



Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Σχολή Επιστημών Υγείας

Ιατρική Σχολή

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Χαρακτηριστικά αυτοτραυματικών συμπεριφορών σε
νοσηλεύόμενους και εξωτερικά παρακολουθούμενους
εφήβους**

Δήμητρα Παπαδάκη

ΑΜ: 20161308

Επιβλέπων: Κολαΐτης Γεράσιμος, Καθηγητής ΕΚΠΑ

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή: Κολαΐτης Γεράσιμος, Καθηγητής ΕΚΠΑ

Παπανικολάου Αικατερίνη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια ΕΚΠΑ

Μπενέτου Βασιλική, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια ΕΚΠΑ

ΑΘΗΝΑ, Ιούνιος, 2019

Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Σχολή Επιστημών Υγείας

Ιατρική Σχολή

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Χαρακτηριστικά αυτοτραυματικών συμπεριφορών σε
νοσηλεύόμενους και εξωτερικά παρακολουθούμενους
εφήβους**

Δήμητρα Παπαδάκη

ΑΜ: 20161308

Επιβλέπων: Κολαΐτης Γεράσιμος, Καθηγητής ΕΚΠΑ

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή: Κολαΐτης Γεράσιμος, Καθηγητής ΕΚΠΑ

Παπανικολάου Αικατερίνη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια ΕΚΠΑ

Μπενέτου Βασιλική, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια ΕΚΠΑ

ΑΘΗΝΑ, Ιούνιος, 2019

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	4
Περίληψη.....	5
Abstract.....	6
Εισαγωγή.....	7
Βιβλιογραφική Ανασκόπηση.....	9
Ιστορικά.....	9
Διάγνωση.....	10
Διαφορική διάγνωση.....	12
Παράγοντες κινδύνου.....	14
Προστατευτικοί παράγοντες.....	23
Θεραπεία και πρόγνωση.....	24
Υποθέσεις.....	26
Μεθοδολογία.....	27
Συμμετέχοντες.....	27
Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	28
Εργαλεία.....	28
Στατιστική Ανάλυση.....	31

Αποτελέσματα.....	31
Συζήτηση.....	45
Περιορισμοί της μελέτης.....	53
Συμπεράσματα και προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	54
Βιβλιογραφία.....	55
Παράρτημα.....	65

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς τον επιβλέποντα καθηγητή μου Κο Γεράσιμο Κολαΐτη για την υποστήριξή του καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας. Ακόμα, θα ήθελα να ευχαριστήσω τις υπεύθυνες παιδοψυχιάτρους Κα Μαρία Μπελιβανάκη και Κα Στέλλα Χαριτάκη για την ανεκτίμητη βοήθεια τους στη συλλογή των δεδομένων της παρούσας εργασίας, καθώς και όλο το προσωπικό του Τμήματος Ενδονοσοκομειακής Νοσηλείας. Τέλος, Ευχαριστώ την Κα Καλλιόπη Τριανταφύλλου για την απλόχερη και συνεχή βοήθεια της όσον αφορά την συγγραφή της εργασίας, αλλά και καθ' όλη τη διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος.

Περίληψη

Εισαγωγή: Οι εκούσιοι αυτοτραυματισμοί παρουσιάζονται σε μια πληθώρα ψυχοπαθολογιών, αλλά και αυτούσιοι, σε παιδιά και εφήβους. Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας εργασίας, είναι να ερευνήσει τα χαρακτηριστικά που σχετίζονται σημαντικά με την ύπαρξη αυτοτραυματικών συμπεριφορών, τόσο σε νοσηλευόμενο παιδοψυχιατρικό πληθυσμό όσο και σε πληθυσμό που παρακολουθείται σε εξωτερική βάση, και να συγκρίνει αυτούς τους πληθυσμούς ως προς αυτήν τη συμπεριφορά.

Μεθοδολογία: Πρόκειται για μία μη παρεμβατική συγχρονική έρευνα, στην οποία η συλλογή των στοιχείων έγινε αναδρομικά χρησιμοποιώντας τους ήδη υπάρχοντες ψυχιατρικούς φακέλους. Μελετήθηκε δείγμα 63 παιδιών και εφήβων, το οποίο αποτελούταν από δύο κλινικούς πληθυσμούς με αυτοτραυματική συμπεριφορά: 34 παιδιά και έφηβους που νοσηλεύονταν σε ενδονοσοκομειακή ψυχιατρική μονάδα νοσηλείας, και 29 έφηβους που παρακολουθούνταν σε εξωτερική βάση.

Αποτελέσματα: Τα νοσηλευόμενα παιδιά και έφηβοι παρουσίαζαν στατιστικά σημαντικότερα περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας σε σχέση με τα παιδιά και εφήβους που παρακολουθούνταν σε εξωτερική βάση ($p < 0,001$). Ωστόσο, αντίθετα με τις υποθέσεις μας, τα νοσηλευόμενα παιδιά και έφηβοι αυτοτραυματίζονταν με λιγότερους τρόπους σε σχέση με τα παιδιά και εφήβους που δεν νοσηλεύονταν ($p < 0,049$). Τέλος, βρέθηκε ότι ο δείκτης λειτουργικότητας CGAS είχε σημαντική στατιστική συσχέτιση με την ύπαρξη τόσο αυτοτραυματισμών όσο και αποπειρών αυτοκτονίας στον κλινικό πληθυσμό που εξετάστηκε ($p < 0,001$).

Συμπεράσματα: Η αυτοτραυματική συμπεριφορά αποτελεί αναμφίβολα παράγοντα κινδύνου για μελλοντική απόπειρα αυτοκτονίας. Περαιτέρω έρευνα πάνω στο θέμα κρίνεται απολύτως απαραίτητη.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: αυτοτραυματισμοί, νοσηλεύόμενος πληθυσμός, πληθυσμός που παρακολουθείται σε εξωτερική βάση, έφηβοι, απόπειρα αυτοκτονίας

Abstract

Introduction: Self-harm without intent to die is a behavior present in many psychiatric disorders, but can also exist on its own in children and adolescents. **Objective:** The objective of this study was to investigate the characteristics correlated with self-harm in inpatient and outpatient children and adolescents treated at the Children's Hospital of Agia Sophia in Athens, Greece, and compare these two populations in terms of their respective self-harm behavior. **Method:** This was a non-invasive, study investigating a group of 63 children consisting of two clinical populations exhibiting self-harm behavior: 34 hospitalized children, adolescents, and 29 outpatient adolescents. **Results:** It was found that hospitalized children were significantly more likely to attempt suicide compared with outpatient children ($p < 0,001$). However, contrary to our hypothesis, inpatient children self-harmed in less ways than non-hospitalized children ($p < 0,049$). Finally, CGAS correlated with self-harm and suicide attempts ($p < 0,001$). In this study, we were not able to confirm self-harm as a mimetic behavior. **Conclusions:** Self-harm is a severe condition that may lead to suicide; thus, further research is needed on this subject.

KEY WORDS: self-harm, outpatient, inpatient, children, adolescents, suicide attempt

Εισαγωγή

Εκούσιος αυτοτραυματισμός χωρίς αυτοκτονική πρόθεση, ή απλώς αυτοτραυματισμός, ονομάζεται η σκόπιμη, αυτοπροκαλούμενη καταστροφή σωματικού ιστού χωρίς να υπάρχει πρόθεση θανάτου και με τρόπους που θεωρούνται κοινωνικά αποδεκτοί. Περιλαμβάνει συμπεριφορές όπως κοψίματα, καψίματα, δαγκώματα, ξύσιμο του δέρματος, παρέμβαση στην επούλωση πληγών, χτυπήματα προς τον εαυτό, απαγχονισμό και πολλά άλλα (International Society for the Study of Self-Injury, 2007). Στην πραγματικότητα, οι τρόποι αυτοτραυματισμού περιορίζονται μόνο από τη φαντασία του ατόμου. Ο επιπολασμός της αυτοτραυματικής συμπεριφοράς σε εφήβους, όπως έχει βρεθεί από έρευνες σε σχολεία, κυμαίνεται μεταξύ 17 και 18% (Muehlenkamp, Claes, Havertape & Plener, 2012; Swannell, Martin, Page & Hasking, 2014), ενώ σε κλινικά δείγματα παιδιών και εφήβων ξεπερνά το 40% (DiClemente & Ponton, 1991).

Οι έρευνες συμφωνούν ότι ο επιπολασμός της αυτοτραυματικής συμπεριφοράς σε νοσηλεύόμενο πληθυσμό είναι μεγαλύτερος σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, αλλά και σε σχέση με τον κλινικό πληθυσμό που δε νοσηλεύεται. Οι DiClemente, Ponton & Hartley (1991) αναφέρουν πως το 61% παιδιών νοσηλευόμενων σε παιδοψυχιατρική μονάδα είχε προβεί σε κάποια αυτοτραυματική πράξη, συνηθέστερα κόψιμο ή χυδακώμα. Η έρευνα του Boxers σε πληθυσμό νοσηλευόμενων εφήβων με αναφερόμενο πρόβλημα τις διαταραχές συμπεριφοράς αναφέρει ότι το 25% του δείγματος είχε αυτοτραυματιστεί αλλά δεν παρουσίαζε αυτοκτονικό ιδεασμό, ενώ 30,9% παρουσίαζε αυτοτραυματισμούς σε συνδυασμό με αυτοκτονικό ιδεασμό. Τα νοσηλεύόμενα παιδιά και έφηβοι που παρουσιάζουν αυτοτραυματική συμπεριφορά έχουν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο αριθμό νοσηλειών αλλά και μικρότερη παραμονή στη μονάδα νοσηλείας σε σχέση με τα

παιδιά και εφήβους που νοσηλεύονταν, αλλά δεν παρουσίαζαν αυτοτραυματική συμπεριφορά (Palmer & Martin, 2016).

Το βασικό χαρακτηριστικό της αυτοτραυματικής συμπεριφοράς είναι ότι το άτομο φέρει πολλαπλά, επίπονα τραύματα στην επιφάνεια του σώματός του (American Psychiatric Association, 2013). Οι λόγοι που πυροδοτούν την αυτοτραυματική συμπεριφορά είναι άγνωστοι, αλλά οι έρευνες που έχουν μελετήσει σε βάθος το ζήτημα βρίσκουν ότι συνηθέστερα, ο σκοπός της συμπεριφοράς αυτής είναι να μειώσει αρνητικά συναισθήματα όπως η ένταση, το άγχος και η κακή διάθεση, ή/και να επιλύσει κάποια διαπροσωπική δυσκολία. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο τραυματισμός γίνεται ως αυτοτιμωρία, την οποία το άτομο πιστεύει ότι αξίζει. Κατά τη διάρκεια της πράξης, τα άτομα αναφέρουν άμεση αίσθηση ανακούφισης (American Psychiatric Association, 2013).

Ο τραυματισμός συνήθως προκαλείται με μαχαίρι, βελόνα, ξυράφι, άλλο κοφτερό αντικείμενο ή ακόμα και με τα νύχια. Επιπλέον, μπορεί να γίνει πρόκληση εγκαύματος με τσιγάρο ή με επανειλημμένη εντριβή (American Psychiatric Association, 2013). Οι περιοχές του σώματος που τα άτομα επιλέγουν συχνότερα να αυτοτραυματιστούν είναι η εξωτερική πλευρά των μηρών και η εσωτερική πλευρά του αντιβραχίου (American Psychiatric Association, 2013). Παρόλα αυτά, αυτοτραυματισμοί μπορούν να βρεθούν σε όλα τα μέρη του σώματος, ενώ σε ακραίες περιπτώσεις ενδέχεται να καλύπτουν και ολόκληρο το σώμα. Ένα επεισόδιο αυτοτραυματισμού μπορεί να περιλαμβάνει μια σειρά από επιφανειακές, παράλληλες εγχοπές που έχουν απόσταση 1 ή 2 εκατοστών μεταξύ τους. Τα τραύματα που προκύπτουν, συχνά αιμορραγούν και αφήνουν τελικά ένα χαρακτηριστικό σημάδι. (American Psychiatric Association, 2013).

Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Ιστορικά

Για πολλά χρόνια, η αυτοτραυματική συμπεριφορά αναφερόταν στο Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) αποκλειστικά σαν σύμπτωμα της οριακής διαταραχής προσωπικότητας (Zetterqvist, 2015). Με βάση τα ερευνητικά δεδομένα, καθώς και λόγω της σοβαρότητας της κατάστασης αυτής, πολλοί ερευνητές έχουν καταλήξει, ότι πρέπει να «ανεξαρτητοποιηθεί» και να συμπεριληφθεί ως μια ξεχωριστή διαταραχή στο DSM, με κύρια χαρακτηριστικά την αδυναμία του ατόμου να αντισταθεί στην ώθηση για αυτοτραυματισμό, την αυξημένη αίσθηση έντασης πριν την πράξη, καθώς και την αίσθηση ανακούφισης μετά την πράξη (Favazza & Rosenthal, 1993; Herpertz, 1995; Kahan & Pattison, 1984; Muehlenkamp, 2005).

Ο Muehlenkamp (2005) έχει πρότεινει ότι η αυτοτραυματική συμπεριφορά πρέπει να αποτελέσει ξεχωριστή διαταραχή, δίνοντας έμφαση στην απουσία της ενσυνείδητης αυτοκτονικής πρόθεσης, στην αδυναμία του ατόμου να αντισταθεί στην ώθηση για αυτοτραυματισμό, στην αρνητική συναισθηματική/γνωστική κατάσταση πριν τον αυτοτραυματισμό, στην ανακούφιση μετά την πράξη, καθώς και στην ενασχόληση του ατόμου με την επανάληψη της συμπεριφοράς αυτής.

Τα ίδια χαρακτηριστικά περιγράφουν και οι Shaffer & Jacobson (2009), οι οποίοι επεσήμαναν αρκετούς λόγους για τη λογική της αναταξινόμησης της αυτοτραυματικής συμπεριφοράς. Αρχικά, η αυτοτραυματική συμπεριφορά σχετίζεται με υποκειμενική δυσλειτουργία του ατόμου. Επίσης, η μελέτη της καθαρά ως σύμπτωμα της οριακής διαταραχής προσωπικότητας ή ως εκδήλωση της αυτοκτονικότητας παρεμποδίζει την έρευνα και τη θεραπεία της. Τέλος, υπάρχει

μεγάλη ανάγκη για έναν κοινό ορισμό, ώστε να διευκολυνθούν οι συγκρίσεις ευρημάτων από διαφορετικές μελέτες και να βελτιωθεί η επικοινωνία και η σαφήνεια μεταξύ όσων ασχολούνται με την κλινική περίθαλψη αλλά και την έρευνα (Shaffer & Jacobson, 2009).

Διάγνωση

Στο DSM-V, η αυτοτραυματική συμπεριφορά χωρίς αυτοκτονική πρόθεση έχει συμπεριληφθεί ως ξεχωριστή κατηγορία υπό την ευρύτερη κατηγορία «Διαταραχών που χρήζουν παραπάνω μελέτης» (Conditions for further study; American Psychiatric Association, 2013). Τα διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το DSM-V παρατίθενται παρακάτω:

A. Το άτομο έχει προκαλέσει κάποια βλάβη στην επιφάνεια του σώματος του με τρόπο τέτοιο που προκλήθηκε αιμορραγία, μώλωπας ή σωματικός πόνος (π.χ. κόψιμο, έγκαυμα, τρύπημα, χτύπημα, υπερβολική εντριβή) με την προσδοκία να προκαλέσει μόνο λίγο ή μέτριο πόνο (δεν υπάρχει δηλαδή πρόθεση θανάτου ή αυτοκτονικός ιδεασμός) πέντε ή περισσότερες μέρες εντός του τελευταίου χρόνου.

Σημείωση: Η απουσία αυτοκτονικής πρόθεσης θα πρέπει να έχει διατυπωθεί από το ίδιο το άτομο ή να μπορεί να συναχθεί από την ενασχόληση του ατόμου με μια συμπεριφορά που ξέρει ή έχει μάθει ότι δεν μπορεί να καταλήξει σε θάνατο.

B. Το άτομο να ασχολείται με την αυτοτραυματική συμπεριφορά με σκοπό έναν ή παραπάνω από τους ακόλουθους λόγους:

1. Να ανακουφιστεί από κάποιο αρνητικό συναίσθημα ή γνωστική κατάσταση.
2. Να λύσει μία διαπροσωπική δυσκολία.

3. Να προκαλέσει μία κατάσταση θετικής αίσθησης.

Σημείωση: Η ανακούφιση παρατηρείται κατά τη διάρκεια ή λίγο μετά τον αυτοτραυματισμό, και το άτομο μπορεί να εμφανίσει μοτίβα συμπεριφοράς που υποδηλώνουν εξάρτηση από την πράξη αυτή.

C. Ο εσκεμμένος αυτοτραυματισμός να συσχετίζεται με τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα:

1. Διαπροσωπικές δυσκολίες ή αρνητικά συναισθήματα ή σκέψεις, όπως κατάθλιψη, άγχος, ένταση, θυμό, γενικευμένη δυσφορία ή αυτοκριτική, που εμφανίστηκαν κατά την περίοδο πριν την έναρξή της αυτοτραυματικής συμπεριφοράς.

2. Μια περίοδο διαρκούς ενασχόλησης με την συμπεριφορά που είναι δύσκολο να ελεγχθεί, πριν από την πράξη.

3. Συχνές σκέψεις σχετικά με τον αυτοτραυματισμό, ακόμα και όταν δεν γίνονται πράξη.

D. Η αυτοτραυματική συμπεριφορά να μην είναι κοινωνικά αποδεκτή (π.χ. piercing σώματος, τατουάζ, θρησκευτικού ή πολιτιστικό τελετουργικό) και να μην περιορίζεται στο δάγκωμα νυχιών.

E. Η συμπεριφορά ή οι συνέπειές της να προκαλούν κλινικά σημαντική δυσφορία ή να παρεμποδίζουν τη λειτουργικότητα του ατόμου σε διαπροσωπικούς, ακαδημαϊκούς ή άλλους σημαντικούς τομείς της ζωής του.

F. Η συμπεριφορά να μην συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια ψυχωτικών επεισοδίων, ντελίριου, τοξίκωσης από ουσίες ή λόγω στερητικού συνδρόμου.

Επιπλέον, σε άτομα με νευροαναπτυξιακές διαταραχές, ο αυτοτραυματισμός να μην

αποτελεί μέρος των στερεοτυπικών συμπεριφορών τους. Τέλος, η συμπεριφορά να μην μπορεί να εξηγηθεί καλύτερα από κάποια άλλη ψυχική ή οργανική κατάσταση (π.χ. ψυχωτική διαταραχή, διαταραχή φάσματος αυτισμού, νοητική υστέρηση, σύνδρομο Lesch-Nyhan, stereotypic movement disorder with self-injury, τριχοτιλλομανία).

Στο ICD-10, η αυτοτραυματική συμπεριφορά περιλαμβάνεται ως ξεχωριστή διαγνωστική οντότητα με το όνομα «Εκούσιος αυτοτραυματισμός», με διαφορετικούς κωδικούς ανάλογα με τον τρόπο που επιτυγχάνεται ο αυτοτραυματισμός. Στον εκούσιο αυτοτραυματισμό αντιστοιχούν οι κωδικοί X60-X84.

Διαφορική διάγνωση

Διαταραχή επαγόμενη από οργανική νόσο ή κατάχρηση ουσιών. Προκύπτει από το ιστορικό του ατόμου καθώς και από πλήρη οργανικό έλεγχο.

Οριακή διαταραχή προσωπικότητας. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, για πολλά χρόνια, ο μη αυτοκτονικός αυτοτραυματισμός θεωρούταν αποκλειστικά χαρακτηριστικό σύμπτωμα της οριακής διαταραχής προσωπικότητας (Zetterqvist, 2015). Αν και συχνά συνυπάρχουν, η οριακή διαταραχή προσωπικότητας δεν διαγιγνώσκεται πάντα στα άτομα με μη αυτοκτονικό αυτοτραυματισμό (American Psychiatric Association, 2013) και – όπως όλες οι διαταραχές προσωπικότητας – δεν μπορεί να διαγνωσθεί σε παιδιά και εφήβους. Τα περισσότερα άτομα πληρούν κριτήρια για άλλες διαταραχές, με πιο συχνές τις διατροφικές διαταραχές και τις διαταραχές κατάχρησης ουσιών (American Psychiatric Association, 2013).

Διαταραχή συμπεριφοράς αυτοκτονίας. Η διαφοροποίηση μεταξύ μη αυτοκτονικού αυτοτραυματισμού και αυτοκτονικής απόπειρας βασίζεται στην

ύπαρξη ή μη αυτοκτονικής πρόθεσης (American Psychiatric Association, 2013). Βέβαια, τα άτομα μπορεί να αναφέρουν ψευδή πρόθεση, και αρκετές μελέτες αναφέρουν υψηλά ποσοστά δήλωσης εσφαλμένων προθέσεων. Τέλος, πολλαπλά και επαναλαμβανόμενα περιστατικά εκούσιων αυτοτραυματισμών συσχετίζονται με μελλοντική απόπειρα αυτοκτονίας (American Psychiatric Association, 2013).

Τριχοτιλλομανία. Η τριχοτιλλομανία είναι μία διαταραχή κατά την οποία το άτομο τραβά καταναγκαστικά τις τρίχες, συνήθως από το τριχωτό της κεφαλής, τα φρύδια ή τις βλεφαρίδες, και εντάσσεται στο ευρύτερο φάσμα των ιδεοψυχαναγκαστικών διαταραχών (American Psychiatric Association, 2013). Η συγκεκριμένη διαταραχή περιορίζεται στο τράβηγμα τριχών και όχι σε τραυματισμό του δέρματος όπως συμβαίνει στον αυτοτραυματισμό.

Στερεοτυπικός αυτοτραυματισμός (Διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές). Μπορεί να περιλαμβάνει το χτύπημα του κεφαλιού ή χτύπημα προς τον εαυτό, και μπορεί να σχετίζεται με αναπτυξιακή καθυστέρηση. Δεν γίνεται με συνειδητή πρόθεση να προκαλέσει πόνο στον εαυτό, όπως στον εκούσιο αυτοτραυματισμό, και συνυπάρχει πάντα με διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή (American Psychiatric Association, 2013).

Δερματιλλομανία. Αναφέρεται στο επαναλαμβανόμενο πείραγμα, τσίμπημα, τράβηγμα, σκάλισμα ή ξύσιμο του δέρματος και εντάσσεται στο ευρύτερο φάσμα των ιδεοψυχαναγκαστικών διαταραχών (American Psychiatric Association, 2013). Στη συγκεκριμένη διαταραχή ο τραυματισμός δε γίνεται με πρόθεση του ατόμου να βλάψει τον εαυτό του ή να προκαλέσει πόνο, όπως στον εκούσιο αυτοτραυματισμό, άλλα περισσότερο ως καταναγκαστική πράξη.

Κακομεταχείριση. Στην κακομεταχείριση το άτομο μπορεί να φέρει τραύματα σαν εκείνα της εκούσιας αυτοτραυματικής συμπεριφοράς (π.χ. εγκαύματα, κοψίματα), αλλά τα τραύματα αυτά έχουν προκληθεί από άλλο άτομο.

Παράγοντες κινδύνου

Πολλοί ερευνητές έχουν προσπαθήσει να βρουν παράγοντες που συνδέονται ή/και θα μπορούσαν να προβλέψουν την αυτοτραυματική συμπεριφορά. Φαίνεται όμως ότι πρόκειται για ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο, που δεν μπορεί να εξηγηθεί πλήρως μόνο από μια αιτία. Παρακάτω παρουσιάζονται οι κυριότεροι παράγοντες.

Ηλικία. Αυτοτραυματικές συμπεριφορές παρατηρούνται σε όλες τις ηλικίες, αλλά τα ποσοστά είναι μεγαλύτερα στα μέσα της εφηβείας, με τη μέση έναρξη να υπολογίζεται στην ηλικία 12-14 ετών (Jacobson & Gould, 2007). Σε πολλές περιπτώσεις, η ακριβής ηλικία έναρξης των αυτοτραυματισμών δεν μπορεί να υπολογιστεί με ακρίβεια, καθώς τα επεισόδια συνήθως έχουν ξεκινήσει ήδη χρόνια πριν το άτομο απευθυνθεί σε κάποιον ειδικό (Puskar et al., 2006). Τα μικρά παιδιά μπορεί να πειραματιστούν με τέτοιες συμπεριφορές, αλλά δεν αναφέρουν αίσθημα ανακούφισης. Αντίθετα, αναφέρουν ότι η διαδικασία είναι επώδυνη ή δυσάρεστη και στη συνέχεια διακόπτουν την πράξη (American Psychiatric Association, 2013).

Φύλο. Αρκετές έρευνες έχουν αναδείξει ότι τα κορίτσια αυτοτραυματίζονται πολύ συχνότερα από ότι τα αγόρια (Brunner et al., 2007; De Leo & Heller, 2004; Hintikka et al., 2009) καθώς και με περισσότερους τρόπους (Swanell et al., 2008). Συγκεκριμένα, οι Brunner et al. (2007) αναφέρουν διπλάσια ποσοστά κοριτσιών που αυτοτραυματίζονται σε σχέση με τα αγόρια, ενώ άλλες μελέτες έχουν εντοπίσει μέχρι και επταπλάσια (De Leo et al., 2004). Βέβαια, σε σχέση με τα κορίτσια, τα αγόρια

χρησιμοποιούν πιο βίαιους τρόπους αυτοτραυματισμού, απασχολούν περισσότερες φορές τις αστυνομικές αρχές, και δεν αναφέρουν τόσα επεισόδια εκφοβισμού στο ατομικό ιστορικό (Groholt et al., 2000).

Οι Hintikka et al., (2009) σε μια προσπάθεια να εξηγήσουν γιατί τα κορίτσια υπερτερούν των αγοριών στις αυτοτραυματικές συμπεριφορές, έλεγξαν τα σκορ των ερωτήσεων εσωτερίκευσης και βρήκαν ότι το δείγμα των κοριτσιών είχε υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα της εσωτερίκευσης σε σχέση με αυτό των αγοριών. Επίσης, βρήκαν ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ των συμπεριφορών εσωτερίκευσης και των αυτοτραυματισμών. Σύμφωνα με τα παραπάνω ευρήματα, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα κορίτσια που εσωτερικεύουν τα συναισθήματά τους διατρέχουν πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο να αναζητήσουν την ανακούφιση για τα συμπτώματά της κατάθλιψης και του άγχους στην αυτοτραυματική συμπεριφορά, σε σχέση με τα αγόρια (Hintikka et al., 2009).

Ενδονοσοκομειακή Νοσηλεία. Τα νοσηλεύόμενα παιδιά και έφηβοι είναι έως και τρεις φορές πιο πιθανό να έχουν επιχειρήσει ή να επιχειρήσουν να δώσουν τέλος στη ζωή τους σε σχέση με τα παιδιά και εφήβους που δε νοσηλεύονται, και σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Παρόλα αυτά, δεν φαίνεται να έχουν στατιστικά περισσότερες ιδέες θανάτου ή στατιστικά μεγαλύτερο αυτοκτονικό ιδεασμό σε σχέση με τον πληθυσμό σύγκρισης (Katz et al., 2011; Pilowsky & Wu, 2006; Sawyer et al., 2007; Stewart et al., 2001.). Επιπρόσθετα, έρευνες δείχνουν ότι τα νοσηλεύόμενα παιδιά και έφηβοι βρίσκονται σε αυξημένο ρίσκο εμφάνισης παρά-αυτοκτονικών συμπεριφορών (π.χ. αυτοτραυματισμούς) αφού, για να βρίσκονται σε νοσηλεία, έχουν βέβαιη έκθεση σε παράγοντες κινδύνου όπως ύπαρξη τραύματος, κακομεταχείρισης και ψυχοπαθολογίας (Evans et al., 2017).

Οικογενειακοί παράγοντες. Οι οικογενειακές σχέσεις παίζουν ίσως το μεγαλύτερο ρόλο στην ύπαρξη επαναλαμβανόμενων επεισοδίων αυτοτραυματικής συμπεριφοράς (Ross & Heath, 2002; Lieberman, 2004; Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Kvernmo & Rosenvinge, 2009; Tan et al., 2012). Η φυσιολογική ανάπτυξη κατά τη διάρκεια της εφηβείας είναι γεμάτη ταχείες σωματικές, νοητικές και συναισθηματικές αλλαγές, και επηρεάζεται σημαντικά από τη γονεϊκή ενασχόληση, το ενδιαφέρον των γονιών προς τους εφήβους καθώς και το γονεϊκό στυλ το οποίο καθορίζει κατά πολύ το γενικότερο κλίμα στην οικογένεια (Burešová, Bartošová & Čerňák, 2014). Από όλους τους οικογενειακούς παράγοντες, το γονεϊκό στυλ φαίνεται να έχει την μεγαλύτερη συσχέτιση με την εμφάνιση αυτοτραυματικών συμπεριφορών (Burešová et al., 2014).

Η πιο συνηθισμένη αφορμή πυροδότησης ενός επεισοδίου αυτοτραυματισμού, όπως αναφέρεται από τα νοσηλευόμενα παιδιά και έφηβους, είναι τα προβλήματα με άλλα μέλη της οικογένειας. Οι Hawton & Harriss (2008), βρήκαν ότι το 17% των παιδιών που νοσηλεύονταν με αναφερόμενο πρόβλημα την αυτοτραυματική συμπεριφορά ανέφεραν προβλήματα στις σχέσεις τους με τα άλλα μέλη της οικογένειάς τους ακριβώς πριν την έναρξη της πράξης του αυτοτραυματισμού. Επιπλέον, έχει γίνει μεγάλος λόγος για τη ρύθμιση του συναισθήματος ως κίνητρο για την αυτοτραυματική συμπεριφορά. Οι Favazza & Conterio (1988), ήταν οι πρώτοι που ανέδειξαν ότι οι αυτοτραυματισμοί είναι ένας τρόπος που υιοθετούν τα παιδιά και οι έφηβοι για να ρυθμίζουν και να διαχειρίζονται τα συναισθήματα τους. Συγκεκριμένα, βρήκαν ότι το κόψιμο ανακούφιζε τους ασθενείς από αισθήματα θυμού, άγχους και κατάθλιψης. Σύμφωνα με τους Martin et al. (2010), η ρύθμιση του συναισθήματος είναι το πιο σύνηθες κίνητρο αυτοτραυματισμών.

Σύμφωνα με τον Lieberman (2004), οι έφηβοι που αυτοτραυματίζονται είναι πιο πιθανό να έχουν βιώσει παραμέληση ή/και απόρριψη από τους γονείς τους κατά την παιδική ηλικία, και να μην είχαν λάβει την κατάλληλη φροντίδα μεγαλώνοντας. Οι Wedig & Nock (2007) βρήκαν ισχυρή συσχέτιση μεταξύ γονεϊκής επικριτικής/εχθρικής συμπεριφοράς και αυτοτραυματικών σκέψεων και συμπεριφορών. Παρομοίως, οι Polk & Liss (2007) αναφέρουν ότι το αυταρχικό γονεϊκό στυλ σε συνδυασμό με υπερβολικά αυστηρούς κανόνες, λειτουργούσαν ως προβλεπτικοί παράγοντες της αυτοτραυματικής συμπεριφοράς (Miller et al., 2007).

Άλλοι οικογενειακοί παράγοντες, όπως η αλληλεπίδραση γονέα παιδιού, η υποκειμενική στήριξη που ο έφηβος αντιλαμβάνεται ότι παίρνει από την οικογένεια του, η έκφραση συναισθημάτων μεταξύ των μελών της οικογένειας, το ιστορικό κακοποίησης από οικογενειακό πρόσωπο, οι διαμάχες μεταξύ γονέων, αλλά και η ψυχική υγεία των γονέων παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση αυτοτραυματικών συμπεριφορών σε παιδιά και εφήβους (Fortune, Cottrell & Fife, 2016). Ειδικότερα, οι έφηβοι με αυτοτραυματικές συμπεριφορές που νοσηλεύονται πολλές φορές προέρχονται από οικογένειες στις οποίες υπάρχει χωρισμός ή διαζύγιο καθώς και ιστορικό αυτοκτονικών συμπεριφορών. Τα παραπάνω είναι αναμφίβολα χαρακτηριστικά οικογενειών που βρίσκονται σε κατάσταση κρίσης, κάτι το οποίο έχει ως αποτέλεσμα να μην προσφέρεται αρκετή στήριξη στα παιδιά, ή τουλάχιστον όχι τόση όση χρειάζονται (Groholt et al., 2000).

Ψυχοπαθολογία. Η αυτοτραυματική συμπεριφορά κατά κανόνα συνυπάρχει με κάποια ψυχική διαταραχή. Οι ψυχικές διαταραχές είναι σχεδόν τέσσερις φορές πιο συχνές στους εφήβους που αυτοτραυματίζονται (Hintikka et al., 2009). Η μείζον καταθλιπτική διαταραχή, οι διαταραχές άγχους και οι διαταραχές διατροφής φαίνεται να είναι συχνότερες μεταξύ των εφήβων που αυτοτραυματίζονταν από ότι μεταξύ της

ομάδας ελέγχου (έφηβοι που δεν αυτοτραυματίζονταν) στην έρευνα των Hintikka et al. (2009). Ειδικότερα, η αυτοτραυματική συμπεριφορά εφήβων που νοσηλεύονται σχεδόν πάντα συνυπάρχει με μία ή περισσότερες ψυχικές διαταραχές, όπως κατάθλιψη, διπολική διαταραχή και στοιχεία οριακής διαταραχής προσωπικότητας (Favazza, 1996; Ghaziuddin, Tsai, Naylor, Ghaziuddin, 1992; Haw, Hawton, Houston, Townsend, 2001; Rodham, Hawton, Evans, 2005; Tuisku, Pelkonen, Karlsson, 2006; Zlotnick, Mattia, Zimmerman, 1999).

Οι Haw et al. (2004), βρήκαν ότι πάνω από 70% των εφήβων που νοσηλεύονταν με αυτοτραυματική συμπεριφορά έφεραν ως διάγνωση κάποια διαταραχή συναισθήματος. Οι Taylor & St.Dnsfied (1984), βρήκαν ότι τα νοσηλευόμενα παιδιά και έφηβοι με αυτοτραυματική συμπεριφορά ανέφεραν περισσότερα ψυχιατρικά συμπτώματα σε σχέση με τα νοσηλευόμενα παιδιά και έφηβους χωρίς αυτοτραυματική συμπεριφορά. Πιο πρόσφατα, οι Resch, Parzer & Brunner (2008) επιβεβαίωσαν αυτό το εύρημα βρίσκοντας ότι τα παιδιά και οι έφηβοι με αυτοτραυματική συμπεριφορά ανέφεραν σημαντικά περισσότερα ψυχιατρικά συμπτώματα σε σχέση με εκείνους που δεν είχαν αυτοτραυματικές συμπεριφορές. Στους εφήβους που νοσούν αλλά δεν νοσηλεύονται, τα συμπτώματα κατάθλιψης συσχετίζονται ισχυρά με τον εσκεμμένο αυτοτραυματισμό (Martin, Rozanes, Pearce & Allison, 1995; Muehlenkamp & Gutierrez, 2004).

Στην έρευνά τους οι Taggart et al. (2006), βρήκαν ότι τα παιδιά και οι έφηβοι με αυτοτραυματική συμπεριφορά πληρούσαν τη διάγνωση της διαταραχής προσαρμογής σε ποσοστό 31.8%, και της καταθλιπτικής διαταραχής σε ποσοστό 19.5%, κατά την προσέλευσή τους στα επείγοντα του ψυχιατρικού νοσοκομείου. Οι υπάρχουσες έρευνες που αφορούν τη σχέση της διαταραχής της προσαρμογής και της αυτοτραυματικής συμπεριφοράς, δείχνουν ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ

τους. Μία έρευνα με κλινικό πληθυσμό, ο οποίος έφερε διάγνωση διαταραχής προσαρμογής και παρακολουθούνταν σε εξωτερική βάση, βρήκε ότι το 25% των εφήβων αυτοτραυματίζονταν, είχαν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας και είχαν ενεργό αυτοκτονικό ιδεασμό (Pelkonen, Marttunen & Henriksson, 2005). Ενήλικες με διάγνωση διαταραχής προσαρμογής εμφανίζουν ιστορικό αυτοτραυματικής συμπεριφοράς σε ποσοστό πάνω από 60% (Kryzhanovskaya & Canterbury, 2001). Οι έρευνες καταλήγουν ότι η διαταραχή της προσαρμογής εγκυμονεί τους ίδιους κινδύνους με πιο σοβαρές διαταραχές (π.χ., μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο) για την εμφάνιση αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών, άρα δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν λιγότερο σοβαρή διαταραχή. Τέλος, βρέθηκε ότι τα παιδιά και οι έφηβοι με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και με διαταραχή προσαρμογής, έχουν ορισμένα χαρακτηριστικά που τους διαχωρίζουν από τα παιδιά και τους εφήβους με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Συγκεκριμένα, όσοι είχαν διαγνωστεί με διαταραχή της προσαρμογής ήταν πιο πιθανό να είχαν παραμεληθεί ως παιδιά, να είχαν χάσει τον ένα ή/και τους δύο γονείς ή/και να είχαν διαβιώσει σε ένα εξαιρετικά ασταθές οικογενειακό περιβάλλον σε σχέση με όσους είχαν διαγνωστεί με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (Polyakova, Knobler & Ambrumova, 1998). Ακόμα, ήταν πιο πιθανό να εκτελέσουν κάποια αυτοκαταστροφική πράξη υπό την επήρεια αλκοόλ και χωρίς να το έχουν προσχεδιάσει. Το διάστημα που μεσολαβούσε μεταξύ της διάγνωσης και της αυτοκαταστροφικής πράξης ήταν σημαντικά μικρότερο σε σχέση με τα παιδιά και εφήβους με κατάθλιψη (Polyakova, Knobler & Ambrumova, 1998). Συνεπώς, συμπεραίνεται ότι τα άτομα με διαταραχή προσαρμογής αποτελούν μια ευπαθή ομάδα με τάση προς την παρορμητικότητα, σε μεγαλύτερο βαθμό και από εκείνους με μείζονα κατάθλιψη (Casey, 2009).

Έρευνες που έχουν προσπαθήσει να εντάξουν τους εφήβους που αυτοτραυματίζονται σε ξεχωριστές ομάδες με κοινά στοιχεία, βρίσκουν πάντα, μεταξύ των άλλων, και μία ομάδα η οποία φαίνεται να είναι ψυχολογικά υγιής. Οι έφηβοι που ανήκουν σε αυτήν την ομάδα δεν έχουν υψηλό σκορ σε κανένα επιβαρυντικό παράγοντα, φαίνεται να είναι δηλαδή εντός του «κανονικού» πλαισίου σε όλες τις μεταβλητές ψυχοπαθολογίας, όπως η κατάθλιψη, το άγχος, η αυτοεκτίμηση, η παρορμητικότητα, η κοινωνική στήριξη καθώς και ο εκφοβισμός (Stanford & Jones, 2009). Ακόμα, αναφέρουν, ότι οι περισσότεροι έφηβοι που αυτοτραυματίζονται ανήκουν στην ψυχολογικά υγιή ομάδα, αν και σε προηγούμενη έρευνά τους, είχαν βρει ότι ήταν η δεύτερη πολυπληθέστερη ομάδα μετά την ομάδα με ψυχοπαθολογία (Stanford & Jones, 2009). Οι ερευνητές διευκρινίζουν ότι η υγιής ομάδα είχε την υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης ενός και μόνο επεισοδίου αυτοτραυματισμού σε σχέση με τις ομάδες στις οποίες υπήρχε ψυχοπαθολογία. Ωστόσο, περισσότεροι από τους μισούς εφήβους σε αυτή την ομάδα, ανέφεραν περισσότερα από ένα επεισόδια αυτοτραυματισμών (Stanford & Jones, 2017).

Κατάχρηση ουσιών. Στο γενικό πληθυσμό, η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών και η κατάχρηση άλλων ουσιών συσχετίζονται θετικά με τον εσκεμμένο αυτοτραυματισμό (Haavisto et al., 2005; Brunner et al., 2007). Στην έρευνα των Hintikka et al. (2009), η συχνή και υπερβολική κατανάλωση οινοπνευματωδών ουσιών συσχετιζόταν με την εσκεμμένη αυτοκοπή. Οι ερευνητές πρότειναν δύο εξηγήσεις γι' αυτό: Πρώτον, το αλκοόλ είναι γνωστό για την ταχεία αγχολυτική του δράση, αλλά όταν χρησιμοποιείται συχνά, μπορεί να προκαλέσει άγχος και κατάθλιψη· νέοι με άγχος και καταθλιπτική διάθεση που αυτοτραυματίζονται, μπορεί να χρησιμοποιήσουν το αλκοόλ ως μέσο αυτοβοήθειας, αλλά μακροπρόθεσμα αυτό μπορεί να επιδεινώσει τα συμπτώματά τους και ενδεχομένως να αυξήσει την ανάγκη

επανάληψης της αυτό-κοπής για την ανακούφιση των συμπτωμάτων. Δεύτερον, το αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο παρορμητικής συμπεριφοράς, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε παρορμητικές πράξεις κοψίματος ή χαρακώματος (Hintikka et al., 2009).

Ατομικά Χαρακτηριστικά. Έχει βρεθεί ότι κάποια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όπως η παρορμητικότητα, η εσωτερική σύγκρουση σε σχέση με τον σεξουαλικό προσανατολισμό και το αυτοαναφερόμενο αίσθημα απελπισίας συνδέονται με τις αυτοτραυματικές συμπεριφορές (Puskar et al., 2006). Επίσης, οι έφηβοι αυτοί συχνά παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα αβοηθησίας και έλλειψης αυτοσυγκράτησης σε σχέση με τους συνομήλικους τους οι οποίοι δεν αυτοτραυματίζονται (Brown, Houck, Hadley & Lescano, 2005). Η χαμηλή αυτοεκτίμηση, οι δυσκολίες προσοχής και η δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά είναι παράγοντες που φαίνεται να έχουν θετική συσχέτιση με τους εκούσιους αυτοτραυματισμούς (Brunner et al., 2014; Slap, Goodman & Huang, 2001; Lieberman, 2004). Τέλος, πολλοί έφηβοι που αυτοτραυματίζονται έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, προβλήματα στην διαχείριση των συναισθημάτων, ελλιπή κοινωνική στήριξη από τους συνομηλικούς (Buresova et al., 2014) και υψηλά σκορ στην κλίμακα της αλεξιθυμίας (Cerutti, Calabrese & Valastro, 2014).

Σχέσεις. Οι έφηβοι που αυτοτραυματίζονται είναι πιθανότερο να έχουν εκτεθεί σε στρεσογόνους παράγοντες, όπως προβλήματα σχέσεων ή συγκρούσεις με συνομηλικούς, κάτι το οποίο επηρεάζει τις σχέσεις τους, την ανθεκτικότητά τους και τελικά την συνολική ικανότητά τους να ανταπεξέλθουν στις συνθήκες της ζωής (Puskar et al., 2006).

Μίμηση. Πολλές έρευνες έχουν αναδείξει ότι η αυτοτραυματική συμπεριφορά, αλλά και η απόπειρα αυτοκτονίας, μπορεί να γίνει μεταδοτική. Χωρίζουν την μετάδοση σε άμεση, εάν το πρόσωπο που επηρεάζει είναι γνωστό του

ατόμου που επηρεάζεται, και έμμεση εάν είναι άγνωστο (Brent et al., 1989; Kaminer, 1986; Robbins & Conroy, 1983; Vaisanen & Hagglund, 1981). Τα άτομα με ασθενές εγώ και σαφή, σοβαρή ψυχοπαθολογία είναι ευάλωτα στο να ταυτιστούν με τα εν λόγω άτομα προβάλλοντας χαρακτηριστικά των εαυτών τους στα άτομα που επιδεικνύουν αυτοτραυματικές συμπεριφορές. Έτσι, ταυτίζοντας τον εαυτό τους με αυτά άτομα υιοθετούν εν τέλει και την αυτοτραυματική-αυτοκτονική συμπεριφορά (Sacks & Eth, 1981; Taiminen et al., 1992). Αυτό έρχεται σε αντιπαράθεση με άλλες έρευνες που δείχνουν ότι η μετάδοση της εν λόγω συμπεριφοράς δεν αποτελεί πρόβλημα σε νοσηλευόμενα παιδιά και εφήβους (King et al., 1995). Ακόμη και οι πρώτες μελέτες που ασχολήθηκαν με τους αυτοτραυματισμούς αναφέρουν ότι οι αυτοτραυματιζόμενοι είναι συχνά αρχηγοί ομάδων, και ότι η συμπεριφορά τους μιμείται από τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας (Offer & Barglow, 1960). Στην συνέχεια, οι Rossand McKay (1979) συμπεραίνουν ότι η μίμηση της αυτοτραυματικής συμπεριφοράς μπορεί να μεταφραστεί ως μια σαφής ένδειξη εγγύτητας μεταξύ δύο ανθρώπων. Οι έφηβοι φαίνεται να μιμούνται την αυτοτραυματική συμπεριφορά με σκοπό να επικοινωνήσουν τα συναισθήματά τους και να εξασφαλίσουν έναν ισχυρό δεσμό μεταξύ μιας σχέσης (Rosen & Walsh, 1989).

Οι Taiminen et al. (1998), δηλώνουν ότι στην έρευνά τους η πλειοψηφία των παιδιών, νοσηλευόμενων σε ψυχιατρική μονάδα, που αυτοτραυματίζονταν το έκαναν λόγω μίμησης και όχι για άλλους λόγους όπως ρύθμιση του συναισθήματος. Ακόμα, συμπεραίνουν ότι τα παιδιά που αυτοτραυματίζονται επηρεάζονται όσον αφορά την επιλογή τρόπων αυτοτραυματισμού (Taiminen et al., 1998), και τονίζουν ότι πιο επιρρεπή είναι νεαρά παιδιά χωρίς ιστορικό αυτοτραυματισμών και χωρίς προηγούμενη γνώση πάνω στο θέμα, καθώς και παιδιά και έφηβοι που εμφανίζουν οριακά στοιχεία προσωπικότητας (Taiminen et al., 1998). Το συγκεκριμένο εύρημα

θεωρείται μείζονος σημασίας καθώς μικρά και αφελή, ως προς το ζήτημα του αυτοτραυματισμού, παιδιά ξεκινούν να αυτοτραυματίζονται λόγω μίμησης και συνεχίζουν την συμπεριφορά λόγω του εθισμού που προκύπτει (Taiminen et al., 1998). Άλλοι παράγοντες που ενισχύουν τη μίμηση αυτής της συμπεριφοράς είναι ο μεγάλος αριθμός νοσηλεύομενων, ο αριθμός άπειρου προσωπικού και ο μικρός αριθμός δομημένων δραστηριοτήτων στη μονάδα (Taiminen et al., 1998). Παρόλα αυτά, πολλές έρευνες που έχουν μελετήσει ποσοτικά το συγκεκριμένο ζήτημα δεν αναφέρουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Στην έρευνα τους με 57 νοσηλεύομενους εφήβους οι King et al. (1995) δεν μπόρεσαν να βρουν οργάνωση των αυτοτραυματικών συμπεριφορών σε συστάδες, έτσι ώστε να αποδεικνύεται η μετάδοσή του. Πάντως, δύο άλλες έρευνες έχουν βρει ότι η αυτοτραυματική συμπεριφορά των εφήβων μιας ψυχιατρικής κλινικής μακράς διαμονής για εφήβους με σοβαρή ψυχοπαθολογία, οργανωνόταν σε συστάδες με στατιστικά σημαντικό τρόπο (Rosen and Walsh, 1989; Walsh and Rosen, 1985). Ακόμα, οι ίδιοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι ενώ η συζήτηση περί αυτοκτονίας και αυτοκτονικού ιδεασμού δεν ήταν οργανωμένη σε συστάδες με στατιστικά σημαντικό τρόπο, οι αυτοτραυματικές συμπεριφορές ήταν. Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι, μεταξύ των νοσηλεύομενων, η αυτοτραυματική συμπεριφορά μπορεί να είναι πιο μεταδοτική από την αυτοκτονικότητα.

Προστατευτικοί παράγοντες

Οι προστατευτικοί παράγοντες καλούνται να παίζουν εξισορροπητικό ρόλο σε όλους τους παραπάνω επιβαρυντικούς παράγοντες ώστε να μετριάσουν τις αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές (Breton et al., 2015). Όμως, οι έρευνες σχετικά με τους προστατευτικούς παράγοντες είναι πολύ πιο περιορισμένες συγκριτικά με εκείνες που αφορούν τους παράγοντες κινδύνου. Όπως προκύπτει, η ύπαρξη ενός

ισχυρού υποστηρικτικού δικτύου, και ιδίως η οικογενειακή συνοχή, αποτελούν τον πιο ισχυρό προστατευτικό παράγοντα απέναντι στην εκδήλωση αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών από εφήβους (Sharaf, Thompson & Walsh, 2010; Taliaferro & Muehlenkamp, 2014). Συγκεκριμένα, η οικογενειακή συνεκτικότητα, που δίνει μια αίσθηση εγγύτητας από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, οδηγεί σε θετικά αποτελέσματα και συνδράμει στην ψυχική ευημερία των εφήβων (Field, Diego & Sanders, 2001). Οι «δεμένες» οικογένειες και η αίσθηση ανταπόκρισης που εισπράττουν οι έφηβοι από τους γονείς και τα λοιπά μέλη έχουν συσχετιστεί με μικρότερο ρίσκο αυτοτραυματικών πράξεων (Castle, Duberstein, Nelson & Conwell, 2002).

Προστατευτική δράση ενάντια στις αυτοτραυματικές συμπεριφορές έχουν το νοητικό επίπεδο, οι γνωστικές ικανότητες και οι δεξιότητες επίλυσης δυσκολιών (Breton et al., 2015). Ένας αριθμός μελετών καταλήγει στο συμπέρασμα ότι τα ακαδημαϊκά επιτεύγματα λειτουργούν επίσης ως προστατευτικοί παράγοντες (Borowsky, Ireland & Resnick, 2001; Taliaferro & Muehlenkamp, 2014; Ulusoy & Demir, 2005).

Ολοκληρώνοντας, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι και η απουσία των παραγόντων κινδύνου μπορεί να ασκεί προστατευτική επίδραση (Franklin et al., 2017). Για παράδειγμα, η μη ύπαρξη κακομεταχείρισης κατά την παιδική ηλικία (Fergusson et al., 2000) και η χρήση ουσιών και αλκοόλ (Evans et al., 2004) ίσως περιορίζουν τη συχνότητα και ένταση των εκούσιων αυτοτραυματισμών.

Θεραπεία και πρόγνωση

Έρευνες έχουν δείξει ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 12% των εφήβων που αυτοτραυματίζονται πηγαίνουν σε κάποιο νοσοκομείο προς αναζήτηση

βοήθειας (Ystgaard et al., 2009). Περίπου 30% λαμβάνει βοήθεια από φίλους ενώ 50% δεν λαμβάνει καμία βοήθεια. (Rossow & Wichstrøm, 1997; Hawton et al., 2002; Pages et al., 2004; Groholt et al., 2000).

Η θεραπευτική αντιμετώπιση ξεκινά με την προσέλευση του εφήβου στο νοσοκομείο, όπου το προσωπικό πρέπει να αξιολογήσει εάν ο τραυματισμός ήταν απόπειρα αυτοκτονίας ή αυτοτραυματική πράξη (Puskar et al., 2006). Εάν ο τραυματισμός ήταν απόπειρα αυτοκτονίας, θα πρέπει να ακολουθηθεί το αυτοκτονικό πρωτόκολλο. Εάν ήταν εκούσιος αλλά χωρίς αυτοκτονική πρόθεση, το προσωπικό θα πρέπει να αξιολογήσει τη συχνότητα των αυτοτραυματισμών εξετάζοντας εάν υπάρχουν ήδη άλλες ή/και παλιότερες ουλές ή πληγές που βρίσκονται σε κάποιο στάδιο επούλωσης (Puskar et al., 2006). Η αξιολόγηση αυτή περιλαμβάνει τη διαφοροποίηση μεταξύ της κακοποίησης από άλλο πρόσωπο έναντι του αυτοτραυματισμού. Ερωτήσεις σχετικά με τους τραυματισμούς, συγκεκριμένα το χρονικό διάστημα και ο τρόπος με τον οποίο το άτομο επιλέγει να τραυματιστεί είναι καλό να θέτονται, αποφεύγοντας όμως την υιοθέτηση μιας επικριτικής στάσης απέναντι στο νοσηλεύόμενο άτομο (Puskar et al., 2006).

Κατά την παραμονή στα εξωτερικά ιατρεία χρειάζεται να απομακρύνονται αιχμηρά αντικείμενα ώστε να δημιουργηθεί ένα ασφαλές περιβάλλον για τον έφηβο (Puskar et al., 2006). Η θεραπεία τραυμάτων είναι απλή και περιλαμβάνει τον καθαρισμό των τραυμάτων, ράμματα ή/και χορήγηση αντιτετανικής αγωγής, εάν αυτό θεωρηθεί απαραίτητο. Στη συνέχεια, ο έφηβος λαμβάνει συμβουλευτική από κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας ώστε να διερευνηθεί εάν υπάρχει κάποια ψυχική διαταραχή καθώς και να γίνει παροχή κάποιας μορφής ψυχοθεραπείας ή επιπρόσθετης συμβουλευτικής (Puskar et al., 2006).

Η μακροπρόθεσμη πρόγνωση για τους εφήβους με αυτοτραυματικές συμπεριφορές είναι κακή επειδή αυτή η συμπεριφορά είναι εξαιρετικά δύσκολο να αντιμετωπιστεί (Puskar et al., 2006). Κάποιες έρευνες βρίσκουν ότι καμία από τις υπάρχουσες γνωστές μορφές θεραπείες, συμπεριλαμβανομένου και των τεχνικών αντιμετώπισης της αυτοκτονικότητας, δεν φαίνεται να είναι αποτελεσματική στην μείωση των εκούσιων αυτοτραυματισμών (Nock, 2010). Άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι υπάρχουν κάποιες παρεμβάσεις με σχετικά θετικά αποτελέσματα. Συγκεκριμένα, τέτοια αποτελέσματα στην μείωση της αυτοτραυματικής συμπεριφοράς είχαν η διαλεκτική συμπεριφορική θεραπεία, η θεραπεία βασισμένη στην εννόηση και η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία (Ougrin, Tranah, Stahl, Moran & Asarnow, 2015). Άλλες έρευνες δείχνουν ότι η εμπλοκή της οικογένειας σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή επιφέρουν στατιστικά σημαντική, αλλά κλινικά μικρή, μείωση των εκούσιων αυτοτραυματισμών (Brent et al., 2013; Ougrin, Tranah, Leigh, Taylor & Asarnow, 2012)

Ο εκούσιος αυτοτραυματισμός είναι ένας τρόπος αντιμετώπισης που μοιάζει και είναι αποτελεσματικός για το άτομο στην μείωση ή διαχείριση των αρνητικών συναισθημάτων, όποτε πολλοί δεν έχουν διάθεση για αλλαγή. Ακόμη και μετά την ενδονοσοκομειακή νοσηλεία, υπολογίζεται πως το 40%-60% των εφήβων εξακολουθεί να αυτοτραυματίζεται (Puskar et al., 2006).

Υποθέσεις

Αν και η έρευνα σχετικά με τις αυτοτραυματικές συμπεριφορές και γενικότερα την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά είναι εκτεταμένη, πολλά στοιχεία που σχετίζονται με αυτές παραμένουν θολά. Για αυτό το λόγο, θέλοντας να εμβαθύνουμε, αλλά και να επιβεβαιώσουμε την υπάρχουσα γνώση, αποφασίσαμε να εξετάσουμε τις παρακάτω

υποθέσεις. Τα παιδιά και οι έφηβοι με αυτοτραυματικές συμπεριφορές, οι οποίοι νοσηλεύονται θα αυτοτραυματίζονται με περισσότερους από έναν τρόπους, ενώ οι έφηβοι που παρακολουθούνται από μονάδα εξωτερικού ιατρείου αναμένεται ότι θα αυτοτραυματίζονται με ένα μόνο τρόπο. Τα παιδιά και οι έφηβοι που νοσηλεύονται θα έχουν επιλέξει να αυτοτραυματιστούν με πιο βίαιους τρόπους από ότι οι έφηβοι που παρακολουθούνται σε εξωτερική βάση. Τα νοσηλευόμενα παιδιά και έφηβοι θα είναι πιο πιθανό να έχουν επιχειρήσει να βάλουν τέλος στη ζωή τους σε σχέση με τους εφήβους της εξωτερικής μονάδας. Τέλος, λόγω επιρροής και μίμησης τα παιδιά και οι έφηβοι που νοσηλεύονται θα αυτοτραυματίζονται με περισσότερους τρόπους όταν νοσηλεύονται με μεγαλύτερο αριθμό παιδιών και εφήβων που αυτοτραυματίζονται.

Μεθοδολογία

Πρόκειται για μία μη παρεμβατική συγχρονική έρευνα στην οποία η συλλογή των στοιχείων έγινε αναδρομικά, χρησιμοποιώντας τους ήδη υπάρχοντες ψυχιατρικούς και ιατρικούς φακέλους των παιδιών και εφήβων. Συγκεκριμένα, τα στοιχεία ελήφθησαν από το κοινωνικό και οικογενειακό ιστορικό, από την παιδοψυχιατρική συνέντευξη και από τα ψυχομετρικά εργαλεία. Από τους ιατρικούς φακέλους, συλλέχθηκαν στοιχεία σχετικά με αυτοπροκαλούμενες βλάβες και λοιπές οργανικές παθήσεις, εφόσον αυτές υπήρχαν. Για την παρούσα έρευνα, δημιουργήθηκε μία νέα βάση δεδομένων στο λογισμικό SPSS με τις μεταβλητές που ενδιέφεραν τους ερευνητές. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από τους φακέλους καταχωρήθηκαν στη νεοσύστατη βάση δεδομένων και στη συνέχεια έγινε ανάλυση με σκοπό να εξετασθούν οι υποθέσεις που είχαν διαμορφωθεί.

Συμμετέχοντες

Ο πληθυσμός της έρευνας ήταν αποκλειστικά κλινικός και αποτελούταν από 34 παιδιά και έφηβους ηλικίας 8-16 ετών που είχαν νοσηλευτεί στο Τμήμα Ενδονοσοκομειακής Νοσηλείας (TEN) της Παιδοψυχιατρικής Κλινικής του Νοσοκομείου Παίδων «Η Αγία Σοφία» τα έτη 2012-2018, καθώς και από 29 εφήβους ηλικίας 13-18 ετών που παρακολουθούνταν σε εξωτερική βάση στη Μονάδα Εφήβων της ίδιας κλινικής τα έτη 2012-2018. Το δείγμα προέκυψε μετά από μελέτη των ψυχιατρικών φακέλων των παιδιών και εφήβων που είχαν νοσηλευτεί στο TEN κατά τη χρονική περίοδο 2012-2018 ή βρισκόταν ακόμα σε νοσηλεία κατά τη διεξαγωγή της έρευνας καθώς και από τη μελέτη φακέλων εφήβων που ήταν υπό παρακολούθηση στη μονάδα εφήβων κατά την ίδια χρονική περίοδο. Μετά από έρευνα όλων των φακέλων των περιστατικών που είχαν νοσηλευτεί, ή ήταν υπό παρακολούθηση τα τελευταία έξι χρόνια, επιλέχθηκαν οι περιπτώσεις με αναφερόμενο πρόβλημα την αυτοτραυματική συμπεριφορά ή/και αναφορές αυτοτραυματικής συμπεριφοράς κατά τη διάρκεια παρακολούθησής παιδιών και εφήβων. Ειδικότερα, απορρίφθηκαν όσα παιδιά και έφηβοι ανέφεραν απόπειρα αυτοκτονίας χωρίς όμως παρουσία αυτοτραυματικής συμπεριφοράς. Ακόμα, απορρίφθηκαν οι περιπτώσεις των οποίων οι φάκελοι είχαν πολλαπλές ελλείψεις στοιχείων που ήταν απολύτως βασικά για την διεκπεραίωση της παρούσας έρευνας.

Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων

Για την υλοποίησή της έρευνας είχε εγκριθεί άδεια από την Ιατρική Σχολή του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Ακόμα, οι κηδεμόνες των παιδιών και εφήβων που νοσηλεύονταν στο TEN του Νοσοκομείου Παίδων, ή παρακολουθούνταν εξωτερικά, είχαν δώσει τη συγκατάθεσή τους για χρήση των δεδομένων τους για ερευνητικούς σκοπούς κατά την εισαγωγή τους ή κατά την έναρξη της παρακολούθησής τους. Οι φάκελοι 2012-2018 μελετήθηκαν και τα

στοιχεία καταχωρήθηκαν στη βάση SPSS, στην οποία πρόσβαση είχαν μόνο οι ερευνητές της παρούσας έρευνας.

Εργαλεία

1. Ερωτηματολόγιο ιστορικού (οικογενειακό κληρονομικό ιστορικό)

Το εν λόγω ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει μια σειρά ερωτήσεων που αφορούν τα βασικά δημογραφικά στοιχεία του παιδιού ή εφήβου και της οικογένειας (π.χ. φύλο, ηλικία, εθνικότητα, τόπο κατοικίας). Ακόμη, περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με τη ζωή του παιδιού ή εφήβου (π.χ. εάν ήταν επιθυμητή ή όχι η εγκυμοσύνη, σωματική/νοητική/ ψυχολογική ανάπτυξη παιδιού ή εφήβου) τους επιβαρυντικούς παράγοντες, (ενδο- ή εξω-οικογενειακές σχέσεις, γεγονότα ζωής) καθώς και τις εκτιμήσεις των ειδικών της μονάδας (λογοπαιδική, ψυχιατρική, εργοθεραπευτική)

2. Έντυπο παραπομπής TEN

Η φόρμα παραπομπής συμπληρώνεται κατά τη διάρκεια του τηλεφωνικού intake.

Περιγράφει περιληπτικά τη σύσταση της οικογένειας, την ύπαρξη αδερφών, την ηλικία των μελών της οικογένειας, τον τόπο κατοικίας, το αναφερόμενο πρόβλημα, την παρούσα ψυχοπαθολογία, και το αίτημα παραπομπής.

3. Έντυπο εξιτηρίου TEN

Περιλαμβάνει την ημερομηνία εισαγωγής, την ημερομηνία εξόδου του παιδιού ή εφήβου από το TEN, τη διάρκεια νοσηλείας και την τελική διάγνωση κατά το ICD-10.

4. Ατομικό ιατρικό ιστορικό παιδιού ή εφήβου

Περιλαμβάνει στοιχεία σχετικά με το βάρος και ύψος του παιδιού ή του εφήβου, τυχόν συνοδές οργανικές παθήσεις ή επιπλοκές, ιατρικές εξετάσεις και τη φαρμακευτική αγωγή που χορηγήθηκε στο παιδί ή τον έφηβο.

5. Ψυχιατρικός φάκελος

Ο ψυχιατρικός φάκελος του κάθε παιδιού ή εφήβου περιέχει αναλυτικές πληροφορίες από τις ατομικές συναντήσεις του παιδοψυχιάτρου με το παιδί ή τον έφηβο και τους γονείς, αλλά και από τις οικογενειακές συναντήσεις. Ακόμα, περιλαμβάνει την ψυχιατρική διάγνωση κατά ICD-10 και DSM-V, και την ψυχολογική εκτίμηση μέσω ψυχομετρικών εργαλείων. Δηλαδή, περιλαμβάνονται τα αποτελέσματα ψυχομετρικών εργαλείων που δίνονται στα παιδιά και στους εφήβους ανάλογα με τη διάγνωση τους (CDI, εργαλεία για αυτοτραυματισμούς, αυτοκτονικότητας, διατροφικές διαταραχές, διαταραχή μετατραυματικού στρες κτλ.) κατά την εισαγωγή τους στο TEN.

6. Βιβλίο Καταγραφής Εισαγωγών TEN

Στο βιβλίο καταγραφής εισαγωγών του TEN καταγράφονται το όνομα και επίθετο του παιδιού ή του εφήβου, η ημερομηνία γέννησης του, η επίσημη διάγνωση που δόθηκε στο παιδί ή τον έφηβο, και η ημερομηνία εισαγωγής και εξόδου από το TEN.

7. Έντυπο στοιχείων για μονάδα εφήβων

Για τη συλλογή στοιχείων σχετικά με τους εφήβους που παρακολουθούνταν σε εξωτερική βάση στη μονάδα εφήβων δημιουργήθηκε μια φόρμα στην οποία αναγραφόταν το ονοματεπώνυμο του παιδιού, η ηλικία του κατά την παρακολούθηση, ο τόπος διαμονής του, η σύσταση της οικογένειας του, η διάγνωση που έφερε, η ύπαρξη, συχνότητα και το είδος αυτοτραυματισμών, η ύπαρξη απόπειρας αυτοκτονίας, ο αριθμός και ο τρόπος με τον οποίον το παιδί ή ο έφηβος είχε προσπαθήσει να δώσει τέλος στη ζωή του, η ύπαρξη αυτοκτονικού ιδεασμού και

ο δείκτης λειτουργικότητας. Η προαναφερθείσα φόρμα συμπληρώθηκε από την υπεύθυνη παιδοψυχίατρο η οποία ήταν υπεύθυνη για την παρακολούθηση όλων των περιστατικών της μονάδας εφήβων.

8. Κλίμακα Ολικής Εκτίμησης Παιδιών (Children's Global Assessment Scale, C-GAS).

Με την κλίμακα Ολικής Εκτίμησης Παιδιών (Shaffer et al., 1983) γίνεται εκτίμηση της λειτουργικότητας του παιδιού σε ψυχολογικό, κοινωνικό και σχολικό επίπεδο, σε ορισμένο χρονικό διάστημα. Η εκτίμηση μετριέται με κλίμακα 100 διαβαθμίσεων: 1=πάρα πολύ άσχημα, 100=πολύ καλά. Η προσαρμογή στη ελληνική γλώσσα πραγματοποιήθηκε από τους Γ. Κολαΐτης, Τ. Κόρπα και Ι. Τσιάντης (Σταλίκας και συν., 2012). Τα στοιχεία από το C-GAS συμπληρώθηκαν από τους εκπαιδευμένους σε αυτά υπεύθυνους παιδοψυχιάτρους των παιδιών και των εφήβων κατά τις πρώτες εβδομάδες εισαγωγής του παιδιού και εφήβου.

Στατιστική ανάλυση

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD), οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's χ^2 test ή το Fisher's exact test όπου ήταν απαραίτητο. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test ή το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (r). Η συσχέτιση

θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με την απόπειρα αυτοκτονίας έγινε ανάλυση λογαριθμιστικής παλινδρόμησης (logistic regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) και προέκυψαν σχετικοί λόγοι (odds ratio) με τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης τους (95% ΔΕ). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

Αποτελέσματα

Το δείγμα αποτελούταν από 63 παιδιά και έφηβους: 34 εξ' αυτών νοσηλεύονταν στο TEN και 29 παρακολουθούνταν σε εξωτερική βάση στη μονάδα εφήβων. Στον πίνακα 1, που ακολουθεί, δίνονται τα δημογραφικά στοιχεία των παιδιών και εφήβων, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Τα παιδιά και οι έφηβοι που νοσηλεύονταν στη μονάδα είχαν μέση ηλικία 15,6 έτη ($SD=0,9$ έτη), ενώ αυτά που νοσηλεύονταν στο TEN είχαν σημαντικά μικρότερης ηλικίας που κατά μέσο όρο ήταν τα 14,0 έτη ($SD=1,3$ έτη). Η πλειοψηφία των παιδιών και εφήβων και στις δύο ομάδες ήταν κορίτσια και είχαν ως τόπο διαμονής την Αθήνα. Το ποσοστό των παιδιών και εφήβων που έμεναν με την πυρηνική τους οικογένεια ήταν 62,1% σε αυτά που παρακολουθούνταν στη μονάδα, και σημαντικά χαμηλότερο και ίσο με 39,4% σε αυτά που νοσηλεύονταν στο TEN.

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία παιδιών και εφήβων.

	Ομάδα				P ⁺
	TEN (N=34)		Μονάδα (N=29)		
	N	%	N	%	
Ηλικία κατά την εισαγωγή (έτη), μέση τιμή (SD)	14,0 (1,3)		15,6 (0,9)		0,001 [†]

Φύλο	Κορίτσι	25	73,5	19	65,5	0,490
	Αγόρι	9	26,5	10	34,5	
Μόνιμος τόπος διαμονής	Αθήνα	25	73,5	22	75,9	0,832
	Επαρχία	9	26,5	7	24,1	
Τύπος οικογένειας	Πυρηνική	13	39,4	18	62,1	<0,001 ⁺⁺
	Μονογονεϊκή λόγω θανάτου	4	12,1	6	20,7	
	Εκτεταμένη	0	0,0	0	0,0	
	Διαμένει σε ίδρυμα παιδικής προστασίας	1	3,0	5	17,2	
	Μονογονεϊκή λόγω χωρισμού ή διαζυγίου	12	36,4	0	0,0	
	Θετοί γονείς	3	9,1	0	0,0	
Αριθμός αδερφών, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		1,1 (1,0)	1 (0 - 1,5)	1,2 (0,9)	1 (1 - 2)	0,441 ⁺⁺

⁺Pearson's χ^2 test ⁺⁺Fisher's exact test [†]Student's t-test ⁺⁺Mann-Whitney test

Στον πίνακα 2, που ακολουθεί, δίνεται η διάγνωση των παιδιών και εφήβων, ξεχωριστά για κάθε ομάδα. Η συχνότερη διάγνωση που έφεραν τα νοσηλευόμενα παιδιά και έφηβοι ήταν F43.2 - (διαταραχές της προσαρμογής), με ποσοστό 23,5%. Η συχνότερη διάγνωση των παιδιών και εφήβων στη μονάδα ήταν F32 - (καταθλιπτικό επεισόδιο), με ποσοστό 24,1%.

Πίνακας 2. Διαγνώσεις παιδιών και εφήβων κατά ICD-10.

Διάγνωση ICD10	Ομάδα			
	TEN		Μονάδα	
	N	%	N	%
Άγνωστη	2	5,9	0	0,0
F32	4	11,8	7	24,1
F32.1	4	11,8	0	0,0
F32.2	2	5,9	0	0,0
F34.1	0	0,0	2	6,9
F41.1	1	2,9	4	13,8
F41.2	1	2,9	0	0,0

F42.2, F50	1	2,9	0	0,0
F43.2, Z62.9	1	2,9	0	0,0
F43.2	5	14,7	5	17,2
F43.2, F43.20	1	2,9	0	0,0
F50	2	5,9	3	10,3
F50.1	3	8,8	0	0,0
F63.3	0	0,0	1	3,4
F64	0	0,0	3	10,3
F92	4	11,8	4	13,8
F92, F43.2	1	2,9	0	0,0
F92, X60	1	2,9	0	0,0
Z61.8, Z11.4	1	2,9	0	0,0

Στον ακόλουθο πίνακα 3 δίνονται η διάρκεια νοσηλείας και ο αριθμός παιδιών και εφήβων που νοσηλεύονταν στο TEN. Η μέση διάρκεια νοσηλείας για τα παιδιά και τους έφηβους με αυτοτραυματική συμπεριφορά ήταν 126,3 ημέρες (SD=53,8 ημέρες). Ο μέσος αριθμός παιδιών και εφήβων που νοσηλεύονταν με αυτοτραυματική συμπεριφορά ήταν 6,4 (SD=3,9) και ο μέγιστος αριθμός παιδιών και εφήβων που αυτοτραυματίζονταν και νοσηλεύονταν μαζί την ίδια στιγμή ήταν 5,1 (SD=2,5).

Πίνακας 3. Διάρκεια ενδονοσοκομειακής νοσηλείας παιδιών και εφήβων με αυτοτραυματισμούς στο TEN.

	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)
Διάρκεια νοσηλείας	126,3 (53,8)	117,5 (94,5-130,5)
Αριθμός παιδιών και εφήβων που νοσηλεύονταν	6,4 (3,9)	6,5 (3,0-9,0)
Μέγιστος αριθμός παιδιών και εφήβων που νοσηλεύονταν μαζί την ίδια στιγμή	5,1 (2,5)	5 (3-7)

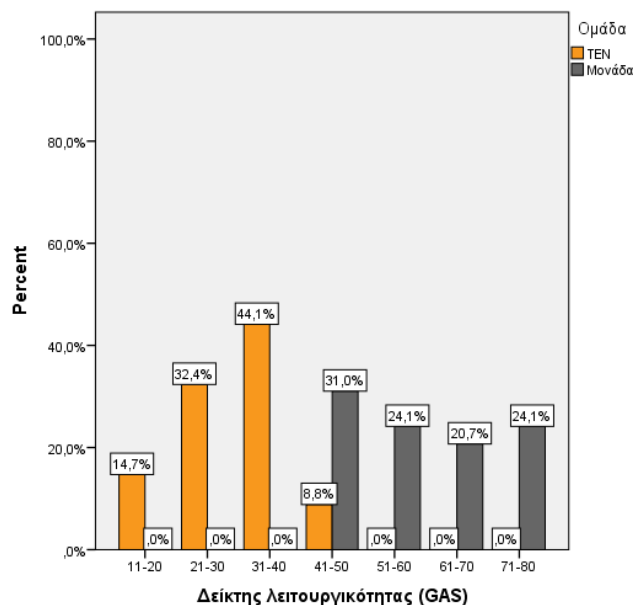
Στον πίνακα 4, που ακολουθεί, δίνεται ο δείκτης λειτουργικότητας των παιδιών και εφήβων που αυτοτραυματίζονταν, ξεχωριστά για κάθε ομάδα. Όλα τα παιδιά και έφηβοι που νοσηλεύονταν στο TEN είχαν δείκτη λειτουργικότητας κάτω του 50. Ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 8,8 % είχε δείκτη λειτουργικότητας 41-50. Η πλειοψηφία των παιδιών και εφήβων κυμαινόταν μεταξύ 21-40. Συγκεκριμένα, το 44,1% των παιδιών και εφήβων του TEN είχαν δείκτη λειτουργικότητας 31-40 ενώ το 32,4% είχε 21-30. Τέλος, βρέθηκε ένα ποσοστό της τάξης του 14,7 το οποίο είχε εξαιρετικά χαμηλό δείκτη λειτουργικότητας 11-20. Όλοι οι έφηβοι που παρακολουθούνταν σε εξωτερική βάση είχαν δείκτη λειτουργικότητας πάνω από 40. Πιο συγκεκριμένα, το 31,0% των εφήβων της μονάδας είχε δείκτη λειτουργικότητας 41-50, το 24,1% είχε 51-60 και υπήρχε και ένα σημαντικό ποσοστό το εφήβων οι οποίοι είχαν σχετικά υψηλό δείκτη λειτουργικότητας: το 20,7% είχε από 61-70 και το 24,1% είχε 71-80. Συνολικά, ο δείκτης λειτουργικότητας των παιδιών και εφήβων που παρακολουθούνταν σε εξωτερική βάση στη Μονάδα Εφήβων ήταν σημαντικά υψηλότερος ($p < 0,001$).

Πίνακας 4. Δείκτης λειτουργικότητας παιδιών και εφήβων.

Δείκτης λειτουργικότητας (GAS)	Ομάδα			
	TEN		Μονάδα	
	N	%	N	%
11-20	5	14,7	0	0,0
21-30	11	32,4	0	0,0
31-40	15	44,1	0	0,0
41-50	3	8,8	9	31,0
51-60	0	0,0	7	24,1
61-70	0	0,0	6	20,7
71-80	0	0,0	7	24,1
81-90	0	0,0	0	0,0

Στο γράφημα 1, που ακολουθεί, δίνεται αναλυτικά ο δείκτης λειτουργικότητας των παιδιών και εφήβων ανάλογα με την ομάδα τους.

Γράφημα 1. Δείκτης λειτουργικότητας παιδιών και εφήβων.



Στον παρακάτω πίνακα δίνονται στοιχεία σχετικά με τους τρόπους αυτοτραυματισμού των παιδιών και εφήβων, ξεχωριστά για κάθε ομάδα. Το ποσοστό αυτοτραυματισμού προκαλούμενο με γδάρισμα από νύχια ήταν σημαντικά υψηλότερο στους εφήβους που παρακολουθούνταν στη μονάδα· αντιθέτως, τα ποσοστά αυτοτραυματισμού με χτύπημα κεφαλιού και με χαράκωμα ήταν σημαντικά υψηλότερα στα παιδιά και εφήβους που νοσηλεύονταν στο TEN. Οι υπόλοιποι τρόποι αυτοτραυματισμού είχαν παρόμοια ποσοστά και στις δύο ομάδες.

Πίνακας 5. Τρόποι αυτοτραυματισμού παιδιών και εφήβων.

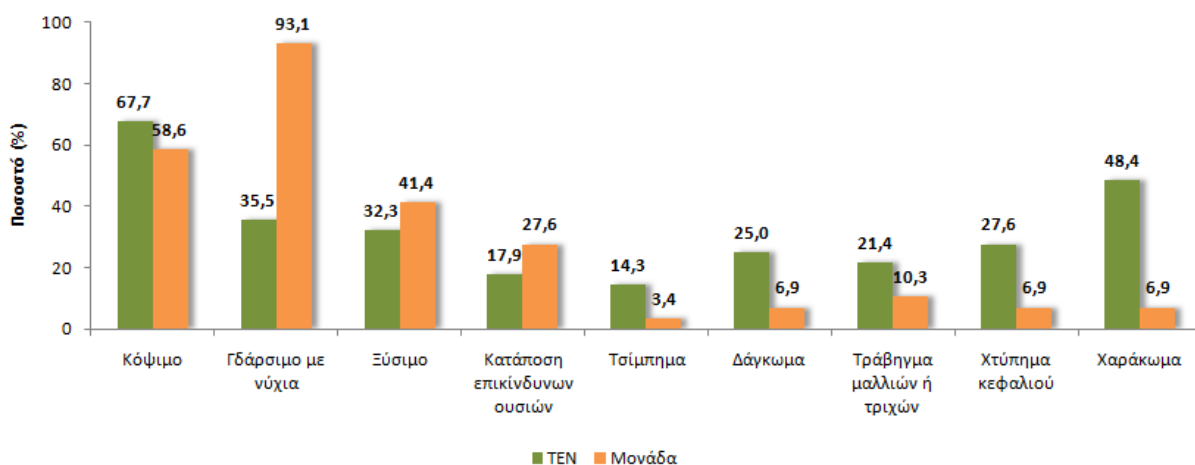
		Ομάδα				P*
		TEN		Μονάδα		
		N	%	N	%	
Κόψιμο	Όχι	10	32,3	12	41,4	0,464
	Ναι	21	67,7	17	58,6	
Γδάρισμα με νύχια	Όχι	20	64,5	2	6,9	<0,001
	Ναι	11	35,5	27	93,1	

Ξύσιμο	Όχι	21	67,7	17	58,6	0,464
	Ναι	10	32,3	12	41,4	
Κατάποση επικίνδυνων ουσιών	Όχι	23	82,1	21	72,4	0,381
	Ναι	5	17,9	8	27,6	
Τσίμπημα	Όχι	24	85,7	28	96,6	0,194 ⁺⁺
	Ναι	4	14,3	1	3,4	
Δάγκωμα	Όχι	21	75,0	27	93,1	0,079 ⁺⁺
	Ναι	7	25,0	2	6,9	
Τράβηγμα μαλλιών ή τριχών	Όχι	22	78,6	26	89,7	0,297 ⁺⁺
	Ναι	6	21,4	3	10,3	
Χτύπημα κεφαλιού	Όχι	21	72,4	27	93,1	0,037
	Ναι	8	27,6	2	6,9	
Χαράκωμα	Όχι	16	51,6	27	93,1	<0,001
	Ναι	15	48,4	2	6,9	

⁺Pearson's χ^2 test ⁺⁺Fisher's exact test

Στο γράφημα 2, που ακολουθεί, δίνονται τα ποσοστά αυτοτραυματισμού των παιδιών και εφήβων με τους διάφορους τρόπους, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Γράφημα 2. Τρόποι αυτοτραυματισμού παιδιών και εφήβων.



Στον πίνακα 6, που ακολουθεί, δίνεται το πλήθος αυτοτραυματισμών των παιδιών και εφήβων, ξεχωριστά για κάθε ομάδα. Τα παιδιά που νοσηλεύονταν στο

TEN είχαν τραυματιστεί με παραπάνω από έναν τρόπο σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό από αυτό των παιδιών που παρακολουθούνταν στη μονάδα.

Πίνακας 6. Πλήθος τρόπων αυτοτραυματισμού συμμετεχόντων.

		Ομάδα				P ⁺
		TEN		Μονάδα		
		N	%	N	%	
Πλήθος τρόπων αυτοτραυματισμού	1	15	44,1	6	20,7	0,049
	>1	19	55,9	23	79,3	
Πλήθος τρόπων αυτοτραυματισμού, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		2,6 (2,4)	2 (1 - 3)	2,6 (1,4)	2 (2 - 3)	0,167 [‡]

[†]Pearson's χ^2 test [‡]Mann-Whitney test

Στοιχεία σχετικά με τις απόπειρες αυτοκτονίας και τον αυτοκτονικό ιδεασμό των παιδιών δίνονται στον παρακάτω πίνακα 7, ξεχωριστά για κάθε ομάδα. Ενώ το ποσοστό αυτοκτονικού ιδεασμού ήταν παρόμοιο και στις δύο ομάδες, το ποσοστό των παιδιών και εφήβων που είχαν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας ήταν σημαντικά υψηλότερο στην ομάδα του TEN. Επίσης οι δύο ομάδες διέφεραν σημαντικά και ως προς τον αριθμό των αποπειρών που είχαν κάνει τα παιδιά και οι έφηβοι. Τα νοσηλευόμενα παιδιά και έφηβοι είχαν στο ιστορικό τους στατιστικά σημαντικά περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας σε σχέση με τα παιδιά και τους εφήβους που παρακολουθούνταν στην μονάδα εφήβων. Οι τρόποι απόπειρας αυτοκτονίας ήταν παρόμοιοι για τις δύο ομάδες.

Πίνακας 7. Αυτοκτονικός ιδεασμός και απόπειρες αυτοκτονίας συμμετεχόντων.

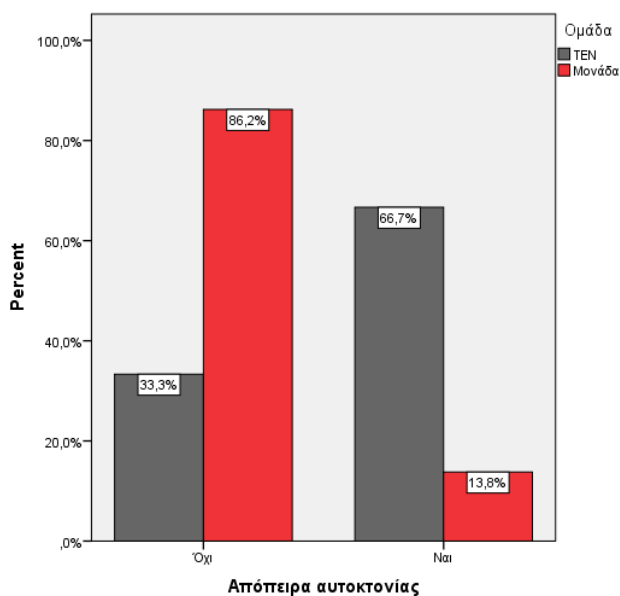
		Ομάδα				P ⁺
		TEN		Μονάδα		
		N	%	N	%	

Ύπαρξη αυτοκτονικού ιδεασμού κατά την εξέταση	Όχι	18	81,8	21	72,4	0,433
	Ναι	4	18,2	8	27,6	
Απόπειρα αυτοκτονίας	Όχι	11	33,3	25	86,2	<0,001
	Ναι, μια	16	48,5	3	10,3	
	Ναι, πολλαπλές	6	18,2	1	3,4	
Απόπειρα αυτοκτονίας	Όχι	11	33,3	25	86,2	<0,001
	Ναι	22	66,7	4	13,8	
Αν ναι, με ποιο τρόπο	Δηλητηρίαση με φαρμακευτικά σκευασματα	8	66,7	3	75,0	1,000 ⁺⁺
	Απαγχωνισμός	1	8,3	0	0,0	
	Πτώση σε ράγες	0	0,0	0	0,0	
	Πτώση απο ύψος	1	8,3	1	25,0	
	Δηλητηρίαση και πτώση σε ράγες	1	8,3	0	0,0	
	Πτώση από ύψος και δηλητηρίαση	1	8,3	0	0,0	

⁺Pearson's χ^2 test ⁺⁺Fisher's exact test

Στο γράφημα 3, που ακολουθεί, δίνονται τα ποσοστά των παιδιών και των εφήβων που έκαναν απόπειρα αυτοκτονίας, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Γράφημα 3. Απόπειρα αυτοκτονίας συμμετεχόντων.



Στον πίνακα 8, που ακολουθεί, δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman σχετικά με το πλήθος των τρόπων αυτοτραυματισμού που είχαν κάνει τα παιδιά και οι έφηβοι που νοσηλεύονταν στο TEN με τον αριθμό των παιδιών και

εφήβων που νοσηλεύονταν εκεί την ίδια χρονική στιγμή. Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση του πλήθους των τρόπων αυτοτραυματισμού που είχαν τα παιδιά και οι έφηβοι του TEN με τον αριθμό των παιδιών και εφήβων που νοσηλεύονταν εκεί.

Πίνακας 8. Συσχέτιση πλήθους τρόπων αυτοτραυματισμού με αριθμό συννοσηλευόμενων παιδιών και εφήβων.

		Πλήθος τρόπων αυτοτραυματισμού	
Αριθμός παιδιών και εφήβων που νοσηλεύονταν	r	0,28	
	P	0,139	
Μέγιστος αριθμός παιδιών και εφήβων που νοσηλεύονταν μαζί την ίδια στιγμή	r	0,14	
	P	0,448	

Στον πίνακα 9, που ακολουθεί, δίνονται τα ποσοστά απόπειρας αυτοκτονίας των παιδιών και εφήβων ανάλογα με τα δημογραφικά τους στοιχεία. Το ποσοστό των παιδιών και εφήβων που έκαναν απόπειρα αυτοκτονίας ήταν σημαντικά υψηλότερο σε εκείνα που έμεναν με την πυρηνική τους οικογένεια και σε εκείνα με δείκτη λειτουργικότητας κάτω από 40 μονάδες.

Πίνακας 9. Δημογραφικά στοιχεία και CGAS σε παιδιά και εφήβους με ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας.

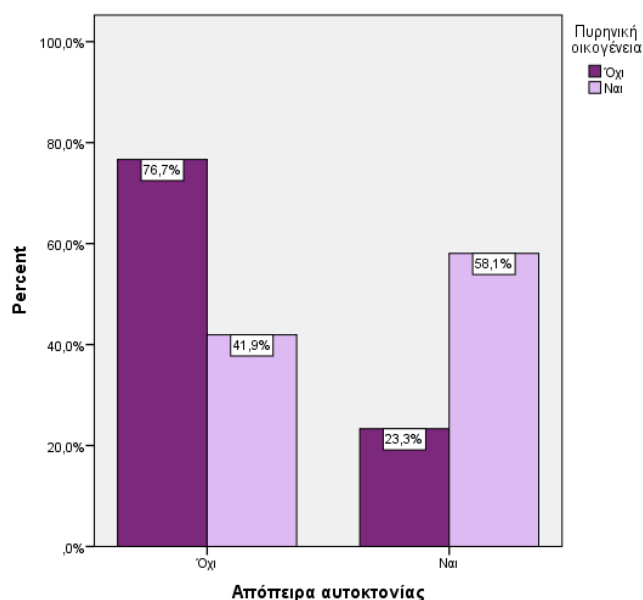
	Απόπειρα αυτοκτονίας				P ⁺
	Όχι		Ναι		
	N	%	N	%	
Ηλικία κατά την εισαγωγή (έτη), μέση τιμή (SD)	15,0 (1,4)		14,4 (1,3)		0,579 [‡]

Φύλο	Κορίτσι	24	54,5	20	45,5	0,380
	Αγόρι	12	66,7	6	33,3	
Μόνιμος τόπος διαμονής	Αθήνα	28	60,9	18	39,1	0,448
	Επαρχία	8	50,0	8	50,0	
Πυρηνική οικογένεια	Όχι	23	76,7	7	23,3	0,006
	Ναι	13	41,9	18	58,1	
Αριθμός αδερφών, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		1,1 (0,8)	1 (1 - 2)	1,1 (1,0)	1 (0,5 - 1,5)	0,864 ^{††}
Δείκτης λειτουργικότητας (GAS)	11-40	9	30,0	21	70,0	<0,001
	41-90	27	84,4	5	15,6	

[†]Pearson's χ^2 test ^{††}Student's t-test ^{‡‡}Mann-Whitney test

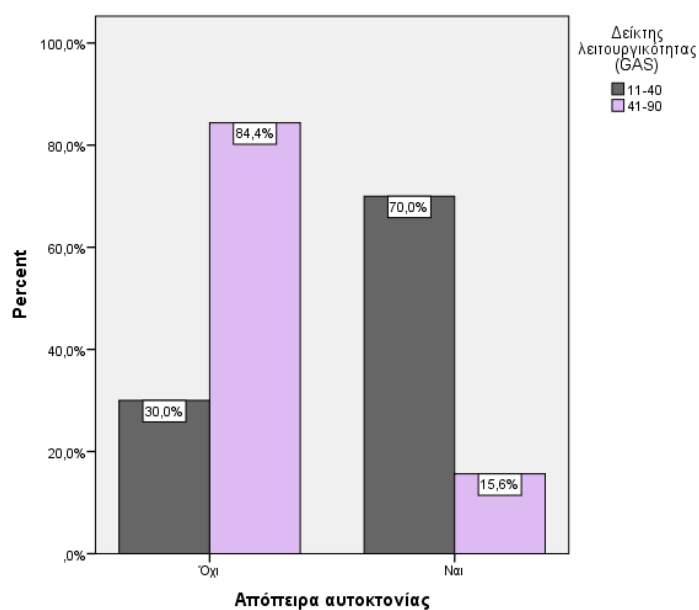
Στο γράφημα 4, που ακολουθεί, δίνονται τα ποσοστά των παιδιών και εφήβων που έκαναν απόπειρα αυτοκτονίας ανάλογα με τον τύπο οικογένειάς τους.

Γράφημα 4. Τύπος οικογένειας και ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας.



Στο γράφημα 5, που ακολουθεί, δίνονται τα ποσοστά των παιδιών και εφήβων που έκαναν απόπειρα αυτοκτονίας ανάλογα με το δείκτη λειτουργικότητάς τους.

Γράφημα 5. Δείκτης λειτουργικότητας και απόπειρες αυτοκτονίας.



Στον πίνακα 10, που ακολουθεί, δίνονται τα ποσοστά απόπειρας αυτοκτονίας των παιδιών και εφήβων ανάλογα με στοιχεία που αφορούν τον αυτοτραυματισμό τους. Τα ποσοστά απόπειρας αυτοκτονίας ήταν σημαντικά υψηλότερα στα παιδιά και τους εφήβους που είχαν αυτοτραυματιστεί με κόψιμο ή με χαράκωμα, και σημαντικά χαμηλότερα στα παιδιά και τους εφήβους που είχαν επιλέξει σαν τρόπο αυτοτραυματισμού το γδάρσιμο με νύχια.

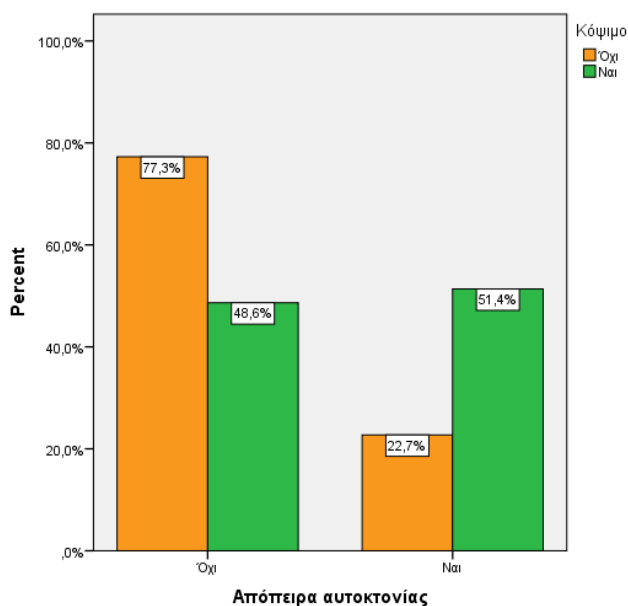
Πίνακας 10. Στοιχεία αυτοτραυματισμών και απόπειρα αυτοκτονίας.

		Απόπειρα αυτοκτονίας				P ⁺
		Όχι		Ναι		
		N	%	N	%	
Κόψιμο	Όχι	17	77,3	5	22,7	0,030
	Ναι	18	48,6	19	51,4	
Γδάρσιμο με νύχια	Όχι	7	31,8	15	68,2	0,001
	Ναι	28	75,7	9	24,3	
Ξύσιμο	Όχι	20	52,6	18	47,4	0,159
	Ναι	15	71,4	6	28,6	
Κατάποση επικίνδυνων ουσιών	Όχι	26	59,1	18	40,9	0,874
	Ναι	8	61,5	5	38,5	
Τσίμπημα	Όχι	32	61,5	20	38,5	0,384 ⁺⁺
	Ναι	2	40,0	3	60,0	
Δάγκωμα	Όχι	31	64,6	17	35,4	0,137 ⁺⁺
	Ναι	3	33,3	6	66,7	
Τράβηγμα μαλλιών ή τριχών	Όχι	28	58,3	20	41,7	0,726 ⁺⁺
	Ναι	6	66,7	3	33,3	
Χτύπημα κεφαλιού	Όχι	29	60,4	19	39,6	0,726 ⁺⁺
	Ναι	5	50,0	5	50,0	
Χαράκωμα	Όχι	29	67,4	14	32,6	0,037
	Ναι	6	37,5	10	62,5	
Ύπαρξη αυτοκτονικού ιδεασμού κατά την εξέταση	Όχι	29	74,4	10	25,6	0,076 ⁺⁺
	Ναι	5	41,7	7	58,3	
Πλήθος τρόπων αυτοτραυματισμού		2,5 (1,6)	2 (1,5 - 3)	2,5 (2,5)	2 (1 - 3)	0,230 ⁺⁺
Πλήθος τρόπων αυτοτραυματισμού	<=1	9	42,9	12	57,1	0,082
	>1	27	65,9	14	34,1	

⁺Pearson's χ^2 test ⁺⁺Fisher's exact test ^{**}Mann-Whitney test

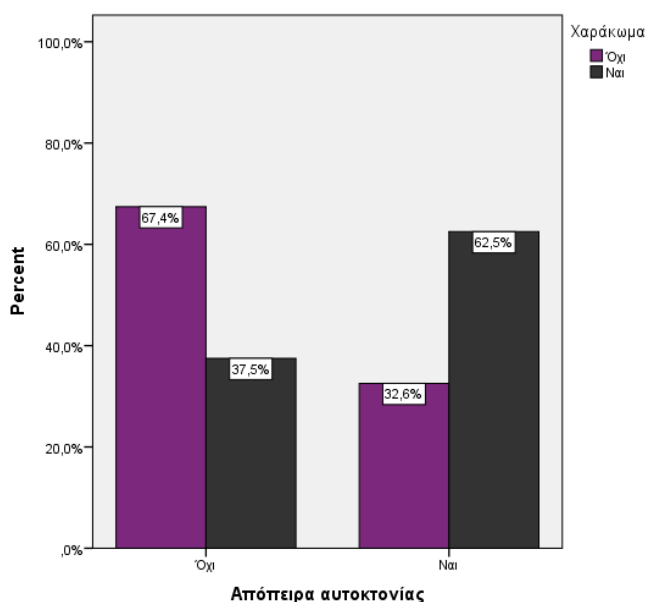
Στο γράφημα 5, που ακολουθεί, δίνονται τα ποσοστά των παιδιών και των εφήβων που έκαναν απόπειρα αυτοκτονίας ανάλογα με το αν είχαν αυτοτραυματιστεί με κόψιμο.

Γράφημα 5. Αυτοτραυματισμός με κόψιμο και απόπειρα αυτοκτονίας.



Στο γράφημα 6, που ακολουθεί, δίνονται τα ποσοστά των παιδιών και των εφήβων που έκαναν απόπειρα αυτοκτονίας ανάλογα με το αν είχαν αυτοτραυματιστεί με χαράκωμα.

Γράφημα 6. Αυτοτραυματισμός με χαράκωμα και απόπειρα αυτοκτονίας.



Στη συνέχεια, έγινε πολυπαραγοντική λογαριθμιστική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή την απόπειρα αυτοκτονίας και σαν ανεξάρτητες

μεταβλητές τα δημογραφικά στοιχεία των παιδιών και των εφήβων και τα στοιχεία που αφορούσαν τους αυτοτραυματισμούς τους. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method) βρέθηκαν τα παρακάτω αποτελέσματα: Ο αυτοτραυματισμός με κόψιμο και ο δείκτης λειτουργικότητας των παιδιών και εφήβων βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την ύπαρξη απόπειρας αυτοκτονίας. Πιο συγκεκριμένα, τα παιδιά και οι έφηβοι που είχαν αυτοτραυματιστεί με κόψιμο είχαν 3,74 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας σε σύγκριση με τα παιδιά και τους εφήβους που δεν είχαν αυτοτραυματιστεί χρησιμοποιώντας αυτόν τον τρόπο. Τα παιδιά και οι έφηβοι με δείκτη λειτουργικότητας 41-90 είχαν κατά 92% μικρότερη πιθανότητα να είχαν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας σε σύγκριση με τα παιδιά και τους εφήβους με δείκτη λειτουργικότητας 11-40.

Πίνακας 11. Συσχέτιση αυτοτραυματισμού με κόψιμο και CGAS με απόπειρα αυτοκτονίας.

		OR (95% ΔΕ) ⁺	P
Κόψιμο	Όχι (αναφορά)		
	Ναι	3,74 (1,04-15,27)	0,046
Δείκτης λειτουργικότητας (GAS)	11-40 (αναφορά)		
	41-90	0,08 (0,02-0,29)	<0,001

⁺ σχετικός λόγος (95% διάστημα εμπιστοσύνης)

Συζήτηση

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να ερευνηθεί τα χαρακτηριστικά που σχετίζονται σημαντικά με την ύπαρξη αυτοτραυματικών συμπεριφορών, τόσο σε νοσηλευόμενο πληθυσμό παιδιών, όσο και σε πληθυσμό εφήβων που παρακολουθείται σε εξωτερική βάση, καθώς και να συγκρίνει τους δύο αυτούς

πληθυσμούς όσον αφορά την αυτοτραυματική τους συμπεριφορά. Αρχικά, οι δύο ομάδες διέφεραν στην ηλικία των παιδιών/εφήβων, με στατιστικά σημαντικό τρόπο. Στο TEN, η μέση ηλικία ήταν τα 14 έτη, ενώ στη Μονάδα εφήβων η μέση ηλικία ήταν τα 15,6 έτη. Αυτό ήταν αναμενόμενο καθώς στην ενδονοσοκομειακή μονάδα νοσηλείας νοσηλεύονται παιδιά και έφηβοι μικρότερης ηλικίας. Ο αριθμός των κοριτσιών που αυτοτραυματίζονταν ήταν παρόμοιος και στις δύο ομάδες και μεγαλύτερος από αυτόν των αγοριών, κάτι που συμφωνεί με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, η οποία αναφέρει ότι τα κορίτσια αυτοτραυματίζονται πολύ συχνότερα από ότι τα αγόρια (Brunner et al., 2007; De Leo & Heller, 2004; Hintikka et al., 2009). Ένα ακόμα δημογραφικό στοιχείο στο οποίο διέφεραν με στατιστικά σημαντικό τρόπο οι δύο πληθυσμοί ήταν ο τύπος της οικογένειας τους. Σε σχέση με τα νοσηλευόμενα παιδιά, οι έφηβοι που παρακολουθούνταν σε εξωτερική βάση, έμεναν συχνότερα με την πυρηνική τους οικογένεια.

Η συχνότερη διάγνωση που έφεραν τόσο τα νοσηλευόμενα παιδιά και έφηβοι όσο και οι έφηβοι της μονάδας ήταν το καταθλιπτικό επεισόδιο (F32, F32.1, F32.2). Η δεύτερη συχνότερη διάγνωση και στους δύο πληθυσμούς ήταν η διαταραχή προσαρμογής (F43.2). Αυτό συμφωνεί με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, η οποία αναφέρει ότι, κατά κανόνα, η αυτοτραυματική συμπεριφορά συνυπάρχει με κάποια ψυχιατρική διαταραχή, με συχνότερη την καταθλιπτική διαταραχή (Hintikka et al., 2009). Επιπλέον, έρευνες αναφέρουν ότι η διάγνωση της διαταραχής προσαρμογής είναι συνηθέστερη σε παιδιά και εφήβους με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Συμπεραίνεται λοιπόν ότι τα άτομα με διαταραχή προσαρμογής αποτελούν μια ευπαθή ομάδα με τάση προς την παρορμητικότητα, σε μεγαλύτερο βαθμό από τα άτομα με μείζονα κατάθλιψη (Casey, 2009).

Τα παιδιά και οι έφηβοι που νοσηλεύονταν στο TEN είχαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερο δείκτη λειτουργικότητας σε σχέση με τους εφήβους που παρακολουθούνταν σε εξωτερική βάση στη μονάδα εφήβων, που σημαίνει ότι τα νοσηλευόμενα παιδιά και έφηβοι ήταν πολύ πιο εξασθενημένα λειτουργικά. Όλα τα νοσηλευόμενα παιδιά και έφηβοι είχαν δείκτη λειτουργικότητας κάτω του 50%, ενώ η πλειοψηφία κυμαινόταν στο 21-40. Υπήρχε ακόμα και ένα ποσοστό της τάξης του 14,7% το οποίο είχε εξαιρετικά χαμηλό δείκτη λειτουργικότητας και κυμαινόταν στο 11-20. Αντίθετα, όλοι οι έφηβοι που παρακολουθούνταν σε εξωτερική βάση είχαν δείκτη λειτουργικότητας άνω του 40%, με την πλειοψηφία να κυμαίνεται στο 41-70, ενώ ένα ποσοστό της τάξης του 24,1% είχε δείκτη λειτουργικότητας εντός των φυσιολογικών ορίων, δηλαδή πάνω από 70. Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων του CGAS δείχνει ότι τα παιδιά και έφηβοι με χαμηλό δείκτη λειτουργικότητας αντιμετωπίζουν πολλαπλές δυσκολίες σε πολλούς τομείς της ζωής τους: παρουσιάζουν εχθρική ή/και επιθετική συμπεριφορά προς τους άλλους, προτιμούν την απομόνωση λόγω καταθλιπτικών συναισθημάτων, δεν μπορούν να συνδιαλλαγούν και συχνά έχουν ακατάληπτη ομιλία, βρίσκονται σε κίνδυνο να κάνουν κακό στον εαυτό τους και χρειάζονται διαρκή παρακολούθηση (Shaffer et al., 1983). Συνεπώς, σύμφωνα με τα παραπάνω, λόγω των αναγκών που έχουν τα παιδιά και οι έφηβοι με χαμηλό δείκτη λειτουργικότητας, χρειάζεται να βρίσκονται σε ένα περιβάλλον διαρκούς παρακολούθησης όπως το TEN. Από την άλλη, τα παιδιά και οι έφηβοι με δείκτη λειτουργικότητας από 40 έως 70 μπορεί να εμφανίζουν μικρές δυσκολίες στην καθημερινότητα τους, σύντομες εναλλαγές στη διάθεση, σχολική άρνηση, αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, ξεσπάσματα και συχνές κρίσεις πανικού. Τα παιδιά και οι έφηβοι με δείκτη λειτουργικότητας άνω του 70 ενδέχεται να εμφανίζουν μικρές φυσιολογικές δυσκολίες στην καθημερινότητα τους, αλλά η

λειτουργικότητα τους παραμένει υψηλή χωρίς να αντιμετωπίζουν κανένα σοβαρό πρόβλημα και συνήθως χωρίς να γίνονται αντιληπτές τέτοιες δυσκολίες (Shaffer et al., 1983). Μπορούμε λοιπόν να συμπεράνουμε ότι τα παιδιά και οι έφηβοι που παρακολουθούνταν σε εξωτερική βάση είχαν υψηλότερο δείκτη λειτουργικότητας, ακριβώς επειδή δεν υπήρχε η ανάγκη για διαρκή παρακολούθηση και νοσηλεία, κάτι που θα προέκυπτε από ένα χαμηλό CGAS. Αυτά τα αποτελέσματα συμφωνούν με έρευνες που δείχνουν ότι οι νοσηλευόμενοι πληθυσμοί παιδιών και εφήβων έχουν σημαντικά χαμηλότερο δείκτη λειτουργικότητας σε σχέση με τους πληθυσμούς που παρακολουθούνται σε εξωτερική βάση (Shaffer et al., 1983).

Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν την υπόθεσή μας ότι τα νοσηλευόμενα παιδιά και έφηβοι αυτοτραυματίζονταν σημαντικά συχνότερα με πιο βίαιους τρόπους, σε σχέση με τους εφήβους που παρακολουθούνταν σε εξωτερική βάση. Το ποσοστό αυτοτραυματισμού με χτύπημα κεφαλιού και χαράκωμα ήταν σημαντικά υψηλότερο στα νοσηλευόμενα παιδιά και εφήβους σε σχέση με τους εφήβους της μονάδας. Επιπρόσθετα, το ποσοστό αυτοτραυματισμού με δάγκωμα έτεινε προς τη σημαντικότητα και ήταν υψηλότερο στα νοσηλευόμενα παιδιά και εφήβους σε σχέση με τους εφήβους της μονάδας. Από την άλλη, σε σχέση με τα νοσηλευόμενα παιδιά και εφήβους, το ποσοστό αυτοτραυματισμού με γδάρσιμο από νύχια ήταν υψηλότερο στους εφήβους που παρακολουθούνταν σε εξωτερική βάση. Η υπάρχουσα βιβλιογραφία δείχνει ότι οι βίαιοι και σοβαροί αυτοτραυματισμοί συχνά σχετίζονται με ιστορικό κακομεταχείρισης, συναισθηματική απορρύθμιση, καταθλιπτικό συναίσθημα, τάση για ξέσπασμα στο σώμα και μικρότερο έλεγχο παρορμήσεων (Croyle & Waltz, 2007). Όσο πιο βίαια γίνονταν τα επεισόδια αυτοτραυματισμού, τόσο μεγαλύτερο ήταν το σκορ των παιδιών στις παραπάνω μεταβλητές (Croyle & Waltz, 2007). Λαμβάνοντας υπόψιν ότι οι προαναφερθείσες μεταβλητές, που

σχετίζονται με βίαιους αυτοτραυματισμούς, είναι πολύ εμφανείς σε πληθυσμούς που χαρακτηρίζονται από χαμηλή λειτουργικότητα και εμφανίζουν έντονη ψυχοπαθολογία, και λιγότερο εμφανείς σε πληθυσμούς με μέτρια-φυσιολογική λειτουργικότητα, ήταν αναμενόμενο να υπάρχουν πιο βίαιοι αυτοτραυματισμοί στα νοσηλεύόμενα παιδιά και εφήβους.

Αντίθετα με την υπόθεση μας, βρέθηκε ότι οι έφηβοι που παρακολουθούνταν στην μονάδα είχαν αυτοτραυματιστεί με περισσότερους από έναν τρόπους σε στατιστικά μεγαλύτερο βαθμό από τα παιδιά και τους εφήβους που νοσηλεύονταν στο TEN. Η βιβλιογραφία δείχνει ότι τα παιδιά και οι έφηβοι με πιο σοβαρή ψυχοπαθολογία τείνουν να αυτοτραυματίζονται με πολλαπλούς τρόπους. Παρόλα αυτά, τα παιδιά και οι έφηβοι που νοσηλεύονταν στο TEN, ζουν σε ένα περιβάλλον σχεδιασμένο ώστε να μην μπορούν να βρουν μέσα αυτοτραυματισμού εφόσον δεν υπάρχουν ψαλίδια, κοπίδια, μαχαίρια, αναπτήρες, βελόνες ή άλλα μέσα με τα οποία τα παιδιά και οι έφηβοι θα μπορούσαν να προκαλέσουν κακό στον εαυτό τους. Ίσως έτσι να εξηγείται το συγκεκριμένο αποτέλεσμα: τα νοσηλεύόμενα παιδιά και έφηβοι δεν αυτοτραυματίζονταν με πολλαπλούς τρόπους απλώς γιατί αυτό δεν ήταν εφικτό.

Οι δυο πληθυσμοί είχαν παρόμοια ποσοστά αυτοκτονικού ιδεασμού. Ωστόσο, στατιστικά μεγαλύτερος αριθμός νοσηλευόμενων παιδιών είχε κάνει απόπειρα αυτοκτονίας σε σχέση με τους εφήβους που παρακολουθούνταν σε εξωτερική βάση. Επίσης, είχαν κάνει σημαντικά μεγαλύτερο αριθμό αποπειρών σε σχέση με τους εφήβους που δε νοσηλεύονταν. Η υπάρχουσα βιβλιογραφία δείχνει ξεκάθαρα ότι οι νοσηλευόμενοι πληθυσμοί παιδιών έχουν μεγαλύτερα ποσοστά και μεγαλύτερο αριθμό αποπειρών αυτοκτονίας ή/και αυτοκτονίας (Pfeffer, Hope, Conte, Plutchik & Jerrett, 1980). Οι έρευνες αναφέρουν ότι τα παιδιά και οι έφηβοι με πολλαπλές απόπειρες δείχνουν να έχουν στατιστικά μεγαλύτερη εχθρικότητα (Brittlebank et al.,

1990), μεγαλύτερο θυμό και πιο δυσφορικό συναίσθημα (Gispert et al, 1987) σε σχέση με τα παιδιά και τους εφήβους που έχουν κάνει μόνο μία απόπειρα αυτοκτονίας. Ειδικότερα τα παιδιά και οι έφηβοι με πολλαπλές απόπειρες αυτοκτονίας φαίνεται να έχουν σοβαρότερη ψυχοπαθολογία, μεγαλύτερα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης και δηλώνουν ότι διακατέχονται από χρόνια δυσφορία σε σχέση με τα παιδιά και τους εφήβους που έχουν κάνει μία μεμονωμένη απόπειρα (Kelley et al., 1996). Τα νοσηλεύόμενα παιδιά και έφηβοι με πολλαπλές απόπειρες φαίνεται να έχουν στο ιστορικό τους πολλαπλά επεισόδια αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών και παρουσιάζουν αδυναμία στο να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα τους, το οποίο τελικά οδηγεί στην ανάγκη για ενδονοσοκομειακή νοσηλεία (Kelley et al., 1996). Οι συγγραφείς ισχυρίζονται ότι η νοσηλεία δρα ως προστατευτικός παράγοντας, αφού εάν δεν είχαν νοσηλευτεί θα είχαν κάνει ακόμα περισσότερες απόπειρες (Kelley et al., 1996). Συνεπώς, ο αριθμός των νοσηλευόμενων παιδιών που έχουν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας, καθώς και ο αριθμός αποπειρών, ενδέχεται να είναι υποτιμημένος. Τα παιδιά και οι έφηβοι με πολλαπλές απόπειρες χαρακτήρισαν τους εαυτούς τους ως πιο «θυμωμένους/οργισμένους» σε σχέση με τα παιδιά και τους εφήβους που έχουν κάνει μια μεμονωμένη απόπειρα. Τέλος, ακόμα ένας παράγοντας που διαφοροποιεί τα παιδιά και τους εφήβους με πολλαπλές απόπειρες αυτοκτονίας σε σχέση με τα παιδιά και τους εφήβους που έχουν κάνει μία μεμονωμένη απόπειρα είναι η λειτουργικότητα τους, η οποία φαίνεται να είναι χαμηλότερη στην πρώτη ομάδα (Kelley et al., 1996).

Λόγω της εκτεταμένης βιβλιογραφίας που υποστηρίζει ότι η αυτοτραυματική συμπεριφορά είναι μεταδοτική, θελήσαμε να μελετήσουμε εάν οι τρόποι αυτοτραυματισμού των νοσηλευόμενων παιδιών αυξάνονταν ανάλογα με τον αριθμό των παιδιών με αυτοτραυματισμούς που νοσηλεύονταν μαζί την ίδια στιγμή ή/και

ανάλογα με τον αριθμό των παιδιών με αυτοτραυματισμούς που είχαν έρθει σε επαφή καθ' όλη τη διάρκεια της διαμονής τους στο TEN. Παρά τις υποθέσεις μας και τα δεδομένα της υπάρχουσας βιβλιογραφίας κάτι τέτοιο δεν αποδείχθηκε από την στατιστική ανάλυση των δεδομένων. Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που μπορεί να επηρέασαν το αποτέλεσμα. Καταρχήν, ο αριθμός του δείγματος ήταν αρκετά μικρός, ώστε να φανεί η σημαντικότητα των αποτελεσμάτων. Επίσης, ο αριθμός των αυτοτραυματισμών (π.χ. ανά μέρα) θα ήταν μια πιο ασφαλής μεταβλητή για τη μέτρηση της μεταδοτικότητας της αυτοτραυματικής συμπεριφοράς, αν αυτή είναι όντως προϊόν μίμησης· ωστόσο, κάτι τέτοιο δεν ήταν διαθέσιμο για τον εν λόγω πληθυσμό. Συνεπώς, δεν μπορούμε να πούμε με ασφάλεια ότι τα παιδιά και οι έφηβοι δεν υιοθετούν την αυτοτραυματική συμπεριφορά επηρεαζόμενα από συνομηλίκους στο περιβάλλον τους.

Στη συνέχεια, συσχετίστηκαν οι απόπειρες αυτοκτονίας με τα δημογραφικά στοιχεία των παιδιών και των εφήβων. Βρέθηκε ότι η απόπειρα αυτοκτονίας έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το δείκτη λειτουργικότητας καθώς και με τη διαμονή των παιδιών σε πυρηνική οικογένεια. Όπως ήταν αναμενόμενο, τα παιδιά και οι έφηβοι με χαμηλότερο δείκτη λειτουργικότητας ήταν πιο πιθανό να έχουν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας σε σχέση με τα παιδιά και τους εφήβους που έχουν υψηλότερο δείκτη λειτουργικότητας. Όσον αφορά τη συσχέτιση της απόπειρας αυτοκτονίας με το πυρηνικό τύπο οικογένειας, αν και αρχικά ήταν απρόσμενη, μπορεί εύκολα να αιτιολογηθεί εάν λάβουμε υπόψιν ότι η πιο συνηθισμένη αφορμή πυροδότησης ενός επεισοδίου αυτοτραυματισμού είναι τα προβλήματα με άλλα μέλη της οικογένειας, όπως αναφέρουν τα νοσηλεύόμενα παιδιά και έφηβοι. Αυτό ίσως σημαίνει ότι στις πυρηνικές οικογένειες οι διαμάχες είναι πιο έντονες και πιο συχνές μεταξύ των μελών, σε σχέση με τις μονογονεϊκές οικογένειες ή άλλες μορφές οικογένειας.

Τέλος, συσχετίστηκε η απόπειρα αυτοκτονίας με τα στοιχεία που αφορούσαν τους αυτοτραυματισμούς των παιδιών. Τα ποσοστά απόπειρας αυτοκτονίας ήταν υψηλότερα στα παιδιά και εφήβους που είχαν αυτοτραυματιστεί με κόψιμο ή χαράκωμα, και σημαντικά χαμηλότερα στα παιδιά και εφήβους που είχαν αυτοτραυματιστεί με γδάρσιμο από νύχια. Επιπλέον, βρέθηκε πως η ύπαρξη αυτοκτονικού ιδεασμού και το πλήθος τρόπων αυτοτραυματισμού έτειναν προς την σημαντικότητα. Σε μη κλινικούς πληθυσμούς, ο αυτοτραυματισμός με κατάποση επικίνδυνων ουσιών συνδέεται με μεγαλύτερα ποσοστά αυτοκτονίας σε σχέση με τον αυτοτραυματισμό με κόψιμο, ο οποίος συνδέεται κυρίως με αίσθημα ανακούφισης από την ένταση (Rodham, Hawton & Evans, 2004). Συχνά οι έφηβοι αναφέρουν τον αυτοκτονικό ιδεασμό σαν λόγο για το αυτοτραυματικό επεισόδιο, μαζί με άλλα κίνητρα όπως η απόδραση από συναισθήματα και καταστάσεις που δεν μπορούν να διαχειριστούν και η αντίληψη του αυτοτραυματισμού ως μέσο για να δείξουν σε πόσο άσχημη κατάσταση βρίσκονται (Boegers, Spirito & Donaldson, 1998). Ωστόσο το κλινικό προσωπικό δεν αποδίδει συχνά την αυτοτραυματική συμπεριφορά σε πραγματική ευχή θανάτου (Hawton, Cole, O'Grady & Osborn, 1982). Αυτό εγείρει ερωτήματα σχετικά με το πόσα παιδιά και έφηβοι που αναφέρουν αυτοκτονικό ιδεασμό θέλουν πραγματικά να πεθάνουν και πόσα το χρησιμοποιούν ώστε να δείξουν ότι βρίσκονται σε απόγνωση. Ίσως αυτός να είναι και ο λόγος που δεν καταφέραμε να βρούμε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του αυτοκτονικού ιδεασμού και της απόπειρας αυτοκτονίας.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τα επαναλαμβανόμενα περιστατικά αυτοτραυματισμού είναι παράγοντας κινδύνου για μελλοντική απόπειρα αυτοκτονίας. Έχει βρεθεί ότι υπάρχει μεγαλύτερη συσχέτιση μεταξύ της απόπειρας αυτοκτονίας και του αυτοτραυματισμού με κόψιμο από ότι με κατάποση επικίνδυνων ουσιών

(Hawton et al., 2012), κάτι που συμφωνεί και με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας. Τέλος, γνωρίζουμε ότι ο αυτοτραυματισμός με κόψιμο είναι ο πιο συνηθισμένος τρόπος αυτοτραυματισμού σε παιδιά και εφήβους, και αυτό ενδεχομένως να επηρέασε τα αποτελέσματά μας.

Περιορισμοί της μελέτης

Ο μεγαλύτερος περιορισμός αυτής της έρευνας ήταν ο μικρός αριθμός δείγματος των δύο πληθυσμών. Καθώς η έρευνα έγινε χρησιμοποιώντας τους υπάρχοντες φακέλους, ήταν δύσκολο να βρεθούν ολοκληρωμένοι φάκελοι περιστατικών. Ένας ακόμα περιορισμός, ειδικά όσον αφορά την διερεύνηση του αυτοτραυματισμού ως μιμητική συμπεριφορά, ήταν το ότι δεν υπήρχε καταγραφή του αριθμού των επεισοδίων αυτοτραυματισμών. Επίσης, είναι πιθανό τα παιδιά και οι έφηβοι να αυτοτραυματίζονταν με περισσότερους τρόπους από αυτούς που συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη, χωρίς να έχει καταγραφεί στους φακέλους τους. Τέλος, επειδή πρόκειται για μελέτη με αποκλειστικά κλινικό πληθυσμό, δεν μπορεί να γίνει γενίκευση στο γενικό πληθυσμό παιδιών και εφήβων.

Συμπεράσματα και προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Η αυτοτραυματική συμπεριφορά είναι πολύ σοβαρή και είναι αναμφίβολα παράγοντας κινδύνου για μελλοντική απόπειρα αυτοκτονίας. Για αυτό το λόγο, περαιτέρω έρευνα πάνω στο θέμα κρίνεται απολύτως απαραίτητη. Μελλοντικές έρευνες, θα μπορούσαν να εστιάσουν στο κομμάτι του αυτοτραυματισμού ως μιμητική συμπεριφορά, μετρώντας τα επεισόδια αυτοτραυματισμού κάθε νοσηλευόμενου παιδιού και εφήβου και συσχετίζοντάς τα με τον αριθμό παιδιών που

νοσηλεύονται με αυτοτραυματική συμπεριφορά στην μονάδα κατά την ίδια χρονική περίοδο.

Βιβλιογραφία

- American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington DC: *American Psychiatric Association*.
- American Psychiatric Association (2012) *Suggested criteria for DSM-5 non-suicidal self-injury disorder*. <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>.
- Boergers J, Spirito A, Donaldson D. (1998) Reasons for adolescent suicide attempts: associations with psychological functioning. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 37: 1287–93.
- Brent D.A., McMakin D.L., Kennard B.D., Goldstein T.R., Mayes T.L., Douaihy A.B. (2013) Protecting adolescents from self-harm: a critical review of intervention studies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*;52: 1260–71.
- Breton, J. J., Labelle, R., Berthiaume, C., Royer, C., St-Georges, M., Ricard, D., Abadie, P., Gerardin, P., Cohen, D. & Guile, J. M. (2015). Protective factors against depression and suicidal behavior in adolescence. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60 (2 Supple 1), S5 – S15.
- Brown K. L., Houck D. C., Hadley S. W., Lescano M. C. (2005) Self-Cutting and Sexual Risk Among Adolescents in Intensive Psychiatric Treatment. *Psychiatric services*; 56:216-218.
- Brunner R, Parzer P, Haffner J, et al. (2007) Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*; 161:641–9.
- Burešová I., Vrbová M., Čerňák M. (2014) Personality Characteristic of Adolescent Self-harmers. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*; 171:1118-1127.

- Borowsky, I., Ireland, M. & Resnick, M. (2001). Adolescent suicide attempts: Risks and protectors. *Pediatrics*; 107:485 – 493.
- Boxer, P. (2010). Variations in Risk and Treatment Factors Among Adolescents Engaging in Different Types of Deliberate Self-Harm in an Inpatient Sample. *J Clin Child Adolesc Psychol* 39: 470-480
- Casey, P. (2009). Adjustment disorder. *CNS drugs*, 23(11), 927-938.
- Castle, K., Duberstein, P., Nelson, K. & Conwell, Y. (2002b). *Teen race differences in social connection, depression, and suicidal ideation*. Poster session presented at the annual conference of the American Association of Suicidology, Bethesda, MD.
- Cerutti R., Calabrese M., Valastro C. (2014) Alexithymia and personality disorders in the Adolescent Nonsuicidal Self Injury: preliminary results *Procedia - Social and Behavioral Sciences*; 114: 372 – 376 doi: 10.1016/j.sbspro.2013.12.714
- Croyle, K. L. and Waltz, J. (2007), Subclinical Self-Harm: Range of Behaviors, Extent, and Associated Characteristics. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77: 332-342. doi:[10.1037/0002-9432.77.2.332](https://doi.org/10.1037/0002-9432.77.2.332)
- De Leo D, Heller TS. (2004) Who are the kids who self-harm? an Australian self-report school survey. *Med J Aust.*;181(3):140-144.
- DiClemente R.J., Ponton L.E., Hartley D. (1991) Prevalence and correlates of cutting behavior: risk for HIV transmission. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.*;30:735–739.

- Evans, E., Hawton, K. & Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review, 24*(8), 957 – 979.
- Evans, R., White, J., Turley, R., Slater, T., Morgan, H., Strange, H., & Scourfield, J. (2017). Comparison of suicidal ideation, suicide attempt and suicide in children and young people in care and non-care populations: Systematic review and meta-analysis of prevalence. *Children and Youth Services Review, 82*, 122-129.
- Favazza A.R., Rosenthal R.J. (1990) Varieties of pathological self-mutilation. *Behav Neurol.*; 3:77–85. doi: 10.1155/1990/572716.
- Favazza A.R, Rosenthal R.J. (1993) Diagnostic issues in self-mutilation. *Hosp Community Psychiatry*; 44:134–140.
- Favazza A.R. (1996). *Bodies Under Siege. Self-mutilation and Body modifications in Culture and Psychiatry*. 2nd edition. Baltimore and London: *The John Hopkins University Press*.
- Fergusson, D. M., Woodward L. J. & Horwood L. J. (2000). Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behavior during adolescence and early adulthood. *Psychological Medicine*; 30:23 – 39.
- Field, T., Diego, M. & Sanders, C. (2001). Adolescent depression and risk factors. *Adolescence, 36*(143), 491 – 498.
- Fortune S., Cottrell D., Fife S. (2016) Family factors associated with adolescent self-harm: a narrative review. *J Fam Ther*; 38: 226–56.

- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P. & Nock, M. K. (2017). Risk Factors for Suicidal Thoughts and Behaviors: A Meta-Analysis of 50 Years of Research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187 – 232.
- Ghaziuddin M, Tsai L, Naylor M, Ghaziuddin N. Mood disorders in a group of self-cutting adolescents. *Acta Paedopsychiatr* 1992; 55:103–5.
- Groholt, B., Ekeberg, O., Wichstrom, L., & Haldorsen, T. (2000). Young suicide attempters: a comparison between a clinical and an epidemiological sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 868-875.
- Haavisto A, Sourander A, Multimaki P, et al. (2005) Factors associated with ideation and acts of deliberate self-harm among 18-year-old boys. A prospective 10-year follow-up study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 40:912–21.
- Haw C, Hawton K, Houston K, Townsend E. (2001) Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *Br J Psychiatry*; 178:48–54.
- Hawton K, Cole D, O’Grady J, Osborn M. (1982) Motivational aspects of deliberate self-poisoning in adolescents. *Br J Psychiatry*; 141: 286–91
- Hawton K., Harriss L. (2008). Deliberate self-harm by under-15-year-olds: characteristics, trends and outcome. *J Child Psychol Psychiatry* 49: 441-448.
- Hawton, K., Rodham, K., Evans, E., & Weatherall, R. (2002). Deliberate self-harm in adolescents: self-report survey in schools in England. *BMJ*, 325, 1207-1211.
- Hawton, K., Bergen, H., Kapur, N., Cooper, J., Steeg, S., Ness, J., & Waters, K. (2012). Repetition of self-harm and suicide following self-harm in children and adolescents: Findings from the Multicentre Study of Self-Harm in England. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(12), 1212-1219.

- Herpertz S. (1995) Self-injurious behaviors. *Acta Psychiatr Scand.*; 91:57–68. doi: 10.1111/j.1600-0447.1995.tb09743.x.
- Hintikka J., Tolmunen T., Rissanen M.L., Scic M.H., Honkalampi K, Kylma J., Laukkanen E. (2009) Mental Disorders in Self-Cutting Adolescents. *Journal of Adolescent Health* 44 464–467.
- Idenfors, Strömsten, Renberg (2016) Non-psychiatric inpatient care preceding admission for self-harm in young people. *Journal of Psychosomatic Research* 88 8–13.
- International Society for the Study of Self-Injury (2007) Definition of non-suicidal self-injury. <http://www.itriples.org/isss-aboutself-i.html>.
- Jacobson, C. M., & Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 11(2), 129-147. <http://doi.org/10.1080/13811110701247602>.
- Kahan J., Pattison E.M., (1984) Proposal for a distinctive diagnosis: the deliberate self-harm syndrome (DSH) *Suicide Life Threat Behav.*;14:17–35.
- Kelley, A., Goldston, D. B., Brunstetter, R., Daniel, S., Ievers, C., & Reboussin, D. M. (1996). First-time suicide attempters, repeat attempters, and previous attempters on an adolescent inpatient psychiatry unit. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(5), 631-639.
- Kryzhanovskaya L. and Canterbury R. (2001). Suicidal behaviours in-patients with adjustment disorders. *Crisis*. 22,3.125-31

- Kvernmo, S., & Rosenvinge, J. H. (2009). Self-mutilation and suicidal behaviour in Sami and Norwegian adolescents: prevalence and correlates. *International Journal of Circumpolar Health*, 68 (3), 235-248.
- Laye-Gindhu, A., & Schonert-Reichl, K. A. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the “whats” and “whys” of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(5), 447-457.
- Lieberman, R. (2004). Understanding and Responding to Students Who Self-Mutilate. *Principal Leadership Magazine*, 4(7), 100.
- Lieberman, R. (2004). Understanding and Responding to Students Who Self-Mutilate. *Principal Leadership Magazine*, 4(7), 100.
- Martin G., Rozanes P., Pearce C., Allison S. (1995) Adolescent suicide, depression and family dysfunction. *Acta Psychiatr Scand*; 92:336–44.
- Martin G., Swannell S.V., Hazell P.L., Harrison J.E., Taylor A.W. (2010) Self injury in Australia: a community survey. *Med J Aust* 193: 506-510
- Miller, A.L., Rathus, J.H., & Linehan, M.M. (2007). Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents. *New York: The Guilford Press*.
- Muehlenkamp J.J., Gutierrez P.M. (2004) An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide Life Threat Behav*; 34:12–23.
- Muehlenkamp J.J. (2005) Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *Am J Orthopsychiatr.*; 75:324–333. doi: 10.1037/0002-9432.75.2.324.

- Muehlenkamp J.J., Claes L., Havertape L., Plener P.L. (2012) International prevalence of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*.
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339–363.
- Ougrin D., Tranah T., Stahl D., Moran P., Asarnow J.R. (2015) Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 54: 97–107.
- Ougrin D., Tranah T., Leigh E., Taylor L., Asarnow J.R. (2012) Practitioner review: self-harm in adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*; 53: 337–50.
- Page, A., Lewis, G., Kidger, J., Heron, J., Chittleborough, C., Evans, J. & Gunnell, D. (2014). Parental socio-economic position during childhood as a determinant of self-harm in adolescence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(2), 193 – 203. Published online: 7 June 2013.doi:10.1007/s00127-013-0722-y
- Pages, F., Arvers, P., Hassler, C., & Choquet, M. (2004). What are the characteristics of adolescent hospitalized suicide attempters? *European Child & Adolescent Psychiatry*; 13, 151-158.
- Pelkonen M., Marttunen M., Henriksson M. (2005). Suicidality in adjustment disorder, clinical characteristics of adolescent outpatients. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 14, 174-8
- Pfeffer, Cynthia R. et al. 1980 Suicidal Behavior in Latency-Age Children: An Outpatient Population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Volume 19, Issue 4, 703 - 710

- Polk, E. & Liss, M. (2007). Psychological characteristics of self- injurious behavior. *Personality and Individual Differences*; 43, 567- 577.
- Polyakova I, Knobler H.Y., Ambrumova A. (1998). Characteristics of suicide attempts in major depression versus adjustment disorder. *J Affect Disord.* 47, 1-3. 159-67
- Puskar R K., Bernardo L., Hatam M., Geise S., Bendik J., Grabiak R. B (2006) Self-Cutting Behaviors in Adolescents *J Emerg Nurs*;32:444-6.
- Rodham K, Hawton K, Evans E. (2004) Reasons for deliberate self-harm: comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 43: 80–87.
- Rodham K, Hawton K, Evans E. (2005) Deliberate self-harm in adolescents: The importance of gender. *Psychiatr Times*; 22:36–40.
- Ross, S., & Heath, S. (2002). A Study of the Frequency of Self-Mutilation in a Community Sample of Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31 (1), 67–77.
- Rossow, I., Groholt, B., & Wichstrom, L. (2005). Intoxicants and suicidal behaviour among adolescents: changes in levels and associations from 1992 to 2002. *Addiction*, 100, 79-88.
- Resch F., Parzer P., Brunner R. (2008) Self-mutilation and suicidal ideation in children and adolescents: Prevalence and psychosocial correlates: Results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 17: 92-98.
- Shaffer D., Jacobson C. (2009) Proposal to the DSM-V childhood disorder and mood disorder work groups to include non-suicidal self-injury (NSSI) as a DSM-V

disorder. *American Psychiatric Association*. <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>.

- Shaffer, D., Gould, M.S., Brasic, J., Ambrosini, P., Fisher, Prudence, Bird, Hector; Aluwahlia, S. (1983). "A children's global assessment scale CGAS". *Archives of General Psychiatry*. **40**: 1228 -31.
- Sharaf, A. Y., Thompson, E. A. & Walsh, E. (2010). Protective factors of self-esteem and family support on suicide risk behaviors among at-risk adolescents. *Journal of Child and adolescent Psychiatric Nursing*, 23(1), 45. Erratum in 2010 Feb 23;(1), 45.
- Stanford, S., & Jones, M. P. (2009). Psychological subtyping finds pathological, impulsive, and “normal” groups among adolescents who self-harm. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 50(7), 807-815. <http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02067.x>.
- Stanford S., Jones P. M., Hudson L. J. (2017) Rethinking pathology in adolescent self-harm: Towards a more complex understanding of risk factors. *Journal of Adolescence* 54 32-41
- Swannell S.V., Martin G.E., Page A., Hasking P., St John M.J. (2014) Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide Life Threat Behav.*;44:273–303. doi: 10.1111/sltb.12070.
- Swannell, S., Martin, G., Scott, J., Gibbons, M., & Gifford, S. (2008). Motivations for Self-Injury in an Adolescent Inpatient Population: Development of a Self-Report Measure. *Australasian Psychiatry*, 16(2), 98–103. <https://doi.org/10.1080/10398560701636955>

- Taggart C, O'Grady J, Stevenson M, Hand E, McClelland R, Kelly C. (2006). Accuracy of diagnosis and routine psychiatric assessment in patients presenting to an accident and emergency department. *Gen Hosp Psychiatry*. 8, 330-5.
- Taiminen, T. J., Kallio-Soukainen, K., Nokso-Koivisto, H., Kaljonen, A., & Helenius, H. (1998). Contagion of deliberate self-harm among adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(2), 211-217.
- Taliaferro, L. A. & Muehlenkamp, J. J. (2014). Risk and protective factors that distinguish adolescents who attempt suicide from those who only consider suicide in the past year. *Suicide Life-Threatening Behavior*, 44(1), 6 – 22.
- Tan, A. C. Y., Rehfuss, M. C., Suarez, E. C., & Parks-Savage, A. (2012). Nonsuicidal self-injury in an adolescent population in Singapore. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 19 (1), 58-76.
- Tang, T. C., Ko, C. H., Yen, J. Y., Lin, H. C., Liu, S. C., Huang, C. F. & Yen, C. F. (2009). Suicide and its association with individual, family, peer, and school factors in an adolescent population in Southern Taiwan. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39(1), 91 – 102.
- Taylor E.A., StDnsfield S.A. (1984) Children who poison themselves 1: a clinical comparison with psychiatric controls. *Br J Psychiatry* 14: 127-135.
- TuiskuV., Pelkonen M, Karlsson L, et al. (2006) Suicidal ideation, deliberate self-harm behaviour and suicide attempts among adolescent outpatients and depressive mood disorders and comorbid axis I disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*; 15:199–206.

- Ulusoy, M. & Demir, N. (2005). Suicidal ideation in Turkish adolescents. *Social Behavior and Personality*, 33(6), 541 – 552.
- Wedig, M. M., & Nock, M. K. (2007). Parental expressed emotion and adolescent self-injury. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(9), 1171-1178.
- World Health Organization. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. *Geneva: World Health Organization*.
- Ystgaard M., Arensman E., Hawton K., Madge N., Heeringen K., Hewitt A., Jan de Wilde E., De Leo D., Fekete S. (2009) Deliberate self-harm in adolescents: Comparison between those who receive help following self-harm and those who do not. *Journal of Adolescence* 32 875-891.
- Zetterqvist, M. (2015). The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9, 31. <http://doi.org/10.1186/s13034-015-0062-7>
- Zlotnick C., Mattia J.I., Zimmerman M. (1999) Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients. *J Nerv Ment Dis*; 187:296–301.

Παράρτημα