



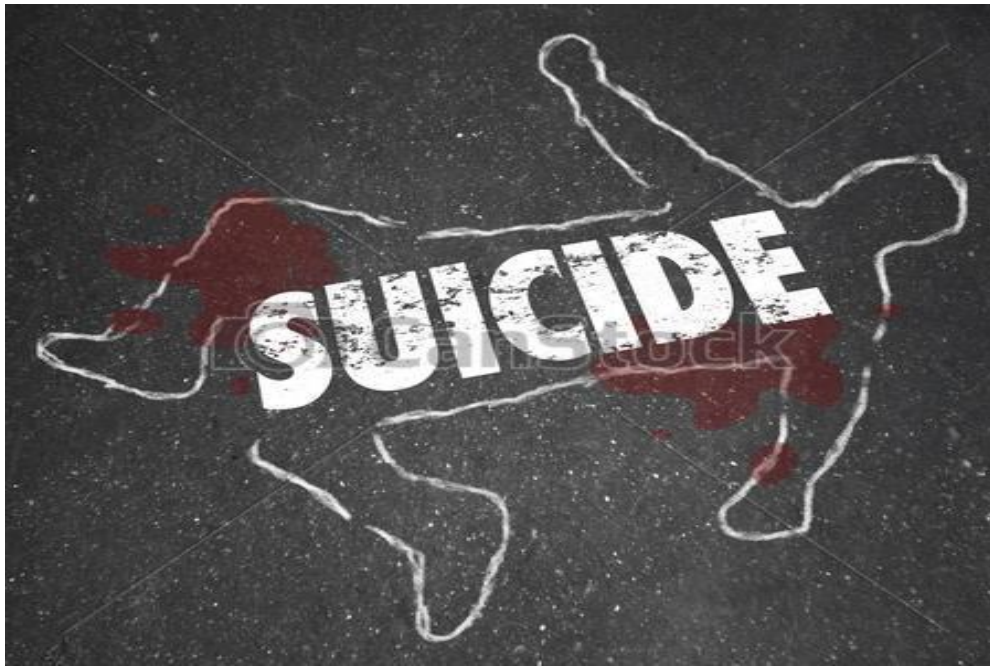
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΩΝ ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΠΕΝΤΕ ΕΤΗ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:

ΠΑΠΑΔΑΚΗ ΣΤΑΜΑΤΙΑ

ΠΡΑΣΣΑ ΜΑΡΙΑ

ΕΠΟΤΕΥΟΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΣΑΜΑΡΤΖΗ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΠΑΤΡΑ, 2020

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια του τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πατρών κατά το χρονικό διάστημα 2019-2020.

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά τους ανθρώπους που συνέλαβαν στην ανασκόπηση αυτού του θέματος.

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ιδιαιτέρως την καθηγήτρια μας κα. Σαμαρτζή Κυριακή ,που ήταν υπεύθυνη για την εποπτεία της πτυχιακής μας και της επιλογής του θέματος.

Ταυτόχρονα θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε και τους υπόλοιπους διδάσκοντες για την καθοδήγηση τους και τις συμβουλές τους κατά την περίοδο των σπουδών μας.

Τέλος ευχαριστούμε τις οικογένειες μας που πίστεψαν σε μας και στήριξαν τις επιλογές μας.

ΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΩΝ

Περιεχόμενα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1. Εισαγωγή	7
1.1 Σκοπός της Επισκόπησης της Ανασκόπησης	8
1.2 Μεθοδολογία Ανασκόπησης Βιβλιογραφίας.....	8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2. Αυτοκτονία και αυθόρμητη εαυτού βλάβη	9
2.1 Εισαγωγή - Τι σημαίνει αυτοκτονία, απόπειρα αυτοκτονίας, αυτοκτονικός ιδεασμός και αυτοτραυματισμός.....	9
2.2 Επιδημιολογικά στοιχεία.....	12
2.2.1 Επιδημιολογικά στοιχεία για την Ελλάδα	12
2.2.2 Διεθνή επιδημιολογικά στοιχεία	12
2.3 Αυτοκτονική σκέψη και συμπεριφορά.....	15
2.4 Εσκεμμένη εαυτού βλάβη	16
2.5 Αυτοκτονία σε διάφορους χώρους.....	21
2.5.1 Αυτοκτονία στο σχολείο και στο Πανεπιστήμιο.....	21
2.5.2 Αυτοκτονία στο στρατό	21
2.6 Αυτοκτονία και εξάρτηση	22
2.7 DSM και αυτοκτονική συμπεριφορά.....	22

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3. Μονοπάτια για αυτοκτονία και προσχεδιασμένη αυτοκτονία	23
---	----

3.1 Επισκόπηση μοντέλων	23
3.2 Παράγοντες κινδύνου και προστασίας - επισκόπηση	25
3.3 Πλαίσιο ιδεών για δράση.....	26

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4. Ανάλυση των παραγόντων κινδύνου	27
4.1 Διανοητικές διαταραχές και αυτοκτονία	29
4.2 Στίγμα, ψυχική ασθένεια και αυτοκτονία.....	31
4.3 Ανεπιθύμητες εμπειρίες παιδικής ηλικίας (ΑΕΠ) και αυτοκτονία	33
4.4 Κοινωνικοί προσδιοριστές	35
4.5 Περιπτώσεις δυσμενών συνθηκών ζωής.....	36
4.6 Αυτόχθονες Πληθυσμοί	37
4.7 Προσωπικότητα	37
4.8 Νευρολογικοί και γενετικοί παράγοντες	38
4.9 Πολλαπλοί παράγοντες κινδύνου	40

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5. Ανάλυση των προστατευτικών παραγόντων	40
5.1 Μια ευρύτερη προοπτική για τους προστατευτικούς παράγοντες	41
5.2 Κοινωνική σύνδεση και κοινωνική συνοχή	42
5.3 Ανθεκτικότητα	43
5.4 Πρόσβαση σε ποιοτική φροντίδα ψυχικής υγείας.....	46

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6. Η εμπειρία των επιζώντων στο γενικό πληθυσμό	50
7. Αυτοκτονία και αυτοτραυματισμός και χώρος εργασίας.....	54

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1 Πολιτισμός στο χώρο εργασίας.....	56
---------------------------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

8. Στρατηγικές Πρόληψης Αυτοκτονίας.....	58
--	----

8.1 Μια επισκόπηση	58
8.2 Πολύπλοκες παρεμβάσεις	60

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

9. Εθνικά και Διεθνή Πλαίσια Πρόληψης Αυτοκτονίας	62
9.1 Διεθνή πλαίσια πρόληψης αυτοκτονίας	62
9.2 Εθνικά πλαίσια πρόληψης αυτοκτονιών	62
9.3 Προσέγγιση της Αυστραλίας στην πρόληψη των αυτοκτονιών	64
9.4 Θα κάνουν τα «εθνικά πλαίσια πρόληψης της αυτοκτονίας» την διαφορά;	66

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

10.1 Αξιολόγηση κινδύνου σε Τμήματα Έκτακτων Περιστατικών	69
--	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

11. Ανταπόκριση στην αυτοκτονία και την εαυτού βλάβη	70
---	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12

12.Ο ρόλος νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας	72
12.1Νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας	73
12.2Νοσηλευτής και έφηβος	74
12.3Νοσηλευτική Φροντίδα στον Αυτοκτονικό Ασθενή	75

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13

13.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	76
Συμπεράσματα	81
Βιβλιογραφία	81

Περίληψη

Η παρούσα εργασία εστιάζει στις περιπτώσεις αυτοκτονίας. Ως αυτοκτονία μπορεί να θεωρηθεί κάθε θάνατος που προκαλείται από το συγκεκριμένο άτομο. Με άλλα λόγια, όταν το άτομο καταφέρνει να θέσει τέλος στη ζωή του με κάποιον τρόπο. Η αυτοκτονία συνήθως προκαλείται εξαιτίας γενικευμένης εσωτερικής κόπωσης και πίεσης που νιώθει το άτομο. Πρόκειται για μία ιδιαίτερα επίπονη διαδικασία τόσο για το ίδιο το άτομο όσο και για τους δικούς του ανθρώπους. Παράλληλα, η αυτοκτονία μπορεί να εμφανιστεί σε κάθε περίοδο της ζωής του ανθρώπου, για παράδειγμα έχουν αναφερθεί περιστατικά αυτοκτονίας στον χώρο εργασίας, στο σχολείο, στο Πανεπιστήμιο, στον στρατό και στον πόλεμο. Ταυτόχρονα, σε κάθε χώρα παγκοσμίως αναφέρονται περιστατικά αυτοκτονίας. Σε μερικές χώρες είναι ιδιαίτερα αυξημένο το φαινόμενο αυτό ενώ στην Ελλάδα για παράδειγμα δεν συμβαίνει το ίδιο. Αιτίες που μπορούν να δείξουν αυξημένα ποσοστά είναι μεταξύ άλλων οι χαλαροί δεσμοί στην οικογένεια, οι κακές καιρικές συνθήκες, η πίεση και η κόπωση στον χώρο εργασίας, στρεσογόνες καταστάσεις στην ζωή του ατόμου. Η σύγχρονη ψυχολογία αλλά και η κοινωνιολογία μελετά το φαινόμενο της αυτοκτονίας καθώς επίσης και τις προεκτάσεις που αυτό έχει στη κοινωνία και στις διάφορες κοινωνικές ομάδες. Όλα τα παραπάνω αναλύονται με λεπτομέρεια στην παρούσα εργασία.

Λέξεις-κλειδιά: αυτοκτονία, περιπτώσεις, συμπτώματα, επιδημιολογία, αιτίες

ABSTRACT

the present survey focuses on the cases of suicide. As suicide can be considered every death caused by the specific person. In other words , when a person successfully ends his/her life in any way. Suicide is usually cause due to chronic internal tiredness and emotional pressure the person feels. This is an extremely painful procedure for bath the person and their own social circle (family and friends). Simultaneously , suicide may appear in every period of a man's life . For instance , suicide incidents have been mentioned at the place work , school , university , the army and at war. At the same time , suicide incidents are recorded in every country globally. In some countries , this phenomenon is disturbingly increased , while in others , including . Greece that is not the case . Reasons that could causes increased

percentages are among other the loose bonds in the family , bad weather conditions , pressure and exhaustion in the workplace stressful situation in one's life. Contemporary psychology as well as sociology both study the phenomenon of suicide and the expansions this has in the society and in several social groups . All this information is analyzed in detail in the present survey.

Key-words : suicide , cases , symptoms , epidemiology , causes

1. Εισαγωγή

Ορισμός:

Η αυτοκτονία δεν έχει έναν καθολικά αποδεκτό ορισμό. Ωστόσο, μπορεί να οριστεί απλά, ως εκ προθέσεως θάνατος. Ο Scheidman το ορίζει ως «τη συνειδητή πράξη του αυτοεπαγόμενου αφανισμού, καλύτερα κατανοητή ως πολυδιάστατη αδιαθεσία σε ένα χρήσιμο άτομο που ορίζει ένα ζήτημα για το οποίο η πράξη αυτοκτονίας θεωρείται η καλύτερη λύση» . Η αυτοκτονία δεν είναι τυχαία ή άσκοπη πράξη. Αντίθετα, είναι μια διέξοδος από ένα πρόβλημα.

Η αυτοκτονία αποτελεί μια σημαντική αιτία θανάτου παγκοσμίως. Έχει βαθμολογηθεί ως μία από τις οκτώ πρώτες αιτίες θανάτου ετησίως στην Ε. Ε. Περίπου 5000 αυτοκτονίες καταγράφηκαν στη Νότια Αφρική ετησίως. Η αυτοκτονία θεωρείται ψυχιατρική έκτακτη ανάγκη και ο επιπολασμός της αυξάνεται (McKeown, 2010).

1.1 Σκοπός της Επισκόπησης της Ανασκόπησης

Ο σκοπός αυτής της βιβλιογραφικής επισκόπησης είναι τριπλός:

- 1) να εντοπίσει τον επιπολασμό του αυτοτραυματισμού, του αυτοκτονικού ιδεασμού και της αυτοκτονικής συμπεριφοράς γενικά
- 2) να συγκεντρώσει πληροφορίες σχετικά με την πρόληψη των αυτοκτονιών και τις βέλτιστες πρακτικές βάσει στοιχείων σε ευαίσθητες ομάδες και
- 3) να παρουσιάσει μια εστιασμένη αναζήτηση υλικών πρόληψης αυτοκτονίας από χώρες της Δυτικού Κόσμου.

1.2 Μεθοδολογία Ανασκόπησης Βιβλιογραφίας

Η παρούσα έρευνα άντλησε κατά κύριο λόγο πληροφορίες από την υπάρχουσα ελληνόγλωσση και ξενόγλωσση βιβλιογραφία. Η διεθνής βιβλιογραφία λειτουργεί ως εργαλείο για την κάλυψη των κενών στην τρέχουσα έρευνα και εμπειρική απόδειξη.

2. Αυτοκτονία και αυθόρμητη εαυτού βλάβη

2.1 Εισαγωγή - Τι σημαίνει αυτοκτονία, απόπειρα αυτοκτονίας, αυτοκτονικός ιδεασμός και αυτοτραυματισμός

Η λέξη αυτοκτονία προέρχεται από τις λέξεις αυτο- + -κτόνος και αναφέρεται σε μία πράξη κατά την οποία κάποιος βάζει τέρμα στη ζωή του. Η αυτοκτονία αποτελεί πράξη απελπισίας ενός ανθρώπου που, τη δεδομένη στιγμή, την θεωρεί ως τη μοναδική λύση στον ψυχικό πόνο που βιώνει. Περιστατικά αυτοκτονίας αναφέρονται και γίνονται αντιληπτά σε όλες της ανθρώπινες κοινωνίες, σε όλη τη διάρκεια της ιστορικής εξέλιξης του ανθρώπου.

Υπάρχει πληθώρα ειδών πράξεων αυτοκτονίας. Ορισμένες φορές η αυτοκτονία μπορεί να κριθεί ως πράξη ηρωισμού, όπως για παράδειγμα, όταν ένας στρατιώτης σε κατάσταση πολέμου προτιμήσει να πέσει πάνω στην χειροβομβίδα του ώστε να σώσει τους συμπολεμιστές. Άλλες φορές μπορεί να θεωρηθεί ως μία κίνηση απελπισίας, για παράδειγμα όταν μία μαθήτρια αυτοκτονήσει γιατί απέτυχε σε μία γραπτή δοκιμασία στο σχολείο.

Η αυτοκτονία είναι ένα σύνθετο πρόβλημα και περιγράφεται με προσοχή ως ‘μια συνειδητή πράξη αυτοκαταστροφικής εξόντωσης, καλύτερα κατανοητή ως μια πολυδιάστατη αδιαθεσία σε ένα άτομο με ανάγκες που θεωρεί ότι για ένα ζήτημα η αυτοκτονία θεωρείται η καλύτερη λύση’. Προστέθηκε σε αυτό και η εξέταση των διαδικασιών που διαφοροποιούν τις σκέψεις αυτοκτονίας και την αυτοκτονική συμπεριφορά (Klonsky & May 2015).

Η αυτοκτονία είναι μια απάντηση στις συντριπτικές συνθήκες, τόσο τις προσωπικές όσο και τις εξωτερικές. Συχνά γίνεται αντιληπτή ως λύση στη συσσώρευση των προβλημάτων με την πάροδο του χρόνου, αλλά μερικές φορές το αποτέλεσμα της παρορμητικής και σκληρής συμπεριφοράς του αυτόχειρα απέναντι στον εαυτό του. Η πολυπλοκότητα των τρόπων αυτοκτονίας τους καθιστά την πρόληψη της δύσκολη, ωστόσο η έγκαιρη παρέμβαση και η πρόληψη πρέπει να έχουν προτεραιότητα σε σχέση με τη διαχείριση κρίσεων.

Η αυτοκτονία σαν πρόθεση ή σαν πράξη είναι ιδιαίτερα σοβαρές καταστάσεις τόσο για εκείνους που προχωρούν σε αυτή την ενέργεια όσο και για τους οικείους τους ή και για τους ειδικούς που επιφορτίζονται με την ασχολία τους με το ζήτημα της αυτοκτονίας.

Αυτοκτονία αποτελεί κάθε περιστατικό θανάτου που επέρχεται άμεσα ή έμμεσα από μια θετική ή αρνητική πράξη του ίδιου του ατόμου που είναι εν γνώσει του ότι θα επιφέρει το αποτέλεσμα αυτό.

Ταυτόχρονα, απόπειρα είναι μια πράξη που προσδιορίστηκε έτσι λόγω της πρόθεσης να επέλθει ο θάνατος αλλά στερείται πραγματικού θανάτου (Durkheim 1978). Σίγουρα, η αυτοκτονία είναι μία πράξη απελπισίας κάποιου ατόμου που δεν ενδιαφέρεται πλέον να συνεχίσει τη ζωή του. Παρόλα αυτά, ας μην λησμονηθεί και το εξής: Ότι δηλαδή, η πραγματική επιθυμία του ατόμου να πεθάνει μπορεί να συνυπάρχει με το στόχο να επιδράσει στους οικείους του ή μπορεί να μείνει κρυφή από τη συνείδησή του κατά τη διάρκεια της πράξης ή δευτερευόντως μπορεί ακόμα και να την αρνηθεί (Chabrol 1987).

Παρά το γεγονός ότι τα επιδημιολογικά στοιχεία δείχνουν την ολοένα και αυξανόμενη συχνότητα της αυτοκτονίας και τις συνέπειές της για το ίδιο το άτομο και τους οικείους του, η αυτοκτονική συμπεριφορά δεν έχει ακόμη αποτελέσει αντικείμενο προσοχής ή ταξινόμησης από το DSM-IV. Το DSM-IV αναφέρει μόνο ως σύμπτωμα του Μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου και της Οριακής Μεταιχμιακής Διαταραχής Προσωπικότητας. Σύμφωνα, με τον King, προτείνει ότι στην αυτοκτονία περιλαμβάνονται οι εξής υποκατηγορίες: ο αυτοκτονικός ιδεασμός και η αυτοκτονική συμπεριφορά (King 1992).

Ως αυτοκτονικός Ιδεασμός (δίχως αυτοκτονικές πράξεις) ορίζεται η σημαντική ενασχόληση, δηλαδή λεκτικές εκφράσεις ή ο σχεδιασμός πράξεων, οι οποίες ίσως μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή του ατόμου (King 1992): Η σημαντική ενασχόληση μπορεί να έχει την εξής μορφή: επαναλαμβανόμενες σκέψεις ή και εικόνες αυτοκτονίας, λεκτική έκφραση ή σχεδιασμός μεθόδων αυτοκτονίας ή σοβαρού σωματικού αυτοτραυματισμού, περιστασιακές ή μόνιμες απειλές του παιδιού ότι θα αφαιρέσει τη ζωή του, αποχαιρετιστήρια σημειώματα ή άλλα μηνύματα που αναφέρονται στην πιθανότητα αυτοκτονίας, πράξεις προετοιμασίας ή αναζήτηση μεθόδου για την πραγματοποίηση του αυτοκτονικού σχεδίου.

Από την άλλη πλευρά ως αυτοκτονική πράξη ή συμπεριφορά ορίζεται η συμπεριφορά κατά την οποία το άτομο στοχεύει να βάλει τέλος στη ζωή. Ενδείξεις για αυτό μπορεί να είναι η εκτέλεση πράξης με αποτέλεσμα τον τραυματισμό ή το θάνατο του του ατόμου (King 1992).

Βασικός σκοπός της πράξης είναι ο θάνατος ή η πρόκληση σοβαρής σωματικής βλάβης. Η αυτοκτονική συμπεριφορά μπορεί να διαρκεί για μεγάλο διάστημα και γι' αυτό χρησιμοποιείται και ο όρος χρόνια αυτοκτονία (King 1992).

Η πρόληψη της αυτοκτονίας και ο μετριασμός της αυτοτραυματισμού είναι μια αναδυόμενη παγκόσμια προτεραιότητα στον τομέα της δημόσιας υγείας (Aleman & Denys,

2014; WHO, 2014). Είναι ένα φαινόμενο που μπορεί να αποφευχθεί και πρέπει να αντιμετωπιστεί από όλους, συμπεριλαμβανομένων της κυβέρνησης και της κοινωνία των πολιτών (WHO, 2012). Οι επαγγελματίες της δημόσιας υγείας, οι κλινικοί και οι επιστήμονες θα παίξουν βασικό ρόλο στον τομέα της αυτοκτονίας και του αυτοτραυματισμού (εαυτού βλάβη) (Aleman & Denys, 2014).

2.2 Επιδημιολογικά στοιχεία

2.2.1 Επιδημιολογικά στοιχεία για την Ελλάδα

Στην Ελλάδα το 2010 καταγράφηκαν 3,37 αυτοκτονίες ανά 100.000 κατοίκους ενώ το 2012 4,56 αυτοκτονίες ανά 100.000 κατοίκους. Παράλληλα, αυξήθηκαν και οι θάνατοι από τις αυτοκτονίες σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Μικρότερη ήταν η αύξηση σε άνδρες άνω των 60 ετών. Και αναφορικά με τις γυναίκες ηλικίας 20-59 ετών καταγράφηκε αύξηση στις αυτοκτονίες, 1,37 ανά 100.000 κάτοικοι αυτοκτόνησαν το 2011-2012.

Κατά τις μελέτες των Μουσσά κ.α. (2009) ποσοστό ανώτερο του 90% θανάτων από αυτοκτονία αντιμετώπιζαν μία ψυχιατρική διαταραχή. Βέβαια, η ύπαρξη μία τέτοιας διαταραχής δεν σημαίνει ότι πρόκειται το άτομο να αυτοκτονήσει. Επίσης, σε μία άλλη μελέτη στο Νοσοκομείο 'Σωτηρία' μόλις το 20% των ασθενών είχαν διαταραχή.

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό και θα έπρεπε να τονιστεί το ότι τα άτομα άνω των 65 είναι λιγότερο πιθανό να αυτοκτονήσουν ενώ οι περισσότερες αυτοκτονίες αφορούν περισσότερο εύπορα άτομα που έχουν σταθερή εργασία και είναι ή ανύπαντροι ή χωρισμένοι.

Άλλα σημαντικά στοιχεία είναι ότι οι περισσότερες αυτοκτονίες καταγράφονται στην επαρχία και όχι στις μεγάλες πόλεις . Ακόμη, οι περισσότερες αφορούν χρονικές στιγμές μέσα στους μήνες Νοέμβριο, Δεκέμβριο και Απρίλιο -μήνες δηλαδή που συνδέονται με σημαντικές γιορτές.

2.2.2 Διεθνή επιδημιολογικά στοιχεία

Η αυτοκτονία είναι ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας παγκοσμίως, αυξάνοντας την τάση κάθε χρόνο (WHO, 2014). Οι συντηρητικές εκτιμήσεις υπολογίζουν τους θανάτους από αυτοκτονία να υπερβαίνουν τις 1.000.000 ετησίως και 25 απόπειρες για κάθε θάνατο από αυτοκτονία (WHO, 2012; Goldsmith et al., 2002). Η σκέψη της αυτοκτονίας ως λύση είναι ακόμη πιο συνηθισμένη και αυξάνει τον αριθμό αυτό σε περίπου 140 εκατομμύρια, ή περίπου 140 για κάθε θάνατο λόγω αυτοκτονίας. Σε μεμονωμένες χώρες, οι διαδικασίες συλλογής δεδομένων ποικίλλουν και γίνονται συγκρίσεις. Ωστόσο, τα ποσοστά αυτοκτονίας αποτελούν σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας (WHO, 2014).

Παρά τις προσπάθειες να μειωθούν οι αυτοκτονίες κατά τις τελευταίες δεκαετίες ειδικότερα, η αυτοκτονία παραμένει επίμονο κοινωνικό πρόβλημα και πρόβλημα δημόσιας υγείας (CDC, 2016). Έχει αναληφθεί σημαντική έρευνα κατά τη διάρκεια του περασμένου μισού αιώνα στην κατανόηση της αυτοκτονικής σκέψης και συμπεριφοράς (STB), αλλά η σαφήνεια των βασικών παραγόντων και των συνδυασμών παραγόντων που συνδέονται παραμένει μια πρόκληση (Franklin et al., 2016).

Τα ποσοστά αυτοκτονίας διαφοροποιούνται επίσης σημαντικά με τις αλλαγές στην κυβερνητική πολιτική, τις συγκρούσεις και την οικονομική αστάθεια (Stuckler & Basu, 2013). Στην Αυστραλία, το χαμηλότερο ποσοστό αυτοκτονίας καταγράφηκε κατά τη διάρκεια της περιόδου του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου - περίοδο κατά την οποία το έθνος αντιμετώπιζε τη μεγαλύτερη απειλή - ενώ τα υψηλότερα ποσοστά (ηλικιακά τυποποιημένα ποσοστά θανάτου - ASDR) ήταν κατά την περίοδο της Μεγάλης Ύφεσης. Μια παρόμοια τάση που δείχνει τη σχέση αυτοκτονίας με τον οικονομικό κύκλο εμφανίζεται και στην Αμερική (Luo et al., 2011).

Ο Chang και οι συνεργάτες του (2013) διερεύνησαν τα ποσοστά αυτοκτονιών μεταξύ 2000 και 2007, σε σύγκριση με την τάση για αυτοκτονία μετά το 2008 και μετά την παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση (GFC) που είχε ως αποτέλεσμα το έτος αυτό. Οι συγγραφείς διαπίστωσαν ότι τα ποσοστά αυτοκτονίας σε ευρωπαϊκές και αμερικανικές χώρες αυξήθηκαν σημαντικά, με περίπου 5.000 πρόσθετες αυτοκτονίες σε σύγκριση με την αναμενόμενη τάση μετά το GFC. Οι ομάδες που επηρεάστηκαν περισσότερο από το GFC, περιλάμβαναν άντρες, ιδιαίτερα άντρες μέσης ηλικίας, και εκείνες τις χώρες που παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα απώλειας θέσεων εργασίας και ανεργίας. Παρόμοια αποτελέσματα της ανεργίας παρατηρήθηκαν στην Ιαπωνία κατά τη διάρκεια της «χαμένης δεκαετίας» της δεκαετίας του 1990, όπου η οικονομική επιβάρυνση και τα υψηλά επίπεδα ανεργίας ή / και η επισφαλής απασχόληση παρουσίασαν ισχυρούς συσχετισμούς με αυξημένα ποσοστά αυτοκτονίας (Chen et al., 2012). Τα ποσοστά αυτοκτονίας στην Ιαπωνία αυξήθηκαν σημαντικά μεταξύ των ετών 1997 και 1998 και δεν έχουν ακόμη ανακάμψει. Η ασταθής απασχόληση και η απλοποίηση του εργατικού δυναμικού μπορεί επίσης να επηρεάσει τα ποσοστά αυτοκτονίας σε επίπεδο πληθυσμού (Page et al., 2013), όπως θέλουν οι τρέχουσες τάσεις της πρακτικής απασχόλησης εδώ σε ολόκληρο τον ανεπτυγμένο κόσμο, που χαρακτηρίζονται από ευέλικτους και ασταθείς όρους και προϋποθέσεις («επισφαλής απασχόληση»). Οι εν λόγω συνθήκες έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία γενικά και την πνευματική ευεξία ειδικότερα (Kim & von dem Knesebeck, 2015; Caldbick et al., 2014).

Κατά τα δεδομένα που παρέχει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO), η Λιθουανία είναι η χώρα που έχει το μεγαλύτερο ποσοστό αυτοκτονιών ενώ μετά έρχονται η Ρωσία και η Λευκορωσία. Από την άλλη πλευρά, η Ελλάδα παρουσιάζει χαμηλά ποσοστά και συγκεκριμένα, συγκεντρώνει τα χαμηλότερα ποσοστά στην Ευρώπη και κατέχει την 28^η θέση ανάμεσα σε αυτές τις χώρες. Το γεγονός ότι η Ελλάδα έχει χαμηλά ποσοστά αυτοκτονιών σχετίζεται με το ότι οι οικογενειακές σχέσεις είναι ιδιαίτερα ενδυναμωμένες

ενώ παράλληλα επηρεάζουν προς αυτή την κατεύθυνση ακόμα και πολιτιστικοί παράγοντες αλλά και οι καιρικές συνθήκες.

2.3 Αυτοκτονική σκέψη και συμπεριφορά

Εκτός από τους θανάτους λόγω αυτοκτονίας, υπάρχουν πολλά άτομα που σκέφτονται την αυτοκτονία, διαπράττουν απόπειρες και που εισάγονται σε νοσοκομεία για εκ προθέσεως αυτοτραυματισμό. Αυτά τα δεδομένα είναι δύσκολο να εκτιμηθούν (Robinson et al., 2013), αλλά δείχνουν ότι τόσο οι απόπειρες αυτοκτονίας όσο και αυτοκτονικός ιδεασμός εμφανίζονται σημαντικά πιο συχνά από την αυτοκτονία, με έναν στους οκτώ ενήλικες να αναφέρουν ότι έχουν βιώσει αυτοκτονικές σκέψεις σε κάποιο σημείο κατά τη διάρκεια της ζωής τους και πάνω μισό εκατομμύριο ενήλικες που έχουν κάνει μια απόπειρα αυτοκτονίας. Για το προσωπικό εξυπηρέτησης της Ευρώπης, αυτό το μοτίβο είναι (περίπου διπλάσιο), ενώ σχεδόν το 4% του προσωπικού δήλωσε αυτοκτονική συμπεριφορά στην διάρκεια των 12 προηγούμενων μηνών (Fairweather-Schmidt et al., 2012).

Υπάρχουν πολλές αρνητικές συνέπειες που συνδέονται με τον αυτοκτονικό ιδεασμό (AISRAP, 2015) και την αυτοκτονία. Τα άτομα που έχουν διαπράξει απόπειρα έχουν υψηλότερο κίνδυνο να πεθάνουν από αυτοκτονία () και αυτός ο κίνδυνος παραμένει καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους (). Ωστόσο, πολλοί βιώνουν έντονες και εξουθενωτικές περιόδους ιδεασμού και μεγάλες περιόδους χαμηλού ή καθόλου ιδεασμού (Marsden et al., 2016).

Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό όταν εξετάζονται θέματα μετάβασης και υπάρχει απομάκρυνση από ένα περισσότερο ασφαλές και υποστηριζόμενο περιβάλλον, σε ένα λιγότερο (Bruce, 2010). Η αποτελεσματικότερη παρέμβαση εμφανίζεται νωρίς στην τροχιά προς την αυτοκτονία και σε γνωστά σημεία αβεβαιότητας σε μια μετάβαση (Knox et al., 2010).

2.4 Εσκεμμένη εαυτού βλάβη

Υπάρχει ένας αυξανόμενος όγκος βιβλιογραφίας σχετικά με τον εσκεμμένο αυτοτραυματισμό και την αυτοκτονική συμπεριφορά. Αν και υπάρχουν σχέσεις μεταξύ των δύο συμπεριφορών, είναι σημαντικό να μην προβάλλονται σε γραμμική κλίμακα. Ο σκόπιμος αυτοτραυματισμός είναι σκόπιμη βλάβη του ιστού του σώματος χωρίς αυτοκτονική πρόθεση. Ενώ υπήρξε σημαντική βιβλιογραφία σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου για αυτοτραυματισμό (π.χ., Taliaferro & Muehlenkamp, 2015), έχουν ειπωθεί λιγότερα για τη λειτουργία τους και τα επακόλουθα εμπόδια στην αναζήτηση βοήθειας. Παρακάτω περιγράφονται οι επτά λειτουργίες αυτοτραυματισμού και οι δείκτες τους.

- 1) Η επίπτωση-ρύθμιση είναι μια στρατηγική που χρησιμοποιείται για να ανακουφίσει συναισθηματική διέγερση. Όταν κάποιος είναι συναισθηματικά αγχωμένος, διατίθενται διάφορες στρατηγικές, μερικές λειτουργικές, μερικές δυσλειτουργικές. Εκείνοι οι οποίοι έχουν μάθει κακές ικανότητες αντιμετώπισης ή αυτοί που είναι λιγότερο ικανοί να διαχειριστούν την επίπτωση του άγχους στην ψυχολογία τους, μπορεί να στραφούν στον αυτοτραυματισμό ως στρατηγική για να σταματήσουν τα κακά συναισθήματα. Είναι μια δυσλειτουργική, αλλά αποτελεσματική στρατηγική. Ο συναισθηματικός πόνος, οι ενοχλητικές εικόνες ή οι μνήμες και η εσωτερική υπερκινητικότητα είναι συχνά συντριπτικά (Ewing, 2016). Οι μηχανισμοί δεν είναι σαφείς, αλλά ορισμένοι έχουν υποθέσει ότι περιλαμβάνουν την ψυχολογική αναβολή και τη βιολογική απελευθέρωση (Bell & McBride, 2010).
- 2) Η αντιδιάσπαση γίνεται όταν ένα άτομο απομακρύνεται από την εξατομικευμένη σύνδεση με τον εαυτό. Είναι μια (ενίοτε) δυσλειτουργική στρατηγική αντιμετώπισης όταν η αποσύνδεση παρατείνεται. Η ένταση του συναισθηματικού φορτίου μπορεί να προκαλέσει την αποσύνδεση ως επεισόδιο. Η κατάσταση του ψυχολογικού μουνδιάσματος είναι τόσο ψυχολογική όσο και φυσιολογική και η διαφυγή από αυτή την κατάσταση απαιτεί διακοπή (Ewing, 2016). Ο αυτοτραυματισμός, σε αυτό το πλαίσιο, είναι ένας τρόπος για να διακοπεί η διάσπαση (για να εδραιώσει το άτομο πίσω στο παρόν) και να ανακτήσει την αίσθηση του εαυτού (να αισθανθεί πάλι ζωντανός). Η διάσπαση αποτελεί εμπόδιο από μόνο του. Η αγωνία που προκύπτει από την διαπίστωση του διαχωρισμού των συναισθηματικών ανταποκρίσεων απομακρύνει αποτελεσματικά το άτομο από μια προσωπική σύνδεση. Τα άτομα που βρίσκονται σε αυτήν την κατάσταση (π.χ. μετά από κακοποίηση ή τραύμα) έχουν ζητήματα εμπιστοσύνης, αρνητικής ενίσχυσης και παραβιάσεων στην εμπιστευτικότητα: συχνά στο πλαίσιο των αποτυχημένων οικογενειακών σχέσεων.

- 3) Η αυτοκτονία σε αυτό το πλαίσιο είναι ένας συμβιβασμός με την επιθυμία για αυτοκτονία. Οι παρορμήσεις για αυτοκτονία είναι παροδικές (συνδεδεμένες με τις εκάστοτε περιστάσεις), και η στρατηγική είναι καλύτερα κατανοητή ως μια πολυδιάστατη αδιαθεσία σε μια ανάγκη του ατόμου που ορίζει ένα ζήτημα για το οποίο η αυτοκτονία θεωρείται ως η καλύτερη λύση. Στο πλαίσιο αυτό, ο αυτοτραυματισμός μπορεί να θεωρηθεί ως συμβιβασμός με την επιθυμία για αυτοκτονία. Είναι πιο εύκολο να εντοπίζεται και να επισημαίνεται ως πρόληψη αυτοκτονίας σε περίπτωση κρίσης και επείγουσας παρέμβασης. Η έρευνα για τον αυτοτραυματισμό (Robinson et al., 2013; Plener et al., 2015) καταδεικνύει ότι μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού παραμένει ανεπαρκώς ενημερωμένο σχετικά με τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Δεν μπορούν να μιλήσουν για την αυτοκτονία ή τον αυτοτραυματισμό και δεν μπορούν να δουν τα σημάδια ενός ατόμου που σκέφτονται την αυτοκτονία όταν αυτό προσπαθεί να επικοινωνήσει την αίσθηση της απελπισίας του. Δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι η αναζήτηση βοήθειας είναι η ασαφής και στιγματισμένη διαδικασία και το στίγμα που περιβάλλει την αυτοκτονία και η αναζήτηση βοήθειας παραμένει διαδεδομένη. Υπάρχει ανάγκη για ευρύτερη συζήτηση των δρόμων προς την αυτοκτονία και τον αυτοτραυματισμό. Οι λύσεις θα προκύψουν από την ευρύτερη αποδοχή της ψυχικής υγείας ως κοινοτική ευθύνη.
- 4) Η διαπροσωπική επιρροή περιγράφεται συχνά στα δημοφιλή μέσα ενημέρωσης ως «κραυγή για βοήθεια» ή ως Αναζήτηση προσοχής. Η χειραγώγηση των άλλων στο περιβάλλον είναι μερικές φορές λειτουργική συνιστώσα του αυτοτραυματισμού. Μπορεί να χρησιμεύσει ως τρόπος πρόκλησης στοργής (όταν απουσιάζει) ή προσοχής (όταν η απουσία προσοχής είναι απαράδεκτη). Είναι ένα δυσλειτουργικό αλλά αποτελεσματικό μέσο εκφόρτωσης του συναισθηματικού πόνου. Αυτοί που αυτοτραυματίζονται μπορεί να γνωρίζουν ή να αγνοούν την ενίσχυση της συμπεριφοράς που παρέχεται από εκείνους που ανταποκρίνονται. Η αναζήτηση βοήθειας σε αυτό το πλαίσιο μπορεί να είναι προβληματική, καθώς αυτοί που χρειάζονται την μεγαλύτερη υποστήριξη αναμένεται να είναι λιγότερο πιθανό να ζητήσουν υποστήριξη (Jones et al., 2013). Λογικά υπάρχει η ανάγκη να αποσυμπιεστεί η αναζήτηση βοήθειας και να αυξηθεί η ευαισθητοποίηση μεταξύ όλων των επαγγελματιών.

- 5) Τα διαπροσωπικά όρια συνδέονται με τη θεωρία προσκόλλησης και περιγράφουν την ανάγκη ενός ατόμου για ασφαλή σύνδεση με ένα άλλο σημαντικό πρόσωπο στη ζωή του, ώστε να εξατομικεύεται επιτυχώς (να διεκδικήσουν την ταυτότητά τους). Εκείνοι που δεν έχουν μια φυσιολογική αίσθηση του εαυτού μπορεί να καταφεύγουν στον αυτοτραυματισμό για να επιβεβαιώσουν τη διάκριση μεταξύ των ίδιων και των άλλων και της (κατασκευασμένης) ταυτότητάς τους. Τα εμπόδια όσον αφορούν στην αναζήτηση βοήθειας εδώ είναι αυτονόητα, καθώς η επιβεβαίωση της κατασκευασμένης ταυτότητας λειτουργεί εναντίον της αποδοχής της υποστήριξης. Οι ερευνητές συμφωνούν ότι μια ισχυρή αυτο-ιδέα είναι σημαντική για τη συμπεριφορά και τα γνωστικά και συναισθηματικά αποτελέσματα (Hines et al., 2013; Shelef et al., 2014). Η κατάσταση περιπλέκεται έτι περισσότερο όταν εμπλέκονται πολιτιστικοί παράγοντες και όταν υπάρχουν μικτά μηνύματα όσον αφορά την ιδιοκτησία, και στους πολιτιστικούς κανόνες · και αυτή η σύγχυση μπορεί να αποθαρρύνει τη συμπεριφορά της αναζήτησης βοήθειας (Jones et al., 2013).
- 6) Η αυτο-τιμωρία είναι τα συναισθήματα αυτο-απέχθειας που βιώνουν μερικά άτομα, όταν αυτά εκφράζονται με τον αυτοτραυματισμό. Αυτός ο αυτοκατευθυνόμενος θυμός έχει τον αντίκτυπο της επίτευξης του αφόρητου πόνου της αυτό-παρέκκλισης και μπορεί να είναι παρήγορος. Το αυτο-μίσος και οι εσωτερικοί κανόνες που έχουν οικοδομηθεί γύρω από τη συμπεριφορά αντιμετώπισης συχνά οδηγούν σε αυτο-τιμωρία: μια υπενθύμιση της αδυναμίας τους και του γεγονότος ότι πρέπει να είναι ισχυρότεροι ή σε μεγαλύτερη επαγρύπνηση και η αμυντική αποφυγή τους εξυπηρετεί ως στρατηγική (Ewing, 2016). Ένα από τα πιο διαδεδομένα εμπόδια στην αναζήτηση βοήθειας είναι η (λανθασμένη) αντίληψη ενός ατόμου ότι αντιμετωπίζουν και δεν χρειάζονται βοήθεια (αμφιβολία). Επιπλέον, οποιαδήποτε πρόταση ότι δεν αντιμετωπίζουν κατάλληλα τα συναισθήματά τους είναι απίστευτη. Η σοβαρή ανεξαρτησία, σφυρηλατημένη από τη δυσλειτουργική (αν και αποτελεσματική) αντιμετώπιση δραστηριότητας οδηγεί στην άρνηση της βοήθειας. Τα άτομα αυτά φοβούνται ότι οι άλλοι δεν θα τους πάρουν σοβαρά ή θα αποτύχουν να καταλάβουν γιατί αυτοτραυματίζονται, πράγμα που συμβάλλει στην απροθυμία τους να αναζητήσουν βοήθεια.
- 7) Η αναζήτηση αίσθησης περιλαμβάνει την εθιστική έκκρισης αδρεναλίνης από μια δραστηριότητα στην προσπάθεια αναζήτησης συγκινήσεων, υπό την έννοια ότι

πολλοί «κυνηγούν την επίδραση της αδρεναλίνης». Για μερικά άτομα, η δημιουργία ενθουσιασμού μπορεί να είναι από τη συμπεριφορά που προκαλεί αυτοτραυματισμό. Είναι συνήθης δυσλειτουργική και έντονη. Μπορεί να γίνει «μεταδοτική» μεταξύ εκείνων που επιθυμούν να συμμετάσχουν σε μια ομάδα, αλλά ο επίμονος αυτοτραυματισμός συχνά αντανάκλα τις βαθιές ανασφάλειες και τις δυσκολίες. Οι υποκείμενες αιτίες συχνά παραβλέπονται όταν η αναζήτηση αίσθησης θεωρείται ως κίνητρο. Η εστίαση στα μέσα μαζικής ενημέρωσης (συχνά παραπλανητικά) μπορεί να συμβάλει σε αυτήν την αντίληψη και να μειώσει την πιθανότητα εμφάνισης ατόμων που ζητούν βοήθεια. Η εξομάλυνση των συμπεριφορών που προκαλούν αυτοτραυματισμό στις ομάδες των ομότιμων αποτελεί εμπόδιο (είτε ως πίεση από τους ομότιμους είτε ως πίεση αποδοχής).

Όπως η αυτοκτονία, οι παράγοντες που επηρεάζουν την αυτοτραυματική συμπεριφορά είναι πολύπλοκοι και η τρέχουσα βιβλιογραφία ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των πηγών. Επιπλέον, οι ορισμοί σχετικά με τον αυτοτραυματισμό είναι συνεχώς υπό συζήτηση, με τη μη αυτοκτονική αυτοτραυματική βλάβη που εισήχθη πρόσφατα στη συλλογή DSM V να έχει υποστηρικτές υπέρ και κατά της προσθήκης (Plener et al., 2015).

Σε μια συστηματική ανασκόπηση της διαχρονικής έρευνας στην Ολομέλεια του NSSI και της DSH (2015) και των συναδέλφων της βρέθηκε ότι οι αυτοτραυματικές συμπεριφορές κορυφώθηκαν γύρω στην ηλικία των 16 ετών και στη συνέχεια μειώθηκαν, με τα ποσοστά επικράτησης πολύ χαμηλότερα στην ενηλικίωση σε σύγκριση με τους εφήβους. Οι Fliege et al. (2010) πραγματοποίησαν εκτεταμένη συστηματική ανασκόπηση των παραγόντων κινδύνου για σκόπιμο αυτοτραυματισμό και διαπίστωσε ότι το γυναικείο φύλο, οι αρνητικές εμπειρίες στην παιδική ηλικία και οι διαγνώσεις με κάποια μορφή ψυχοπαθολογίας αποτελούσαν πιθανούς παράγοντες κινδύνου για αυτοτραυματισμό. Ωστόσο, όπως οι αυτοκτονικές συμπεριφορές, η πολυπλοκότητα του κινδύνου των παραγόντων επεκτείνονται στην ποικίλη συμφραζόμενη δυναμική που οι άνθρωποι βρίσκονται σε συνδυασμό με το μεθοδολογική ετερογένεια των μελετών σχετικά με αυτό το θέμα.

Η σχέση μεταξύ αυτοτραυματισμού και αυτοκτονίας είναι εξίσου περίπλοκη, ωστόσο είναι αποδεκτό ότι όσοι αυτοτραυματίζονται είναι σε σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο απόπειρας αυτοκτονίας. Τα πιο σημαντικά προγνωστικά της αυτοκτονίας μετά από ένα επεισόδιο αυτοτραυματισμού σύμφωνα με μια μετα-ανάλυση από τους Chan et al. (2016) περιλαμβάνουν πρόθεση αυτοκτονίας, σωματικά προβλήματα υγείας και το ανήκει στο αντρικό φύλο. Παραδόξως, μετά την προσαρμογή σε συσχετικές μεταβλητές, η κατάχρηση οινόπνευματος και το προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό δεν ήταν σημαντικοί παράγοντες

πρόβλεψη αυτοκτονίας μετά από ένα επεισόδιο αυτοτραυματισμού, ωστόσο οι συγγραφείς προειδοποιούν ενάντια σε αυτή τη διαπίστωση, δεδομένου ότι υπάρχουν πολλοί τρόποι μέτρησης των δομών αυτών σε μελέτες.



2.5 Αυτοκτονία σε διάφορους χώρους

2.5.1 Αυτοκτονία στο σχολείο και στο Πανεπιστήμιο

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει ότι παγκοσμίως, η αυτοκτονία βρίσκεται μεταξύ των πρώτων πέντε αιτιών θανάτου μεταξύ των ηλικιών 15 έως 19, ενώ σε πολλές χώρες βρίσκεται στην πρώτη ή δεύτερη θέση σε αυτή την ηλικιακή ομάδα. Έτσι, η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης των μαθητών και των μαθητριών για την προστασία των παιδιών και των εφήβων από την ψυχική οδύνη και την εξάρτηση, που θα τους βοηθήσει να τα καταφέρουν σε περίεργες καταστάσεις της ζωής τους. Αναφέρεται, επίσης, πως, ίσως η αυτοκτονία συχνά να προέρχεται από τον σχολικό εκφοβισμό και την βία που υπάρχει και μέσα και έξω από το σχολείο και συνεπώς προτείνεται η δημιουργία ενός συστήματος ώστε να προβλέπει και να αντιμετωπίζει έγκαιρα τις αυτοκτονικές (Leatham, 2005).

Κατά την μελέτη των Nock κ.α. (2008), παγκοσμίως, η αυτοκτονία αποτελεί πρώτη αιτία θανάτου σε έφηβους και σε ενήλικες νεαρής ηλικίας ενώ τα στοιχεία για τον μη αυτοκτονικό αυτοτραυματισμό (NSSI) έχουν αναφερθεί με μεγάλες αποκλίσεις (13% έως 38% σε μαθητές και φοιτητές) (Gratz, 2003; Kokaliari, 2014; Whitlock, Ecjenrode, & Silverman, 2006; Whitlock, et al., 2011). Οι λίγες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί σε άλλες χώρες δείχνουν υψηλά ποσοστά του μη αυτοκτονικού αυτοτραυματισμού σε μαθητές λυκείου και φοιτητές.

2.5.2 Αυτοκτονία στο στρατό

Κατά την μελέτη του Joiner (2005) περιστατικά αυτοκτονιών στον χώρο του στρατού έχουν σημειωθεί. Οι αυτοκτονική συμπεριφορά φαίνεται να προέρχεται από το γεγονός ότι τα άτομα που είναι σε αυτόν τον χώρο τείνουν να μειώνουν τον βαθμό ευαισθητοποίησής

τους στον πόνο και σε επώδυνα ερεθίσματα. Έτσι, αυξάνεται η πιθανότητα το άτομο να αποκτήσει αυτοκτονική συμπεριφορά. Αυτό το στοιχείο είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τον εντοπισμό των ατόμων που είναι πιθανό να επιχειρήσουν να αυτοκτονήσουν ή να πεθάνουν από την αυτοκτονία.

Συγκεκριμένα, τα άτομα που βρίσκονται στον στρατό και ιδιαίτερα όσα έχουν περιστατικά με έντονο σωματικό πόνο ή ιστορικό μαχών φαίνεται πως έχουν συνηθίσει στον ιδέα των επικίνδυνων εμπειριών. Έτσι, αυξάνονται τα ποσοστά αυτοκτονίας στον στρατό. Με άλλα λόγια, όσο πιο επώδυνες καταστάσεις έχει βιώσει κάποιος και όσο έχει απομυθοποιήσει το θάνατο τόσο πιο πιθανό είναι να αυτοκτονήσει.

2.6 Αυτοκτονία και εξάρτηση

Σύμφωνα με στοιχεία που αντλούνται από τις Κοκκόβου κ.α. (2016), Η αυτοκτονία αποτελεί ένα πολύ σημαντικό ποσοστό στην θνησιμότητα στις Η.Π.Α. και συγκεκριμένα την 8^η κατά σειρά αιτία. Έχει επισημανθεί στην διεθνή βιβλιογραφία ότι το 50% των αυτοκτονιών σχετίζονται με την εξάρτηση και αναφέρονται στην χρήση ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ. Εδώ βέβαια λαμβάνονται υπόψη και αυτοκτονίες που συνέβησαν λόγω του αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών όσο και εκείνων που γενικά ήταν αλκοολικοί ή βρέθηκαν θετικοί σε ναρκωτικές ουσίες. Το 25% των αυτοκτονιών συνδέεται με χρήστες ναρκωτικών ή εθισμένους στο αλκοόλ. Χιλιάδες έφηβοι κάθε χρόνο πεθαίνουν στις Η.Π.Α. λόγω της αυτοκτονίας ενώ με τον ένα ή τον άλλο τρόπο συνδέονται με το αλκοόλ ή τις ουσίες. Ηλικίες μεταξύ των 15 και 24 είναι επιρρεπείς στην αυτοκτονία και πολύ συχνά αυτά τα περιστατικά σχετίζονται με την εξάρτησή τους από ναρκωτικές ουσίες και αλκοόλ. Παράλληλα και άτομα μέσης ηλικίας μπορούν να είναι επιρρεπή στην αυτοκτονία εξαιτίας της εξάρτησης του από τα παραπάνω. Γενικά, τόσο οι γυναίκες όσο και οι άντρες που κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών μπορούν να διαπράξουν αυτοκτονία.

2.7 DSM και αυτοκτονική συμπεριφορά

Η διαταραχή αυτοκτονικής συμπεριφοράς προτείνεται στο εργαλείο DSM-5 και η διάγνωσή της αναφέρεται σε άτομα τα οποία στο παρελθόν έχουν πραγματοποιήσει έστω μία απόπειρα αυτοκτονίας, και συγκεκριμένα εντός των τελευταίων 2 ετών. Σε αυτό το σημείο οφείλει να οριστεί τι ακριβώς είναι η αυτοκτονική συμπεριφορά. Ως τέτοια ορίζεται κάθε πράξη που έχει σκοπό να βλάψει το άτομο και να προκαλέσει τον θάνατό του. Μπορεί να σχετίζεται με διαταραχές του νου. Είναι γεγονός ότι οι περισσότεροι άνθρωποι που έχουν

διαγνωστεί με κατάθλιψη ή κάποια άλλη διαταραχή ως προς την διάθεσή τους δεν διαπράττουν αυτοκτονία.

Σύμφωνα με το DSM-5, τα κριτήρια που προτείνονται για την διάγνωση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς είναι τα εξής: Αρχικά, το άτομο πρέπει να έχει κάνει απόπειρα αυτοκτονίας τα τελευταία δύο χρόνια. Ακόμη, το άτομο πρέπει να έχει προσπαθήσει αυτοτραυματισμό. Ακόμη, η πράξη της αυτοκτονικής συμπεριφοράς πραγματοποιήθηκε σε στιγμή ξεχωριστή από μία ιδιαίτερη κατάσταση στην διάθεση του ατόμου, όπως για παράδειγμα κατά τη διάρκεια μίας γενικευμένης σύγχυσης. Τέλος, η πράξη αυτή δεν συνέβη μέσα στο πλαίσιο μίας θρησκευτικά ή πολιτικά ή ιδεολογικά κατευθυνόμενης πράξης.

Σχετικά με το σημείο έναρξης της αυτοκτονικής συμπεριφοράς αυτό μπορεί να συμβεί σε κάθε χρονικό σημείο της ζωής του ατόμου (American Psychiatric Association, 2013). Επιπροσθέτως, αναφέρει ότι περιπτώσεις που μπορούν να ασκήσουν πίεση για την εμφάνιση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς μπορεί να είναι η διπολική διαταραχή, η γενικευμένη καταθλιπτική διαταραχή, η σχιζοφρένεια, οι αγχώδεις διαταραχές, η αντικοινωνική συμπεριφορά (American Psychiatric Association, 2013). Ακόμη, άτομα που έχουν συνηθίσει στον χρόνιο πόνο ή σε χρόνια ασθένεια ίσως αποτελέσουν άτομα που μπορεί να εμφανίσουν αυτοκτονική συμπεριφορά.

3. Μονοπάτια για αυτοκτονία και προσχεδιασμένη αυτοκτονία

3.1 Επισκόπηση μοντέλων

Η αυτοκτονία είναι μια μοναδική ανθρώπινη εμπειρία, μια «σκοτεινή περιοχή» της ανθρώπινης φύσης (Tatz, 2016). Δεν εκπλήσσει τότε ότι οι θεωρίες για την εξήγηση των φαινομένων έχουν δημιουργηθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα και από πολλές οπτικές γωνίες.

Οι Franklin et al. παρέχουν μια συνοπτική περίληψη των μοντέλων αυτοκτονίας. Περιλαμβάνουν: το βιολογικό (π.χ., Oquendo et al., 2014), οι κοινωνιολογικές προσεγγίσεις και οι ψυχολογικές θεωρίες που θεωρούν την αυτοκτονία ως ένα φαινόμενο που σχετίζεται με τα εξής: ψυχικό πόνο, διαφυγή από την αποτροπιαστική αυτογνωσία, απελπισία, συναισθηματική δυσλειτουργία, διαπίστωση της επιβάρυνσης και της ικανότητας για αυτοκτονία (Van Orden et al., 2010), νίκη, παγίδευση και χαμηλή κοινωνική στήριξη. Διάφορα-μοντέλα στρες (π.χ., O'Connor, 2011). και αυτοκτονικό ιδεαλισμό (Nock et al., 2016).

Αυτές οι τρεις προσεγγίσεις είναι σαφώς καθορισμένες ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του 1970 στα βασικά κλινικά εγχειρίδια για τους ψυχιάτρους ().

Οι φιλόσοφοι και οι συγγραφείς προσπαθούν εδώ και αιώνες να δώσουν μια εικόνα σε σχέση το γιατί οι άνθρωποι αυτοκτονούν. Ο Γερμανός συγγραφέας van Goethe του 18ου αιώνα επέμεινε ότι η αυτοκτονία είναι μέρος της ανθρώπινης φύσης, ενώ άλλοι όπως ο Γάλλος δοκίμιος Albert Camus του 20ου αιώνα την έβλεπε ως «το μοναδικό πραγματικά σοβαρό φιλοσοφικό πρόβλημα».

Αυτό που είναι κάπως ανησυχητικό είναι ότι όλα αυτά τα «μοντέλα» και οι προσεγγίσεις παραμένουν ενεργά ερευνημένα και προωθούνται. Όπως επισημαίνουν ο Franklin και οι συνάδελφοί του (2016), δεν υπάρχει κυρίαρχο πρότυπο και η μελέτη της αυτοκτονίας εξακολουθεί να βρίσκεται σε μια φάση προπαραδείγματος μετά από σχεδόν 150 χρόνια σοβαρής έρευνας. Πολλές από τις ερευνητικές προσπάθειες για πρόληψη, αξιολόγηση, παρέμβαση και θεραπεία αυτοκτονίας επικεντρώθηκαν στον εντοπισμό των παραγόντων κινδύνου και προστασίας.

3.2 Παράγοντες κινδύνου και προστασίας - επισκόπηση

Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι το αποτέλεσμα μιας πολύπλοκης ανταλλαγής μεταξύ ενός ευρέος φάσματος προσωπικών και συμφραζομένων παραγόντων. Αυτά μπορούν να περιγραφούν ως «απομακρυσμένοι» παράγοντες που ενδέχεται να προδιαθέτουν ότι ένα άτομο είναι σε κίνδυνο και ως «Εγγύς» παράγοντες που μπορούν να πείσουν ένα άτομο να θεωρήσει την αυτοκτονία ως λύση (van Heeringen, 2012). Οι εγγύς παράγοντες αναφέρονται συχνά ως «προειδοποιητικά σημεία» στη βιβλιογραφία. Σε αυτή την ανασκόπηση, τόσο τα «προειδοποιητικά σημεία» όσο και οι «παράγοντες κινδύνου» συζητούνται ως παράγοντες κινδύνου.

Οι απομακρυσμένοι παράγοντες μπορούν να περιγραφούν ως (α) συμφραζόμενοι κοινωνικοί, οικονομικοί, περιβαλλοντικοί και οικογενειακοί παράγοντες (από πλευράς δημόσιας υγείας, «κοινωνικά καθοριστικοί παράγοντες»), (β) την παρουσία μιας κλινικά διαγνωσμένης ψυχιατρικής διαταραχής, (γ) τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα ή / και τη γενετική διάθεση. Είναι σύνηθες για τους παράγοντες κινδύνου να προκύπτουν από κάθε έναν από αυτούς τους τομείς και να συνδυάζονται για την αύξηση του επιπέδου κινδύνου ().

Υπάρχουν ορισμένοι κοινωνικά καθοριστικοί παράγοντες αυτοκτονίας, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που ζουν σε αγροτικές και απομακρυσμένες γεωγραφικές περιοχές: οι τοποθεσίες, το μορφωτικό επίπεδο και το επαγγελματικό στάτους. Για άνδρες που ζουν σε αγροτικές και απομακρυσμένες οι κίνδυνοι αυτοκτονίας είναι σαφώς μεγαλύτεροι από τους αντίστοιχους για τους κατοίκους των πόλεων (). Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο σχετίζεται επίσης με υψηλότερο κίνδυνο αυτοκτονίας στην Δύση, με τους κινδύνους αυτοκτονίας να αυξάνονται για τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο να διαπράξουν απόπειρα αυτοκτονίας, αν και αυτό ισχύει μόνο στους άντρες που είναι αρκετά νέοι για να εργάζονται (). Παρόμοιες παρατηρήσεις έγιναν και σε άλλους πολιτισμούς, με το μορφωτικό επίπεδο στην Ιαπωνία να συνδέεται με θανάτους αυτοκτονίας (Kimura et al., 2016).

Επιπλέον, η απώλεια θέσεων εργασίας και οι οικονομικές δυσκολίες (Coore et al., 2015) και η μοναχική ζωή (Buron et al., 2016) αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Στην πραγματικότητα, ωστόσο, ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι πολύ πιο πολύπλοκος, πολύπλευρος και δυναμικός. Η παρακάτω ενότητα θα παρουσιάσει μια γενική εικόνα των σημαντικών παραγόντων κινδύνου και θα συμπεράνει με πώς μπορούν να αλληλεπιδρούν για να κλιμακώσουν τον κίνδυνο.

3.3 Πλαίσιο ιδεών για δράση

Η έννοια της εξέλιξης ή της τροχιάς στις μελέτες αυτοκτονίας είναι μακρόχρονη και διαδεδομένη. Η πρόοδος είναι γεμάτη από σκέψεις για αυτοκτονία, που ακολουθούνται από τον προγραμματισμό της, τις απόπειρες και καταλήγει στην αποτελεσματική αυτοκτονία. Ωστόσο, η υπόθεση ενός συνεχούς περιορίζεται πιθανώς σε μια μειοψηφία περιπτώσεων και στη συνέχεια μέσα σε ένα ψυχοπαθολογικό σενάριο όπως η κατάθλιψη ή η πρόωρη ψύχωση (Svetitic & De Leo, 2012) και δεν πρέπει να γενικευθεί.

Αυτοί οι συγγραφείς συνεχίζουν να επισημαίνουν ότι η υπερβολική εξάρτηση από τα προγράμματα ελέγχου που βασίζονται σχετικά με τη συνεχιζόμενη επικινδυνότητα μπορεί να οδηγήσει σε "αξιοσημείωτη υποεκτίμηση του κινδύνου" και να οδηγήσει εσφαλμένα στην απόσυρση της επιτήρησης και / ή υποστήριξης.

Υπάρχει μια αυξανόμενη έρευνα που υποστηρίζει ένα πλαίσιο ιδεών για δράση (O'Connor, 2011) με βάση τη διάρκεια ζωής των συσσωρευμένων κινδύνων. Θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι αυτό αποτελεί το «αναδυόμενο παράδειγμα» για την αυτοκτονία και την πρόληψη των αυτοκτονιών.

Διαφοροποιώντας τους άντρες που σκέφτονταν σοβαρά την αυτοκτονία και μάλιστα σχεδίαζαν το γεγονός, σε εκείνους που είχαν διαπράξει απόπειρα αυτοκτονίας, ο O'Connor (2015) εντόπισε ορισμένους βασικούς παράγοντες που επικαλύπτονταν υποκείμενη συσσώρευση κινδύνου κατά τη διάρκεια της ζωής. Αυτά τα βασικά σημεία απόκλισης ήταν οικεία προβλήματα συνεργατών, γνωστική εξασθένηση και συναισθήματα παγίδευσης.

Εδώ οι διαφορετικές πηγές δυστυχίας, μαζί με μια αίσθηση απελπισίας, οδηγούν στην σκέψη (ιδεασμό) αυτοκτονίας ως λύση (Klonsky & May, 2015). Η σύνδεση και η ένταξη αποτελούν σημαντικές πρώτες παρεμβάσεις και προμηνύουν θετικά αποτελέσματα. Ένα απομονωμένο, απελπισμένο άτομο θα διατρέχει αυξημένο κίνδυνο, ο οποίος θα περιορίζεται μόνο από την ανικανότητα να τερματίσει τη ζωή του (Klonsky & May, 2015). Για τις αμυντικές υπηρεσίες, αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό (Hines et al., 2013).

4. Ανάλυση των παραγόντων κινδύνου

Ο εντοπισμός και η ανάλυση των παραγόντων κινδύνου αποτέλεσε κρίσιμο στοιχείο της έρευνας για την αυτοκτονία. Ο WHO (2012) έχει σημειώσει:

"Ο προσδιορισμός των παραγόντων κινδύνου και προστασίας είναι ένα βασικό στοιχείο μιας εθνικής στρατηγικής πρόληψης για την αυτοκτονία και μπορεί να συμβάλει στον προσδιορισμό της φύσης των απαιτούμενων παρεμβάσεων. Οι παράγοντες κινδύνου, σε αυτό το πλαίσιο, είναι ενδεικτικοί του εάν ένα άτομο, μια κοινότητα ή ένας πληθυσμός είναι ιδιαίτερα ευάλωτα στην αυτοκτονία." (σελ. 13)

Η αυστραλιανή στρατηγική πρόληψης αυτοκτονίας (γνωστή ως Πλαίσιο LiFE, 2011) τοποθετεί παρόμοια έμφαση στην κατανόηση των κινδύνων και των προστατευτικών παραγόντων και ότι η δράση για την πρόληψη της αυτοκτονίας "πρέπει να γίνεται με βάση την καλύτερη δυνατή κατανόηση αυτών των παραγόντων κινδύνου" (Μάθημα για την αυτοκτονία, σ. 2).

Η γνώση της δύναμης ή της προγνωστικής αξίας ενός παράγοντα κινδύνου ή μιας ομάδας παραγόντων κινδύνου είναι θεμελιώδους σημασίας για την εκτίμηση του κινδύνου αυτοκτονίας και για τις προσπάθειες πρόληψης. Ωστόσο, ο αριθμός των παραγόντων κινδύνου και οι εικασίες πάνω από τη σχετική αξία τους είναι εμφανής σε μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας.

Σε ένα πρόσφατα ολοκληρωμένο ερευνητικό έργο που εξετάζει παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονικές σκέψεις και συμπεριφορές, μια μεγάλη ομάδα ερευνητών στα πανεπιστήμια του Harvard, Boston και Vanderbilt, πραγματοποίησε μια μετα-ανάλυση από 365 μελέτες από τα τελευταία 50 χρόνια (Franklin et al., 2016). Η μέθοδος μετα-ανάλυσης είναι ανεκτίμητη καθώς μπορεί να συμβιβάσει πολλές από τις διαφορές που εμφανίζονται σε μεμονωμένες μελέτες όσον αφορά το μέγεθος του αποτελέσματος των παραγόντων κινδύνου και των προστατευτικών παραγόντων. Η μετα-ανάλυση εξέτασε πάνω από 4.000 παράγοντες κινδύνου / προστασίας. Το κλειδί που βρέθηκε από αυτή την τεράστια μελέτη είναι:

"... ότι, τουλάχιστον μέσα στα στενά μεθοδολογικά όρια της υπάρχουσας βιβλιογραφίας, υπάρχει κίνδυνος ότι οι παράγοντες είναι αδύναμοι και ανακριβείς παράγοντες πρόβλεψης των αυτοκτονιών. Οι αναλύσεις αποκάλυψαν επίσης τα εξής: η ικανότητα της πρόβλεψης δεν έχει βελτιωθεί τα τελευταία 50 χρόνια ..." (σελ. 27)

Για να το θέσουμε με άλλο τρόπο, η προβλεπτική ικανότητα σε σχέση με τις πιθανότητες, τον λόγο κινδύνου και τη διαγνωστική ακρίβεια στις αναλύσεις ήταν μόνο ελαφρώς καλύτερες από την τυχαία πρόβλεψη (Franklin et al., 2016). Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι περισσότερες μελέτες αξιολόγησαν μόνο έναν παράγοντα κινδύνου, αντί να

αναλύσουν πολλαπλούς παράγοντες που μπορούν να συμβάλλουν στους θανάτους αυτοκτονίας. Στην πραγματικότητα, η αιτιολογία της αυτοκτονίας μπορεί να είναι ένας αστερισμός διαφόρων παραγόντων κινδύνου, και μια εξατομικευμένη προσέγγιση στην πρόληψη είναι εξίσου σημαντική με μια γενικευμένη. Παρ' όλα αυτά, αξίζει να εξεταστούν μερικοί από τους παράγοντες που εντοπίζονται εμφανώς στη βιβλιογραφία.

4.1 Διανοητικές διαταραχές και αυτοκτονία

Οι συνδέσεις της αυτοκτονίας με την ψυχική υγεία ή την ψυχική ευημερία είναι αναμφισβήτητες, και η παρουσία ψυχικής ασθένειας ή διαταραχής είναι ένας μακροχρόνιος αναγνωρισμένος παράγοντας κινδύνου για αυτοκτονία σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, τα φύλα και ένα ευρύ φάσμα τοποθεσιών (). Ωστόσο, είναι σημαντικό να κατανοήσουμε ότι η σχέση μεταξύ ψυχικής ασθένειας και αυτοκτονίας δεν είναι κατ'ανάγκην αιτιακή και οι ψυχικές ασθένειες έχουν συνδέονται με διαφορετικά επίπεδα κινδύνου αυτοκτονίας, η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων που πάσχουν από ψυχική ασθένεια δεν έχουν βιώσει ή παρουσιάσει ενδείξεις αυτοκτονικές σκέψεις ή συμπεριφορές και ένα άτομο δεν χρειάζεται να έχει διάγνωση διανοητικής ασθένειας για να διατρέξει κίνδυνο αυτοκτονίας. (Mendoza et al., 2010).

Διάφορες διαγνώσεις ψυχικής νόσου, συμπεριλαμβανομένων διαταραχών διάθεσης, σχιζοφρένειας, διαταραχών προσωπικότητας και οι παιδικές διαταραχές και ένα ιστορικό ψυχιατρικής θεραπείας γενικά έχουν καθιερωθεί ως παράγοντες κινδύνου για το θάνατο από αυτοκτονία.

Η κατάθλιψη είναι μια πολύ κοινή διαταραχή διάθεσης σε όλο τον κόσμο. Στην Ευρώπη το 20% των ενηλίκων θα έχει τουλάχιστον ένα επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης στη ζωή του και πάνω από 6% σε ένα έτος. Μεταξύ 60-70% των ανθρώπων που πεθαίνουν από αυτοκτονία έχουν συμπτώματα συμβατά με μείζονα κατάθλιψη κατά τη στιγμή του θανάτου και ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι 20 φορές μεγαλύτερος από ό, τι για τους ανθρώπους χωρίς καταθλιπτική διαταραχή.

Για όσους έχουν διπολική κατάθλιψη, οι κίνδυνοι αυτοκτονίας είναι περίπου 15 φορές μεγαλύτεροι από αυτούς που διατρέχουν τα υπόλοιπα καταθλιπτικά άτομα (). Η αυτοκτονία, για τα άτομα με διάγνωση διπολικής κατάθλιψης, συχνά εμφανίζεται για πρώτη φορά όταν η εργασία, η μελέτη, οι οικογενειακές ή συναισθηματικές πιέσεις είναι μεγαλύτερες.

Λιγότερο από το 1% του πληθυσμού παγκοσμίως θα αναπτύξει σχιζοφρένεια. Εκτιμάται ότι υπάρχει κίνδυνος από 4 έως 10% για την αυτοκτονία κατά τη διάρκεια ζωής σε άτομα με σχιζοφρένεια και με κίνδυνο για απόπειρα αυτοκτονίας κατά 40% (Παγκόσμια υποτροφία για τη σχιζοφρένεια). Μια μελέτη του WHO βρήκε πως η συνηθέστερη αιτία θανάτου για εκείνους με σχιζοφρένεια ήταν η αυτοκτονία (). Διάφοροι παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία μεταξύ αυτών που πάσχουν από σχιζοφρένεια έχουν εντοπιστεί: θετικά συμπτώματα, νοσηρότητα με κατάθλιψη, έλλειψη θεραπείας, υποβάθμιση του επιπέδου φροντίδας, χρόνια ασθένεια, καλή παιδεία και υψηλές προσδοκίες απόδοσης. Η αυτοκτονία είναι πιθανότερο να συμβεί νωρίς κατά τη διάρκεια της ασθένειας.

Είναι σημαντικό ότι πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι οι συστημικές βελτιώσεις στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας μπορεί να μειώσει το θάνατο λόγω αυτοκτονιών (Karur et al., 2016; Hegerl et al., 2013). Ο χρόνιος πόνος ή η σωματική ασθένεια (Fuller-Thomson et al., 2016) επίσης αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας (Haw & Hawton, 2015).

4.2 Στίγμα, ψυχική ασθένεια και αυτοκτονία

Με την πάροδο του χρόνου, το στίγμα προς όσους βιώνουν ψυχική ασθένεια έχει μειωθεί, ωστόσο το δημόσιο στίγμα συχνά εξαρτάται από τον τύπο της ασθένειας. Για παράδειγμα, οι αντιλήψεις που προάγουν τις διακρίσεις εις βάρος των ατόμων με ψυχικές ασθένειες είναι συχνά υψηλές για εκείνους που έχουν διαγνωστεί με χρόνια σχιζοφρένεια (Reavley & Jorm, 2011).

Το δημόσιο στίγμα προς την ψυχική ασθένεια έχει συνδεθεί με αυξημένα ποσοστά αυτοκτονίας. Οι Schomerus et al. (2015) ανέλυσαν το δημόσιο στίγμα απέναντι στις ψυχικές ασθένειες σε 25 ευρωπαϊκές χώρες, θεωρώντας ότι η κοινωνική απομόνωση και το άγχος που συνδέονται με το δημόσιο στίγμα της ψυχικής ασθένειας μπορεί να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην αύξηση των ποσοστών αυτοκτονίας. Για όσους επιβιώνουν από μια απόπειρα αυτοκτονίας, το στίγμα που αισθάνθηκαν από τους άλλους μπορεί επίσης να αποτελέσει μια σημαντική επιβάρυνση και να οδηγήσει σε κοινωνική απομόνωση, μειωμένη ψυχολογική και σωματική λειτουργία, απόκρυψη της απόπειρας και θλίψη (Hanschmidt et al., 2016).

Συχνά, το στίγμα από εκείνους που βρίσκονται κοντά σε ένα άτομο ή έναν εργαζόμενο στον τομέα της υγείας, που γίνεται αντιληπτό ή όχι, μπορεί να επιδεινώσει τον κίνδυνο. Οι Cerel et al. (2012) διαπίστωσαν ότι πάνω από το 50% αυτών που υποβλήθηκαν σε περίθαλψη έκτακτης ανάγκης μετά την απόπειρα αυτοκτονίας αισθάνθηκε ότι το υγειονομικό προσωπικό τους αντιμετώπισε μη επαγγελματικά και δεν προσπάθησαν να τους περιθάλψουν όπως τους άλλους ασθενείς. Παρόμοια ευρήματα έχουν αναφερθεί επανειλημμένα σε άλλες έρευνες (Milner et al. 2013).

Ωστόσο, ο επαγγελματικός στιγματισμός στον τομέα της υγείας δεν είναι τόσο διαδεδομένος όσο αυτός των φίλων και της οικογένειας. Εξίσου σημαντικές είναι οι αντιλήψεις αυτοκτονικού στιγματισμού από την οικογένεια και τους φίλους μετά από μια απόπειρα αυτοκτονίας.

Οι Frey et al. (2016) σημείωσαν τρία σαφή πρότυπα στιγματισμού από τους φίλους και την οικογένεια, όπως: (1) δηλώσεις που ανέφεραν ότι το άτομο αποτελούσε επιβάρυνση, (2) αντιδράσεις που επιδιώκουν να αποφύγουν ή να παρακολουθούν υπερβολικά τις μελλοντικές συμπεριφορές για να αποκρύψουν μια απόπειρα αυτοκτονίας και (3) τις δράσεις που επιδίωκαν να προβάλουν δύναμη, ανακοινώνοντας ότι το άτομο δεν επιβάρυνε όσους ήταν κοντά τους. Αυτές οι διαφορετικές αντιδράσεις μπορεί να μειώσουν ή να αυξήσουν τον κίνδυνο για μεταγενέστερες απόπειρες αυτοκτονίας. Το στίγμα μπορεί επίσης να επηρεάσει

ένα πρόσωπο που αισθάνεται κοντά σε κάποιον που πέθανε από αυτοκτονία (Peters et al., 2016).

Πέρα από το κοινό, τους επαγγελματίες υγείας, τους φίλους και την οικογένεια, το άτομο που βιώνει αυτοκτονικές σκέψεις μπορεί να αγνοήσει ή να εσωτερικοποιήσει το στίγμα των γύρω τους. Οι Rimkeviciene et al. (2015) εντόπισαν τέσσερα θέματα από συνεντεύξεις ατόμων που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν σχετικά με το προσωπικό στίγμα: εσωτερικευμένες πεποιθήσεις ότι οι απόπειρες αυτοκτονίας ήταν απλά «η προσοχή που επιδιώκουν» μέσα από συμπεριφορές που αποτρέπονται, αναζητώντας ή δεχόμενοι θεραπεία, έλλειψη σοβαρού προβληματισμού κατά την παρουσίαση στις υπηρεσίες υγείας, το να θεωρείται επιβλαβή ή επικίνδυνα τα αυτοσυγκρασιακά συναισθήματα, η απόσταση και η αποφυγή ήταν ένα άλλο εξέχον θέμα. Το εσωτερικευμένο στίγμα έχει αποδειχθεί ότι είναι ένας σημαντικός δείκτης πρόγνωσης αυτοκτονίας διάμηκες μετά τον έλεγχο για τα συμπτώματα της ψυχικής ασθένειας, την ηλικία και το φύλο (Oexle et al., 2016).

4.3 Ανεπιθύμητες εμπειρίες παιδικής ηλικίας (ΑΕΠ) και αυτοκτονία

Οι δυσάρεστες εμπειρίες παιδικής ηλικίας (ΑΕΠ) έχουν συνδεθεί με την αυτοκτονία στην εφηβεία (Isohookana et al., 2012) και στη μεταγενέστερη ενηλικίωση (Carlier et al., 2016; Sachs-Ericsson et al., 2016). Σε όλη τη διάρκεια της ζωής, οι ΑΕΠ έχουν βρεθεί ότι αυξάνουν την πιθανότητα θανάτου από αυτοκτονία κατά 2-5 φορές, ενώ εκείνοι με 7 ή περισσότερα ΑΕΠ βρέθηκαν να έχουν αυξημένη πιθανότητα απόπειρας αυτοκτονίας κατά μέγεθος μεγαλύτερο από 30 φορές.

Οι ΑΕΠ που συνδέονται ιδιαίτερα με τον αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας περιλαμβάνουν εμπειρίες που έχουν σεξουαλική φύση, με χαρακτήρα συναισθηματικής κακοποίησης, παραμέληση στην γονική μέριμνα και γενική κακοποίηση που αυξάνει τον κίνδυνο αυτοκτονίας (Brodksy, 2016).

Η σεξουαλική κακοποίηση είναι ιδιαίτερου ενδιαφέροντος καθώς συνδέεται μεταξύ της περιβαλλοντικής αιτιολογίας του κινδύνου αυτοκτονίας και των επιπτώσεων της στη νευρολογική ανάπτυξη. Η αλληλεπίδραση μεταξύ των δύο εμφανίζονται ως ισχυροί παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία καθ' όλη τη διάρκεια ζωής των θυμάτων.

Το πρότυπο διάστασης άγχους έχει προχωρήσει πρόσφατα ως σαφής αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ ΑΕΠ και αυτοκτονίας. Συγκεκριμένα, το μοντέλο τονίζει ότι η «αυτοκτονική συμπεριφορά προκύπτει από την αλληλεπίδραση της συμπεριφορικής και βιολογικής προδιάθεσης ενός ατόμου να ενεργεί βάσει αυτοκαταστροφικών παρορμήσεων, σε συνδυασμό με έναν παράγοντα άγχους ή όπως ένα πρόσφατο συμβάν στην ζωή του» (Brodksy, 2016, σελ. 85).

Σε μια διατονική μελέτη, οι Carlier et al (2016) συνέκριναν αυτοκτονικούς και μη αυτοκτονικούς ασθενείς με διαταραχές διάθεσης, άγχους και σωματικές διαταραχές (ΣΔ). Αναφέρουν ότι οι ασθενείς με σωματικές διαταραχές είχαν ως επί το πλείστον μία ή περισσότερες διαταραχές της διάθεσης, πολλαπλές διαγνώσεις, χειρότερη λειτουργική ικανότητα, περισσότερη κλίση στον αυτοτραυματισμό και περισσότερα βιώματα παιδικής κακοποίησης και αμέλειας. Συνεπώς, οι ερευνητές συνιστούν συστηματική εξέταση και παρακολούθηση για παιδική κακοποίηση και αυτοκτονία για τους ασθενείς με ΣΔ.

Ο Lee και οι συνεργάτες του (2016) διεξήγαγαν μια μελέτη για να εξετάσουν τη σχέση μεταξύ ΑΕΠ και ψυχικής υγείας σε περισσότερους από 3.300 υπαλλήλους του Καναδικού Ένοπλου Δυναμικού (CAF). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι εκείνοι με ιστορικό ΑΕΠ ήταν πιο επιρρεπείς σε αρνητικές ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις μετά την έκθεση τους στην μάχη. Τέλος, εντοπίστηκε μια άλλη πρόσφατη канаδική μελέτη (Afifi et al., 2016) με πολλούς παράγοντες ατομικών στοιχείων και σε επίπεδο σχέσεων που θα μπορούσαν να

αποτελέσουν στόχο για στρατηγικές παρέμβασης για την βελτίωση της ψυχικής υγείας σε ενήλικες με ιστορικό παιδικής κακοποίησης.

4.4 Κοινωνικοί προσδιοριστές

Ένα σημαντικό σύνολο αποδεικτικών στοιχείων που έχουν βρεθεί τα τελευταία 50 χρόνια δείχνει τον αντίκτυπο των κοινωνικών παραγόντων (εκπαίδευση, στέγαση, απασχόληση και εισόδημα) σε σχέση με την ψυχική υγεία ενός ατόμου ή μιας κοινότητας και την αυτοκτονική συμπεριφορά (). Είναι ολοένα και πιο σαφές ότι τα επίπεδα της ψυχικής δυσφορίας μεταξύ των κοινοτήτων πρέπει να αποδίδονται λιγότερο στην ατομική παθολογία και να ερμηνεύονται περισσότερο ως αντίδραση στη σχετική στέρηση και την κοινωνική αδικία, οι οποίες διαβρώνουν τους συναισθηματικούς, πνευματικούς και πνευματικούς πόρους που είναι ουσιώδεις για την ψυχολογική ευημερία (WHO, 2017). Το μειονέκτημα ξεκινά πριν από τη γέννηση του ατόμου και συσσωρεύεται καθ 'όλη τη ζωή του (WHO, 2014).

Αυτό που υπογραμμίζει η πιο πρόσφατη έρευνα είναι ότι δεν ευθύνεται η φτώχεια καθαυτή, αλλά αποτελεί σχετικό μειονέκτημα που επηρεάζει τις αντιξοότητες στην ψυχική ευημερία των ατόμων, των οικογενειών και των μικρών κοινοτήτων που έχουν λιγότερους οικονομικούς, κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς πόρους.

"Είναι απολύτως σαφές ότι εντείνεται το χρόνιο άγχος του αγωνιστικού υλικού με το μειονέκτημα σε ένα πολύ σημαντικό βαθμό, οδηγώντας έτσι σε πιο άνισες κοινωνίες. Ένα εκτεταμένο σώμα έρευνας επιβεβαιώνει τη σχέση μεταξύ ανισότητας και φτωχότερων αποτελεσμάτων, μια σχέση που είναι εμφανής σε κάθε θέση στην κοινωνική ιεραρχία Οι συναισθηματικές και γνωστικές επιδράσεις των υψηλών επιπέδων αποτελούν πρακτικά την διαφοροποίηση της κοινωνικής κατάστασης, η οποία είναι βαθιά και εκτεταμένη: η μεγαλύτερη ανισότητα αυξάνει την κατάσταση του ανταγωνισμού και την ανασφάλεια του καθεστώτος σε όλες τις ομάδες εισοδήματος και μεταξύ των ενηλίκων και των παιδιών. Η κατανομή των οικονομικών και κοινωνικών πόρων είναι το κλειδί στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων της υγείας και των λοιπών αποτελεσμάτων στην ΕΕ όσον αφορά την μεγάλη πλειοψηφία των μελετών." (WHO Europe, 2018).

Το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, η μοναξιά, η ανεργία, το χαμηλό εισόδημα και η φτώχεια συνδέεται με υψηλότερα ποσοστά ψυχικής ασθένειας και αυτοκτονίας (Page et al., 2013), αλλά η ισχύς της ένωσης ποικίλλει σε διαφορετικές χώρες.

4.5 Περιπτώσεις δυσμενών συνθηκών ζωής

Τα ανεπιθύμητα συμβάντα στη ζωή και η έκθεση σε συνεχιζόμενο τραύμα επιδεινώνουν επίσης τον κίνδυνο αυτοκτονίας σε ένα άτομο. Οι συσχετίσεις μεταξύ στρες, τραύματος και αυτοκτονίας είναι ποικίλες και περίπλοκες. Παρατηρήθηκαν σύνδεσμοι μεταξύ διαταραχών ύπνου / αϋπνίας και αυτοκτονίας (Woznica et al., 2015) με αισθήματα απελπισίας να μεσολαβούν σε αυτή τη σχέση (Woosley, 2015). Για όσους έχουν εκτίσει ποινή φυλάκισης, τα ποσοστά αυτοκτονιών είναι σημαντικά υψηλότερα σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (Carli, 2015) και στην Αυστραλία εκτιμάται ότι μεταξύ 30 και 50% των θανάτων στη φυλακή οφείλονται σε αυτοκτονία (Grigg, 2016).

Η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου από αυτοκτονία μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο αυτοκτονίας για τους πενθούντες. Σε μια μελέτη με περισσότερους από 3.000 συμμετέχοντες στο Ηνωμένο Βασίλειο ηλικίας 18-40 ετών που έχασαν μετά από αυτοκτονία κάποιο οικογενειακό μέλος ή στενό φίλο είχαν 1,65 φορές περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν από αυτοκτονία σε σύγκριση με τους πενθούντες που έχασαν κάποιον δικό τους από φυσικά αίτια (Pitman et al., 2016). Αυτός ο ίδιος κίνδυνος παραμένει στο προσωπικό του στρατού και τους βετεράνους (Hom et al., 2017).

Τα προβλήματα των ερωτικών σχέσεων και η ενδοοικογενειακή βία έχουν επίσης βρεθεί ότι συμβάλλουν στην αυτοκτονία (Comiford et al. 2016; Logan et al. 2015). Ο O'Connor (2015) επισημαίνει ότι «Τα ερωτικά προβλήματα είναι μια από τις βασικές διαφοροποιήσεις μεταξύ εκείνων που σκέφτονται ή και σχεδιάζουν την αυτοκτονία και

αυτών που τελικά την διαπράττουν. Τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες έχουν βρεθεί ότι διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας όταν βιώνουν ενδοοικογενειακή βία (Dufort et al., 2014), και παρόμοιοι σύνδεσμοι δημιουργούνται σε πληθυσμούς μεταναστών και προσφύγων (O'Connor et al. 2016).

Η αυτοκτονία συχνά σχετίζεται με τραύμα, άγχος και ανεπιθύμητα συμβάντα στη ζωή σε νοσηρότητα με την κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ναρκωτικών ουσιών. Η Διαταραχή Χρήσης Αλκοόλ (AUD) έχει συνδεθεί με αυτοκτονικό ιδεασμό, απόπειρες και θανάτους από αυτοκτονία (Britton et al., 2015; Darvishi et al., 2015). Η χρόνια και περιστασιακή χρήση κοκαΐνης και η χρόνια χρήση αμφεταμίνης έχει επίσης συνδεθεί με απόπειρα αυτοκτονίας (Artenie et al., 2014). Τελικά, ο κίνδυνος για αυτοκτονία είναι συχνά αποτέλεσμα πολλών παραγόντων που συνδυάζονται, όπως επισημαίνουν οι Yuodelis-Flores and Ries (2015):

«Αρκετοί προδιαθεσικοί και επιταχυνόμενοι παράγοντες κινδύνου όπως είναι η διαταραγμένη συζυγική και η διαπροσωπική σχέση, οι επαγγελματικές και οικονομικές πιέσεις, η πρόσφατη χρήση ουσιών και η δηλητηρίαση καθώς και ένα ιστορικό προηγούμενων απόπειρων αυτοκτονίας και σεξουαλικής κακοποίησης συνδυάζονται με ένα πρόσθετο τρόπο με χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και διάφορες ψυχικές ασθένειες για την εντατικοποίηση του κινδύνου για αυτοκτονική συμπεριφορά »(σελ. 98).

4.6 Αυτόχθονες Πληθυσμοί

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι το ίδιο η αυτοχθονία δεν αποτελεί παράγοντα κινδύνου για αυτοκτονία, αλλά τα βοηθητικά αποτελέσματα του αποικισμού, που αναπτύχθηκε με την πάροδο του χρόνου, συμβάλλει σε σημαντικά υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας εντός των αυτοχθόνων πληθυσμών σε όλο τον κόσμο (Hatcher, 2016). Πράγματι, σε σχέση με τους αυτόχθονες λαούς της Αυστραλίας, δεν υπάρχουν καταγεγραμμένες αυτοκτονίες πριν από τη δεκαετία του 1960 και καθόλου πολιτιστική ιστορία αυτοκτονίας. Η διάβρωση της γλώσσας, το χάσμα μεταξύ γενεών, η απώλεια του πολιτισμού, της ταυτότητας, των πρακτικών και της σύνδεσης με τη χώρα συμβάλλουν σε σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία (Ferguson et al., 2016; Tempier, 2016).

Στην περιοχή Κίμπερλυ της Δυτικής Αυστραλίας, τα ποσοστά αυτοκτονίας των αυτοχθόνων αυξήθηκαν κατά την τελευταία δεκαετία, με σημαντική αύξηση των αυτοκτονιών των νέων και των γυναικών (Campbell et al., 2016). Το σύμπλεγμα της διάβρωσης του πολιτισμού, που συμβαίνει σταθερά με την πάροδο του χρόνου, απαιτεί πολιτισμικά συγκεκριμένη και ευαίσθητη προσέγγιση για την πρόληψη των αυτοκτονιών μέσα από την προώθηση και ενδυνάμωση των αυτόχθονων κοινοτήτων (Kuipers et al., 2016; Wexler et al., 2014).

Στον Καναδά, όπου τα ποσοστά αυτοκτονιών στη νεολαία των Πρώτων Εθνών είναι πέντε έως επτά φορές υψηλότερα από το γενικό πληθυσμό και τα ποσοστά στον πληθυσμό Inuit είναι 11 φορές υψηλότερα, λαμβάνονται σημαντικά μέτρα για την πρόληψη των θανάτων αυτοκτονίας σε αυτές τις κοινότητες, συμπεριλαμβανομένων λύσεων που βασίζονται στην κοινότητα για την ενδυνάμωση των νέων και τις κοινότητές τους (Health Canada, 2016).

4.7 Προσωπικότητα

Η τελειότητα και η παρορμητικότητα είναι δύο καλά τεκμηριωμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας που σχετίζονται με την αυτοκτονική συμπεριφορά.

Η τελειομανία έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα κινδύνου αυτοκτονίας σε πολλούς ετερογενείς πληθυσμούς (Bender et al., 2012), αν και οι Flamenbaum και Holden (2013) παρουσιάζουν ένα πιο περίπλοκο μονοπάτι για την σχέση της τελειομανίας με την αυτοκτονία. Η τελειομανία έχει επίσης παρατηρηθεί ως σημαντική μεταβλητή που αλληλεπιδρά με τα συμπτώματα του PTSD, μια κοινή ψυχοπαθολογία που βιώνουν οι στρατιωτικοί πληθυσμοί (Flett et al., 2016). Έχει παρατηρηθεί ανησυχία για λάθη από το παρελθόν και σύνδεση μεταξύ τελειομανίας και PTSD. Σε έναν πολύ σύνθετο και δομημένο ρόλο που απαιτεί την τήρηση υψηλών προδιαγραφών, ο στρατός είναι ένα βασικό σημείο όπου μπορούν να προβληθούν αυτοί οι σύνδεσμοι.

Η παρορμητικότητα ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας είναι από την άλλη ένας καλά τεκμηριωμένος παράγοντας κινδύνου για σοβαρή απόπειρα αυτοκτονίας. Η βιβλιογραφία συνεπάγεται συχνά ότι ένας βασικός μηχανισμός που σχετίζεται με την αυτοκτονία είναι ένα «κίνητρο της στιγμιαίας απόφασης ως απάντηση σε ένα δυσμενές συμβάν ζωής». Ωστόσο, η σχέση μεταξύ παρορμητικότητας και αυτοκτονίας είναι περίπλοκη. Ο Thomas Joiner (2013) εξηγεί:

«Η παρορμητικότητα δεν εμπλέκεται τόσο πολύ τη στιγμή του θανάτου, αλλά προηγουμένως, οδηγώντας σε εμπειρίες που επιτρέπουν στους ανθρώπους να συνηθίσουν τον πόνο και την πρόκληση... Με επαναλαμβανόμενες παρορμητικές πράξεις, απόπειρες αυτοκτονίας και άλλα, οι παρορμητικοί άνθρωποι μπορεί να γίνουν έμπειροι, άφοβοι και ικανοί στην αυτοκτονία και ως εκ τούτου καθίστανται ικανοί να διαμορφώσουν σχέδια για τον θάνατό τους» (σελ. 185)

Η παρορμητικότητα είναι επίσης μια χαρακτηριστική συμπεριφορά των ατόμων με κάποιες ψυχικές ασθένειες - κυρίως Διαταραχή οριακής προσωπικότητας και αμφίδρομη συναισθηματική διαταραχή. Δεν προκαλεί έκπληξη ότι η έρευνα δείχνει πως άτομα με αυτές τις παθήσεις και εκείνα που έχουν πεθάνει από αυτοκτονία, έχουν χαμηλότερα επίπεδα σερετονίνης - μια βασική χημική ουσία (νευροδιαβιβαστής) στον εγκέφαλο (Fergusson et al., 2015).

4.8 Νευρολογικοί και γενετικοί παράγοντες

Έχουν προκύψει γενετικοί και επιγενετικοί παράγοντες (μη γενετικές επιδράσεις στην έκφραση γονιδίων) για αυτοκτονία υπό αυξανόμενη έρευνα τα τελευταία χρόνια, και

παρουσιάζουν πολύπλοκες αντιλήψεις για το πώς ένα από τα γονίδια και η κληρονομικότητα των ατόμων μπορεί να επηρεάσουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας (Yin et al., 2016).

Μελέτες διδύμων και οικογενειακές μελέτες έχουν δείξει ότι πανομοιότυπα δίδυμα θυμάτων αυτοκτονίας έχουν αυξημένο κίνδυνο για απόπειρα αυτοκτονίας, σε σύγκριση με μη πανομοιότυπα δίδυμα, γεγονός που υποδηλώνει ότι η αυτοκτονία έχει γενετικό συστατικό, το οποίο μπορεί να είναι ανεξάρτητο (αν και σχετίζεται) με τη γενετική προδιάθεση για διανοητική ασθένεια (Bennett, 2011; Fu et al., 2013; Glowinski, 2014).

Ο Bennett ισχυρίζεται ότι η αυτοκτονία μπορεί να συμβεί λόγω της μείωσης της συναπτικής λειτουργίας του εγκεφάλου στο μετωπικό λοβό- δηλαδή, ότι οι συνδέσεις μεταξύ των διαφόρων μερών του εγκεφάλου μειώνονται - ιδιαίτερα μετά την έναρξη της ψυχικής ασθένειας (π.χ. μείζονος κατάθλιψης) ή / και την εμφάνιση των στρεσογόνων ή τραυματικών εμπειριών ζωής, όπως σεξουαλική ή / και σωματική κακοποίηση (Bennett, 2011). Οι μειωμένες συναπτικές συνδέσεις και η επικοινωνία μεταξύ διαφορετικών τμημάτων του εγκεφάλου μπορεί επίσης να οδηγήσουν στην αποσύνθεση της γκρίζας ύλης του εγκεφάλου, προκαλώντας περαιτέρω δυσλειτουργία. Αυτή η εσωτερική δυσλειτουργία του εγκεφάλου μπορεί στη συνέχεια να αυξήσει την πιθανότητα ενός ατόμου να βιώσει αυτοκτονικές σκέψεις και συμπεριφορές (Bennett, 2011).

Είναι σημαντικό ότι, ενώ η ψυχική υγεία μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο αυτοκτονικής συμπεριφοράς, κάποια συγκεκριμένα γονίδια και αλληλεπιδράσεις μεταξύ τους μπορεί να εξηγήσουν τον αυξημένο κίνδυνο συμπεριφοράς αυτοκτονίας απουσία ψυχικής ασθένειας (Sokolowski et al., 2015). Η πληθώρα του γονιδίου που ερευνάται βρίσκεται εκτός του πεδίου εφαρμογής της εργασίας αυτής, ωστόσο οι Lin και Tsai (2016) παρέχουν μια ενημερωτική επισκόπηση της γενετικής και νευροχημικής τρέχουσας έρευνας.

Η εμφάνιση της επιγενετικής έρευνας, με την οποία οι περιβαλλοντικοί παράγοντες επηρεάζουν την ανάπτυξη και τη έκφραση της γονιδιακής σύνθεσης, παρουσιάζει περαιτέρω εύφορο έδαφος για διερεύνηση σχετικά με παράγοντες κινδύνου για την αυτοκτονία (Turecki, 2016). Όπως συζητήθηκε νωρίτερα, ο αντίκτυπος των δυσμενών παιδικών εμπειριών διερευνήθηκε για τις επιδράσεις τους στην έκφραση γονιδίων. Κρίσιμης σημασίας είναι τα πρώτα χρόνια στη ζωή ενός παιδιού, όπου «το κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον καθορίζει τις δια βίου τροχιές σωματικής και ψυχικής υγείας» (Brodsky, 2016, σελ. 86). Το τραύμα κατά τα πρώτα χρόνια μπορεί να εμποδίσει τη μεθυλίωση του DNA (η διαδικασία με την οποία τα γονίδια προσαρμόζονται στο περιβάλλον τους), και ως εκ τούτου, επηρεάζουν τις μελλοντικές αυτοκτονικές συμπεριφορές (Brodsky, 2016).

4.9 Πολλαπλοί παράγοντες κινδύνου

Μεγάλο μέρος της έρευνας που εστιάζει σε μεμονωμένους παράγοντες κινδύνου μπορεί να είναι προβληματικό, εν μέρει λόγω της γεωγραφικής και ιστορικής ετερογένειας του κινδύνου αυτοκτονίας και την έλλειψη εξωτερικής εγκυρότητας που προκύπτει από κακές μεθόδους δειγματοληψίας (Nock, 2016). Για να ξεπεραστούν αυτοί οι περιορισμοί υπήρξαν πολλές υποσχόμενες προσπάθειες σε επιδημιολογικές μελέτες που αξιολογούν αστερισμούς παραγόντων κινδύνου για συμπεριφορές αυτοκτονίας.

Οι Borges et al. (2010) διερεύνησαν τους ακόλουθους παράγοντες κινδύνου στις ανεπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες: «γυναικείο φύλο • νεότερη ηλικία • χαμηλότερη εκπαίδευση και εισόδημα • αγαμία • ανεργία • ψυχοπαθολογία της μητέρας • παιδικές δυσκολίες και παρουσία διαφορετικών ψυχικών διαταραχών 12 μηνών DSM-IV» (σελ. 2) και διαπίστωσαν ότι, από κοινού, θα μπορούσαν να είναι πρόβλεψη απόπειρων αυτοκτονίας μετά τον εντοπισμό ιδεασμού, που γίνεται σχετικά με ακρίβεια.

Σε μια πρόσφατη μελέτη περίπτωσης τύπου ψυχολογικής αυτοψίας, τα αυτοκτονικά χαρακτηριστικά των νέων εξετάστηκαν σε άντρες χωρίς ψυχιατρική διάγνωση. Ορισμένες ενδεικτικές συμπεριφορές ήταν συχνότερες, συμπεριλαμβανομένων αποδεικτικών στοιχείων προηγούμενων προσπαθειών, απόρριψης περιουσιών και προφορικών δηλώσεων απελπισίας. Αυτά τα άτομα παρουσίασαν επίσης υψηλότερα επίπεδα νευρωτισμού και επιθετικότητας και είχαν βιώσει δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις και κακή ποιότητα ζωής (Ross et al., 2017).

Ο συνδυασμός παραγόντων κινδύνου με την ανάλυση μηχανικής μάθησης σε πραγματικό χρόνο θεωρείται ως ένα θετικό βήμα προς τα εμπρός ως προς την ακριβή πρόβλεψη απόπειρας αυτοκτονίας, ένας δρόμος που διερευνάται επί του παρόντος (Kessler et al., 2016; Nock, 2016; Tran et al., 2013).

5. Ανάλυση των προστατευτικών παραγόντων

Όπως και με τις αναλύσεις παραγόντων κινδύνου, υπάρχουν λίγες ισχυρές μελέτες που δείχνουν ισχυρά αποτελέσματα σε σχέση με ατομικούς προστατευτικούς παράγοντες (Franklin et al., 2016). Η κατάσταση του συγγραφέα:

Υπήρχαν πολύ λιγότερα μεγέθη του φαινομένου προστατευτικών παραγόντων από τα μεγέθη αποτελέσματος για τον παράγοντα κίνδυνο και λίγες μελέτες όρισαν εκ των προτέρων τη διερεύνηση των προστατευτικών παραγόντων. Η πλειονότητα τους αφορούσε δημογραφικούς παράγοντες τους οποίους κωδικοποιήσαμε ως προστατευτικούς παράγοντες

βάσει των αναμενόμενων συσχετίσεών τους με κάθε αποτέλεσμα, σύμφωνα με επιδημιολογικές στατιστικές για τις STB (αυτοκτονικές σκέψεις και συμπεριφορές) »(σελ. 30)

Ισχυρότερα ερευνητικά στοιχεία υπάρχουν σε συναφείς τομείς της ψυχικής ευεξίας, της κοινωνικής σύνδεσης και ανθεκτικότητας που θα συζητηθούν εδώ.

5.1 Μια ευρύτερη προοπτική για τους προστατευτικούς παράγοντες

Ένα ευρύτερο εννοιολογικό πλαίσιο προστατευτικών παραγόντων για την πρόληψη αυτοκτονιών αναδύεται με βάση την ψυχική ευεξία, την κοινωνική σύνδεση, την ανθεκτικότητα και τα περιουσιακά στοιχεία της κοινότητας.

Αυτό το πλαίσιο αναγνωρίζει ότι ένα άτομο μπορεί να έχει διάγνωση σοβαρής ψυχικής διαταραχής, αλλά ότι μπορεί και λειτουργεί καλά και ζει ικανοποιητικά και συνεισφέρει στην κοινότητα του. Αναγνωρίζει επίσης ότι ένα άτομο με λίγες κοινωνικές συνδέσεις που ζει σε μια κοινότητα με σχετικά λίγα «περιουσιακά στοιχεία» είναι ευάλωτο σε αυτοκτονική συμπεριφορά.

Σε μια πρόσφατη έκθεση (μη δημοσιευμένη) που εκπονήθηκε από το Κέντρο Συνεργατικών Ερευνών Young and Well, αναδύθηκαν τέσσερα εννοιολογικά μοντέλα που συνδέουν την ψυχική ευεξία και την κοινωνική σύνδεση με ανθεκτικά άτομα στην κριτική τους σχετικά με τη βιβλιογραφία για την ψυχική ευημερία των νέων, ως κοινωνικοοικονομική προοπτική, προοπτική κοινωνικής οικολογίας, βασικά πλεονεκτήματα, προοπτική διανοητικής ικανότητας.

Κατά την εξέταση των νέων και της ψυχικής ευεξίας σε κοινοτικό επίπεδο, δύο ακόμη εννοιολογικά μοντέλα εντοπίστηκαν, δηλαδή 1) μια προοπτική βασισμένη σε περιουσιακά στοιχεία και 2) μια προοπτική κοινωνικού δικτύου.

Το μοντέλο που παρουσιάζεται στην έκθεση χρησιμοποιεί τη βασική αρχή ότι «τα ανθεκτικά άτομα είναι περισσότερο ικανά να συνεισφέρουν στις κοινότητές τους, ενώ οι ανθεκτικές κοινότητες δημιουργούν κοινωνικά περιβάλλοντα που καλλιεργούν ανθεκτικά άτομα »(Burns et al., 2014, σελ. 19). Αναγνωρίζει επίσης ότι ο πολιτισμός μπορεί να είναι ένας σημαντικός παράγοντας που προσθέτει ή επηρεάζει την ανθεκτικότητα των ατόμων και των κοινοτήτων. Η ενίσχυση της ανθεκτικότητας, αντί της επικέντρωσης στην αλλαγή ατόμων, αποτελεί την προσέγγιση που εστιάζει στην κοινωνική και φυσική οικολογία που διευκολύνουν την ανάπτυξη της ανθεκτικότητας.

Το μοντέλο αυτής της έκθεσης μοιάζει με μια προσέγγιση που παρέχεται σε προηγούμενη έκθεση προς την κυβέρνηση (Rudd, 2014). Επισήμανε την ανάγκη μετάβασης από την εστίαση στην ψυχική (κακή) υγεία σε ψυχικά υγιή (Εθνικό Συμβουλευτικό Συμβούλιο Ψυχικής Υγείας, 2016). Υπογράμμισε μια προσέγγιση για την υγεία του πληθυσμού που χτίζει τον ψυχικό πλούτο (μεγαλύτερη γνωστική λειτουργία σε συνδυασμό με απαλλαγή από τα βάρη των ασθενειών) σε ολόκληρες κοινότητες σε αντίθεση με την υπερβολική εστίαση σε άτομα που κινδυνεύουν ή ήδη αντιμετωπίζουν ψυχική διαταραχή.

5.2 Κοινωνική σύνδεση και κοινωνική συνοχή

Γενικά συμφωνείται ότι η κοινωνική σύνδεση παίζει ευεργετικό ρόλο στη διατήρηση της ψυχολογικής ευημερίας και την ανάρρωση από την κακή ψυχική υγεία (Kawachi & Berkman, 2013) και ο σύνδεσμος μεταξύ της κοινωνικής απομόνωσης και της αυτοκτονίας χρονολογείται από το έργο του Durkheim (1897).

Μια ποικιλία όρων έχουν χρησιμοποιηθεί για να εξηγήσουν πτυχές της κοινωνικής σύνδεσης και την ιδέα ότι οι κοινωνικές σχέσεις διαμορφώνουν την ικανότητα ενός ατόμου να είναι ευτυχισμένο και υγιές - π.χ. κοινωνική ένταξη (Wray et al., 2011), κοινωνική συνοχή (Friedkin, 2004), κοινωνικό κεφάλαιο (Portes & Vickstrom, 2011) και συμμετοχή (Joiner, 2013).

Η πρώτη μετα-ανάλυση της κοινωνικής απομόνωσης και της θνησιμότητας έδειξε ότι η κοινωνική απομόνωση είναι τουλάχιστον το ίδιο σημαντική όπως και άλλοι γνωστοί και ερευνημένοι παράγοντες κινδύνου για την υγεία, όπως το κάπνισμα, ο καθιστικός τρόπος ζωής, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και η ατμοσφαιρική ρύπανση (Holt-Lunstad et al. 2015). Η μελέτη εξέτασε αθροιστικά δεδομένα από 70 ανεξάρτητες μελέτες, με περισσότερους από 3,4 εκατομμύρια συμμετέχοντες να παρακολουθούνται κατά μέσο όρο 7 έτη. Η μετα-ανάλυση αποκάλυψε μια σημαντική επίδραση της κοινωνικής απομόνωσης, της μοναξιάς και της μοναχικής ζωής με τη θνησιμότητα. Μετά την εκτίμηση όλων των άλλων αιτιών, η αυξημένη πιθανότητα θανάτου ήταν 26% για την αναφερόμενη μοναξιά, 29% για την κοινωνική απομόνωση και 32% για την μοναχική ζωή.

Συνεπώς, η σύνδεση αυξάνει το προσδόκιμο ζωής και την ανθεκτικότητα, συμβάλλοντας στην ικανότητά της συλλογικής εργασίας και την ευδοκμία σε έναν σύνθετο και απαιτητικό κόσμο με σημαντικά οφέλη για το άτομο και το χώρο εργασίας (Joiner, 2013; Wray et al., 2011).

Η κοινωνική υποστήριξη είναι μια από τις πιο ισχυρές συσχετίσεις με τα συμπτώματα PTSD, σύμφωνα με τον Shallcross και τους συναδέλφους του (2016) που αναφέρουν πολλές

μελέτες με πολιτικούς και στρατιωτικούς πληθυσμούς. Σε μια διαχρονική μελέτη των βετεράνων του Ιράκ, των ΗΠΑ και του Αφγανιστάν, διαπίστωσαν ότι άτομα με περισσότερες κοινωνικές ενισχύσεις θα αναφέρουν λιγότερα ειδικά συμπτώματα PTSD ένα χρόνο μετά την αποστράτευση τους. Η κοινωνική υποστήριξη συμβάλλει στην αύξηση των αλληλεπιδράσεων και παρέχει περισσότερες ευκαιρίες για αποκάλυψη και υπονόμηση της αποφυγής. Έτσι, οι νατουραλιστικές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις θα μπορούσαν να μειώσουν την ανάγκη για περισσότερες κλινικές αλληλεπιδράσεις.

Υπάρχει δυννητικά μια άλλη πλευρά από την άποψη ότι η κοινωνική συνοχή και η κοινωνική ένταξη είναι καθοριστικές για την προστασία των ατόμων από την αυτοκτονική συμπεριφορά. Ο Mueller και ο Abrutyn (2016) εξετάζουν το έργο του Durkeim από μια ομαδική και κοινοτική προοπτική, όπου μπορεί να αυξηθεί πάρα πολύ η συνοχή και η συμμόρφωση στους κινδύνους για ένα άτομο. Ο Mueller και ο Abrutyn ανέλαβαν μια ποιοτική μελέτη βάθους (n = 110) σε μια σφιχτά δεμένη κοινότητα με ένα σοβαρό πρόβλημα αυτοκτονίας εφήβων. Τα χαρακτηριστικά αυτής της εξαιρετικά ενσωματωμένης κοινότητας σχετίζονται με οποιαδήποτε συζήτηση για αυτοκτονία σε στρατιωτικό πλαίσιο: δηλαδή, έντονα ρυθμιζόμενη κουλτούρα · έμφαση και υψηλή αξία στο ακαδημαϊκό επίτευγμα · συνεκτικά κοινωνικά δίκτυα που διευκολύνουν την ταχεία διάδοση πληροφοριών, ενισχύουν την ορατότητα των ενεργειών και των στάσεων και αυξάνουν τη δυνατότητα ταχείας επιβολής κυρώσεων.

Αυτός ο συνδυασμός πολιτιστικών και δομικών παραγόντων δημιουργεί έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις στην προοπτική αποτυχίας μεταξύ των νέων σε αυτήν την πόλη και απροθυμία μεταξύ αυτών και των γονέων τους να αναζητήσουν ψυχολογική βοήθεια για προβλήματα ψυχικής υγείας. Αυτή η περίπτωση απεικονίζει (1) πώς τα υψηλά επίπεδα ένταξης και ρύθμισης σε μια κοινωνική ομάδα μπορούν να καταστήσουν τα άτομα ευάλωτα στην αυτοκτονία και (2) πώς η κοινωνιολογική έρευνα μπορεί να προσφέρει ουσιαστικές και μοναδικές γνώσεις για την πρόληψη της αυτοκτονίας (Mueller & Abrutyn, 2016).

5.3 Ανθεκτικότητα

Η ικανότητά μας για ανθεκτικότητα επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες και περιλαμβάνει πολλούς από τους ατομικούς και τους κοινωνικούς προστατευτικούς παράγοντες που αναφέρονται νωρίτερα (LiFE Framework, 2016). Ο αντίκτυπος των εμπειριών στην στενή και ευρύτερη κοινότητα, συμπεριλαμβανομένων των προσωπικών και οικογενειακών σχέσεων, των χώρων εργασίας, των οργανώσεων με τις οποίες συνδεόμαστε,

το μέρος που ζούμε, τα γεγονότα ζωής, όλα έχουν τη δυνατότητα να ενισχύσουν ή να διαβρώσουν τη δικιά μας προσωπική ανθεκτικότητα και ευεξία.

Ωστόσο, η έρευνα εντοπίζει πολλά παραδείγματα όπου άτομα και κοινότητες παρά τις οικονομικές, κοινωνικές και περιβαλλοντικές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν καταδεικνύουν αξιοσημείωτη ανθεκτικότητα και ικανότητα επικράτησης.

Η ανθεκτικότητα συμβάλλει στην ψυχική υγεία και ευεξία, η οποία με τη σειρά της ενισχύει την ανθεκτικότητα (). Όταν η ανθεκτικότητα αντιμετωπίζεται ως διαδικασία και όχι ως χαρακτηριστικό παρέχει σε άτομα, οικογένειες, οργανισμούς και κοινότητες τη γνώση και την αυτοπεποίθηση ότι μπορούν να μάθουν στρατηγικές και δεξιότητες ανθεκτικότητας. Η ικανότητά τους να διαχειριστούν προληπτικά και με αυτοπεποίθηση τις προκλήσεις και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην καθημερινή ζωή μπορούν να αυξηθούν σημαντικά.

Ορισμός της ανθεκτικότητας

Η Αμερικανική Ψυχολογική Ένωση (APA) ορίζει την ανθεκτικότητα με διάφορους τρόπους που προσδιορίζει την ικανότητα ενός ατόμου να ανακάμψει από το άγχος, να αντισταθεί σε ασθένειες, να προσαρμοστεί σε καταστάσεις άγχους ή να λειτουργήσει παρά το στρες ή τις δυσκολίες (2014).

Ένας ευρύς, απλός ορισμός της ανθεκτικότητας που περιλαμβάνει όλους τους τρόπους με τους οποίους ο όρος εμφανίζεται στη βιβλιογραφία προέρχεται από μια σημαντική επιρροή για προσεγγίσεις που βασίζονται σε περιουσιακά στοιχεία στην κοινοτική υγεία του Ηνωμένου Βασιλείου:

«Η ικανότητα ατόμων, οικογενειών και γειτονιών να αντιμετωπίζουν θετικά την αλλαγή, την πρόκληση, τις αντιξοότητες ή το σοκ» (Foot, 2012, σελ. 45)

Όλο και περισσότερο η κοινωνία έχει προχωρήσει από την εστίαση στην επιβίωση στο επιθυμητό αποτέλεσμα της προσωπικής εκπλήρωσης και ουσιαστικής ζωής. Ενώ η ανάκαμψη σημαίνει επιστροφή στην αρχική κατάσταση του ατόμου είτε από ασθένειες είτε από ανεπιθύμητα συμβάντα, η ικανότητα «άνθησης» περιγράφει μια κατάσταση ανώτερης λειτουργίας. Τα άτομα βελτιώνονται στη διαχείριση τους στρες ενώ η ικανοποίηση της ζωής, η ψυχική υγεία και η ευεξία αυξάνονται ().

Επιπλέον, μια οικονομική επιταγή στον χώρο εργασίας εστιάζεται στη μεγιστοποίηση της απόδοσης και την αύξηση της παραγωγικότητας. Η παροχή ευκαιριών σε άτομα και χώρους εργασίας για να αυξήσουν την ανθεκτικότητά τους μπορεί να δώσει θετικά αποτελέσματα για την ψυχική υγεία και πολλά σημαντικά οφέλη για όλους.

Το APA (2014) αναγνωρίζει ότι η ανθεκτικότητα δεν είναι ένα χαρακτηριστικό αλλά περιλαμβάνει τη χρήση συμπεριφορών, σκέψεων και δράσεις που μπορούν να διδαχθούν και να αναπτυχθούν. Καθώς οι άνθρωποι χτίζουν τις ικανότητες ανθεκτικότητάς τους αυξάνουν την ικανότητα θετικής διαχείρισης των εμποδίων που αντιμετωπίζουν και ανακάμπτουν ευκολότερα από δύσκολες καταστάσεις.

Επομένως, η ανθεκτικότητα είναι συνηθισμένη, όχι εξαιρετική. Οι άνθρωποι συνήθως δείχνουν ανθεκτικότητα όπως αποδεικνύεται από την ικανότητα των ατόμων να ξαναχτίσουν τη ζωή τους μετά από καταστροφικά γεγονότα. Είναι σε θέση να διατηρούν την υγεία και την ευημερία τους ενώ διαχειρίζονται εμπειρίες που μπορεί να είναι αρνητικές, δύσκολες ή ακόμη και καταστροφικές.

Μια κοινή πεποίθηση είναι ότι οι ανθεκτικοί άνθρωποι ξεφεύγουν από τις δυσκολίες της ζωής χωρίς να επηρεάζονται από αρνητικά συναισθήματα. Το APA αναγνωρίζει ότι ο συναισθηματικός πόνος και η θλίψη είναι συχνές στους ανθρώπους που έχουν υποστεί μεγάλες αντιξοότητες ή τραύματα στη ζωή τους και ότι ο δρόμος προς την ανθεκτικότητα είναι πιθανό να εριλαμβάνει σημαντική συναισθηματική δυσφορία και παροδικές περιόδους θλίψης.

Είναι επίσης σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι η ποικιλομορφία των ατόμων και των πολιτισμών, σημαίνει ότι η ανάπτυξη της ανθεκτικότητας θα είναι ένα προσωπικό ταξίδι και ότι οι στρατηγικές θα ποικίλλουν καθώς οι άνθρωποι ανταποκρίνονται διαφορετικά σε αγχωτικά γεγονότα ζωής. Επομένως, η ανθεκτικότητα περιλαμβάνει:

- 1) Ικανότητα κατανόησης ενός εαυτού,
- 2) Αξιοποίηση προσωπικών δυνατών σημείων και
- 3) Προσδιορισμός και εκμάθηση συμπεριφορών που είναι ευεργετικές για την ευημερία ενός ατόμου.

Απαιτείται προσοχή σε διάφορες πτυχές της ευημερίας ενός ατόμου, διότι είναι μια συνεχής διαδικασία και σχετίζεται με την πνευματική, σωματική και διανοητική ανάπτυξη. Τα ανθεκτικά άτομα καταδεικνύουν γενικά τα ακόλουθα; αίσθηση σκοπού, σαφείς τιμές, ικανότητα διαχείρισης και αναγνώρισης των αρνητικών συναισθημάτων, ενώ αποδεικνύονται κατά κύριο λόγο θετικά συναισθήματα, δέσμευση στην προσωπική και επαγγελματική τους ζωή, αίσθηση συμμετοχής και συνεισφοράς, θετικές σχέσεις, καλύτερη (από ό, τι θα συνέβαινε διαφορετικά) σωματική υγεία και είναι πιο υγιείς ψυχικά .

Η τρέχουσα έρευνα των νευροεπιστημών δείχνει ότι η ανθεκτικότητα είναι βασική ανθρώπινη λειτουργία, ζωτικής σημασίας για την ικανότητα επιβίωσης (Karatsoreos et al., 2013). Προσδιορίζει τον νευρολογικό και φυσιολογικό δεσμό μεταξύ του ανθρώπινου

εγκεφάλου και της ικανότητάς μας να χτίζουμε ανθεκτικότητα, παρέχοντας ευκαιρίες να εφαρμόσουμε αποδεικτικά στοιχεία-βασισμένες στρατηγικές για ατομική και εργασιακή εφαρμογή.

Ανθεκτικότητα και χώρος εργασίας

Ένας ανθεκτικός χώρος εργασίας περιλαμβάνει τη δημιουργία ενός ψυχολογικά ασφαλούς εργασιακού περιβάλλοντος με επίκεντρο την ευημερία, την παροχή υποστήριξης για την αντιμετώπιση, ακόμη και την πρόληψη ψυχικών ασθενειών. Υπάρχει αναγνώριση

ότι μέσω της συμμετοχής σε παραγωγική και ικανοποιητική εργασία τα άτομα επωφελούνται από μια αίσθηση σκοπού και εκπλήρωσης, οικονομική σταθερότητα, συλλογικότητα και ευκαιρίες ανάπτυξης (Reme et al., 2015).

Μέσω της ενεργού ηγεσίας, των πολιτικών, της διαδικασίας και των ενεργειών, οι οργανισμοί μπορούν να συνεισφέρουν σημαντικά στην ανθεκτικότητα, την ψυχική υγεία και ψυχολογική ευημερία των υπαλλήλων τους, μειώνουν το άγχος και την ψυχική πίεση, ενώ επωφελούνται από την αυξημένη παραγωγικότητα και τα οικονομικά αποτελέσματα.

Συνδεσιμότητα και ανθεκτικότητα

Συνεπώς, η συνδεσιμότητα των ατόμων επηρεάζει άμεσα την ανθεκτικότητα. Στο χώρο εργασίας βελτιώνεται η ικανότητα των ατόμων να αναπτύξουν κοινή κατανόηση των αναγκών, των κινήτρων, των ανταμοιβών και των συστημάτων τιμωρίας, αυξάνοντας την πιθανότητα επίτευξης συντονισμένης συμπεριφοράς και ομαδικής εργασίας για κοινούς στόχους. Οι ευκαιρίες για την ενίσχυση των σχέσεων, τη διαχείριση των συγκρούσεων και τον ασπασμό της πολυμορφίας ωφελούν τον οργανισμό και το άτομο.

Ο εκπαιδευτικός ψυχολόγος Andrew Fuller (1998) διεξήγαγε ομάδες εστίασης με νέους για να προσδιορίσει τους σημαντικούς παράγοντες που προάγουν την ανθεκτικότητα στους εφήβους. Τα ευρήματά του ήταν ότι η ανθεκτικότητα για τους νέους προκύπτει από την αίσθηση του ανήκει: σε μια οικογένεια, μια περιοχή, μια ομάδα φιλίας ή το σχολείο.

5.4 Πρόσβαση σε ποιοτική φροντίδα ψυχικής υγείας

Η ικανότητα πρόσβασης στην ποιότητα και την κατάλληλη φροντίδα είναι καθοριστικής σημασίας για τη μείωση των ποσοστών αυτοκτονίας και γενικότερα, την εμπειρία της ψυχικής υγείας στην κοινότητα. Η πρόσβαση σε φροντίδα υψηλής ποιότητας και ο ποικίλος τύπος υπηρεσίας δεν είναι πάντα απλός και εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από

το πού ζει κάποιος (Mendoza et al., 2016). Σημαντικός αριθμός ατόμων με ψυχική ασθένεια δεν αναζητούν ούτε λαμβάνουν κατάλληλη θεραπεία και οι ανάγκες των ατόμων που λαμβάνουν θεραπεία δεν ικανοποιούνται με συνέπεια (McGorry et al., 2013). Το κεντρικό στοιχείο για την πρόληψη της αυτοκτονίας είναι η παροχή ψυχιατρικής περίθαλψης, ειδικά για διαταραχές της διάθεσης (Hegerl et al., 2013).

Η ολοκληρωμένη περίθαλψη έχει επισημανθεί ως εργαλείο για την αντιμετώπιση των αυξανόμενων απαιτήσεων για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης σε συνδυασμό με τη στασιμότητα ή, εν μέρει, την συρρίκνωση του αριθμού του εργατικού δυναμικού (Awan et al., 2015). Σε μια ταχεία ανασκόπηση των συστημάτων ολοκληρωμένης φροντίδας, οι Rodgers et al. (2016) διαπίστωσαν ότι τα ολοκληρωμένα συστήματα φροντίδας αποτελούσαν μια συλλογή από τα ακόλουθα στοιχεία: «(1) συστήματα ανταλλαγής πληροφοριών · (2) κοινόχρηστα πρωτόκολλα. (3) από κοινού χρηματοδότηση / θέση σε λειτουργία · (4) συνεργαζόμενες υπηρεσίες · (5) διεπιστημονικές ομάδες · (6) σύνδεσμος Υπηρεσιών; (7) πλοηγητές · (8) έρευνα · και (9) μείωση του στίγματος »(σελ. ν). Όπως μπορεί να παρατηρηθεί, η πρόσβαση σε στην ολοκληρωμένη περίθαλψη γενικά δεν είναι διαθέσιμη σε άτομα που αναζητούν φροντίδα ψυχικής υγείας στην Ελλάδα.

Προσδιορίστηκε η σύνδεση υγειονομικής περίθαλψης για άτομα που παρουσιάζονται σε νοσοκομεία με ψυχικές διαταραχές από τον αρχηγό ψυχίατρο του Queensland ως θεμελιώδες στοιχείο για τη μείωση των αυτοκτονιών ατόμων που βρίσκονται σε αυτήν την κατάσταση. Ένας σημαντικός αριθμός των αυτοκτονιών του 2015 αφορούσε άτομα που είχαν επισκεφθεί μια δημόσια υπηρεσία ψυχικής υγείας την εβδομάδα πριν από το θάνατό τους (2015). Υπολογίζεται ότι στο 20-30% όλων των αυτοκτονιών που καταγράφηκαν στην Ε.Ε. εμπλέκονται ασθενείς που δεν έχουν εισαχθεί να φροντίσουν κατά την παρουσίαση ή μετά την έξοδο από οξεία φροντίδα

Η ανασκόπηση της Εθνικής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας (2014) υπογράμμισε την ανάγκη για ένα ισχυρότερο, περισσότερο ευέλικτο και ολοκληρωμένο σύστημα φροντίδας ψυχικής υγείας για την πρόληψη ασθενειών και τη διατήρηση της ψυχικής ευεξίας (σελ.27). Βασικό στοιχείο των προτεινόμενων μεταρρυθμίσεων της Επιτροπής και της «εξισορρόπησης του συστήματος» επικεντρώθηκε στις «ολοκληρωμένες οδούς φροντίδας... για να ενθαρρύνουν την καλύτερη και αποτελεσματικότερη χρήση των πόρων» (σελ.48).

Αντιδράσεις συστημάτων σε παρουσιάσεις στα επείγοντα και απαλλαγή νοσοκομείου

Η παρουσίαση σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών αυτοκτονικών ασθενών θεωρείται ασυνεπής με άτομα που προσπαθούν να λάβουν βοήθεια (SANE, 2014). Μελέτες

έχουν δείξει ότι η παρακολούθηση ασθενών με αυτοκτονική συμπεριφορά ή διαφορούμενη διάγνωση μετά την έξοδο τους από τα επείγοντα μειώνει τον κίνδυνο αυτοκτονίας (Luxton et al., 2013).

Οι εναλλακτικές λύσεις στην παρουσίαση στα επείγοντα για ασθενείς με κακή ψυχική υγεία περιλαμβάνουν κινητές ομάδες επίλυσης κρίσεων, οξεία ημερήσια νοσοκομεία και κρίσεις ή ασφαλή σπίτια (Sjoile et al., 2010; Johnson, 2013, Shattell et al., 2014).

Ο Johnson και οι συνεργάτες του έχουν πραγματοποιήσει πολλές μελέτες τις τελευταίες δύο δεκαετίες σχετικά με την αποτελεσματικότητα αυτών των μοντέλων όσον αφορά τη μείωση των εισαγωγών στο νοσοκομείο και τις παρουσιάσεις κρίσεων στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών. Καμία από αυτές τις παρεμβάσεις δεν επέφερε ως αποτέλεσμα χαμηλότερες παρουσιάσεις στα επείγοντα, εισαγωγή σε νοσοκομείο ή βελτιωμένα αποτελέσματα για ασθενείς με αυτοκτονικές συμπεριφορές, παρά μόνο με τον συνδυασμό τους ή την σειρά εναλλακτικών λύσεων στο συνολικό σύστημα υπηρεσιών στην περιοχή.

Η σημασία της παροχής ολοκληρωμένων οδών φροντίδας (ή κλιμακωτής φροντίδας) σε άτομα με ψυχικά προβλήματα, συμπεριλαμβανομένων εκείνων με αυτοκτονική συμπεριφορά, έχει γίνει ολοένα και πιο ξεκάθαρη. Πρόσφατες δοκιμές έχουν καταδείξει ότι η επίπτωση νέων περιπτώσεων κατάθλιψης και το άγχος θα μπορούσε να μειωθεί στο ήμισυ με την εισαγωγή κλιμακωτή φροντίδα και παροχή θεραπείας με βάση την κλινική σταδιοποίηση κάτω από το όριο.

Σε απάντηση στα συνεχιζόμενα προβλήματα που σχετίζονται τόσο με τις παρουσιάσεις στα επείγοντα όσο και με την έξοδο από το νοσοκομείο για άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας, ιδιαίτερα εκείνα με υψηλότερο κίνδυνο αυτοκτονίας, έχουν αναπτυχθεί απαντήσεις μέσω προγραμματισμού ή άλλων συστημάτων.

Στις ΗΠΑ, η SAMHSA περιέγραψε την ανάγκη για πέντε βασικές υπηρεσίες για την αντιμετώπιση «κρίσεων συμπεριφορικής υγείας: παρατήρηση ή σταθεροποίηση κρίσεων 23 ωρών · βραχυπρόθεσμη, σταθεροποιητική οικιστική κρίση · κινητές ομάδες διαχείρισης κρίσης · ανοικτές γραμμές κρίσης και διαδικτυακές υπηρεσίες · και υπηρεσίες κρίσης από ομότιμους (SAMSHA 2014). Αυτό το συνεχές των υπηρεσιών για την αντιμετώπιση των αναγκών των ατόμων σε κρίση έχει ρυθμιστεί από τους αρμόδιους φορείς για την φροντίδα ψυχικής υγείας σε αρκετές περιοχές την τελευταία δεκαετία ().

Επίσης στις ΗΠΑ, ένας οδηγός για τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών για ενήλικες ασθενείς με κίνδυνο αυτοκτονίας καθορίζει μια διαδικασία από άκρο σε άκρο (παρουσίαση στην είσοδο και την έξοδο) για όλους τους ενήλικες ασθενείς με κίνδυνο αυτοκτονίας. Περιλαμβάνει εργαλεία λήψης αποφάσεων, ολοκληρωμένες διαδικασίες αξιολόγησης, α

πλαίσιο για μεμονωμένα σχέδια φροντίδας και καθοδήγηση σχετικά με την κοινή χρήση αρχείων ιατρικής περίθαλψης για την υγεία επαγγελματιών.

Η πρωτοβουλία ZEROSuicide θεωρείται συστηματική και προγραμματισμένη απάντηση στη βέλτιστη πρακτική στη μείωση των εκδηλώσεων για ασθενείς με ανάγκη «συμπεριφορικής φροντίδας» στις ΗΠΑ. Το ZEROSuicide εφαρμόζει πολλές από τις αρχές της διαχείρισης ποιότητας για μείωση, αν όχι εξάλειψη, των πολλαπλών ρωγμών στο κατακερματισμένο σύστημα φροντίδας για άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας και κατάχρησης ουσιών. Το ZEROSuicide βασίζεται σε έρευνες που έγιναν από οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης όπως το Henry Ford Health System (HFHS) στο Μίσιγκαν, όπου μέσω μιας πρωτοβουλίας για συνεχή αλλαγή ολόκληρου του συστήματος σημειώθηκε μείωση κατά 80% στην αυτοκτονία.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, πρωτοβουλίες σε ολόκληρο το σύστημα για την ανάπτυξη, εφαρμογή και αξιολόγηση ολοκληρωμένων οδών φροντίδας (ICPs) βρίσκονται σε εξέλιξη για περισσότερο από μια δεκαετία, στη Σκωτία και την Ουαλία και πιο πρόσφατα στην Αγγλία.

Μία από τις πιο σημαντικές και ισχυρές αξιολογήσεις της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας και της πρόληψης της αυτοκτονίας πραγματοποιήθηκε στην Αγγλία και την Ουαλία μεταξύ 1997-2006. Αυτή η διατομή πριν και μετά την ανάλυση των εθνικών δεδομένων αυτοκτονίας στην Αγγλία και την Ουαλία εξέτασαν την πρόσληψη και εφαρμογή βασικών συστάσεων για την υπηρεσία ψυχικής υγείας και της συσχέτισής τους με τα ποσοστά αυτοκτονίας (Eno et al., 2012).

Η μελέτη έδειξε σαφώς ισχυρούς συσχετισμούς μεταξύ της εφαρμογής πολλών μεταρρυθμίσεων βασικών υπηρεσιών και χαμηλότερων ποσοστών αυτοκτονίας. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στις οποίες εφαρμόστηκαν περισσότερο οι συστάσεις είχαν πιο σημαντικές μειώσεις στα ποσοστά αυτοκτονιών. Οι βασικές μεταρρυθμίσεις υπηρεσιών ήταν η παροχή 24ωρης φροντίδας κρίσεων - ομάδες αντιμετώπισης κρίσεων, συμπεριλαμβανομένου ενός ενιαίου σημείου πρόσβασης για άτομα σε κρίση διαθέσιμες 24/7. Αυτές οι ομάδες προορίζονται να ανταποκριθούν άμεσα στην κρίση της ψυχικής υγείας στην κοινότητα και, επομένως, απέτρεψαν την είσοδο σε εσωτερικούς ασθενείς (ή παρουσιάσεις κρίσης στα επείγοντα). Αυτές παρέχουν μόνο βραχυπρόθεσμα στοιχεία έως ότου είναι διαθέσιμες άλλες υπηρεσίες, τοπικές πολιτικές για ασθενείς με διπλή διάγνωση - συγκεκριμένα γραπτή πολιτική για τη διαχείριση ασθενών με διπλή διάγνωση, πολυεπιστημονική αναθεώρηση μετά από αυτοκτονία - συγκεκριμένα γραπτή πολιτική για διεπιστημονική αναθεώρηση και ανταλλαγή πληροφοριών με οικογένειες μετά από

αυτοκτονία, δυναμική προσέγγιση - οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν μια διεκδικητική ομάδα προσέγγισης που παρέχει εντατική υποστήριξη για άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια που είναι πιο δύσκολο να συμμετάσχουν σε πιο παραδοσιακές υπηρεσίες παρακολούθηση 7 ημερών - γραπτή πολιτική παρακολούθησης ασθενών εντός 7 ημερών από ψυχιατρικό νοσοκομειακό πριν τον απαλλάξουν, η συμμόρφωση - γραπτή πολιτική σχετικά με τις απαντήσεις σε ασθενείς που δεν συμμορφώνονται με τη θεραπεία, κοινοποίηση της ποινικής δικαιοσύνης - γραπτή πολιτική σχετικά με την ανταλλαγή πληροφοριών σχετικά με τον κίνδυνο με την ποινική δικαιοσύνη, εκπαίδευση - το κλινικό προσωπικό πρώτης γραμμής λαμβάνει εκπαίδευση στη διαχείριση του κινδύνου αυτοκτονίας τουλάχιστον κάθε 3 χρόνια.

Παρόμοιες σημαντικές και διαρκείς μειώσεις στην αυτοκτονία έχουν αποδειχθεί σε άλλες ευρωπαϊκές μελέτες (Hegerl et al., 2013; Hubner-Liebermann et al., 2010; Szekely et al., 2013). Σε αυτές τις μελέτες η καλύτερη πρόβλεψη για μείωση των ποσοστών αυτοκτονίας αφορούσε αλλαγές στο αντικαταθλιπτικό φάρμακο και πρόσβαση σε φροντίδα ψυχικής υγείας (Gusmao et al. 2013).

6. Η εμπειρία των επιζώντων στο γενικό πληθυσμό

Πέρα από την βιβλιογραφία, υπάρχει ένα πλούσιο και αυξανόμενο σώμα βιβλιογραφίας από άτομα με προσωπικές εμπειρίες στην απόπειρα αυτοκτονίας, την απώλεια αγαπημένου λόγω αυτοκτονίας και το επακόλουθο πένθος. Αυτές οι μαρτυρίες παρέχουν μια πλούσια πηγή για την κατανόηση του λόγου που οι άνθρωποι πεθαίνουν από αυτοκτονία και τον αντίκτυπο της απώλειας που προκύπτει.

Πολλές παρατηρήσεις υποβλήθηκαν στην έρευνα της Γερουσίας για την αυτοκτονία στην Αυστραλία το 2010. Πάνω από 250 μαρτυρίες από επιζώντες αυτοκτονίας και ιστορίες απώλειας από μέλη της οικογένειας και φροντιστές συνοψίζεται στην έκθεση, «Αυτοκτονία και πρόληψη αυτοκτονιών στην Αυστραλία: Breaking the Silence» (Mendoza et al., 2010).

Αυτές οι ιστορίες προέρχονταν από ανθρώπους που είχαν βιώσει την αυτοκτονία κάποιου κοντινού τους προσώπου - συχνά εντός των οικογενειών τους - και περιλάμβαναν εκείνους που πεθαίνουν από αυτοκτονία, επιζώντες αυτοκτονίας και εκείνους που βίωσαν αυτοκτονικό ιδεασμό. Αντανακλώντας τον έντονο πόνο, την ενοχή, την αναζήτηση ψυχικής υποστήριξης και την μοναξιά που σχετίζονται με την απώλεια αυτοκτονίας, αυτές οι ιστορίες παρέχουν επίσης μοναδικές, οδυνηρές ιδέες για την εσωτερική αναταραχή των αγαπημένων που αυτοκτόνησαν: πραγματικά δεδομένα, πραγματικοί άνθρωποι.

Για εκείνους που υπηρετούν στο στρατό, τα αναδυόμενα θέματα είναι παρόμοια, αλλά με ιδιαίτερες σημασίες. Τα θέματα που απεικονίζονται σε αυτές τις προσωπικές μαρτυρίες συνοψίζονται εδώ.

Η αυτοκτονία μπορεί να προληφθεί

Ένα ηχηρό θέμα σε πολλές ιστορίες από τους πενθούντες ήταν ότι ένιωσαν πως τη αυτοκτονία ενός αγαπημένου προσώπου θα μπορούσε να είχε αποφευχθεί. Ένα κοινό νήμα ήταν ότι εκείνοι που πέθαναν δεν ήθελαν πραγματικά να τελειώσουν τη ζωή τους, αλλά μάλλον προσπάθησαν με αυτόν τον ακραίο τρόπο να αφαιρέσουν τον συναισθηματικό πόνο που βίωναν εκείνη τη στιγμή. Αυτό είναι σύμφωνα με τη βιβλιογραφία () και ένας δείκτης της συναισθηματικής αναταραχής που βιώθηκε από εκείνους που θεωρούν την αυτοκτονία ως λύση.

Οι προσδοκίες στον στρατό διαφέρουν από αυτές στην πολιτική ζωή και η ικανότητα ενός ατόμου να λειτουργεί και να αναπτύσσεται είναι κυρίαρχο στοιχείο. Η αδυναμία λειτουργίας στο πλαίσιο του στρατού γίνεται αντιληπτή ως αποτυχία και οι συνέπειες για την καριέρα μπορεί να είναι σημαντικές. Η επιχειρησιακή ανικανότητα ενός μέλους που υπηρετεί στο ADF είναι σημαντική εκτίμηση για τα κακά αποτελέσματα ψυχικής υγείας (Bale, 2014).

Έλλειψη ή έλλειψη επαγγελματικής φροντίδας για αυτοκτονική συμπεριφορά

Αναφορές από τα μέλη της οικογένειας ατόμων που αυτοκτόνησαν δείχνουν ότι ορισμένες υπηρεσίες υγείας τους απογοητεύουν. Πολύ συχνά, αυτές οι ιστορίες υπενθύμισαν πώς ο αγαπημένος τους διώχθηκε από την υπηρεσία φροντίδας, ότι δεν του παράχθηκε κατάλληλη φροντίδα ή παρακολούθηση, ή ότι δεν ενημερώθηκαν ή δεν συμμετείχαν στη φροντίδα του αγαπημένου που μετέπειτα κατέληξε στο να αυτοκτονήσει.

Για όσους υπηρετούν στο στρατό, η πρόσβαση στην έγκαιρη υγειονομική περίθαλψη παρέχεται με συνέπεια, ωστόσο υπάρχουν συγκεχυμένα ζητήματα (): συγκεκριμένα, ο αντίκτυπος της αναζήτησης βοήθειας στην καριέρα είναι ένα φαινόμενο που δρα ως εμπόδιο, ενώ και το στίγμα που σχετίζεται με παρουσιάσεις ψυχικής υγείας είναι επίμονο (Jones et al., 2013).

Αγροτικές και απομακρυσμένες προκλήσεις

Εκείνοι που έγραψαν για την εμπειρία τους με την αυτοκτονία και ζούσαν σε αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές εξέφρασαν ότι συχνά δεν υπάρχει διαθέσιμη βοήθεια στην τοπική πόλη, αναγκάζοντας τους ανθρώπους να ταξιδέψουν σε μεγάλα κέντρα ή να

περιμένουν για μια προγραμματισμένη ώρα, όταν οι σχετικοί επαγγελματίες ταξιδεύουν σε μια μικρή πόλη από ένα μεγάλο κέντρο. Εκφράστηκε επίσης απογοήτευση για τις μεγάλες λίστες αναμονής και συχνά δεν έχουν εναλλακτικές λύσεις για τη φροντίδα ατόμων με αυτοκτονικές τάσεις.

Για όσους βρίσκονται στο στρατό, οι προκλήσεις της απόσπασης προσθέτουν ένα στρώμα στην ικανότητα επικοινωνίας με τις τοπικές κοινότητες. Αυτό γίνεται πιο έντονο από οικογένειες που είναι οι πρώτες στην γραμμή υποστήριξης (Lester et al. 2012; Skinner and Diggins 2013).

Παρανόηση και στίγμα που σχετίζεται με την αυτοκτονία

Η εμπειρία ενός φόβου για το άγνωστο γύρω από την αυτοκτονία αντανakλάται σε πολλές ιστορίες και μια ηχηρή σύσταση από άτομα με εμπειρία αυτοκτονίας ήταν ότι οι εκστρατείες ευαισθητοποίησης για αυτοκτονίες, και η εκπαίδευση σχετικά με την αυτοκτονία πρέπει να παρέχεται στην κοινότητα. Η μέριμνα για την ενημέρωση είναι υψίστης σημασίας για να διευκολύνει τις μελλοντικές γενιές να συζητήσουν και να αντιμετωπίσουν την αυτοκτονία, παρέχοντάς τους τα εργαλεία να αναγνωρίσουν και να αποτρέψουν την αυτοκτονία.

Για εκείνους στο στρατό, το στίγμα της κακής ψυχικής υγείας είναι ένας περιοριστικός παράγοντας κινδύνου. Ο αντίκτυπος της αναζήτησης βοήθειας που γίνεται αντιληπτή ως απεμπλοκή με τη στρατιωτική μονάδα αποτελεί σημαντικό εμπόδιο (Greden et al., 2010; Jones et al., 2013; Bale, 2014).

Ψυχική ασθένεια και αυτοκτονία

Πολλές από τις προσωπικές ιστορίες συζητήσαν επίσης μια σχέση με διαγνωσμένη ψυχική ασθένεια, και είναι σαφές ότι ήταν απενεργοποιημένες οι συνθήκες ψυχικής υγείας, αλλά δεν αναγνωρίστηκαν τότε. Αυτό συχνά αναγνωριζόταν αναδρομικά από τους πενθούντες. Υπήρχαν στοιχεία σε αυτές τις ιστορίες ότι η ενημέρωση στην κοινότητα για τις ψυχικές ασθένειες πρέπει να βελτιωθεί σημαντικά για να εξασφαλιστεί ότι τα άτομα λαμβάνουν κατάλληλη θεραπεία, αλλά και για τη βελτίωση των ευκαιριών διάσωσης ζωών. Αυτή η βελτίωση πρέπει να συνοδεύεται από βελτιωμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Αν και η ψυχική ασθένεια δεν συνδέεται απαραίτητα με τον αυτοκτονικό ιδεασμό, οι εμπειρίες πολλών ατόμων που έχουν ζήσει ή ζουν ακόμα με τέτοιες ασθένειες ήταν εμφανείς σε πολλές ιστορίες.

Στον στρατό, τα εμπόδια στη φροντίδα συνδέονται συχνά με την πορεία της επαγγελματικής σταδιοδρομίας. Η επικράτηση των διαταραχών ψυχικής υγείας στον στρατό (ειδικά άγχος, κατάθλιψη και PTSD) είναι αναγνωρισμένοι παράγοντες κινδύνου αυτοκτονίας. Επιπλέον, η γνώση των οδών για υποστήριξη, που επιτρέπει την αναζήτηση βοήθειας, και οι κίνδυνοι για την ανάπτυξη είχαν επίδραση στην εξέλιξη των ιστοριών (McFarlane & Hodson, 2010).

Σημαντικά γεγονότα ζωής

Απώλεια της εργασίας, ανεργία για παρατεταμένες περιόδους, ανασφάλεια εργασίας, οικονομικό άγχος, προβλήματα με ερωτικούς συντρόφους, θάνατος στενών φίλων ή μελών της οικογένειας, εκφοβισμός ή παρενόχληση, βία και καταχρηστικές σχέσεις, φυσικές καταστροφές - όλα αυτά τα «γεγονότα ζωής» ή περιστάσεις μπορούν να λειτουργήσουν ως ενεργοποιητές για αυτοκτονική συμπεριφορά. Αυτό ήταν ιδιαίτερα εμφανές στις ιστορίες όπου η αντιμετώπιση τους με ατομικούς μηχανισμούς και πόρους γινόταν συντριπτική. Τα προβλήματα με το αλκοόλ και / ή τον τζόγο - συχνά για μεγάλο χρονικό διάστημα - συνδέονταν σαφώς με πολλούς από τους θανάτους αυτοκτονίας. Εμφανίστηκαν ως στοιχεία που συνέβαλαν στην καθοδική πορεία των επιδεινούμενων σχέσεων, των εργασιακών δυσκολιών και την γενική απελπισία, η οποία επιδείνωσε τη μοναξιά και τις αποξενωμένες βασικές υποστηρίξεις.

Για όσους βρίσκονται στο στρατό, ο κίνδυνος τραυματισμού ή θανάτου είναι μια διαρκώς παρούσα ιδέα. Τα περιστατικά σεξουαλικού τραύματος δεν είναι ασυνήθιστα (Ramchand et al. 2015), όπως και τα ψυχολογικά τραύματα από στρατιωτικές επιχειρήσεις.

Οι ζωές άλλαξαν για πάντα - Οικογενειακές παρεμβάσεις μετά από αυτοκτονία

Ήταν προφανές από τις ιστορίες που καταγράφηκαν ότι η ανάγκη των πενθούντων να ξαναχτίσουν τη ζωή τους βιώνονταν ως συντριπτική προοπτική από τους ίδιους, καθώς κάτι τέτοιο θα απαιτούσε να συνεχίσουν και να ανακτήσουν κάποια αίσθηση κανονικότητας χωρίς τον αγαπημένο του πέθανε από αυτοκτονία. Η πραγματικότητα είναι ότι για πολλούς από αυτούς τους ανθρώπους, η απώλεια ενός αγαπημένου από αυτοκτονία στοιχειώνει κάθε μέρα της ζωής τους, και όλοι οι συγγραφείς ιστοριών εξέφρασαν ότι η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου με αυτόν τον τρόπο δεν πρέπει ποτέ να συμβεί. Ένα εντυπωσιακό χαρακτηριστικό αυτών των ιστοριών ήταν πόσο συχνά αυτοί που έμειναν πίσω έπρεπε να αντιμετωπίσουν την ελάχιστη άτυπη ή επαγγελματική υποστήριξη. Σε ορισμένες

περιπτώσεις, όπου σημειώθηκαν πολλές αυτοκτονίες σε μια οικογένεια, μπορούσε να λειτουργήσει η υποστήριξη πένθους.

Για όσους βρίσκονται στο στρατό, ο θάνατος ενός μέλους που υπηρετεί (ή πρώην μέλος) θα συνεπάγεται συχνά σημαντικές διαπραγματεύσεις με το ADF ή το DVA, τόσο για υποστήριξη, όσο και για τυχόν δικαιώματα ().

Ανταπόκριση σε κίνδυνο αυτοκτονίας

Αναφέρθηκε ότι τα Τμήματα Έκτακτης Ανάγκης του Νοσοκομείου είναι ανεπαρκώς εξοπλισμένα και ακατάλληλα ως περιβάλλοντα για την εκτίμηση κινδύνου αυτοκτονίας. Παρά τα χρόνια προσπαθειών για τη βελτίωση αυτής της κατάστασης, οι κίνδυνοι για περιφρόνηση, ασέβεια και έλλειψη προσοχής κατά την παρουσίαση στα επείγοντα παραμένει υψηλή, όταν πρόκειται για άτομα με αυτοκτονικές διαθέσεις. Οι εναλλακτικές ρυθμίσεις για άτομα που αντιμετωπίζουν προσωπική κρίση και κινδυνεύουν να αυτοκτονήσουν τώρα είναι συνηθισμένες σε πολλές ανεπτυγμένες χώρες. Σε όλη την Αυστραλία, δεν υπάρχει σχεδόν καμία εναλλακτική λύση στα περιβάλλοντα των τμημάτων επειγόντων περιστατικών.

Για εκείνους που υπηρετούν στο στρατό, η προοπτική της αποκατάστασης έχει μεγάλη σημασία. Για μερικούς μπορεί να είναι πορεία προς την ανάρρωση, για άλλους ένα στάδιο «ιατρικής» απαλλαγής. Και τα δύο έχουν αντίκτυπο στο άτομο όσον αφορά την ικανότητα τους να υπηρετήσουν.

Η ανάγκη για απαντήσεις και δράση

Πολλές από τις ιστορίες μίλησαν για την απογοήτευση σχετικά με την έλλειψη εστίασης στην ψυχική υγεία και την πρόληψη των αυτοκτονιών, την έλλειψη διαθέσιμων αποτελεσματικών θεραπειών και υπηρεσιών. Πολύ συχνά οι προσπάθειες πρόληψης ήταν πολύ μικρές σε κλίμακα, πολύ μικρές σε διάρκεια και δεν κατόρθωσαν την οποιαδήποτε διαφορά στις αυτοκτονίες. Τέτοια παραδείγματα καταδεικνύουν σαφώς την ανάγκη για στρατηγικές πρόληψης αυτοκτονιών που να αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο τόσο σε επίπεδο κοινότητας όσο και σε επίπεδο πληθυσμού, και όχι απλώς σε αυτό του ατομικού κινδύνου. Αυτά τα μηνύματα είναι επίσης ακριβή για το προσωπικό που υπηρετεί στο στρατό.

7. Αυτοκτονία και αυτοτραυματισμός και χώρος εργασίας

Οι χώροι εργασίας είναι συχνά το τελευταίο μέρος όπου υπάρχει συνεχής επαφή με τα θύματα αυτοκτονιών στις δυτικές χώρες. Οι άνδρες σε ηλικία εργασίας αποτελούν το μεγαλύτερο μέρος των θανάτων από αυτοκτονία. Όταν λαμβάνει χώρα μια αυτοκτονία σε εργασιακό περιβάλλον, έχει έντονα αρνητικό αντίκτυπο στους συναδέλφους του θύματος.

Τα τελευταία χρόνια, υπήρξε μεγαλύτερη εστίαση στην έρευνα σχετικά με τους δεσμούς μεταξύ αυτοκτονίας, επαγγέλματος και συνθηκών στο χώρο εργασίας. Παρά την κοινή πεποίθηση ότι τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών συμβαίνουν σε ανδροκρατούμενους χώρους εργασίας, ο συσχετισμός μπορεί να αποδειχθεί περίπλοκος. Η ανειδίκευτη εργασία, το χαμηλότερο εισόδημα, η πιο επισφαλής απασχόληση και η χαμηλότερη εκπαίδευση συνδέονται επίσης συχνά με αυτούς τους χώρους εργασίας.

Ωστόσο, ορισμένοι από τους γνωστούς παράγοντες που σχετίζονται με τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας περιλαμβάνουν όταν ένα επάγγελμα έχει ειδικές γνώσεις ή / και πρόσβαση σε θανατηφόρα μέσα αυτοκτονίας, επαγγέλματα και συνθήκες με υψηλότερα επίπεδα άγχους, αβεβαιότητας και απομόνωσης, όπως η γεωργία, οικονομικά και κατασκευαστικοί τομείς, άνδρες ή γυναίκες σε μη παραδοσιακά επαγγέλματα - αφορούν δηλαδή γυναίκες που εργάζονται σε ανδροκρατούμενα επαγγέλματα και άνδρες που εργάζονται σε γυναικοκρατούμενα. Μπορεί να βιώσουν αυξημένο εσωτερικό εργασιακό άγχος που αυξάνει τον κίνδυνο αυτοκτονίας (Andersen et al., 2010).

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει τα σημαντικά υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας μεταξύ του οικοδομικού και κατασκευαστικού τομέα. Οι Heller et al. (2015) έδειξαν ότι αυτοί οι εργαζόμενοι στο Κουίνσλαντ είχαν ποσοστό αυτοκτονίας 1,46 φορές μεγαλύτερο από το εθνικό ποσοστό και ότι οι νεότεροι εργαζόμενοι σε αυτόν τον κλάδο είχαν σημαντικά αυξημένο ποσοστό αυτοκτονίας (2,52 φορές).

Η εγγενής φύση των θέσεων εργασίας στον τομέα των κατασκευών και των οικονομικών περιλαμβάνει γνωστούς παράγοντες κινδύνου, ανδροκρατία, πολύωρη εργασία (για τουλάχιστον έξι ημέρες έως 28 ημέρες), χαμηλή ασφάλεια εργασίας, υψηλά ποσοστά διαζυγίου και ερωτικών προβλημάτων, σκληρό, θορυβώδες, σκονισμένο, ζεστό και γενικά δυσάρεστο περιβάλλον εργασίας, αυξημένη χρήση αλκοόλ και άλλων ναρκωτικών, ιδίως κάνναβης και μεθαμφεταμίνης.

Μια μελέτη διαπίστωσε επίσης ότι οι εργάτες οικοδομών γενικά δεν γνώριζαν ότι εργάζονταν σε υψηλότερο επίπεδο βιομηχανικού κινδύνου και πίστευαν ότι η αυτοκτονία δεν μπορούσε να αποφευχθεί (Edith Cowan University, 2012). Η ίδια μελέτη διαπίστωσε ότι ήταν απίθανο να ζητήσουν βοήθεια όταν αισθάνονταν κατάθλιψη και δεν πίστευαν ότι οι αυτοκτονικές σκέψεις μπορούν να νικηθούν.

Έχουν διεξαχθεί εκτενείς έρευνες για την ψυχική υγεία και τον πολιτισμό και το κλίμα στο χώρο εργασίας (Karklins & Mendoza, 2016). Οι παράγοντες που σχετίζονται με τα φτωχότερα αποτελέσματα ψυχικής υγείας περιλαμβάνουν , την ποιότητα των εργασιακών σχέσεων - π.χ. επικοινωνία, αντιπαραγωγικές συμπεριφορές, αρνητικές ηγετικές συμπεριφορές, την ψυχολογική ποιότητα - π.χ. επίπεδα ελέγχου ή αυτονομίας, απαιτήσεις και πολυπλοκότητα, την ανασφάλεια εργασίας και την αντιληπτή μείωση της σταδιοδρομίας, οργανωτική αδικία - π.χ. διαδικαστική αδικία, άδικη αμοιβή, κακή οργανωτική κουλτούρα - π.χ. μοτίβα παραβιάσεων κανόνων, πεποιθήσεων, κοινοτικών προτύπων, καταναγκαστική ηγεσία.

Η φύση της εισόδου στον στρατό ή σε μια αμυντική δύναμη μπορεί να στρέψει τον εν λόγω πληθυσμό προς ένα γενικά υγιέστερο άτομο, σωματικά και ψυχικά. Το «φαινόμενο των υγιών εργαζομένων» τονίζει ότι «Οι εργαζόμενοι συνήθως παρουσιάζουν καλύτερη κατάσταση υγείας και χαμηλότερα συνολικά ποσοστά θανάτου από τον γενικό πληθυσμό επειδή τα άτομα με σοβαρή ασθένεια και τα άτομα με ειδικές ανάγκες αποκλείονται από την απασχόληση» (Nielsen & Knardahl, 2016, σελ. 232). Η φύση του ελέγχου και της αξιολόγησης των μελλοντικών υπαλλήλων για τον στρατό ή την αμυντική υπηρεσία έχει σχεδιαστεί για να επιλέγει αυτούς με ισχυρά χαρακτηριστικά σωματικής και ψυχικής υγείας, που μπορεί να αντικατοπτρίζουν τα χαμηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας που παρατηρούνται στο στρατιωτικό και αμυντικό προσωπικό σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (McFarlane & Hodson, 2010). Η διαμάχη προκύπτει κατά τη διερεύνηση της επίδρασης των υγιών εργαζομένων στους πληθυσμούς βετεράνων, όπου η επίδραση μπορεί να μην είναι τόσο ισχυρή όταν το άτομο απασχολείται σε σύγκριση με όταν εγκαταλείπει το στρατό (Bollinger et al., 2015), ακόμη και μετά τον έλεγχο για ορισμένες κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές (Kang et al., 2015).

7.1 Πολιτισμός στο χώρο εργασίας

Η κουλτούρα στο χώρο εργασίας, ή η κουλτούρα οργάνωσης, μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ψυχική υγεία των εργαζομένων και συμβάλλει στον κίνδυνο αυτοκτονίας. Ο Joiner (2013), ένας καθηγητής του οργανωτικού θεωρητικού πεδίου, περιγράφει τρία θεμελιώδη επίπεδα στα οποία εκδηλώνεται ο πολιτισμός:

- 1) Τα αντικείμενα είναι εμφανή στην επιφάνεια ως συμπεριφορά και απτά προϊόντα της ομάδας (π.χ. η γλώσσα, ο σχεδιασμός της ομάδας για το περιβάλλον της, θεσμοθετημένες τελετές) και κάτω από αυτές τις μορφές το κλίμα του οργανισμού αντιπροσωπεύει το βαθύτερο επίπεδο πολιτιστικών αντικειμένων.

- 2) Οι υποτιθέμενες πεποιθήσεις και αξίες είναι κοινά ιδανικά και θεωρίες που κατέχουν τα μέλη του οργανισμού. Όταν διατυπώνονται σαφώς, μπορούν να βοηθήσουν στην καθοδήγηση και την άμεση δράση και συμπεριφορά. Όταν είναι κατανοητά από όλα τα μέλη μπορούν να αποτελέσουν μια ενοποιητική δύναμη.
- 3) Οι υποκείμενες υποθέσεις που τα μέλη τείνουν να μοιράζονται και να θεωρούν δεδομένες, αναπτύχθηκαν μέσω κοινών εμπειριών στον οργανισμό, είναι ο πυρήνας της οργανωτικής κουλτούρας. Αυτές οι παραδοχές είναι γενικά αδιαμφισβήτητες ή ανεξέλεγκτες και είναι δύσκολο να διακριθούν καθώς υπάρχουν σε μεγάλο βαθμό σε ασυνείδητο επίπεδο (μερικές φορές εκφράζονται σε μια φιλοσοφία διαχείρισης). Παρέχουν το κλειδί για την κατανόηση του γιατί συμβαίνουν τα πράγματα με τον ίδιο τρόπο.

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι με τους οποίους η κουλτούρα στο χώρο εργασίας μπορεί να εντοπιστεί και να γίνει κατανοητή και μπορεί να είναι μέσω άμεσης εξέτασης, συμπεριλαμβανομένων:

- Παρατηρημένη συμπεριφορά: γλώσσα, έθιμα, παραδόσεις
- Πρότυπα ομάδας: πρότυπα και αξίες
- Αγαπημένες αξίες: δημοσιευμένες, δημοσιευμένες τιμές.
- Επίσημη Φιλοσοφία: αποστολή
- Κανόνες του παιχνιδιού: γραπτές και άγραφες
- Κλίμα: κλίμα ομαδικής αλληλεπίδρασης
- Ενσωματωμένες δεξιότητες
- Συνήθειες σκέψης, δράσης, παραδειγμάτων: Κοινή γνώση για κοινωνικοποίηση.
- Κοινόχρηστες έννοιες της ομάδας
- Μεταφορές ή σύμβολα

Ο Hofstede (2011) συζήτησε πέντε τομείς του πολιτισμού, με την απόσταση ισχύος να είναι ο πρώτος τομέας: ο βαθμός στον οποίο η κοινωνία αποδέχεται ότι υπάρχει διαφορά στα επίπεδα εξουσίας. Οι υπόλοιπα τέσσερα τομείς περιλαμβάνουν: την αποφυγή αβεβαιότητας, που αντικατοπτρίζει το βαθμό στον οποίο μια κοινωνία αποδέχεται την αβεβαιότητα και τον κίνδυνο • ατομικισμός εναντίον του κολεκτιβισμού, που αντικατοπτρίζει το βαθμό στον οποίο οι άνθρωποι αναμένεται να υπερασπίζονται τους εαυτούς τους ή εναλλακτικά να

ενεργούν κυρίως ως μέλη της ομάδας ή την οργάνωση • αρρενωπότητας εναντίον θηλυκότητας, που αναφέρεται στην αξία που αποδίδεται παραδοσιακά σε ανδρικές ή

γυναικείες αξίες, όπως ανταγωνιστικότητα ή επιθετικότητα • και μακροπρόθεσμος έναντι βραχυπρόθεσμου προσανατολισμού,

που αντικατοπτρίζει μια έμφαση στις αξίες που προσανατολίζονται προς το μέλλον, όπως η επιμονή, έναντι αυτών που είναι

προσανατολισμένες στο παρόν ή το παρελθόν, όπως η παράδοση. Είναι σημαντικό αυτές οι πτυχές του πολιτισμού να συνεργάζονται με την αποτελεσματική ηγεσία για να επέλθει η γενικότερη επιτυχία στο χώρο εργασίας.

8. Στρατηγικές Πρόληψης Αυτοκτονίας

8.1 Μια επισκόπηση

Παρά τη σημαντική έρευνα και την παραγωγή προγραμμάτων πρόληψης αυτοκτονιών, τα ποσοστά αυτοκτονιών συνεχίζουν να αυξάνονται, και υπάρχουν λίγα στοιχεία που δείχνουν την αποτελεσματικότητα των στρατηγικών ρουτίνας για την πρόληψη αυτών (Klonsky & May, 2015). Επιπλέον, οι Martin και Page (2011) περιγράφουν τη σημασία των προστατευτικών παραγόντων και την αξία της «σύνδεσης» για τον μετριασμό του κινδύνου.

Τα μοντέλα δράσης για την πρόληψη της αυτοκτονίας αναζητούν συνήθως μια ισορροπία (α) μείωσης των παραγόντων κινδύνου και (β) αυξανόμενων προστατευτικών παραγόντων, για κάθε άτομο (ή ομάδα) που χρειάζεται να κατανοήσει τους ατομικούς, κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, και το ποιοι από αυτούς (ή συνδυασμοί τους) είναι τροποποιήσιμοι. Η κατανόηση των παραγόντων κινδύνου μπορεί να φανεί χρήσιμη στον προσδιορισμό των ομάδων για τις οποίες έχει εντοπιστεί ανησυχία (π.χ. έκθεση σε τραύμα) (Gradus et al., 2013).

Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι μια σύνθετη ισορροπία κινδύνου και προστατευτικών παραγόντων, ιδιαίτερα όταν ο κίνδυνος μειώνει την ικανότητα αντιμετώπισης δύσκολων συνθηκών. Οι παράγοντες κινδύνου και προστασίας μπορούν να υπάρχουν σε τρία επίπεδα:

- 1) Η υγεία, η προσωπικότητα και η εμπειρία του ατόμου.
- 2) Η κοινωνική σύνδεση με την οικογένεια, τους φίλους και την κοινότητα.
- 3) Τα γεγονότα και περιστάσεις της ζωής ενός ατόμου.

Κάποια πράγματα μπορούν να αλλάξουν ή να τροποποιηθούν (π.χ. κατανόηση της υγείας). Ορισμένα πράγματα είναι σταθερά (π.χ. ηλικία ενός ατόμου). Ο κίνδυνος είναι μια πολύπλοκη αλληλεπίδραση απομακρυσμένων παραγόντων (π.χ. παρορμητικότητα) και εγγύς

παραγόντων (π.χ. αρνητικά συμβάντα ζωής), και αυτοί θα ποικίλλουν ανάλογα με τα άτομα και τις ομάδες ή είναι αναγνωρίσιμα σε πληθυσμούς (Platt & Hawton, 2013). Η πολυπλοκότητα της αλληλεπίδρασης μεταξύ του κινδύνου και των περιστάσεων ενός ατόμου είναι μια σημαντική εκτίμηση και πρέπει να δίνεται προσοχή στην εφαρμογή απλουστευτικών λύσεων.

Τα βιο-ψυχο-κοινωνικά μοντέλα μπορεί να λειτουργήσουν ως αφετηρία για την κατανόηση και την ανταπόκριση στο προσωπικό προφίλ ενός ατόμου και τις συνθήκες με βάση τα συμφραζόμενα, και να αποκαλύψουν τον αντίκτυπο που μπορεί να έχουν οι βιολογικοί, ψυχολογικοί, ψυχιατρικοί και κοινωνικοί παράγοντες κινδύνου στην ανάπτυξη αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Παρά την πολυπλοκότητα αυτή, η πλειονότητα των προσπαθειών πρόληψης αυτοκτονιών χρησιμοποιεί μόνο ένα ή μικρό αριθμό περιορισμένων στρατηγικών προσέγγισης. Αυτές οι στρατηγικές επανεμφανίζονται σε πολλές κριτικές κατά την τελευταία δεκαετία ή περισσότερο (Scott & Guo, 2012) και προωθούνται ως αποτελεσματικές στρατηγικές πρόληψης: ειδική εκπαίδευση των παρόχων πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης - συχνότερα για τους γιατρούς, εκπαίδευση καλώς τοποθετημένων «θυρωρών» για την έγκαιρη επέμβαση και παραπομπή - ιδιαίτερα για το προσωπικό των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών και το προσωπικό έκτακτης ανάγκης, περιορισμός της πρόσβασης στα μέσα αυτοκτονίας, ιδίως όπλων και φαρμακευτικών προϊόντων και γνωστών τοποθεσιών hotspot (γέφυρες, γκρεμούς κ.λπ.), δομημένη υποστήριξη για άτομα που αναγνωρίζεται ότι κινδυνεύουν, δομημένη συνεργασία και παρακολούθηση (ιδίως για εκείνους που επιχείρησαν αυτοκτονία), σχολικά προγράμματα, παροχή γραμμών βοήθειας ή γραμμών υποστήριξης κρίσεων (όπως το Lifeline), εκπαίδευση των μέσων ενημέρωσης / υπεύθυνη αναφορά.

Οι Du Roscoat και Beck (2013) εξέτασαν τις παρεμβάσεις πρόληψης αυτοκτονιών όσον αφορά την αποτελεσματικότητα. Εξέτασαν 41 μελέτες αξιολόγησης και διαπίστωσαν ότι οι τρεις πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις περιορίζουν την πρόσβαση σε θανατηφόρα μέσα, προάγουν την συνέχιση της επαφής με άτομα που απολύονται από μια μονάδα οξείας ψυχικής υγείας και την εφαρμογή τηλεφωνικών κέντρων έκτακτης ανάγκης. Τέσσερις άλλες κατηγορίες παρέμβασης θεωρήθηκαν ως πολλά υποσχόμενες αλλά χωρίς επαρκή στοιχεία - αυτές ήταν η κατάρτιση των ιατρών, η αναδιοργάνωση της φροντίδας, τα σχολικά προγράμματα και οι εκστρατείες γενικής ενημέρωσης. Οι συγγραφείς επισημαίνουν ότι οι περισσότερες από τις διαθέσιμες μελέτες επικεντρώνονται σε άτομα με υπάρχουσες ψυχολογικές διαταραχές παρά στον ευρύτερο πληθυσμό.

Μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση (Milner et al., 2016) αξιολόγησε εάν η πρόληψη αυτοκτονίας που παρέχεται στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη από τους γιατρούς οδηγεί σε λιγότερους θανάτους αυτοκτονιών, επεισόδια αυτοτραυματισμού, απόπειρες και χαμηλότερη συχνότητα σκέψεων για αυτοκτονία. Τα ευρήματα αμφισβητούσαν μερικές από τις επικρατούσες και αποδεκτές στρατηγικές για την πρόληψη αυτοκτονιών, με τους συγγραφείς να δηλώνουν ότι δεν μπορούν στη βάση της μελέτης να προτείνουν «την έναρξη της πρόληψης αυτοκτονιών από πρωτοβουλίες γενικών προγραμμάτων».

Η δυσκολία στη μέτρηση της αξίας ορισμένων από αυτές τις παρεμβάσεις είναι η έλλειψη εξειδίκευσης. Για παράδειγμα, τα «σχολικά προγράμματα» είναι μια ευρεία κατηγορία που μπορεί να περιλαμβάνουν ψυχολογική αξιολόγηση, ψυχολογική στήριξη ενός προς έναν, εκπαίδευση εκπαιδευτικών ή / και γονέων, εκπαίδευση ανθεκτικότητας για μαθητές, προγράμματα με συνομηλίκους κ.ο.κ. Λίγες σχολικές μελέτες εξετάζουν αυτές τις διαφορετικές προσεγγίσεις στην πρόληψη της αυτοκτονίας με βάση το σχολείο ή βρίσκονται σε ένα ευρύτερο παιδαγωγικό πλαίσιο και έχουν πολύ μικρό χρονικό διάστημα για να εξαγάγουν ισχυρά συμπεράσματα.

Μια μεγάλη ευρωπαϊκή μελέτη - το έργο SEYLE - αποτελεί εξαίρεση. Η μελέτη περιελάμβανε πάνω από 11.000 μαθητές σε 164 σχολεία σε 10 χώρες. Δοκίμασε 3 παρεμβάσεις ως αποτέλεσμα σε διαστήματα 3- και 12 μηνών. Οι τρεις παρεμβάσεις ήταν: (1) Ερώτηση, Πειθώ, και Αναφορά (QPR), μια ενότητα με προστατευτικό χαρακτήρα που απευθύνεται σε εκπαιδευτικούς και άλλο σχολικό προσωπικό, (2) το Πρόγραμμα Ευαισθητοποίησης Νεολαίας για την Ψυχική Υγεία (YAM) που στοχεύει μαθητές και (3) έλεγχος από επαγγελματίες (ProfScreen) με παραπομπή μαθητών που βρίσκονται σε κίνδυνο. Μετά από 12 μήνες, το YAM ήταν η μόνη παρέμβαση που έδειξε σημαντική μείωση στις απόπειρες αυτοκτονίας και τον ιδεασμό της μεταξύ των μαθητών (Wasserman et al., 2015).

8.2 Πολύπλοκες παρεμβάσεις

Στις ΗΠΑ, το CDC καθορίζει μια στρατηγική κατεύθυνση για την πρόληψη της αυτοκτονικής συμπεριφοράς με επίκεντρο την προώθηση της ατομικής, οικογενειακής και κοινοτικής σύνδεσης (CDC, πρόσβαση στις 27 Νοεμβρίου 2016). Καθορίζει μια ολοκληρωμένη προσέγγιση για την αντιμετώπιση της αυτοκτονίας ως πρόβλημα δημόσιας υγείας. Αυτό επεκτείνει το εύρος και την εμβέλεια των πιθανών στρατηγικών πρόληψης από εκείνες που εστιάζουν στα άτομα που βρίσκονται ή είναι κοντά στο σημείο κρίσης. Περιλαμβάνει ευρύτερη εφαρμογή ολοκληρωμένων μοντέλων όπως το Πρότυπο Πρόληψης

της Πολεμικής Αεροπορίας των ΗΠΑ και άλλα - τόσο πολυεπίπεδες, ολοκληρωμένες, ολόκληρες κοινοτικές προσεγγίσεις.

Η πρόσφατη έρευνα για την αυτοκτονία έχει διευρύνει την κατανόηση του κινδύνου αυτοκτονίας και της ευπάθειας. Μία σημαντική ανάπτυξη είναι το «πλαίσιο ιδεολογίας προς δράση» (Klonsky et al., 2016) που περιγράφει την τροχιά στην αυτοκτονία ως διακριτά στάδια (α) την ανάπτυξη ιδεών αυτοκτονίας, (β) την πρόοδο προς απόπειρα αυτοκτονίας. Οι παράγοντες που περιβάλλουν αυτά τα μονοπάτια είναι μοναδικοί και διακρίνουν τον ιδεασμό από την απόπειρα. Αυτές οι αντιλήψεις θα ανανεώσουν τις συστάσεις για μια στρατηγική πρόληψης αυτοκτονιών.

Οι στρατηγικές για την πρόληψη αυτοκτονιών ποικίλλουν σημαντικά και κυμαίνονται από την ευαισθητοποίηση έως τα κοινοτικά προγράμματα αλληλοπροστασίας, και σε ευρεία κλίμακα, σταδιακά στρατηγικά προγράμματα. Στην Αυστραλία, η Εθνική Η Στρατηγική Πρόληψης Αυτοκτονιών (LiFE framework Department of Health and Ageing, 2008) παρέχει πλαίσιο δράσης, αλλά είναι περιγραφικό. Τα μεμονωμένα κράτη και εδάφη της Αυστραλίας έχουν αναπτύξει ανεξάρτητα, ευθυγραμμισμένα έγγραφα στρατηγικής που αντιμετωπίζουν τις ιδιαίτερες ανησυχίες τους (π.χ. Department of Health and Human Services, 2016).

Δυστυχώς, παρά τα κυβερνητικά σχέδια πρόληψης αυτοκτονιών και στρατηγικών που δημοσιεύονται για περισσότερο από δύο δεκαετίες, δεν υπάρχουν σχεδόν καθόλου διαθέσιμα δεδομένα αξιολόγησης. Αυτό εξετάζεται στην επόμενη ενότητα.

Επιπλέον, υπάρχει έλλειψη σταθερών στοιχείων σχετικά με την πιο αποτελεσματική στρατηγική για την πρόληψη της αυτοκτονίας. Ενώ η πολυπλοκότητα σχετίζεται με τις τροχιές προς την αναγνώριση των αυτοκτονιών, τα προγράμματα που αντιμετωπίζουν τους γνωστούς παράγοντες κινδύνου και συμπεριφορών με πολλαπλά επίπεδα θεωρούνται πιο υψηλά (Van der Feltz-Cornelis et al., 2011). Τα πολυτροπικά προγράμματα για καθορισμένους πληθυσμούς ή γεωγραφικές περιοχές είναι υποσχόμενα σε έναν αριθμό χωρών (Gullestrup et al., 2011). Η έλλειψη λιγότερο περιεκτικών προγραμμάτων σε σχέση με την πολυπλοκότητα για την αντιμετώπιση των σύνθετων τροχιών της αυτοκτονίας και οι απόπειρες απλοποίησης του κινδύνου οδηγούν σε λανθασμένη αξιολόγηση (Hom et al., 2016).

Το 2020 ξεκίνησε ένα πρόγραμμα συνεχούς μελέτης που εξετάζει ένα πολύπλευρο πρόγραμμα πρόληψης αυτοκτονιών στην κοινότητα της Νυρεμβέργης στη Γερμανία. Έγινε γνωστό ως «Συμμαχίες κατά της κατάθλιψης (2000-2014)», και η προσέγγιση του έχει εφαρμοστεί κοινοτικά σε 10 ευρωπαϊκές χώρες και τη Χιλή (Hegerl et al., 2013).

9. Εθνικά και Διεθνή Πλαίσια Πρόληψης Αυτοκτονίας

9.1 Διεθνή πλαίσια πρόληψης αυτοκτονίας

Ο WHO καθόρισε ένα πρόγραμμα δράσης για τη δημόσια υγεία για τα κράτη μέλη που αφορούν στην πρόληψη της αυτοκτονίας το 2012 (WHO, 2012). Περιλαμβάνει λεπτομερείς διαδικασίες για τον τρόπο ανάπτυξης μιας αποτελεσματικής στρατηγικής πρόληψης αυτοκτονιών, συμπεριλαμβανομένων των οδηγιών καθορισμού σαφών στόχων, εντοπισμού κινδύνων και προστατευτικών παραγόντων που είναι περιφερειακά συναφείς, καθορίζοντας αποτελεσματικές στρατηγικές παρέμβασης, στοχεύοντας στην πρόληψη στο γενικό πληθυσμό, σε επίπεδο κινδύνου και σε ατομικό επίπεδο, βελτιώνοντας την καταχώριση περιπτώσεων και την έρευνα και συνεχή παρακολούθηση και αξιολόγηση των βασικών αποτελεσμάτων. Είναι σημαντικό ότι ο WHO υποστήριξε ότι «... η έλλειψη των πόρων - ανθρώπινων ή οικονομικών - δεν μπορεί πλέον να παραμείνει αποδεκτή δικαιολογία για την μη ανάπτυξη ή εφαρμογή εθνικής στρατηγικής πρόληψης των αυτοκτονιών »(WHO, 2012, σελ. 20), αποσαφηνίζοντας έτσι ότι η πρόληψη αυτοκτονιών είναι ένα σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας.

9.2 Εθνικά πλαίσια πρόληψης αυτοκτονιών

Αρκετές εθνικές και δικαιοδοτικές στρατηγικές πρόληψης αυτοκτονιών αξίζουν να εξεταστούν με πλαίσιο τις εθνικές πρωτοβουλίες πρόληψης αυτοκτονιών. Στη Σκωτία, το μεγαλύτερο σχέδιο πρόληψης αυτοκτονιών έληξε το 2016. Κάλυπτε διάφορους βασικούς στρατηγικούς τομείς σε πέντε θέματα: (1) Απάντηση σε άτομα που βρίσκονται σε κίνδυνο (2) ομιλία για αυτοκτονία (3) βελτίωση της ανταπόκρισης του NHS στην αυτοκτονία (4) ανάπτυξη της βάσης αποδεικτικών στοιχείων και (5) υποστήριξη της αλλαγής και της βελτίωσης. Ευρέως, τα θέματα αυτά στοχεύουν στην ενίσχυση της υπηρεσίας υγείας και των ατομικών ανταποκρίσεων σε άτομα που βρίσκονται σε κίνδυνο, την εξάλειψη του στιγματισμού μιλώντας για την αυτοκτονία, την συλλογή υψηλής ποιότητας δεδομένων και αποδεικτικών στοιχείων και, υποστήριξη μεταβάσεων για υπηρεσίες πρόληψης αυτοκτονιών.

Η στρατηγική της Αγγλίας για το διάστημα 2010-2015 για την πρόληψη αυτοκτονιών περιελάμβανε ορισμένους σαφέστερους βασικούς τομείς δράσης, συμπεριλαμβανομένης της μείωσης του κινδύνου αυτοκτονίας για όσους βρίσκονται σε ομάδες υψηλού κινδύνου και της μείωσης της πρόσβασης στα μέσα αυτοκτονίας. Ωστόσο, εξακολουθούσαν να υπάρχουν γενικές δηλώσεις, συμπεριλαμβανομένης της πρόθεσης προσαρμογής των προσεγγίσεων για την βελτίωση της ψυχικής υγείας σε συγκεκριμένες ομάδες. Στο λεπτομερές έγγραφο,

περιλαμβάνονται αυτές οι συγκεκριμένες ομάδες από νέους, άνδρες, επιζώντες από κακοποίηση ή / και βία και άτομα που ζουν με χρόνια σωματική ασθένεια. Λείπουν οι ιδιαιτερότητες του τρόπου με τον οποίο θα βοηθηθούν αυτές οι συγκεκριμένες ομάδες, ιδιαίτερα σχετικά με την ολοκληρωμένη φροντίδα σε όλες τις υπηρεσίες.

Η τρέχουσα ιρλανδική στρατηγική πρόληψης αυτοκτονιών «Σύνδεση για τη ζωή» παρουσιάζει μια πιο περιεκτική και φιλόδοξη στρατηγική από τις δύο προηγούμενες συζητήσεις. Στο έγγραφο, αναφέρονται με σαφήνεια τα βασικά αποτελέσματα της μείωσης των ποσοστών αυτοκτονίας -συνολικά και σε συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού. Επιπλέον, η στρατηγική επίσης αποσκοπεί στη μείωση των παρουσιάσεων αυτοτραυματισμών, και πάλι σε επίπεδο πληθυσμού και σε αναγνωρισμένους πληθυσμούς υψηλού κινδύνου. Είναι σημαντικό ότι η στρατηγική περιγράφει με σαφήνεια πώς θα αξιολογηθεί η πρόοδος, με καθορισμένη πρωτογενή αποτελέσματα και μεταβλητές, μαζί με δευτερεύοντες δείκτες συμπεριλαμβανομένης της μέτρησης του τρόπου με τον οποίο τα μέσα ενημέρωσης αναφέρουν την αυτοκτονία, ενώ περιγράφει και την πρόσβαση σε υπηρεσίες υποστήριξης και την αυξημένη κατανόηση του κοινού. Περαιτέρω αυτοί οι στόχοι είναι μια συστηματική αξιολόγηση της διαδικασίας, όχι μόνο για την αξιολόγηση του αντίκτυπου της στρατηγικής και την υλοποίηση των στόχων, αλλά και τις διαδικασίες που στηρίζουν τη στρατηγική.

Στον Καναδά, δεν υπάρχει επί του παρόντος εθνική στρατηγική πρόληψης αυτοκτονιών εν μέσω έντονων κλήσεων από ακαδημαϊκούς και εκπρόσωπους δημόσιας υγείας για την ανάπτυξη ενός σχεδίου (Eggertson, 2015). Παρά το γεγονός αυτό, η επαρχία του Κεμπέκ πρωτοστάτησε στη χάραξη στρατηγικής, την εφαρμογή και την επιτυχία, βλέποντας τα ποσοστά αυτοκτονιών στην επαρχία να μειώνονται σταθερά την τελευταία δεκαετία με τη Στρατηγική πρόληψης αυτοκτονιών «Βοήθεια για ζωή». Η στρατηγική περιγράφει διάφορους βασικούς τομείς δράσης, όπως:

- 1) Παροχή και ενοποίηση βασικών υπηρεσιών και τερματισμός της απομόνωσης των υπευθύνων εργασίας.
- 2) Αύξηση επαγγελματικών δεξιοτήτων.
- 3) Παρέμβαση σε ομάδες που κινδυνεύουν.
- 4) Προώθηση προγραμμάτων προώθησης-πρόληψης μεταξύ των νέων ·
- 5) Μείωση της πρόσβασης και ελαχιστοποίηση των κινδύνων που σχετίζονται με τα μέσα αυτοκτονίας.
- 6) Αντιμετώπιση της απευαισθητοποίησης της αυτοκτονίας αναπτύσσοντας μια αίσθηση κοινότητα και ευθύνη · και
- 7) Ενίσχυση και διαφοροποίηση της έρευνας.

Αυτό που είναι μοναδικό για το έγγραφο του Κεμπέκ είναι το σημαντικό επίπεδο λεπτομέρειας, συμπεριλαμβανομένης της δράσης με στρατηγικές σε καθορισμένα χρονικά πλαίσια για την παράδοση και τους συγκεκριμένους τομείς στους οποίους θα έχει την ευθύνη της εκτέλεσης. Επιπλέον, οι συγκεκριμένοι δείκτες εφαρμογής είναι λεπτομερείς και τα βασικά αποτελέσματα περιλαμβάνουν μέτρα, όπως ποσοστά θνησιμότητας για αυτοκτονία κατά φύλο και ηλικία, μέθοδο αυτοκτονίας, απόπειρα αυτοκτονίας και ποσοστό νοσηλείας μετά από απόπειρα αυτοκτονίας. Όλα αυτά είναι ξεκάθαρα καθορισμένα βασικά μέτρα έκβασης. Παρά τα βασικά πλεονεκτήματα της στρατηγικής, που εφαρμόστηκε το 1998, παρέμειναν σημαντικές παραλείψεις με τους πληθυσμούς Inuit και αυτόχθονες που δεν εκπροσωπούνται καθ' όλη τη διάρκεια του εγγράφου (Crawford, 2015).

Στις ΗΠΑ, ο Γενικός Χειρουργός κυκλοφόρησε μια εθνική στρατηγική το 2012 καθορίζοντας 4 βασικές στρατηγικές κατευθύνσεις:

- (1) Προώθηση υγιών και ενδυναμωμένων ατόμων, οικογενειών και κοινοτήτων
- (2) τόνωση κλινικών και κοινοτικών προληπτικών υπηρεσιών
- (3) προσαρμογή υπηρεσιών οξείας θεραπείας και υποστήριξης
- (4) και περιγραφή μιας ατζέντας για έρευνα και αξιολόγηση υψηλής ποιότητας (U.S Department of Health and Human Services, 2012). Η στρατηγική ήταν μια ολοκληρωμένη διεύθυνση για την πρόληψη αυτοκτονιών για την επόμενη δεκαετία.

9.3 Προσέγγιση της Αυστραλίας στην πρόληψη των αυτοκτονιών

Η Αυστραλία ήταν μια από τις πρώτες χώρες που καθιέρωσε μια συγκεκριμένη εθνική στρατηγική πρόληψης αυτοκτονιών και συνοδευτικό ειδικό πρόγραμμα χρηματοδότησης. Η αρχική στρατηγική (1995-1999) επικεντρώθηκε στην αυτοκτονία των νέων και είχε προϋπολογισμό 31 εκατομμυρίων δολαρίων για τέσσερα χρόνια. Η στρατηγική διευρύνθηκε αντιμετώπιση της αυτοκτονίας σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Η εθνική στρατηγική πρόληψης αυτοκτονιών, NSPS, συνεχίστηκε από τότε. Το NSPS προωθείται ως το πλαίσιο «Η Ζωή είναι για όλους» (LiFE Framework, 2016). Τα ευρεία στοιχεία και παράμετροι του LiFE Framework είναι:

- 1) Παρεμβάσεις ολόκληρου του πληθυσμού για:
- 2) μείωση της πρόσβασης στα μέσα αυτοκτονίας ·
- 3) μείωση του αρνητικού στίγματος της αυτοκτονίας, και
- 4) βελτίωση της ανθεκτικότητας των οικογενειών και των κοινοτήτων·

- 5) Παρεμβάσεις για προσδιορισμένες ομάδες κινδύνου για την οικοδόμηση ανθεκτικότητας και την οικοδόμηση ενός περιβάλλοντος που προωθεί την αυτοβοήθεια και την πρόσβαση στην υποστήριξη.
- 6) Προσδιορισμός σημείων ενός ατόμου που κινδυνεύει να αυτοκτονήσει και παροχή σχετικής υποστήριξης.
- 7) Παρεμβάσεις για όσους εμφανίζουν σημάδια υψηλού κινδύνου ή επικείμενη πιθανότητα αυτοκτονίας.
- 8) Πρόσβαση σε πρώιμη περίθαλψη και υποστήριξη όταν απαιτείται θεραπεία και εξειδικευμένη περίθαλψη.
- 9) Ολοκληρωμένη επαγγελματική φροντίδα όταν απαιτείται για θεραπεία, διαχείριση και ανάρρωση.
- 10) Μακροχρόνια θεραπεία και υποστήριξη για την προετοιμασία θετικής ανάκαμψης και του μέλλοντος, και
- 11) Συνεχής φροντίδα και πολυεπίπεδη υποστήριξη.

Το 2014, η Εθνική Επιτροπή Ψυχικής Υγείας δεσμεύτηκε από την κυβέρνηση να διενεργήσει μια Επισκόπηση προγραμμάτων και υπηρεσιών ψυχικής υγείας (η Επισκόπηση). Η τελική έκθεση της Επιτροπής, *To Contributor Lives, Thriving Communities*, υποβλήθηκε στην Κυβέρνηση την 1η Δεκεμβρίου 2014.

Η ανασκόπηση υπογράμμισε την υπάρχουσα πολυπλοκότητα, αναποτελεσματικότητα και κατακερματισμό στο σύστημα της ψυχικής υγείας. Η Επιτροπή συνέστησε να αλλάξουν οι θεμελιώδεις αλλαγές στο σύστημα ψυχικής υγείας για να μεταφέρουν την εστίαση του συστήματος από την κρίση και την οξεία φροντίδα στις υπηρεσίες που βασίζονται στην κοινότητα, την πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη, την πρόληψη και έγκαιρη παρέμβαση και την καλύτερη εστίαση των υπηρεσιών στην υποστήριξη ατόμων και οικογενειών.

Η επισκόπηση διαπίστωσε ότι οι τρέχουσες προσπάθειες για την πρόληψη αυτοκτονιών ήταν κατακερματισμένες, δεν είχαν εστίαση και ήταν σε μεγάλο βαθμό αναξιολόγητες. Η κριτική κατέληξε στο συμπέρασμα ότι απαιτείται μια νέα προσέγγιση στην πρόληψη αυτοκτονιών, με ισχυρή εθνική κατεύθυνση που υποστηρίζεται από ολοκληρωμένο, συντονισμένο σχεδιασμό και εφαρμογή σε περιφερειακό επίπεδο.

Στη συνέχεια, η αυστραλιανή κυβέρνηση απάντησε στην Επισκόπηση και ενέκρινε σε μεγάλο βαθμό τις συστάσεις για μεταρρύθμιση. Η κυβέρνηση βρίσκεται τώρα στη

διαδικασία επαναπροσανατολισμού των υπηρεσιών πρόληψης και ανάθεσης της ευθύνης για εφαρμογή στα δίκτυα της πρωτοβάθμιας υγείας (PHN).

Εκτός από τις ενέργειες της εθνικής κυβέρνησης, τα περισσότερα κράτη και εδάφη της Αυστραλίας είχαν ή / και εφαρμόζουν στρατηγικές πρόληψης αυτοκτονίας ή πλαίσια. Ενώ αυτά είναι σε μεγάλο βαθμό συνεπή με το LiFE Framework, υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην έμφαση και την προσέγγιση.

Πρόσφατα, η NSW Επιτροπή Ψυχικής Υγείας με το Κέντρο Έρευνας Αριστείας στην Πρόληψη της Αυτοκτονίας (CRESP) έχει αναπτύξει ένα πλαίσιο πρόληψης «προσέγγισης συστημάτων» που βασίζεται σε 4 κλειδιά πυλώνες:

- 1) Εφαρμογή τεκμηριωμένων στρατηγικών πρόληψης αυτοκτονιών σε τοπικές περιοχές, χρησιμοποιώντας τις υπάρχουσες κοινοτικές δομές και πρωτοβουλίες όπου είναι δυνατόν
- 2) Υιοθέτηση κοινού πλαισίου αξιολόγησης σε τοπικές περιοχές
- 3) Συμμετοχή τοπικών κοινοτήτων, όπως υπηρεσίες υγείας, σχολεία, κοινοτικοί οργανισμοί, εργοτάξια, αγροτικές περιοχές και απομακρυσμένες υπηρεσίες, και αστυνομία, στην πρόληψη αυτοκτονιών, και την οικοδόμηση και την ετοιμότητα σε όλες αυτές τις οργανώσεις εντός της κοινότητας.
- 4) Καθιέρωση καλής εφαρμογής, διακυβέρνησης, πόρων και διαδικασιών σε κεντρικές και τοπικές περιοχές. (NHMRC; CRESP, 2015 σ. 9)

Αξιοσημείωτες είναι οι στρατηγικές πρόληψης που κυμαίνονται από το άτομο έως τα επίπεδα πληθυσμού που συνδέονται με την πρώτη εστίαση της βασικής στρατηγικής. Αυτές περιλαμβάνουν εννέα πρακτικές που βασίζονται σε στοιχεία που αποδεικνύονται αποτελεσματικές στην πρόληψη των αυτοκτονιών.

Ωστόσο, οι εννέα στρατηγικές πρόληψης αυτοκτονιών περιλαμβάνουν τομείς όπου απαιτούνται περαιτέρω αποδείξεις για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας τους στην πρόληψη της αυτοκτονίας. Προς το παρόν, δεν υπάρχουν επαρκή αποδεικτικά στοιχεία σχετικά με τον έλεγχο για αυτοκτονία στην πρωτοβάθμια φροντίδα, εκστρατείες ευαισθητοποίησης του κοινού και αναφορές μέσω Κατευθυντήριων γραμμών. Επιπρόσθετα, απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση της εκπαίδευσης των ιατρών και του Διαδικτύου και υποστήριξη τηλεφωνικής γραμμής (Zalsman et al., 2016).

9.4 Θα κάνουν τα «εθνικά πλαίσια πρόληψης της αυτοκτονίας» την διαφορά;

Υπάρχει μεταβλητότητα κατά την αξιολόγηση των πλαισίων πρόληψης αυτοκτονιών και της ικανότητάς τους να μειώσουν τους θανάτους από αυτοκτονία και τις απόπειρες. Ενώ υπάρχει σημαντική επικάλυψη και συμφωνία μεταξύ των πλαισίων εντός και εκτός των δυτικών χωρών, η αποτελεσματικότητα οποιουδήποτε δεδομένου πλαισίου εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από αυτό υλοποίηση (Christensen, 2016). Η κατακερματισμένη εφαρμογή μπορεί να μειώσει την αποτελεσματικότητα και, μακροπρόθεσμα, να μην δείχνει μείωση των ποσοστών αυτοκτονίας. Ως εκ τούτου, οι στρατηγικές πρόληψης που στοχεύουν σε συγκεκριμένες περιοχές μεμονωμένα μπορεί να είναι αναποτελεσματικές και να είναι εξαιρετικά δύσκολο να αξιολογηθούν.

Έτσι, τα πλαίσια πρόληψης αυτοκτονιών πρέπει να αναλυθούν με βάση μια προσέγγιση συστημάτων για την πρόληψη της αυτοκτονίας, και για να είναι επιτυχής, πρέπει να εφαρμοστεί σε επίπεδο ολόκληρου του συστήματος. Μια στρατηγική πρόληψης αυτοκτονιών που εφαρμόζεται επιτυχώς μπορεί να αναμένει μείωση κατά 10-17% των θανάτων αυτοκτονιών εντός 3 ετών (National Office for Suicide Prevention, 2015). Αυτές οι στρατηγικές πρέπει να είναι συστημικές και να περιλαμβάνουν προσεγγίσεις σε επίπεδο ατόμου, κοινότητας και πληθυσμού. Σε γενικές γραμμές, οι εθνικές στρατηγικές έχουν δείξει αποτελεσματικότητα στη μείωση των θανάτων αυτοκτονιών μεταξύ των νέων και των ηλικιωμένων πληθυσμών, αλλά τείνουν να έχουν μικρή ή καμία επίδραση στους πληθυσμούς σε ηλικία εργασίας (Matsubayashi & Ueda, 2011), γεγονός που υποδηλώνει ότι εκείνοι μέσα σε αυτόν τον πληθυσμό είναι που χρειάζονται την μεγαλύτερη προσοχή. Τα επιτυχημένα πλαίσια πρόληψης αυτοκτονιών εξαρτώνται από ολοκληρωμένη υλοποίηση και δράση και συμμετοχή από όλους τους εμπλεκόμενους από τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής έως τους επαγγελματίες υγείας (Christensen, 2016).

Η αποτελεσματικότητα ενός πλαισίου πρόληψης αυτοκτονιών εξαρτάται επίσης από την ολοκλήρωση των υπηρεσιών, όχι μόνο της ψυχικής υγείας, αλλά και των βοηθητικών κοινωνικών υπηρεσιών όπως το Centrelink, των οργανισμών αστέγων, των εκπαιδευτικών ιστότοπων, των χώρων εργασίας και των χώρων όπου ζουν οι άνθρωποι (NMHC, 2013). Το NMHC ισχυρίστηκε στην κάρτα αναφοράς του 2013 για την ψυχική υγεία πως οι τρέχουσες στρατηγικές «δεν προσφέρουν καμία αίσθηση για το σε ποιες παρεμβάσεις πρέπει να δοθούν προτεραιότητα »(σελ. 90), πράγμα που σημαίνει ότι οποιαδήποτε στρατηγική πρόληψης αυτοκτονιών δεν μπορεί να είναι ένα γενικό έγγραφο κατευθυντήριας γραμμής, αλλά εστιασμένη, κατηγορηματική και άμεση σε σχέση με το πλαίσιο δράσης και εφαρμογής.

10. Αξιολόγηση του κινδύνου αυτοκτονίας

Η εκτίμηση κινδύνου αυτοκτονίας, σε διάφορα περιβάλλοντα, έδειξε μικτά αποτελέσματα και λίγα έχουν αξιολογηθεί χρησιμοποιώντας διαχρονικές μελέτες (Franklin et al., 2016). Τα περισσότερα από τα εργαλεία εκτίμησης κινδύνου αναπτύχθηκαν μέσω συναίνεσης εμπειρογνομόνων.

Αυτήν την στιγμή υπάρχουν πολλά εργαλεία διαλογής εκτίμησης κινδύνου αυτοκτονίας, μνημονικές στρατηγικές και οδηγίες, συμπεριλαμβανομένων ενδεικτικά:

- 1) Εργασία με τον αυτοκτονικό ασθενή - Ένας οδηγός για επαγγελματίες υγείας
- 2) Σύστημα ταξινόμησης αυτοκατευθυνόμενης βίας (Matarazzo et al., 2013).
- 3) Κλίμακα Βαθμολογίας Αυτοκτονίας Columbia (Posner et al., 2011).
- 4) Παγκόσμια αξιολόγηση της κλίμακας κινδύνου αυτοκτονίας των νοσηλευτών (van Veen et al., 2014)

Αυτοί οι μηχανισμοί για την εκτίμηση του κινδύνου αυτοκτονίας αναπτύσσονται συχνά για διαφορετικό κοινό, για παράδειγμα, φοιτητές ιατρικής, φροντιστές πρωτοβάθμιας υγείας ή το ευρύ κοινό. Ωστόσο, υπάρχει σημαντική ετερογένεια μεταξύ εργαλείων ελέγχου αυτοκτονίας. Επίσης, η ακρίβεια και η αποτελεσματικότητα των εργαλείων διαλογής έχουν αμφισβητηθεί, με κάποιες έρευνες να διαπιστώνουν ότι ο έλεγχος για τον κίνδυνο αυτοκτονίας σε ενήλικες και πληθυσμούς εφήβων (O'Connor et al., 2013) και με ψυχιατρικούς πληθυσμούς εσωτερικών ασθενών (Μεγάλοι & Ryan, 2014) μπορεί να μην είναι αποτελεσματικός. Ο Large και ο Ryan (2014) διαπίστωσαν ότι η ταξινόμηση των ψυχιατρικών ασθενών με όρους κινδύνου αυτοκτονίας δεν παρείχε κανένα κλινικό όφελος στη λήψη αποφάσεων. Στην μετα-ανάλυση των O'Connor et al. (2013), παρατηρήθηκε ότι η ακρίβεια των εργαλείων διαλογής ήταν χαμηλότερη σε ηλικιωμένους, ελάχιστη για έλεγχο σε ενήλικες και φτωχή με εφήβους πληθυσμούς.

Τα περιορισμένα στοιχεία που υποστηρίζουν τη χρήση του εργαλείου διαλογής σε κλινικές και κοινοτικές ρυθμίσεις οφείλονται συχνά στην έλλειψη τεχνικών αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται κατά την ανάπτυξη εργαλείων διαλογής. Συγκεκριμένα, πολλά εργαλεία διαλογής δεν έχουν μέτρα ειδικότητας και ευαισθησίας, διαγνωστικής ακρίβειας ή συγκρίσεων με συνεντεύξεις ή / και αξιολογήσεις γιατρού (O'Connor et al., 2013). Ο Ryan και Large (2013) υποστηρίζουν ότι οι εκτενείς αξιολογήσεις κινδύνου αυτοκτονίας πρέπει να εγκαταλειφθούν για «ολοκληρωμένες κλινικές αξιολογήσεις της κατάστασης και των αναγκών κάθε ασθενούς» (σελ. 463).

Τόσο ο Jobes (2012) όσο και ο Shea (2014) αμφισβητούν επίσης τις απλές λίστες ελέγχου υπέρ πιο ανοιχτού διαλόγου ή ευέλικτης προσέγγισης βασισμένης στην κινητήρια θεωρία για την αποκάλυψη αυτοκτονικών ιδεών και προθέσεων. Η προσέγγιση συνεργατικής αξιολόγησης και διαχείρισης αυτοκτονίας (CAMS) (Jobes, 2012) είναι μια θεραπευτική φιλοσοφία και κλινικό πλαίσιο - όχι ένα ενιαίο σύνολο ελέγχων και αξιολογήσεων. Σύμφωνα με τον Shea (2014), η προσέγγιση CASE συνδυάζει την τέχνη της συνομιλίας με την επιστήμη της κλινικής αξιολόγησης.

Λαμβάνοντας υπόψη την πολυπλοκότητα των ατομικών παραγόντων κινδύνου που συζητήθηκαν νωρίτερα, δικαιολογείται μια διεξοδική και εξατομικευμένη προσέγγιση. Ο Shea επισημαίνει ότι το άτομο με την πιο σοβαρή πρόθεση αυτοκτονίας μπορεί να είναι πιο πιθανό να την αποκρύψει.

10.1 Αξιολόγηση κινδύνου σε Τμήματα Έκτακτων Περιστατικών

Οι πρώτες 30 ημέρες μετά το εξιτήριο από ένα τμήμα έκτακτων περιστατικών είναι η περίοδος κατά την οποία είναι υψηλότερος ο κίνδυνος για έναν ασθενή να πεθάνει από αυτοκτονία, ενώ το 70% αυτών που πήραν εξιτήριο δεν θα παρευρεθούν στο πρώτο τους ραντεβού ως εξωτερικοί ασθενείς (Caroccia & Labre, 2015). Μέσα στις φυλακές, το ένα τέταρτο των κρατουμένων που πέθανε από αυτοκτονία από το 2002 μέχρι το 2011 θεωρήθηκε ότι δεν βρισκονταν σε κίνδυνο αυτοκτονίας τις ημέρες πριν από το θάνατό τους (Ting, 2011). Αυτό το περιστατικό οφείλεται συχνά σε έναν συνδυασμό κακώς σχεδιασμένων πρωτοκόλλων εκτίμησης κινδύνου και ανεπαρκούς εκπαίδευσης σχετικά με τον κίνδυνο. (Ting, 2011).

Η διαδικασία με την οποία προσδιορίζεται η εκτίμηση του κινδύνου και η ανάλογη απόκριση κατά την παρουσίαση σε ένα τμήμα έκτακτης ανάγκης μπορεί να επηρεάσει την πορεία ενός ατόμου μέσω του συστήματος φροντίδας. Όπως περιγράφεται και παραπάνω, τα απλά εργαλεία διαλογής φαίνονται ανεπαρκή για την αξιολόγηση αυτοκτονίας (Bolton et al., 2012). Η αξιολόγηση θα πρέπει να περιλαμβάνει περισσότερα από μια παρατήρηση ενός μόνο ιατρού ή τη χρήση ενός διαγνωστικού ελέγχου. Ο Ryan και οι συνάδελφοί του (2015) ισχυρίζονται τις ακόλουθες απαιτήσεις για κλινική αξιολόγηση αυτοκτονικών ασθενών που παρουσιάζονται σε τμήμα επειγόντων περιστατικών:

- 1) Οι γιατροί πρέπει να είναι καθησυχαστικοί και να συμπεριφέρονται με σεβασμό
- 2) Πρέπει να επανεξετάσουν τις παλιές σημειώσεις, να πραγματοποιήσουν ένα πλήρες ιστορικό και μια εξέταση.

- 3) Να μιλήσουν με την οικογένεια, τους φίλους και άλλους κλινικούς ιατρούς που εμπλέκονται στη φροντίδα του ατόμου.
- 4) Η διαχείριση του ατόμου πρέπει να καθοδηγείται από το άτομο και όχι από τις έννοιες του κινδύνου.
- 5) Ο κλινικός ιατρός πρέπει να τεκμηριώσει ένα σχέδιο διαχείρισης με διαπραγμάτευση.

Ωστόσο, αυτές οι πρακτικές δεν είναι πάντα τυπικές στα τμήματα έκτακτων περιστατικών. Οι Milner et al. (2013) παρατήρησαν ότι το προσωπικό του τμήματος έκτακτων περιστατικών ήταν πιθανότερο να κρίνει τον επείγοντα χαρακτήρα των υποθέσεων βάσει απλών δημογραφικών χαρακτηριστικών ενός ατόμου, και όχι ολοκληρωμένης αξιολόγησης όπως περιγράφεται παραπάνω. Η εκτίμηση κινδύνου αυτοκτονίας στους πληθυσμούς διεξάγεται συχνά σε διαφορετικά πολιτικά πλαίσια, ανάλογα με την εκτιμώμενη ευπάθεια τους.

11. Ανταπόκριση στην αυτοκτονία και την εαυτού βλάβη

Η πρακτική της «πρόληψης» στοχεύει στην παροχή υποστήριξης σε επιζώντες που προσπαθούν να αντιμετωπίσουν τον θάνατο από αυτοκτονία, τη μείωση της πιθανότητας μετάδοσης αυτοκτονίας και την αντιμετώπιση του κοινωνικού στίγματος που σχετίζεται με την αυτοκτονία » (Erllich, 2016, σελ. 255). Παρά την κρίσιμη πτυχή της μείωσης των περιστατικών αυτοκτονίας, οι πρακτικές πρόληψης και η ανταπόκριση σε αυτοκτονία και αυτοτραυματισμό αφού το γεγονός ασκείται κυρίως με νέους πληθυσμούς παιδιών και εφήβων (Erllich, 2016).

Προς το παρόν, υπάρχει έλλειψη σε στοιχεία για την αποτελεσματικότητα διαφόρων στρατηγικών μετά την πρόληψη και σαφείς οδηγίες για την πρόληψη σε όλη τη διάρκεια της ζωής (Erllich, 2016; Jordan, 2015) και η διαπολιτισμική έρευνα για το θέμα είναι ελάχιστη (Andriessen, 2014). Από το 2015, το Υπουργείο Άμυνας στις Ηνωμένες Πολιτείες «Προς το παρόν δεν έχει πολιτικές ή διαδικασίες που να αντιμετωπίζουν τι πρέπει να κάνουν μετά από θάνατο αυτοκτονίας για να αποφευχθούν επακόλουθες αυτοκτονίες, και υπάρχει μια περιορισμένη βάση αποδεικτικών στοιχείων για να περιγράψει την κατάσταση της τέχνης σε αυτόν τον τομέα » (Ramchand et al., 2015, σ. Xiii). Υπάρχουν, ωστόσο, αρκετοί δρόμοι που διερευνώνται μέσα στη βιβλιογραφία που δείχνουν υποσχόμενες στις στρατηγικές πρόληψης αυτοκτονίας.

Η δοκιμή «Καρτ-ποστάλ στην Περσία» χρησιμοποιεί οικονομικά αποδοτικές κάρτες που έχουν σταλεί σε επιζώντες αυτοκτονίας τους πρώτους 12 μήνες μετά από μια απόπειρα αυτοκτονίας (Hassanian-Moghaddamm et al., 2011). Σε μια δοκιμή με 2.300 συμμετέχοντες, 9 ταχυδρομικές κάρτες ταχυδρομήθηκαν για μια περίοδο 12 μηνών σε μια τυχαία επιλογή συμμετεχόντων ενώ η υπόλοιπη ομάδα υποβλήθηκε στη συνήθη θεραπεία μετά από απόπειρα αυτοκτονίας. Η μελέτη έδειξε σημαντική μείωση του ιδεασμού αυτοκτονίας και του αριθμού των προσπαθειών, ωστόσο δεν βρήκε καμία μείωση του αυτοτραυματισμού.

Μια παρόμοια μελέτη που πραγματοποιήθηκε από ένα τμήμα εκτάκτων περιστατικών του νοσοκομείου στο Newcastle της Αυστραλίας αξιολόγησε την αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος καρτ-ποστάλ που έστειλε 8 καρτ-ποστάλ σε διάστημα 12 μηνών σε συνδυασμό με την προτυπική θεραπεία, σε σύγκριση με την τυπική θεραπεία μόνο. Ενώ συνολικά

οι αριθμοί της αυτο-δηλητηρίασης μειώθηκαν στην ομάδα καρτ-ποστάλ, το συνολικό ποσοστό των περιστατικών αυτο-δηλητηρίασης δεν διέφερε σημαντικά. Σε μια μελέτη καρτ-ποστάλ για παρουσιάσεις αυτοτραυματισμού σε τμήμα έκτακτων περιστατικών, οι ερευνητές στο Κράιστσερτς της Νέας Ζηλανδίας διαπίστωσαν ότι οι επανεισαγωγές στο νοσοκομείο δεν ήταν διαφέρουν σημαντικά με μια ομάδα ελέγχου (Beautrais et al., 2010). Οι μελέτες μετά την πρόληψη καρτών παραμένουν επί του παρόντος αβέβαιες ως προς την αποτελεσματικότητά τους.

Για όσους πεθαίνουν από αυτοκτονία, η υπηρεσία StandBy Response παρέχει κοινοτικές υπηρεσίες υποστήριξης μετά την πρόληψη με τη μέθοδο πρόσωπο με πρόσωπο ή τηλεφωνικές μεθόδους. Διαθέσιμη μόνο σε αυτούς που την αναζητούν, η υπηρεσία παρέχει υποστήριξη κρίσεων και σύνδεση με την κοινότητα. Σε μια μελέτη των Comans et al. (2013) η αποδοτικότητα κόστους και το όφελος κόστους μιας τέτοιας υπηρεσίας για την κοινότητα παρουσίασε ενδιαφέρον. Η υπηρεσία StandBy βρέθηκε να είναι σημαντικά πιο αποδοτική από την τυπική θεραπεία, και ισχυρά σε διαφορετικά μοντέλα σεναρίων με πιθανότητα 81% να είναι πιο οικονομικά εφικτή από την τυπική θεραπεία. Παρά το θετικό αυτό εύρημα, υπήρξε μικρή αξιολόγηση της εμπειρίας του πένθους από την υπηρεσία StandBy.

Οι Szumilas και Kutcher (2011) διεξήγαγαν μια συστηματική ανασκόπηση των προγραμμάτων επέμβασης μετά την αυτοκτονία για την διερεύνηση τόσο της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας όσο και των αποτελεσμάτων των προγραμμάτων πρόληψης για παιδιά σχολικής ηλικίας, οικογένειες και κοινότητες. Η μελέτη δεν εντόπισε ισχυρή σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας στις αξιολογήσεις για προγράμματα μετά την πρόληψη. Οι πρακτικές πρόληψης που ήταν προσιτές στη φύση, η ενεργή παροχή

υποστήριξης μετά την αυτοκτονία και η σύνδεση με υπάρχουσες υπηρεσίες αξιολογήθηκαν ως αυτές με τα πιο θετικά αποτελέσματα από άλλες προσεγγίσεις μετά την πρόληψη. Παρά αυτά τα θετικά βήματα, οι μελέτες μετά την πρόληψη αξιολογήθηκαν γενικά ως κακής ποιότητας.

Ένας άλλος αναδυόμενος τομέας καθοδήγησης μετά την πρόληψη βρίσκεται στον ψηφιακό χώρο, μέσω διαδικτύου και κινητών

τεχνολογιών που αλλάζουν το τοπίο του τρόπου με τον οποίο ανταποκρίνονται οι κοινότητες και οι άνθρωποι, μοιράζονται πληροφορίες και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους μέσω ψηφιακών μέσων. Ένα βασικό παράδειγμα είναι η διάδοση πληροφοριών στο διαδίκτυο μετά από αυτοκτονία σε σχολική κοινότητα.

Το Headspace Australia αναγνωρίζει ότι είναι σχεδόν αδύνατο να ελεγχθεί ο τρόπος κοινοποίησης των πληροφοριών στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, αλλά τα σχολεία μπορούν να χρησιμοποιούν κοινωνικούς ιστότοπους ως εργαλεία για τη διάδοση σημαντικών και ακριβών πληροφοριών σε μαθητές και γονείς, μαζί με αποτελεσματικές στρατηγικές πρόληψης (Headspace, 2012).

Οι Larsen et al. (2016) εντόπισαν δύο εφαρμογές για κινητά μετά την πρόληψη και τις αξιολόγησε ως προς ορισμένα στοιχεία για την αποτελεσματικότητά τους. Οι δύο εφαρμογές λειτούργησαν χρησιμοποιώντας μια διαδικασία σχεδίου ασφάλειας, βάζοντας τον χρήστη να αναπτύξει ένα σχέδιο ασφάλειας, να παρακολουθεί τις γνώσεις και τα συναισθήματα, να παραδίδει βίντεο με πληροφορίες και να παρέχει στοιχεία για τη διαδικασία του πένθους. Εντοπίστηκε μία εφαρμογή που παρέχεται online σε κάποιον που είχε επιζήσει από μια απόπειρα αυτοκτονίας, αν και τα στοιχεία δεν επαρκούσαν για την εφαρμογή της σε κινητό. Υπάρχει ανάγκη να αναπτυχθούν κατευθυντήριες γραμμές και πρακτικές βάσει αποδεικτικών στοιχείων για την αντιμετώπιση της αυτοκτονίας και υποστηρίζοντας τους πένθους μέσω της διαδικασίας θλίψης.

12.Ο ρόλος νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας.

Ο ασθενής φαίνεται λες και δέχεται απλά την φροντίδα και την περιποίηση από κάποιον χωρίς να κάνει τίποτα από μόνος τους και χωρίς να γίνεται διάλογος και επικοινωνία. Αυτή η αντίληψη είναι λανθασμένη, καθώς ο ασθενής αντιμετωπίζεται σαν μια ξεχωριστή ψυχοσωματική οντότητα όπως στην πραγματικότητα είναι.

Ο ρόλος του νοσηλευτή δεν είναι απλά η παροχή και η εξασφάλιση της σωματικής φροντίδας του αρρώστου αλλά και η υπεράσπιση των ανθρώπινων δικαιωμάτων του, ο

νοσηλευτής γίνεται προαγωγός υγείας και συνήγορος του αρρώστου. Ο νοσηλευτής μπορεί και πρέπει να λειτουργήσει ως συνήγορος του ψυχικά ασθενούς, όπου και αν βρίσκεται και να υπερασπιστεί σε οτιδήποτε τον ψυχικά άρρωστο.

Είναι γνωστό ότι οι ψυχικά διαταραγμένοι ασθενείς είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι, οπότε μπορούν να επηρεαστούν ανά πάσα στιγμή από τον οποιοδήποτε χωρίς να μπορούν να υπερασπιστούν τον εαυτό τους. Οι ασθενείς αυτοί χρειάζονται βοήθεια και καθοδήγηση ώστε να μπορούν να προσεγγίσουν διαγνωστικές εξετάσεις και την θεραπευτική τους αντιμετώπιση. Είναι καθήκον του νοσηλευτή και αναντίρρητο δικαίωμα του ασθενή να οδηγηθεί με σκοπό να λάβει την καλύτερη φροντίδα.

Πέρα από το καθαρά νοσηλευτικό του καθήκον ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας οφείλει να λειτουργεί σαν να μιλά ο ίδιος ο πάσχων ψυχικά ασθενής στα νομοθετικά σώματα, προωθώντας αλλαγές σε νόμους και σε θέματα πολιτικής υγείας. Μπορεί να ενθαρρύνει τους τοπικούς φορείς να εξασφαλίσουν υπηρεσίες σίτισης και στέγασης. (Dewit,S., 2009)

Τις βασικές κατευθύνσεις της νοσηλευτικής φροντίδας τις διαμορφώνει ο νοσηλευτής αναφοράς, που έχει τη συνολική ευθύνη για την εφαρμογή του νοσηλευτικού σχεδιασμού. Εκτός από την αρχική εκτίμηση, ο νοσηλευτής αναφοράς συλλέγει καθημερινά πληροφορίες, για την τρέχουσα ψυχική κατάσταση του παιδιού, μέσω της διαρκούς νοσηλευτικής παρατήρησης και καταγραφής της συμπεριφοράς και των συναισθηματικών του εκδηλώσεων.(Nardi DA 2007) Ανάλογα με τις τρέχουσες ανάγκες αναπροσαρμόζεται και ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής του φροντίδας. Η παρουσία των νοσηλευτών είναι ιδιαίτερα σημαντική, επειδή ασχολούνται με όλο το φάσμα της φροντίδας τους και αυτό τους δίνει τη δυνατότητα της προσομοίωσης με το γονικό ρόλο, αναφορικά με τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας.

12.1 Νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας

Το πρωταρχικό βήμα για την πρόληψη της ψυχικής νόσου είναι η αναγνώριση των στοιχείων κινδύνου για την ανάπτυξή τους και δραστική μείωση τους. Ορισμένοι παράγοντες όπως η γενετικοί δεν μπορούν να αλλάξουν, ωστόσο υπάρχουν άλλοι που μπορούν να τροποποιηθούν μέσα από την πρόληψη. Έτσι η πρόληψη έχει διαιρεθεί σε 3 κατηγορίες: η πρωτογενής πρόληψη εφαρμόζεται σε άτομα υγιή και τα προφυλάσσει ώστε να μην αναπτύξουν νόσο. Ένα παράδειγμα πρωτογενούς πρόληψης αποτελεί η ενημέρωση των εφήβων σχετικά με την κατάχρηση ουσιών, τη διακοπή καπνίσματος

και τη χρήση αλκοόλ, η δευτερογενής πρόληψη αναφέρεται σε άτομα που ήδη νοσούν από κάποιο σωματικό ή ψυχικό νόσημα. Ο βασικότερος στόχος της δευτερογενούς πρόληψης είναι η αναγνώριση των συμπτωμάτων και η έγκαιρη αντιμετώπισή τους. Π.χ. η ενημέρωση για την συμπτωματολογία της κατάθλιψης, η τριτογενής πρόληψη αφορά άτομα που έχουν προσβληθεί σοβαρά από μια ψυχική διαταραχή. Ο βασικότερος στόχος αυτής της πρόληψης είναι να αντιμετωπιστεί η ψυχική διαταραχή έγκαιρα με σκοπό να αποφευχθούν χειρότερες επιπτώσεις για τον άρρωστο.

Η συμμετοχή εξειδικευμένων νοσηλευτών ψυχικής υγείας σε όλες τις δομές πρόληψης είναι απαραίτητη. Οι νοσηλευτές είναι οι πρώτοι που έρχονται σε επαφή με τους ασθενείς κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο και πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίσουν σημεία και συμπτώματα της ψυχικής νόσου. (Dewit,S., 2009)

12.2 Νοσηλευτής και έφηβος.

Ο νοσηλευτής ψυχικής Υγείας διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο σε ασθενείς νεαρής ηλικίας ειδικά σε εφήβους και παιδιά. Ένας τέτοιος καταρτισμένος νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει το παιδί προσωπικά αλλά και να στηρίξει και να εκπαιδεύσει την οικογένεια του. Τα άτομα που χρειάζονται νοσηλευτική ψυχολογική στήριξη είναι οι εξής, έφηβοι με κατάθλιψη και τάση αυτοκτονίας, κακοποιημένα άτομα, άτομα που βρίσκονται σε προσωρινή κρίση, χρήστες ναρκωτικών, αλκοολικοί, νευρικοί έφηβοι, έγκυες έφηβες, ανύπαντρες έφηβες και άλλα. (Brown,E. 2010) Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας μπορεί να βοηθήσει ακόμη σε, προγράμματα αποτοξίνωσης, σχολεία, φυλακές ,αναμορφωτήρια, κοινότητες, οικογένειες εφήβων, προγράμματα επανένταξης για ψυχιατρικούς ασθενείς που υπήρξαν τρόφιμοι και άλλα.

Ο νοσηλευτής ως νοσηλευτής ψυχικής υγείας μπορεί να βοηθήσει έναν έφηβο κάνοντας ατομική ψυχοθεραπεία, όπου συμμετέχει ο ίδιος και το έφηβο παιδί, σε μερικές περιπτώσεις βέβαια είναι πιο θεραπευτικό αποτέλεσμα να συμμετέχουν και άλλο έφηβοι στην κουβέντα. Μερικές φορές ο νοσηλευτής προσπαθεί να δημιουργήσει ένα κλίμα εμπιστοσύνης ώστε να μπορεί να επιτύχει την ομαλή έκβαση της συζήτησης με το παιδί και εκείνο να ανοιχτεί. Σε αρκετές περιπτώσεις οι έφηβοι φοβούνται να μιλήσουν στο νοσηλευτή, βγάζοντας άρνηση καθώς η θέση του τους βγάζει μια εξουσία με αποτέλεσμα να μην το εμπιστεύονται άμεσα.. σε τέτοιες περιπτώσεις η λύση για την αντιμετώπιση της δυσκολίας αυτής από πλευράς του νοσηλευτή είναι να χρησιμοποιήσει την ομαδική θεραπεία σε συνδυασμό πάντα με την ατομική ψυχοθεραπεία.

12.3 Νοσηλευτική Φροντίδα στον Αυτοκτονικό Ασθενή.

Πρέπει να δοθεί η πρέπουσα σημασία όταν η νοσηλευτική φροντίδα αφορά έφηβο που παρουσίασε αυτοκτονική διάθεση. Βασική επιδίωξη του νοσηλευτή είναι πάνω απ' όλα η προστασία της ζωής του αυτοκτονικού ατόμου, η παροχή ασφάλειας και προστασίας. Γι' αυτό το λόγο πρώτη προτεραιότητα του είναι η συστηματική παρατήρηση και εκτίμηση της κατάστασης του ώστε να προληφθούν τυχόν αυτοκαταστροφικές ενέργειες. Παρακάτω αναλύονται τα σημεία που πρέπει να προσέξει ο νοσηλευτής με σκοπό να εκτιμήσει τον αυτοκτονικό ιδεασμό, την παρουσία συμπτωμάτων που υποδηλώνουν τάση αυτοκτονίας, πώς το άτομο ζήτησε βοήθεια, το αυτοκτονικό σχέδιο, την ψυχική του κατάσταση, το οικογενειακό υπόβαθρο, μέσο που επιχείρησε να αυτοκτονήσει ,αν διαπράξει και στο παρελθόν απόπειρα, τρόπος ζωής, αν μιλά για το θάνατο, νέο πλάνο για αυτοκτονία, δεν μπορεί να κοιμηθεί, φοβάται το σκοτάδι, νομίζει ότι έχει κάποια σοβαρή νόσο πχ. Καρκίνο, απομόνωση, χαρίζει ατομικά είδη, εναλλαγή συναισθημάτων, συλλέγει αντικείμενα με τα οποία μπορεί να βάλει τον εαυτό του, ενοχή, ακούει φωνές και άλλα.

Στον προγραμματισμό της φροντίδας συμμετέχουν ο ίδιος ο ασθενής, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αλλά και τα σημαντικά πρόσωπα που επιδρούν στην ζωή του παιδιού που αποπειράθηκε να αυτοκτονήσει, πχ οι γονείς και τα αδέρφια.

Η φροντίδα επικεντρώνεται στην προστασία του αρρώστου, στην αύξηση της αυτοεκτίμησης, στην ενίσχυση των προσαρμοστικών μηχανισμών. στην αναγνώριση του υποκειμένου προβλήματος, στην ενεργοποίηση του περιβάλλοντος και στην εκπαίδευση του αρρώστου (Ραγιά Α. 2001). Για τους ασθενείς με αυτοκτονική συμπεριφορά παρακολουθούμε στενά τον ασθενή, χρησιμοποιώντας το πρωτόκολλο βασικών προφυλάξεων, τον φέρνουμε σε επαφή με άλλα άτομα που έχουν διαπράξει απόπειρα αλλά θέλουν πλέον να ζήσουν, ρωτάμε τον ασθενή να μας πει για την αυτοκτονία, συμπεριλαμβάνοντας ερωτήσεις σχετικά με τα ιδιαίτερα σχέδιά του και τα μέσα με τα οποία σχεδιάζει να τα πραγματοποιήσει, βοηθάμε τον ασθενή έτσι ώστε να βρει λύσεις στα προβλήματα που γι' αυτόν φαίνονται άλυτα, ενθαρρύνουμε τον ασθενή να κουβεντιάσει για όσα τον αγχώνουν, για όσα τον πληγώνουν, για ότι του προκαλεί θυμό, ενθαρρύνουμε τον ασθενή να συμφωνήσει σε μια μη αυτοκαταστροφική συμπεριφορά μέσω της συμπεριφοριστικής προσέγγισης. (Ραγιά Α. 2001).



13.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Η νοσηλευτική διεργασία περιγράφηκε αρχικά το 1961 από την Ida Jean Orlando , μια διαδικασία που εξακολουθεί να καθοδηγεί την νοσηλευτική φροντίδα μέχρι και σήμερα. Καθορισμένη ως μια συστηματική προσέγγιση της φροντίδας με βάση τις θεμελιώδεις αρχές της κριτικής σκέψης , τις προσεγγίσεις που βασίζονται στην θεραπεία του ασθενή , τις εργασίες προσανατολισμένες στην επίτευξη του τελικού στόχου , την αποκατάσταση του ασθενή.

Η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει 5 στάδια που αφορούν:

- ❖ **Αξιολόγηση** της κατάστασης στην οποία βρίσκεται ο ασθενής. Αποτελεί το πρώτο βήμα της διαδικασίας και περιλαμβάνει την συλλογή υποκειμενικών (προφορικές δηλώσεις ασθενή ή φροντιστή) και αντικειμενικών δεδομένων (ζωτικά σημεία , εισαγωγή και εξαγωγή , ύψος , βάρος)
- ❖ **Διάγνωση** μετά από ανάλυση των ευρημάτων. Η διαμόρφωση μιας νοσηλευτικής διάγνωσης συμβάλλει στον σχεδιασμό και εφαρμογή της περίθαλψης του ασθενή και περιλαμβάνει την ιεράρχηση των αναγκών και βοηθά στο να δώσει προτεραιότητα και να σχεδιασθεί η φροντίδα βάσει αποτελεσμάτων με επίκεντρο τον ασθενή.
- ❖ **Σχεδιασμό** της φροντίδας του ασθενή . Στο στάδιο αυτό διαμορφώνονται οι στόχοι και τα αποτελέσματα που επηρεάζουν άμεσα την περίθαλψη του ασθενή . Οι στόχοι αυτοί θα επιφέρουν την εξασφάλιση θετικού αποτελέσματος . Το κάθε σχέδιο φροντίδας παρέχει μια πορεία κατεύθυνσης για εξατομικευμένη φροντίδα που θα καλύπτει τις μοναδικές ανάγκες του ασθενή.
- ❖ **Εφαρμογή** νοσηλείας με στόχο την εκτέλεση φροντίδας . Το βήμα αυτό περιλαμβάνει την δράση ή την πραγματοποίηση και την διεξαγωγή των παρεμβάσεων νοσηλείας που περιγράφονται στο σχέδιο περίθαλψης. Για την φάση αυτή απαιτούνται παρεμβάσεις νοσηλείας όπως οξυγόνο , χορήγηση φαρμάκων κ.α.
- ❖ **Εκτίμηση** των αποτελεσμάτων. Αυτό το τελικό στάδιο της νοσηλευτικής διαδικασίας είναι ζωτικής σημασίας ώστε να επέλθει ένα θετικό αποτέλεσμα για τον ασθενή. Σε κάθε περίπτωση που κάποιος πάροχος υγειονομικής περίθαλψης παρεμβαίνει ή εφαρμόζει φροντίδα πρέπει να επανεκτιμήσει ή να αξιολογήσει για να εξασφαλίσει ότι το επιθυμητό αποτέλεσμα έχει επιτευχθεί. Συχνά μπορεί να απαιτεί επανεκτίμηση ανάλογα με την γενική κατάσταση του ασθενή. Το σχέδιο φροντίδας μπορεί να προσαρμοσθεί βάσει νέων δεδομένων αξιολόγησης.(Toney 2019)

Η νοσηλευτική διεργασία δίνει τη δυνατότητα στον νοσηλευτή σε συνεργασία με τον ασθενή να εντοπίσουν πιθανά προβλήματα υγείας. Σε ορισμένες περιπτώσεις , η αξιολόγηση μπορεί να είναι μια ενιαία διαδικασία. Συχνά διαιρείται σε δύο στάδια, το πρώτο στάδιο που καθιστά δυνατή την προκαταρκτική νοσηλευτική διάγνωση των προβλημάτων των ασθενών και το δεύτερο που διευκολύνει μια εις βάθος αξιολόγηση που εξετάζει ειδικότερα τις πιθανές αιτίες αυτών των προβλημάτων. Ακόμη η νοσηλευτική διεργασία ενθαρρύνει τον νοσηλευτή και τον ασθενή να θέσουν στόχους. Με τον τρόπο αυτό ο νοσηλευτής σχεδιάζει και εφαρμόζει τις κατάλληλες παρεμβάσεις για να βοηθήσουν τους ασθενείς να τους επιτύχουν. Τέλος η πρακτική αυτή ενθαρρύνει τον κάθε νοσηλευτή να συγκρίνει τις πραγματικές αντιδράσεις

των ασθενών σε ορισμένα σημεία της φροντίδας σε σχέση με τους στόχους τους οποίους είχαν ήδη ορίσει. (Aggleton, P.,1986)

Κλινικό περιστατικό (1) :

- Ατομικές Πληροφορίες

Όνοματεπώνυμο: Σ.Π.

Ηλικία: 19

Φύλλο: Άρρεν

Τόπος κατοικίας: Αθήνα

- Νοσηλευτικό Ιστορικό

Εισηχθη στα Επείγοντα στο Ιπποκράτειο στις **15/6/2019** με βαριές κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις ύστερα από πτώση μεγάλου ύψους. Το 19 ετών αγόρι είχε διαγνωστεί προ 2ετίας με κατάθλιψη και παρακολουθείτε από παιδοψυχολόγο. Κατόπιν, της παροχής πρώτων βοηθειών στο μαθητή εξετάστηκαν τα στοιχεία της εισαγωγής του καταγράφηκε η απόπειρα αυτοκτονίας, παράλληλα, ελέγχθηκε το οικογενειακό περιβάλλον και μέσα από τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας αποδόθηκε η κατάλληλη φροντίδα.

Ανάγκες- προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμ ός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση - αξιολόγηση
Εμφάνιση ωτορραγίας.	Απαλλαγή ασθενούς από τα συμπτώματα και πρόληψη σοβαρότερων καταστάσεων.	Αντισηψία της περιοχής και περεταίρω ιατρικές οδηγίες	Αντισηψία με Betadin στο αυτί του ασθενή και χορήγηση ενδοφλεβίως αντιβιοτική αγωγή σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες.	Αντιμετώπιση με επιτυχία/
Περιορισμός της διεγερτικότητας του ασθενή.	Περιορίστηκε η διεγερτικότητα του ασθενή.	προσθήκη προστατευτικών μέσων και χορήγηση ηρεμιστικής αγωγής κατόπιν ιατρικής συνταγής.	Εφαρμόστηκαν κιγκλιδώματα στα πλάγια της κλίνης και χορηγήθηκαν ενδοφλεβίως ηρεμιστικά.	Ο ασθενής μετά το πρώτο 24 ώρο ανταποκρίθηκ ε κανονικά.
Διαταραχή κινητικότητας.	Βελτίωση της κινητικότητας του ασθενή σε σύντομο διάστημα.	Εφαρμογή νοσηλευτικής διδασκαλίας και εκπαίδευσης με ασκήσεις που βελτιώνουν την κατάστασή του.	Εφαρμόστηκε η νοσηλευτική εκπαίδευση του ασθενή.	Η κατάσταση του ασθενή βελτιώθηκε αρκετά.
Ψυχολογική αδυναμία ασθενή μετά από απόπειρα αυτοκτονίας.	Ενίσχυση της ψυχολογίας του ασθενή.	Νοσηλευτική αντιμετώπιση κατάθλιψης μέσω της διδασκαλίας- χορήγηση αντικαταθλιπτικών .	Το νοσηλευτικό προσωπικό συνεργάστηκε για να βοηθήσουν την ψυχολογική κατάσταση του παιδιού και των γονέων.	Η διάθεση του ασθενή βελτιώθηκε.
Υποτροπή κατάθλιψης.	Απαλλαγή της κατάθλιψης.	Χορήγηση αντικαταθλιπτικών μέσω ιατρικής οδηγίας.	Χορήγηση αντικαταθλιπτικώ ν –συζήτηση με τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας για καλύτερη ψυχολογία.	Ο ασθενής βελτιώθηκε κατά μεγάλο βαθμό.

Κλινικό περιστατικό (2) :

- Ατομικές Πληροφορίες

Όνοματεπώνυμο: Κ.Α.

Ηλικία: 60

Φύλλο: Θήλυ

Τόπος κατοικίας: Αθήνα

- Νοσηλευτικό Ιστορικό

Η 60 ετών ασθενής προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου Σωτηρία στις 20/05/2018 μαζί με τον γιό της. Η ασθενής κοιτάει με απλανές βλέμμα και δεν μιλάει. Ο γιός της αναφέρει πως αυτή η κατάσταση ξεκίνησε πριν από δύο εβδομάδες. Αναφέρει ακράτεια ούρων, εκφράζει ευχές θανάτου, έχει διαταραχές στον ύπνο και δεν τρώει. Επίσης αναφέρει πως στο παρελθόν είχε κάνει μια απόπειρα αυτοκτονίας με λήψη φαρμάκων. Παράλληλα, ελέγχθηκε το οικογενειακό περιβάλλον και μέσα από τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας αποδόθηκε η κατάλληλη φροντίδα.

Ανάγκες- προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικ ος σκοπός	Προγραμματισμ ός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση - αξιολόγηση
Αυτοκαταστροφικ ή συμπεριφορά.	Παροχή ασφάλειας και προστασίας, να εκφράζει θετικές σκέψεις για τον εαυτό της και να κάνει σχέδια για το μέλλον.	Δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος για την ασθενή, εποπτεία για την λήψη των φαρμάκων της.	Συστηματικός έλεγχος του περιβάλλοντος για τον έλεγχο επικίνδυνων αντικειμένων, στενή παρακολούθηση, ενθάρρυνση να μιλάει για την αυτοκτονία χωρίς ενδοιασμούς,	Η ασθενής παρουσιάζει βελτίωση και μιλά πιο θετικά για το μέλλον της, λαμβάνει τα φάρμακά της και δηλώνει ότι δε θέλει να κάνει κακό στον εαυτό της.
Διαταραχή ύπνου.	Επαρκής χρόνος ξεκούρασης, σωστό ωράριο ύπνου.	Αποφυγή ύπνου κατά την διάρκεια της μέρας, έναρξη δραστηριοτήτων κατά την διάρκεια της	Ενθάρρυνση για περπάτημα στο προαύλιο και στους διάδρομους, αποφυγή του καφέ, τον	Η ασθενής ολοένα και καλύτερεύει ο ύπνος της, σταμάτησε να διαμαρτύρεται για την ώρα

Απάθεια.		μέρας, χορήγηση φαρμάκων για την διευκόλυνση του ύπνου με βάση ιατρικές οδηγίες.	αντικαθιστούμε με χυμό η νερό .προγραμματίζου με τον ύπνο στις 22:00μ.μ.	ύπνου , με καλή θέληση πλέον αποχωρίζεται τον καφέ και ζητάει χυμό.
	Απόκτηση ενδιαφέροντος για την ζωή, εμφάνιση ενδιαφέροντος για επικοινωνία και συζήτηση.	Χρήση μουσικής για την ενεργοποίηση του ενδιαφέροντος, ενθαρρύνουμε να συμμετέχει σε δραστηριότητες τις οποίες μπορεί να συμμετέχει και να βελτιωθεί.	Της μιλάμε όμορφα με ευγενικό τρόπο και σεβασμό, βάζουμε μουσική ανάλογα με το τη μουσική της αρέσει, την ενθαρρύνουμε να μιλάει με άλλους ασθενείς για να κοινωνικοποιηθεί	Ανταποκρίνεται ευχάριστα, ξεκινάει να τραγουδάει μαζί με την μουσική, αρχίζει να συστήνεται και να μιλάει με τους άλλους ασθενείς.

Συμπεράσματα

Η αυτοκτονία παραμένει μια σοβαρή αιτία θνησιμότητας παγκοσμίως. Δεν μπορούν να αποφευχθούν όλες οι αυτοκτονίες, αλλά μια μεθοδική προσέγγιση της εκτίμησης επικινδυνότητας μπορεί να επιτρέψει στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να διαχειριστούν τους ασθενείς που κινδυνεύουν να αυτοκτονήσουν.

Η ολοκληρωμένη εκτίμηση κινδύνου βοηθά τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να μειώσουν τις υποχρεώσεις τους. Αν και τα λάθη της κρίσης είναι αναπόφευκτα, τα λάθη της παράλειψης μπορεί να αποφευχθούν εάν οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης χρειάζονται χρόνο για την διεξοδική αξιολόγηση κινδύνου.

Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης, δηλαδή οι γιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό στα τμήματα έκτακτων περιστατικών, οι ψυχολόγοι, οι ψυχιατρικοί νοσηλεύτες, οι επαγγελματίες κοινωνικών επιστημών, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι κλινικοί ψυχολόγοι και οι εκπαιδευτικοί, θα πρέπει να εκπαιδεύονται επαρκώς και συνεχώς στους ακόλουθους τομείς:

- 1) Εκτίμηση και αναγνώριση κινδύνου αυτοκτονίας.
- 2) Θεραπεία ιατρικών καταστάσεων έκτακτης ανάγκης λόγω απόπειρας αυτοκτονίας και παρακολούθηση μετά από οξεία αντιμετώπιση, για παραπομπή σε σχετικές ειδικότητες για περαιτέρω διαχείριση.
- 3) Χρήση νέων τεχνολογιών πρόληψης, προσδιορίζοντας αυτούς που είναι επιρρεπείς σε συμπεριφορά αυτοκτονίας υψηλού κινδύνου, όπως άτομα με αλκοολισμό, άνθρωποι που ζουν σε απομόνωση.

Πρέπει να διεξαχθεί περαιτέρω έρευνα για την καλύτερη κατανόηση των κινδύνων και των προστατευτικών παραγόντων, τα αποτελέσματά τους και την αλληλεπίδρασή τους, στην αυτοκτονία και τις συμπεριφορές αυτοκτονίας. Η ευαισθητοποίηση της κοινότητας για τους παράγοντες κινδύνου αυτοκτονίας πρέπει να προωθηθεί με χρήση της τεχνολογίας πληροφοριών για την εκπαίδευση του κοινού.

Βιβλιογραφία

- 100kHomes (2014). "Making PIT Counts Work for Your Community. Integrating the Registry Week Methodology into Your Point-in-Time Count." Retrieved November 24, 2016.
- 100kHomes (2014). "The Vulnerability Index - Service Prioritization Decision Assistance Tool (VI-SPDAT)." Retrieved November 24, 2016.
- Afifi, T. O., et al. (2016). "Association of child abuse exposure with suicidal ideation, suicide plans, and suicide attempts in military personnel and the general population in Canada." *JAMA psychiatry* 73(3): 229-238.
- AIHW (2016). *Incidence of suicide among serving and ex-serving Australian Defence Force personnel 2001–2014*. Cat. no. PHE 212. Canberra, AIHW.
- Ainslie, N. (2016). "Homeless Veterans: United States." Retrieved November 16, 2016, from https://www.ebscohost.com/assets-sample-content/Homeless_Veterans_US.pdf.
- Alliance to End Homelessness (2016). *Ruah Perth Registry Week Data*, Centre for Social Impact, University of Western Australia.
- American Psychological Association (2014). "What is Resilience?". Retrieved November 23, 2016, from <https://psychcentral.com/lib/what-is-resilience/>.
- Andersen, K., et al. (2010). "Suicide in selected occupations in Queensland: evidence from the State suicide register." *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 44(3): 243-249.
- Andriessen, K. (2014). "Suicide bereavement and postvention in major suicidology journals." *Crisis* 35: 338-348.
- Arensman, E., et al. (2016). "Effectiveness of Depression–Suicidal Behaviour Gatekeeper Training among police officers in three European regions: Outcomes of the Optimising Suicide Prevention Programmes and Their Implementation in Europe (OSPI-Europe) study." *International Journal of Social Psychiatry* 62(7): 651-660.
- Artenie, A. A., et al. (2015). "Associations of substance use patterns with attempted suicide among persons who inject drugs: Can distinct use patterns play a role?" *Drug and alcohol dependence* 147: 208-214.
- Auger, N., et al. (2016). "Suicide in Canada: impact of injuries with undetermined intent on regional rankings." *Injury prevention* 22(1): 76-78.
- Austin, A. E., et al. (2012). "Head impalement—an unusual form of suicide." *Journal of forensic and legal medicine* 19(5): 264-266.
- Australian Bureau of Statistics (2015). "3303.0 - Causes of Death, Australia, 2015." Retrieved October 12, 2016, from <http://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/Lookup/3303.0Main+Features12015?OpenDocument>.
- Australian Bureau of Statistics (2016). "Australia's leading causes of death, 2015." Retrieved October 5, 2016, from <http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/Lookup/bySubject/3303.0~2015~MainFeatures~Australia'sleadingcausesofdeath> 2015~3.
- Australian Defence Force (2016). "Special operations Command." Retrieved November 27, 2016, from <https://www.army.gov.au/our-people/units/special-operations-command>.
- Australian Institute for Suicide Research Prevention (2015). *Suicidal behaviour and ideation among military personnel: Australian and international trends*. Technical report prepared for the Department of Veterans' Affairs.
- Australian Institute of Health and Welfare (2017). *Hospital Separations Data*. Canberra, AIHW.

- Australian Institute of Health and Welfare (2016). Incidence of suicide among serving and ex-serving Australian Defence Force personnel 2001–2014. Cat. no. PHE 212. Canberra, AIHW.
- Awan, S., et al. (2015). "Integrated Care Pathway (ICP), an Inter-professional Outline of Evidence Informed Care in Mental Health and Addictions: an Innovative Treatment Approach From Concept to Results." *European Psychiatry* 30(Supplement 1): 1934.
- Bakst, S. S., et al. (2016). "The accuracy of suicide statistics: are true suicide deaths misclassified?" *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 51(1): 115-123.
- Bale, J. (2014). PTSD and Stigma in the Australian Army - Research Paper No 3. Canberra, Australian Defence Force.
- Batterham, P. J., et al. (2013). "The stigma of suicide scale." *Crisis* 34: 13-21.
- Baumeister, R. F. (1990). "Suicide as escape from self." *Psychological review* 97(1): 90.
- Beaton, S., et al. (2013). "Suicide and Language: Why we shouldn't use the 'C' Word." *InPsych: The Bulletin of the Australian Psychological Society Ltd* 35(1).
- Beautrais, A. L., et al. (2010). "Postcard intervention for repeat self-harm: randomised controlled trial." *The British Journal of Psychiatry* 197(1): 55-60.
- Belik, S.-L., et al. (2010). "Are Canadian soldiers more likely to have suicidal ideation and suicide attempts than Canadian civilians?" *American journal of epidemiology* 172(11): 1250-1258.
- Bell, C. C. and D. F. McBride (2010). "Affect regulation and prevention of risky behaviors." *JAMA* 304(5): 565-566.
- Bell, N. S., et al. (2010). "Prior health care utilization patterns and suicide among US Army soldiers." *Suicide and Life-Threatening Behavior* 40(4): 407-415.
- Bender, T. W., et al. (2012). "Affective and behavioral paths toward the acquired capacity for suicide." *Journal of Social and Clinical Psychology* 31(1): 81-100.
- Berntsen, D. and D. C. Rubin (2015). "Pretraumatic stress reactions in soldiers deployed to Afghanistan." *Clinical Psychological Science* 3(5): 663-674.
- Bollinger, M. J., et al. (2015). "Erosion of the healthy soldier effect in veterans of US military service in Iraq and Afghanistan." *Population health metrics* 13(1): 1.
- Bolton, J. M., et al. (2012). "Predicting suicide attempts with the SAD PERSONS scale: a longitudinal analysis." *The Journal of clinical psychiatry* 73(6): e735-741.
- Borges, G., et al. (2010). "Twelve month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the WHO World Mental Health Surveys." *The Journal of clinical psychiatry* 71(12): 1617.
- Bridges, W. and S. Bridges (2017). *Managing transitions: Making the most of change*, Da Capo Press.
- Britton, P. C., et al. (2015). "Comorbid depression and alcohol use disorders and prospective risk for suicide attempt in the year following inpatient hospitalization." *Journal of Affective Disorders* 187: 151-155.
- Brodsky, B. S. (2016). "Early childhood environment and genetic interactions: the diathesis for suicidal behavior." *Current Psychiatry Reports* 18(9): 86.
- Brown, C. J. (2013). "Fifty shades of grey: Officer culture in the Australian Army." *Culture* 10(3): 244.
- Brown, E., (2010) . Η Νοσηλευτική στην Ψυχική Υγεία, Αθήνα: Λαγός.
- Bruce, M. L. (2010). "Suicide risk and prevention in veteran populations." *Annals of the New York Academy of Sciences* 1208(1): 98-103.

- Brunger, H., et al. (2013). "'No man's land': the transition to civilian life." *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research* 5(2): 86-100.
- Bryan, A. O., et al. (2014). "Moral injury, suicidal ideation, and suicide attempts in a military sample." *Traumatology* 20(3): 154.
- Bryan, A. O., et al. (2015). "Self-forgiveness, posttraumatic stress, and suicide attempts among military personnel and veterans." *Traumatology* 21(1): 40.
- Bryan, C. and A. Bryan (2014). "Nonsuicidal self-injury among a sample of united states military personnel and veterans enrolled in college classes." *Journal of clinical psychology* 70(9): 874-885.
- Bryan, C. J., et al. (2015). "Trajectories of Suicide Ideation, Nonsuicidal Self-Injury, and Suicide Attempts in a Nonclinical Sample of Military Personnel and Veterans." *Suicide and Life-Threatening Behavior* 45(3): 315-325.
- Bryan, C. J., et al. (2015). "Combat Exposure and Risk for Suicidal Thoughts and Behaviors Among Military Personnel and Veterans: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Suicide and Life-Threatening Behavior* 45(5): 633-649.
- Bryan, C. J., et al. (2013). "Guilt, shame, and suicidal ideation in a military outpatient clinical sample." *Depression and anxiety* 30(1): 55-60.
- Bryan, C. J., et al. (2013). "Guilt is more strongly associated with suicidal ideation among military personnel with direct combat exposure." *Journal of Affective Disorders* 148(1): 37-41.
- Bryan, C. J., et al. (2013). "Shame, pride, and suicidal ideation in a military clinical sample." *Journal of Affective Disorders* 147(1): 212-216.
- Bryan, C. J., et al. (2015). "Guilt as a mediator of the relationship between depression and posttraumatic stress with suicide ideation in two samples of military personnel and veterans." *International Journal of Cognitive Therapy* 8(2): 143-155.
- Bryan, C. J., et al. (2015). "Nonsuicidal self-injury as a prospective predictor of suicide attempts in a clinical sample of military personnel." *Comprehensive psychiatry* 59: 1-7.
- Bull, S., et al. (2015). "Medical and Welfare Officers beliefs about post-deployment screening for mental health disorders in the UK Armed Forces: a qualitative study." *BMC Public Health* 15(1): 1.
- Burns, J. and M. Blanchard (2014). *International Literature Review on Mental Wellbeing & Resilience Relating to Young People and Communities: A report to VicHealth*. Melbourne, Young and Well CRC.
- Burns, J. and J. Grey (2016). *Research Methodology to Measure the DVA's Online Mental Health Resources*. Melbourne, Young and Well CRC.
- Burns, J., et al. (2015). *Future Proofing: The role of technologies in supporting the mental health and wellbeing of veterans*. Abbotsford, Melbourne, Young and Well CRC.
- Burón, P., et al. (2016). "Reasons for attempted suicide in Europe: prevalence, associated factors, and risk of repetition." *Archives of Suicide Research* 20(1): 45-58.
- Caldbick, S., et al. (2014). "Globalization and the rise of precarious employment: the new frontier for workplace health promotion." *Global health promotion* 21(2): 23-31.
- Campbell, A., et al. (2016). "Rising Indigenous suicide rates in Kimberley and implications for suicide prevention." *Australasian Psychiatry* 24(6): 561-564.
- Capoccia, L. and M. Labre (2015). *Caring for Adult Patients With Suicide Risk: A Consensus-Based Guide for Emergency Departments*. Education Development Center, Inc., Waltham, MA, Suicide Prevention Resource Center.
- Carli, V. (2015). "Identifying inmates that will actually die by suicide." *Evidence Based Mental Health* 18(1): 13-13.

- Carlier, I. V., et al. (2016). "Characteristics of suicidal outpatients with mood, anxiety and somatoform disorders: The role of childhood abuse and neglect." *International Journal of Social Psychiatry* 62(4): 316-326.
- Casey, P. and S. Bailey (2011). "Adjustment disorders: the state of the art." *World Psychiatry* 10(1): 11-18.
- Castro, C. A. and S. Kintzle (2014). "Suicides in the Military: The Post-Modern Combat Veteran and the Hemingway Effect." *Current Psychiatry Reports* 16(8): 460.
- Centers for Disease Control and Prevention (2016). "Injury Prevention and Control." Retrieved November 20, 2016, from <https://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/prevention.html>.
- Centre, S. P. R. (2015). *Caring for adult patients with suicide risk: A consensus guide for emergency departments*. Waltham, MA, SPRC.
- Centres for Disease Control and Injury Prevention (2016). "About the CDC-Kaiser ACE Study." Retrieved November 24, 2016, from <https://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/about.html>.
- Cerel, J., et al. (2008). "The impact of suicide on the family." *Crisis* 29(1): 38-44.
- Chabrol H., «Οι τάσεις αυτοκτονίας του εφήβου», Μετ/ση Αικατερίνη Τερζόγλου, εκδόσεις Χατζινικολή, Αθήνα, 1987, σελ. 15, 19-22, 29-31, 52- 67, 112-123, 131-142.
- Chan, M. K. Y., et al. (2016). "Predicting suicide following self-harm: A systematic review of risk factors and risk scales." *British Journal of Psychiatry* 209(4): 277-283.
- Chang, S.-S., et al. (2013). "Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries." *British Medical Journal* 347.
- Chen, J., et al. (2012). "Recession, unemployment, and suicide in Japan." *Japan Labor Review* 9(2): 75-92.
- Christensen, H. (2016). "Suicide prevention in Australia: Where to from here." *InPsych: The Bulletin of the Australian Psychological Society Ltd* 38(1): 8.
- Coll, J. E., et al. (2011). "No one leaves unchanged: Insights for civilian mental health care professionals into the military experience and culture." *Social work in health care* 50(7): 487-500.
- Collin, P. and T. Swist (2016). "From products to publics? The potential of participatory design for research on youth, safety and well-being." *Journal of Youth Studies* 19(3): 305-318.
- Comans, T., et al. (2013). "Cost effectiveness of a community-based crisis intervention program for people bereaved by suicide." *Crisis* 34: 390-397.
- Comiford, A. L., et al. (2016). "Predictors of intimate partner problem-related suicides among suicide decedents in Kentucky." *Journal of injury & violence research* 8(2).
- Connecting for Life: Ireland's National Strategy to Reduce Suicide (2015). Department of Health.
- Conway, T. L., et al. (2016). "Treatment of mental or physical health problems in a combat zone: comparisons of postdeployment mental health and early separation from service." *Journal of traumatic stress* 29(2): 149-157.
- Coope, C., et al. (2015). "Characteristics of people dying by suicide after job loss, financial difficulties and other economic stressors during a period of recession (2010–2011): A review of coroners' records." *Journal of Affective Disorders* 183: 98-105.
- Corcoran, P., et al. (2015). "Impact of the economic recession and subsequent austerity on suicide and self-harm in Ireland: an interrupted time series analysis." *International journal of epidemiology* 44(3): 969-977.
- Cornum, R., et al. (2011). "Comprehensive soldier fitness: building resilience in a challenging institutional context." *American Psychologist* 66(1): 4.

- Crawford, A. (2015). "A National Suicide Prevention Strategy for Canadians—From Research to Policy and Practice." *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie* 60(6): 239.
- Darvishi, N., et al. (2015). "Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: a meta-analysis." *PLoS One* 10(5): e0126870.
- De Leo, D., et al. (2010). "Achieving standardised reporting of suicide in Australia: rationale and program for change." *Medical Journal of Australia* 192(8): 452-456.
- De Leo, D. and J. Svetcic (2010). *Suicide in Queensland 2005-2007: Mortality rates and related data. A report to Queensland Health. Brisbane, Queensland, Australian Institute for Suicide Research and Prevention.*
- DeLisi, M. and M. G. Vaughn (2015). "The vindication of Lamarck? Epigenetics at the intersection of law and mental health." *Behavioral sciences & the law* 33(5): 607-628.
- Denneson, L. M., et al. (2010). "Suicide risk assessment and content of VA health care contacts before suicide completion by veterans in Oregon." *Psychiatric Services* 61(12): 1192-1197.
- Department of Defence (2016). "Moving back to civilian life." Retrieved November 14, 2016, from http://www.defence.gov.au/DCO/Moving_back_into_civilian_life.htm.
- Department of Defense (2015). *Suicide Event Report - Calendar Year 2014 Annual Report.* Washington, DC, Department of Defense.
- Department of Health (2010). *A systematic evidence review for the Clinical practice guidelines for emergency departments and mental health services project.* Melbourne, Victoria, Government of Victoria.
- Department of Health and Human Services (2016). *Tasmanian Suicide Prevention Strategy (2016-2020): Working together to prevent suicide.* Hobart, Tasmania, Tasmanian Government.
- Dewit, S., 2009. *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική, Έννοιες και Πρακτικές.* Αθήνα: Πασχαλίδης.
- Dillon, L., et al. (2015). *Suicide prevention: An evidence review 2015.* Dublin, Health Research Board.
- Dobscha, S. K., et al. (2013). "Brief assessment for suicidal ideation in OEF/OIF veterans with positive depression screens." *General Hospital Psychiatry* 35(3): 272-278.
- Du Roscoät, E. and F. Beck (2013). "Efficient interventions on suicide prevention: a literature review." *Revue d'épidémiologie et de sante publique* 61(4): 363-374.
- Dufort, M., et al. (2015). "Physical domestic violence exposure is highly associated with suicidal attempts in both women and men. Results from the national public health survey in Sweden." *The European Journal of Public Health* 25(3): 413-418.
- Durkheim, E. (1987). *Suicide: A sociological study.* Paris, Alcan.
- Edith Cowan University (2012). *Life Suicide Prevention Strategy Research report.* Western Australia, Sellenger Centre for Research in law, Justice and Social Change, Construction Site Employees.
- Eggertson, L. (2015). "Canada lacks national suicide prevention strategy." *The Lancet* 385(9987): 2562-2563.
- Erlich, M. D. (2016). "Envisioning zero suicide." *Psychiatric Services* 67(3): 255-255.
- Ewing, J. (2016). *Consultation with Queensland Neuropsychology.* J. Mendoza.
- Fairweather-Schmidt, A. K., et al. (2012). *Suicidality in the Australian Defence Force: Results from the 2010 ADF Mental Health Prevalence and Wellbeing Dataset - Report for Joint Health Command.* Canberra, Department of Defence.

- Ferguson, M., et al. (2016). "Understanding suicide among aboriginal communities." *Australian nursing and midwifery journal* 23(8): 36.
- Flatau, P., et al. (2015). "The Australian youth homeless experience: Evidence from a longitudinal survey of homeless youth." *Parity* 28(3): 4.
- Flett, G. L., et al. (2016). Perfectionism, worry, and rumination in health and mental health: A review and a conceptual framework for a cognitive theory of perfectionism. *Perfectionism, health, and well-being*, Springer: 121-155.
- Foot, J. (2012). "What makes us healthy: The asset approach in practice: evidence, action, evaluation." Retrieved November 23, 2016, from http://www.thinklocalactpersonal.org.uk/assets/Resources/BCC/Evidence/what_makes_us_healthy.pdf.
- Franklin, J. C., et al. (2016). "Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research." *Psychological Bulletin* 143(2): 187-232.
- Franklin, K. (2016). Department of Defense Quarterly Suicide Report. Washington, DC, Department of Defense.
- Frey, L. M., et al. (2016). "An Interpretive Phenomenological Inquiry of Family and Friend Reactions to Suicide Disclosure." *Journal of Marital and Family Therapy* 43(1): 159-172.
- Fuller-Thomson, E., et al. (2016). "Arthritis and suicide attempts: findings from a large nationally representative Canadian survey." *Rheumatology international* 36(9): 1237-1248.
- Fuller-Thomson, E., et al. (2016). "The association between adverse childhood experiences (ACEs) and suicide attempts in a population-based study." *Child: Care, Health and Development* 42(5): 725-734.
- Gale, T. and S. Parker (2011). Good practice report: Student transition into higher education. NSW, Australian Learning and Teaching Council.
- Ganzini, L., et al. (2013). "Trust is the basis for effective suicide risk screening and assessment in veterans." *Journal of general internal medicine* 28(9): 1215-1221.
- Gates, M. A, et al. (2012). "Posttraumatic stress disorder in veterans and military personnel: Epidemiology, screening, and case recognition." *Psychological services* 9(4): 361.
- Gaziano, J. M., et al. (2015). "Epidemiologic approaches to veterans' health." *Epidemiologic Reviews* 37(1): 1-6.
- Gilbert, J. H., et al. (2010). "A WHO report: framework for action on interprofessional education and collaborative practice." *Journal of Allied Health* 39(3): 196-197.
- Goldstein, G., et al. (2012). "Medical, psychiatric and demographic factors associated with suicidal behavior in homeless veterans." *Psychiatry Research* 199(1): 37-43.
- Gradus, J. L., et al. (2013). "Treatment of posttraumatic stress disorder reduces suicidal ideation." *Depression and anxiety* 30(10): 1046-1053.
- Greden, J. F., et al. (2010). "Buddy-to-Buddy, a citizen soldier peer support program to counteract stigma, PTSD, depression, and suicide." *Annals of the New York Academy of Sciences* 1208(1): 90-97.
- Green, G., et al. (2010). "Exploring the ambiguities of masculinity in accounts of emotional distress in the military among young ex-servicemen." *Social science & medicine* 71(8): 1480-1488.
- Griffith, J. and C. West (2013). "Master resilience training and its relationship to individual well-being and stress buffering among Army National Guard soldiers." *The journal of behavioral health services & research* 40(2): 140-155.
- Grigg, K. and J. R. Ogloff (2016). "Considerations for suicide prevention in Australia's prisons." *In Psych: The Bulletin of the Australian Psychological Society Ltd* 38(1): 13.

- Gullestrup, J., et al. (2011). "MATES in construction: impact of a multimodal, community-based program for suicide prevention in the construction industry." *International journal of environmental research and public health* 8(11): 4180-4196.
- Gusmão, R., et al. (2013). "Antidepressant utilization and suicide in Europe: an ecological multi-national study." *PLoS One* 8(6): e66455.
- Hagen, P., et al. (2012). *Participatory Design of evidence-based online youth mental health promotion, intervention and treatment*. Melbourne, Young and Well Cooperative Research Centre.
- Hamilton, J. (2013). *The Price of Valour*. Australia, Pan Macmillan Australia.
- Hanschmidt, F., et al. (2016). "The Stigma of Suicide Survivorship and Related Consequences—A Systematic Review." *PLoS One* 11(9): e0162688.
- Harrell, M. C. and N. Berglass (2011). *Losing the battle: The challenge of military suicide*, Center for a New American Security Washington, DC:.
- Harris, K., et al. (2013). "Military retirement: Reflections from former members of special operations forces." *Australian Army Journal* 10(3): 97.
- Harris, M. and R. Baba (2012). "Increasing numbers of suicide within the Army has been a growing problem for the last ten years paralleling the Wars in Iraq and Afghanistan." *Military medicine* 177(5): i-i.
- Harris, M., et al. (2013). *Thriving in transition: A model for student support in the transition to Australian higher education*. Tasmania, Office for Learning and Teaching, University of Tasmania.
- Harris, M., et al. (2012). "Thriving in the challenge of geographical dislocation: A case study of elite Australian footballers." *International Journal of Sports Science* 2(5): 51-60.
- Hassanian-Moghaddam, H., et al. (2011). "Postcards in Persia: randomised controlled trial to reduce suicidal behaviours 12 months after hospital-treated self-poisoning." *The British Journal of Psychiatry* 198(4): 309-316.
- Hatch, S. L., et al. (2013). "Life in and after the Armed Forces: social networks and mental health in the UK military." *Sociology of Health & Illness* 35(7): 1045-1064.
- Hatcher, S. (2016). "Indigenous suicide: a global perspective with a New Zealand focus." *The Canadian Journal of Psychiatry* 61(11): 684-687.
- Haw, C. and K. Hawton (2015). "Suicide is a complex behaviour in which mental disorder usually plays a central role." *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 49(1): 13-15.
- Hawthorne, G., et al. (2014). *Australian peacekeepers: Long-term mental health status, health service use, and quality of life*. Department of Psychiatry, University of Melbourne, Australia.
- Health Canada (2016). "First Nation & Inuit Health." Retrieved November 24, 2016, from <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/promotion/suicide/index-eng.php>.
- Hegerl, U., et al. (2013). "Fast versus slow onset of depressive episodes: A clinical criterion for subtyping patients with major depression." *European Psychiatry* 28(5): 288-292.
- Hegerl, U., et al. (2013). "Alliances against depression - A community based approach to target depression and to prevent suicidal behavior." *Neuroscience Behavioural Review* 37(10): 2404-2409.
- Her Majesty's Government (2012). *Preventing suicide in England: A cross-government outcomes strategy to save lives*. United Kingdom.
- Himalaya Consulting (2016). *A place to call home - a review of veteran homelessness for the RSL Queensland, Alliance of Defence Service Organisations*.

- Hines, L. A., et al. (2013). "Self-harm in the UK military." *Occupational medicine* 63(5): 354-357.
- Holt-Lunstad, J., et al. (2015). "Loneliness and social isolation as risk factors for mortality a meta-analytic review." *Perspectives on Psychological Science* 10(2): 227-237.
- Hom, M. A., et al. (2016). "Limitations of a single-item assessment of suicide attempt history: Implications for standardized suicide risk assessment." *Psychological Assessment* 28(8): 1026.
- Hom, M. A., et al. (2017). "Exploring the association between exposure to suicide and suicide risk among military service members and veterans." *Journal of Affective Disorders* 207: 327-335.
- Horowitz, L. M., et al. (2014). "Screening youth for suicide risk in medical settings: time to ask questions." *American journal of preventive medicine* 47(3): S170-S175.
- Hübner-Liebermann, B., et al. (2010). "Reducing suicides through an alliance against depression?" *General Hospital Psychiatry* 32(5): 514-518.
- Ijadi-Maghsoodi, R., et al. (2016). "Undersanding the unique mental health experiences and needs of homeless veteran families: A qualitative analysis." *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 55(10): S233-S234.
- Ikin, J. F., et al. (2010). "Comorbidity of PTSD and depression in Korean War veterans: Prevalence, predictors, and impairment." *Journal of Affective Disorders* 125(1): 279-286.
- Ilgel, M. A., et al. (2010). "Severe pain predicts greater likelihood of subsequent suicide." *Suicide and Life-Threatening Behavior* 40(6): 597-608.
- Insel, T. R. (2016). "Is There a Better Way to Diagnose Psychosis?" *Scientific American Mind* 27(2): 20-21.
- Ioannidis, J. (2016). "The Mass Production of Redundant, Misleading, and Conflicted Systematic Reviews and Meta-analyses." *The Milbank Quarterly* 94(3): 485-514.
- Isohookana, R., et al. (2013). "Adverse childhood experiences and suicidal behavior of adolescent psychiatric inpatients." *European Child & Adolescent Psychiatry* 22(1): 13-22.
- John, A. (2013). "From institution to occupation: Australian Army culture in transition." *Australian Army Journal* 10(3): 187.
- Johnson, R. J. (2016). "A literature review of medical aspects of post-cold war UN peacekeeping operations: trends, lessons learnt, courses of action and recommendations." *Journal of the Royal Army Medical Corps* 162(4): 250-255.
- Johnson, S. (2013). "Crisis resolution and home treatment teams: an evolving model." *Advances in psychiatric treatment* 19(2): 115-123.
- Joiner, T. E., et al. (2013). "The psychology and neurobiology of suicidal behavior." *Annu. Rev. Psychol.* 56: 287-314.
- Jones, N., et al. (2013). "Mental health, stigmatising beliefs, barriers to care and help-seeking in a non-deployed sample of UK Army personnel." *Journal of Psychology & Psychotherapy* 3(5): 1.
- Jordan, J. R. (2015). "Grief after suicide: The evolution of suicide postvention." *Death, dying and bereavement: Contemporary perspectives, institutions and practices:* 349-362.
- Kang, H. and T. Bullman (2010). The risk of suicide among US war veterans: Vietnam War to Operation Iraqi Freedom. Presentation at the 2nd Annual Departments of Defense (DoD) and Veterans Affairs (VA) joint Suicide Prevention Conference, Washington, DC.

- Kaplan, M. S., et al. (2012). "Suicide risk and precipitating circumstances among young, middle-aged, and older male veterans." *American Journal of Public Health* 102(S1): S131-S137.
- Kapur, N., et al. (2016). "Mental health service changes, organisational factors, and patient suicide in England in 1997–2012: a before-and-after study." *The Lancet Psychiatry* 3(6): 526-534.
- Karekla, M. and G. Panayiotou (2011). "Coping and experiential avoidance: Unique or overlapping constructs?" *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 42(2): 163-170.
- Karklins, L. and J. Mendoza (2016). Literature Review: Architects and mental health. Prepared for the NSW Architects Registration Board. Caloundra, Qld, ConNetica.
- Katz, C., et al. (2016). "The prevalence rates of suicide are likely underestimated worldwide: why it matters." *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 51(1): 125-127.
- Kelly, U. A., et al. (2011). "More than military sexual trauma: interpersonal violence, PTSD, and mental health in women veterans." *Research in nursing & health* 34(6): 457-467.
- Kelty, R., et al. (2010). "The military and the transition to adulthood." *The Future of Children* 20(1): 181-207.
- Kessler, R., et al. (2016). "Predicting suicides after outpatient mental health visits in the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS)." *Molecular psychiatry*.
- Kessler, R. C., et al. (2015). "Predicting US Army suicides after hospitalizations with psychiatric diagnoses in the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS)." *JAMA psychiatry* 72(1): 49.
- Kim, T. J. and O. von dem Knesebeck (2015). "Is an insecure job better for health than having no job at all? A systematic review of studies investigating the health-related risks of both job insecurity and unemployment." *BMC Public Health* 15(1): 985.
- Kimura, T., et al. (2016). "Educational Levels and Risk of Suicide in Japan: The Japan Public Health Center Study (JPHC) Cohort I." *Journal of epidemiology* 26(6): 315-321.
- King, R.A., Pfeffer, C., Gammon, G.D., Cohen, D. 1992, «Suicidality of Childhood and Adolescence», pp. 297-325, 301-310, 312-325, 343-347.
- Klonsky, E. D. and A. M. May (2015). "The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the "ideation-to-action" framework." *International Journal of Cognitive Therapy* 8(2): 114-129.
- Klonsky, E. D., et al. (2016). "Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation." *Annual review of clinical psychology* 12: 307-330.
- Knox, K. L., et al. (2010). "The US Air Force suicide prevention program: implications for public health policy." *American Journal of Public Health* 100(12): 2457-2463.
- Kristman, V. L., et al. (2014). "Methodological issues and research recommendations for prognosis after mild traumatic brain injury: results of the International Collaboration on Mild Traumatic Brain Injury Prognosis." *Archives of physical medicine and rehabilitation* 95(3): S265-S277.
- Kuehner, C. A. (2013). "My military: a navy nurse practitioner's perspective on military culture and joining forces for veteran health." *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 25(2): 77-83.
- Kuipers, P., et al. (2016). "Front-line worker perspectives on Indigenous youth suicide in Central Australia: initial treatment and response." *Advances in Mental Health* 14(2): 106-117.
- Langhinrichsen-Rohling, J., et al. (2011). "Risk for suicidal ideation in the US Air Force: an ecological perspective." *Journal of consulting and clinical psychology* 79(5): 600.

- Large, M. M. and C. J. Ryan (2014). "Suicide risk categorisation of psychiatric inpatients: what it might mean and why it is of no use." *Australasian Psychiatry* 22(4).
- Larsen, M. E., et al. (2016). "A Systematic Assessment of Smartphone Tools for Suicide Prevention." *PLoS One* 11(4): e0152285.
- Leahy, P. (2013). "Australian Army Journal: Culture Edition." *Australian Army Journal*.
- Lee, J. E., et al. (2016). "Psychosocial pathways linking adverse childhood experiences to mental health in recently deployed Canadian military service members." *Journal of traumatic stress* 29(2).
- LeFevre, M. L. (2014). "Screening for suicide risk in adolescents, adults, and older adults in primary care: US Preventive Services Task Force recommendation statement." *Annals of internal medicine* 160(10): 719-726.
- Lehrner, A. and R. Yehuda (2014). "Biomarkers of PTSD: military applications and considerations." *European journal of psychotraumatology* 5: 1-11.
- Lester, P., et al. (2011). *The Comprehensive Soldier Fitness Program Evaluation. Report 3: Longitudinal Analysis of the Impact of Master Resilience Training on Self-Reported Resilience and Psychological Health Data*. United States, Department of the Army.
- Lester, P., et al. (2012). "Evaluation of a family-centered prevention intervention for military children and families facing wartime deployments." *American Journal of Public Health* 102(S1): S48-S54.
- Li, B., et al. (2011). "Longitudinal health study of US 1991 Gulf War veterans: changes in health status at 10-year follow-up." *American journal of epidemiology* 174(7): 761-768.
- Liacos, G. and R. Feder (2015). *Measuring the DVA's Online Mental Health Resources*. Melbourne, Young and Well CRC.
- Lin, E. and S.-J. Tsai (2016). *Genetics and Suicide. Understanding Suicide*, Springer: 85-95.
- Lineberry, T. W. and S. S. O'connor (2012). *Suicide in the US Army*. Mayo Clinic Proceedings, Elsevier.
- Logan, J., et al. (2016). "Suicidal ideation among young Afghanistan/Iraq War Veterans and civilians: Individual, social, and environmental risk factors and perception of unmet mental healthcare needs, United States, 2013." *Psychiatry Research* 245: 398-405.
- Logan, J. E., et al. (2015). "Precipitating circumstances of suicide among active duty US Army personnel versus US civilians, 2005–2010." *Suicide and Life-Threatening Behavior* 45(1): 65-77.
- Looi, J. C. (2016). "Neuropsychiatry: a synthesis of clinical and scientific fields for disorders of mind and body." *Australasian Psychiatry* 24(6): 523-524.
- Luo, F., et al. (2011). "Impact of business cycles on US suicide rates, 1928–2007." *American Journal of Public Health* 101(6): 1139-1146.
- Luxton, D. D., et al. (2013). "Suicide risk among US Service members after psychiatric hospitalization, 2001–2011." *Psychiatric Services* 64(7): 626-629.
- MacLean, M. B., et al. (2010). *Life After Service Study: Data Collection Methodology for the Income Study and the Transition to Civilian Life Surveys*. Ottawa, Canada, Research Directorate, Veterans Affairs Canada/Director General, Military Personnel Research and Analysis, Department of National Defence.
- Macmanus, D. and S. Wessely (2013). *Veteran mental health services in the UK: Are we headed in the right direction?*, Taylor & Francis.
- Magruder, K. M., et al. (2016). "Prevention and public health approaches to trauma and traumatic stress: a rationale and a call to action." *European journal of psychotraumatology* 7: 1-9.
- Mansfield, A. J., et al. (2011). "Suicidal or self-harming ideation in military personnel transitioning to civilian life." *Suicide and Life-Threatening Behavior* 41(4): 392-405.

- Masters, C. (2012). *Uncommon Soldier*. Australia, Allen & unwin.
- Matarazzo, B. B., et al. (2013). "The Self-Directed Violence Classification System and the Columbia Classification Algorithm for Suicide Assessment: A Crosswalk." *Suicide and Life-Threatening Behavior* 43(3): 235-249.
- Matsubayashi, T. and M. Ueda (2011). "The effect of national suicide prevention programs on suicide rates in 21 OECD nations." *Social science & medicine* 73(9): 1395-1400.
- Matthieu, M. M., et al. (2014). "Using a service sector segmented approach to identify community stakeholders who can improve access to suicide prevention services for veterans." *Military medicine* 179(4): 388-395.
- McClymans, S. (2016). "Understanding Australian Military Culture." Retrieved October 24, 2016, from <http://survivor.org.au/news/understanding-military-culture/>.
- McFarlane, A. (2010). Submission to the inquiry into the care of ADF personnel wounded and injured on operations. Canberra, Joint Standing Committee on Foreign Affairs and Defence and Trade.
- McFarlane, A. (2016). "Accountability for the Psychological Costs of Military Service A Benchmark Set by the Canadian Armed Forces." *The Canadian Journal of Psychiatry* 61(1): 7S-9S.
- McFarlane, A. and S. Hodson (2010). *Mental Health of the Australian Defence Force: ADF Mental Health Prevalence and Wellbeing Study*. Canberra, Department of Defence.
- McGorry, P., et al. (2013). "Designing youth mental health services for the 21st century: examples from Australia, Ireland and the UK." *The British Journal of Psychiatry* 202(s54): s30-s35.
- McKay, K. (2010). *Suicide in veterans: a psychological autopsy study*. Brisbane, Australia, Australian Institute for Suicide Research and Prevention.
- McKay, K., et al. (2012). *A Review of the Operation Life Suicide Awareness Workshops: Report to the Department of Veterans' Affairs*. Brisbane, Australian Institute for Suicide Research and Prevention.
- Meabon, J. S., et al. (2016). "Repetitive blast exposure in mice and combat veterans causes persistent cerebellar dysfunction." *Science translational medicine* 8(321): 321ra326-321ra326.
- Nardi DA. Depression in school-aged children: Assessment and early intervention. *J Psychosoc Nurs Mental Hlth Serv* 2007, 45:48–52
- National Mental Health Commission (2013). *A Contributing Life: The 2013 National Report Card on Mental Health and Suicide Prevention*. Canberra, Commonwealth of Australia.
- National Mental Health Commission (2014). *The National Review of Mental Health Programmes and Services*. Sydney, NMHC.
- National Office for Suicide Prevention (2015). *Report from the Policy Advisory Group*. Dublin, Health Service Executive.
- Nazarov, A., et al. (2015). "Role of morality in the experience of guilt and shame within the armed forces." *Acta Psychiatrica Scandinavica* 132(1): 4-19.
- NHMRC Centre for Research Excellence in Suicide Prevention and Black Dog Institute (2015). *Proposed Suicide Prevention Framework for NSW*. Sydney, Sydney, NSW, Mental Health Commission of NSW.
- Nielsen, M. B. and S. Knardahl (2016). "The healthy worker effect: Do health problems predict participation rates in, and the results of, a follow-up survey?" *International Archives of Occupational and Environmental Health* 89(2): 231-238.
- Nock, M. K. (2016). "Recent and needed advances in the understanding, prediction, and prevention of suicidal behavior." *Depression and anxiety* 33(6): 460-463.

- Nock, M. K., et al. (2016). "Risk factors for suicide ideation differ from those for the transition to suicide attempt: The importance of creativity, rigor, and urgency in suicide research." *Clinical Psychology: Science and Practice* 23(1): 31-34.
- Noël, F., et al. (2016). "A longitudinal study of suicidal ideation among homeless, mentally ill individuals." *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 51(1): 107-114.
- O'Brien, K. J. (2011). *The lived experience of PTSD for children of Australian Vietnam veterans in Australia*. Creative Industries Facility. Brisbane, Queensland University of Technology. PhD.
- O'Connor, E., et al. (2013). "Screening for and treatment of suicide risk relevant to primary care: a systematic review for the US Preventive Services Task Force." *Annals of internal medicine* 158(10): 741-754.
- O'Connor, M., et al. (2015). "“What can psychiatrists do to better support victims of Family violence?”." *Australasian Psychiatry* 1(4).
- O'Connor, M., et al. (2015). "Constructing the Suicide Risk Index (SRI): does it work in predicting suicidal behavior in young adults mediated by proximal factors?" *Archives of Suicide Research* 19(1): 1-16.
- O'Connor, M., et al. (2016). *Suicide, family, and domestic violence in Australian immigrant women*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, London, UK.
- O'Donnell, M. L., et al. (2014). *The Australian Defence Force Mental Health Screening Continuum Framework: Full Report*. Canberra, Department of Defence.
- O'Toole, B. I., et al. (2015). "Suicidality in Australian Vietnam veterans and their partners." *Journal of psychiatric research* 65: 30-36.
- O'Toole, B. I., et al. (2010). "The mental health of partners of Australian Vietnam veterans three decades after the war and its relation to veteran military service, combat, and PTSD." *The Journal of nervous and mental disease* 198(11): 841-845.
- O'Connor, R. C. (2011). *The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior*, Hogrefe Publishing.
- O'Connor, R. C. (2011). *Towards an integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour*. *International handbook of suicide prevention: Research, policy and practice*. R. O'Connor, S. Platt and J. Gordon, Wiley-Blackwell: 181-198.
- OECD (2013). *Finland's falling mental health spending and high suicide rates concerning*, says OECD.
- Oexle, N., et al. (2016). "Self-stigma and suicidality: a longitudinal study." *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*: 1-3.
- Oquendo, M. A., et al. (2014). "Toward a biosignature for suicide." *American Journal of Psychiatry* 171(12): 1259-1277.
- Page, A., et al. (2013). "The role of under-employment and unemployment in recent birth cohort effects in Australian suicide." *Social science & medicine* 93: 155-162.
- Perl, L. (2011). *Veterans and homelessness: Report for Congress*. Washington, DC, Congressional Research Service.
- Peters, K., et al. (2016). "“People look down on you when you tell them how he died”: Qualitative insights into stigma as experienced by suicide survivors." *International journal of mental health nursing*.
- Pietrzak, R. H., et al. (2010). "Risk and protective factors associated with suicidal ideation in veterans of Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom." *Journal of Affective Disorders* 123(1): 102-107.
- Pitman, A. L., et al. (2016). "Bereavement by suicide as a risk factor for suicide attempt: a cross-sectional national UK-wide study of 3432 young bereaved adults." *BMJ open* 6(1): e009948.

- Plener, P. L., et al. (2015). "The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature." *Borderline personality disorder and emotion dysregulation* 2(1): 1.
- Portes, A. and E. Vickstrom (2011). "Diversity, social capital, and cohesion." *Annual Review of Sociology* 37: 461-479.
- Posner, K., et al. (2011). "The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults." *American Journal of Psychiatry* 168(12): 1266-1277.
- Queensland Mental Health Commission (2015). *Early Action: Queensland Mental Health Promotion, Prevention and Early Intervention Action Plan 2015-17 Summary*. Qld, Queensland Government.
- Rachiotis, G., et al. (2015). "What has happened to suicides during the Greek economic crisis? Findings from an ecological study of suicides and their determinants (2003–2012)." *BMJ open* 5(3): e007295.
- Ramchand, R., et al. (2011). *The war within: Preventing suicide in the US military*, Rand Corporation.
- Ramchand, R., et al. (2015). *Suicide Postvention in the Department of Defense: Evidence, Policies and Procedures, and Perspectives of Loss Survivors*, Rand Corporation.
- Ramchand, R., et al. (2015). "Prevalence of, risk factors for, and consequences of posttraumatic stress disorder and other mental health problems in military populations deployed to Iraq and Afghanistan." *Current Psychiatry Reports* 17(5): 1-11.
- Ray, S. L. and K. Heaslip (2011). "Canadian military transitioning to civilian life: A discussion paper." *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 18(3): 198-204.
- Reavley, N. J. and A. F. Jorm (2011). *National Survey of Mental Health Literacy and Stigma*. Melbourne, university of Melbourne.
- Reijnen, A., et al. (2015). "The effect of deployment to a combat zone on testosterone levels and the association with the development of posttraumatic stress symptoms: a longitudinal prospective Dutch military cohort study." *Psychoneuroendocrinology* 51: 525-533.
- Reivich, K. J., et al. (2011). "Master resilience training in the US Army." *American Psychologist* 66(1): 25.
- Reme, S. E., et al. (2015). "Work-focused cognitive–behavioural therapy and individual job support to increase work participation in common mental disorders: a randomised controlled multicentre trial." *Occupational and Environmental Medicine* 72(10): 745-752.
- Returned Services League of Australia (2015). *Mental Health of Serving ADF Personnel: Submission 19*. Canberra, Australia, Foreign Affairs, Defence and Trade Committee.
- Richardson, R. (2013). "Culture matters for the ADF." Retrieved November 27, 2016, from <https://www.aspistrategist.org.au/culture-matters-for-the-adf/>.
- Rijs, K. and R. Bogers (2015). *Suicide mortality among deployed male military personnel compared with men who were not deployed*. RIVM rapport 2015-0155, National Institute for Public Health and the Environment.
- Rimkeviciene, J., et al. (2015). "Personal stigma in suicide attempters." *Death studies* 39(10): 592-599.
- Robinson, J., et al. (2013). "A systematic review of school-based interventions aimed at preventing, treating, and responding to suicide-related behavior in young people." *Crisis* 34: 164-182.
- Robinson, J., et al. (2010). "Suicide attempt in first-episode psychosis: a 7.4 year follow-up study." *Schizophrenia research* 116(1): 1-8.

- Rodgers, M., et al. (2016). "Integrated Care to Address the Physical Health Needs of People with Severe Mental Illness: A Rapid Review." *Health Services and Delivery Research* 4(13).
- Rodgers, P. (2010). Review of the Applied Suicide Intervention Skills Training Program (ASIST), Livingworks Education.
- Rolland-Harris, E., et al. (2015). 2015 Report on Suicide Mortality in the Canadian Armed Forces (1995 to 2014). Canada, Her Majesty the Queen in Right of Canada.
- Ross, V., et al. (2017). "Beyond psychopathology: A case-control psychological autopsy study of young adult males." *International Journal of Social Psychiatry*: 0020764016688041.
- Rozanov, V. and V. Carli (2012). "Suicide among war veterans." *International journal of environmental research and public health* 9(7): 2504-2519.
- Ryan, C. J., et al. (2015). "Assessing and managing suicidal patients in the emergency department." *Australasian Psychiatry* 23(5).
- Ryan, C. J. and M. M. Large (2013). "Suicide risk assessment: where are we now." *Med J Aust* 198(9): 462-463.
- Sachs-Ericsson, N. J., et al. (2016). "In my end is my beginning: developmental trajectories of adverse childhood experiences to late-life suicide." *Aging & mental health* 20(2): 139-165.
- SANE Australia (2014). "Research Bulletin: Emergency Services and Mental Illness." Retrieved November 24, 2016, from https://www.sane.org/images/PDFs/130611_rb17em.pdf.
- Mental Disorders." *Psychological medicine* 16(04): 909-928.
- Scarr, E. (2016). Changing attitudes to mental illness in the Australian Defence Force: a long way to go Canberra, Parliamentary Library Service.
- Schinka, J. A., et al. (2015). "Increased mortality among older veterans admitted to VA homelessness programs." *Psychiatric Services* 67(4): 465-468.
- Schlossberg, N. K. (1981). "A model for analyzing human adaptation to transition." *The Counseling Psychologist* 9(2): 2-18.
- Schmidt, U., et al. (2013). "Biomarkers in posttraumatic stress disorder: overview and implications for future research." *Disease markers* 35(1): 43-54.
- Schomerus, G., et al. (2015). "Collective levels of stigma and national suicide rates in 25 European countries." *Epidemiology and psychiatric sciences* 24(02): 166-171.
- Scott, A. and B. Guo (2012). For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness. Denmark, WHO.
- Selby, E. A., et al. (2010). "Overcoming the fear of lethal injury: Evaluating suicidal behavior in the military through the lens of the Interpersonal-Psychological Theory of Suicide." *Clinical psychology review* 30(3): 298-307.
- Shallcross, S. L., et al. (2016). "Social causation versus social erosion: comparisons of causal models for relations between support and PTSD symptoms." *Journal of traumatic stress* 29(2): 167-175.
- Shattell, M. M., et al. (2014). "A recovery-oriented alternative to hospital emergency departments for persons in emotional distress: "The living room"." *Issues in Mental Health Nursing* 35(1): 4-12.
- Shaw, T. W. (2013). *The Legality and Morality of Killing in War: Just War Theory and Its Implications for Understanding the Psychological Toll of Combat*. Sydney, Australia, University of Sydney. Doctor of Philosophy.
- Shelef, L., et al. (2014). "Characteristics of Soldiers with Self-Harm in the Israeli Defense Forces." *Archives of Suicide Research* 18(4): 410-418.

- Shelef, L., et al. (2016). "An effective suicide prevention program in the Israeli Defense Forces: A cohort study." *European Psychiatry* 31: 37-43.
- Sjølie, H., et al. (2010). "Crisis resolution and home treatment: structure, process, and outcome—a literature review." *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 17(10): 881-892.
- Skopp, N. A., et al. (2012). Relations between suicide and traumatic brain injury, psychiatric diagnoses, and relationship problems, active component, US Armed Forces, 2001-2009, DTIC Document.
- Smith, E. G., et al. (2013). "Suicide risk assessment received prior to suicide death by Veterans Health Administration patients with a history of depression." *The Journal of clinical psychiatry* 74(3): 226-232.
- Sokolowski, M., et al. (2015). "Polygenic associations of neurodevelopmental genes in suicide attempt." *Molecular psychiatry* 21: 1318-1390.
- STARRS-LS (2016). "Study to Assess Risk and Resilience in Service members." Retrieved October 18, 2016, from <http://starrs-is.org/>.
- Stein, M. B., et al. (2015). "Prospective longitudinal evaluation of the effect of deployment-acquired traumatic brain injury on posttraumatic stress and related disorders: Results from the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS)." *American Journal of Psychiatry* 172(11): 1101-1111.
- Stuckler, D. and S. Basu (2013). *The Body Economic: Why Austerity Kills*, Basic Books.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2014). *Crisis Services: Effectiveness, Cost- Effectiveness, and Funding Strategies*. Rockville, MD, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Sussman, D., et al. (2016). "Neuroanatomical features in soldiers with post-traumatic stress disorder." *BMC neuroscience* 17(1): 13.
- Sveticic, J. and D. De Leo (2012). "The hypothesis of a continuum in suicidality: a discussion on its validity and practical implications." *Mental Illness* 4(2): 15.
- Székely, A., et al. (2013). "How to decrease suicide rates in both genders? An effectiveness study of a community-based intervention (EAAD)." *PLoS One* 8(9): e75081.
- Szumilas, M. and S. Kutcher (2011). "Post-suicide intervention programs: a systematic review." *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique* 102(1): 18-29.
- Taliaferro, L. A. and J. J. Muehlenkamp (2015). "Risk factors associated with self-injurious behavior among a national sample of undergraduate college students." *Journal of American college health* 63(1): 40-48.
- Tatz, C. (2016 in press). "Suicide and Sensibility." *Death studies*.
- Taylor, R., et al. (2004). "Socio-economic differentials in mental disorders and suicide attempts in Australia." *The British Journal of Psychiatry* 185(6): 486-493.
- Tempier, R. (2016). *Suicide among Aboriginals: A "Burning" Public Health Issue in Need of Solutions*, SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA.
- The Aspen Foundation (2016). *ESO Mapping Project Final Report*. Canberra Australia, The Aspen Foundation.
- The Scottish Government (2013). *Suicide Prevention Strategy 2013-2016*. Edinburgh, The Scottish Government.
- Thomas, K. H. and S. P. Taylor (2015). "Beyond Trauma Treatment: Mindfulness Instruction in the Training Environment to Prevent Depression, Lower Suicide Rates and Improve Resilience in the Military and Veteran Communities." *Journal of Trauma and Stress Disorder Treatment* 2: 2.

- Thomas, K. H. and S. P. Taylor (2016). "Bulletproofing the Psyche: Mindfulness Interventions in the Training Environment to Improve Resilience in the Military and Veteran Communities." *Advances in Social Work* 16(2): 312-322.
- Thompson, J., et al. (2014). "Health and well-being of Canadian armed forces veterans: Findings from the 2013 life after service survey." Charlottetown PE: Research Directorate, Veterans Affairs Canada. Research Directorate Technical Report 3: 2.
- Thompson, J. M., et al. (2014). "Roles of physical and mental health in suicidal ideation in Canadian Armed Forces Regular Force veterans." *Canadian Journal of Public Health* 105(2): 109-115.
- Ting, I. (2011). "Deaths in custody: mental health assessments fail suicidal inmates." Retrieved November 20, 2016, from <https://www.crikey.com.au/2011/05/04/deaths-in-custody-mental-health-assessments-fail-suicidal-inmates/>.
- Tøllefsen, I. M., et al. (2012). "The reliability of suicide statistics: a systematic review." *BMC psychiatry* 12(1): 9.
- Tran, T., et al. (2013). An integrated framework for suicide risk prediction. Proceedings of the 19th ACM SIGKDD international conference on Knowledge discovery and data mining, ACM.
- Tsai, J., et al. (2013). "Homeless veterans who served in Iraq and Afghanistan: Gender differences, combat exposure, and comparisons with previous cohorts of homeless veterans." *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*: 1-6.
- Tsai, J. and R. A. Rosenheck (2015). "Risk factors for homelessness among US veterans." *Epidemiologic Reviews* 37(1): 177-195.
- Turecki, G. (2016). *Epigenetics. Understanding Suicide: From Diagnosis to Personalized Treatment*. P. Courtet. Cham, Springer International Publishing: 97-110.
- Prevention (2012). *2012 National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action*. Washington, DC, HHS.
- Ursano, R. J., et al. (2015). "Suicide attempts in the US Army during the wars in Afghanistan and Iraq, 2004 to 2009." *JAMA psychiatry* 72(9): 917-926.
- Ursano, R. J., et al. (2016). "Risk factors, methods, and timing of suicide attempts among US Army soldiers." *JAMA psychiatry* 73(7): 741-749.
- US Army Center for Health Promotion and Preventive Medicine (2012). "Analyses of Army Suicides, 2003–2009. Epidemiological Report No. 14-HK-0BW9-10c." Retrieved January 21, 2012, from <http://www.docstoc.com/docs/87818159/Epidemiological-Studies-of-HealthOutcomes-among-Troops-Deployed>.
- US Army Center for Health Promotion and Preventive Medicine (2016). *Redeployment Health Guide Series* (January). USA, US Army.
- USA Department of Defense (2016). "Department of Defense Suicide Prevention Office." Retrieved November 24, 2016, from <http://www.dspo.mil/>.
- Van der Feltz-Cornelis, C. M., et al. (2011). "Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies." *Crisis* 32: 319-333.
- van Heeringen, K. (2012). "Stress-diathesis model of suicidal behavior." *The neurobiological basis of suicide* 51: 113.
- Van Orden, K. A., et al. (2010). "The interpersonal theory of suicide." *Psychological review* 117(2): 575.
- van Veen, M., et al. (2015). "Structured assessment of suicide risk in a psychiatric emergency service: Psychometric evaluation of the Nurses' Global Assessment of Suicide Risk scale (NGASR)." *International Journal of Social Psychiatry* 61(3): 287-296.
- VanDenKerkhof, E. G., et al. (2014). "Prevalence of chronic pain and related risk factors in military veterans: a systematic review protocol." *JBIC Database of Systematic Reviews*

- and Implementation Reports 12(2): 46-55. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 31(2): 184-193.
- Wasserman, D., et al. (2015). "School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial." *The Lancet* 385(9977): 1536-1544.
- Westphal, R. J. and S. P. Convoy (2015). "Military culture implications for mental health and nursing care." *Online journal of issues in nursing* 20(1): 1.
- Wexler, L., et al. (2015). "Why an alternative to suicide prevention gatekeeper training is needed for rural Indigenous communities: presenting an empowering community storytelling approach." *Critical Public Health* 25(2): 205-217.
- While, D., et al. (2012). "Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997–2006: a cross-sectional and before-and-after observational study." *The Lancet* 379(9820): 1005-1012.
- WHO Europe (2013). *Mental Health, Resilience and Inequalities*. Copenhagen, Denmark, WHO.
- Wintersteen, M. B. (2010). "Standardized screening for suicidal adolescents in primary care." *Pediatrics* 125(5): 938-944.
- Woosley, J. A. (2015). *Insomnia and suicide risk*, The University of Alabama TUSCALOOSA.
- World Health Organisation (2012). *Public health action for the prevention of suicide: A framework*. Geneva, World Health Organisation.
- World Health Organisation (2014). "Mental Health-Suicide Prevention." Retrieved October 12, 2016, from http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.
- Woznica, A. A., et al. (2015). "The insomnia and suicide link: toward an enhanced understanding of this relationship." *Sleep medicine reviews* 22: 37-46.
- Wray, M., et al. (2011). "The sociology of suicide." *Annual Review of Sociology* 37: 505-528.
- Wray, M., et al. (2011). "The Sociology of Suicide." *Annual Review of Sociology* 37: 505-528.
- Yin, H., et al. (2016). "A pilot integrative genomics study of GABA and glutamate neurotransmitter systems in suicide, suicidal behavior, and major depressive disorder." *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics* 171(3).
- Youth in Contact with the Juvenile Justice System Task Force (2013). *Screening and assessment for suicide prevention: Tools and procedures for risk identification among juvenile justice youth*. Washington, DC, National Action Alliance for Suicide Prevention.
- Yuodelis-Flores, C. and R. K. Ries (2015). "Addiction and suicide: a review." *The American Journal on Addictions* 24(2): 98-104.
- Zalsman, G., et al. (2016). "Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review." *The Lancet Psychiatry* 3(7): 646-659.
- Zamorski, M. A. (2011). "Suicide prevention in military organizations." *International Review of Psychiatry* 23(2): 173-180.