

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

**ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ
ΤΗΝ ΟΠΤΙΚΗ ΤΗΣ ΨΥΧΑΝΑΛΥΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΕΠΙΣΤΗΜΗΣ.
ΚΟΙΝΟΙ ΤΟΠΟΙ Ή ΑΠΟΚΛΙΝΟΥΣΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ;**

Ελένη Θεμελή
Ψυχίατρος

Επιβλέπων Καθηγητής: Γρηγόρης Βασιλαματζής
Ομότιμος Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ

Πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών
«Ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία σε ιατρικά πλαίσια»
2016-2018

Ιανουάριος 2019

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΠΤΙΚΗ ΤΗΣ ΨΥΧΑΝΑΛΥΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΕΠΙΣΤΗΜΗΣ.

ΚΟΙΝΟΙ ΤΟΠΟΙ Ή ΑΠΟΚΛΙΝΟΥΣΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ;

Περιεχόμενα.....	1
Ευχαριστίες.....	2
Περίληψη.....	3
Abstract.....	4
I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
II. ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	8
1. Βασικές ψυχαναλυτικές απόψεις.....	8
2. Νεότερες ψυχαναλυτικές απόψεις.....	14
2.1. Το πυρηνικό σύμπλεγμα και η διαδικασία της αυτοκτονίας.....	14
2.2. Κατάρρευση εαυτού και αυτοκτονία.....	16
2.3. Η χρήση του σώματος.....	17
2.4. Ο ρόλος του πατέρα.....	18
2.5. Φαντασιώσεις αυτοκτονίας.....	19
2.6. Αυτοκτονικότητα και όνειρα.....	21
3. Δομές προσωπικότητας και αυτοκτονικότητα.....	22
3.1. Ευάλωτοι τύποι προσωπικότητας.....	22
3.2. Διαταραχές προσωπικότητας και ενόρμηση θανάτου.....	23
3.3. Η εσωτερική κατάσταση της αυτοκτονίας.....	27
3.4. Ψυχική απόσυρση και αυτοκτονία.....	29
4. Αυτοκτονικότητα σε ειδικές κατηγορίες πληθυσμού.....	29
4.1. Η αυτοκτονικότητα στους εφήβους.....	29
4.2. Αυτοκτονικότητα και φύλο.....	32
4.3. Κατάθλιψη, απελπισία και αυτοκτονικότητα.....	33
III. ΝΕΥΡΟΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	36
1. Γενικό μέρος.....	36
2. Μετωπιαίοι λοβοί.....	37
2.1. Δομική νευροαπεικόνιση.....	37
2.2. Λειτουργική νευροαπεικόνιση.....	38
3. Άλλες εγκεφαλικές περιοχές.....	41
3.1. Δομική νευροαπεικόνιση.....	41
3.2. Λειτουργική νευροαπεικόνιση.....	42
4. Ο ρόλος των νευρομεταβιβαστικών συστημάτων.....	43
4.1. Σεροτονινεργικό σύστημα.....	43
4.2. Νοραδρενεργικό – Ντοπαμινεργικό σύστημα.....	44
5. Αυτοκτονικότητα και πόνος.....	45
IV. ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ.....	46
V. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	47
Βιβλιογραφία.....	55

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η πραγματοποίηση της μεταπτυχιακής εργασίας αυτής, αν και αποτελεί μια πολύτιμη αλλά χρονοβόρα και επίπονη διαδικασία, δε θα ήταν εφικτή χωρίς τη συνδρομή συγκεκριμένων προσώπων, τα οποία νιώθω την ανάγκη να ευχαριστήσω θερμά διότι συνεισέφεραν άμεσα και καταλυτικά στην ερευνητική μου εργασία.

Πρωτίστως, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον ομότιμο Καθηγητή Ψυχιατρικής και επιβλέποντα της διπλωματικής μου εργασίας, κ. Γρηγόρη Βασλαματζή, για το ενδιαφέρον, τη βοήθειά του, την καθοδήγηση και τις πολύτιμες συμβουλές που μου παρείχε, καθώς και για τη διαρκή διαθεσιμότητά του.

Επίσης, ευχαριστώ τον Καθηγητή Ψυχιατρικής, κ. Χαράλαμπο Παπαγεωργίου, για τον χρόνο που διέθεσε για τη συζήτηση για την παρούσα εργασία, την υποστήριξη και τις ενδιαφέρουσες προτάσεις του.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω και την ψυχίατρο-ψυχαναλύτρια, κ. Κωνσταντίνα Βασιλοπούλου, η οποία συμμετείχε ενεργά στη διεκπεραίωση της εργασίας με την προθυμία της να επισημάνει τα πολύ εύστοχα σχόλια της πάνω στο θέμα της εργασίας.

Επιβλέπων καθηγητής της διπλωματικής εργασίας είναι ο κ. Γρηγόρης Βασλαματζής, Ομότιμος Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ, και μέλη της εξεταστικής επιτροπής είναι ο κ. Χαράλαμπος Παπαγεωργίου, Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ, και ο κ. Δημήτρης Δικαίος, Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αυτοκτονικότητα αποτελεί ένα φαινόμενο με το οποίο έρχονται συχνά αντιμέτωποι οι ειδικοί της ψυχικής υγείας, αλλά η κατανόηση και η ικανότητα πρόβλεψής του, παρά την υπάρχουσα βιβλιογραφία, δεν έχει φτάσει σε ικανοποιητικό επίπεδο. Στην παρούσα εργασία παρουσιάζονται οι βασικές ψυχαναλυτικές θεωρίες περί αυτοκτονίας, με αφετηρία τον Stekel και την ομιλία του στο ψυχαναλυτικό συνέδριο της Βιέννης (1910) και τα σημαντικά έργα του Freud, «Πένθος και μελαγχολία» και «το Εγώ και το Αυτό», που ανέδειξαν τον πρωταρχικής σημασίας ρόλο της επιθετικότητας προς ένα απωλεσθέν και αμφιθυμικά επενδεδυμένο αντικείμενο, που στη συνέχεια στρέφεται κατά του εαυτού και της σαδιστικής επίθεσης του Υπερεγώ προς το Εγώ, το οποίο αφήνεται να πεθάνει. Αναφέρονται εν συντομία οι απόψεις του Menninger, περί της επιθυμίας του αυτοκτονικού ατόμου να σκοτώσει, να σκοτωθεί και να πεθάνει, και της Klein, που ερμηνεύει την αυτοκτονία και ως μια απόπειρα διάσωσης των εσωτερικευμένων καλών αντικειμένων. Ακολουθούν νεότερες ψυχαναλυτικές προσεγγίσεις στη βάση του «πυρηνικού συμπλέγματος» (συγκεκριμένος τρόπος σχετίζεσθαι με το πρωταρχικό αντικείμενο της βρεφικής ηλικίας), της παλινδρόμησης και της αποδιοργάνωσης του εαυτού, του ρόλου του πατέρα, της χρήσης του σώματος ως ξεχωριστού αντικειμένου και της επακόλουθης απόρριψής του, των υποκειμένων φαντασιώσεων που υποστηρίζουν την πράξη της αυτοκτονίας, και της λειτουργίας των ονείρων. Δίνεται έμφαση στις διαταραχές προσωπικότητας και, ειδικότερα, στις οριακού τύπου οργανώσεις και στη σχέση τους με τη χρόνια αυτοκτονικότητα όπως αναδείχτηκε από τον Kernberg, ενώ ξεχωριστή αναφορά γίνεται στην αυτοκτονικότητα των εφήβων, στη σχέση της με την κατάθλιψη και την απελπισία και στο πώς αυτή διαφοροποιείται ανάλογα με το φύλο. Η αυτοκτονικότητα μελετάται και από τη σκοπιά της νευροεπιστήμης, με τα ευρήματα από μελέτες δομικής και λειτουργικής απεικόνισης του εγκεφάλου να εντοπίζονται κυρίως στον προμετωπιαίο φλοιό και να σχετίζονται με διαταραχές του σεροτονινεργικού συστήματος και με δυσλειτουργία στα νευρωνικά δίκτυα του ψυχικού και σωματικού πόνου. Τέλος, επιχειρείται μια προσπάθεια διαλόγου μεταξύ των δύο διαφορετικών επιστημονικών πεδίων με την ανάδειξη συγκλινόντων στοιχείων, στη βάση κυρίως κάποιων χαρακτηριστικών των αυτοκτονικών ατόμων, όπως είναι η επιθετικότητα, η προτίμηση άμεσης έναντι καθυστερημένης ανταμοιβής, η παρορμητικότητα, η εκδραμάτιση και η ελλειμματική νοητικοποίηση, η δυσκολία επεξεργασίας των αρνητικών συναισθημάτων, η μεγάλου βαθμού αντοχή στον σωματικό πόνο και η δυνατότητα σωματικής αποσύνδεσης με αντικειμενοποίηση του σώματος.

Λέξεις-κλειδιά: αυτοκτονικότητα, ψυχανάλυση, νευροεπιστήμη, οριακοί ασθενείς

ABSTRACT

Mental health professionals are often called to deal with patients experiencing suicidality, however, our understanding of and ability to predict the phenomenon remains limited, despite the existing literature. Key psychoanalytic theories are evaluated chronologically in the current project, starting with Stekel's work presented at the Vienna 1910 Psychoanalytic congress. Freud's important works "Mourning and Melancholia" and "The Ego and The Id" are also summarized. These highlighted the importance of aggressiveness towards a lost ambivalently invested object which afterwards turns against oneself and the sadistic attack of Superego towards Ego, which is then left to die. Menninger's views on the wish to kill, the wish to be killed and the wish to die are briefly mentioned as well as Klein's interpretation of suicide as an attempt to rescue one's good internalized objects. More recent psychoanalytic approaches are also discussed, including the "core complex" (a way of relating with the primary object of the infantile period), regression and self-disintegration, the role of the father, the use of the body as a separate object and its ensuing rejection, the underlying phantasies that support suicide and the function of associated dreams. Emphasis is given to the personality disorders, specifically of the borderline organization, and their association with chronic suicidality as it was highlighted by Kernberg. Special attention is given to adolescent suicidality, along with its relation to depression and despair, and gender-based disparities. Suicidality is also studied from the neuroscience perspective, with the findings of structural and functional brain neuroimaging located mainly in the prefrontal lobe and related to serotonergic pathway dysfunction and to physical and psychic pain neuronal circuit abnormalities. Lastly, an attempt to establish a dialogue amongst the two scientific fields is made, trying to show converging data on the basis of common characteristics of suicidal persons, such as aggressiveness, preference of immediate against delayed reward, impulsivity, acting out, inefficient mentalization, negative emotions dysregulation, high physical pain tolerance, physical dissociation, and body objectification.

Key-words: suicidality, psychoanalysis, neuroscience, borderline patients

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αυτοκτονικότητα μπορεί να θεωρηθεί ως ένα φάσμα συμπεριφορών και σκέψεων που εκτείνονται από τον αυτοκτονικό ιδεασμό έως τις απόπειρες αυτοκτονίας και την επιτυχημένη αυτοκτονία. Η εξελικτική διαδικασία που οδηγεί από τις ιδέες αυτοκτονίας στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά ή ακόμα και στην αυτοκτονία, αλλά και τις επιπτώσεις της σε όσους τελικά επιβιώσουν, αναφέρεται συχνά ως αυτοκαταστροφική διαδικασία (Lonnquist, 2003).

Η αυτοκτονία αντιμετωπίστηκε ως βιοϊατρική έννοια για πρώτη φορά πριν από 150 χρόνια από τον Juan Esquirol, ο οποίος στο έργο του «Πραγματεία πάνω στη Φρενοβλάβεια» (1838) αφιέρωσε ένα κεφάλαιο στην αυτοκτονία και έγινε έτσι ο πρόδρομος της βιολογικής προσέγγισης της αυτοκτονίας (Amsel&Mann, 2003). Αργότερα, ο Émile Durkheim (1951) εισήγαγε την πρώτη κοινωνιολογική προσέγγιση στο σημαντικό έργο του “Le Suicide”, θεωρώντας την αυτοκτονία συλλογικό φαινόμενο που επηρεάζεται από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κοινωνίας στην οποία εμφανίζεται (Campbell&Hale, 2017).

Δεν υπάρχει ίσως μεγαλύτερη τραγωδία στην ψυχοθεραπεία από την επιτυχημένη απόπειρα αυτοκτονίας ενός ασθενούς. Ο Sigmund Freud στο έργο του «Ψυχοπαθολογία της καθημερινής ζωής» (1901) αναφέρεται στην αδυναμία ανάκλησης του ονόματος Signorelli από τον ίδιο, γεγονός το οποίο απέδωσε στην προσπάθεια απόθνησης της δυσάρεστης είδησης της αυτοκτονίας ενός ασθενούς του που έπασχε από μια ανίατη σεξουαλική διαταραχή και για τον οποίο είχε κοπιάσει πάρα πολύ (Freud, 1901).

Κάθε χρόνο, περισσότεροι από ένα εκατομμύριο άνθρωποι αυτοκτονούν (Lonnquist, 2003), οπότε, αρκετοί κλινικοί θα αντιμετωπίσουν ένα τέτοιο γεγονός στην πορεία της καριέρας τους, ενώ σχεδόν όλοι θα βρεθούν αντιμέτωποι με έναν ασθενή που θα αναφέρει ευχές αυτοκτονίας και ανάλογες φαντασιώσεις και σχέδια. Τέτοιου είδους κλινικά προβλήματα απαιτούν προσεκτική διαχείριση, θεωρητική κατάρτιση και κατάλληλο θεραπευτικό χειρισμό. Η κατανόηση της επιθυμίας αυτοκαταστροφής μπορεί να προσεγγιστεί μέσω διαφορετικών αναλυτικών και ψυχοδυναμικών θεωριών (Huprich, 2004).

Ο Glen Gabbard αναφέρει ότι «στόχος για τη θεραπεία των αυτοκτονικών ασθενών -που αποτελείται από την ψυχοθεραπευτική προσέγγιση για την κατανόηση των εσωτερικών παραγόντων και των εξωτερικών στρεσογόνων παραγόντων που κάνουν τον ασθενή αυτοκτονικό- είναι να αλλάξει η θεμελιώδης επιθυμία θανάτου» (Gabbard, 2006, σ.257). Υπό το πρίσμα αυτό, η ψυχοδυναμική θεωρία έχει πολλά να προσφέρει στη δουλειά με τους αυτοκτονικούς ασθενείς. Πράγματι, ο αυτοκτονικός ιδεασμός αποτελεί προϊόν τόσο συνειδητών όσο και ασυνειδητών ψυχικών διεργασιών και η απόπειρα αυτοκτονίας είναι το

αποτέλεσμα ενδοψυχικών παραγόντων που ενεργούν ενάντια στη φυσική ύπαρξη υπέρ μιας ολοκληρωτικής καταστροφής. Η ψυχοδυναμική θεωρία αποτελεί μια δεξαμενή κλινικά χρήσιμου υλικού μέσω του οποίου κατανοούνται οι ενδοψυχικές συγκρούσεις, οι ενορμήσεις επιθετικότητας, τα επώδυνα συναισθήματα, οι επιθυμίες, οι φαντασιώσεις και τα όνειρα των αυτοκτονικών ασθενών (Huprich, 2004).

Η αυτοκτονικότητα αποτελεί αντικείμενο μελέτης και διαφόρων άλλων επιστημονικών πεδίων, όπως είναι η επιδημιολογία, η γενετική, η νευροαπεικόνιση και η νευροβιολογία. Παρ' όλη την έκταση της βιβλιογραφίας για τους βραχυπρόθεσμους και τους μακροπρόθεσμους παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία, η ικανότητά μας να προβλέψουμε την αυτοκτονία ενός ασθενούς είναι ακόμα πολύ περιορισμένη. Στην παρούσα εργασία εξετάζεται η αυτοκτονικότητα σε άτομα με νευρωσικό ή οριακό επίπεδο οργάνωσης προσωπικότητας από τη σκοπιά των ψυχαναλυτικών θεωριών και γίνεται μια προσπάθεια σύνδεσης με νευροεπιστημονικά δεδομένα, παρά την παρουσία αρκετών εμποδίων και περιορισμών. Η σύγχρονη νευροεπιστήμη έχει ωριμάσει αρκετά ώστε να μας παρέχει νευροβιολογικά και νευροαπεικονιστικά (δομικά και λειτουργικά) δεδομένα χρήσιμα για τη σύγκρισή τους με τις ψυχαναλυτικές παρατηρήσεις και θεωρίες.

Δεδομένης της στενής σχέσης του νου με τον εγκέφαλο, το αντικείμενο μελέτης της ψυχανάλυσης μπορεί να συσχετιστεί με αυτό των νευροεπιστημών και η γεφύρωση της διάκρισης μεταξύ «ψυχολογικού» και «σωματικού» να γίνει εφικτή. Ο ίδιος ο Freud επιχείρησε στην αρχή να στηρίζει τις ψυχαναλυτικές θεωρίες του σε νευροβιολογικά δεδομένα με σκοπό τη δημιουργία ενός νευρικού προτύπου συμπεριφοράς. Στο «Σχέδιο για μια επιστημονική ψυχολογία» και στο «Πέραν από την αρχή της ηδονής» υιοθετεί τη θεωρία των μεμονωμένων νευρώνων, ασχολείται με την ινώδη μορφολογία του κυτταροπλάσματος τους και θεωρεί ότι συνδέονται μεταξύ τους με συνάψεις (φραγμοί επαφής) (Freud, 1895, 1920g). Επίσης, στο «Το Εγώ και το Αυτό» βρίσκει αναλογίες του Εγώ, το οποίο θεωρεί ότι είναι κυρίως σωματικό και αποτελεί την προβολή μιας επιφάνειας και ένα σύστημα υποδοχής ερεθισμάτων, με «το ανθρωπάριο του εγκεφάλου» των ανατόμων στον εγκεφαλικό φλοιό (Freud, 1923).

Η αποτελεσματική πρόληψη των αυτοκτονιών προϋποθέτει έγκαιρη διαπίστωση της αυτοκτονικής πρόθεσης και πρόιμη παρέμβαση και αναδεικνύει την ανάγκη συμβολής διαφορετικών επιστημονικών προσεγγίσεων και ανάδειξης των σημείων σύγκλισης για την πληρέστερη διερεύνηση και κατανόηση της αυτοκτονικότητας.

Στην παρούσα εργασία θα μελετηθεί μέσα από βιβλιογραφική ανασκόπηση η αυτοκτονικότητα όπως αυτή προσεγγίζεται από την ψυχαναλυτική θεωρία και από την νευροεπιστημονική έρευνα, ενώ γίνεται και μια σύντομη αναφορά στις σχετικές εξελικτικές

θεωρίες. Διεξήχθη βιβλιογραφική αναζήτηση μέσω ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων, όπως Google Scholar, Pubmed, Medline και PEPweb, καθώς και μέσω σχετικής αίτησης στην ψηφιακή βιβλιοθήκη του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι εξής: suicide, suicidality, psychoanalysis, neuroscience, neuroimaging, neurobiology, neurocircuitry, dissociation, dreams, depression, borderline, evolution. Τα πιο άμεσα σχετιζόμενα με το θέμα της εργασίας ψυχαναλυτικά και νευροεπιστημονικά άρθρα που βρέθηκαν ήταν μόνο στην αγγλική γλώσσα ενώ χρησιμοποιήθηκαν ψυχαναλυτικά και ψυχιατρικά βιβλία στην αγγλική και ελληνική γλώσσα. Τέλος, δεν συμπεριελήφθησαν βιβλιογραφικές αναφορές που αφορούσαν ψυχωτικούς ασθενείς.

Ι. ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑΣ

1. ΒΑΣΙΚΕΣ ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ

Το ψυχαναλυτικό ενδιαφέρον για την αυτοκτονία χρονολογείται από ένα συνέδριο που οργανώθηκε το 1910 από την ψυχαναλυτική κοινότητα της Βιέννης με θέμα την αυτοκτονία, όπου ο Wilhelm Stekel έκανε την πιο βασική και κρίσιμη δήλωση: «Τείνω να πιστέψω ότι η αρχή της αντεκδίκησης παίζει εδώ αποφασιστικό ρόλο. Κανένας δεν αυτοκτονεί αν δεν έχει πρώτα θελήσει να σκοτώσει κάποιον άλλον ή δεν έχει τουλάχιστον ευχηθεί τον θάνατο κάποιου άλλου». Προχώρησε στην αναζήτηση της σχέσης του αυτοκτονικού νέου με τους γονείς του. «Το παιδί θέλει να κλέψει από τους γονείς του ό,τι πολυτιμότερο έχουν· την ίδια του τη ζωή. Το παιδί γνωρίζει ότι έτσι θα τους προκαλέσει τον μεγαλύτερο δυνατό πόνο. Η τιμωρία που επιβάλλει το παιδί στον εαυτό του αποτελεί ταυτόχρονα και μια τιμωρία για αυτούς που το έκαναν να υποφέρει» (Stekel, 1910, p.87). Με αφορμή τη συζήτηση στο συνέδριο αυτό, ο Freud, σε ένα άρθρο του που φέρει τον τίτλο «Περί αυτοκτονίας», αναφέρει ότι αμφιβάλει για το αν θα μπορούσε να εξηγηθεί η υπέρβαση του τόσο ισχυρού ενστίκτου της αυτοσυντήρησης με την υπόθεση ότι το Εγώ το αποκηρύσσει για χάρη των δικών του εγωιστικών κινήτρων ή στη βάση της ματαιώσης της libido (Freud, 1910).

Η ανθρώπινη δυνατότητα για αυτοκαταστροφή αποτελούσε ανέκαθεν πεδίο ενδιαφέροντος για τους ψυχαναλυτές. Ο Freud, στο «Πένθος και μελαγχολία» (1917), περιγράφει το πένθος ως μια φυσιολογική αντίδραση στην απώλεια ενός αντικειμένου αγάπης ή σε μία ιδεατή απώλεια, που σε κάθε περίπτωση όμως αφορά το Εγώ του ατόμου. Τη μελαγχολία τη θεωρεί μια παθολογική αντίδραση, σε αντίθεση με ανάλογες περιπτώσεις απώλειας, και αποδίδει τη διαφοροποίησή της, σε σχέση με τη φυσιολογική διεργασία του πένθους, στην πιθανή ύπαρξη μιας νοσηρής προδιάθεσης στα πάσχοντα άτομα. Ένα χαρακτηριστικό της μελαγχολίας που τη διαφοροποιεί από το πένθος είναι ότι ο ασθενής δεν μπορεί να αντιληφθεί σε συνειδητό επίπεδο την απώλεια ή το νόημά της. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η αναστολή του μελαγχολικού να μας δίνει την εντύπωση ενός αινίγματος καθώς δεν μπορούμε να αντιληφθούμε τι είναι αυτό που απορροφά και τελικά φτωχαίνει το Εγώ του.

Επιπλέον στη μελαγχολία, σε αντίθεση με το πένθος, υπάρχει πολύ έντονη αυτοκριτική, αυτουποτίμηση και αυτομομφή, που εκφράζονται από τους ασθενείς με χαρακτηριστική απουσία ντροπής και με έναν τρόπο συχνά ενοχλητικό για τους γύρω τους. Αυτή η ηθική αποστροφή προς το Εγώ και η ανάγκη τιμωρίας μπορεί να επεκτείνεται και στο παρελθόν, σε τέτοιο βαθμό, ώστε να παρατηρείται το αξιοσημείωτο φαινόμενο της υπερνίκησης της ενόρμησης αυτοσυντήρησης. Αν εξετάσουμε πιο προσεκτικά τις αυτομομφές του

μελαγχολικού, θα παρατηρήσουμε ότι αυτές αποτελούν μομφές απέναντι σε ένα απωλεσθέν ερωτικό αντικείμενο (ένα πρόσωπο που ο ίδιος αγαπά, αγάπησε ή θα αγαπήσει). Η αποεπένδυση της libido, από το αρχικά λιβιδινικά επενδεδυμένο αντικείμενο λόγω της απώλειας, δεν οδηγεί σε μετάθεση της σε ένα άλλο αντικείμενο, αλλά στην επιστροφή της libido στο ίδιο το Εγώ, όπου χρησιμεύει στην ταύτιση του τελευταίου με το απωλεσθέν αντικείμενο (δηλαδή μετατρέπεται το ίδιο το άτομο στο απωλεσθέν αντικείμενο). Ο Freud έχει ήδη εκφράσει την ιδέα ότι η ταύτιση αποτελεί το πρώτο στάδιο της επιλογής αντικειμένου, στο οποίο το άτομο προσπαθεί να ενσωματώσει το αντικείμενο καταβροχθίζοντάς το. «Η σκιά του αντικειμένου πέφτει πάνω στο Εγώ, που με αυτό τον τρόπο μεταμορφώνεται ώστε να κριθεί από μια ιδιαίτερη αρχή ως αντικείμενο, ως το εγκαταλελειμμένο αντικείμενο. Οπότε, η απώλεια του αντικειμένου μετασχηματίζεται σε απώλεια του Εγώ και η σύγκρουση ανάμεσα στο Εγώ και το αγαπημένο πρόσωπο σε διάσπαση ανάμεσα στην κριτική αρχή του Εγώ και στο μεταμορφωμένο μέσω της ταύτισης Εγώ». (Freud, 1917, σ.31)

Σύμφωνα με τον Freud, στη μελαγχολία παρατηρείται μια σχάση στο Εγώ, το ένα μέρος διαχωρίζεται, αντιτίθεται στο άλλο και το εκλαμβάνει ως αντικείμενο. Η κριτική αυτή αρχή που αυτονομείται από το Εγώ και που εδώ ονομάζεται ηθική συνείδηση αποτελεί την πρόδρομη έννοια του Υπερεγώ.

Η μελαγχολία χαρακτηρίζεται από παλινδρόμηση που κυμαίνεται από τη ναρκισσιστική επιλογή αντικειμένου μέχρι τον ναρκισσισμό, ενώ προϋποθέτει και αμφιθυμία απέναντι στο αντικείμενο, η οποία αναδεικνύεται με αφορμή την απώλεια του. Αν ο έρωτας για το απωλεσθέν αντικείμενο δεν μπορεί να εγκαταλειφθεί, με την καταφυγή στην πλέον αρχετυπική ναρκισσιστική ταύτιση με το αντικείμενο, το μίσος και ο σαδισμός, που αρχικά κατευθύνονταν προς αυτό, τώρα ικανοποιούνται με το να στρέφονται εναντίον του ίδιου του εαυτού. Η αμφιθυμική επένδυση του απωλεσθέντος αντικειμένου εν μέρει οδηγεί στην ταύτιση με αυτό (μέσω της παλινδρόμησης της libido στον ναρκισσισμό) και εν μέρει στρέφεται ως μίσος κατά του εαυτού, κάνοντας τον να υποφέρει με σαδιστική απόλαυση (παλινδρόμηση στο πλησιέστερο σαδιστικό στάδιο).

Ο σαδισμός αποτελεί την εξήγηση στο πώς ο αυτοκτονικός ασθενής μπορεί να ξεπεράσει το ένστικτο αυτοσυντήρησης και να συγκατατεθεί στην αυτοκαταστροφή του. Η ανάλυση της μελαγχολίας επίσης εξηγεί πώς η πρόθεση της αυτοκαταστροφής (ενορμήσεις επιθετικότητας και καταστροφής κατά των άλλων, που στη συνέχεια στρέφονται κατά του εαυτού), μπορεί να προχωρήσει σε πράξη. «Το Εγώ σκοτώνει τον εαυτό του μόνο όταν, μέσω της επιστροφής της επένδυσης αντικειμένου, μεταχειρίζεται τον εαυτό του ως αντικείμενο, όταν έχει την ελευθερία να κατευθύνει προς τον εαυτό του την εχθρότητα που στοχεύει ένα αντικείμενο και που αντιπροσωπεύει την αρχέγονη αντίδραση του Εγώ ενάντια στα αντικείμενα του εξωτερικού

κόσμου. Έτσι, στο πλαίσιο της παλινδρόμησης, με αφετηρία τη ναρκισσιστική επιλογή αντικειμένου, το αντικείμενο εξαφανίζεται, βέβαια, αλλά αποδεικνύεται πιο ισχυρό από το ίδιο το Εγώ. Στις δύο αντίθετες καταστάσεις, όταν είμαστε ερωτευμένοι και όταν θέλουμε να αυτοκτονήσουμε, το Εγώ συντρίβεται από το αντικείμενο, αν και από εντελώς διαφορετικούς δρόμους» (Freud, 1917, σσ.35-36).

Ο Freud σε ένα μεταγενέστερο άρθρο του, το “The psychogenesis of a case of homosexuality in a woman” (1920), αναφέρεται στην απόπειρα αυτοκτονίας μιας νεαρής ομοφυλόφιλης κοπέλας, η οποία έπεσε στις γραμμές του τρένου. Νωρίτερα και ενώ συνοδευόταν από την «αγαπημένη» της, είχε συναντήσει τυχαία στον δρόμο τον πατέρα της, ο οποίος είχε μόλις πληροφορηθεί για τη σχέση τους. Ο Freud τονίζει ότι πέρα από τα συνειδητά κίνητρα που προέβαλε η κοπέλα για να εξηγήσει την απόπειρα, αυτή θα μπορούσε να ερμηνευτεί στη βάση της εκπλήρωσης ασυνείδητων επιθυμιών και ως μια ανάγκη αυτοτιμωρίας.

Σε άλλο σημείο ο Freud αναφέρει ότι η ψυχανάλυση προσφέρει μια εξήγηση στο αίνιγμα της αυτοκτονίας: «πιθανόν κανένας δεν μπορεί να βρει την ψυχική ενέργεια που απαιτείται για να αυτοκτονήσει, εκτός αν ταυτόχρονα σκοτώνει ένα αντικείμενο με το οποίο έχει ταυτιστεί, στρέφοντας δηλαδή την επιθυμία του θανάτου που κατευθύνονταν αρχικά προς κάποιον άλλον, εναντίον του ίδιου του εαυτού του» (Freud, 1920a, p.162). Όπως επισημαίνει, δεν πρέπει να μας εκπλήσσει η συχνή ανεύρεση ασυνείδητων επιθυμιών θανάτου, μιας και σε όλους τους ανθρώπους το ασυνείδητο βρίθει τέτοιων επιθυμιών, ακόμα και για τα αγαπημένα μας πρόσωπα. Τέλος, θεωρεί ότι η αυτοκτονία είναι μια πράξη υπερκαθορισμένη με διαφορετικά αλλά, πιθανόν, εξίσου ισχυρά κίνητρα που δρουν αθροιστικά (Freud, 1920a).

Ο Freud στο άρθρο του «το Εγώ και το Αυτό» (1923), μας θυμίζει ότι στη μελαγχολία η παραίτηση από ένα σεξουαλικό αντικείμενο προκαλεί μια αλλαγή στο Εγώ μέσω της ενδοβολής του αντικειμένου αυτού, με την ενδοβολή να αποτελεί μια μορφή παλινδρόμησης στο στοματικό στάδιο. Η ταύτιση αυτή, πιθανότατα, αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση προκειμένου το Εγώ να παραιτηθεί από τα αντικείμενά του. Στην κατάσταση της μελαγχολίας το Υπερεγώ επιτίθεται ανελέητα και σαδιστικά στο Εγώ (το αντικείμενο που φέρει την οργή του Υπερεγώ έχει εσωτερικευθεί από το Εγώ μέσω ταύτισης) και αυτή η σφοδρή εκδήλωση της ενόρμησης του θανάτου μπορεί να οδηγήσει το Εγώ στον θάνατο.

«Στη μελαγχολία το άγχος του θανάτου επιδέχεται μία μόνο εξήγηση, ότι το Εγώ παραιτείται από τον εαυτό του διότι νιώθει ότι το Υπερεγώ το μισεί και το καταδιώκει, αντί να το αγαπάει. Συνεπώς, για το Εγώ η ζωή σημαίνει να αποτελεί το ίδιο αντικείμενο αγάπης, να αποτελεί αντικείμενο αγάπης για το Υπερεγώ, πράγμα που κι εδώ εμφανίζεται ως κάτι που εκπροσωπεί το Αυτό. Το Υπερεγώ εκπροσωπεί την ίδια προστατευτική και σωτήρια

λειτουργία που αρχικά ασκούσε ο πατέρας και στη συνέχεια η πρόνοια και το πεπρωμένο. Το Εγώ, όταν βρεθεί αντιμέτωπο με έναν τεράστιο και πραγματικό κίνδυνο που πιστεύει ότι δεν μπορεί να υπερβεί χρησιμοποιώντας τις δικές του δυνάμεις, βλέπει τον εαυτό του εγκαταλειμμένο από όλες τις δυνάμεις που το προστάτευαν και αφήνεται να πεθάνει. Σε τελική ανάλυση, πρόκειται για την ίδια κατάσταση που αποτελούσε τη βάση της πρώτης κατάστασης άγχους της γέννησης και του άγχους του βρέφους που αποζητά, δηλαδή του άγχους του χωρισμού από τη μητέρα που το προστατεύει» (Freud, 1923, σσ.92-93).

Ο Freud, προς το τέλος της ζωής του, στο «Επιτομή της Ψυχανάλυσης» (1940), μιλώντας για τις μορφές αντίστασης, σημειώνει ότι σε ορισμένες περιπτώσεις νευρωσικών ασθενών, καταργείται το ένστικτο αυτοσυντήρησης και κυριαρχεί η επιθυμία αυτοκαταστροφής, όπως συμβαίνει και στις περιπτώσεις αυτοκτονίας. Αν και ομολογεί ότι αυτές οι περιπτώσεις δεν έχουν κατανοηθεί εντελώς, υποθέτει ότι βασικό ρόλο έχει η απόμειξη των ενορμήσεων με απελευθέρωση υπερβολικά μεγάλης ποσότητας καταστροφικών ενορμήσεων, οι οποίες στρέφονται τελικά εναντίον του ίδιου του ατόμου (Freud, 1940).

Ιδιαίτερα σημαντική για την κατανόηση της αυτοκτονίας είναι και η συνεισφορά του Karl Menninger, ο οποίος ανέδειξε τις επιθυμίες που η αυτοκτονία έχει ως στόχο να πραγματοποιήσει. Ο Menninger (1933) θεωρεί ότι η αυτοκτονία αποτελεί ένα παράδοξο είδος θανάτου που πηγάζει από τρία είδη επιθυμιών, καθεμία από τις οποίες απαιτεί ξεχωριστή ανάλυση, ενώ μία από αυτές υπερισχύει έναντι των άλλων ανάλογα με την εκάστοτε περίπτωση. Η ικανοποίηση των ενστίκτων καταστροφής βασίζεται σε δύο τουλάχιστον παράγοντες: στην επιθυμία του ατόμου να σκοτώσει (επιθετικός παράγοντας) και στη επιθυμία του να σκοτωθεί (υποτακτικός-παθητικός παράγοντας). Υποθέτει ότι υπάρχει και σε άλλοτε άλλο βαθμό η επιθυμία του ατόμου να πεθάνει. Οι τρεις αυτές επιθυμίες συνδυάζονται και προέρχονται αντίστοιχα από το Εγώ, το Υπερεγώ και το Αυτό.

1. Η επιθυμία του ατόμου να σκοτώσει: στη γραμμή της θεωρίας της ενόρμησης του θανάτου, ο Menninger θεωρεί ότι, όταν η σεξουαλικότητα δεν μπορεί να εξουδετερώσει την επιθετικότητα ή όταν η λιβιδινική επένδυση αποσύρεται, με αποτέλεσμα να λαμβάνει χώρα ο διαχωρισμός των ενστίκτων, οι ενορμήσεις καταστροφής απελευθερώνονται και στρέφονται μακριά από την αρχική τους σύνδεση εναντίον του εαυτού. Αυτό γίνεται εφικτό, αφού έχει προηγηθεί η ενδοβολή του αντικειμένου και τα συναισθήματα που απευθύνονταν αρχικά σε αυτό έχουν μετατεθεί στον εαυτό (δηλαδή μέσω της ταύτισης με το αντικείμενο όπως έχει περιγραφεί από τον Freud).
2. Η επιθυμία του ατόμου να σκοτωθεί: αποτελεί προφανώς μια ακραία μορφή υποταγής, όπως η επιθυμία του ατόμου να σκοτώσει αποτελεί μια ακραία μορφή

επιθετικότητας. Ο Menninger θεωρεί υπεραπλούστευση την ερμηνεία της υποταγής, του πόνου και τελικά του θανάτου ως αποκλειστικές εκδηλώσεις μαζοχισμού και ρίχνει το βάρος στην ικανοποίηση που παρέχει αυτού του είδους η τιμωρία. Ακολουθώντας τη ρήση του Freud ότι οι αυτοκτονίες είναι μεταμφιεσμένες δολοφονίες, ο Menninger υποστηρίζει ότι η αυτοκτονία είναι μια καταδίκη σε θάνατο, που επιβάλλει το ίδιο το άτομο στον εαυτό του, όχι μόνο λόγω της ενδοβολής και της ταύτισης με το απωλεσθέν αντικείμενο, αλλά και λόγω της ενοχής και της ανάγκης τιμωρίας. Δίνει ιδιαίτερη σημασία στη μέθοδο της αυτοκτονίας που χρησιμοποιείται λόγω του ασυνείδητου υπερκαθορισμού της (για παράδειγμα κάποιος που ξαπλώνει στον δρόμο με σκοπό να θανατωθεί από τα διερχόμενα οχήματα, εκφράζει μια ασυνείδητη παθητική ερωτική υποταγή). Και μάλιστα, βρίσκει αναλογίες μεταξύ της μεθόδου που επιλέγει το αυτοκτονικό άτομο με τις νευρωσικές φαντασιώσεις και τα όνειρα.

3. Η επιθυμία του ατόμου να πεθάνει: εδώ εντάσσεται το παράδοξο φαινόμενο πολλών ατόμων που έχουν επιζήσει από απόπειρα αυτοκτονίας να θέλουν να σωθούν ή να μετανιώνουν εκ των υστέρων για τις πράξεις τους. Είναι σαν να διατηρούν την πεποίθηση ότι θα σκοτώσουν τον εαυτό τους χωρίς να πεθάνουν, σαν να ταυτίζουν τον θάνατο με ένα μακρινό ταξίδι (όπως τα μικρά παιδιά), από όπου υπάρχει δυνατότητα επιστροφής. Ο Menninger θεωρεί ότι η εξήγηση για την επιθυμία κάποιου να πεθάνει δεν πρέπει να περιορίζεται μόνο στη φαντασίωση της αναγέννησης ή της επιστροφής στη γαλήνη της μήτρας (η οποία εκφράζεται συνήθως με την αυτοκτονία μέσω πνιγμού) (Menninger, 1933).

Η Melanie Klein, στο άρθρο της “A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states” (1935), αναφέρει ότι η αυτοκτονία αποτελεί μια μάλλον αινιγματική αντίδραση του ατόμου, που απαιτεί καλύτερη κατανόηση. Θεωρεί ότι κατά την τέλεση της αυτοκτονικής πράξης, το άτομο δεν προσπαθεί μόνο να σκοτώσει τα κακά αντικείμενα, τα οποία έχει προηγουμένως ενδοβάλει, αλλά και να διασώσει τα καλά και αγαπημένα αντικείμενα, είτε αυτά είναι εσωτερικευμένα είτε όχι. Η υποκείμενη φαντασίωση της αυτοκτονίας είναι η διάσωση των εσωτερικευμένων καλών αντικειμένων καθώς και του μέρους του Εγώ που έχει ταυτιστεί μαζί τους και η ταυτόχρονη καταστροφή του μέρους του Εγώ που έχει ταυτιστεί με τα κακά αντικείμενα και με το Αυτό. Με αυτό τον τρόπο, το Εγώ καταφέρνει να ενοποιηθεί με τα αγαπημένα αντικείμενα. Σε άλλες περιπτώσεις, το περιεχόμενο των αυτοκτονικών φαντασιώσεων παραμένει το ίδιο αλλά σχετίζεται περισσότερο με εξωτερικά αντικείμενα.

«Μέσω της αυτοκτονίας, το άτομο σκοπεύει να πετύχει μια σαφή ρήξη στη σχέση του με τον έξω κόσμο και με τα πραγματικά αντικείμενα, καθώς επιθυμεί να απαλλαχθεί από κάποιο

πραγματικό αντικείμενο (ή από το καλό αντικείμενο που αντιπροσωπεύεται από όλο τον κόσμο και με το οποίο το Εγώ του έχει ταυτιστεί), ή από το μέρος του Εγώ του που έχει ταυτιστεί με τα κακά αντικείμενα και με το Αυτό. Το μίσος και η εκδίκηση προς τα πραγματικά αντικείμενα διαδραματίζει πάντα έναν σημαντικό ρόλο σε μια τέτοιου είδους πράξη, αλλά είναι ακριβώς αυτό το ανεξέλεγκτο και επικίνδυνο μίσος που αναβλύζει διαρκώς μέσα στον μελαγχολικό, ο οποίος μέσω της αυτοκτονίας αγωνίζεται να διατηρήσει τα πραγματικά αντικείμενα» (Klein, 1935, pp.160-161).

Ερμηνεύοντας το έργο της Klein, ο David Bell αναφέρει ότι παραδόξως κάποιες αυτοκτονικές πράξεις έχουν ως στόχο τη διατήρηση του «καλού». Είναι σαν κάποιος που δεν μπορεί να αντισταθεί στην τρομακτική καταστροφικότητά του, να αυτοκτονεί σε μια απελπισμένη προσπάθεια να διασώσει τον κόσμο. Τονίζει ότι η «παρανοειδής-σχιζοειδής θέση», που χαρακτηρίζεται από έλλειψη ενδιαφέροντος για το αντικείμενο και από την επικράτηση της επιθετικότητας και της τάσης για εκδίκηση, κυριαρχεί σε όλες τις πράξεις αυτοκαταστροφής. Η μετάβαση στην «καταθλιπτική θέση» μετά από μια αποτυχημένη απόπειρα αυτοκτονίας συνοδεύεται από ένα ανυπόφορα ισχυρό και καταδιωκτικό αίσθημα ενοχής για τη βλάβη που προκλήθηκε τόσο στο σώμα όσο και στο αντικείμενο που αυτό αντιπροσωπεύει (Bell, 2001).

Ο Donald Winnicott θεωρεί ότι η αυτοκτονία αποτελεί έναν ύστατο αμυντικό μηχανισμό προστασίας του αληθούς εαυτού. Πιο συγκεκριμένα, οι αυτοκτονικοί ασθενείς δεν έχουν καταφέρει να αναπτύξουν έναν αληθή εαυτό και νιώθουν αποσυνδεδεμένοι από το να γνωρίζουν τι ακριβώς έχει σημασία για αυτούς. Σε αυτή την κατάσταση, ο ψευδής εαυτός αναλαμβάνει την οργάνωση και ολοκλήρωση της πράξης της αυτοκτονίας, ακόμα κι αν αυτό σημαίνει την ίδια του την καταστροφή, καθώς καταργείται η αναγκαιότητα της ύπαρξής του. Ο εαυτός καταστρέφεται στην ολότητα του προκειμένου να αποφευχθεί ο αφανισμός του αληθούς εαυτού. Οι αυτοκτονικοί ασθενείς δεν έχουν το επίπεδο επένδυσης στον αληθή εαυτό που θα τους προστάτευε από τέτοιου είδους απειλές πάνω στο σύστημα του εαυτού (Winnicott, 1965).

Τέλος, σύμφωνα με τον Heinz Kohut, έντονα συναισθήματα ντροπής και φθόνου μπορούν να οδηγήσουν σε αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, οι οποίες όμως δεν πρέπει να κατανοηθούν ως επιθέσεις του Υπερεγώ εναντίον του Εγώ, αλλά ως προσπάθειες του Εγώ, που υποφέρει, να ξεφύγει από μια πραγματικότητα που το ματαιώνει και το απογοητεύει. Διαφοροποιεί την αυτοκτονική συμπεριφορά που παρατηρείται στην κατάθλιψη, από αυτή που προέρχεται από τη ναρκισσιστική οργή (Kohut, 1977).

2. ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ

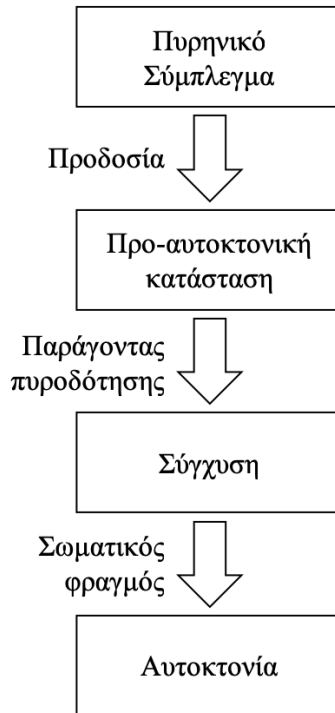
Η σύγχρονη ψυχαναλυτική σκέψη προσπαθεί στο πλαίσιο του σχετίζεσθαι με το αντικείμενο να κατανοήσει το πέρασμα του ατόμου από τη ζωή στο θάνατο και αναδεικνύει την αμφιθυμία που συνοδεύει την αυτοκτονία, αντιμετωπίζοντας την τελευταία ως μια μορφή επικοινωνίας και ταυτόχρονα ως μια οριστική διακοπή της, ως μια ύστατη αμυντική κίνηση και ταυτόχρονα ως μια ακραία μορφή επίθεσης. Παραφράζοντας τον Donald Winnicott, ο Martin Seager αναφέρει ότι «δεν υπάρχει αυτοκτονικός ασθενής από μόνος του» και η κατανόησή του μπορεί να προκύψει μόνο λαμβάνοντας υπόψη το είδος και την ποιότητα των αμφίδρομων σχέσεων του με τους σημαντικούς άλλους (Seager, 2008).

2.1. Το πυρηνικό σύμπλεγμα και η διαδικασία της αυτοκτονίας

Η σύγκρουση που προκύπτει από έναν συγκεκριμένο τρόπο σχετίζεσθαι με το πρωταρχικό αντικείμενο της βρεφικής ηλικίας, ονομάστηκε από τον Mervin Glasser «πυρηνικό σύμπλεγμα» και θεωρείται σημείο αφετηρίας για την αυτοκτονία. Όταν η μητέρα δεν καταφέρνει να ικανοποιήσει τις ανάγκες του παιδιού και να εμπεριέξει τους φόβους και την επιθετικότητά του, εκλαμβάνεται από το παιδί ως στερητική και απειλητική. Προκειμένου να επιβιώσει, το παιδί παλινδρομεί και προσπαθεί να ταυτιστεί με μια εξιδανικευμένη και παντοδύναμη μητέρα ενώ απορρίπτει το σώμα του, το οποίο ταυτίζει με τη μισητή και επικίνδυνη μητέρα. Αυτός ο τρόπος σχετίζεσθαι προκαλεί, αφενός, φόβο ενσωμάτωσης και απώλειας της ταυτότητας και, αφετέρου, φόβο εγκατάλειψης και στέρησης. (Ενώ οι φόβοι αυτοί μπορεί να είναι καθολικοί, στην περίπτωση του πυρηνικού συμπλέγματος χαρακτηρίζονται από πολύ μεγάλη ένταση) (Hale, 2008, Campbell&Hale, 2017).

Τα άτομα που υποφέρουν από άλυτα άγχη του πυρηνικού συμπλέγματος, έχουν ανάγκη να διατηρούν τις σχέσεις τους με τους σημαντικούς άλλους σε μια απόσταση ασφαλείας και. αν αυτή διαταραχτεί, οι ψυχικές άμυνες καταρρέουν, το σώμα απειλείται και τα άτομα κινδυνεύουν να εισέλθουν σε μια προαυτοκτονική κατάσταση. Οι Donald Campbell και Rob Hale περιγράφουν μια αλληλουχία γεγονότων που χαρακτηρίζουν τη διαδικασία της αυτοκτονίας και εμπλέκονται στην πλειονότητα των περιπτώσεων.

Η διαδικασία της αυτοκτονίας αναπαρίσταται στο παρακάτω σχήμα: (Campbell&Hale, 2017, p.34)



Προδοσία

Η προδοσία μπορεί να έχει τη μορφή εγκατάλειψης, απόρριψης ή ταπείνωσης και προκαλεί μια μετακίνηση από την ισορροπία (έστω και ασταθή) του πυρηνικού συμπλέγματος προς την προαυτοκτονική κατάσταση. Σταδιακά, οι πράξεις των αυτοκτονικών ατόμων αποτελούν ευθύνη «κάποιου άλλου», με τον οποίο διατηρούν μια μακροχρόνια σαδομαζοχιστική σχέση (σεξουαλικός σύντροφος, προϊστάμενος ή ψυχαναλυτής).

Η προ-αυτοκτονική κατάσταση

Το στάδιο αυτό παρατηρείται σε όλες τις περιπτώσεις χωρίς να περιορίζεται σε μια συγκεκριμένη ψυχοπαθολογία και χαρακτηρίζεται από ευαλωτότητα, ανεσταλμένη επιθετικότητα, που στρέφεται εναντίον του εαυτού, και από αυτοκτονικές φαντασιώσεις, που ανά πάσα στιγμή μπορούν να πραγματοποιηθούν. Μπορεί να διαρκέσει ώρες ή ημέρες, ενώ κατά τη διάρκεια αυτή λαμβάνει χώρα και ο συνειδητός σχεδιασμός της αυτοκτονίας.

Παράγοντας πυροδότησης

Ο παράγοντας αυτός μπορεί να είναι μια απειλητική χειρονομία, μια σωματική επίθεση ή λεκτικές εκφράσεις απορριπτικού ή ταπεινωτικού χαρακτήρα, που έχουν όμως ένα συγκεκριμένο ασυνείδητο νόημα για τα άτομα και μπορούν να οδηγήσουν σε αυτοκτονική κατάρρευση.

Σύγχυση

Οι πιο οργανωμένες άμυνες του Εγώ αποτυγχάνουν και μπροστά στον φόβο παράνοιας επιστρατεύονται οι πιο πρώιμες ψυχικές άμυνες, ώστε να απαλλαγεί το άτομο από

απαράδεκτες σκέψεις και αφόρητες συναισθηματικές καταστάσεις. Στη συνέχεια, το σωματικό όριο παραβιάζεται.

Σωματικός φραγμός

Ο όρος αυτός περιγράφει την αντίσταση απέναντι στην εκδραμάτιση των φαντασιώσεων αυτοκτονίας, η οποία όμως μειώνεται κατά την κατάσταση σύγχυσης που περιγράφεται παραπάνω. Έτσι, αν η αντίσταση αυτή ξεπεραστεί, η πραγματοποίηση της αυτοκτονικής πράξης γίνεται ολοένα και πιο εύκολη, γεγονός που εξηγεί εν μέρει και την επαναληπτικότητα που συχνά παρατηρείται. Τα πρώιμα άγχη αφανισμού στα αυτοκτονικά άτομα βιώνονται σε σχέση με το σώμα, το οποίο έχει ταυτιστεί με το εγκαταλείπον, απειλητικό ή καταβροχθιστικό αντικείμενο. Το σώμα πρέπει να θανατωθεί προκειμένου να επιβιώσει ο εαυτός (Campbell&Hale, 2017).

2.2. Κατάρρευση εαυτού και Αυτοκτονία

Ο John Maltzberger αναγνώρισε δύο βασικά στοιχεία που προδιαθέτουν στην αυτοκτονία, την απώλεια του ψυχολογικού εαυτού λόγω ψυχικής αποδιοργάνωσης και την υπερβολικά αρνητική αυτοκριτική. Σημειώνει ότι τα αυτοκτονικά άτομα είναι ευάλωτα τόσο σε αφόρητες εμπειρίες μοναχικότητας όσο και σε ένα έντονο αίσθημα αναξιοσύνης και ενοχής.

Ο ίδιος τονίζει ότι η μελέτη της αυτοκτονίας θα πρέπει να περιλαμβάνει εκτός από τις απόψεις σχετικά με την επιθετικότητα και τη βιαιότητα που εκφράζει το Υπερεγώ κατά του Εγώ, και την παλινδρόμηση, την αποσύνδεση και την κατάρρευση που επιτελείται στο Εγώ. Θεωρεί ότι η αποδιοργάνωση του Εγώ περιλαμβάνει τέσσερα στάδια, τα οποία όμως δεν είναι σαφώς διαχωρισμένα και μπορεί να υπάρχει μετακίνηση από το ένα στο άλλο στην πορεία του χρόνου. Τα στάδια αυτά είναι τα εξής:

1. Κατακλυσμός από αφόρητα και επώδυνα συναισθήματα

Εχθρικά και σαδιστικά ενδοβεβλημένα αντικείμενα χρησιμοποιώντας το Υπερεγώ μπορεί να δημιουργήσουν συναισθήματα ενοχής, αυτομομφής και τάσεις αυτοκαταστροφικότητας και, τροποποιώντας την αναπαράσταση εαυτού, να προκαλέσουν συναισθήματα αποξένωσης και απέχθειας προς το σώμα, προάγοντας τις επιθέσεις σε αυτό. Κυρίαρχα συναισθήματα εδώ είναι η απελπισία, η μοναξιά, ο ψυχικός πόνος, η αγωνία, η δολοφονική οργή, το μίσος απέναντι στον εαυτό και η επακόλουθη ανάγκη για άμεση ανακούφιση.

2. Προσπάθεια ελέγχου των συναισθημάτων

Τα δομικά ελλείμματα στην αναπαράσταση εαυτού, στην εσωτερίκευση των άλλων και στη σταθερότητα του αντικειμένου σε συνδυασμό με τη σπανιότητα των θετικών ενδοβολών περιορίζουν την ικανότητα ελέγχου των συναισθημάτων. Στο στάδιο αυτό, μπορεί το άτομο να εκφράζει λεκτικά την πρόθεση του να αυτοκτονήσει, να παρουσιάζει αποσυνδεδετικά

συμπτώματα, να καταφεύγει στη χρήση ουσιών ή σε άλλες αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές ή ακόμα να εμφανίζει μερική απώλεια του ελέγχου της πραγματικότητας.

3. Απώλεια ελέγχου και αποδιοργάνωση

Εδώ η αναπαράσταση εαυτού αποσυντίθεται και το μέρος εκείνο που αντιπροσωπεύει το σώμα λαμβάνει χαρακτηριστικά αναπαράστασης αντικειμένου. Η αντικειμενοποίηση του σώματος κάνει δυνατή την αυτοκτονία. Η ευθραυστότητα της απαρτίωσης του εαυτού μπορεί να εκφράζεται στα αυτοκτονικά όνειρα με εικόνες τοπίων με ανθρώπινα μέλη ή μέλη νεκρών ζώων καθώς και με εικόνες σωσία, τον οποίο τα άτομα αντιμετωπίζουν σαν να πρόκειται για κάποιον άλλο.

4. Μεγαλειώδης επιβίωση και εγκατάλειψη του σώματος

Εδώ, υπό την απειλή του ψυχικού αφανισμού, οι δεσμοί με το αντικείμενο εγκαταλείπονται, οι παντοδύναμες ναρκισσιστικές φαντασιώσεις παίρνουν τη θέση τους και επιστρατεύεται η πρωτόγονη λειτουργία του φθόνου και της καταστροφικότητας. Το σώμα εγκαταλείπεται να πεθάνει αλλά ένα άλλο μέρος του εαυτού επιβιώνει, με αποτέλεσμα ο θάνατος να εκλαμβάνεται ως μια έκφραση θριάμβου ή ως μια νέα αρχή. Η μεγαλειώδης επιβίωση απαντάται συχνά σε περιπτώσεις ναρκισσιστικής διαταραχής προσωπικότητας (Maltzberger, 2004, 2008).

2.3. Η χρήση του σώματος

Η αυτοκτονία εξαρτάται από την ικανότητα κάποιου να αποστασιοποιηθεί από τον εαυτό του, να τον αντικειμενοποιήσει, να νιώσει και να του συμπεριφερθεί σαν να ήταν κάποιος άλλος. Ένα άτομο θεωρείται ότι περνάει στην προαυτοκτονική κατάσταση όταν το φυσιολογικό ένστικτο αυτοσυντήρησης ξεπεραστεί και το σώμα του γίνει αναλώσιμο. Οι Campbell και Hale, ακολουθώντας τις απόψεις των Freud και Litman, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η απόρριψη και η εγκατάλειψη του σώματος προϋποθέτει: α) μια σχάση στο Εγώ, με το Εγώ να εκλαμβάνει τον εαυτό του ως καλό αντικείμενο και το σώμα ως ξεχωριστό, κακό αντικείμενο, που απειλεί την επιβίωσή του και πρέπει να εξοντωθεί (συχνά το σημείο εκκίνησης δομείται γύρω από την αμφιθυμική σχέση με την πρωταρχική μητέρα), β) διαδικασίες ταύτισης, όπου πλευρές των άλλων προσλαμβάνονται και γίνονται μέρη του εαυτού και γ) ψυχωτικούς μηχανισμούς, που έχουν κοινό παρονομαστή την απόσυρση ενός μέρους του εαυτού από την πραγματικότητα (Campbell και Hale, 2017).

Οι Maltzberger και Buie επιχειρούν να απαντήσουν στο ίδιο ερώτημα υποθέτοντας ότι στην προαυτοκτονική διαδικασία ακολουθείται μια διαδικασία σχάσης και άρνησης, κατά την οποία τα άτομα θεωρούν ότι μόνο το σώμα τους θα πεθάνει, ενώ ένα άλλο μέρος του εαυτού τους θα παραμείνει ανεπηρέαστο και ζωντανό («επιβίωσας εαυτός» κατά Donald Campbell). Η

επιβίωση αυτή προϋποθέτει την καταστροφή του σώματος. Η σχέση μεταξύ του καλού «επιβίωσαντος εαυτού» και του κακού σώματος συνοδεύεται και από τη σχέση μεταξύ της μισητής, συγχωνευτικής ή εγκαταλείπουσας πρωταρχικής μητέρας, που ταυτίζεται με το σώμα, και της εξιδανικευμένης μητέρας, με την οποία ο «επιβιώσας εαυτός» συγχωνεύεται με ασφάλεια, εφόσον η κακή μητέρα-σώμα έχει εξαλειφθεί.

Η φαντασίωση που υποστηρίζει τα παραπάνω είναι αυτή της αιώνιας ένωσης του «επιβίωσαντος εαυτού» με την εξιδανικευμένη και παντοδύναμη μητέρα σε μια ασώματη κατάσταση ευδαιμονίας, ύπνου χωρίς όνειρα, απόλυτης γαλήνης ή ενσωμάτωσης με το σύμπαν. Η φαντασίωση αυτοκτονίας, επομένως, βασίζεται στη σχέση του εαυτού με το σώμα του και τα πρωταρχικά αντικείμενα, και είναι καταλυτικής σημασίας για την τέλεση της αυτοκτονίας, καθώς μπορεί να πάρει τη μορφή παραληρητικής ιδέας και να διαστρεβλώσει την πραγματικότητα (Maltzberger&Buie, 1980, Campbell, 2008).

Σύμφωνα με τους Peter Fonagy και Mary Target, η καταστροφή του σώματος στην αυτοκτονία μπορεί να συνδεθεί με την έλλειψη ικανότητας νοητικοποίησης κάποιων ατόμων, με επακόλουθο αυτά να συγχέουν το σώμα τους με την εσωτερική αναπαράσταση του αντικείμενου και να είναι ανίκανα να διαφοροποιήσουν την εσωτερική από την εξωτερική πραγματικότητα. Όταν ένας ασθενής δεν μπορεί εύκολα να αντιληφθεί ένα αντικείμενο σε ψυχολογικό επίπεδο, μπορεί να στραφεί σε ταυτίσεις μέσω του σώματος ή στη δημιουργία αναπαραστάσεων ψυχικών καταστάσεων μέσω του σώματος, γεγονός που μπορεί να προδιαθέτει μεταξύ άλλων και σε αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Η έλλειψη απαρτίωσης του εαυτού μπορεί, επίσης, να οδηγήσει τους ασθενείς στην άρνηση κατοχής του ίδιου του σώματός τους. Η καταστροφή ή η απόρριψη του σώματος αποτελεί μια ύστατη προσπάθεια αντιμετώπισης των επώδυνων σκέψεων και συναισθημάτων με ταυτόχρονη παράκαμψη του ψυχικού επιπέδου. Η επιθετικότητα που εκδηλώνεται στο πλαίσιο της ανεπαρκούς νοητικοποίησης, δεν πρέπει να συγχέεται με την επιθετικότητα στο πλαίσιο του σαδισμού, όπου η αντίληψη των επώδυνων συναισθημάτων που προκαλούνται στους άλλους αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση (Fonagy&Target, 1999).

2.4. Ο ρόλος του πατέρα

Κατά τη φυσιολογική ανάπτυξη, οι προ-οιδιπόδειοι γονείς αντιπροσωπεύουν για το παιδί τον κόσμο έξω από την αποκλειστικότητα της σχέσης μητέρας- βρέφους, για παράδειγμα την πραγματικότητα του χρόνου, του χώρου και των αντικειμένων, ενώ ο πατέρας προσφέρει και στους δύο μια άλλη σχέση εμποδίζοντας τη συμβιωτική σχέση μητέρας-παιδιού. Ο πατέρας βοηθάει το παιδί να ξεφύγει από την αποκλειστικότητα της σχέσης με τη μητέρα του, μέσω της τριγωνοποίησης, και προάγει τη διαδικασία αποχωρισμού-εξατομίκευσης.

Στις περιπτώσεις αυτοκτονικών ασθενών, ο πατέρας δεν καταφέρνει να προσφέρει στο παιδί ένα επαρκές πρότυπο που να μπορεί να ταυτιστεί ή μια εναλλακτική σχέση απέναντι στην αμφιθυμική σχέση του παιδιού με την μητέρα (Η αμφιθυμία προκύπτει από την επιθυμία του παιδιού να συγχωνευτεί με τη μητέρα σε καταστάσεις παλινδρόμησης, βιώνοντας όμως ταυτόχρονα το επακόλουθο άγχος καταβρόχθισης). Τα συμπεράσματα αυτά υποστηρίζονται από τις φαντασιώσεις των αυτοκτονικών ασθενών, όπου επιδιώκεται η επανένωση με την εξιδανικευμένη μητέρα και η ταυτόχρονη καταστροφή της μισητής μητέρας μέσω της θανάτωσης του σώματος, με το οποίο η τελευταία ταυτίζεται, ενώ ο πατέρας συνήθως απουσιάζει ή είναι ανίκανος να προστατέψει το παιδί, εγκαταλείποντάς το σε μια απειλητική μητέρα. Στις φαντασιώσεις αυτές διακρίνονται οι εσωτερικευμένες πρώιμες παθολογικές σχέσεις μεταξύ της μητέρας, του παιδιού και του πατέρα. Αυτή, ακριβώς, η αποτυχία του ρόλου του πατέρα έχει ιδιαίτερη σημασία στην προαυτοκτονική κατάσταση (Campbell, 1999, 2008).

Υπάρχει πληθώρα δεδομένων σύμφωνα με τα οποία η απουσία ή η ανεπάρκεια του πατέρα μπορεί να υπονομεύσει την ικανότητα του βρέφους να κατευνάσει την επιθετικότητα του και, πιθανόν, να σχετίζεται με αυτοκαταστροφική ή ετεροκαταστροφική συμπεριφορά στο μέλλον. Στο σημείο αυτό τίθεται το ερώτημα γιατί οι άντρες συνήθως στρέφουν την επιθετικότητα τους απέναντι στους άλλους, ενώ οι γυναίκες καταφεύγουν σε αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Οι Fonagy και Target θεωρούν ότι το αυτοκτονικό άτομο, ανάλογα με το φύλο του, προσπαθεί να εξαλείψει τις σκέψεις του γονέα με τον οποίο ταυτίστηκε κατά την παιδική του ηλικία. Οι σκέψεις της μητέρας έχουν βιωθεί νωρίτερα και αντιπροσωπεύονται και για τα δύο φύλα μέσα στο ίδιο το άτομο, ενώ οι σκέψεις του πατέρα εντοπίζονται έξω από αυτό. Στην περίπτωση της αυτοκτονίας, όπως γίνεται φανερό, και τα δύο φύλα προσπαθούν να επιτεθούν και να καταστρέψουν μια απειλητική και καταβροχθιστική μητέρα (Fonagy&Target, 1999).

2.5. Φαντασιώσεις αυτοκτονίας

Οι φαντασιώσεις αυτοκτονίας μπορούν να ανιχνευτούν με την ανάλυση του συμβολικού περιεχομένου της πράξης της αυτοκτονίας, είναι υπερκαθορισμένες, μπορεί να είναι ασυνείδητες ή συνειδητές, να συνδυάζονται ή να είναι αμοιβαία αντικρουόμενες και πηγάζουν από άλυτες συγκρούσεις της παιδικής ηλικίας. Βασίζονται στη σχέση του ατόμου με το σώμα του και τα πρωταρχικά αντικείμενα και ικανοποιούν προγενετήσιες ενορμήσεις, κυρίως σαδομαζοχιστικής και στοματικής-καταβροχθιστικής φύσεως. Οι Campbell και Hale διακρίνουν πέντε κατηγορίες αυτοκτονικών φαντασιώσεων, που μπορεί να διαπλέκονται μεταξύ τους, με μία όμως από αυτές να κυριαρχεί σε κάθε περίπτωση αυτοκτονίας.

Πρώτα από όλα, μια σχεδόν καθολική φαντασίωση αυτοκτονίας είναι η *φαντασίωση της εκδίκησης*, η οποία έχει σαδιστικό χαρακτήρα (η φαντασίωση της πρωταρχικής σκηνής μπορεί να αποτελεί παράγοντα πυροδότησης), με την αίσθηση κυριαρχίας και θριάμβου στα αυτοκτονικά άτομα να προκύπτει όταν κάνουν τους άλλους να υποφέρουν και να νιώθουν ένοχοι. Σε αυτή την περίπτωση, διατηρείται ένας συνειδητός δεσμός με το πραγματικό αντικείμενο σε μεγαλύτερο βαθμό από ό,τι συμβαίνει στις άλλες φαντασιώσεις.

Μια δεύτερη φαντασίωση, η *φαντασίωση της αυτοτιμωρίας*, έχει μαζοχιστικό χαρακτήρα καθώς κυριαρχείται από ενοχές, οι οποίες συνήθως συνδέονται με τον αυνανισμό, που σκοπό έχει να ικανοποιήσει φαντασιώσεις αιμομιξίας, με την ερωτικοποίηση του πόνου και του θανάτου και με τη συνενοχή σε σεξουαλική κακοποίηση. Η φαντασίωση αυτή παρατηρείται συχνά σε εφήβους, οι οποίοι μέσω της καταστροφής του σώματος τους αυτοτιμωρούνται για τις αιμομικτικές τους επιθυμίες.

Μια τρίτη φαντασίωση είναι η *φαντασίωση της δολοφονίας*, η οποία αποτελεί μια ύστατη μορφή άμυνας απέναντι στον ψυχικό αφανισμό. Εμφανίζεται κυρίως κατά τη διάρκεια της εφηβείας, όπου το σώμα μοιάζει επικίνδυνο και ξένο, καθώς θεωρείται η πηγή απαράδεκτων προοιδιπόδειων επιθυμιών. Η θανάτωση του σώματος δεν γίνεται σε σαδομαζοχιστικά πλαίσια αλλά σε μια προσπάθεια ανακούφισης από ένα διωκτικό και απειλητικό αντικείμενο και αποφυγής της ψύχωσης. Η φαντασίωση της δολοφονίας θεωρείται ότι επικρατεί όταν η αυτοκτονία συμβαίνει στο πλαίσιο καταστάσεων, που, με περιγραφικούς ψυχιατρικούς όρους, περιγράφονται ως παρανοειδείς, ψυχωτικές ή σχιζοφρενικές.

Η τέταρτη φαντασίωση είναι η *φαντασίωση του “παιχνιδιού με τον θάνατο”*. Ο ασθενής ενεργητικά θέτει το σώμα του σε κίνδυνο προκειμένου να τραβήξει την προσοχή και να επιτεθεί στο πρωταρχικό αντικείμενο. Εμπλέκεται σε διάφορες ριψοκίνδυνες συμπεριφορές και, όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Asch, η μοίρα καλείται να αναλάβει τον ρόλο του εκτελεστή.

Η πέμπτη φαντασίωση αυτοκτονίας, που υποστηρίζει όλες τις προηγούμενες, είναι η *φαντασίωση της συγχώνευσης*, η οποία αφορά το πρωταρχικό αντικείμενο της βρεφικής ηλικίας. Μέσω της συγχώνευσης με την εξιδανικευμένη, αποσεξουαλικοποιημένη, παντοδύναμη και διαρκώς ικανοποιούσα μητέρα, ο αυτοκτονικός ασθενής ελπίζει να νιώσει πάλι την άχρονη γαλήνη της βρεφικής του ηλικίας, τη μακαριότητα ενός αιώνιου ύπνου, απαλλαγμένος από το σώμα του, που τον κάνει να υποφέρει και από την απειλητική και καταβροχθιστική μητέρα του (Campbell&Hale, 2017).

2.6. Αυτοκτονικότητα και όνειρα

Τα όνειρα των αυτοκτονικών ασθενών, αν και δεν έχουν μελετηθεί εκτενώς, είναι, αφενός ενδιαφέροντα για τον πλούτο των πληροφοριών που προσφέρουν και, αφετέρου, πολύ σημαντικά για την εκτίμηση του αυτοκτονικού κινδύνου. Συγκρίνοντας τα όνειρα αυτοκτονικών καταθλιπτικών ασθενών με αυτά των καταθλιπτικών, αλλά όχι αυτοκτονικών ασθενών, παρατηρούνται αξιοσημείωτες διαφορές. Τα όνειρα των τελευταίων δείχνουν την ύπαρξη πόνου και δυσφορίας (χαρακτηρίζονται συνήθως από θέματα απόρριψης, απελπισίας, αποστέρησης, ταπείνωσης, εκμετάλλευσης, απώλειας, αποτυχίας και κακομεταχείρισης) αλλά δεν είναι τόσο βίαια όσο των αυτοκτονικών ασθενών. Στα όνειρα των αυτοκτονικών ασθενών, παρατηρούνται συχνά θέματα που αφορούν σε θάνατο, αποδιοργάνωση, αφανισμό, συγχώνευση, δολοφονία, διαμελισμό, επανένωση με νεκρά πρόσωπα και γαλήνια αναχώρηση.

Ο θάνατος, τις περισσότερες φορές, εμφανίζεται στα όνειρα με τη μορφή μιας θελκτικής αλλά απειλητικής μητέρας ή μιας γαλήνιας επανένωσης με τη πρωταρχική μητέρα. Επίσης, συχνά στο όνειρο δεν πεθαίνει ο ίδιος ο ασθενής, αλλά αντιπροσωπεύεται από ένα άλλο αντικείμενο, γεγονός ενδεικτικό της σχάσης του εαυτού σε δύο μέρη. Τα όνειρα των αυτοκτονικών ασθενών μπορούν να αποκαλύψουν την ευθραυστότητα της απαρτίωσης του εαυτού, την παλινδρόμηση και την κατάρρευση των ορίων μεταξύ του εαυτού και των άλλων. Επίσης, μπορούμε να ανιχνεύσουμε επιθυμίες εκδίκησης, τιμωρίας, δολοφονίας, αναγέννησης, επανένωσης με αγαπημένα πρόσωπα, εξαγνισμού και εξιλέωσης (Maltzberger, 1993).

Στις περιπτώσεις αυτοκτονικών ασθενών με φαντασιώσεις αναγέννησης και επανένωσης με απωλεσθέντα αγαπημένα πρόσωπα, ο θάνατος μπορεί να είναι επιθυμητός και να μην αποτελεί απλά ένα μέσο διαφυγής από το αδιέξοδο στο οποίο βρίσκονται οι ασθενείς αυτοί. Παρακάτω περιγράφεται ένα τέτοιο χαρακτηριστικό όνειρο μιας νεαρής γυναίκας που έπεσε στις γραμμές του τρένου και τραυματίστηκε σοβαρά. «Η απόπειρα συνέπεσε με τον τερματισμό μιας αποτυχημένης και δυστυχημένης σχέσης και με τις διακοπές του θεραπευτή, γεγονότα τα οποία η ίδια συνέδεσε με την εγκατάλειψη της οικογένειάς της από τον εξιδανικευμένο πατέρα όταν εκείνη ήταν παιδί. Στο όνειρο η ίδια βρισκόταν σε ένα στενό, μακρύ τούνελ. Στο φως που υπήρχε στο τέλος του τούνελ, διέκρινε έναν άντρα και μια γυναίκα να στέκονται σε μια φάτνη. Στους συνειρμούς σχετικά με το όνειρο, ανέφερε ότι αυτό της θύμιζε τον υπόγειο σταθμό που πήδηξε και την κίνηση του τρένου καθώς ερχόταν στη φωτισμένη περιοχή της αποβάθρας βγαίνοντας από το τούνελ. Η κίνηση από το σκοτάδι του τούνελ προς το φως της έφερε στο μυαλό τη διαδικασία της γέννησης. Ο άντρας και η γυναίκα αντιπροσώπευαν τον πατέρα και τη μητέρα της. Το παιδί στη φάτνη ήταν ταυτόχρονα ο Χριστός και ο εαυτός της. (Συγκεκριμένα ταυτίστηκε με την ιδέα ότι ο θάνατος οδήγησε στην ένωση του Χριστού με τον πατέρα του). Μπορούμε να δούμε πόσα πράγματα εκπληρώνει αυτή η φαντασίωση θανάτου για την ασθενή. Ξαναγεννιέται σε μια ενωμένη οικογένεια,

επανασυνδέεται με τον πατέρα της και τελικά φαίνεται να είναι παντοδύναμη» (Hendin, 1963, p.1152).

Σύμφωνα με τον Emil Gutheil (1948), σε ορισμένες παθολογικές περιπτώσεις, όπως για παράδειγμα στη μελαγχολία, τα όνειρα χάνουν την προστατευτική για τη ζωή λειτουργία τους και μπορεί να τεθούν υπό την κυριαρχία της ενόρμησης του θανάτου. Η εκπλήρωση μιας επιθυμίας στα όνειρα αυτών των αυτοκτονικών ασθενών παίρνει τη μορφή της κατάργησης της δυσαρέσκειας και του ψυχικού πόνου. Τα όνειρα προσπαθούν να αποτρέψουν την αποδιοργάνωση του Εγώ επανεγκαθιστώντας την απόλυτη ηρεμία και γαλήνη («νιρβάνα»), που χαρακτηρίζει την κατάσταση πριν από τη γέννηση και μετά τον θάνατο (Gutheil, 1948).

3. ΔΟΜΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑ

3.1. Ευάλωτοι τύποι προσωπικότητας

Υπάρχουν τρία είδη προσωπικότητας που μπορεί να υποκρύπτουν μια ροπή προς την αυτοκτονική συμπεριφορά:

1. Ο *σχιζοειδής-ναρκισσιστικός τύπος*, με χαρακτηριστικά όπως είναι ο ναρκισσισμός, η τελειομανία και η χαμηλή ανοχή στη ματαίωση, σε συνδυασμό με μια υποκείμενη σχιζοειδή δομή της προσωπικότητας. Σε αυτή την ομάδα ατόμων, η ντροπή και η ταπείνωση πυροδοτούν τις πράξεις αυτοκαταστροφής, ενώ επικρατεί ο τύπος της «ανασφαλούς απορριπτικής» πρόσδεσης. Μετά από μια απόπειρα αυτοκτονίας, τα άτομα κρατάνε μια απόσταση από αυτή την εμπειρία και δεν μπορούν να περιγράψουν τις σχετικές λεπτομέρειες και τα συναισθήματα που τη συνόδευαν.
2. Ο *καταθλιπτικός-νευρωτικός τύπος*, που συχνά σχετίζεται με υποκείμενη καταθλιπτική συμπτωματολογία, απελπισία και ασυνείδητο θυμό, που στρέφεται εναντίον του ίδιου του εαυτού. Εδώ επικρατεί ο τύπος πρόσδεσης της «παθολογικής προσκόλλησης», που στην ενήλικη ζωή εκφράζεται με απαιτητικότητα και δραματικότητα στις σχέσεις. Σε αντίθεση με τον σχιζοειδή- ναρκισσιστικό τύπο, η περιγραφή της απόπειρας είναι λεπτομερής και εμπειρισταωμένη.
3. Ο *παρορμητικός-επιθετικός τύπος*, ο οποίος συνδυάζεται με μια υπερευαισθησία σε ελάχιστα γεγονότα ζωής και συνήθως αντιστοιχεί στην οριακή διαταραχή προσωπικότητας. Ο τύπος πρόσδεσης σε αυτή την κατηγορία χαρακτηρίζεται ως «αναποφάσιστος-αποδιοργανωμένος» και εμφανίζει στοιχεία και των δύο παραπάνω τύπων πρόσδεσης. Κατά την αφήγηση των ατόμων αυτών παρατηρείται γλωσσική

ασυναρτησία, ενώ τα αρνητικά συναισθήματα τους προβάλλονται στους άλλους μέσω της εκδραμάτισης (Campbell&Hale, 2017).

3.2. Διαταραχές προσωπικότητας και ενόρμηση θανάτου

Σύμφωνα με τον Otto Kernberg, η ενόρμηση του θανάτου μπορεί να εξηγήσει το κυρίαρχο ασυνείδητο κίνητρο αυτοκαταστροφής που συναντάται στις σοβαρές περιπτώσεις ψυχοπαθολογίας. Ο ίδιος αμφισβητεί ότι η αυτοκαταστροφική επιθετικότητα αποτελεί πρωταρχική τάση και προτείνει ότι η ασυνείδητη λειτουργία της αυτοκαταστροφής δεν είναι μόνο η καταστροφή του εαυτού, αλλά και η καταστροφή των σημαντικών άλλων, λόγω ενοχής, εκδίκησης, φθόνου ή αισθήματος θριάμβου. Επομένως, πρέπει πάντα να έχουμε κατά νου ότι το άτομο αντλεί κάποια μορφή ευχαρίστησης κάθε φορά που επιτίθεται στον εαυτό του ή στους άλλους. Σε κάποιες περιπτώσεις ασθενών, ακραίες μορφές αυτοκαταστροφής προκύπτουν από την ασυνείδητη ταύτισή τους με ένα υπερβολικά σαδιστικό αντικείμενο και από την πεποίθησή τους ότι η μόνη πραγματική σχέση που μπορούν να αναπτύξουν είναι με κάποιον που τους καταστρέφει.

Ο Kernberg συμφωνεί με την άποψη του Freud, σύμφωνα με την οποία η επιθετικότητα δεν αναπτύσσεται μόνο ως αποτέλεσμα της σύγκρουσης μεταξύ της αρχής της ηδονής και της αρχής της πραγματικότητας και της επακόλουθης ματαιώσης, και υποστηρίζει ότι η ενόρμηση του θανάτου ευθύνεται για κάποιες περιπτώσεις σοβαρής ψυχοπαθολογίας που εκδηλώνονται με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Στα ήδη γνωστά από τον Freud φαινόμενα εκδήλωσης της ενόρμησης του θανάτου, δηλαδή του ψυχαναγκασμού για επανάληψη, του σαδισμού και του μαζοχισμού και της αρνητικής θεραπευτικής αντίδρασης, ο Kernberg προσθέτει και την αυτοκτονία σε περιπτώσεις σοβαρής κατάθλιψης ή παθολογικής δομής της προσωπικότητας.

Αναπτύσσοντας τη θεωρία της Klein, σύμφωνα με την οποία σε κάθε απώλεια επανενεργοποιείται η καταθλιπτική θέση και η επεξεργασία της αμφιθυμίας απέναντι σε όλα τα προηγούμενα απωλεσθέντα αντικείμενα, ο Kernberg θεωρεί ότι η καταθλιπτική θέση σε περιπτώσεις ακραίας επιθετικότητας μπορεί να εκδηλωθεί με τη μορφή ανελέητων επιθέσεων κατά του ίδιου του εαυτού. Αυτό προκύπτει λόγω της ταύτισης του Εγώ με το αντικείμενο και της ακόλουθης επίθεσης εναντίον του από το Υπερεγώ, το οποίο έχει εσωτερικεύσει τα επιθετικά στοιχεία του αντικειμένου.

Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά που μπορεί να οδηγήσει και στην αυτοκτονία δεν παρατηρείται μόνο σε καταθλιπτικούς ασθενείς, αλλά και σε περιπτώσεις με σοβαρή ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας όταν επικρατούν συναισθήματα ντροπής και

κατωτερότητας. Στις περιπτώσεις αυτές, η αυτοκτονία τους προσφέρει μια αίσθηση θριάμβου πάνω στον πόνο και στον θάνατο, καθώς και μια αίσθηση υποτίμησης και απαξίωσης της ζωής.

Κοινό χαρακτηριστικό σε όλες τις περιπτώσεις όπου κυριαρχούν οι ενορμήσεις αυτοκαταστροφής, είναι οι ενδοψυχικές συγκρούσεις μεταξύ των εσωτερικευμένων σαδιστικών αναπαραστάσεων του αντικειμένου και των μαζοχιστικά υποταγμένων αναπαραστάσεων του εαυτού (για παράδειγμα ασυνείδητη ταύτιση με τη «νεκρή μητέρα», κατά Andre Green, ασυνείδητη ταύτιση με τον θύτη ή το θύμα ενός τραυματικού παρελθόντος, και θρίαμβος πάνω σε ένα μισητό αλλά ταυτόχρονα αναγκαίο αντικείμενο). Στις περιπτώσεις σαδομαζοχιστικής παθολογίας, η ισχυρή επικράτηση επιθετικών συγκρούσεων μπορεί να μετατρέψει τη σχέση με ένα σαδιστικό αντικείμενο σε αφόρητη αυτοκαταστροφικότητα. Τελικά, ο στόχος της αυτοκαταστροφικότητας, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, δεν είναι απλά η «νιρβάνα», αλλά η ενεργητική καταστροφή των λιβιδινικών σχέσεων με τους σημαντικούς άλλους (Kernberg, 2009).

Ο Kernberg επισημαίνει την ανάγκη διαφοροδιάγνωσης της πραγματικά αυτοκτονικής συμπεριφοράς από την παρααυτοκτονική συμπεριφορά, η οποία απαντάται σε σοβαρές περιπτώσεις διαταραχών προσωπικότητας, μπορεί να είναι χρόνια αλλά δεν συνοδεύεται από πρόθεση, φαντασιώσεις αυτοκτονίας και ανάλογη συμπεριφορά.

Επίσης, διαφοροποιεί την αυτοκτονία στο πλαίσιο της κατάθλιψης, που στόχο έχει την αποφυγή επώδυνων σκέψεων και συναισθημάτων, από την «αυτοκτονία ως τρόπο ζωής», η οποία αντικατοπτρίζεται στα ετεροκαταστροφικά και αυτοκαταστροφικά χαρακτηριστικά στοιχεία, που είναι τυπικά σε σοβαρές διαταραχές προσωπικότητας, όπως είναι η οριακή, η βρεφική ή οιστριονική διαταραχή προσωπικότητας, το σύνδρομο του κακοήθους ναρκισσισμού και η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας. Σοβαρός κίνδυνος αυτοκτονίας μπορεί να υπάρχει όμως και σε άλλες, λιγότερο σοβαρές διαταραχές προσωπικότητας, όπως είναι η καταθλιπτική-μαζοχιστική διαταραχή προσωπικότητας.

Η «αυτοκτονία ως τρόπος ζωής» ερμηνεύεται ως έκφραση επιθέσεων οργής ή ξεσπασμάτων θυμού όταν το άτομο νιώθει ότι ματαιώνεται απέναντι στους άλλους και στον εαυτό του με έναν τρόπο μάλλον αδιαφοροποίητο και παρορμητικό. Αυτό το μοτίβο παρατηρείται συχνότερα στις γυναίκες με οριακή ή οιστριονική διαταραχή προσωπικότητας. Στους άντρες, συχνά, τέτοιου είδους οργισμένη αυτοκτονική συμπεριφορά συμπίπτει με την ύπαρξη σοβαρών ναρκισσιστικών ή αντικοινωνικών χαρακτηριστικών. Οι γυναίκες, επίσης, παρουσιάζουν συχνότερα από τους άντρες σοβαρά μαζοχιστικά στοιχεία, που περιλαμβάνουν τη χρόνια αυτοηττώμενη συμπεριφορά παράλληλα με την αυτοκτονική συμπεριφορά.

Όλες οι περιπτώσεις που αναφέρθηκαν παραπάνω, πρέπει να ξεχωρίσουν από μια άλλη κατηγορία χρόνιας αυτοκτονικής συμπεριφοράς, η οποία αναφέρεται ως «αυτοκτονία ως

έκφραση θριάμβου πάνω στο περιβάλλον», μια πράξη ψυχρά προετοιμασμένη, που στόχο έχει την εκδίκηση ή την κυριαρχία του αυτοκτονικού ασθενούς απέναντι στο άτομο που τον ενδιαφέρει ή που είναι υπεύθυνο για τον ασθενή και με το οποίο υπάρχει μακροχρόνια σύγκρουση. Συνήθως, σε αυτή την κατηγορία συναντάμε ασθενείς με ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας ή με σύνδρομο κακοήθους ναρκισσισμού (Kernberg, 2001).

Η αυτοκτονική συμπεριφορά στο πλαίσιο μη καταθλιπτικής οριακής παθολογίας είναι συνήθως παρορμητική, σχετίζεται με κάποιο τραυματικό γεγονός, μια εμπειρία ματαίωσης ή απόρριψης και αποτελεί ένα μέσο ελέγχου του αντικειμένου. Αντίθετα, η χρόνια αυτοκτονική συμπεριφορά στο πλαίσιο σοβαρών περιπτώσεων ναρκισσιστικής παθολογίας αναπτύσσεται αργά και σταθερά και οργανώνεται με έναν ψυχρό και επιτηδευμένο τρόπο.

Στις βαριές ναρκισσιστικές διαταραχές προσωπικότητας, η χρόνια αυτοκτονικότητα εκφράζει μια ακραία μορφή απαξίωσης του εξωτερικού κόσμου, των σημαντικών άλλων και του εαυτού, μια αίσθηση παντοδυναμίας και ανωτερότητας ακόμα και πάνω στον θάνατο, μια ύστατη μορφή ελευθερίας και δύναμης. Αναφέρεται το κάτωθι παράδειγμα μιας ασθενούς με σοβαρή ναρκισσιστική παθολογία: «Η ασθενής, προκειμένου να αυτοκτονήσει, κατανάλωνε επί χρόνια ποντικοφάρμακο. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της και παρά τους επισταμένους ελέγχους, δεν κατέστη δυνατό να βρεθεί ο τρόπος που προμηθευόταν τη συγκεκριμένη δηλητηριώδη ουσία. Η ασθενής αρνιόταν την συνεχιζόμενη λήψη του δηλητηρίου, ενώ ο χρόνος προθρομβίνης της διαρκώς αυξάνονταν με την πάροδο των ημερών. Προϋπήρχε ήδη ένα ιστορικό σοβαρών εσωτερικών αιμορραγιών, που απαιτούσαν εκτεταμένες διαγνωστικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις, και, παρά τον διαφαινόμενο κίνδυνο, εκείνη διατηρούσε μια φαινομενικά ήρεμη και σχεδόν χαρωπή στάση, σαν να ήθελε να διαψεύσει τη βαρύτητα της κατάστασης της» (Kernberg, 2014, p.878).

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, ο Kernberg θεωρεί ότι κοινό στοιχείο σε όλες τις περιπτώσεις της χρόνιας αυτοκτονικής και παρααυτοκτονικής συμπεριφοράς είναι η σιωπηρή ενεργοποίηση μιας σαδιστικής, δολοφονικής αναπαράστασης αντικειμένου (ένα αντικείμενο μίσους και φθόνου, το οποίο έχει ανάγκη και που ταυτόχρονα βιώνεται ως διωκτικό και υπονομευτικό σε κάθε προσπάθεια επιτυχίας του υποκειμένου) και η συμπληρωματική ενεργοποίηση μιας αναπαράστασης του εαυτού ως θύματος. Η σχέση μεταξύ αυτών των δύο αναπαραστάσεων (εαυτού και αντικειμένου) χαρακτηρίζεται από έντονο μίσος και αποκαλύπτεται στη σχέση του ασθενούς με το σώμα του. Η χρόνια ή χαρακτηριστική αυτοκτονική συμπεριφορά, επομένως, αντικατοπτρίζει τη μεταφορά μιας ενδοψυχικής σύγκρουσης στο επίπεδο του σώματος (Kernberg, 1993, 2001).

Άλλοι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι η χρόνια ενασχόληση με την αυτοκτονία μπορεί να βοηθήσει στη διατήρηση της αυτοεκτίμησης του ατόμου, στο αίσθημα αξιοπρέπειας,

αυτονομίας και εσωτερικού ελέγχου. Μπορεί ακόμα να δημιουργεί μια αίσθηση σύνδεσης με τους άλλους και να κάνει τη ζωή υποφερτή ή ακόμα και ευχάριστη, καθώς καλύπτει συναισθήματα οδύνης, κενού και μοναξιάς και αναστρέφει το αίσθημα του αβοήθητου. Σε κάποιους ασθενείς η ιδέα της αυτοκτονίας μπορεί να αντιπροσωπεύει μια ψευδαίσθηση μετατροπής της παθητικής ταπείνωσης σε ενεργητική κυριαρχία (Bateman, 1999).

Ο Kernberg, σε ένα περισσότερο κλινικό επίπεδο, συνδέει την οξεία και τη χρόνια αυτοκτονική συμπεριφορά με την παρουσία ασυνείδητου μίσους και τονίζει τη σημασία τυχόν συνυπάρχουσας ψυχιατρικής διαταραχής (μείζονος συναισθηματικής διαταραχής, σχιζοφρένειας και σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής) σε άτομα με σοβαρές διαταραχές προσωπικότητας που παρουσιάζουν αυτοκτονικές τάσεις. Θεωρεί, επίσης, ως παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονική συμπεριφορά την ένταση του αυτοκτονικού ιδεασμού, το συγκεκριμένο σχέδιο και το προηγούμενο ιστορικό απόπειρων, ιδιαίτερα αν υπήρχαν βίαια, αλλόκοτα, μη προβλέψιμα και παρορμητικά στοιχεία. Προειδοποιεί ότι οιστριονικά στοιχεία της προσωπικότητας μπορεί να καλύψουν την εικόνα μιας σοβαρής κατάθλιψης με τον κίνδυνο υποτίμησης της αυτοκτονικής πρόθεσης αυτών των καταθλιπτικών ασθενών.

Στις περισσότερες, όμως, περιπτώσεις σοβαρών διαταραχών προσωπικότητας που χαρακτηρίζονται από αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, όπως είναι η οριακή, η οιστριονική διαταραχή προσωπικότητας, ο κακοήθης ναρκισσισμός και η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας, δεν υπάρχει σοβαρή κατάθλιψη και επικρατούν η παρορμητικότητα, οι εκρήξεις θυμού, οι εναλλαγές διάθεσης και η προσπάθεια ελέγχου του περιβάλλοντός τους.

Ειδικότερα στις περιπτώσεις οριακής διαταραχής προσωπικότητας, ο Kernberg αποδίδει την αυτοκτονική συμπεριφορά στην υπερβολική επιθετικότητα κατά τα πρώτα έτη ζωής του ατόμου, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα την κυριαρχία των επιθετικά επενδεδυμένων εσωτερικευμένων αντικειμενοτρόπων σχέσεων, καθώς και μια διαφοροποίηση στην ανάπτυξη του Υπερεγώ, με υπερίσχυση των επιθετικών και διωκτικών χαρακτηριστικών.

Η «ταύτιση με τον επιτιθέμενο» μπορεί να ερμηνευτεί με την εσωτερίκευση της σχέσης μεταξύ των αναπαραστάσεων εαυτού και αντικειμένου με επακόλουθη την εναλλασσόμενη ταύτιση του ατόμου με το θύμα και τον θύτη. Η σταθερή και χρόνια παρουσία της οργής και του μίσους, που χαρακτηρίζει τα άτομα με οριακή διαταραχή προσωπικότητας, μπορεί να οδηγήσει σε καταστροφή του αντικειμένου προκειμένου αυτά να απαλλαγούν και από τον φθόνο απέναντί του, σε σαδιστική συμπεριφορά με άντληση ικανοποίησης από τον βασανισμό του αντικειμένου και με πιθανή συνύπαρξη σεξουαλικής χροιάς και, σε ένα πιο ώριμο επίπεδο, σε προσπάθεια κυριαρχίας και ελέγχου του αντικειμένου. Συχνά τα άτομα αυτά ταυτίζονται με τον θύτη και προβάλλουν τη θέση του θύματος στο σώμα τους, που το βιώνουν πλέον ως ξένο. Στην περίπτωση ιδιαίτερα του κακοήθους ναρκισσισμού, η απόπειρα αυτοκτονίας

ακολουθείται από ένα αίσθημα ανακούφισης, θριάμβου και κυριαρχίας, τόσο απέναντι στο σαδιστικό και ματαιωτικό αντικείμενο, όσο και απέναντι στον ψυχικό πόνο και στον θάνατο (Kernberg, 1993).

Ο Anthony Bateman εκκινώντας από τη διάκριση δύο τύπων ναρκισσισμού που ανέπτυξε ο Herbert Rosenfeld: του «αναίσθητου» (thick-skinned) και του «ευαίσθητου» (thin-skinned), υποστηρίζει ότι ο πρώτος τύπος σχετίζεται με επιθετικότητα και βίαιη συμπεριφορά και ο δεύτερος με ευαλωτότητα και αυτοκαταστροφικότητα, χωρίς να είναι όμως η διάκριση μεταξύ αυτών των δύο τύπων πάντα τόσο ξεκάθαρη. Η υποκείμενη φαντασίωση και στις δύο περιπτώσεις μπορεί να είναι η ίδια, δηλαδή η επίθεση στο σώμα της μητέρας. Το κυρίαρχο μοντέλο σχετίζεται στον «ευαίσθητο» τύπο ναρκισσισμού είναι εμπαιχτικό, προστατευτικό και φιλεύσπλαχο, ενώ στον «αναίσθητο» τύπο είναι εριστικό, διεκδικητικό, διανοητικοποιημένο και αποστασιοποιημένο.

Θεωρεί ότι οι ναρκισσιστικοί και οι οριακοί ασθενείς, κυρίως, μετακινούνται από τη μια θέση στην άλλη παρουσιάζοντας μια αστάθεια στην κλινική τους εικόνα. Ο «αναίσθητος» ναρκισσιστής ταυτίζεται με έναν καταστροφικό εαυτό, που ως μοναδικό σκοπό έχει να επιβιώσει θριαμβεύοντας πάνω στη ζωή και τη δημιουργικότητα. Αντίθετα, ο «ευαίσθητος» ναρκισσιστής είναι πιο ευάλωτος, ντρέπεται για τον εαυτό του, επιδεικνύει ευαισθησία στην απόρριψη και θεωρεί τον εαυτό του κατώτερο από τους άλλους. Η μετακίνηση μεταξύ αυτών των δύο ψυχικών καταστάσεων αυξάνει τις πιθανότητες εκδραματίσεων, με συμπεριφορές αυτοκαταστροφικότητας και ετεροκαταστροφικότητας να είναι πιθανές, ανάλογα με την ισορροπία μεταξύ ενδοβλητικών και προβλητικών διαδικασιών (Bateman, 1999).

Σύμφωνα με τον Hale, η αυτοκτονία αποτελεί μια μορφή εκδραμάτισης. Μετά την αρχική διατύπωση του όρου από τον Freud και με την πάροδο των ετών, ο όρος αυτός διευρύνθηκε προκειμένου να συμπεριλάβει ένα γενικό χαρακτηριστικό, μέσω του οποίου το άτομο ανακουφίζει την ενδοψυχική ένταση με μια σωματική πράξη (συνήθως αυτοκαταστροφική ή ετεροκαταστροφική), παρακάμπτοντας κάθε συνειδητή σκέψη και συναίσθημα. Ο αυτοκτονικός ασθενής προσπαθεί να μετατρέψει την παθητικά βιωμένη τραυματική εμπειρία του παρελθόντος σε ενεργητική κυριαρχία μέσω της χρήσης του σώματος, συχνά με έναν καταστροφικό ή ερωτικοποιημένο τρόπο και μέσω της προσπάθειας εμπλοκής και άλλων ατόμων (Hale, 2008).

3.3. Η εσωτερική κατάσταση της αυτοκτονίας

Σε κάθε απόπειρα αυτοκτονίας υπάρχουν φαντασιώσεις, κυρίως ασυνείδητες, που αφορούν τον εαυτό και τη σχέση του με το σώμα και που μπορεί να σχετίζονται με πεποιθήσεις

σωματικής αφθαρσίας. Διάφορα μέρη του σώματος (ή και ολόκληρο) μπορεί να αντιπροσωπεύουν «κακές» ή «καλές» πλευρές του εαυτού, ανάλογα με το αντικείμενο με το οποίο ταυτίζονται σε κάθε περίπτωση.

Το σώμα ως φορέας αναγκών και επιθυμιών αποτελεί εύκολο στόχο επιθέσεων όταν αυτές δεν ικανοποιούνται, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις ατόμων με έλλειψη ανοχής στη ματαιώση και δυσκολία αποδοχής της πραγματικότητας. Η υποκείμενη φαντασίωση εδώ είναι ότι το άτομο, απαλλασσόμενο από το σώμα του, απαλλάσσεται ταυτόχρονα και από την επώδυνη πραγματικότητα και τις ματαιώσεις της, γεγονός που εξηγεί την ανακούφιση και την ηρεμία που συχνά νιώθει κάποιος όταν πάρει την απόφαση να αυτοκτονήσει. Η επίθεση στο σώμα αποτελεί συγχρόνως και επίθεση στην πρωταρχική μητέρα, την οποία μισεί και φθονεί, ενώ με την αυτοκτονία το άτομο πιστεύει ότι θα επανενωθεί για πάντα με την εξιδανικευμένη μητέρα (φαντασίωση επιστροφής στην ενδομήτριο ζωή). Οι παραπάνω φαντασιώσεις είναι πολύ συχνές, ιδιαίτερα κατά την περίοδο της εφηβείας.

Θα πρέπει πάντα να έχουμε κατά νου ότι, προκειμένου να διασώσει το άτομο τα καλά αντικείμενα, τα προβάλλει έξω από τον εαυτό του και η διατήρησή τους παίζει πολύ σημαντικό ρόλο για την εξέλιξη μιας αυτοκτονικής πρόθεσης. Ο David Bell αναφέρει το παράδειγμα μιας ασθενούς η οποία υποστήριζε ότι δεν θα κάνει απόπειρα αυτοκτονίας όσο ο σκύλος της είναι ζωντανός. Ο σκύλος σε αυτή την περίπτωση αντιπροσωπεύει όλα τα καλά αντικείμενα που πρέπει να μείνουν ζωντανά και να προστατευτούν από τα δολοφονικά αισθήματα που επικρατούν στον εσωτερικό κόσμο της ασθενούς.

Υπάρχουν και περιπτώσεις στις οποίες μέσω της αυτοκτονίας το άτομο επιχειρεί να προβάλλει δικά του δυσάρεστα και ανυπόφορα συναισθήματα, όπως είναι ο θυμός και η ενοχή, σε άτομα του περιβάλλοντός του, με σκοπό αφενός να απαλλαγεί από αυτά και αφετέρου να βιώσει ένα αίσθημα θριάμβου και κυριαρχίας απέναντί τους.

Τέλος, ο Bell χρησιμοποιεί τον όρο «ψυχική κλειστοφοβία» για να περιγράψει τις επιπτώσεις ενός «ασφυκτικού» Υπερεγώ, κυρίως σε ασθενείς με σοβαρή κατάθλιψη, που συνεχώς τους καταδιώκει, τους εκδικείται και τους τιμωρεί και από το οποίο νιώθουν ότι δεν μπορούν να ξεφύγουν. Το ίδιο το δέρμα μπορεί να βιώνεται ως η φυλακή στην οποία οι επιθέσεις λαμβάνουν χώρα και η αυτοκτονία φαίνεται να είναι ο μόνος τρόπος απελευθέρωσής τους. (Εδώ ανήκουν και οι περιπτώσεις ασθενών που τέμνουν το δέρμα τους προκαλώντας αιμορραγία και στη συνέχεια ταυτίζονται με το αίμα, που ρέοντας από την τομή τους προκαλεί ανακούφιση) (Bell, 2001).

3.4. Ψυχική απόσυρση και αυτοκτονία

Σύμφωνα με τον Heinz Weiss, η θεωρία της «ψυχικής απόσυρσης», την οποία πρώτος εισήγαγε ο John Steiner, μπορεί να προσφέρει ένα χρήσιμο κλινικό πλαίσιο για την κατανόηση τόσο έκδηλων όσο και λανθάνοντων αυτοκτονικών τάσεων. Η ψυχική απόσυρση μπορεί να θεωρηθεί ως ένα δίκτυο αλληλοδιαπλεκόμενων μηχανισμών άμυνας και ένα πολύπλοκο σύστημα παθολογικών αντικειμενοτρόπων σχέσεων. Συχνά επιστρατεύεται όταν η επαφή με την πραγματικότητα (εσωτερική ή εξωτερική) γίνεται υπερβολικά τρομακτική ή προκαλεί αφόρητο ψυχικό πόνο, οπότε και μπορεί να χρησιμεύσει ως προσωρινό καταφύγιο. Στη χρόνια όμως μορφή της, μπορεί να οδηγήσει σε αδιέξοδο που εμποδίζει κάθε δυνατότητα ψυχικής ανάπτυξης και συχνά αντικατοπτρίζει μια παθολογική οργάνωση της προσωπικότητας. Προοριζόμενη, αρχικά, στη δέσμευση και ουδετεροποίηση των καταστροφικών παρορμήσεων, μπορεί να αποτελέσει η ίδια μια έκφραση χρόνιας και βασανιστικής σκληρότητας. Από την άλλη, η ψυχική απόσυρση μπορεί να καλύψει αυτοκτονικές τάσεις μεταμφιέζοντάς τις σε ρομαντισμό και εξιδανίκευση (Weiss, 2009).

4. ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑ ΣΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

4.1. Η αυτοκτονικότητα στους εφήβους

Η αυτοκτονία στους εφήβους εκτός από την ερμηνεία της ως μιας μορφής επιθετικότητας που στρέφεται εναντίον του εαυτού, όπως περιγράφηκε αρχικά από τον Freud, μπορεί να γίνει αντιληπτή και στη βάση μιας τραυματικής ή ελλειμματικής σχέσης με το πρωταρχικό αντικείμενο, όπως παρατηρείται σε περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης ή παραμέλησης. Το αποτέλεσμα της κατάστασης αυτής είναι η ανεπαρκής ανάπτυξη του Εγώ και του Υπερεγώ του εφήβου καθώς και η ελλειμματική και ασταθής απαρτίωση και επένδυση του εαυτού και του αντικειμένου.

Ο έφηβος βιώνει το σώμα του ως μια πηγή δυσφορικών συναισθημάτων και απαράδεκτων επιθυμιών και στο πλαίσιο των ασταθών ορίων εαυτού-αντικειμένου το αντιμετωπίζει ως ξένο και προσπαθεί να απαλλαγεί από αυτό καταστρέφοντάς το. Σε κάθε περίπτωση που του προκαλεί επώδυνα συναισθήματα και αδυνατώντας να καταφύγει σε εσωτερικευμένα καλά αντικείμενα για υποστήριξη, ο έφηβος νιώθει αβοήθητος, παλινδρομεί σε μια κατάσταση ψυχικής αποδιοργάνωσης και μπορεί να οδηγηθεί σε αυτοκτονική συμπεριφορά.

Ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην αυτοκτονικότητα των εφήβων έχει η ελλιπής απαρτίωση του Υπερεγώ και του Ιδεώδους του Εγώ, με αποτέλεσμα η αυτοεκτίμησή τους, οι ηθικές αρχές, οι στόχοι και τα ιδανικά τους να εξαρτώνται από τα άτομα του περιβάλλοντός τους. Όταν η

σχέση τους με τους σημαντικούς άλλους διαταράσσεται, αυτοί νιώθουν μόνοι, αδύναμοι, μπερδεμένοι και βιώνουν απόρριψη και απελπισία. Στις περιπτώσεις των εφήβων με πολύ αυστηρό και σαδιστικό Υπερεγώ, οι ανεκπλήρωτοι στόχοι και οι αποτυχίες τους προκαλούν τόσο έντονες ενοχές και αυτομομφές, που, προκειμένου να ανακουφιστούν από αυτές, μπορεί να τιμωρήσουν τον εαυτό τους, καταλήγοντας ακόμα και στην αυτοκτονία (Μπεράτη, 2008).

Η συναισθηματική κατάσταση των αυτοκτονικών εφήβων χαρακτηρίζεται από οργή, ενοχές, απελπισία, με την αυτοκτονία να αποτελεί μια προσπάθεια ελέγχου τόσο του περιβάλλοντός τους, όσο και της ίδιας τους τη ζωής σε ένα φαντασιωσικό έστω επίπεδο. Ο θάνατος στη φαντασίωση μπορεί να συμβολίζει την αναγέννηση, την επανένωση με τα αγαπημένα τους πρόσωπα, μπορεί να αποτελεί μια μορφή εκδίκησης και εγκατάλειψης ή μια μορφή εξιλέωσης και αυτοτιμωρίας.

Αναφορικά με τη θεώρηση της αυτοκτονίας ως μια μορφή εκδίκησης προς τους γονείς, αξίζει να σημειωθεί ότι οι έφηβοι μπορεί να κατακλύζονται από δολοφονική οργή απέναντι στους γονείς τους όταν εκείνοι δεν ικανοποιούν τις επιθυμίες και τις ενορμήσεις τους, την οποία δεν μπορούν να διαχειριστούν και είναι πιθανό να την εκδραματίσουν. «Μια τέτοιου είδους αυτοκτονία είναι αυτή ενός δεκαπεντάχρονου κοριτσιού με καλές επιδόσεις στο σχολείο, που είχε πολλούς αγαπημένους φίλους και που σύμφωνα με τους γονείς της δεν παρουσίαζε κάποιες ανησυχητικές ενδείξεις. Αυτοπυροβολήθηκε στο κεφάλι με ένα όπλο του πατέρα της μετά από έναν καβγά με τους γονείς της, οι οποίοι της αρνήθηκαν να πάει με μια φίλη της σε ένα κάπως απομακρυσμένο πάρκο ψυχαγωγίας. Στις συνεδρίες με τους γονείς που ακολούθησαν, αποκαλύφθηκε ότι υπήρχαν μακροχρόνια προβλήματα μεταξύ του κοριτσιού και της μητέρας του. Μετά την αυτοκτονία, η γιαγιά της ανέφερε ότι μια με δύο μέρες πριν από το συμβάν το κορίτσι ονειρεύτηκε ότι είχε σκοτώσει τη μητέρα της. Λίγο πριν να αυτοκτονήσει είχε πει σε μια φίλη της ότι η αυτοκτονία είναι ένας τρόπος για να εκδικηθεί τους γονείς της» (Hendin, 1963, p.1153).

Αρκετά συχνές είναι και οι περιπτώσεις αυτοκτονίας εφήβων που νιώθουν ανίκανοι να ανταπεξέλθουν στις προσδοκίες των οικογενειών τους και να ακολουθήσουν τα επιτεύγματα των συνομηλίκων τους. Έχουν μια έντονη αίσθηση αποτυχίας και ταπείνωσης και η αυτοκτονία εκπληρώνει την ανάγκη τους για αυτοτιμωρία και εξιλέωση. Μια τυπική περίπτωση είναι αυτή ενός εικοσάχρονου αγοριού που αυτοκτόνησε αφού έγραψε στο ημερολόγιό του: «Ήμουν ξανά στο λύκειο και είδα οικεία πρόσωπα. Ένωσα ντροπή και ταπείνωση. Εκείνοι προχωρούσαν στη ζωή τους. Προσπάθησα να μη με δουν, αλλά με αναγνώρισαν». Σε ανάλογο τόνο γράφει: «Όταν σκέφτομαι τον εαυτό μου σαν έναν ασθενή που αναρρώνει, είμαι πιο υπομονετικός και πιο πρόθυμος να αλλάξω πράγματα. Όταν συγκρίνω τον εαυτό μου με αυτό που θα μπορούσα να φτάσω, θρηνώ» (Hendin, 1963, p.1154).

Οι έφηβοι μπορεί να βιώνουν από πολύ νωρίς στη ζωή τους μια συναισθηματική απονέκρωση και αυτό φαίνεται και από το ανάλογο περιεχόμενο των ονείρων τους, που περιλαμβάνει θέματα θανάτου και ταφής. Η εμπειρία του συναισθηματικού αποχωρισμού από τους γονείς μεγαλώνοντας μπορεί να ισοδυναμεί για αυτούς με πραγματικό θάνατο, με αποτέλεσμα να τους είναι ανυπόφορη. Έτσι, χρησιμοποιούν τον δικό τους θάνατο για να διαχειριστούν τις απώλειες τους, ενώ η απόρριψη της ζωής τους περιλαμβάνει και την απόρριψη των γονιών, οι οποίοι δημιούργησαν τη ζωή αυτή (Hendin, 1963).

Επιπλέον, η περίοδος της εφηβείας αυξάνει την ευαλωτότητα προς την αυτοκτονία, καθώς επιφέρει μεγάλες σωματικές και ορμονικές αλλαγές και χαρακτηρίζεται από αστάθεια των ενορμήσεων και των μηχανισμών άμυνας. Αναβιώνουν οι συγκρούσεις γύρω από το οιδιπόδειο προκειμένου να υποστούν εκ νέου επεξεργασία στο πλαίσιο ενός αναπτυσσόμενου σεξουαλικού σώματος. Συχνά οι έφηβοι βιώνουν συναισθήματα άγχους, σύγχυσης, ντροπής και ενοχής σχετικά με το σώμα τους, το οποίο αποτελεί πηγή δυσαρέσκειας και απαράδεκτων αιμομικτικών, ομοφυλοφιλικών ή διαστροφικών επιθυμιών, με αποτέλεσμα αυτό να γίνεται στόχος επίθεσης και μάλιστα δολοφονικής (Campbell&Hale, 2017).

Η αυτοκτονικότητα των εφήβων σε σχέση με τα άτομα που θα περίμεναν να τους σώσουν, μας δείχνει τα εξής:

- *Μαζί με την επιθυμία θανάτου υπάρχει συνήθως μία ανεκπλήρωτη επιθυμία διάσωσης.*

Συνήθως, ο διασώστης¹ είναι το πρωταρχικό αντικείμενο πρόσδεσης και η αυτοκτονία στοχεύει στην αποκατάσταση της σχέσης με μια απορριπτική και εγκαταλείπουσα μητέρα. Η μητέρα θα αλλάξει, θα πάψει να είναι αδιάφορη και θα σώσει το παιδί της αποδεικνύοντας ότι δεν είναι μια «κακιά μητέρα». Το άτομο το οποίο ο αυτοκτονικός νέος ασυνείδητα θεωρεί υπεύθυνο για τον επικείμενο θάνατό του και στο οποίο έχει στρέψει την επιθετικότητα του, μπορεί να είναι ταυτόχρονα και το άτομο που επιθυμεί να τον σώσει.

- *Υπάρχει ανάγκη ο διασώστης να είναι δεκτικός στην απειλή της αυτοκτονίας.*

Τα νεαρά άτομα ελπίζουν ότι ο διασώστης θα αντέξει τις απειλές τους, θα καταφέρει μέσω της ενσυναίσθησης να τα προσεγγίσει και θα κατανοήσει την επιθετικότητα και την καταστροφικότητα τόσο στα αυτοκτονικά άτομα όσο και στον ίδιο.

- *Ο διασώστης μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο αυτοκτονίας.*

Επικίνδυνος διασώστης θεωρείται το άτομο που απορρίπτει τον έφηβο, συμμαχεί κατά κάποιο τρόπο με τη φαντασίωση της αυτοκτονίας ή αποτυγχάνει να ανταποκριθεί στις συνειδητές ή ασυνείδητες προσδοκίες του. Εδώ απαιτείται μεγάλη προσοχή προκειμένου να μη γίνει ο θεραπευτής επικίνδυνος διασώστης (Magagna, 2008).

¹ Μεταφράζω έτσι το rescuer που αφορά το πολύ κοντινό πρόσωπο με το οποίο συνδέεται ο έφηβος ή τον θεραπευτή.

4.2. Αυτοκτονικότητα και φύλο

Η Benigna Gerisch υποστηρίζει ότι το ζήτημα της αυτοκτονικότητας ήταν πάντα συνδεδεμένο με τις εντυπωσιακές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων: η συχνότητα των αυτοκτονιών στους άντρες είναι πάνω από διπλάσια σε σχέση με τις γυναίκες, ενώ η συχνότητα των αποπειρών αυτοκτονίας στις γυναίκες είναι διπλάσια συγκριτικά με τους άντρες. Η βάση του προβλήματος της αυτοκτονίας στις γυναίκες εστιάζοταν πάντα στο σημείο που διαφέρουν ξεκάθαρα από τους άντρες, δηλαδή στο σώμα.

Η απώλεια του αντικειμένου προκαλεί διαφορετικές αντιδράσεις στα δύο φύλα, ανάλογα και με το ιδιαίτερο νόημα που αυτή έχει για το κάθε φύλο. Στους άντρες παρατηρούνται συνήθως αντιδράσεις θυμού, απειλών και εκδίκησης, που σκοπό έχουν να αντιμετωπίσουν συναισθήματα προσβολής του φυλετικού τους ρόλου και απώλειας. Αντίθετα και πολύ συχνότερα από τους άνδρες, οι γυναίκες αντιδρούν στον αποχωρισμό με μαζοχιστικό τρόπο και με την κλασική στροφή της επιθετικότητας ενάντια στον εαυτό τους (μέσω της αυτοκτονίας καταστρέφουν και το ενδοβεβλημένο αντικείμενο). Η απαξίωση που βιώνουν προκαλεί την επανενεργοποίηση ενός χρόνιου ναρκισσιστικού τους τραύματος.

Άλλες βασικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων, σύμφωνα με την Gerisch, είναι ο τρόπος που βιώνεται το σώμα, πώς αυτό επενδύεται, τι αντιπροσωπεύει σε κάθε περίπτωση και κατά πόσο γίνεται μέσο και τόπος επίλυσης των ενδοψυχικών συγκρούσεων. Οι άντρες τείνουν να εξωτερικεύουν τις συγκρούσεις τους και να χειρίζονται τα αντικείμενα. Είναι πιο πιθανό να προσπαθούν να αντιμετωπίσουν τα ναρκισσιστικά τους τραύματα με το να εμπλέκονται σε ακραίες και έντονες αθλητικές δραστηριότητες και να καταφεύγουν στο αλκοόλ, στα ναρκωτικά και σε κάποιες μορφές διαστροφής. Οι γυναίκες, αντίθετα, υιοθετούν ένα αλλοπλαστικό τρόπο επίλυσης των συγκρούσεων, προβάλλοντας τις στο σώμα. Προσπαθούν με τον τρόπο αυτό να ελέγξουν τα αντικείμενα είτε μέσα στο σώμα είτε στην επιφάνειά του, στο δέρμα. Επίσης οι γυναίκες βιώνουν πολύ συχνά ένα βασανιστικό αίσθημα ανεπάρκειας που συνδέεται και αποδίδεται στο σώμα τους (θεωρούν το σώμα τους ανεπαρκές, ελλειμματικό και αιτία απόρριψης και εγκατάλειψης). Οι προσπάθειες επανόρθωσης περιλαμβάνουν ένα μεγάλο εύρος κοσμητικών παρεμβάσεων, ψυχοσωματικών αντιδράσεων και αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών.

Σημαντικό ρόλο για τη γυναικεία ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη διαδραματίζουν οι δραστικές αλλαγές στην υποκειμενική εικόνα του σώματος τους, όπως και οι συγκεκριμένες σωματικές εμπειρίες που είναι στενά συνδεδεμένες με τη μητέρα και που σχετίζονται με την τάση των γυναικών να προβάλλουν τις ενδοψυχικές συγκρούσεις τους στο σώμα τους, επιδεικνύοντας σε κάποιες περιπτώσεις αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.

Η επιθετικότητα απέναντι στη μητέρα βιώνεται από τα κορίτσια με μεγάλο βαθμού αμφιθυμία, εφόσον εκείνη αποτελεί ταυτόχρονα το πρωταρχικό αντικείμενο αγάπης και το αντικείμενο ταύτισης κατά την ανάπτυξη της γυναικείας τους ταυτότητας. Η τάση συμβολικής εξίσωσης με τη μητέρα και η απουσία ενδιάμεσου χώρου εμποδίζει την επεξεργασία της επιθετικότητας τους, με αποτέλεσμα την εκδραμάτισή της μέσω του σώματος. Η Gerisch υποστηρίζει ότι το «πυρηνικό σύμπλεγμα» και τα σχετιζόμενα με αυτό άγχη, καθώς και η ταλάντωση μεταξύ παρανοειδούς-σχιζοειδούς και καταθλιπτικής θέσης, χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερη ένταση στις γυναίκες και μπορεί να οδηγήσουν στην ανάγκη πραγματικής σωματικής προσκόλλησης με το αντικείμενο αγάπης (Gerisch, 2008).

4.3. Κατάθλιψη, απελπισία και αυτοκτονικότητα

Η κατάθλιψη είναι μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από παλινδρόμηση και κατάργηση των ώριμων ψυχικών λειτουργιών. Η παλινδρόμηση μπορεί να εκδηλώνεται ως εγωκεντρική συμπεριφορά, καθώς το καταθλιπτικό άτομο δυσκολεύεται να πάρει αποφάσεις, να αναλάβει ευθύνες, να εργαστεί, ακόμα και να αυτοεξυπηρετηθεί. Φαίνεται, λοιπόν, ότι ο καταθλιπτικός ασθενής χρειάζεται ένα άτομο που θα του προσφέρει μια ναρκισσιστική σταθερότητα και θα του παρέχει συγκεκριμένες λειτουργίες του Εγώ. Η κατάσταση είναι ανάλογη με αυτή ενός παιδιού που εξαρτάται από τη σχέση με τη μητέρα και τον πατέρα του.

Όταν ο καταθλιπτικός ασθενής απαιτεί από τον εαυτό του να κινητοποιήσει τις ώριμες λειτουργίες του Εγώ και δεν δέχεται βοήθεια από τους άλλους (ή φοβάται ότι δεν θα μπορέσει ποτέ να βρει βοήθεια), για να υποστηρίξουν αυτές τις ψυχικές λειτουργίες και τη ναρκισσιστική του σταθερότητα, μπορεί να αναπτύξει αυτοκτονικές τάσεις. Ο καταθλιπτικός ασθενής χρειάζεται τη στενή επαφή με ένα άλλο άτομο και, όταν αυτή η ζωτικής σημασίας εξάρτηση διαταράσσεται, καταφεύγει σε μια απελπισμένη, ενεργητική προσπάθεια ανεξαρτητοποίησης μέσω της αυτοκτονίας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η επιθετικότητα που εκδηλώνεται να χρησιμεύει ως ένα μέσο διάσωσης του εαυτού του, ενώ ταυτόχρονα επιτυγχάνεται η φαντασιωσική επανένωση με το αντικείμενο που χρειάζεται (Matakas&Rohrbach, 2008).

Σύμφωνα με τον Thomas Allen, η παρόρμηση της αυτοκτονίας (αν και συχνά απωθημένη) είναι στενά συνδεδεμένη με την κατάθλιψη, ακόμα και στην περίπτωση που η τελευταία είναι σε λανθάνουσα μορφή και απουσιάζει η κλασική συμπτωματολογία. Ο ίδιος ερμηνεύει την ψυχοκινητική επιβράδυνση ως μια μορφή άμυνας απέναντι στην πραγματοποίηση της αυτοκτονικής πράξης, γεγονός που θα μπορούσε να εξηγήσει τις αυτοκτονίες των καταθλιπτικών ασθενών κατά τη φάση βελτίωσης και υποχώρησης της ψυχοκινητικής αναστολής.

Παρόμοια, ο Allen θεωρεί ότι στην παράνοια πιθανόν οι ασθενείς στην προσπάθειά τους να διαχειριστούν και να ξεφύγουν από την αυτοκτονική παρόρμηση, την αρνούνται ή την προβάλλουν στο περιβάλλον. Έτσι, αρνούμενοι την επιθυμία τους να αυτοκτονήσουν, αναπτύσσουν διωκτικό παραλήρημα («οι άλλοι θέλουν να με σκοτώσουν») ή μετατρέπουν το αίσθημα του αβοήθητου και την αδυναμία τους σε μεγαλομανιακό παραλήρημα («είμαι ο πιο δυνατός και ο πιο ικανός»). Οι παρανοϊκοί ασθενείς μπορεί να αναπτύξουν και ψευδαισθήσεις από τη σωματική σφαίρα, όπου η ενόρμηση του θανάτου υπόκειται σε μερικό συμβιβασμό και περιορίζεται σε ένα μέρος του σώματος που θεωρείται νεκρό ή αφανισμένο. Υπάρχουν, όμως, περιπτώσεις που ακόμα και οι ύστατοι αυτοί μηχανισμοί άμυνας αποτυγχάνουν να ελέγξουν την αυτοκτονική παρόρμηση και το συνοδό άγχος και επέρχεται η πράξη της αυτοκτονίας (Allen, 1967).

Όπως είναι γνωστό, εκτός από την κατάθλιψη, η απελπισία αποτελεί μια συναισθηματική κατάσταση που σχετίζεται με την αυτοκτονικότητα (και μάλιστα σε μεγαλύτερο βαθμό συγκριτικά με την κατάθλιψη) και χαρακτηρίζεται από ένα αίσθημα αφόρητης αγωνίας που συνοδεύεται από μια επείγουσα ανάγκη για ανακούφιση. Τα άτομα με απελπισία συνήθως βιώνουν μια συναισθηματική αποδιοργάνωση, θεωρούν ότι η ζωή τους καταρρέει και δεν διαθέτουν κανέναν έλεγχο του εαυτού τους. Η αμφιθυμία είναι βασικό χαρακτηριστικό της αυτοκτονίας, οπότε η ελπίδα για μια εξωτερική βοήθεια απέναντι στην εγκατάλειψη μπορεί να ενισχύσει την επιθυμία διάσωσης και όχι του θανάτου. Όταν οι ασθενείς δεν ελπίζουν ότι κάτι μπορεί να αλλάξει, μπορεί να υποκύπτουν στην κατάσταση τους, εφόσον νιώθουν ότι, αν δεν αλλάξει κάτι, δεν μπορούν να συνεχίσουν να ζουν (Hendin et al., 2004, Goldblatt, 2017).

Η Faye Miller θεωρεί ότι η απελπισία στα καταθλιπτικά άτομα εξυπηρετεί έναν διπλό ρόλο: εκφράζοντας την απελπισία για τον εαυτό τους (μιλώντας με υποτίμηση και απαξίωση), εκφράζουν εμμέσως και την ελπίδα ότι μέσω του θανάτου τους θα επανενωθούν με το παντοδύναμο πρωταρχικό αντικείμενο ενώ διατηρούν ταυτόχρονα την επιθυμία αυτή εκτός του πεδίου συνειδητότητάς τους. Επίσης, νιώθοντας τα άτομα αυτά ανίκανα για την παραμικρή αλλαγή και ότι δεν μπορούν να βασιστούν στον εαυτό τους για να βοηθηθούν, εναποθέτουν την αποκλειστική ευθύνη για τη ζωή τους στους άλλους και στις μαγικές δυνάμεις που προκύπτουν από την συγχώνευση μαζί τους (για παράδειγμα με τον θεραπευτή), διατηρώντας έτσι μια διαρκή δυνατότητα επίθεσης στο αντικείμενο.

Τέλος, όπως σημειώνει η Miller: «Η απελπισία λειτουργεί ως μια άμυνα απέναντι στη δολοφονία μέσω της παράλυσης που προκαλεί στο άτομο. Αποτελεί μια μορφή συνειδητοποίησης από το άτομο ότι αφενός είναι ανίκανο να σκοτώσει το αντικείμενο και αφετέρου ότι έχει ανάγκη το αντικείμενο. Η απελπισία αποτελεί έναν συμπυκνωμένο και μεταμφιεσμένο τρόπο εκδήλωσης της παρόρμησης του ατόμου να σκοτώσει και συγχρόνως

ένα μέσο να καταπνίξει την παρόρμηση αυτή. Στον κόσμο του απελπισμένου υπάρχει ενέργεια για έναν μόνο αγώνα, για τον καθορισμό της κατεύθυνσης των καταστροφικών ενορμήσεων» (Miller, 1985, p.74).

III. ΝΕΥΡΟΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

1. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Η αυτοκτονικότητα ή αυτοκτονική συμπεριφορά μπορεί να θεωρηθεί ως ένα φάσμα σκέψεων και συμπεριφορών που εκτείνεται από τον αυτοκτονικό ιδεασμό έως τις απόπειρες αυτοκτονίας και την επιτυχημένη αυτοκτονία (Lonnquist, 2003). Οι πράξεις αυτοκτονίας, συνήθως, λαμβάνουν χώρα κατά την οξεία φάση μιας ψυχιατρικής νόσου. Όμως, αν και ψυχικές νόσοι έχουν βρεθεί σε πάνω από το 90% των ολοκληρωμένων αυτοκτονιών μετά από ψυχολογικές αυτοψίες, οι περισσότεροι ψυχιατρικοί ασθενείς δεν διαπράττουν αυτοκτονία.

Οι ψυχικές νόσοι και οι συνδεδεμένες νευροβιολογικές και ψυχικές διαταραχές είναι, επομένως, ανεπαρκείς στο να εξηγήσουν τη διεργασία της αυτοκτονίας. Για παράδειγμα, επιδημιολογικά ευρήματα δείχνουν ότι η κατάθλιψη αποτελεί προγνωστικό δείκτη αυτοκτονικού ιδεασμού αλλά πολύ λιγότερο αυτοκτονικών πράξεων. Άλλες όμως ψυχιατρικές διαταραχές που χαρακτηρίζονται από χαμηλό έλεγχο των παρορμήσεων φάνηκε να έχουν μεγαλύτερη συσχέτιση με τις αυτοκτονικές πράξεις, αναδεικνύοντας τη διάκριση μεταξύ αυτών των δύο φάσεων (ιδέας και πράξης).

Μπορούμε να αρχίσουμε να περιλαμβάνουμε τη λειτουργική νευροανατομία στη βάση των ευρημάτων, τόσο από νευροψυχολογικές όσο και από νευροαπεικονιστικές μελέτες (δομικές και λειτουργικές), που επιτρέπουν την *in vivo* εξερεύνηση των σκέψεων και των πράξεων του κάθε ατόμου, με σκοπό την ανάπτυξη μιας πιο περιεκτικής και ολοκληρωμένης κατανόησης της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Αυτό θα μπορούσε να επιτευχθεί μέσω της ταυτοποίησης των εγκεφαλικών περιοχών και των συνδέσεών τους (λειτουργικών και δομικών) που σχετίζονται με ορισμένα ιδιαίτερα νευροψυχολογικά χαρακτηριστικά που εμπλέκονται στην αυτοκτονική συμπεριφορά και με τη σύνδεση μεταξύ της αυτοκτονικής διάστασης (παρορμητικότητα, πρόθεση, σχέδιο) και των διαφόρων εγκεφαλικών λειτουργιών (Jollant et al., 2011).

Υπάρχει μια συνεχής αύξηση δεδομένων που συσχετίζουν την ευαλωτότητα στην αυτοκτονική συμπεριφορά με νευροβιολογικές ανωμαλίες. Νεκροτομικές μελέτες έχουν δείξει την ύπαρξη δομικών και βιοχημικών μεταβολών στον εγκέφαλο των θυμάτων. Τελευταία, οι απεικονιστικές τεχνικές μάς επιτρέπουν να μελετήσουμε τις εγκεφαλικές μεταβολές *in vivo*. Ένα πρώτο πλεονέκτημα της χρήσης νευροαπεικονιστικών τεχνικών είναι η επιβεβαίωση των νεκροτομικών ευρημάτων των εμπλεκόμενων εγκεφαλικών περιοχών και των νευροβιολογικών συστημάτων (π.χ. το σεροτονινεργικό σύστημα). Δεύτερον, η απεικόνιση του εγκεφάλου μάς παρέχει τη δυνατότητα να εντοπίσουμε το βιολογικό υπόβαθρο των

νευροψυχολογικών μεταβολών που σχετίζονται με την αυτοκτονική συμπεριφορά, παρέχοντας έτσι μία πιθανή ερμηνεία για αυτή τη συσχέτιση.

Οι περιορισμοί των νευροαπεικονιστικών μελετών αφορούν τους διαφορετικούς ραδιενεργούς προσδέτες, τους διαφορετικούς ορισμούς της αυτοκτονικότητας, την ανακριβή ανατομική εντόπιση των ευρημάτων, τα μικρά μεγέθη των δειγμάτων, ενίοτε την έλλειψη ομάδας ελέγχου, την ανεπαρκή στάθμιση της ομάδας μελέτης και της ομάδας ελέγχου για διάφορες μεταβλητές (ηλικία, φύλο, ψυχιατρική διάγνωση, λήψη ψυχιατρικών φαρμάκων) (Jollant et al., 2011, Desmyter et al., 2013).

Έχοντας πάντα κατά νου τους περιορισμούς αυτούς, θα προσπαθήσουμε να καταλήξουμε σε κάποια γενικά συμπεράσματα. Οι μεγαλύτερες διαφορές σε άτομα με ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας έχουν βρεθεί στον προμετωπιαίο φλοιό (κυρίως σε κογχομετωπιαίες, κοιλιακές πλάγιες, ραχιαίες μέσες και ραχιαίες πλάγιες φλοιϊκές περιοχές) και σε περιοχές του μταιχμιακού συστήματος, ιδιαίτερα στην πρόσθια έλικα του προσαγωγίου και στην αμυγδαλή. Μελέτες συσχέτισης προτείνουν ότι αυτές οι αλλαγές σχετίζονται με νευροψυχολογικές διαταραχές στη λήψη αποφάσεων, στην επίλυση προβλημάτων, στην ερμηνεία των κοινωνικών ερεθισμάτων, στην αναστολή της εκδραμάτισης, στον έλεγχο των συναισθημάτων και στην λεκτική ευφράδεια (Heeringen et al., 2011, Jollant et al., 2016, Desmyter et al., 2013).

Στη συνέχεια αναφέρονται τα βασικά ευρήματα των δομικών και λειτουργικών νευροαπεικονιστικών μελετών στις μετωπιαίες και στις λοιπές εγκεφαλικές περιοχές, καθώς και ο ρόλος των νευρομεταβιβαστικών συστημάτων αναφορικά με την αυτοκτονικότητα. Επίσης, γίνεται μια σύντομη ξεχωριστή αναφορά στη σχέση του ψυχικού πόνου και των εμπλεκόμενων κυκλωμάτων του με την αυτοκτονικότητα.

2. ΜΕΤΩΠΙΑΙΟΙ ΛΟΒΟΙ

2.1. Δομική νευροαπεικόνιση

Σε μετωπιαίες περιοχές ηλικιωμένων ανδρών με κατάθλιψη όψιμης έναρξης και ιστορικό αποπειρών αυτοκτονίας παρατηρείται μειωμένος όγκος λευκής και φαιάς ουσίας συγκριτικά με υγιή άτομα, με τη μείωση του όγκου να είναι πιο εκσεσημασμένη στον ραχιαίο μέσο προμετωπιαίο φλοιό. (Desmyter et al., 2013).

Στον κατώτερο μετωπιαίο και κογχομετωπιαίο φλοιό παρατηρείται αυξημένος όγκος λευκής ουσίας σε γυναίκες με κατάθλιψη και ιστορικό αποπειρών αυτοκτονίας συγκριτικά με γυναίκες με κατάθλιψη χωρίς ιστορικό αποπειρών αυτοκτονίας.

Στον κογχομετωπιαίο φλοιό παρατηρείται μειωμένος όγκος φαιάς ουσίας σε γυναίκες με κατάθλιψη και ιστορικό αποπειρών αυτοκτονίας συγκριτικά με γυναίκες με κατάθλιψη χωρίς ιστορικό αποπειρών αυτοκτονίας (Heeringen et al., 2011, Desmyter et al., 2013).

Στον αριστερό ραχιαίο πλάγιο προμετωπιαίο φλοιό έχει βρεθεί σημαντικό βαθμού συσχέτιση μεταξύ του όγκου της φαιάς ουσίας και της επιτρεπτικής στάσης απέναντι στην αυτοκτονία, γεγονός που μπορεί να σχετίζεται με τον ανεπαρκή ανασταλτικό έλεγχο των αρνητικών συναισθημάτων. Στον αριστερό ραχιαίο πλάγιο προμετωπιαίο φλοιό μιας κατηγορίας υγιών ατόμων με επιτρεπτικές συμπεριφορές παρατηρήθηκε ότι ο βαθμός επιτρεπτικότητας απέναντι στην αυτοκτονία είχε αρνητική συσχέτιση με τον όγκο της φαιάς ουσίας στην περιοχή αυτή (πιθανόν να σχετίζεται με δυσλειτουργία στον έλεγχο και αναστολή των παρορμήσεων, στον ανεπαρκή έλεγχο των συναισθημάτων, τη μοναξιά, τον ιδεομηρυκασμό και την ενσυναίσθηση). Ο αυξημένος όγκος φαιάς ουσίας στον ραχιαίο πλάγιο προμετωπιαίο φλοιό μπορεί να αντιστοιχεί σε λιγότερο αποτελεσματικές διαδικασίες συνάψεων και νευρωνικού κλαδέματος, με αποτέλεσμα λιγότερο αποτελεσματικό ανασταλτικό έλεγχο των αρνητικών συναισθημάτων (Liu et al., 2016).

Στην ευθεία έλικα έχει παρατηρηθεί συσχέτιση μεταξύ μειωμένου όγκου και προδιάθεσης για αυτοκτονική συμπεριφορά σε εφήβους και ενήλικες που πάσχουν από κάποια ψυχιατρική νόσο (Heeringen et al, 2014).

2.2. Λειτουργική νευροαπεικόνιση

Η δεξιά άνω μετωπιαία έλικα επιδεικνύει μικρότερου βαθμού ενεργοποίηση σε άτομα με ιστορικό κατάθλιψης και απόπειρας αυτοκτονίας συγκριτικά με άτομα με ιστορικό κατάθλιψης αλλά όχι απόπειρας (Heeringen et al., 2011)

Στον κοιλιακό πλάγιο προμετωπιαίο φλοιό ψυχιατρικών ασθενών (κυρίως με συναισθηματική διαταραχή αλλά και με σχιζοφρένεια ή διαταραχή προσωπικότητας) με ιστορικό απόπειρας παρατηρείται σημαντικά μεγαλύτερη ενεργοποίηση συγκριτικά με ψυχιατρικούς ασθενείς χωρίς ιστορικό απόπειρας κατά την επίδειξη εικόνων θυμωμένων προσώπων και μειωμένη απάντηση κατά την προτίμηση ρισοκίνδυνων έναντι ασφαλών επιλογών (για παράδειγμα αυτές που προσφέρουν άμεση ανταμοιβή). Τα ευρήματα αυτά σχετίζονται με την ανικανότητα των αυτοκτονικών ατόμων να αξιολογήσουν ορθά τα εξωτερικά γεγονότα.

Επίσης, ο πλάγιος κογχομετωπιαίος φλοιός των ψυχιατρικών ασθενών με ιστορικό απόπειρας ενεργοποιείται σε μεγαλύτερο βαθμό σε αρνητικά ερεθίσματα κοινωνικής φύσεως (κοινωνικός αποκλεισμός και απόρριψη, συναισθήματα αμηχανίας που συνοδεύουν την παραβίαση κοινωνικών κανόνων, συναισθήματα θυμού και αγανάκτησης που συνοδεύουν τις

αρνητικές ενέργειες άλλων ατόμων), στη λύπη λόγω απογοήτευσης-ματαίωσης προσδοκιών (που περιλαμβάνει και έναν βαθμό αυτομομφής) και σε επίδειξη εικόνων αγαπημένων προσώπων που όμως τους έχουν απορρίψει. Τα ευρήματα αυτά σχετίζονται με αρνητικά συναισθήματα στο πλαίσιο κοινωνικής απόρριψης ή αυτομομφών (Jollant et al., 2011).

Στον κογχομετωπιαίο και στον ραχιαίο πλάγιο προμετωπιαίο φλοιό ατόμων με ιστορικό αυτοκτονικής συμπεριφοράς παρατηρούνται λειτουργικές μεταβολές που σχετίζονται με αυξημένη προτίμηση για άμεση ανταμοιβή και μειωμένη ικανότητα παραγωγής θετικών σχεδίων για το μέλλον, αντίστοιχα (ο κογχομετωπιαίος φλοιός φαίνεται να εμπλέκεται στην πρόβλεψη άμεσης ανταμοιβής, ενώ ο πλάγιος ραχιαίος προμετωπιαίος φλοιός στην πρόβλεψη μελλοντικής ανταμοιβής). Η ευαλωτότητα στην αυτοκτονική συμπεριφορά φαίνεται να σχετίζεται με την επιλογή άμεσης ανταμοιβής (πιθανόν για την ανακούφιση του συναισθηματικού πόνου) και με την απουσία ικανότητας αναμονής για μελλοντική ανταμοιβή (Heeringen et al., 2011).

Στον δεξιό κογχομετωπιαίο φλοιό καταθλιπτικών ατόμων παρουσιάζεται μεγαλύτερη δραστηριότητα κατά την έκθεση σε θυμωμένα πρόσωπα όταν υπάρχει θετικό ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας συγκριτικά με καταθλιπτικά άτομα χωρίς προηγηθείσες απόπειρες. (Η ενεργοποίηση του κογχομετωπιαίου φλοιού όταν κάποιος βλέπει θυμωμένα πρόσωπα είναι παρόμοια με αυτή που προκαλείται όταν κάποιος νιώθει θυμωμένος). Ο πλάγιος κογχομετωπιαίος φλοιός εμπλέκεται στη δημιουργία αρνητικών συναισθημάτων, κυρίως του θυμού και του άγχους (Jollant et al., 2011, Heeringen et al., 2011, Desmyter et al., 2013).

Τα άτομα που κάνουν βίαιες απόπειρες αυτοκτονίας διαφέρουν από τα άτομα που πάσχουν από συναισθηματική διαταραχή και δεν έχουν ιστορικό απόπειρας ως προς τη λήψη αποφάσεων, για παράδειγμα προτιμούν επιλογές που τους προσφέρουν άμεση ικανοποίηση. Η αυτοκτονική συμπεριφορά φαίνεται επομένως να σχετίζεται με διαταραχές στην απόδοση σημασίας στα ερεθίσματα (για παράδειγμα απόδοση υπερβολικής σημασίας σε σημάδια μη αποδοχής από τους άλλους) και στην αξιολόγηση των διαφόρων επιλογών ως προς την επικινδυνότητά τους (Heeringen et al., 2011).

Ο πρόσθιος και οπίσθιος μέσος προμετωπιαίος φλοιός ενεργοποιείται κατά τον ιδεομηρυκασμό αυτοκτονικών (καταθλιπτικών και υγιών) ατόμων. Έλλειμμα στην απάντηση του πλάγιου κογχομετωπιαίου φλοιού κατά την προτίμηση επικίνδυνων έναντι ασφαλών επιλογών σχετίζεται με δυσκολία στη λήψη αποφάσεων (ανικανότητα επαρκούς αξιολόγησης κινδύνου) στα άτομα που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν (Jollant et al., 2011). Επιπλέον, η λήψη αποφάσεων φαίνεται να είναι πιο διαταραγμένη στις περιπτώσεις με ιστορικό βίαιης απόπειρας (Heeringen et al., 2011).

Συγκεντρώνοντας τα αποτελέσματα πρόσφατων λειτουργικών απεικονιστικών μελετών, φαίνεται ότι η αυτοκτονική συμπεριφορά σχετίζεται με διαταραχές στην απόδοση σημασίας στα ερεθίσματα, για παράδειγμα υπερβολική σημασία σε σήματα αποδοκιμασίας από τους άλλους και ανεπαρκή σημασία σε ριψοκίνδυνες επιλογές. Επιπλέον, μεταβολές στο κύκλωμα προμετωπιαίου φλοιού – ραβδωτού σώματος σχετίζονται με αλλαγές στην αντιπροσώπευση της αξίας διαφορετικών επιλογών, που μπορεί να οδηγήσουν στην προτίμηση άμεσης έναντι καθυστερημένης ανταμοιβής στη διαδικασία της λήψης αποφάσεων. Η ανάπτυξη αφόρητου συναισθηματικού πόνου που ακολουθεί την αντίληψη των σημάτων των άλλων ως αποδοκιμασία, μπορεί να σχετίζεται με την επιλογή άμεσης ανακούφισης από τον πόνο, μη λαμβάνοντας υπόψη την πιθανότητα ενός καλύτερου μέλλοντος. Επομένως, το φαινόμενο της διαχρονικής έκπτωσης αξίας ανταμοιβής (disturbed intertemporal reward discounting) μπορεί να παίζει έναν σημαντικό ρόλο στην προδιάθεση για αυτοκτονική συμπεριφορά (Desmyter et al., 2013).

Η χαμηλότερη σεροτονινεργική λειτουργία στον κοιλιακό προμετωπιαίο φλοιό εμπλέκεται στην αυτοκτονική συμπεριφορά, καθώς φαίνεται να σχετίζεται με χαμηλότερο ουδό εκδραμάτισης του αυτοκτονικού ιδεασμού. Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι τα άτομα με επιθετικότητα παρουσιάζουν μεταβολές στον κοιλιακό προμετωπιαίο φλοιό, οι οποίες παρατηρούνται ανεξάρτητα από την ψυχιατρική τους κατάσταση. Άρα, ο κοιλιακός προμετωπιαίος φλοιός πιθανόν να παίζει έναν σημαντικό ρόλο διαμεσολάβησης-τροποποίησης της επιθετικής συμπεριφοράς, διά μέσου της αναστολής των παρορμητικών τάσεων (Oquendo&Mann, 2001).

Τα άτομα που έχουν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας δείχνουν σημαντική μείωση στη δέσμευση του υποδοχέα 5-HT_{2A} στον προμετωπιαίο φλοιό, συγκεκριμένα στον ραχιαίο πλάγιο προμετωπιαίο φλοιό. Η μείωση αυτή είναι πιο εκσεσημασμένη στις περιπτώσεις βίαιων απόπειρων (Heeringen et al., 2011, Desmyter et al., 2013).

Η δέσμευση των υποδοχέων σεροτονίνης 5HT_{2A} στον ραχιαίο πλάγιο προμετωπιαίο φλοιό εμφανίζει σημαντικού βαθμού αρνητική συσχέτιση με τον βαθμό απελπισίας, ο οποίος αποτελεί ισχυρό προγνωστικό παράγοντα αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Η προμετωπιαία σεροτονινεργική δραστηριότητα σχετίζεται επίσης με τη λεκτική ευφράδεια, ενώ υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ λεκτικής ευφράδειας και απελπισίας. Συγκεντρώνοντας τα ευρήματα αυτά (μειωμένη δραστηριότητα, μειωμένη δέσμευση υποδοχέων 5-HT_{2A}, μειωμένη λεκτική ευφράδεια και μεγάλου βαθμού απελπισία), φτάνουμε στο συμπέρασμα ότι ο πλάγιος ραχιαίος προμετωπιαίος φλοιός έχει πιθανότατα έναν ρόλο στην ανάπτυξη της αυτοκτονικής συμπεριφοράς (Heeringen et al., 2011).

Μειωμένη παγίδευση τρυπτοφάνης, η οποία αποτελεί δείκτη της σύνθεσης σεροτονίνης, παρατηρείται στον κατώτερο μετωπιαίο και κογχομετωπιαίο φλοιό και σχετίζεται με την αυτοκτονική πρόθεση (Desmyter et al., 2013).

Όσον αφορά τον κοιλιακό και μέσο προμετωπιαίο φλοιό, τα ευρήματα δείχνουν μια μείωση στην παγίδευση τρυπτοφάνης και στην πρόσληψη γλυκόζης με τα δύο αυτά ευρήματα να σχετίζονται αρνητικά με την πρόθεση αυτοκτονίας. Η μειωμένη παγίδευση τρυπτοφάνης και πρόσληψη γλυκόζης στις κοιλιακές μέσες περιοχές του προμετωπιαίου σχετίζονται αρνητικά με την αυτοκτονική πρόθεση και τη θνητότητα και θετικά με την παρορμητικότητα.

Επίσης, ο μεταβολισμός της γλυκόζης στον ραχιαίο πλάγιο μετωπιαίο φλοιό σχετίζεται, εκτός από τις υψηλής θνητότητας απόπειρες αυτοκτονίας, και με τη μειωμένη λεκτική ευφράδεια. (Heeringen et al., 2011).

3. ΑΛΛΕΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ

3.1. Δομική νευροαπεικόνιση

Η αυτοκτονική συμπεριφορά φαίνεται να σχετίζεται με μεταβολές στα δομικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά των βρεγματο-ινιακο-κροταφικών περιοχών (Heeringen et al., 2011).

Κάποιες περιοχές των κροταφικών και βρεγματικών λοβών, της νήσου, του μεσεγκεφάλου και της παρεγκεφαλίδας έχουν μειωμένο όγκο λευκής και φαιάς ουσίας σε ηλικιωμένους άρρενες με κατάθλιψη όψιμης έναρξης και ιστορικό απόπειρών συγκριτικά με υγιή άτομα (Desmyter et al., 2013).

Σε πολλές μετωπο-κροταφο-μεταιχμιακές περιοχές ο όγκος φαιάς ουσίας είχε αρνητική συσχέτιση με τον βαθμό θνητότητας των απόπειρών αυτοκτονίας σε μια ομάδα διπολικών ασθενών. Ο φλοιός της αριστεράς νήσου του εγκεφάλου παρουσιάζει μειωμένο όγκο φαιάς ουσίας σε διπολικούς ασθενείς με ιστορικό απόπειρας συγκριτικά με διπολικούς ασθενείς χωρίς ιστορικό απόπειρας (Soloff et al., 2014). Η αριστερά άνω κροταφική έλικα και ο κερκοφόρος πυρήνας ψυχιατρικών ασθενών (εφήβων και ενηλίκων) παρουσιάζουν μικρότερους όγκους όταν είχε προηγηθεί αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (Heeringen et al., 2014).

Η αριστερή μέση κροταφική έλικα παρουσιάζει μεγαλύτερο όγκο φαιάς ουσίας σε μια ομάδα υγιών συμμετεχόντων με επιτρεπτική συμπεριφορά απέναντι στην αυτοκτονία και μπορεί να σχετίζεται με αυξημένη ευαισθησία στις συναισθηματικές εμπειρίες. Ο αυξημένος όγκος στη μέση κροταφική έλικα μπορεί να σχετίζεται με επιτρεπτικές συμπεριφορές, καθώς εμπλέκεται στις διεργασίες της βασικής κοινωνικής αντίληψης, της συναισθηματικής

ρύθμισης και των παρανοειδών ψευδαισθήσεων που σχετίζονται με τις αρνητικές αυτοκτονικές σκέψεις και τις αυτοκτονικές φαντασιώσεις (Liu et al., 2016).

Στο μεταιχμιακό σύστημα βρίσκεται συχνότερα υψηλής έντασης σήμα στη φαιά ουσία σε άτομα με θετικό ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας. Επίσης, παρατηρείται υψηλής έντασης σήμα στη λευκή ουσία, είτε περιοκοιλικά, είτε σε άλλες περιοχές, γεγονός που φαίνεται να σχετίζεται με απόπειρες αυτοκτονίας σε καταθλιπτικά παιδιά, εφήβους και ενήλικες (Heeringen et al., 2011, Desmyter et al., 2013).

Προκύπτει εδώ το ερώτημα κατά πόσο η εμφάνιση υψηλής έντασης σήματος (λόγω αγγειακών ή νευρικών μεταβολών) οδηγεί σε αυτοκτονική συμπεριφορά ή η ψυχοπαθολογία και οι αυτοκτονικές τάσεις προκαλούν νευρωνική εκφύλιση που οδηγεί σε υψηλής έντασης σήμα (Sudol et al., 2016).

Ο δεξιός αμυγδαλοειδής πυρήνας σε μια ομάδα καταθλιπτικών γυναικών με ιστορικό αυτοκτονικής συμπεριφοράς παρουσιάζει μεγαλύτερο όγκο συγκριτικά με γυναίκες καταθλιπτικές ή υγιείς αλλά χωρίς ιστορικό αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Στην πρόσθια έλικα του προσαγωγίου παρατηρήθηκαν μικρότεροι όγκοι σε εφήβους με οριακή διαταραχή προσωπικότητας και κατάθλιψη όταν υπήρχε θετικό ιστορικό αποπειρών αυτοκτονίας. (Η έλικα του προσαγωγίου εμπλέκεται στην εκτίμηση των συναισθηματικών πληροφοριών καθώς και στη ρύθμιση των συναισθηματικών αντιδράσεων) (Desmyter et al., 2013).

Το αριστερό τμήμα της παρεγκεφαλίδας (πιο συγκεκριμένα, ο όγκος φαιάς ουσίας) βρέθηκε να σχετίζεται σε σημαντικό βαθμό με επιτρεπτική στάση απέναντι στην αυτοκτονία σε μια ομάδα υγιών ατόμων, γεγονός που μπορεί να εξηγείται από τον ανεπαρκή ανασταλτικό έλεγχο των αρνητικών συναισθημάτων (Liu et al., 2016).

3.2. Λειτουργική νευροαπεικόνιση

Αυξημένη δραστηριότητα στον φλοιό του δεξιού τμήματος της νήσου του εγκεφάλου, του πρόσθιου μέρους της έλικας του προσαγωγίου και του κελύφους, καθώς και αυξημένη παγίδευση τρυπτοφάνης στην παραιποκάμπεια έλικα και στον αριστερό θάλαμο σχετίζονται με αυτοκτονική συμπεριφορά (Desmyter et al., 2013).

Η έλικα του προσαγωγίου ενεργοποιείται σε μεγαλύτερο βαθμό σε άτομα με αυξημένη ευαλωτότητα σε αυτοκτονική συμπεριφορά (Heeringen et al., 2014). Στη μέση ραχιαία και πρόσθια περιοχή της έλικας του προσαγωγίου παρατηρείται δυσλειτουργία σε ψυχιατρικούς ασθενείς που έχουν κάνει απόπειρες αυτοκτονίας συγκριτικά με ψυχιατρικούς ασθενείς χωρίς προηγηθείσες απόπειρες. Οι περιοχές αυτές σχετίζονται με τη ρύθμιση των συναισθημάτων, με αποτέλεσμα την ενδεχόμενη ανεπαρκή τροποποίηση μιας συναισθηματικής κατάστασης μετά την πρόκλησή της στους αυτοκτονικούς ασθενείς (Jollant et al., 2011).

Στο δεξιό πρόσθιο μέρος της έλικας του προσαγωγίου ανευρίσκεται αυξημένη δραστηριότητα μετά από έκθεση σε ελαφρώς χαρούμενα (έναντι ουδέτερων) πρόσωπα στην περίπτωση ιστορικού αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Η θνητότητα των πιο σοβαρών αποπειρών αυτοκτονίας κατά τη διάρκεια της ζωής σχετίζεται αρνητικά με την πρόσληψη γλυκόζης μετά από χορήγηση φενφλουραμίνης (ουσία που διεγείρει την απελευθέρωση της σεροτονίνης) στο πρόσθιο μέρος της έλικας του προσαγωγίου (Desmyter et al., 2013).

4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΕΥΡΟΜΕΤΑΒΙΒΑΣΤΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ

4.1. Σεροτονινεργικό σύστημα

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι οι αποπειραθέντες και οι αυτόχειρες εμφανίζουν μια διαταραχή του σεροτονινεργικού συστήματος, παρόμοια με αυτή που ανευρίσκεται στα άτομα με βίαιη ή επιθετική συμπεριφορά, ενώ η διαταραχή αυτή φαίνεται να εξαρτάται από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ατόμου (trait-dependent). Η ύπαρξη ανωμαλιών στον προμετωπιαίο φλοιό φαίνεται να παίζει ρόλο στην αυτοκτονικότητα, ενώ είναι γνωστό ότι συνδέεται με την άρση αναστολών, την επιθετικότητα και τη βιαιότητα.

Σύμφωνα με τα μέχρι σήμερα ευρήματα, το έλλειμμα αναφορικά με τη σεροτονίνη στα άτομα που έχουν αυτοκτονήσει, φαίνεται να εντοπίζεται στον μεσοκοιλιακό προμετωπιαίο φλοιό, ενώ, αντίστοιχα, σε άτομα με ιστορικό μείζονος κατάθλιψης το έλλειμμα είναι περισσότερο διάσπαρτο σε όλο τον προμετωπιαίο λοβό.

Η μείωση των επιπέδων του 5-υδροξυινδολοξικού οξέος (5-HIAA), ο οποίος αποτελεί βασικό μεταβολίτη της σεροτονίνης, στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό ατόμων που έχουν επιχειρήσει να αυτοκτονήσουν, φαίνεται ότι συνιστά βιοχημικό δείκτη της αυτοκτονικής συμπεριφοράς που είναι σε μεγάλο βαθμό ανεξάρτητος από τη διάγνωση (έχει βρεθεί σε άτομα με κατάθλιψη, σχιζοφρένεια και σοβαρές διαταραχές προσωπικότητας). Ασθενείς με κατάθλιψη που έχουν επιχειρήσει σοβαρές απόπειρες αυτοκτονίας με βίαια μέσα φαίνεται ότι έχουν χαμηλότερα επίπεδα του μεταβολίτη αυτού, γεγονός που συμφωνεί με ευρήματα συσχέτισης χαμηλών επιπέδων του 5-HIAA στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό με την ύπαρξη εντονότερης επιθετικότητας και παρορμητικότητας καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Συνεπώς, η χαμηλή σεροτονινεργική δραστηριότητα συνδέεται τόσο με αυτοκαταστροφικές πράξεις όσο και με πράξεις επιθετικότητας προς τους άλλους (Δουζένης και συν., 2013, Lonnquist, 2003).

Λαμβάνοντας υπόψη τον σαφή ρόλο της σεροτονίνης στην ευαλωτότητα σε αυτοκτονική συμπεριφορά, είναι αξιοσημείωτο ότι η σεροτονίνη φαίνεται να εμπλέκεται στην επιλογή των πράξεων μέσω της τροποποίησης της αξιολόγησης της καθυστερημένης ανταμοιβής. Πειραματικά δεδομένα δείχνουν ότι η καθυστερημένη ανταμοιβή είναι χαμηλής αξίας όταν τα

επίπεδα της σεροτονίνης είναι χαμηλά, με αποτέλεσμα την προτίμηση της άμεσης έναντι της καθυστερημένης ανταμοιβής. Η διαθεσιμότητα της σεροτονίνης, επομένως, φαίνεται να σχετίζεται με το κατά πόσο τα μελλοντικά γεγονότα λαμβάνονται υπόψη κατά τη λήψη αποφάσεων (Heeringen et al., 2011).

Καθώς το σεροτονινεργικό σύστημα εμπλέκεται στο φαινόμενο διαχρονικής έκπτωσης αξίας ανταμοιβής (disturbed intertemporal reward discounting), μπορεί να εξηγηθεί ενδεχομένως η συσχέτιση μεταξύ της δυσλειτουργίας του σεροτονινεργικού συστήματος στον προμετωπιαίο φλοιό και στα επίπεδα της απελπισίας και στη λήψη αποφάσεων άμεσης ανταμοιβής στα άτομα που κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας (Desmyter et al., 2013).

Τέλος, η δυσλειτουργία του σεροτονινεργικού συστήματος έχει βρεθεί ότι προκαλεί διαταραχές στον ύπνο REM και εμπλέκεται σε αυτοκτονικές συμπεριφορές ατόμων με διάφορες ψυχιατρικές διαγνώσεις. Οι διαταραχές ύπνου είναι συχνές μεταξύ ατόμων με ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας, ενώ οι εφιάλτες, συγκεκριμένα, εμφανίζουν την ισχυρότερη συσχέτιση με την αυτοκτονικότητα, και μάλιστα ανεξάρτητα από την ψυχιατρική διάγνωση. Στα όνειρα των αυτοκτονικών ασθενών επικρατούν θέματα θανάτου, βιαιότητας και καταστροφής. Η σεροτονίνη έχει κεντρικό ρόλο τόσο στη ρύθμιση του ύπνου όσο και στην αυτοκτονικότητα, οπότε πιθανολογείται η ύπαρξη μιας κοινής νευροβιολογικής βάσης μεταξύ των εφιαλτών και της αυτοκτονίας (Sjostrom et al., 2007).

4.2. Νοραδρενεργικό – Ντοπαμινεργικό σύστημα

Η διαταραχή του νοραδρενεργικού συστήματος και του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια εξαρτάται κυρίως από τη νοσηρή κατάσταση του ατόμου (state-dependent), σε αντίθεση με τη διαταραχή του σεροτονινεργικού συστήματος, που φαίνεται να εξαρτάται από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ατόμου (trait-dependent). Μελέτες νεκροτομικού υλικού ατόμων που αυτοκτόνησαν δείχνουν μειωμένους νοραδρενεργικούς νευρώνες στον υπομέλανα τόπο σε άτομα που έπασχαν από κατάθλιψη.

Επίσης, από διάφορες μελέτες έχει διαπιστωθεί υπερδραστηριότητα του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια, με αποτέλεσμα αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης του πλάσματος σε αυτοκτονικά άτομα, ενώ σε αρκετές μελέτες έχουν βρεθεί αυξημένα επίπεδα της φλοιοεπινεφριδιοτρόπου ορμόνης (CRH) στο ENY καταθλιπτικών ασθενών που έκαναν απόπειρα αυτοκτονίας.

Η σχέση του συστήματος ντοπαμίνης και αυτοκτονίας δεν είναι ξεκάθαρη. Ελαττωμένη επαναπρόσληψη ντοπαμίνης έχει αναφερθεί στον κερκοφόρο πυρήνα, το κέλυφος και τον επικλινή πυρήνα σε μελέτες εγκεφάλων θυμάτων αυτοκτονίας που έπασχαν από κατάθλιψη (Δουζένης και συν., 2013).

5. ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ

Η αυτοκτονία προκύπτει όταν ο ψυχικός πόνος γίνεται αβάσταχτος για το άτομο. Αυτό σημαίνει ότι η αυτοκτονία έχει να κάνει με διαφορετικά ατομικά επίπεδα ανοχής του ψυχικού πόνου. Όπως έχουν δείξει αρκετές μελέτες, υψηλότερα επίπεδα ψυχικού πόνου παρατηρούνται σε άτομα που έχουν κάνει απόπειρες αυτοκτονίας, έχουν αυτοκτονικό ιδεασμό ή αυτοτραυματίζονται σε σύγκριση με τους μη αυτοκτονικούς ψυχιατρικούς ασθενείς και τα υγιή άτομα. Ενδιαφέρον αποτελεί το γεγονός ότι αρκετοί συγγραφείς αναφέρουν μια αύξηση στην ανοχή του σωματικού πόνου στα αυτοκτονικά άτομα ανεξάρτητα από τη διάγνωση. Προκύπτει ένα προφανές παράδοξο, ότι αν και οι ασθενείς υψηλού κινδύνου για αυτοκτονία παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα ψυχικού πόνου, έχουν μεγαλύτερη ανοχή στον σωματικό πόνο.

Αν και δεν υπάρχει κάποιο συγκεκριμένο εγκεφαλικό κέντρο του πόνου, υπάρχει ένα πολύπλοκο κύκλωμα περιοχών του εγκεφάλου που συχνά αποκαλείται δίκτυο-μήτρα του πόνου (pain matrix) και περιλαμβάνει: τον πρωτοταγή και δευτεροταγή σωματοαισθητικό φλοιό, τον θάλαμο, την νήσο του εγκεφάλου, το πρόσθιο τμήμα της έλικας του προσαγωγίου και τον προμετωπιαίο φλοιό. Επιπρόσθετα, υπάρχει ένα καλά οριοθετημένο κατιόν ρυθμιστικό κύκλωμα που μπορεί είτε να ενισχύει είτε να αναστέλλει τον πόνο ανάλογα με το αισθητικό, γνωσιακό ή συναισθηματικό πλαίσιο στο οποίο συμβαίνει. Ενδιαφέρον έχει το γεγονός ότι ο ψυχικός πόνος συμβαίνει απουσία ενός παρατηρούμενου επώδυνου ερεθίσματος, αν και η αντίστοιχη αλγαισθητική οδός πυροδοτεί πολλές από τις ίδιες περιοχές που σχετίζονται με τη συναισθηματική επεξεργασία του σωματικού πόνου. Οι περιοχές αυτές περιλαμβάνουν τη νήσο του εγκεφάλου, τον προμετωπιαίο φλοιό, το πρόσθιο μέρος της έλικας του προσαγωγίου, τον αμυγδαλοειδή πυρήνα και τον θάλαμο. Το νευρωνικό δίκτυο του ψυχικού πόνου εν μέρει επικαλύπτεται από αυτό του σωματικού πόνου, ενώ υπάρχει και σημαντική αλληλοεπικάλυψη στα νευρωνικά κυκλώματα που σχετίζονται με τον ψυχικό πόνο και την αυτοκτονία. Συγκεκριμένα, μειωμένοι όγκοι στο πρόσθιο μέρος της έλικας του προσαγωγίου, στον ραχιαίο πλάγιο προμετωπιαίο φλοιό, στο ραβδωτό σώμα και στον αμυγδαλοειδή πυρήνα έχουν αναφερθεί σε άτομα με ιστορικό απόπειρας συγκριτικά με άτομα χωρίς ιστορικό (Rizvi et al., 2017).

Επίσης, έχει βρεθεί μια συσχέτιση μεταξύ της προκαλούμενης από ερέθισμα ηλεκτροδερματικής αντίδρασης, η οποία καταγράφεται μετρώντας τη δερματική αγωγιμότητα, και αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Συγκεκριμένα, στην περίπτωση αυτοκτονικών ατόμων παρατηρείται μια τροποποίηση της δερματικής αγωγιμότητας με παρατηρούμενη μειωμένη αντιδραστικότητα (Courtet et al., 2011).

IV. ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Όπως είναι γνωστό, οι εξελικτικές θεωρίες ασχολούνται με την επιβίωση και την αναπαραγωγή των ειδών. Η φυσική επιλογή ευνοεί την ανάπτυξη συμπεριφορών και χαρακτηριστικών που βοηθούν στην καλύτερη προσαρμογή στις περιβαλλοντικές αλλαγές και προκλήσεις, ενώ η Εξελικτική Ψυχολογία θεωρεί ότι ο νους διαμορφώνεται κάτω από την πίεση της φυσικής επιλογής προκειμένου να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες με τις οποίες έρχεται αντιμέτωπος κατά την εξελικτική του ιστορία. Το αν οι εξελικτικές θεωρίες μπορούν να δώσουν εξήγηση για το φαινόμενο της αυτοκτονίας, είναι ένα πολύ ενδιαφέρον ερώτημα.

Η υπόθεση της “αλτρονιστικής αυτοκτονίας” θεωρεί ότι η αυτοκτονία αποτελεί μια λύση για την αύξηση της «εγκλείουσας αρμοστικότητας» (“inclusive fitness”, μέτρο της ικανότητας του ατόμου να αποκτά απογόνους). Ιδιαίτερα σε κοινωνικά είδη, όπως είναι ο άνθρωπος, άτομα με χαμηλή αναπαραγωγική ικανότητα ή άτομα που επιβαρύνουν τους συγγενείς τους, μπορεί να αυτοκτονήσουν προκειμένου να τους απαλλάξουν από αυτό το φορτίο και να αυξηθεί συνολικά η «εγκλείουσα αρμοστικότητα». Η υπόθεση της “διαπραγματεύσεως” υποστηρίζει ότι οι απόπειρες αυτοκτονίας μπορεί να λειτουργούν ως κραυγή για βοήθεια ή να αποτελούν μια στρατηγική προειδοποίησης προκειμένου να λάβουν τα άτομα υποστήριξη, υπό την προϋπόθεση βέβαια ότι οι απόπειρες στην πλειονότητά τους δεν είναι θανατηφόρες. Η υπόθεση του “παρασιτικού ελέγχου” περιγράφει την πρόκληση αυτοκτονικού τύπου συμπεριφοράς από κάποια παράσιτα στον ενδιάμεσο ξενιστή τους, προκειμένου να επιτευχθεί η μετάδοσή τους στον κυρίως ξενιστή και η ολοκλήρωση του κύκλου ζωής τους. Η λανθάνουσα μόλυνση από το *Toxoplasma gondii* έχει βρεθεί ότι προκαλεί συμπεριφορικές αλλαγές στον άνθρωπο με αυξημένο κίνδυνο για αυτοκαταστροφικές πράξεις.

Η προσαρμοστική αξία της αυτοκτονίας στη σύγχρονη εποχή έχει χαθεί, κυρίως, λόγω της κοινωνικής ευημερίας. Τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας που παρατηρούνται στους άνδρες συγκριτικά με τις γυναίκες, μπορούν να κατανοηθούν ως υποπροϊόν του ανταγωνισμού ζευγαρώματος και της μάχης για κοινωνική επικράτηση που προϋπέθεταν ρισοκίνδυνη συμπεριφορά. Η ρισοκίνδυνη συμπεριφορά που στηρίζεται στην παρορμητικότητα και στην επιθετικότητα είναι λιγότερο ωφέλιμη στη σύγχρονη εποχή σε σχέση με τα αρχέγονα οικοσυστήματα. Αντίστοιχα, η αυτοκτονία στο πλαίσιο κατάθλιψης μπορεί να αποδοθεί στην υπερεκτίμηση της επιβάρυνσης που προκαλεί το άτομο στο περιβάλλον του και θεωρείται υποπροϊόν αρνητικών και απαισιόδοξων σκέψεων. Επομένως, κάποιοι παράγοντες κινδύνου για την αυτοκτονία μπορούν να κατανοηθούν ως υποπροϊόντα εξελικτικών προσαρμοστικών μηχανισμών που στην εποχή μας θεωρούνται δυσλειτουργικά (Aubin et al., 2013).

V. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεωρία, η αυτοκτονικότητα μπορεί να ερμηνευθεί είτε ως μια μορφή επιθετικότητας, η οποία ενώ αρχικά κατευθύνεται προς ένα απωλεσθέν, αμφιθυμικά επενδεδυμένο αντικείμενο, στη συνέχεια στρέφεται κατά του ίδιου του εαυτού, τον οποίο μεταχειρίζεται ως αντικείμενο, είτε ως αποτέλεσμα σαδιστικών και ανηλεών επιθέσεων του Υπερεγώ προς το Εγώ, το οποίο αφήνεται να πεθάνει (Freud, 1917,1923). Επιπρόσθετα, εκτός από την καταστροφή των εσωτερικευμένων κακών αντικειμένων και του μέρους του εαυτού που έχει ταυτιστεί με αυτά, η αυτοκτονία μπορεί να στοχεύει και στη διάσωση των εσωτερικευμένων καλών αντικειμένων και του αντίστοιχου μέρους του εαυτού (Klein, 1935).

Οι νεότερες ψυχαναλυτικές μελέτες αναδεικνύουν την παλινδρόμηση και την αποδιοργάνωση του Εγώ των αυτοκτονικών ατόμων ως απάντηση στον κατακλυσμό αφόρητων συναισθημάτων και στην αποτυχημένη προσπάθεια ελέγχου τους. Ακολουθεί η εγκατάλειψη του σώματος που συνοδεύεται από φαντασιώσεις μεγαλειώδους επιβίωσης (Maltzberger&Buie, 1980, Maltzberger, 2004,2008). Η αντικειμενοποίηση του σώματος, με επακόλουθο να καταστεί αυτό αναλώσιμο και να υπερκεραστεί το πανίσχυρο ένστικτο της αυτοσυντήρησης, πραγματοποιείται μέσω μιας διαδικασίας σχάσης και άρνησης. Από την σχάση αυτή προκύπτουν το «κακό σώμα», που ταυτίζεται με τη μισητή, συγχωνευτική και εγκαταλείπουσα μητέρα, και ο «επιβιώσας εαυτός», που ταυτίζεται με την εξιδανικευμένη μητέρα (Campbell, 1999, Campbell&Hale, 2017, Maltzberger&Buie, 1980). Ιδιαίτερα σημαντικές είναι οι φαντασιώσεις αυτοκτονίας (εκδίκησης, αυτοτιμωρίας, δολοφονίας, “παιχνιδιού με τον θάνατο”, συγχώνευσης) (Campbell&Hale, 2017) και τα όνειρα των αυτοκτονικών ασθενών λόγω του πλούτου των πληροφοριών που προσφέρουν. Επίσης, στις σοβαρές περιπτώσεις οριακών ασθενών παρατηρείται μια χρόνια μορφή αυτοκτονικότητας, κατά την οποία η σχέση του εαυτού - θύματος με το αντικείμενο - σαδιστή θύτη χαρακτηρίζεται από πολύ έντονο μίσος και μετατρέπεται σε μια καταστροφική σχέση των ασθενών αυτών με το σώμα τους (Kernberg, 1993, 2001).

Τα νευροεπιστημονικά ευρήματα δείχνουν δομικές και λειτουργικές μεταβολές του εγκεφάλου ασθενών με ιστορικό αυτοκτονικότητας που αφορούν κυρίως τον προμετωπιαίο φλοιό αλλά και άλλες περιοχές του κροταφικού και βρεγματικού φλοιού, καθώς και υποφλοιώδεις πυρήνες (Desmyter et al., 2013, Heeringen et al., 2011). Μελέτες συσχέτισης προτείνουν ότι οι μεταβολές αυτές σχετίζονται με νευροψυχολογικές διαταραχές όπως η δυσκολία στη λήψη αποφάσεων, η δυσκολία στον έλεγχο των συναισθημάτων, η αρνητική ερμηνεία των κοινωνικών ερεθισμάτων, η τάση για εκδραμάτιση και η μειωμένη λεκτική

ευφράδεια (Desmyter et al., 2013, Heeringen et al., 2011, Jollant et al., 2011, Oquendo&Mann, 2001).

Αναφορικά με τα νευρομεταβιβαστικά συστήματα, αυτό που κυρίως εμπλέκεται είναι το σεροτονινεργικό, η δυσλειτουργία του οποίου εντοπίζεται κυρίως στις μέσες κοιλιακές περιοχές του προμετωπιαίου φλοιού. Η χαμηλή σεροτονινεργική λειτουργία σχετίζεται με μεγαλύτερη τάση για παρορμητικότητα, επιθετικότητα και βιαιότητα (Amsel&Mann, 2003, Δουζένης και συν., 2013), με την τροποποίηση της αξιολόγησης της καθυστερημένης ανταμοιβής (Desmyter et al., 2013, Heeringen et al., 2011), ενώ φαίνεται ότι προκαλεί διαταραχές στον ύπνο REM των αυτοκτονικών ατόμων, και, πιο συγκεκριμένα, εφιάλτες (Sjostrom et al., 2007). Τέλος, διαπιστώνεται μια αλληλοεπικάλυψη του νευρωνικού δικτύου, που σχετίζεται με τον ψυχικό πόνο, τόσο με το νευρωνικό δίκτυο του σωματικού πόνου, όσο και με το νευρωνικό δίκτυο που εμπλέκεται στην αυτοκτονία (Rizvi et al., 2017).

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, τα περισσότερα νευροεπιστημονικά δεδομένα σχετικά με την αυτοκτονικότητα εντοπίζονται στον προμετωπιαίο λοβό (π.χ.μειωμένη ενεργοποίηση όταν απαιτείται) και σε περιοχές του μεταιχμιακού συστήματος (αυξημένη δραστηριότητα στη δεξιά νήσο, στις ραχιαίες περιοχές της έλικας του προσαγωγίου, στην παραϊπποκάμπεια έλικα και αυξημένος όγκος του δεξιού αμυγδαλοειδούς πυρήνα) (Heeringen et al., 2011) και σχετίζονται με συγκεκριμένα νευροψυχολογικά χαρακτηριστικά, όπως είναι η παρορμητικότητα, η επιθετικότητα, οι διαταραχές στη λήψη αποφάσεων, η παρουσία αρνητικών συναισθημάτων (κυρίως θυμού) και ο ανεπαρκής έλεγχός τους, η ευαισθησία σε ερεθίσματα κοινωνικής απόρριψης και η μειωμένη λεκτική ευφράδεια (Heeringen et al., 2011, Jollant et al., 2011, Sudol&Oquendo, 2016). Τα ευρήματα αυτά μας παραπέμπουν σε μια κατηγορία ασθενών που απασχολεί ιδιαιτέρως τον ψυχαναλυτικό χώρο τα τελευταία χρόνια και που χαρακτηρίζεται από συχνή αυτοκτονική συμπεριφορά, συγκεκριμένα στους ασθενείς με οριακού τύπου οργάνωση προσωπικότητας. Οι ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας έχουν έναν μέσο όρο τριών ή περισσότερων αποπειρών αυτοκτονίας κατά τη διάρκεια της ζωής τους (Soloff et al., 2003), ενώ το ποσοστό επιτυχημένων αυτοκτονιών φτάνει το 10% , ποσοστό σχεδόν 50 φορές μεγαλύτερο από αυτό του γενικό πληθυσμού (Lieb et al., 2004).

Στο σημείο αυτό πρέπει να διευκρινιστεί ότι η οριακού τύπου οργάνωση προσωπικότητας, κατά την ψυχαναλυτική διαγνωστική ορολογία (Gabbard, 2010, Kernberg, 1967), συμπεριλαμβάνει αλλά δεν ταυτίζεται με την οριακή διαταραχή προσωπικότητας των ψυχιατρικών διαγνωστικών ταξινομικών συστημάτων. Στο εξής ο όρος «οριακός ή οριακής οργάνωσης» θα αναφέρεται στην ψυχαναλυτική ταξινόμηση, ενώ ο όρος «οριακή διαταραχή προσωπικότητας» θα αναφέρεται στην ψυχιατρική ταξινόμηση.

Οι οριακοί ασθενείς παρουσιάζουν αρκετά νευροψυχολογικά χαρακτηριστικά που διαπιστώνονται και στους αυτοκτονικούς ασθενείς, ενώ τα νευρωνικά κυκλώματα που δυσλειτουργούν και στις δυο περιπτώσεις, σε έναν βαθμό αλληλοεπικαλύπτονται. Στους ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας διαπιστώνεται μια δυσλειτουργία στο κύκλωμα προμετωπιαίου φλοιού-μεταιχμιακού συστήματος. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρείται μειωμένη δραστηριότητα στον προμετωπιαίο φλοιό (ιδιαίτερα στις κογχομετωπιαίες περιοχές) αυξημένη δραστηριότητα σε περιοχές του μεταιχμιακού συστήματος και διαταραχή στη μεταξύ τους αλληλεπίδραση (interaction) (Stein, 2009). Οι οριακοί ασθενείς χαρακτηρίζονται, όπως και οι αυτοκτονικοί ασθενείς, από παρορμητική και επιθετική συμπεριφορά καθώς και μειωμένη ικανότητα ελέγχου των αρνητικών συναισθημάτων τους, που εκδηλώνεται με συναισθηματική αστάθεια και επικράτηση θυμού, άγχους και δυσφορίας, ελλειμματική λειτουργία νοητικοποίησης (Soloff et al., 2003, Stein, 2009), τάση για εκδραμάτιση και διαταραχή στη λήψη αποφάσεων (Gabbard 2006, 2010). Θα μπορούσαμε να υποθέσουμε ότι ίσως υπάρχει ένα κοινό νευροβιολογικό υπόστρωμα της οριακότητας και της αυτοκτονικότητας που εξηγεί εν μέρει την αυτοκτονική συμπεριφορά των οριακών ασθενών.

Ένα βασικό σημείο σύγκλισης της ψυχαναλυτικής και της νευροεπιστημονικής προσέγγισης φαίνεται να αποτελεί η σημαντικού βαθμού συσχέτιση της επιθετικότητας με την αυτοκτονικότητα. Όπως αναφέρθηκε και νωρίτερα, η νευροεπιστήμη έχει αναδείξει μια ισχυρή σύνδεση της αυτοκτονικότητας με την επιθετικότητα και τη βιαιότητα, την οποία αποδίδει στην υπολειτουργία του σεροτονινεργικού συστήματος, κυρίως στον προμετωπιαίο φλοιό, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την ανεπαρκή αναστολή των επιθετικών τάσεων. Η χαμηλή σεροτονινεργική δραστηριότητα σχετίζεται τόσο με βίαιη και επιθετική συμπεριφορά, όσο και με αυτοκτονική συμπεριφορά (Amsel&Mann, 2003, Δουζένης και συν., 2013). Μάλιστα, η μείωση στη δέσμευση του υποδοχέα 5-HT_{2A} στον προμετωπιαίο φλοιό είναι πιο εκσεσημασμένη στις βίαιες απόπειρες (Desmyter et al., 2013, Heeringen et al., 2011).

Επιβεβαιώνονται, έτσι, οι ψυχαναλυτικές διατυπώσεις για την αυτοκτονία, σύμφωνα με τις οποίες αυτή αποτελεί μια πράξη αντεκδίκησης (Stekel,1910), προϋποθέτει ενορμήσεις επιθετικότητας και καταστροφής που στρέφονται κατά του ίδιου του εαυτού (Freud,1917), πηγάζει από την ασυνείδητη επιθυμία του ατόμου να σκοτώσει ή να σκοτωθεί (Menninger, 1933). Το ασυνείδητο μίσος αποτελεί τον πυρήνα της αυτοκτονικής συμπεριφοράς των οριακών ασθενών που επιθυμούν να καταστρέψουν το αντικείμενο του μίσους και του φθόνου τους (Kernberg, 1993). Η επιθετικότητα που στρέφεται εναντίον του σώματος, στην περίπτωση της αυτοκτονίας μπορεί να σχετίζεται ισχυρά με την απουσία νοητικοποίησης (Fonagy&Target, 1999).

Η προδιάθεση για επιθετική ή παρορμητική συμπεριφορά μπορεί να θεωρηθεί ότι συνδέεται με ελάττωση του ουδού για κινητική δραστηριοποίηση ή με υπολειτουργία των φυσικών ανασταλτικών κυκλωμάτων ή τέλος με αστάθεια στη λήψη γνωσιακών αποφάσεων. Τα άτομα με αυτά τα χαρακτηριστικά τείνουν να διαχειρίζονται τα έντονα συναισθήματά τους μέσω της ανάληψης δράσης, γεγονός που σχετίζεται και με μια συνολική μείωση της σεροτονινεργικής δραστηριότητας (Amsel&Mann, 2003, Δουζένης και συν., 2013).

Επιπλέον, η συσχέτιση της δυσλειτουργίας συγκεκριμένων περιοχών του εγκεφάλου αυτοκτονικών ασθενών με ορισμένα ψυχολογικά χαρακτηριστικά, όπως η παρορμητικότητα, η μειωμένη λεκτική ευφράδεια (δυσκολία έκφρασης σκέψεων μέσω του προφορικού λόγου) και η προτίμηση συμπεριφορών που προσφέρουν άμεση ικανοποίηση, ακόμα κι αν μακροπρόθεσμα είναι ζημιογόνες ή επικίνδυνες, μας οδηγούν στη σκέψη ότι η αυτοκτονία μπορεί να θεωρηθεί μια μορφή εκδραμάτισης. Η χαμηλότερη σεροτονινεργική λειτουργία στον κοιλιακό προμετωπιαίο φλοιό φαίνεται να σχετίζεται με χαμηλότερο ουδό εκδραμάτισης του αυτοκτονικού ιδεασμού (Oquendo&Mann, 2001). Κατά την εκδραμάτιση η ενδοψυχική ένταση και οι ασυνείδητες συγκρούσεις ανακουφίζονται μέσω μιας πράξης, ακόμα κι αν η τελευταία είναι αυτοκαταστροφική, παρακάμπτοντας τη συνειδητή επεξεργασία της μέσω της σκέψης και του λόγου. Αυτό είναι, επομένως, το κρίσιμο σημείο που καθορίζει αν οι αυτοκτονικές φαντασιώσεις θα πραγματοποιηθούν και δεν θα παραμείνουν σε ιδεατό μόνο επίπεδο. Ιδιαίτερα οι οριακοί ασθενείς, λόγω αδυναμίας του Εγώ, εμφανίζουν απουσία ελέγχου των παρορμήσεων και μειωμένη ικανότητα αναβολής της άμεσης εκφόρτισης.

Επίσης, τα νευροαπεικονιστικά ευρήματα αποδεικνύουν ότι η αυτοκτονικότητα σχετίζεται με διαταραχές στην επεξεργασία και στον έλεγχο αρνητικών συναισθημάτων όπως είναι ο θυμός, το άγχος και η ματαίωση, με υπερβολική ευαισθησία σε ερεθίσματα κοινωνικής απόρριψης και μη αποδοχής, καθώς και με ανικανότητα ορθής αξιολόγησης των εξωτερικών ερεθισμάτων. Οι οριακοί ασθενείς είναι γνωστό ότι παρουσιάζουν διαταραγμένη ικανότητα νοητικοποίησης, συναισθηματική αστάθεια με επικράτηση αρνητικών συναισθημάτων, (κυρίως έντονος ή απρόσφορος θυμός, ευερεθιστότητα, επεισοδιακή δυσφορία), απουσία ανοχής στο άγχος, αισθήματα αναξιοσύνης και χαμηλή αυτοεκτίμηση (Gabbard 2006, 2010).

Ο έλεγχος των συναισθημάτων πραγματοποιείται από ένα πολύπλοκο κύκλωμα που περιλαμβάνει τον κογχομετωπιαίο φλοιό, την έλικα του προσαγωγίου, τον αμυγδαλοειδή πυρήνα και άλλες περιοχές, όπως είναι ο ιππόκαμπος, ο υποθάλαμος, η νήσος και η κοιλιακή περιοχή του ραβδωτού σώματος. Στους αυτοκτονικούς ασθενείς, όπως και στα άτομα με οριακή διαταραχή προσωπικότητας, παρατηρείται δυσλειτουργία αυτού του κυκλώματος (Davidson et al., 2000).

Είναι γνωστό ότι η ύπαρξη απελπισίας και ψυχικού πόνου αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες της αυτοκτονικότητας και ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η παρατήρηση ότι τα αυτοκτονικά άτομα, ενώ παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα ψυχικού πόνου, έχουν μεγαλύτερη ανοχή στον σωματικό πόνο. Το νευρωνικό δίκτυο του ψυχικού πόνου εν μέρει επικαλύπτεται από αυτό του σωματικού πόνου, ενώ υπάρχει και σημαντική αλληλοεπικάλυψη στα νευρωνικά κυκλώματα που σχετίζονται με τον ψυχικό πόνο και με την αυτοκτονία (Rizvi et al., 2017). Όπως έχει υποστηριχθεί από διάφορους συγγραφείς, περισσότερο επιβλαβής παράγοντας όσον αφορά την αυτοκτονικότητα δεν είναι η ένταση του ψυχικού πόνου, αλλά η έλλειψη αντοχής σε αυτόν, όπως αποτυπώνεται από τους ακόλουθους τρεις παράγοντες: την αίσθηση υπερχειρίλισης ή κορεσμού από τον ψυχικό πόνο, την αδυναμία εμπειρέξής του και την αδυναμία να ανταπεξέλθει κανείς στην κατάσταση αυτή.

Εκτός από την αυξημένη ανοχή στον σωματικό πόνο με ιδιαίτερα υψηλούς ουδούς ενεργοποίησης των σωματικών αισθήσεων που χαρακτηρίζει τα αυτοκτονικά άτομα, υπάρχει μια συχνή συσχέτιση της αυτοκτονικότητας με αποσυνδεδετικά φαινόμενα, ειδικότερα με την αποπροσωποποίηση και την αποπραγματοποίηση. Η αποσύνδεση αποτελεί συχνό χαρακτηριστικό των αυτοκαταστροφικών πράξεων, των διαστροφικών και αρνητικών συμπεριφορών απέναντι στο σώμα, ενώ σχετίζεται με ιστορικό τραύματος, κακοποίησης και παραμέλησης κατά την παιδική ηλικία. Η αποσύνδεση δρα διευκολυντικά, προστατεύοντας από τον τρόπο της αυτοκτονίας καθώς και από τον σωματικό πόνο μέσω της απώλειας της προστατευτικής σωματικής ασπίδας, της απάθειας και αδιαφορίας απέναντι στο σώμα (Maltzberger 2004, Orbach, 1994, Orbach 2008).

Τα παραπάνω υποστηρίζονται από μελέτες που συσχετίζουν την αυτοκτονικότητα με διαταραχές στη λειτουργικότητα του δεξιού ημισφαιρίου του εγκεφάλου. Έχει παρατηρηθεί συσχέτιση της υπολειτουργίας του δεξιού ημισφαιρίου με διαταραχές στην απαρτίωση της αναπαράστασης του εαυτού, τάση για αποσυνδεδετικές διαταραχές, μειωμένη ευαισθησία στον σωματικό πόνο, αίσθημα αποξένωσης από το σώμα και ανηδονία, καθώς και με ανικανότητα ελέγχου των αρνητικών συναισθημάτων και αναστολής της παρορμητικότητας (Weinberg, 2000).

Ο Orbach χρησιμοποιεί τον όρο «αυτοκτονικό σώμα» προκειμένου να περιγράψει χαρακτηριστικά όπως αποσυνδεδετικά φαινόμενα, αίσθημα μουδιάσματος, ανηδονία, αύξηση των ουδών αισθητικότητας του πόνου και επακόλουθη αδιαφορία στον πόνο, ενώ θεωρεί την ύπαρξη του απαραίτητη προϋπόθεση για να πραγματοποιηθεί η αυτοκτονία (Orbach, 2008). Στις πράξεις αυτοκτονίας που πραγματοποιούνται σε κατάσταση αποσύνδεσης, το άτομο αντιμετωπίζει την επίθεση στο σώμα του σαν αυτή να εκτελείται από κάποιον άλλο, ενώ το ίδιο επιτελεί ταυτόχρονα τόσο τον ρόλο του εκτελεστή όσο και τον ρόλο του παρατηρητή.

Παρατηρείται απώλεια της ακριβούς αντιπροσώπευσης της εικόνας σώματος ή των σωματικών ορίων και της αίσθησης της πραγματικότητας (Waltzer, 1968).

Σχετικά με τον ρόλο του σώματος στην αυτοκτονικότητα, η ψυχαναλυτική προσέγγιση θεωρεί ότι, προκειμένου να ξεπεραστεί το ένστικτο της αυτοσυντήρησης και να γίνει δυνατή η πράξη της αυτοκτονίας, είναι απαραίτητη η αντικειμενοποίηση του σώματος και η απόκτηση μιας «μη Εγώ» ποιότητας. Θα μπορούσαμε να θεωρήσουμε ότι ο διαχωρισμός του σώματος από τον νου και η αντικατάσταση της αναπαράστασης σώματος από την αναπαράσταση αντικειμένου υποστηρίζονται από αποσυνδεδετικά φαινόμενα που παρατηρούνται συχνά σε αυτοκτονικούς ασθενείς, όπως αυτά της αποπροσωποποίησης και αποπραγματοποίησης, τα οποία συνοδεύονται και από χαμηλή αντιδραστικότητα στα επώδυνα σωματικά ερεθίσματα. Αξίζει να αναφερθεί ότι τα όνειρα των αυτοκτονικών ασθενών μπορεί να αποκαλύπτουν μια αίσθηση μη κατοχής του σώματος τους, το οποίο βιώνουν σαν να ανήκει σε κάποιον άλλο και μια σύγχυση των ορίων εαυτού και περιβάλλοντος (Maltzberger, 1993).

Η παραπάνω διαδικασία της αντικειμενοποίησης του σώματος, πιθανότατα, διευκολύνεται στην περίπτωση των ασθενών με οριακή οργάνωση προσωπικότητας, καθώς αυτοί χαρακτηρίζονται από τη συχνή χρήση μηχανισμών άμυνας όπως είναι η άρνηση και η σχάση (στη συγκεκριμένη περίπτωση: σώμα-κακό αντικείμενο και εαυτός-καλό αντικείμενο), παρουσιάζουν μια ασάφεια των ορίων του Εγώ αναφορικά με τη διαφοροποίηση εαυτού – μη εαυτού και συχνά αποσυνδεδετικά φαινόμενα. (Kernberg, 1967) Επιπλέον, οι οριακοί ασθενείς, όπως προαναφέρθηκε, έχουν ελλειμματική ικανότητα νοητικοποίησης, η οποία μπορεί να συνδέεται με την καταστροφή του σώματος στην αυτοκτονία, εφόσον συγχέουν το σώμα τους με την εσωτερική αναπαράσταση του αντικειμένου και δυσκολεύονται να διαφοροποιήσουν την εσωτερική από την εξωτερική πραγματικότητα. (Fonagy & Target, 1999)

Αναφορικά με τα όνειρα και τη σχέση τους με την αυτοκτονικότητα, υπάρχει ψυχαναλυτική θεωρία που υποστηρίζει ότι στην περίπτωση των αυτοκτονικών ασθενών, αυτά συνήθως χάνουν την προστατευτική τους για τη ζωή λειτουργία και τίθενται υπό την κυριαρχία της ενόρμησης του θανάτου (Gutheil, 1948). Έτσι, μπορεί να σηματοδοτούν την αύξηση του κινδύνου για αυτοκτονία, ενώ συχνά προσομοιάζουν με τις απόπειρες αυτοκτονίας, όπου οι εκάστοτε συνθήκες και μέθοδοι μας αποκαλύπτουν συμπυκνώσεις, ταυτίσεις, μεταθέσεις και έχουν πλούσιο συμβολισμό. Μπορεί να αποκαλύψουν μια σχάση του εαυτού, με σύγχυση των σωματικών του ορίων, συνήθως περιέχουν θέματα θανάτου, δολοφονίας, διαμελισμού και καταστροφής, ενώ είναι πιο βίαια σε σχέση με τα όνειρα καταθλιπτικών μη αυτοκτονικών ασθενών (Maltzberger, 1993).

Η ύπαρξη εφιαλτών και η ισχυρή συσχέτισή τους με την αυτοκτονικότητα, ανεξάρτητα από την ψυχιατρική διάγνωση, επιβεβαιώνεται από τις νευροεπιστημονικές μελέτες και αποδίδεται

σε δυσλειτουργία του σεροτονινεργικού συστήματος στους ασθενείς αυτούς. Η σεροτονίνη φαίνεται να κατέχει σημαντικό ρόλο, τόσο στην αυτοκτονικότητα, όσο και στη ρύθμιση του ύπνου (Sjostrom et al., 2007). Η σεροτονινεργική δραστηριότητα βρίσκεται στα υψηλότερα επίπεδα κατά την εγρήγορση, μειώνεται κατά τη διάρκεια του ύπνου non-REM και σχεδόν παύει κατά τη διάρκεια του ύπνου REM (Portas et al., 2000). Πιθανολογείται η ύπαρξη μιας κοινής βάσης μεταξύ της ανεπάρκειας της σεροτονινεργικής νευρομεταβίβασης με διαταραχές στον ύπνο REM και ειδικότερα συχνών εφιαλτών και μειωμένης αναστολής της επιθετικότητας (Sjostrom et al., 2007).

Συμπερασματικά, εξετάζοντας προσεκτικά τα δεδομένα τόσο της ψυχαναλυτικής μελέτης όσο και της νευροεπιστημονικής έρευνας αναφορικά με την αυτοκτονικότητα και λαμβάνοντας υπόψη τους υπάρχοντες περιορισμούς, θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε ότι σε κάποια σημεία τα δύο αυτά διαφορετικά επιστημονικά πεδία έχουν δημιουργήσει συγκλίνοντες άξονες στην κατανόησή της και πάντως δεν είναι αλληλοαποκλειόμενες προσεγγίσεις. Αυτός ο τρόπος ερμηνείας των ερευνητικών συμπερασμάτων και της γεφύρωσής τους είναι πλησιέστερος σε έναν «δυϊκό μονισμό» (Solms&Turnbull, 2002), που ίσως επιτρέπει τη συνεχή εμβάθυνση και αλληλεπίδραση αυτών των δυο πεδίων.

Απαιτούνται περαιτέρω νευροαπεικονιστικές, νευροβιολογικές και νευροψυχολογικές μελέτες, προκειμένου να κατανοηθεί καλύτερα το πολύπλοκο φαινόμενο της αυτοκτονίας και να δημιουργηθεί ένα πιο απαρτιωμένο μοντέλο προσέγγισης των αυτοκτονικών ατόμων με δεδομένα τόσο από το ψυχαναλυτικό όσο και από το νευροεπιστημονικό πεδίο. Στόχος είναι μέσω της κατανόησης της προδιάθεσης και της ευαλωτότητας κάποιων ατόμων στην αυτοκτονικότητα να επιτευχθεί η ταυτοποίηση και έγκαιρη αναγνώριση των ευάλωτων ασθενών και να αναπτυχθούν πιο εξειδικευμένες και στοχευμένες θεραπευτικές τεχνικές.

Καταλήγοντας, θα λέγαμε ότι η ψυχανάλυση μάς δίνει κάποιες απαντήσεις για τα ασυνείδητα κίνητρα και το ιδιαίτερο νόημα της επιθυμίας αυτοκτονίας καθώς και των παραγόντων που υποστηρίζουν και κάνουν δυνατή την πραγματοποίησή της. Παρ' όλα αυτά, η ψυχοθεραπεία μπορεί να αποδειχτεί πολύ επώδυνη διαδικασία, τόσο για τον αυτοκτονικό ασθενή όσο και για τον θεραπευτή, και συχνά δημιουργείται και στους δύο η επιθυμία διακοπής προκειμένου να αποφευχθούν τα ανυπόφορα συναισθήματα που προκύπτουν στη μεταβίβαση και αντιμεταβίβαση, η βασανιστική εξάρτηση από τον θεραπευτή, ο κίνδυνος αποτυχίας και για τους δύο και ο στιγματισμός του θεραπευτή στην περίπτωση της αυτοκτονίας του ασθενούς.

Όλοι οι θεραπευτές κάποια χρονική στιγμή θα έρθουν αντιμέτωποι με την επώδυνη πραγματικότητα της δυνατότητας που έχει ο κάθε ασθενής να αυτοκτονήσει, ακόμα και αν έχουν ληφθεί όλα τα απαραίτητα προληπτικά, θεραπευτικά και περιοριστικά μέτρα. Αυτή η

πολύπλοκη μεταβιβαστική - αντιμεταβιβαστική συνθήκη δυσχεραίνει την αναλυτική έρευνα. Όμως, όπως έδειξα (σσ.5-35), υπάρχουν αρκετά δεδομένα σήμερα που αποτελούν για τον ψυχοθεραπευτή μια “υποστηρικτική” στο έργο του, θεωρητική - κλινική βάση, πέραν βεβαίως από την προσοχή του στα ιδιαίτερα μηνύματα του κάθε ξεχωριστού ασθενούς του.

Η αυτοκτονία, δυστυχώς, σε κάποιες περιπτώσεις καταλήγει να αποτελεί τη μοναδική και αναπόφευκτη λύση, καθώς «οι ασθενείς στρέφονται από μια ζωή που μοιάζει με μια έρημο ανυπόφορης εσωτερικής μοναξιάς και απελπισίας στον θάνατο, προσπαθώντας να ξεφύγουν από τους εσωτερικούς διώκτες τους και επιδιώκουν να αναγεννηθούν στην αγκαλιά μιας καταπραΰντικής μητέρας. Το παράδοξο της αυτοκτονίας έγκειται στο ότι το θύμα, ερχόμενο στη ζωή του αντιμέτωπο με τον ψυχικό θάνατο, αναζητά στον θάνατο μια μορφή ψυχικής ζωής». (Maltzberger & Buie, 1980, pp. 414-415)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ (70)

- Allen, T.E. (1967). Suicidal Impulse in Depression and Paranoia. *Int. J. Psycho-Anal.*, 48:433-438.
- Amsel, L., Mann, J.J. (2003), Αυτοκτονία, σ. 1412-1449, στο: Celder, M.C., Lopez-Ibor, J.J., Andreasen, N., (eds) , Oxford Σύγχρονη Ψυχιατρική, τόμος 2, εκδόσεις Πασχαλίδης (2008)
- Aubin, H.J., Berlin, I., Kornreich, C. (2013). The evolutionary puzzle of suicide. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 10(12):6873-86.
- Bateman, A., (1999). Narcissism and its relation to violence and suicide, in: Perelberg, R. J., (ed.) *Psychoanalytic understanding of violence and suicide*, New library of psychoanalysis, Routledge
- Bell, D., (2001). Who is killing what or whom? Some notes in the internal phenomenology of suicide. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 15(1), 21-37
- Campbell D., Hale R., (2017). *Working in the dark: understanding the pre-suicide state of mind*, Routledge
- Campbell, D., (1999). The role of the father in a pre-suicide state, in: Perelberg, R. J., (ed.) *Psychoanalytic understanding of violence and suicide*, New library of psychoanalysis, Routledge
- Campbell, D., (2008). The father transference during a pre-suicide state, in: Briggs, S., Lemma, A., Crouch, W., (eds) *Relating to self-harm and suicide: Psychoanalytic perspectives on practice, theory and prevention*, Routledge
- Courtet, P., Gottesman, I., Jollant, F., T.D. (2011) The neuroscience of suicidal behaviors: what can we expect from endophenotype strategies? *Transl Psychiatry*; 1(5): e7.
- Davidson, R.J., Putnam, K.M., Larson, C.L., (2000) Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation- A possible prelude to violence, *Science*: Vol. 289, Issue 5479, pp. 591-594
- Desmyter, S., Bijttebier, S., Heeringen, K., (2013). The role of neuroimaging in our understanding of the suicidal brain. *CNS&Neurological Disorders-Drug Targets* 12,921-929
- Fonagy, P., Target M., (1999) Towards understanding violence: the use of the body and the role of the father, in: Perelberg, R. J., (ed.) *Psychoanalytic understanding of violence and suicide*, New library of psychoanalysis, Routledge
- Freud, S. (1895), Project for a scientific psychology. SE 1: 295-397, Vintage, 2001
- Freud, S. (1901), The psychopathology of everyday life. SE 6: 1-279, Vintage, 2001 (Ελληνική μετάφραση: Ψυχοπαθολογία της καθημερινής ζωής, εκδόσεις Επίκουρος, 1992)
- Freud, S. (1910). Contributions to a discussion on suicide. SE 11:231-232, Vintage, 2001
- Freud, S. (1917), Mourning and Melancholia. SE 14: 237-258, Vintage, 2001 (Ελληνική μετάφραση: Πένθος και Μελαγχολία, εκδόσεις Principia, 2016)
- Freud, S. (1920a). The psychogenesis of a case of homosexuality in a woman. SE 18: 145-172, Vintage, 2001

- Freud, S. (1920g), *Beyond the Pleasure Principle*. SE 18: 1-64, Vintage, 2001 (Ελληνική μετάφραση: Πέραν της αρχής της ηδονής, εκδόσεις Νίκας, 2011)
- Freud, S. (1923), *The Ego and the Id*. SE 19: 3-66, Vintage, 2001 (Ελληνική μετάφραση: Το Εγώ και το Αυτό, εκδόσεις Πλέθρον, 2008)
- Freud, S. (1940). *An Outline of Psycho-Analysis*. SE 23: 141-207, Vintage, 2001
- Gabbard, G. O., (2006) *Η Ψυχοδυναμική Ψυχιατρική στην κλινική πράξη*, Εκδόσεις Βήτα,
- Gabbard, G. O., (2010) *Ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία μακράς διάρκειας, Κοινός τύπος ψυχιατρικής, νευροεπιστημών και επιστημών του ανθρώπου*
- Gerisch, B., (2008) *Suicidality and women: obsession and the use of the body*, in: Briggs, S., Lemma, A., Crouch, W., (eds) *Relating to self-harm and suicide: Psychoanalytic perspectives on practice, theory and prevention*, Routledge
- Goldblatt, M. J., (2017) *The psychodynamics of hope in suicidal despair*. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, Vol. 40, Issue 1, pp54-62
- Gutheil, E. A., (1948) *Dream and Suicide*, in Maltzberger J.T., Goldblatt M.J., (eds), *Essential papers on Suicide*, New York University Press (1996)
- Hale, R., (2008) *Psychoanalysis and suicide: process and typology*, in: Briggs, S., Lemma, A., Crouch, W., (eds) *Relating to self-harm and suicide: Psychoanalytic perspectives on practice, theory and prevention*, Routledge
- Heeringen, v. C., Bijttebier, S., Godfin, K., (2011), *Suicidal brains: A review of functional and structural brain studies in association with suicidal behaviour* *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 35, 688-698
- Heeringen, v.C., Bijttebier, S., Desmyter, S., Vervaeke, M., Baeken, C., (2014). *Is there a neuroanatomical basis of the vulnerability to suicidal behavior? A coordinate-based meta-analysis of structural and functional MRI studies*. *Front Hum Neurosci*. 8:824
- Hendin, H., (1963), *Psychodynamics of suicide, with particular reference to the young*. *Am. J. Psychiatry* 1991; 148: 1150-1158
- Hendin, H., Maltzberger, J., T., Pollinger, H. A., Szanto, K., Rabinowicz, H., (2004). *Desperation and Other affective States in Suicidal Patients*. *Suicide and Life-Threatening Behavior*: Vol. 34, No. 4, pp. 386-394.
- Huprich, S.K. (2004). *Psychodynamic Conceptualization and Treatment of Suicidal Patients*. *Journal of contemporary psychotherapy*, vol.34, No.1, pp 23-39
- Jollant, F, Lawrence, N.L., Olie, E., Guillaume, S., Courtet, P. (2011) *The suicidal mind and brain: A review of neuropsychological and neuroimaging studies*. *The World Journal of Biological Psychiatry*; 00: 1-21
- Jollant, F., (2016) *Neuroimaging of suicidal behavior. Biological aspects of Suicidal Behavior*. *Adv Biol Psychiatry*. Basel,Karger, vol 30, pp 110-122
- Kernberg, O., (1967). *Borderline Personality Organization*. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15(3), 641–685.
- Kernberg, O., (1993), *Suicidal behavior in borderline patients: diagnosis and psychotherapeutic considerations*. *Am.J.Psychother*; 47(2):245-54

- Kernberg, O., (2001). The Suicidal Risk In Severe Personality Disorders: Differential Diagnosis and Treatment. *Journal of Personality Disorders*: Vol. 15, No.3, pp.195-208
- Kernberg, O., (2009). The Concept of the Death Drive: A Clinical Perspective. *Int.J.Psycho-Anal.*, 90(5):1009-1023
- Kernberg, O., (2014). An overview of the treatment of severe narcissistic pathology, *International Journal of Psychoanalysis* 95, 5: 877-879
- Klein, M. (1935), A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. *Int. J. Psycho-Anal.*, 16:145-174
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York, NY:International Universities Press
- Lieb, K, Zanarini, M.C., Schmahl, C, Linehan, M.M., Bohus, M., (2004) Borderline Personality Disorder, *Lancet*, 364: 453–61
- Liu, H., Wang, Y., Liu, W., Wei, D., Yang, J., Du, X., Tian, X., Qiu, J., (2016). Neuroanatomical correlates of attitudes toward suicide in a large healthy sample: A voxel-based morphometric analysis. *Neuropsychologia* 8;80:185-193 49.
- Lonnquist, J.K., (2003), Αυτοκτονία, σ. 1412-1449, στο: Celder, M.C., Lopez-Ibor, J.J., Andreasen, N., (eds) , *Oxford Σύγχρονη Ψυχιατρική*, τόμος 2, εκδόσεις Πασχαλίδης (2008)
- Magagna, J., (2008) Attacks on life: suicidality and self-harm in young people, in: Briggs, S., Lemma, A., Crouch, W., (eds) *Relating to self-harm and suicide: Psychoanalytic perspectives on practice, theory and prevention*, Routledge
- Maltsberger, J. T., (2008) Self break-up and the descent into suicide, in: Briggs, S., Lemma, A., Crouch, W., (eds) *Relating to self-harm and suicide: Psychoanalytic perspectives on practice, theory and prevention*, Routledge
- Maltsberger, J., T., (1993), Dreams and suicide. *Suicide and life-threatening behavior*, Vol. 23(1), Wiley Online Library
- Maltsberger, J.T. (2004) The descent into suicide, *International Journal of Psychoanalysis* 85, 3: 653-668
- Maltsberger, J.T., Buie D.H., (1980) The devices of suicide: Revenge, Riddance and Rebirth, in: Maltsberger J.T, Goldblatt M.J, (eds), *The essential papers on suicide*, New York University Press, (1996)
- Matakas, F., Rohrbach, E., (2008) On suicide preventions in hospitals: empirical observations and psychodynamic thinking, in: Briggs, S., Lemma, A., Crouch, W., (eds) *Relating to self-harm and suicide: Psychoanalytic perspectives on practice, theory and prevention*, Routledge
- Menninger, K., A., (1933), “Psychoanalytic Aspects of Suicide”. *International Journal of Psychoanalysis* 14:376-390
- Miller, F.N. (1985). Hopelessness: A Narcissistic Resistance. *Mod. Psychoanal.*, 10(1):65-79.
- Oquendo, M.A., Mann J.J. (2001) Neuroimaging findings in major depression, suicidal behavior and aggression, *Clinical Neuroscience Research* 1 377-380
- Orbach, I., (1994) Dissociation, physical pain, and suicide: a hypothesis. *Suicide Life Threat. Behav. Spring*: 24(1)

- Orbach, I., (2008) Mental pain, pain-producing constructs, the suicidal body and suicide, in: Briggs, S., Lemma, A., Crouch, W., (eds) *Relating to self-harm and suicide: Psychoanalytic perspectives on practice, theory and prevention*, Routledge
- Portas, C. M., Bjorvatn, B., Ursin, R., (2000) “Serotonin and the Sleep/Wake cycle: special emphasis on microdialysis study,” *Progress in neurobiology*, Vol. 60, No. 1, pp13-35
- Rizvi, S.J., Iskric, A., Calati, R., Courtet, P., (2017) Psychological and physical pain as predictors of suicide risk: evidence from clinical and neuroimaging findings. *Curr Opin Psychiatry.*, Mar;30(2):159-167
- Seager, M., (2008) Psychological safety: a missing concept in suicide risk prevention, in: Briggs, S., Lemma, A., Crouch, W., (eds) *Relating to self-harm and suicide: Psychoanalytic perspectives on practice, theory and prevention*, Routledge
- Sjöström, N., Wærn, M., Hetta, J., (2007) Nightmares and Sleep Disturbances in Relation to Suicidality in Suicide Attempters Sleep, Vol. 30, Issue 1, pp. 91–95
- Solms, M., Turnbull, O., (2002) *The brain and the inner world: An introduction to the neuroscience of subjective experience*. New York, NY: Other Press.
- Soloff, P. H., White R., Diwadkar V.A., (2014) Impulsivity, aggression and brain structure in high and low lethality suicide attempters with borderline personality disorder. *Psychiatry Res.*2014 Jun 30; 222(3):131-9 Epub
- Soloff, P., Meltzer, C.C., Becker, C., Greer, P.J., Kelly, T.M., Constantine D., (2003), Impulsivity and prefrontal hypometabolism in borderline personality disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging* 123:153-163
- Stein, D.J., (2009), Borderline Personality disorder: toward integration, *Pearls in Clinical Neuroscience CNS spectr* 14:7
- Stekel, W. (1910). *On suicide: with particular reference to suicide among young students* (pp. 33-141). New York: International Universities Press.
- Sudol, K., Oquendo, M., A., (2016) Visualizing the suicidal brain. Chapter 11, *The international handbook of suicide prevention*, pp188-205
- Waltzer, H., (1968) Depersonalization and self-destruction, *Am J Psychiatry* Sep; 125(3):155-7.
- Weinberg, I., (2000) The prisoners of despair: right hemisphere deficiency and suicide, *Neuroscience and Biobehavioral reviews* 24: 799-815
- Weiss, H., (2009). Suicidality as an expression of ‘Psychic retreats’: Some clinical and theoretical aspects. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 23(2):99-108
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational process and the facilitating environment*. New York, NY: International Universities Press.
- Δουζένης, Α., Χαβάκη-Κονταξάκη, Μ., Λύκουρας Λ., (2013), Αυτοκτονικότητα: ψυχοβιολογική προσέγγιση, στο: Κονταξάκης, Β., Λύκουρας, Λ., Χαβάκη-Κονταξάκη, Μ., Χριστοδούλου, Χ., (εκδ.) *Αυτοκαταστροφική Συμπεριφορά, Ιατρικές εκδόσεις Βήτα*
- Μπεράτη, Στ., (2008) Ψυχοδυναμικοί παράγοντες συνδεδεμένοι με την αυτοκτονική συμπεριφορά των εφήβων, στο: *Θέματα ψυχοδυναμικής παιδοψυχιατρικής*, τόμος 1, εκδόσεις Καστανιώτη