εκδήλωσης αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς (Felts et al, 1992; Goldston, 2004). Οι Harris και Barraclough το 1997 υποστήριζαν ότι τα άτομα που είναι εξαρτημένα από κάνναβη παρουσιάζουν τετραπλάσια ποσοστά αυτοκτονίας (Darke & Kaye, 2004). Σε μια άλλη έρευνα η Beautrais και οι συνεργάτες της (1999) κατέληξαν πως οι πιθανότητες σοβαρής απόπειρας αυτοκτονίας στα άτομα με εξάρτηση ή κατάχρηση κάνναβης είναι δέκα φορές περισσότερες απ' ό,τι στα άτομα του γενικού πληθυσμού.

Πολύ λίγες έρευνες έχουν μελετήσει τη σχέση μεταξύ κατάχρησης ή εξάρτησης αγχολυτικών, ειδικότερα βενζοδιαζεπινών, και αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς σε ένα πλαίσιο, που δεν χαρακτηρίζεται από πολλαπλή χρήση ουσιών (Lekka, Paschalis, & Beratis, 2002). Σχετικά με το ζήτημα αυτό, πάντως, οι Harris και Barraclough το 1997 αναφέρουν πως η Εξάρτηση από Βενζοδιαζεπίνες μπορεί να αυξήσει τα ποσοστά αυτοκτονίας μέχρι και 44 φορές (Darke & Kaye, 2004).

4^ο Κεφάλαιο

**ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΤΤΙΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ
ΤΗΝ ΣΧΕΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΝΕΟΜΕΝΩΝ ΜΕ ΟΥΣΙΕΣ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΗΣ
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ**

Παρά το γεγονός ότι τα άτομα, που πάσχουν από Συνδεδόμενες με Ουσίες Διαταραχές, αποτελούν μια ομάδα υψηλού κινδύνου για την εκδήλωση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, η σχετική εμπειρική βιβλιογραφία δεν έχει χρησιμοποιηθεί συστηματικά ως θεμέλιο για τον προσδιορισμό των συγκεκριμένων μηχανισμών που είναι υπεύθυνοι γι' αυτόν τον αυξημένο κίνδυνο (Hufford, 2001). Ωστόσο, έχουν διατυπωθεί κάποιες πιθανές θεωρίες, που ερμηνεύουν το φαινόμενο αυτό. Οι θεωρίες αυτές διαχωρίζονται σε δύο κατηγορίες : α) σ' αυτές που έχουν επίκεντρο το άτομο και β) σ' αυτές που έχουν επίκεντρο το κοινωνικό σύνολο.

4.1 Θεωρητικές προσεγγίσεις με επίκεντρο το άτομο

Σ' αυτήν την κατηγορία περιλαμβάνονται πέντε θεωρητικές προσεγγίσεις.

4.1.1 *Θεωρία της αυτοίιασης*

Σύμφωνα με τον Freed και τον Tucker, η επίδραση των ψυχοδραστικών ουσιών στο συναίσθημα είναι διφασική. Από την μία πλευρά, οι χαμηλές δόσεις μιας ουσίας είναι πιθανό να επιδράσουν τονωτικά στο άτομο και να προσφέρουν παροδική βελτίωση στη διάθεση του (Hufford, 2001). Ωστόσο, οι υψηλές δόσεις ή η μακροχρόνια εκτενής χρήση μιας ουσίας μπορεί να προκαλέσει καταθλιπτικές σκέψεις και συναισθήματα απελπισίας (Bukstein et al, 1993; Erinoff et al, 2004b; Hufford, 2001; Rossow et al, 2005; Rossow & Lauritzen, 2001). Γίνεται, λοιπόν, φανερό πως οι εξαρτησιογόνες ουσίες μπορούν να βελτιώσουν τη διάθεση κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες, αν και οι πιθανότητες βελτίωσης της διάθεσης μειώνονται με τα αυξανόμενα επίπεδα τοξίκωσης και κατά την διάρκεια εξάρτησης ή κατάχρησης ουσιών (Hufford, 2001). Κατ' αυτόν τον τρόπο, πολλοί πιστεύουν πως οι ψυχοδραστικές ουσίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως ένας τρόπος αυτοίιασης. Συχνά, άτομα σε συναισθηματική κρίση καταφεύγουν στην κατάχρηση ουσιών ως στρατηγική αντιμετώπισης για να λάβουν ανακούφιση (Gruenewald, Ponicki, & Mitchell, 1995; Hufford, 2001; Tucker, 1999). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η αρχική βελτίωση, που νιώθουν, να αντιστρέφεται στη συνέχεια, να επιδεινώνεται η κατάσταση τους και να αυξάνεται η ευπάθεια τους στην αυτοκαταστροφική

συμπεριφορά (Bukstein et al, 1993; Gruenewald et al, 1995; Hufford, 2001; Rossow et al, 2005; Rossow & Lauritzen, 2001; Tucker, 1999).

4.1.2 Θεωρία σχετικά με την επιθετικότητα

Σύμφωνα με τον Skog, η τοξίκωση από ψυχοδραστικές ουσίες και ιδιαίτερα από αλκοόλ μπορεί να επιδράσει με τέτοιο τρόπο, ώστε να μειώσει την αναστολή της συμπεριφοράς (Light et al, 2003; Skog, 1991; Tucker, 1999; Wines et al, 2004). Αυτό έχει ως συνέπεια να αυξάνεται η παρορμητικότητα και να ενισχύεται η επιθετικότητα, η οποία συχνά συνδυάζεται με την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (Erinoff et al, 2004b; Goldston, 2004; Gruenewald et al, 1995; Hufford, 2001; Rossow et al, 2005). Τα αποτελέσματα ερευνών, επίσης, αποδεικνύουν ότι και η επιθετικότητα μπορεί να οδηγήσει στην κατανάλωση αλκοόλ. Ένας επιπλέον, μάλιστα, παράγοντας, που μπορεί να προβλέψει την κατανάλωση αλκοόλ σε συνδυασμό με την επιθετικότητα, είναι η απελπισία, που προέρχεται από την αίσθηση ότι το άτομο μένει αβοήθητο. Σε μια έρευνα για τον θυμό και την αντεκδίκηση σε άτομα που κατανάλωναν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ, ο Marlatt και οι συνάδελφοι του κατέληξαν ότι μερικά άτομα μπορεί να καταφύγουν στην κατανάλωση αλκοόλ, όταν νιώθουν επιθετικοί και αβοήθητοι (Hufford, 2001).

4.1.3 Θεωρία σχετικά με τις προσδοκίες από τις ουσίες

Ο Brent και ο Welte υποστήριξαν πως το κίνητρο για την τοξίκωση από ψυχοδραστικές ουσίες μεταξύ των αυτοχειρών ήταν να τους προκαλέσει ένα αίσθημα «παντοδυναμίας», ώστε να μπορέσουν να μετατρέψουν τον αυτοκτονικό ιδεασμό τους σε πράξη (Hufford, 2001; Skog, 1991). Τα άτομα με αυτοκτονικό ιδεασμό είναι πιθανό να διατηρούν κάποιες προσδοκίες για την επίδραση των ουσιών στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Συγκεκριμένα, οι προσδοκίες αυτές, που συμβάλουν στην χρήση ψυχοτρόπων ουσιών πριν την τέλεση της πράξης, είναι δύο ειδών. Καταρχήν, το άτομο μπορεί να πιστεύει ότι η ουσία θα του δώσει το κίνητρο να διαπράξει αυτοκτονία. Ως αποτέλεσμα αυτού, η οξεία επίδραση της τοξίκωσης θα μπορούσε να ερμηνευθεί ως βοήθεια για να υπερνικήσει το άτομο τους φυσικούς περιορισμούς και να καταργήσει την αντίσταση προς την αυτοκτονία. Στην συνέχεια,

το άτομο μπορεί να πιστεύει ότι η ουσία θα τον βοηθήσει να αυτοκτονήσει ανώδυνα και θα εξουδετερώσει την αμφιθυμία, που συχνά υπάρχει πριν την τέλεση της πράξης. Η πεποίθηση ότι η τοξίκωση από κάποια ψυχοδραστική ουσία θα αποτρέψει τον φυσικό πόνο, που συνδέεται με την απόπειρα αυτοκτονίας, θα μπορούσε επίσης να αποτελεί έναν μηχανισμό, που οδηγεί τα άτομα να επιλέγουν πιο βίαια μέσα για την διάπραξη της αυτοκτονίας (Hufford, 2001). Φανερό γίνεται λοιπόν πως μερικές φορές τα άτομα με αυτοκτονικό ιδεασμό γνωρίζουν ότι ο κίνδυνος απόπειρας αυτοκτονίας αυξάνεται κατά την διάρκεια της τοξίκωσης και γι αυτό προκαλούν αυτό το σύνδρομο, προκειμένου να διευκολύνουν την τέλεση της πράξης (Skog, 1991; Tucker, 1999).

4.1.4 Θεωρία της «αλκοολικής μυωπίας» (*Alcohol Myopia Theory*)

Ο Steele και ο Josephs το 1990 πρότειναν πως η κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να επιδράσει στην προσοχή του ατόμου με δύο τρόπους. Αρχικά, η τοξίκωση από αλκοόλ μπορεί να περιορίσει το εύρος των ερεθισμάτων, που μπορεί να αντιληφθεί σε οποιαδήποτε κατάσταση. Ως εκ τούτου, το άτομο σε κατάσταση μέθης λαμβάνει και κωδικοποιεί λιγότερα διαθέσιμα εσωτερικά και εξωτερικά ερεθίσματα. Κατά δεύτερον, η τοξίκωση από αλκοόλ μειώνει την ικανότητα του να επεξεργαστεί και να εξάγει συμπεράσματα από τα ερεθίσματα και τις πληροφορίες, που αντιλαμβάνεται. Αυτό σημαίνει, δηλαδή, ότι το άτομο είναι λιγότερο ικανό να διαχειριστεί τις εισερχόμενες πληροφορίες και να τις συνδέσει με τις υπάρχουσες γνώσεις του. Ο συνδυασμός αυτών των δύο επιδράσεων οδηγεί σ' αυτό, που οι μελετητές ονομάζουν «αλκοολική μυωπία», (Hufford, 2001) μια κατάσταση δηλαδή γενικής εξασθένησης της αντίληψης και της σκέψης. Μάλιστα, αυτή επίδραση της κατανάλωσης αλκοόλ στη γνωστική λειτουργία εμφανίζεται ακόμα και όταν τα επίπεδα του αλκοόλ στο αίμα είναι χαμηλά και επιδεινώνεται με την αύξηση της κατανάλωσης (Rogers, 1992). Η κατάσταση αυτή μπορεί να προκαλέσει στο άτομο έμμονη ενασχόληση με τα προβλήματα του, (Light et al, 2003) μείωση της ικανότητας του να εντοπίσει εναλλακτικές στρατηγικές αντιμετώπισης, (Rossow et al, 2005) και έλλειψη ελπίδας για το μέλλον. Κατ' αυτόν τον τρόπο, το άτομο με αυτοκτονικό ιδεασμό μπορεί να οδηγηθεί στην διχότομη σκέψη (Neuringer, 1976; Williams & Pollock, 2000) με την

αυτοκτονία ως μια από τις δύο επιλογές (Hufford, 2001; Light et al, 2003; Rogers, 1992).

4.1.5 Θεωρία σχετικά με τις κοινωνικές σχέσεις

Σύμφωνα με τον Skog, η μακροχρόνια εξάρτηση ή κατάχρηση ψυχοτρόπων ουσιών αλλά και η τοξίκωση από αυτές μπορεί να έχει καταστρεπτικές συνέπειες στις κοινωνικές σχέσεις του ατόμου. Οι καταστάσεις, που δημιουργούν οι διαταραχές αυτές, και ο τρόπος ζωής, που αναπόφευκτα τις συνοδεύει, είναι πολύ πιθανό να κλονίσουν τις κοινωνικές σχέσεις του χρήστη και κατ' επέκταση να περιορίσουν σημαντικά το κοινωνικό πλαίσιο στήριξης του. Αυτή η έλλειψη κοινωνικής ενσωμάτωσης μπορεί να συμβάλει ιδιαίτερα στην αύξηση της ευπάθειας του ατόμου στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (Gruenewald et al, 1995; Light et al, 2003; Ramstedt, 2001; Rossow et al, 1999; Skog, 1991).

4.2 Θεωρητικές προσεγγίσεις με επίκεντρο το κοινωνικό σύνολο

Παρά το γεγονός ότι σε ατομικό επίπεδο έχει αποδειχθεί η σύνδεση μεταξύ της κατάχρησης αλκοόλ και της αυτοκτονίας, σε συνολικό επίπεδο η μέση κατανάλωση αλκοόλ για πολλά χρόνια αγνοήθηκε ως πιθανός παράγοντας, που σχετίζεται με τα ποσοστά αυτοκτονίας. Αυτό πιθανόν οφείλεται στην μεγάλη επιρροή του Durkheim κατά την διάρκεια του 20^{ου} αιώνα. Ο Durkheim, λοιπόν, το 1951 υποστήριξε ότι δεν υπάρχει αιτιώδης σχέση μεταξύ του αλκοόλ και της αυτοκτονίας σε συνολικό επίπεδο (Skog, 1993; Skog & Elekes, 1993). Εντούτοις, ο Skog (1991) διαπίστωσε ότι τα επιχειρήματα του Durkheim ούτε ιδιαίτερα πειστικά είναι από θεωρητικής άποψης ούτε υποστηρίζονται απόλυτα από τα δικά του στοιχεία. Μάλιστα, αρκετές θεωρητικές και εμπειρικές μελέτες τα τελευταία χρόνια έχουν αποκαλύψει διάφορους μηχανισμούς, που μπορεί να συνδέουν τη μέση κατανάλωση αλκοόλ με τα ποσοστά αυτοκτονίας.

4.2.1 Θεωρία των εναλλακτικών λύσεων (Theory of alternative solutions)

Η Elekes το 1989 πρότεινε μια σχέση μεταξύ του αλκοόλ και της αυτοκτονίας σε συνολικό επίπεδο, που δημιουργείται από αυτό που η ίδια ονομάζει μηχανισμό των εναλλακτικών λύσεων. Σύμφωνα μ' αυτόν, η κατάχρηση αλκοόλ και η αυτοκτονία πιθανόν αποτελούν εναλλακτικούς τρόπους επίλυσης προβλημάτων. Για παράδειγμα, η κοινωνική απομόνωση μπορεί να οδηγήσει και στην κατάχρηση αλκοόλ και στη αυτοκτονία, φανερώνοντας ότι αυτά τα δύο φαινόμενα μπορούν μερικές φορές να έχουν κοινή κοινωνική αιτιολογία. Η Elekes, στη συνέχεια, υποστήριξε ότι η επιλογή μεταξύ αυτών των εναλλακτικών εξαρτάται από τις πολιτισμικές παραδόσεις. Πιο συγκεκριμένα, όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο κατανάλωσης σε έναν πολιτισμό, τόσο πιθανότερο θα είναι τα άτομα να καταφύγουν στο ποτό αντί στην διάπραξη αυτοκτονίας και αντιστρόφως (Skog & Elekes, 1993; Skog, 1991).

4.2.2 Θεωρία της κοινωνικής αποσύνθεσης (Social deterioration theory)

Ο Skog (1991) πρότεινε έναν άλλο τρόπο σύνδεσης της μέσης κατανάλωσης αλκοόλ με τα ποσοστά αυτοκτονίας, που ονομάζεται μηχανισμός κοινωνικής αποσύνθεσης. Βάση της θεωρίας αυτής αποτελεί το γεγονός ότι η χρόνια κατάχρηση αλκοόλ μπορεί να έχει καταστρεπτικές συνέπειες στις κοινωνικές σχέσεις και ότι η εκτεταμένη κατάχρηση προκαλεί ανομία, η οποία αυξάνεται ανάλογα με το ιστορικό κατανάλωσης. Δεδομένου ότι η σοβαρή πορεία κατανάλωσης αλκοόλ είναι κατά ένα μεγάλο μέρος πολιτιστικό προϊόν, αναπόφευκτα είναι και στενά συνδεδεμένη με το γενικό επίπεδο κατανάλωσης στην κοινωνία. Επομένως, αναμενόμενο είναι ότι ένας υψηλός μέσος όρος κατανάλωσης θα συνοδεύονταν από έναν μεγάλο αριθμό χρηστών με μειωμένη κοινωνική ενσωμάτωση, ένα αυξημένο επίπεδο ανομίας και έναν επίσης αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας.

4.2.3 Θεωρία των «υγρών» και των «ξηρών» πολιτισμών κατανάλωσης

Εξετάζοντας την σημαντική πολιτισμική διαφοροποίηση στη χρήση αλκοόλ, ο Norstrom (1995) θεώρησε ότι η σύνδεση μεταξύ αλκοόλ και αυτοκτονίας δεν θα ήταν

ομοιόμορφη στις διάφορες χώρες, Αναλυτικότερα, υποστήριξε ότι αυτή η σχέση θα ήταν εντονότερη στους «ξηρούς» πολιτισμούς κατανάλωσης παρά στους «υγρούς». Ο χαρακτηρισμός ενός πολιτισμού κατανάλωσης ως «υγρός» ή «ξηρός» δεν καθορίζεται μόνο από τα επίπεδα κατανάλωσης αλλά και από τους τρόπους κατανάλωσης, τον κοινωνικό έλεγχο κατανάλωσης και την σύνθεση των προβλημάτων, που σχετίζονται με το αλκοόλ στην κοινωνία. Ανάμεσα στις χώρες της δυτικής Ευρώπης, χαρακτηριστικό παράδειγμα «ξηρού» πολιτισμού κατανάλωσης είναι μια βόρεια χώρα με χαμηλό μέσο όρο κατανάλωσης, υπερβολική κατανάλωση τα σαββατοκύριακα και μια περιοριστική πολιτική ελέγχου του αλκοόλ. Αντίθετα, χαρακτηριστικό παράδειγμα «υγρού» πολιτισμού κατανάλωσης αποτελεί μια νότια Ευρωπαϊκή χώρα με υψηλό γενικό επίπεδο κατανάλωσης, που κατανέμεται ομοιόμορφα κατά την διάρκεια της εβδομάδας και με απουσία εκτεταμένων περιορισμών στην διαθεσιμότητα του αλκοόλ (Ramstedt, 2001). Σύμφωνα με τον Norstrom (1995) οι κύριοι παράγοντες, στους οποίους οφείλεται η στενή σχέση μεταξύ της μέσης κατανάλωσης αλκοόλ και των ποσοστών αυτοκτονίας στις «ξηρές» χώρες, είναι τρεις. Καταρχήν, τα άτομα, που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ σε μια «ξηρή» κοινωνία χαρακτηρίζονται από μια ισχυρότερη προδιάθεση προς την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Στην συνέχεια, σε μια τέτοια κοινωνία τα περιστατικά τοξίκωσης λαμβάνουν χώρα συχνότερα, ενώ ταυτόχρονα η αποδοχή των ατόμων με εξάρτηση ή κατάχρηση αλκοόλ είναι ιδιαίτερα περιορισμένη.

Η υπόθεση αυτή, μάλιστα, επιβεβαιώθηκε από την σύγχρονη εμπειρική βιβλιογραφία. Πιο συγκεκριμένα, η επίδραση της μέσης κατανάλωσης αλκοόλ στα ποσοστά αυτοκτονίας ήταν εντονότερη στους «ξηρούς» πολιτισμούς κατανάλωσης όπως στην Σουηδία, την Νορβηγία (Ramstedt, 2001), την Φιλανδία (Makela, 1996) και τις Ηνωμένες Πολιτείες (Gruenewald et al, 1995) παρά στους υγρότερους όπως στη Γαλλία (Norstrom, 1995), την Πορτογαλία (Skog & Teixeira, 1995) και την Ουγγαρία (Skog & Elekes, 1993). Καμία τέτοια επίδραση, όπως ήταν αναμενόμενο, δεν βρέθηκε στις σαφώς «υγρές» χώρες όπως η Δανία και η Ελβετία (Ramstedt, 2001).

5^ο Κεφάλαιο

*ΦΥΣΙΟΤΝΩΜΙΑ ΤΟΥ ΧΡΗΣΤΗ
ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΤΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΜΕ
ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ*

Πολλές έρευνες έχουν μελετήσει την φυσιολογία των ατόμων, που πάσχουν από Συνδεδεμένες με Ουσίες Διαταραχές και ταυτόχρονα εκδηλώνουν αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.

5.1 Δημογραφικά στοιχεία

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά περιλαμβάνουν το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και το μορφωτικό επίπεδο.

5.1.1 *Φύλο*

Είναι γεγονός πως τα ευρήματα σχετικά με τον παράγοντα – φύλο είναι αντικρουόμενα. Πολλοί ερευνητές, όπως ο Lester το 1992, ο Rossow το 1994 και ο Sorensen και οι συνεργάτες του το 1996 υποστήριξαν πως ο κίνδυνος αυτοκτονίας και απόπειρας αυτοκτονίας είναι αυξημένος εξίσου για τα δύο φύλα μεταξύ των ατόμων, που κάνουν κατάχρηση ψυχοτρόπων ουσιών. Αυτό σημαίνει δηλαδή, ότι μεταξύ αυτών των ατόμων δεν υπάρχει καμία διαφορά όσον αφορά στο φύλο για την πιθανότητα εκδήλωσης αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς (Rossow & Lauritzen, 2001). Ωστόσο, δεν είναι λίγοι και οι ερευνητές, που διαπίστωσαν ακριβώς το αντίθετο. Πιο συγκεκριμένα, οι Goldstein και Herrara το 1995 και ο Quaglio και οι συνεργάτες του το 2001 αναφέρουν ότι οι άντρες χρήστες είναι πιο πιθανό να διαπράξουν αυτοκτονία απ' ό,τι οι γυναίκες (Darke & Ross, 2002). Αντίθετα, όσον αφορά στην απόπειρα αυτοκτονίας, ο Roy (2002, 2003a, 2003b), ο Wines και οι συνεργάτες του (2004), οι Darke και Ross (2001) και ο Darke και οι συνεργάτες του (2004) επισημαίνουν ότι οι γυναίκες με Διαταραχές Χρήσης Ουσιών διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο σε σχέση με τους άντρες. Μάλιστα, οι Darke και Kaye (2004) κατέληξαν ότι οι γυναίκες ήταν 3 φορές πιο πιθανό να αποπειραθούν να αυτοκτονήσουν απ' ό,τι οι άντρες χρήστες. Επιπρόσθετα, οι Rossow και Lauritzen (2001) υποστήριξαν ότι οι γυναίκες τοξικομανείς ανέφεραν αυτοκτονικό ιδεασμό σε μεγαλύτερο ποσοστό απ' ό,τι οι άντρες.

5.1.2 Ηλικία

Η ηλικία αποτελεί έναν ακόμα παράγοντα, για τον οποίο υπάρχει ασυμφωνία μεταξύ των ερευνητών. Ο Shaffer και οι συνεργάτες του το 1996 υποστήριξαν ότι κατάχρηση ουσιών αναφέρθηκε συχνότερα σε περιστατικά, στα οποία οι αυτόχειρες διένυαν τα εφηβικά και μετεφηβικά τους χρόνια (Appleby, 2000), ενώ οι χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών με ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας βρίσκονταν μεταξύ 30 και 40 ετών (Preuss et al, 2003; Roy, 2003a; Roy, 2003b; Wines et al, 2004). Ο Darke και οι συνεργάτες του (2004), που μελέτησαν άτομα, ηλικίας κατά μέσο όρο 30 ετών, εξαρτημένα από ηρωίνη σε διάφορα θεραπευτικά προγράμματα, διαπίστωσαν ότι αυτοί που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν ήταν περίπου δύο χρόνια νεότεροι από τους υπόλοιπους συμμετέχοντες της έρευνας. Σε αντιδιαστολή με τα προηγούμενα, οι Murphy και Wetzel το 1990 αναφέρουν ότι μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονίας μεταξύ των ατόμων, που κάνουν χρήση ουσιών, διατρέχουν αυτοί που βρίσκονται στη μέση ηλικία, δηλαδή άνω των 40 ετών (Rossow & Amundsen, 1995). Μ' άλλα λόγια, ο Roy (1993) και οι Rossow και Amundsen (1995) δήλωσαν πως όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία του χρήστη, τόσο εντονότερος είναι ο κίνδυνος εκδήλωσης αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.

5.1.3 Οικογενειακή κατάσταση

Παλιότερες και σύγχρονες έρευνες συγκλίνουν στην άποψη ότι οι χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών, που πορεύονται μόνοι στη ζωή, όπως χωρισμένοι, διαζευγμένοι ή χήροι, εμφανίζουν συχνότερα αυτοκαταστροφική συμπεριφορά απ' ό,τι οι υπόλοιποι χρήστες (Roy, 1993). Σε μια τέτοια έρευνα, ο Preuss και οι συνεργάτες του (2003), που μελέτησαν άτομα εξαρτημένα από αλκοόλ, υποστήριξαν πως οι περισσότεροι, που προσπάθησαν να προκαλέσουν τον θάνατο τους, ήταν είτε χωρισμένοι είτε διαζευγμένοι.

5.1.4 Κοινωνικοοικονομικό επίπεδο

Ένας άλλος παράγοντας, που συσχετίστηκε με την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά στα άτομα που πάσχουν από Διαταραχές Χρήσης Ουσιών, είναι το

κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Σύμφωνα με τον Roy (1990, 2001b) και την Beautrais και τους συνεργάτες της (1999), οι χρήστες, που έκαναν απόπειρα αυτοκτονίας, είχαν χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο.

5.1.5 Μορφωτικό επίπεδο

Είναι γεγονός πως μεταξύ των ερευνών, που μελετούν την φυσιολογία του χρηστή εξαρτησιογόνων ουσιών με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, ελάχιστες είναι αυτές, που έχουν εξετάσει και το μορφωτικό επίπεδο. Σύμφωνα μ' αυτές, λοιπόν, τα άτομα με εξάρτηση ή κατάχρηση ουσιών, που εκδηλώνουν αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, έχουν συνήθως χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης (Beautrais et al, 1999; Darke et al, 2004).

6^ο Κεφάλαιο

*ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΩΘΟΥΝ
ΤΟΝ ΧΡΗΣΤΗ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΤΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ
ΣΤΗΝ ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ*

Οι παράγοντες, που είναι πιθανό να αυξήσουν τον κίνδυνο εκδήλωσης αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς στους χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών, μπορούν να διακριθούν σε τέσσερις ευρείες κατηγορίες.

6.1 Κλινικά χαρακτηριστικά του χρήστη

Στην κατηγορία αυτή εντάσσονται το προηγούμενο ιστορικό αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, η συνοσυρότητα με κάποια άλλη ψυχική διαταραχή, κάποια ιατρική ασθένεια, η πρόωρη έναρξη και η σοβαρή πορεία χρήσης ουσιών, η χρήση πολλαπλών ουσιών, το περιστατικό υπερβολικής δόσης και η υποτροπή.

6.1.1 *Προηγούμενο ιστορικό αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς*

Όπως στον γενικό πληθυσμό, έτσι και στους χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών το προηγούμενο ιστορικό αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς αποτελεί έναν σοβαρό παράγοντα πρόβλεψης μιας τέτοιας συμπεριφοράς στο μέλλον (Driessen et al, 1998; Erinoff et al, 2004a; Roy, 1993; Wines et al, 2004). Οι Harris και Barraclough το 1997 υποστήριξαν ότι το ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα τέλεσης της πράξης κατά 30 φορές (Wines et al, 2004). Σε μια άλλη έρευνα, ο Preuss και οι συνεργάτες του (2003) εξέτασαν 1237 αλκοολικούς και ανέφεραν ότι περισσότεροι από τους μισούς, που προσπάθησαν να δώσουν τέλος στη ζωή τους, είχαν κάνει και παλιότερα απόπειρες αυτοκτονίας.

6.1.2 *Συνοσυρότητα*

Η παρουσία μιας επιπρόσθετης ψυχικής διαταραχής στους χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών μπορεί να αυξήσει δραματικά την πιθανότητα εκδήλωσης αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς (Havens et al, 2004; Hufford, 2001). Οι διαταραχές αυτές είναι κυρίως οι Διαταραχές Διάθεσης, (Beautrais et al, 1999; Pirkola et al, 1999a; Pirkola et al, 1999b; Rossow et al, 1999) οι Διαταραχές Προσωπικότητας, (Driessen et al, 1998; Pirkola et al, 1999a; Rossow et al, 1999) οι Αγχώδεις διαταραχές (Beautrais et al, 1999; Driessen et al, 1998; Rossow et al, 1999)

και κάποια άλλη Συνδεόμενη με Ουσίες Διαταραχή (Erinoff et al, 2004b; Roy et al, 1990). Εκτός αυτών, όμως, άλλες διαταραχές, που έχουν συσχετιστεί με την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά στους χρήστες, είναι οι Διαταραχές Διασπαστικής συμπεριφοράς κατά την εφηβική ηλικία, (Kelly et al, 2004) η Σχιζοφρένεια και άλλες Ψυχώσεις, (Driessen et al, 1998; Farrell et al, 1996; Kamali et al, 2000) οι Σωματόμορφες Διαταραχές και ειδικότερα η Σωματοποιητική Διαταραχή (Farrell et al, 1996) και τέλος η οι Διαταραχές στην Πρόσληψη Τροφής (Beautrais et al, 1999).

6.1.2.1 Διαταραχές Διάθεσης

Οι Διαταραχές Διάθεσης, που έχουν ενοχοποιηθεί ότι αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς στους χρήστες, είναι η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, (Best et al, 2000; Driessen et al, 1998; Hufford, 2001; Roy, 2002; Roy, 2003a) η Διπολική Διαταραχή (Cornelius, Clark, Salloum, Bukstein, & Kelly, 2001a) και το Μανιακό επεισόδιο (Preuss et al, 2003). Πιο συγκεκριμένα, ο Kelly και οι συνεργάτες του (2004) εξέτασαν εφήβους με Διαταραχή Χρήσης Ουσιών και κατέληξαν πως αυτοί, που έπασχαν και από Κατάθλιψη ή Διπολική Διαταραχή, αποτελούσαν μια ομάδα ιδιαίτερα υψηλού κινδύνου για απόπειρα αυτοκτονίας. Σε άλλες παρόμοιες έρευνες, ο Bukstein και οι συνεργάτες του (1993), ο Roy (1990, 2001a) και οι Darke και Ross (2001) διαπίστωσαν ότι οι χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά ήταν πιο πιθανό να χαρακτηρίζονται ταυτόχρονα και από Καταθλιπτική Διαταραχή. Επιπρόσθετα, οι Aharonovich, Liu, Nunes, και Hasin, (2002), που μελέτησαν την επίδραση της κατάθλιψης σε συνδυασμό με τις διαταραχές χρήσης ουσιών, υποστήριξαν ότι η κατάθλιψη, που είτε προηγείται της εξάρτησης είτε εμφανίζεται κατά την διάρκεια της αποχής από την λήψη ουσιών, αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.

6.1.2.2 Διαταραχές Προσωπικότητας

Οι κύριες Διαταραχές Προσωπικότητας, που συχνά συσχετίζονται με την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά στους χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών, είναι η Μεταχιμακή Διαταραχή Προσωπικότητας (Darke et al, 2004; Lekka et al, 2002) και η Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας (Beautrais et al, 1999; Darke & Ross,

2002). Αναλυτικότερα, ο Pirkola και οι συνεργάτες του (1999b) μελέτησαν αυτόχειρες, που έπασχαν από εξάρτηση ουσιών και συμπέραναν ότι οι το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών χαρακτηρίζονταν ταυτόχρονα και από Μετ αιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας. Λίγο αργότερα, η Yen και οι συνεργάτες της το 2003 υποστήριξαν ότι η συνοσυρότητα Διαταραχής Χρήσης Ουσιών με Μετ αιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας αποτελεί έναν ιδιαίτερο παράγοντα πρόβλεψης της απόπειρας αυτοκτονίας (Eginoff et al, 2004a). Σχετικά με δεύτερη κατηγορία Διαταραχής Προσωπικότητας, ο Roy και οι συνεργάτες του (1990) αναφέρουν ότι οι αλκοολικοί, που έχουν κάνει απόπειρες αυτοκτονίας είναι πιο πιθανό να έχουν και Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας σε σχέση με αυτούς χωρίς αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Συνακόλουθα, ο Pirkola και οι συνεργάτες του (1999a) διαπίστωσαν ότι το 23% των αυτοχείρων με Διαταραχή Χρήσης Ουσιών είχαν λάβει και τη διάγνωση της Αντικοινωνικής Διαταραχής Προσωπικότητας.

6.1.2.3 Αγχώδεις Διαταραχές

Οι Αγχώδεις Διαταραχές, που συνυπάρχουν με τις Διαταραχές Χρήσης Ουσιών και πιθανόν συμβάλουν στην εκδήλωση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, είναι η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή, η Ειδική Φοβία, η Διαταραχή Πανικού και η Διαταραχή μετά από Τραυματικό Στρες. Ο Roy και οι συνεργάτες του (1990) παρατήρησαν πως όλες οι διαταραχές αυτές εκτός από την τελευταία ήταν παρούσες κυρίως στα άτομα με εξάρτηση ή κατάχρηση αλκοόλ, που είχαν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας. Σε μια άλλη έρευνα, ο Darke και οι συνεργάτες του (2004) δήλωσαν ότι το 40% των ατόμων, που ήταν εξαρτημένα από ηρωίνη και χαρακτηρίζονταν από αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, ικανοποιούσαν και τα κριτήρια της Διαταραχής μετά από Τραυματικό Στρες.

6.1.2.4 Συνδεδεμένες με Ουσίες Διαταραχές

Αρκετές έρευνες έχουν υποστηρίξει ότι ο κίνδυνος αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς μπορεί να είναι εντονότερος στους χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών, που χαρακτηρίζονται και από κάποια δεύτερη Συνδεδεμένη με Ουσίες Διαταραχή είτε αυτή ανήκει στις Διαταραχές Χρήσης Ουσιών (Beautrais et al, 1999) είτε στις Προκαλούμενες από Ουσίες Διαταραχές (Preuss et al, 2003). Για παράδειγμα, σε

διάφορες έρευνες ο Roy (2001a, 2002, 2003a) μελέτησε άτομα εξαρτημένα από οπιοειδή και άτομα εξαρτημένα από κοκαΐνη. Σύμφωνα με τα ευρήματα του, λοιπόν, στην πρώτη ομάδα οι περισσότεροι, που είχαν ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας, ήταν ταυτόχρονα εξαρτημένοι και από κοκαΐνη ή αλκοόλ ενώ στη δεύτερη ομάδα από οπιοειδή ή αλκοόλ. Όσον αφορά στις Προκαλούμενες από Ουσίες Διαταραχές, ο Aharonovich και οι συνεργάτες του (2002) διαπίστωσαν πως η Προκαλούμενη από Ουσίες Κατάθλιψη αποτελούσε σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς στους χρήστες.

6.1.2.5 Διαταραχές Διασπαστικής Συμπεριφοράς

Οι Διαταραχές Διασπαστικής Συμπεριφοράς, που μπορεί να αυξάνουν την πιθανότητα εκδήλωσης αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς στους έφηβους χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών, είναι η Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ – Υ) (Kelly et al, 2004) και η Διαταραχή Διαγωγής (Darke & Ross, 2002; Pirkola et al, 1999a). Μάλιστα, ο Kelly και οι συνεργάτες του (2004), που μελέτησαν εφήβους με διαταραχή χρήσης ουσιών, ανέφεραν πως η ΔΕΠ – Υ συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο απόπειρας αυτοκτονίας στους άντρες ενώ η Διαταραχή Διαγωγής με αυξημένο κίνδυνο απόπειρας αυτοκτονίας στις γυναίκες.

6.1.3 Σοβαρή ιατρική ασθένεια

Ένας άλλος παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς στους χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών, είναι κάποια σοβαρή ιατρική ασθένεια (Cornelius et al, 2001a). Πιο συγκεκριμένα, ο Roy (2001a, 2002) υποστήριξε ότι ένα μεγάλο ποσοστό των χρηστών με ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας ήταν φορείς του ιού του AIDS. Εκτός αυτού, όμως, ο Van Haarstrecht και οι συνεργάτες του το 1994 μελέτησαν άτομα που έκαναν ενδοφλέβια χρήση ηρωίνης και διαπίστωσαν πως η μόλυνση από HIV συσχετιζόνταν έντονα με την αυτοκτονία (Darke & Ross, 2002).

6.1.4 Πρόωρη έναρξη χρήσης ουσιών

Η πρόωρη έναρξη χρήσης ουσιών συχνά φαίνεται να εντείνει τον κίνδυνο αυτοκτονίας (Darke & Ross, 2001). Σχετικά μ' αυτό το ζήτημα, ο Roy (1990, 2001b) δήλωσε ότι οι αλκοολικοί με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά ήταν σημαντικά νεότεροι την περίοδο, που ξεκίνησαν την σοβαρή κατανάλωση σε σχέση μ' αυτούς, που δεν είχαν αποπειραθεί ποτέ να αυτοκτονήσουν. Μάλιστα, ο Buydens – Brancheu και οι συνεργάτες του το 1989 υποστήριξαν ότι οι ασθενείς, που ξεκίνησαν να κάνουν κατάχρηση αλκοόλ στην εφηβεία, είχαν τετραπλάσια πιθανότητα να κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας σε σύγκριση μ' αυτούς, που άρχισαν την κατάχρηση αργότερα (Cornelius et al, 2001a; Cornelius, Salloum, Lynch, Clark, & Mann, 2001b).

6.1.5 Σοβαρή πορεία χρήσης ουσιών

Η σοβαρή πορεία χρήσης ουσιών αποτελεί έναν ακόμα σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης μιας μελλοντικής απόπειρας αυτοκτονίας στους χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών (Preuss et al, 2003). Σύμφωνα με τον Roy και τους συνεργάτες του (1990) οι αλκοολικοί με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά κατανάλωναν ημερησίως σημαντικά μεγαλύτερη ποσότητα αλκοόλ απ' ό,τι αυτοί, που δεν είχαν προσπαθήσει ποτέ να δώσουν τέλος στη ζωή τους. Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξαν και οι Darke και Kaye (2004), που μελέτησαν μια ομάδα ατόμων, που έκαναν χρήση κοκαΐνης.

6.1.6 Χρήση πολλαπλών ουσιών

Ένα επιπλέον στοιχείο, που είναι πιθανό να συμβάλει στην εκδήλωση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς από τους χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών, είναι η εκτενής χρήση πολλαπλών ουσιών (Darke & Ross, 2002). Πολλοί ερευνητές, όπως οι Darke και Kaye (2004), ο Darke και οι συνεργάτες του (2004), οι Darke και Ross (2001) και οι Rossow και Lauritzen (1999) επιβεβαίωσαν το γεγονός αυτό. Στις έρευνες τους, λοιπόν, διαπίστωσαν πως οι χρήστες με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά χαρακτηρίζονταν από ένα ιστορικό ευρύτερης χρήσης πολλαπλών ουσιών σε σύγκριση με τους υπόλοιπους χρήστες. Εκτός αυτού, όμως, ο Wines και οι συνεργάτες του (2004) αλλά και ο Borges και οι συνεργάτες του το 2000

παρατήρησαν ότι η λήψη πολλών διαφορετικών κατηγοριών ουσιών συσχετίστηκε εντονότερα με την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά παρά η λήψη μιας οποιασδήποτε μεμονωμένης κατηγορίας ουσιών (Darke & Ross, 2002).

6.1.7 Περιστατικό τυχαίας υπερβολικής δόσης

Ανάμεσα στους παράγοντες, που ωθούν τους χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, συχνά περιλαμβάνεται και το περιστατικό τυχαίας υπερβολικής δόσης (Darke et al, 2004). Σχετικά μ' αυτό, οι Rossow και Lauritzen (1999), που μελέτησαν τοξικομανείς, οι οποίοι βρίσκονταν στα πλαίσια ενός θεραπευτικού προγράμματος, ισχυρίζονται ότι οι πιθανότητες απόπειρας αυτοκτονίας ήταν έξι φορές περισσότερες στα άτομα, που είχαν βιώσει εμπειρίες υπερβολικής δόσης ουσιών.

6.1.8 Υποτροπή

Η υποτροπή στη χρήση ουσιών μπορεί να λειτουργήσει ως ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την εκδήλωση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς στους χρήστες. Η υποτροπή στη χρήση ουσιών και ειδικότερα στην κατανάλωση αλκοόλ είναι η επιστροφή στην προβληματική κατανάλωση μετά από μια περίοδο εγκράτειας. Καθώς οι Neff και Husaini το 1982 υποστήριξαν ότι η υποτροπή στους αλκοολικούς συχνά ακολουθεί μετά από δυσάρεστα γεγονότα, αναμενόμενο είναι πως τα άτομα, που βρίσκονται σε μια τέτοια κατάσταση, διατρέχουν υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας (Hufford, 2001).

6.2 Κλινικά χαρακτηριστικά της οικογένειας του χρήστη

Στην κατηγορία αυτή εντάσσονται το οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας, το οικογενειακό ιστορικό χρήσης ουσιών και το οικογενειακό ιστορικό ψυχικής διαταραχής.

6.2.1 Οικογενειακό ιστορικό αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς

Το οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς από τους χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών. Το γεγονός αυτό έχει αποδειχτεί εμπειρικά πολλές φορές από τον Alec Roy. Ο ερευνητής αυτός, λοιπόν, μελέτησε σε διάφορες έρευνες του άτομα εξαρτημένα από αλκοόλ, άτομα εξαρτημένα από όπιο και άτομα εξαρτημένα από κοκαΐνη και διαπίστωσε ότι οι περισσότεροι ασθενείς με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά είχαν τουλάχιστον έναν συγγενή πρώτου ή δεύτερου βαθμού, που είτε είχε αυτοκτονήσει είτε είχε κάνει απόπειρα αυτοκτονίας (Roy, 2000, 2001a, 2002, 2003a, 2003b).

6.2.2 Οικογενειακό ιστορικό κατάχρησης ουσιών

Το οικογενειακό ιστορικό κατάχρησης ουσιών είναι πιθανό να συμβάλει με τέτοιο τρόπο, ώστε να ωθήσει τους χρήστες στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (Beautrais et al, 1999; Bukstein et al, 1993; Cornelius et al, 2001a; Rossow & Lauritzen, 2001). Πιο συγκεκριμένα, ο Roy και οι συνεργάτες του (1990) μελέτησαν άτομα εξαρτημένα από αλκοόλ και υποστήριξαν ότι η επίδραση της οικογενειακής κατάχρησης αλκοόλ στους χρήστες διαφοροποιείται ανάλογα με το φύλο του συγγενή. Σύμφωνα με τα ευρήματα τους, επομένως, υψηλά ποσοστά κατάχρησης αλκοόλ της μητέρας εντοπίστηκαν κυρίως στους άντρες με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, ενώ υψηλά ποσοστά κατάχρησης αλκοόλ του παππού εντοπίστηκαν κυρίως στις γυναίκες με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Ο αλκοολισμός του πατέρα, επίσης, συχνά αναφέρθηκε από τους άντρες, που, όταν είχαν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν, χρειάστηκαν σοβαρή ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

6.2.3 Οικογενειακό ιστορικό άλλης ψυχικής διαταραχής

Το οικογενειακό ιστορικό ψυχικής διαταραχής εκτός των Συνδεδόμενων από Ουσίες Διαταραχών φαίνεται να έχει σοβαρή επίδραση στην εκδήλωση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς από τους χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών (Darke & Ross, 2002; Rossow & Lauritzen, 2001). Ο Bukstein και οι συνεργάτες του (1993) μελέτησαν άτομα που έκαναν κατάχρηση ουσιών και διαπίστωσαν ότι οι αυτόχειρες

είχαν συχνότερα έναν συγγενή πρώτου βαθμού με ιστορικό κατάθλιψης σε σύγκριση με τους υπόλοιπους.

6.3 Χαρακτηριστικά προσωπικότητας του χρήστη

Τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, που ίσως προδιαθέτουν τους χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά είναι η εσωστρέφεια, ο νευρωτισμός, ο ψυχωτισμός, η παρορμητικότητα, η επιθετικότητα και η έλλειψη στρατηγικών αντιμετώπισης προβλημάτων.

6.3.1 *Εσωστρέφεια, νευρωτισμός, ψυχωτισμός*

Ένας από τους κύριους ερευνητές, που εξέτασε κατά πόσο τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας συμβάλλουν στην εκδήλωση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς από τα άτομα με Διαταραχές Χρήσης Ουσιών, είναι ο Alec Roy. Για να μελετήσει, λοιπόν, την εσωστρέφεια, τον νευρωτισμό και τον ψυχωτισμό στους χρήστες χρησιμοποίησε κυρίως το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας του Eysenck. Σύμφωνα με τα ευρήματα του, οι περισσότεροι χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά χαρακτηρίζονται από υψηλά επίπεδα εσωστρέφειας, νευρωτισμού και ψυχωτισμού (Roy, 2001a, 2002, 2003a, 2003b).

6.3.2 *Παρορμητικότητα, επιθετικότητα, έλλειψη στρατηγικών αντιμετώπισης προβλημάτων*

Η παρορμητικότητα, η επιθετικότητα και η έλλειψη στρατηγικών αντιμετώπισης προβλημάτων αποτελούν μερικά άλλα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, που είναι πιθανό να αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς στους χρήστες (Hufford, 2001; Koller et al, 2002; Neale, 2000). Πιο συγκεκριμένα, ο Koller και οι συνεργάτες του (2002) εξέτασαν ειδικά το ζήτημα αυτό σε άτομα εξαρτημένα από αλκοόλ και παρατήρησαν ότι σ' αυτούς, που είχαν ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας, η παρορμητικότητα και η επιθετικότητα ήταν εντονότερες. Σε μια άλλη έρευνα, ο Neale (2000) υποστήριξε ότι ένα μεγάλο ποσοστό

αυτοκαταστροφικών ενεργειών αναφέρθηκε από χρήστες, οι οποίοι δεν είχαν αναπτύξει επαρκώς στρατηγικές διαχείρισης προβλημάτων.

6.4 Μείζονα αγχογόνα γεγονότα στη ζωή του χρήστη

Τα μείζονα αγχογόνα γεγονότα, που μπορεί να ωθούν τον χρήστη ψυχοτρόπων ουσιών στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, περιλαμβάνουν την απώλεια αγαπημένου προσώπου, τα προβλήματα στον επαγγελματικό τομέα, τα προβλήματα με το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης, κάποιες δυσμενείς παιδικές εμπειρίες, τα προβλήματα στέγασης και η κοινωνική απομόνωση.

6.4.1 *Απώλεια αγαπημένου προσώπου*

Ένα από τα σημαντικότερα δυσάρεστα γεγονότα, που μπορεί να αυξάνει την πιθανότητα εκδήλωσης αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς από τα άτομα με Διαταραχή Χρήσης Ουσιών, είναι η απώλεια κάποιου αγαπημένου προσώπου (Farrell et al, 1996; Hufford, 2001; Neale, 2000; Pirkola et al, 1999a; Roy, 1993;). Σε μια έρευνα, οι Johnsson και Fridell (1997) αναφέρουν πως σχεδόν το 50% των χρηστών με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά είχε χάσει ένα αγαπημένο του πρόσωπο. Λίγο αργότερα, οι Kingree, Thompson, & Kaslow (1999) διαπίστωσαν ότι οι χρήστες αλκοόλ με ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας ήταν επτά φορές πιο πιθανό να έχουν βιώσει μια πρόσφατη διαπροσωπική απώλεια σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου του δείγματος.

6.4.2 *Προβλήματα στον επαγγελματικό τομέα*

Τα προβλήματα στον επαγγελματικό τομέα, όπως οι οικονομικές δυσκολίες και η ανεργία, αποτελούν έναν ακόμα παράγοντα, που μπορεί να συμβάλει στην υιοθέτηση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς από τους χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών (Cornelius et al, 2001a; Roy, 1993). Σχετικά με το ζήτημα αυτό, ο Roy (2002) παρατήρησε ότι οι περισσότερα ασθενείς με Εξάρτηση από Οπιοειδή, που είχαν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν, ήταν άνεργοι. Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξαν ο Pirkola και οι συνεργάτες του (1999a), καθώς διαπίστωσαν ότι η

ανεργία και τα οικονομικά προβλήματα λάμβαναν χώρα πιο συχνά μεταξύ των αυτοχειρών, που έπασχαν από Διαταραχές Χρήσης Αλκοόλ.

6.4.3 Προβλήματα με το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης

Αναμφίβολα τα προβλήματα με το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης είναι ένα εξαιρετικά αγχογόνο ζήτημα για τους χρήστες και για τον λόγο αυτό δεν είναι απίθανο να τους ωθεί στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (Bukstein et al, 1993; Pirkola et al, 1999a; Roy, 1993). Αναλυτικότερα, οι Darke και Kaye (2004) παρατήρησαν ότι οι περισσότεροι χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά ήταν έγκλειστοι κάποια στιγμή στη ζωή τους. Μάλιστα, οι Darke και Ross (2001) υποστήριξαν ότι μία στις δέκα απόπειρες αυτοκτονίας των ατόμων με Διαταραχές Χρήσης Ουσιών έλαβε χώρα είτε σε κάποιο κατάστημα κράτησης είτε πριν τον επικείμενο εγκλεισμό τους.

6.4.4 Δυσμενείς εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία

Οι δυσμενείς εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία, που αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς στους χρήστες, περιλαμβάνουν την απουσία των γονέων, (Darke & Ross, 2002) το διαζύγιο των γονέων και την διαμονή σε θετή οικογένεια ή σε αντίστοιχα ιδρύματα (Beautrais et al, 1999).

Εκτός από αυτές, όμως, ένα πλήθος ερευνών καταδεικνύει ότι η κακοποίηση και η παραμέληση αποτελούν τις κυριότερες δυσμενείς παιδικές εμπειρίες, που προδιαθέτουν τους χρήστες στην εκδήλωση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς (Deykin & Buka, 1994; Havens et al, 2004; Hill, Boyd, & Kortge, 2000; Kingree et al, 1999; Neale, 2000; Wines et al, 2004;). Σε διάφορες έρευνες του, ο Roy (2001a, 2001b, 2002, 2003a, 2003b) υποστήριξε ότι οι ασθενείς με Εξάρτηση από Ουσίες, που έχουν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας, έχουν βιώσει περισσότερες εμπειρίες τόσο συναισθηματικής, σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης όσο και συναισθηματικής και σωματικής παραμέλησης. Σε παρόμοια έρευνα, οι Rossow και Lauritzen (2001) διαπίστωσαν πως στους χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών υπάρχει μια διαβαθμιζόμενη σχέση μεταξύ της κακοποίησης – παραμέλησης και της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Αυτό σημαίνει, δηλαδή, ότι όσο περισσότερες

τέτοιου είδους εμπειρίες είχαν βιώσει, τόσο μεγαλύτερος ήταν ο κίνδυνος αυτοκτονίας. Συνακόλουθα, ο Roy (2004) μελέτησε λεπτομερέστερα το φαινόμενο αυτό και παρατήρησε ότι οι χρήστες, που είχαν βιώσει περισσότερες εμπειρίες κακοποίησης – παραμέλησης κατά την παιδική τους ηλικία, είχαν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν για πρώτη φορά πριν την ηλικία των 20 χρόνων και ταυτόχρονα είχαν κάνει περισσότερες απόπειρες.

6.4.5 Προβλήματα στέγασης

Η έλλειψη μόνιμης κατοικίας είναι ένας επιπλέον στρεσογόνος παράγοντας, που μπορεί να συμβάλει στην υιοθέτηση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς από τους χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών (Neale, 2000). Σύμφωνα με τον Appleby και τους συνεργάτες του το 1999, το 49% των αυτοχείρων, που έπασχαν από Κατάχρηση Ουσιών, ήταν άστεγοι (Appleby, 2000).

6.4.6 Κοινωνική απομόνωση

Αρκετές έρευνες αναφέρουν ότι οι διαπροσωπικές συγκρούσεις, η έλλειψη κοινωνικής στήριξης και η κοινωνική απομόνωση διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς από τους χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών (Cornelius et al, 2001a; Darke & Ross, 2002; Neale, 2000; Pirkola et al, 1999a; Roy, 1993). Σχετικά μ' αυτό, λοιπόν, οι Darke και Ross (2001) και οι Rossow και Lauritzen (1999) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι τοξικομανείς με ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας χαρακτηρίζονταν, μεταξύ των άλλων, από ιδιαίτερα μειωμένη κοινωνική λειτουργικότητα.

7^ο Κεφάλαιο

ΤΡΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ
ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ
ΑΠΟ ΤΟΝ ΧΡΗΣΤΗ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΤΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

Λίγες είναι οι έρευνες, που αναφέρουν τα μέσα και την χρονική στιγμή, που επιλέγουν οι χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών για να δώσουν τέλος στη ζωή τους.

7.1 Τρόπος

Οι τρόποι, που χρησιμοποιούν συνήθως οι χρήστες για να προκαλέσουν τον θάνατο τους διακρίνονται σε δύο κατηγορίες : α) την υπερβολική δόση ψυχοδραστικών ουσιών ή την χρήση δηλητηριωδών ουσιών και β) την βίαιη αφαίρεση της ζωής (Appleby, 2000; Darke & Ross, 2002; Mendelson & Rich, 1993; Tanskanen et al, 2000a; Tanskanen et al, 2000b).

7.1.1 Υπερβολική δόση ψυχοδραστικών ουσιών ή χρήση δηλητηριωδών ουσιών

Σύμφωνα με την σύγχρονη βιβλιογραφία, η υπερβολική δόση ψυχοδραστικών ουσιών και η χρήση δηλητηριωδών ουσιών αποτελούν τους κύριους τρόπους, που επιλέγουν τα άτομα με Διαταραχές Χρήσης Ουσιών για να αυτοκτονήσουν (Appleby, 2000; Darke & Ross, 2002; Townsend, Hawton, Harriss, Bale, & Bond, 2001). Πιο συγκεκριμένα, οι Johnsson και Fridell (1997) ανέφεραν ότι σχεδόν το 50% των χρηστών είχαν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας με φάρμακα, που χορηγούνται μόνο με ιατρική συνταγή, όπως αντικαταθλιπτικά και ηρεμιστικά. Παράλληλα, οι Darke και Kaye (2004) και οι Darke και Ross (2001) διαπίστωσαν πως ένα μικρό ποσοστό αυτοκτονιών στους χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών αποδόθηκε στην σκόπιμη υπερβολική δόση ηρωίνης ή κοκαΐνης. Όσον αφορά την χρήση δηλητηριωδών ουσιών, ο Townsend και οι συνεργάτες του (2001) παρατήρησαν ότι κυρίως το γκάζι και οι δηλητηριώδεις ουσίες, που απαγορεύεται η κατάποση, χρησιμοποιήθηκαν στις περιπτώσεις, όπου η αυτοκτονική πρόθεση ήταν εξαιρετικά έντονη. Σε μια άλλη έρευνα, οι Mendelson και Rich (1993) δήλωσαν ότι υπερβολική δόση ψυχοδραστικών ουσιών και η χρήση δηλητηριωδών ουσιών είναι οι πιο κοινοί τρόποι αυτοκτονίας στις γυναίκες με Διαταραχές Χρήσης Ουσιών παρά στους άντρες, όπως άλλωστε συμβαίνει και στον γενικό πληθυσμό.

7.1.2 Βίαη αφαίρεση της ζωής

Οι χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών, επίσης, συχνά χρησιμοποιούν και βίαιους τρόπους για να δώσουν τέλος στη ζωή τους (Farrell et al, 1996; Darke & Ross, 2001; Tucker, 1999). Μάλιστα, οι Darke και Kaye (2004) ανέφεραν ότι ένα στα πέντε άτομα, που έκανε ενδοφλέβια χρήση κοκαΐνης, αποπειράθηκε να αυτοκτονήσει με βίαια μέσα. Οι βίαιοι τρόποι, που συνήθως επιλέγουν οι χρήστες, είναι ο απαγχονισμός, (Appleby, 2000; Johnsson & Fridell, 1997; Tanskanen et al, 2000a; Tanskanen et al, 2000b) η χρήση πυροβόλου όπλου (Tanskanen et al, 2000a, 2000b) και η πρόκληση θανατηφόρων τραυμάτων με αιχμηρά αντικείμενα κυρίως στην περιοχή των καρπών (Darke & Kaye, 2004; Johnsson & Fridell, 1997). Συνακόλουθα, οι Mendelson και Rich (1993) επισήμαναν ότι η χρήση βίαιων μέσων και ειδικότερα όπλου ήταν ο πιο κοινός τρόπος αυτοκτονίας στους άντρες με Διαταραχές χρήσης Ουσιών παρά στις γυναίκες.

7.2 Χρόνος

Σύμφωνα με την σύγχρονη βιβλιογραφία, τα περιστατικά αυτοκτονίας δεν παρουσιάζουν ίση κατανομή καθ' όλη την διάρκεια του έτους, δηλαδή η συχνότητα τους δεν είναι σταθερή. Αντίθετα υπάρχει συνάφεια με το χρονικό πλαίσιο, στο οποίο λαμβάνουν χώρα (Brådvik & Berglund, 2002; Pirkola et al, 1999a; Roy, 1993).

7.2.1 *Μέρα*

Ο Pirkola και οι συνεργάτες του (1999a) μελέτησαν έφηβους αυτόχειρες στη Φιλανδία. Αυτοί, λοιπόν, διαπίστωσαν ότι η τέλεση της πράξης από τα περισσότερα άτομα με Διαταραχές Χρήσης Αλκοόλ έλαβε χώρα κατά την διάρκεια του σαββατοκύριακου. Αναλυτικότερα, τα 2/3 των θυμάτων, όπου ανιχνεύτηκε αλκοόλ στο αίμα, είχαν δώσει τέλος στη ζωή τους κατά την διάρκεια του σαββατοκύριακου.

7.2.2 Μήνας

Οι Bradvik και Berglund (2002) εξέτασαν την συχνότητα των περιστατικών αυτοκτονίας των αλκοολικών στις τέσσερις εποχές του χρόνου. Σύμφωνα με τα ευρήματα τους, οι ασθενείς με Εξάρτηση από Αλκοόλ συνήθιζαν να προβαίνουν στην τέλεση της πράξης κατά την διάρκεια του δεύτερου τετάρτου του έτους, δηλαδή την άνοιξη. Με άλλα λόγια, οι μήνες, που συγκέντρωναν τα μεγαλύτερα ποσοστά αυτοκτονίας στους αλκοολικούς ήταν ο Απρίλιος, ο Μάιος και ο Ιούνιος.

7.2.3 Περίοδος μετά την λήξη της θεραπείας

Ο Roy (1993) αναφέρει οι ασθενείς με Διαταραχές Χρήσης Αλκοόλ διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας μετά την ολοκλήρωση κάποιου θεραπευτικού προγράμματος. Η αιτία για το φαινόμενο αυτό είναι ασαφής. Μια πιθανή ερμηνεία είναι ότι φεύγοντας από το υποστηρικτικό περιβάλλον του νοσοκομείου ή του αντίστοιχου θεραπευτικού κέντρου, τα συγκεκριμένα άτομα συχνά βρίσκονται αντιμέτωπα με σοβαρές δυσκολίες όπως είναι η μοναξιά και η ανεργία. Κατ' αυτόν τον τρόπο, είναι πιθανό να επιδεινώνεται η ψυχολογική τους κατάσταση και να αυξάνεται ο κίνδυνος εκδήλωσης αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.

8^ο Κεφάλαιο

*ΜΕΣΑ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ
ΠΟΥ ΑΠΕΥΘΥΝΟΝΤΑΙ ΣΤΟΝ ΧΡΗΣΤΗ
ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΤΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ ΜΕ
ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ*

Τα μέσα και οι στρατηγικές παρέμβασης, που χρησιμοποιούνται συνήθως στους χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, περιλαμβάνουν την αξιολόγηση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, τον χαρακτηρισμό της πορείας της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, την εισαγωγή στο νοσοκομείο και την θεραπεία.

8.1 Αξιολόγηση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς

Οι ασθενείς με Συνδεδεμένες με Ουσίες Διαταραχές απαραίτητο είναι να αξιολογούνται συστηματικά για την ύπαρξη και την σοβαρότητα των αυτοκαταστροφικών συμπτωμάτων (Cornelius et al, 2001a). Για τον λόγο αυτό, οι ειδικοί εξετάζουν τα συγκεκριμένα άτομα για να διαπιστώσουν την τυχόν ύπαρξη προηγούμενου ιστορικού απόπειρας αυτοκτονίας αλλά και τρέχοντος αυτοκτονικού ιδεασμού (Darke et al, 2004; Rogers, 1992). Όσον αφορά τον αυτοκτονικό ιδεασμό, η αξιολόγηση περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με την παρουσία ασαφών αυτοκαταστροφικών σκέψεων, όπως είναι η επιθυμία θανάτου και την πιθανή παρουσία πρόθεσης και συγκεκριμένου σχεδίου αυτοκτονίας (Cornelius et al, 2001a). Σε περίπτωση που ο χρήστης εξαρτησιογόνων ουσιών έχει αυτοκαταστροφικές σκέψεις, οι Deykin και Buca (1994) υποστηρίζουν πως ο ειδικός πρέπει να λάβει πληροφορίες και για την διάρκεια και την ένταση τους.

Υπάρχουν διάφοροι τύποι ψυχομετρικών μέσων για την αξιολόγηση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, που χρησιμοποιούνται και στους χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών. Μεταξύ αυτών είναι τα ψυχομετρικά μέσα ανίχνευσης, τα ψυχομετρικά μέσα αξιολόγησης του κινδύνου και τα ψυχομετρικά μέσα αξιολόγησης των κλινικών χαρακτηριστικών της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Τα ψυχομετρικά μέσα ανίχνευσης είναι εργαλεία, που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση της παρουσίας ή της απουσίας ή της σοβαρότητας της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Για παράδειγμα, δύο τέτοια ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, η Κλίμακα του Beck για τον αυτοκτονικό ιδεασμό και το Ερωτηματολόγιο αυτοκτονικού ιδεασμού έχουν χρησιμοποιηθεί σε δοκιμαστικές παρεμβάσεις, που αφορούσαν νέους. Τα ψυχομετρικά μέσα αξιολόγησης του κινδύνου είναι χρήσιμα για την αξιολόγηση του κινδύνου μελλοντικής αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Αυτά τα εργαλεία μπορούν να εκτιμήσουν την

έκβαση μιας παρέμβασης, που στοχεύει στον περιορισμό του κινδύνου αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς μέσω της μείωσης των παραγόντων κινδύνου και της ενίσχυσης των προστατευτικών παραγόντων. Για παράδειγμα, η Κλίμακα απελπισίας του Beck έχει χρησιμοποιηθεί για να αξιολογήσει τις αλλαγές, που προέκυψαν μετά από ένα πρόγραμμα παρέμβασης, που απευθύνονταν σε εφήβους με αυτοκαταστροφικά συμπτώματα. Όσον αφορά στα ψυχομετρικά μέσα αξιολόγησης των κλινικών χαρακτηριστικών της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, έχουν διαμορφωθεί διάφορα εργαλεία, που αξιολογούν κατά πόσο οι απόπειρες αυτοκτονίας συνδέονται με σοβαρή πρόθεση ή μεγάλη πιθανότητα θανάτου. Μάλιστα, η εκτίμηση της πιθανότητας θανάτου στις απόπειρες αυτοκτονίας συχνά βοηθά τους ειδικούς να επιλέξουν την καταλληλότερη θεραπεία για τα αυτοκαταστροφικά άτομα.

8.2 Προσδιορισμός της πορείας της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς στο πέρασμα του χρόνου

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι χαρακτηρισμού της πορείας της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς στο πέρασμα του χρόνου, που χρησιμοποιούνται και στους χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών. Ένας τέτοιος τρόπος περιλαμβάνει την περιγραφή της σοβαρότητας του αυτοκτονικού ιδεασμού και την εξακρίβωση της παρουσίας ή απουσίας απόπειρας αυτοκτονίας ως ξεχωριστές μεταβλητές για μια δεδομένη χρονική περίοδο. Μια έμφυτη δυσκολία σ' αυτήν την μέθοδο είναι ο χαρακτηρισμός του αυτοκτονικού ιδεασμού. Κι αυτό συμβαίνει, γιατί ο αυτοκτονικός ιδεασμός είναι δυνατό να αυξάνεται και να μειώνεται ως προς την ένταση του και αυτές οι διακυμάνσεις μπορεί να καλυφθούν από μια σφαιρική εκτίμηση της σοβαρότητας του κατά την διάρκεια μιας εκτενούς χρονικής περιόδου. Ένας άλλος τρόπος χαρακτηρισμού της πορείας της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς είναι ο καθορισμός της συχνότητας της. Σύμφωνα με τη μέθοδο αυτή, υπολογίζονται οι μέρες, που έλαβε χώρα η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και στην συνέχεια γίνεται λεπτομερή περιγραφή της συμπεριφοράς αυτής επιτρέποντας έναν πιο ακριβή προσδιορισμό της πορείας της. Ένας επιπρόσθετος τρόπος προσδιορισμού της πορείας της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς είναι η εκτίμηση της πιο σοβαρής μορφής αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς κατά την διάρκεια ενός συγκεκριμένου χρονικού διαστήματος. Η προσέγγιση αυτή, όμως, θέτει ερωτήματα σχετικά με το

κατά πόσο η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά πρέπει να εκτιμάται ως ένα συνεχές ή πρέπει να υπολογίζονται οι διαβαθμίσεις των τριών ειδών αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς ξεχωριστά. Μια τελευταία μέθοδος χαρακτηρισμού της πορείας της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς περιλαμβάνει την εκτίμηση της πιθανότητας θανάτου ή της πρόθεσης για απόπειρα αυτοκτονίας. Κατ' αυτόν τον τρόπο, δίνεται η δυνατότητα στον ειδικό να κρίνει κατά πόσο είναι απαραίτητη η άμεση εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο (Goldston, 2004).

8.3 Εισαγωγή στο νοσοκομείο

Σε περίπτωση που τα αυτοκαταστροφικά συμπτώματα του χρήστη εξαρτησιογόνων ουσιών είναι ιδιαίτερα έντονα, κρίνεται αναγκαία η εισαγωγή του στο νοσοκομείο. Δυστυχώς, όμως, η είσοδος στο νοσοκομείο δεν παρέχει αυτόματα ασφάλεια, δεδομένου ότι περιστασιακά έχουν λάβει χώρα αυτοκτονίες ακόμα και μέσα στα νοσοκομεία. Για τον λόγο αυτό, εάν έχει διαπιστωθεί ότι ο ασθενής διατρέχει εξαιρετικά υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας, τότε παρακολουθείται συνεχώς από το προσωπικό για την διασφάλιση της ακεραιότητάς του. Στην συνέχεια, καθώς μειώνονται τα αυτοκαταστροφικά συμπτώματα του ασθενή, περιορίζεται σταδιακά και η στενή παρακολούθησή του. Η διάρκεια της νοσοκομειακής περίθαλψης εξαρτάται από τον χρόνο, που χρειάζεται το άτομο για να αναρρώσει. Ο χρόνος αυτός διαφοροποιείται από ασθενή σε ασθενή αλλά συνήθως κυμαίνεται από μερικές ημέρες μέχρι μερικές εβδομάδες. Με την εξασθένηση των αυτοκαταστροφικών συμπτωμάτων, ο ασθενής συνήθως μεταφέρεται σε κάποιο κέντρο αποτοξίνωσης για να ακολουθήσει ένα κατάλληλο θεραπευτικό πρόγραμμα.

Διάφορα ζητήματα, όμως, συχνά περιπλέκουν την εισαγωγή των χρηστών με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά στο νοσοκομείο. Για παράδειγμα, είναι πιθανό ο ασθενής να μην αναγνωρίζει την ανάγκη να νοσηλευτεί και να αρνείται να εισαχθεί εθελοντικά. Σ' αυτήν την περίπτωση, ο ειδικός πρέπει να αποφασίσει εάν θα ακολουθήσει την διαδικασία της ακούσιας εισαγωγής του στο νοσοκομείο, εφόσον νομικά έχει αυτό το δικαίωμα. Αφ' ενός, η ακούσια εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο αποτελεί μια δύσκολη απόφαση για τον ειδικό, ειδικά όταν η οικογένεια ή οι φίλοι του ασθενή δεν πείθονται για την αναγκαιότητα της και απειλούν να κινηθούν νομικά εναντίον του. Αφ' ετέρου, ο ειδικός μπορεί να μηνυθεί, εάν ο

ασθενής δεν έχει νοσηλευθεί και στην συνέχεια προβεί σε αυτοκτονία. Πάντως, η νομική ευθύνη, που επωμίζεται ο ειδικός αν ένας ασθενής του δώσει τέλος στη ζωή του είναι γενικά πολύ μεγαλύτερη από αυτή, που συνδέεται με την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο παρά την θέληση του. Ωστόσο, ανεξάρτητα από την έκβαση της κατάστασης, ο ειδικός πρέπει να επιδιώξει την συνεργασία με τον ασθενή και το στενό περιβάλλον αυτού (Cornelius et al, 2001a).

8.4 Θεραπεία

Οι έρευνες σχετικά με τις θεραπευτικές προσεγγίσεις, που εφαρμόζονται στους χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, είναι εξαιρετικά σπάνιες παρά την μεγάλη έκταση του φαινομένου. Εκτός αυτού, όμως, αυτές οι λίγες έρευνες, που έχουν πραγματοποιηθεί, δεν σχεδιάστηκαν αρχικά με σκοπό να συμπεριλάβουν και την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά ως μεταβλητή. Σύμφωνα με τα σημερινά δεδομένα, πάντως, οι θεραπευτικές στρατηγικές, που απευθύνονται στα άτομα με Συνδεόμενες με Ουσίες Διαταραχές και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, περιλαμβάνουν την φαρμακοθεραπεία και την ψυχοθεραπεία.

8.4.1 *Φαρμακοθεραπεία*

Η φαρμακευτική αγωγή, που συνιστάται στους χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών με καταθλιπτικά και αυτοκαταστροφικά συμπτώματα, είναι η χορήγηση αντικαταθλιπτικών. Τα είδη των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, που έχουν χορηγηθεί σ' αυτούς τους ασθενείς, είναι οι Εκλεκτικοί Αναστολείς Επαναπρόσληψης της Σεροτονίνης (SSRI) και τα Τρικυκλικά. Όσον αφορά τα αντικαταθλιπτικά, που ανήκουν στην κατηγορία των SSRI, ο Cornelius και οι συνεργάτες του το 1993, το 1997 και το 2000 υποστήριξαν ότι η φλουοξετίνη συνέβαλε σημαντικά στη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα άτομα με Διαταραχή Χρήσης Αλκοόλ και Κατάθλιψη, συμπεριλαμβανομένων και αυτών, που εκδήλωναν αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Η μείωση, όμως, της κατανάλωσης αλκοόλ επιβεβαιώθηκε μόνο σε μία από τις παραπάνω έρευνες. Σχετικά με τα Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, ο McGrath και οι συνεργάτες του το 1996 διαπίστωσαν ότι η ιμιπραμίνη συνδέεται με την

βελτίωση της κατάθλιψης αλλά δεν είχε καμιά επίδραση στην κατάχρηση ή την εξάρτηση από ουσίες. Σε μια άλλη έρευνα, ο Powell και οι συνεργάτες του το 1995 ανέφεραν ότι η νορτριπτυλίνη δεν είναι αποτελεσματική στη μείωση ούτε των καταθλιπτικών συμπτωμάτων ούτε της κατανάλωσης αλκοόλ. Επιπρόσθετα, ο Mason και οι συνεργάτες του το 1996 επισήμαναν ότι η δεσιπραμίνη συνέβαλε στην εξασθένιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων των αλκοολικών με δευτερογενή κατάθλιψη και στην ελάττωση της κατανάλωσης αλκοόλ. Συγκρίνοντας τις δύο κατηγορίες αντικαταθλιπτικών, οι ίδιοι ερευνητές ισχυρίστηκαν ότι λόγω των παρενεργειών, που παρουσιάζουν τα Τρικυκλικά, οι Εκλεκτικοί Αναστολείς Επαναπρόσληψης της Σεροτονίνης ίσως είναι μια ασφαλέστερη θεραπευτική στρατηγική για τους χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών με καταθλιπτικά και αυτοκαταστροφικά συμπτώματα (Cornelius et al, 2001a; Cornelius et al, 2001b).

8.4.2 Ψυχοθεραπεία

Οι ψυχοκοινωνικές θεραπευτικές στρατηγικές γενικά θεωρούνται αποτελεσματικές παρεμβάσεις τόσο για τις Συνδεδεμένες με Ουσίες Διαταραχές όσο και για τα αυτοκαταστροφικά συμπτώματα (Cornelius et al, 2001a; Cornelius et al, 2001b; Goldston, 2004). Μια τέτοια παρέμβαση μπορεί να περιλαμβάνει τον εφοδιασμό των χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών, που εκδηλώνουν αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, με δεξιότητες χειρισμού κάποιων συναισθημάτων όπως του άγχους, (Goldston, 2004; Kingree et al, 1999) του θυμού και της θλίψης. Κατ' αυτόν τον τρόπο, ο ψυχοθεραπευτής μπορεί να εστιάσει στην ενίσχυση του αυτοελέγχου του θεραπευόμενου και στην αλλαγή των δυσλειτουργικών του σκέψεων, ώστε να τον βοηθήσει να μειώσει τον θυμό του και να απαλλαγεί από τις δυσάρεστες αναμασθητικές σκέψεις του. Ταυτόχρονα, ο θεραπευτής μπορεί να συνδράμει στην ανάπτυξη ή την βελτίωση των στρατηγικών επίλυσης προβλημάτων του ατόμου και της ικανότητας πρόβλεψης των δύσκολων καταστάσεων, ώστε το άτομο να μάθει να ελέγχει το άγχος του. Ένας άλλος σκοπός της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας στη συγκεκριμένη περίπτωση είναι η εξάλειψη των θετικών προσδοκιών, που ίσως έχει ο θεραπευόμενος, από την κατάχρηση ουσιών και την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και η παράλληλη κινητοποίηση του να θέσει στόχους για το μέλλον. Συνακόλουθα, σε περίπτωση που διαπιστωθεί πως η

αυτοκαταστροφική συμπεριφορά του θεραπευόμενου ενισχύεται από κάποιο δευτερογενές όφελος, ο θεραπευτής μπορεί να στοχεύσει στην διακοπή αυτού του φαύλου κύκλου και κυρίως στην αντικατάσταση αυτής της συμπεριφοράς από άλλες πιο κατάλληλες (Goldston, 2004). Πέρα από αυτά, όμως, μέσα στα πλαίσια της ψυχοθεραπείας το άτομο μπορεί να εκπαιδευτεί, ώστε να μάθει να αντιμετωπίζει ενδεχόμενες μελλοντικές κρίσης, κατά την διάρκεια των οποίων λαμβάνει χώρα έντονος αυτοκτονικός ιδεασμός. Ένας πιθανός τρόπος είναι η δημιουργία ενός καταλόγου εναλλακτικών λύσεων για τις τρέχουσες δυσκολίες. Επομένως, το άτομο θα έχει λιγότερες πιθανότητες να εγκλωβιστεί σε έναν διχότομο τρόπο σκέψης, που συνήθως εμφανίζεται πριν την τέλεση της πράξης (Rogers, 1992).

9^ο Κεφάλαιο

ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ

Φανερή γίνεται, λοιπόν, η ανάγκη πρόληψης του φαινομένου και η υιοθέτηση μιας σειράς μέτρων για την μείωση του υψηλού αριθμού των αυτοχειρών, που έπασχαν από Συνδεόμενες με Ουσίες Διαταραχές. Ο Gerald Caplan το 1964 υιοθετεί το παραδοσιακό μοντέλο της πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης της ψυχικής ασθένειας, το οποίο έκτοτε ακολουθείται και στην περίπτωση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Ως εκ τούτου, αναμενόμενο είναι να εφαρμόζεται και στους χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών, που αποτελούν μια ομάδα υψηλού κινδύνου για την εκδήλωση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.

9.1 Πρωτογενής πρόληψη

Η πρωτογενής πρόληψη απευθύνεται στα άτομα εκείνα τα οποία κατά τον παρόντα χρόνο δεν έχουν εκδηλώσει τάσεις αυτοκαταστροφής, ενδέχεται όμως να στραφούν σε αυτή στο μέλλον. Σκοπός είναι η μείωση του κινδύνου τέλεσης αυτοκτονίας με την καταπολέμηση των παραγόντων εκείνων, που ωθούν τους χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών προς αυτή την κατεύθυνση. Τα προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης περιλαμβάνουν τα κύρια χαρακτηριστικά του ατόμου που τελεί σε κίνδυνο αυτοκτονίας, ένα κατάλογο με τα ειδικά κέντρα ψυχικής υγείας καθώς και λεπτομερείς οδηγίες για τον τρόπο προσέγγισης τους και τέλος βασική εκπαίδευση σε θέματα συμβουλευτικής, επικοινωνίας και αντιμετώπισης προβλημάτων. Παρά τις διαφορές, που παρατηρούνται μεταξύ των διάφορων προγραμμάτων κατά την εφαρμογή τους, το βασικό θεωρητικό μοντέλο παραμένει το ίδιο. Βάση της θεωρίας αυτής, λοιπόν, αποτελεί η πεποίθηση ότι οποιοδήποτε άτομο κάτω από ορισμένες συνθήκες έχει πιθανότητα να υιοθετήσει αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.

9.2 Δευτερογενής πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη λαμβάνει χώρα μετά την απόπειρα αυτοκτονίας, αυτοτραυματισμού ή άλλης σοβαρής ένδειξης για μελλοντική τέλεση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Κύριος στόχος σ' αυτήν την περίπτωση είναι η μείωση των πιθανοτήτων επανάληψης του συγκεκριμένου περιστατικού. Στις περισσότερες χώρες του κόσμου λειτουργούν κέντρα παρέμβασης σε περίπτωση

ψυχολογικής κρίσης (crisis intervention centre) ή ειδικά κέντρα πρόληψης αυτοκτονίας (suicide prevention centre), τα οποία παρέχουν βοήθεια κατά την διάρκεια όλου του εικοσιτετραώρου. Η αντίληψη, στην οποία βασίζεται η λειτουργία αυτών των κέντρων, είναι ότι το άτομο, που διέρχεται μια περίοδο κρίσης, δεν έχει αποφασίσει να αφαιρέσει τη ζωή του, αλλά αμφιταλαντεύεται ανάμεσα στην επιθυμία να ζήσει ή να πεθάνει. Κατ' αυτόν τον τρόπο, το ειδικευμένο προσωπικό των κέντρων αυτών προσπαθεί να καλύψει την ανάγκη επικοινωνίας και απελπισμένης κραυγής για βοήθεια, που συχνά εκφράζουν τα συγκεκριμένα άτομα την τελευταία στιγμή.

9.3 Τριτογενής πρόληψη

Η τριτογενής πρόληψη λαμβάνει χώρα μετά την επέλευση του γεγονότος και επικεντρώνεται στις τραυματικές συνέπειες, που βιώνει το στενό οικογενειακό περιβάλλον του θύματος. Η αυτοκτονία αποτελεί ένα οδυνηρό γεγονός για τα συγγενικά και φιλικά πρόσωπα του αυτόχειρα, το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε Διαταραχή μετά από Τραυματικό Στρες (PTSD), με αρνητικές επιπτώσεις στην καθημερινή τους ζωή. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η τριτογενής πρόληψη αποσκοπεί στη μείωση αυτών των οδυνηρών συνεπειών.

9.4 Άλλα μέτρα πρόληψης

Εκτός από τα παραπάνω προγράμματα, στην πολιτική πρόληψης διάφορων κρατών συμπεριλαμβάνονται και άλλα μέτρα για την αποτροπή της αυτοκτονίας τόσο στον γενικό πληθυσμό όσο και στις ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως είναι οι χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών. Τέτοια μέτρα αφορούν στη θέσπιση αυστηρών περιορισμών πρόσβασης στα μέσα στα οποία καταφεύγουν σε μεγαλύτερη συχνότητα οι αυτόχειρες (Θεμελή, 2002) και στην προσπάθεια μείωσης της κατανάλωσης οινοπνευματωδών και άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών (Θεμελή, 2002; Rossow et al, 2005). Σχετικά με το δεύτερο, ο Rossow και οι συνεργάτες του (2005) υποστήριξαν ότι η φορολογία του αλκοόλ και ο περιορισμός της διαθεσιμότητας του είναι αποτελεσματικές στρατηγικές.

10^ο Κεφάλαιο

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, λοιπόν, οι Συνδεδόμενες με Ουσίες Διαταραχές σε συνδυασμό με τον κίνδυνο αυτοκτονίας αποτελούν στις μέρες μας σε παγκόσμιο επίπεδο τόσο ένα σημαντικό κοινωνικό ζήτημα όσο και ένα τεράστιο πρόβλημα υγείας.

Παρά την έκταση του φαινομένου αυτού, όμως, σε πολλές χώρες δεν υπάρχει κάποια δομή, που να παρέχει ταυτόχρονα υπηρεσίες για τις Συνδεδόμενες με Ουσίες Διαταραχές και υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Για τον λόγο αυτό, οι χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών συχνά παραπέμπονται από κέντρα αποτοξίνωσης σε ψυχιατρικά νοσοκομεία ή κέντρα ψυχικής υγείας, σε περίπτωση που εμφανίσουν έντονα αυτοκαταστροφικά συμπτώματα. Κατ' αυτόν τον τρόπο, τα άτομα αυτά αναγκάζονται να διακόψουν το πρόγραμμα αποτοξίνωσης, που ακολουθούσαν και ίσως η συνέχιση αυτού να γίνεται αμφίβολη μετά την εξασθένιση των αυτοκαταστροφικών τους συμπτωμάτων. Φανερό είναι, λοιπόν, ότι στα πλαίσια ενός ολοκληρωμένου προγράμματος αποτοξίνωσης θα ήταν ωφέλιμο να παρέχονται υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Για την λειτουργία ενός τέτοιου προγράμματος, βέβαια, απαραίτητο είναι να διαμορφωθεί μια δομή, που να περιλαμβάνει μονάδα αποτοξίνωσης και ψυχιατρική μονάδα και να στελεχώνεται από επαγγελματίες ψυχικής υγείας καταρτισμένους στην περίθαλψη ασθενών με «διπλή διάγνωση». Σε μια τέτοια περίπτωση, επομένως, οι επαγγελματίες αυτοί θα μπορούσαν να βοηθήσουν τους χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών με αυτοκαταστροφικά συμπτώματα όχι μόνο να καταπολεμήσουν τον εθισμό τους αλλά και παράλληλα να αντιμετωπίσουν τις αυτοκαταστροφικές τους τάσεις. Αν και μέχρι σήμερα δεν έχει εξακριβωθεί η καταλληλότερη παρέμβαση για τα συγκεκριμένα άτομα, πιθανόν μια τέτοια οργανωμένη προσπάθεια εκ μέρους μιας δομής να συνέβαλε αποτελεσματικά όχι μόνο στη βελτίωση της τρέχουσας παρέμβασης αλλά και στην αποφυγή ενός μεγάλου αριθμού θυμάτων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ

ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- Aharonovich, E., Liu, X., Nunes, E., and Hasin, D. S. (2002). Suicide attempts in substance abusers: effects of major depression in relation to substance use disorders. American Journal of Psychiatry, *159*, 1600–1602.
- American Psychiatric Association. (2000). Διαγνωστικά κριτήρια DSM – IV – TR™ (Κ. Γκοτζαμάνης, Μεταφρ.). Αθήνα : Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.
- American Psychiatric Association. (1995). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : Fourth Edition. Primary Care Version. Washington, DC: Author.
- Appleby, L. (2000). Drug misuse and suicide: a tale of two services. Addiction, *95*(2), 175–177.
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2000). Ψυχολογία και Παθολογική Συμπεριφορά : Μια Συνθετική Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση (Μ. Μπαρμπατση, Μεταφρ.). (Τομ. 1). (2^η Εκδ.). Αθήνα : Έλλην.
- Beautrais, A. L., Joyce, P. R., Mulder, R. T. (1999). Cannabis abuse and serious suicide attempts. Addiction, *94*(8), 1155–1164.
- Best, D., Gossop, M., Man, L., Finch, E., Greenwood, J., Strang, J. (2000). Accidental and deliberate overdose among opiate addicts in methadone maintenance treatment: are deliberate overdoses systematically different?. Drug and Alcohol Review, *19*, 213–216.
- Brådvik, L., Berglund, M. (2002). Seasonal distribution of suicide in alcoholism. Acta Psychiatrica Scandinavica, *106*(4), 299–302.
- Bukstein, O. G., Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Baugher, M., Schweers, J., Roth, C., and Balach, L. (1993). Risk factors for completed suicide among adolescents with a lifetime history of substance abuse: a case-control study. Acta Psychiatrica Scandinavica, *88*(6), 403–408.
- Cornelius, J. R., Clark, D. B., Salloum, I. M., Bukstein, O. G., and Kelly, T. M. (2001a). Management of suicidal behavior in alcoholism. Clinical Neuroscience Research, *1*(5), 381–386.
- Cornelius, J. R., Salloum, I. M., Lynch, K., Clark, D. B., and Mann, J. J. (2001b). Treating the substance-abusing suicidal patient. Annals New York Academy of Sciences, *932*, 78–90.

- Cornelius, J. R., Thase, M. E., Salloum, I. M., Cornelius, M. D., Black, A., Mann, J. J. (1998). Cocaine use associated with increased suicidal behavior in depressed alcoholics. Addictive Behaviors, *23*(1), 119–121.
- Darke, S., Kaye, S. (2004). Attempted suicide among injecting and noninjecting cocaine users in Sydney, Australia. Journal of Urban Health, *81*(3), 505–515.
- Darke, S., Ross, J., Lynskey, M., and Teesson, M. (2004). Attempted suicide among entrants to three treatment modalities for heroin dependence in the Australian Treatment Outcome Study (ATOS): prevalence and risk factors. Drug and Alcohol Dependence, *73*(1), 1–10.
- Darke, S., Ross, J. (2002). Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods. Addiction, *97*(11), 1383–1394.
- Darke, S., Ross, J. (2001). The relationship between suicide and heroin overdose among methadone maintenance patients in Sydney, Australia. Addiction, *96*, 1443–1453.
- Deykin, E. Y., Buka, S. L. (1994). Suicidal ideation and attempts among chemically dependent adolescents. American Journal of Public Health, *84*(4), 634–639.
- Driessen, M., Veltrup, C., Weber, J., John, U., Wetterling, T., and Dilling, H. (1998). Psychiatric co-morbidity, suicidal behaviour and suicidal ideation in alcoholics seeking treatment. Addiction, *93*(6), 889–894.
- Erinoff, L., Anthony, J., Brown, G., Caine, E., Conner, K. R., Dougherty, D., Glowinski, A. L., Goldston, D. B., Linehan, M. M., Mann, J. J., Miczek, K., Price, R. K., Ries, R. K., Roy, A., Sher, K. J., Tarter, R., Thompson, E. A., Wilcox, H., Wines, J. D., and Yen, S. (2004a). Overview of workshop on drug abuse and suicidal behavior. Drug and Alcohol Dependence, *76*(1), s3–s9.
- Erinoff, L., Compton, W. M., and Volkow, N. D. (2004b). Drug abuse and suicidal behaviour. Drug and Alcohol Dependence, *76*(1), s1-s2.
- Farrell, M., Neeleman, J., Griffiths, P., & Strang, J. (1996). Suicide and overdose among opiate addicts. Addiction, *91*(3), 321–323.
- Felts, W. M., Chenier, T., & Barnes, R. (1992). Drug use and suicide ideation and behavior among North Carolina public school students. American Journal of Public Health, *82*(6), 870–872.

- Garlow, S. J., Purtselle, D., D'Orio, B. (2003). Cocaine use disorders and suicidal ideation. Drug and Alcohol Dependence, *70*(1), 101–104.
- Garnefski, N., deWilde, E. J. (1998). Addiction-risk behaviours and suicide attempts in adolescents. Journal of Adolescence, *21*, 135–142.
- Garrison, C. Z., McKeown, R. E., Valois, R. F., & Vincent, M. L. (1993). Aggression, substance use, and suicidal behaviors in high school students. American Journal of Public Health, *83*(2), 179–184.
- Gelder, M., Mayou, R., Gath, D., & Cowen, P. (1996). Oxford textbook of Psychiatry (3rd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Goldston, D. B. (2004). Conceptual issues in understanding the relationship between suicidal behavior and substance use during adolescence. Drug and Alcohol Dependence, *76*(1), s79-s91.
- Goodwin, R. D., Hasin, D. S. (2002). Sedative use and misuse in the United States. Addiction, *97*(5), 555-562.
- Gruenewald, P. J., Ponicki, W. R., & Mitchell, P. R. (1995). Suicide rates and alcohol consumption in the United States, 1970–89. Addiction, *90*, 1063 – 1075.
- Havens, J. R., Strathdee, S. A., Fuller, C. M., Ikeda, R., Friedman, S. R., Des Jarlais, D. C., Morse, P. S., Bailey, S., Kerndt, P., Garfein, R. S., and Collaborative Injection Drug User Study Group (2004). Correlates of attempted suicide among young injection drug users in a multi-site cohort. Drug and Alcohol Dependence, *75*(3), 261-269.
- Θεμελή, Ο. (2002). Αυτοκτονία : Φυγή από τα δεινά του εγκλεισμού. Διερεύνηση των αυτοκτονιών στα ελληνικά καταστήματα κράτησης. Αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή Νομική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Αθήνα.
- Hill, E. M., Boyd, C. J., and Kortge, J. F. (2000). Variation in suicidality among substance-abusing women: the role of childhood adversity. Journal of Substance Abuse Treatment, *19*(4), 339–345.
- Hufford, M. R. (2001). Alcohol and suicidal behaviour. Clinical Psychology Review, *21*(5), 797–811.
- Johnsson, E., Fridell, M. (1997). Suicide attempts in a cohort of drug abusers: a 5–year follow-up study. Acta Psychiatrica Scandinavica, *96*, 362–366.
- Kamali, M., Kelly, L., Gervin, M., Browne, S., Larkin, C., O'Callaghan, E. (2000). The prevalence of comorbid substance misuse and its influence on suicidal

- ideation among in-patients with schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica, 101, 452–456.
- Kelly, T. M., Cornelius, J. R., Clark, D. B. (2004). Psychiatric disorders and attempted suicide among adolescents with substance use disorders. Drug and Alcohol Dependence, 73(1), 87-97.
- Kelly, T. M., Lynch, K. G., Donovan, J. E., and Clark, D. B. (2001). Alcohol use disorders and risk factor interactions for adolescent suicidal ideation and attempts. Suicide and Life Threatening Behavior, 31(2), 181–193.
- Kingree, J. B., Thompson, M. P., and Kaslow, N. J. (1999). Brief report risk factors for suicide attempts among low-income women with a history of alcohol problems. Addictive Behaviors, 24(4), 583-587.
- Koller, G., Preuss, U. W., Bottlender, M., Wenzel, K., and Soyka, M. (2002). Impulsivity and aggression as predictors of suicide attempts in alcoholics. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 252, 155–160.
- Lekka, N. P., Paschalis, C., and Beratis, S. (2002). Suicide Attempts in High-Dose Benzodiazepine Users. Comprehensive Psychiatry, 43(6), 438-442.
- Light, J. M., Grube, J. W., Madden, P. A., and Gover, J. (2003). Adolescent alcohol use and suicidal ideation: a nonrecursive model. Addictive Behaviors, 28, 705–724.
- Madianos, M. G., Gefou – Madianou, D., Stefanis, C. N. (1994). Symptoms of depression, suicidal behaviours and use of substances in Greece: a nationwide general population survey. Acta Psychiatrica Scandinavica, 89, 159–166.
- Makela, P. (1996). Alcohol consumption and suicide mortality by age among Finnish men, 1950–1991. Addiction, 91(1), 101–112.
- Μάνος, Ν. (1988). Βασικά στοιχεία κλινικής Ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Mendelson, W. B., Rich, C. L. (1993). Sedatives and suicide: the San Diego study. Acta Psychiatrica Scandinavica, 88, 337–341.
- Merrill, J., Milner, G., Owens, J., and Vale, A. (1992). Alcohol and attempted suicide. British Journal of Addiction, 87, 83–89.
- Neale, J. (2000). Suicidal intent in non-fatal illicit drug overdose. Addiction, 95(1), 85–93.

- Neuringer, C. (1976). Current developments in the study of suicidal thinking. In Shneidman, E. S. (Ed.), Suicidology : Contemporary Developments (pp. 234 – 252). New York: Grune and Stratton.
- Norstrom, T. (1995). Alcohol and suicide: a comparative analysis of France and Sweden. Addiction, *90*, 1463–1469.
- Pirkola, S. P., Marttunen, M. J., Henriksson, M. M., Isometsa, E. T., Heikkinen, M. E., and Lonnqvist, J. K. (1999a). Alcohol-related problems among adolescent suicides in Finland. Alcohol and Alcoholism, *34*(3), 320–329.
- Pirkola, S. P., Marttunen, M. J., Henriksson, M. M., Isometsa, E. T., Heikkinen, M. E., and Lonnqvist, J. K. (1999b). Female psychoactive substance dependent suicide victims differ from male: Results from a nationwide psychological autopsy study. Comprehensive Psychiatry, *40*(2), 101-107.
- Preuss, U. W., Schuckit, M. A., Smith, T. L., Danko, G. P., Bucholz, K. K., Hesselbrock, M. N., Hesselbrock, V., and Kramer, J. R. (2003). Predictors and correlates of suicide attempts over 5 years in 1,237 alcohol-dependent men and women. American Journal of Psychiatry, *160*, 56–63.
- Ramstedt, M. (2001). Alcohol and suicide in 14 European countries. Addiction, *96*(1), S59–S75.
- Rogers, J. R. (1992). Suicide and alcohol: conceptualizing the relationship from a cognitive-social paradigm. Journal of Counseling and Development, *70*(4), 540–543.
- Rossow, I., Grøholt, B., and Wichstrøm, L. (2005). Intoxicants and suicidal behaviour among adolescents: changes in levels and associations from 1992 to 2002. Addiction, *100*(1), 79-88.
- Rossow, I., Lauritzen, G. (2001). Shattered childhood: a key issue in suicidal behavior among drug addicts?. Addiction, *96*(2), 227–240.
- Rossow, I., Lauritzen, G. (1999). Balancing on the edge of death: suicide attempts and life-threatening overdoses among drug addicts. Addiction, *94*(2), 209–219.
- Rossow, I., Romelsjo, A., & Leifman, H. (1999). Alcohol abuse and suicidal behaviour in young and middle aged men: differentiating between attempted and completed suicide. Addiction, *94*(8), 1199–1207.
- Rossow, I., Amundsen, A. (1995). Alcohol abuse and suicide: a 40-year prospective study of Norwegian conscripts. Addiction, *90*, 685–691.

- Roy, A. (2004). Relationship of childhood trauma to age of first suicide attempt and number of attempts in substance dependent patients. Acta Psychiatrica Scandinavica, *109*, 121–125.
- Roy, A. (2003a). Characteristics of drug addicts who attempt suicide. Psychiatry Research, *121*(1), 99–103.
- Roy, A. (2003b). Distal risk factors for suicidal behavior in alcoholics: replications and new findings. Journal of Affective Disorders, *77*(3), 267-271.
- Roy, A. (2002). Characteristics of opiate dependent patients who attempt suicide. The Journal of Clinical Psychiatry, *63*(5), 403–407.
- Roy, A. (2001a). Characteristics of cocaine-dependent patients who attempt suicide. American Journal of Psychiatry, *158*, 1215–1219.
- Roy, A. (2001b). Childhood trauma and attempted suicide in alcoholics. The Journal of Nervous and Mental Disease, *189*(2), 120–121.
- Roy, A. (2000). Relation of family history of suicide to suicide attempts in alcoholics. American Journal of Psychiatry, *157*, 2050–2051.
- Roy, A. (1993). Risk factors for suicide among adult alcoholics. Alcohol Health & Research World, *17*(2), 133–136.
- Roy, A., Lamparski, D., Dejong, J., Moore, V., Linnoila, M. (1990). Characteristics of Alcoholics who attempt suicide. American Journal of Psychiatry, *147*(6), 761-765.
- Skog, O. J., Teixeira, Z. (1995). Alcohol and suicide – The Portuguese experience. Addiction, *90*(8), 1053-1061.
- Skog, O. J. (1993). Alcohol and suicide in Denmark 191-24—experiences from a ‘natural experiment’. Addiction, *88*, 1189-1193.
- Skog, O. J., Elekes, Z. (1993). Alcohol and the 1950 – 90 Hungarian suicide trend – Is there a causal connection?. Acta Sociologica, *36*, 33–46.
- Skog, O. J. (1991). Alcohol and suicide: Durkheim revisited. Acta Sociologica, *34*, 193–206.
- Tanskanen, A., Tuomilehto, J., Viinamaki, H., Vartiainen, E., Lehtonen, J., Puska, P. (2000a). Joint heavy use of alcohol, cigarettes and coffee and the risk of suicide. Addiction, *95*(11), 1699–1704.
- Tanskanen, A., Tuomilehto, J., Viinamaki, H., Vartiainen, E., Lehtonen, J., Puska, P. (2000b). Smoking and the risk of suicide. Acta Psychiatrica Scandinavica, *101*, 243–245.

- Townsend, E., Hawton, K., Harriss, L., Bale, E., Bond, A. (2001). Substances used in deliberate self-poisoning 1985–1997: trends and associations with age, gender, repetition and suicide intent. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 36(5), 228–234.
- Tucker, P. (1999). Substance abuse and suicidality. Australasian Psychiatry, 7(1), 23-24.
- Williams, J. M. G. & Pollock, L. R. (2000). The Psychology of Suicidal Behavior. In Hawton, K. & Van Heeringen, K. (Eds.), The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide (pp. 82 – 83).
- Windle, M., Miller-Tutzauer, C., and Domenico, D. (1992). Alcohol use, suicidal behavior, and risky activities among adolescents. Journal of Research on Adolescence, 2(4), 317–330.
- Wines, J. D., Saitz, R., Horton, N. J., Lloyd-Travaglini, C., and Samet, J. H. (2004). Suicidal behavior, drug use and depressive symptoms after detoxification: a 2-year prospective study. Drug and Alcohol Dependence, 76(1), s21-s29.
- World Health Organization. (2000). Preventing suicide : A resource for primary health care workers. WHO/MNH/MBD/00.4. Geneva : Author.