



ΤΕΙ Κρήτης
Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

“ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΤΩΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΩΝ”



ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:

Ανεθρεπτάκη Αικατερίνη, Νάσκα Μανιόλα, Τσικριτσάκης Γεώργιος

ΕΠΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

Μανιού Μαρία

Ηράκλειο, Μάιος 2017

Περιεχόμενα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	5
Περίληψη.....	6
Abstract	8
Εισαγωγή.....	9
Κεφάλαιο 1: Αυτοκτονία.....	14
1.1 Ιστορία της Αυτοκτονίας - Ιστορικά Στοιχεία.....	14
1.2 Ορισμοί και τυπολογία.....	20
1.3 Επιδημιολογία της αυτοκτονίας	23
1.3.1 Αξιοπιστία και εγκυρότητα των επίσημων στοιχείων για τις αυτοκτονίες	23
1.4 Παράγοντες κινδύνου.....	27
1.4.1 Φύλο	27
1.4.2 Ηλικία.....	28
1.4.3 Φυλή.....	30
1.4.4 Οικογενειακή κατάσταση.....	30
1.4.5 Κοινωνικοοικονομική κατάσταση και επάγγελμα	31
1.4.6 Αστικότητα του τόπου διαμονής.....	33
1.4.7 Θρήσκευμα	34
1.5 Κλινικοί παράγοντες κινδύνου	34
1.5.1 Σωματική υγεία	35
1.5.2 Ψυχική υγεία	36
1.5.3 Προηγούμενη αυτοκαταστροφική συμπεριφορά	39
1.6 Περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου.....	40
1.6.1 Ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής.....	40
1.7 Πρόσβαση στα μέσα.....	42
1.8 Μέθοδοι αυτοκτονίας.....	45
1.9 Σημειώματα αυτοκτονίας	47
1.10 Εποχικότητα της αυτοκτονίας.....	49
Κεφάλαιο 2: Η αιτιοπαθογένεια των αυτοκτονιών.....	51
2. Νευροβιολογική Προσέγγιση	51
2.1 Νευροβιολογία της αυτοκτονίας	51
2.1.1 Σεροτονίνη.....	52
2.1.2 Ντοπαμίνη	54

2.1.3 Νοραδρεναλίνη	54
2.1.4 Νευροτροφικοί παράγοντες.....	55
2.1.5 Χοληστερόλη	55
2.1.6 Άξονας υποθαλάμου – υπόφυσης – επινεφριδίων.....	56
2.1.7 Γενετική των αυτοκτονιών	57
Κεφάλαιο 3: Η αιτιοπαθογένεια των αυτοκτονιών	61
3. Κοινωνικοί παράγοντες.....	61
3.1 Κοινωνιολογικές – ψυχολογικές θεωρίες για την αυτοκτονία	61
3.2 Εργασιακό πλαίσιο και αυτοκτονία	63
3.3 Θρησκευτική πίστη και αυτοκτονία.....	66
Κεφάλαιο 4: Η αιτιοπαθογένεια των αυτοκτονιών	68
4. Ψυχιατρική Προσέγγιση.....	68
4.1 Ψυχιατρικές διαταραχές και αυτοκτονία.....	68
4.1.1 Μείζων (μονοπολική) κατάθλιψη	69
4.1.2 Διπολική διαταραχή	70
4.1.3. Σχιζοφρένεια	71
4.1.4 Αγχώδεις διαταραχές.....	72
4.1.5 Διαταραχές πρόσληψης τροφής	73
4.1.6 Αλκοόλ και αυτοκτονία.....	73
4.1.7 Τοξικές ουσίες και αυτοκτονία	74
4.1.8 Διαταραχές προσωπικότητας	76
Κεφάλαιο 5: Η αιτιοπαθογένεια των αυτοκτονιών	79
5. Σωματική νοσηρότητα	79
5.1 Σωματική νοσηρότητα και αυτοκτονία	79
Κεφάλαιο 6 : Η στάση των νοσηλευτών σε ασθενείς που έχουν διαπράξει απόπειρα αυτοκτονίας.....	82
6. Απόπειρες Αυτοκτονίας	82
6.1 Αντιμετώπιση των αποπειραθέντων.....	83
6.1.1 Η στάση των νοσηλευτών	83
6.2 Φροντίδα αποπειραθέντων να αυτοκτονήσουν στο νοσοκομείο.....	85
Κεφάλαιο 7 : Πρόληψη των αυτοκτονιών στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.....	87
7. Ο ρόλος του κοινωνικού νοσηλευτή	87
7.1 Πρόληψη και αντιμετώπιση του φαινομένου.....	87
7.2 Η βοήθεια που μπορεί να προσφέρει ένας νοσηλευτής σε κάποιον που έχει σκέψεις αυτοκτονίας	88

7.3 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.....	90
Κεφάλαιο 8: Μόνιμο και παροδικό άγχος	93
Σκοπός και στόχοι της μελέτης	95
Κεφάλαιο 9: Μεθοδολογία.....	96
9.1 Σχεδιασμός.....	96
9.3 Συλλογή Δεδομένων.....	98
9.4 Ερευνητικό Εργαλείο	98
9.5 Θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας.....	100
Κεφάλαιο 10: Αποτελέσματα Έρευνας.....	103
10.1 Περιγραφική Στατιστική	103
10.2 Διερευνητική Στατιστική Συσχετίσεις.....	113
Κεφάλαιο 11. Δυναμική σύγκριση αποτελεσμάτων	123
Κεφάλαιο 12: Συμπεράσματα.....	125
Κεφάλαιο 13: Περιορισμοί και προτάσεις για Μελλοντικές Έρευνες	128
Βιβλιογραφία.....	129
Παράρτημα 1	151
Παράρτημα 2.....	155

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε θερμά τους αδελφούς που δέχθηκαν να συμμετάσχουν στην ερευνητική μας εργασία. Ειδικώς θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την ειδικόδοξα καθηγήτριά μας, κα Μαρία Μανιοί για την υπομονή και για την πολύτιμη βοήθεια που μας προσέφερε με τις γνώσεις της καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της παραπάνω ερευνητικής εργασίας. Τέλος ευχαριστούμε τις οικογένειές μας για την υπομονή και κατανόηση τους όλο αυτό το διάστημα.

Περίληψη

Εισαγωγή: Σε πολλές αναπτυγμένες χώρες η αυτοκτονία θεωρείται μεγάλο πρόβλημα για τη δημόσια υγεία με όλο αυξανόμενες τάσεις.

Σκοπός: Βασικός στόχος της παρούσας εργασίας ήταν να εξετάσει τη σχέση μεταξύ του κινδύνου αυτοκτονικότητας και την ύπαρξη μόνιμου και προσωρινού άγχους στο γενικό πληθυσμό Ν. Ηρακλείου Κρήτης σε περίοδο οικονομικής κρίσης.

Μεθοδολογία: Το δείγμα μελέτης αποτέλεσαν 204 άτομα που εξετάστηκαν στα τακτικά ιατρεία του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου από τον Νοέμβριο του 2016 έως τον Ιανουάριο 2017. Στη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν 2 ερωτηματολόγια. Στο πρώτο περιλάμβανε την σταθμισμένη κλίμακα Εκτίμησης του Κινδύνου Αυτοκτονικότητας (RASS), αποτελούμενη από 12 διαβαθμισμένες ερωτήσεις 4-βαθμης κλίμακας και η Κλίμακα Άγχους του Spielberg (Μόνιμο & Προσωρινό) αποτελούμενη από 40 διαβαθμισμένες ερωτήσεις 4-βαθμης κλίμακας. Ακολούθησαν μονομεταβλητές συσχετίσεις και εκτιμήθηκαν δείκτες Odds Ratio των ατόμων με υψηλή έναντι χαμηλής βαθμολογίας κλίμακας RASS και ως προς τα χαρακτηριστικά και τη βαθμολογία Άγχους του Spielberg μέσω πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης. Οι στατιστικές αναλύσεις έγιναν με τη χρήση του πρόγραμματος IBM SPSS 23.0.

Αποτελέσματα: Εννιά άτομα (4,4%) δήλωσαν ότι έχουν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας τουλάχιστον μια φορά. Με υψηλότερο κίνδυνο αυτοκτονικότητας βρέθηκαν άτομα μεγαλύτερης ηλικίας ($r=0,201$, $p<0,05$), που βρίσκονται σε διάσταση και διαβιούν μόνα τους ($r=0,143$, $p<0,05$) ή/και χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου ($r=-0,245$, $p<0,05$). Επίσης οι μη έχοντες υψηλό οικογενειακό εισόδημα βρέθηκαν με σημαντικά υψηλότερα επίπεδα άγχους ($r=0,194$, $p<0,05$), μόνιμου ($r=0,174$, $p<0,05$) και προσωρινού ($r=0,191$, $p<0,05$) όπως και όσοι έχουν χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης ($r=-0,278$, $p<0,05$). Από την εκτίμηση δεικτών Odds Ratio βρέθηκε σημαντική αύξηση του κινδύνου αυτοκτονικότητας RASS κατά 16% (OR:1,16, 95%ΔΕ:1,08-1,24) όσο μεταβάλλεται αυξανόμενο το μόνιμο άγχος τους.

Συμπεράσματα: Η αυτοκτονικότητα φαίνεται να επηρεάζεται από υπάρχουσες καταστάσεις όπως είναι η αύξηση της ηλικίας, η κατάσταση διαβίωσης ή το χαμηλό

εκπαιδευτικό επίπεδο ενώ το μόνιμο άγχος μπορεί να θεωρηθεί ένας σημαντικός παράγοντας αυτοκτονικής συμπεριφοράς.

Λέξεις - Κλειδιά: Αυτοκτονικότητα, μόνιμο άγχος, προσωρινό άγχος

Abstract

DETECTION OF INCIDENTS WITH SUICIDAL BEHAVIOR IN PRIMARY HEALTH CARE AND THEIR RELATION WITH STATE AND TRAIT ANXIETY

Introduction: In many developed countries suicide is considered a major problem for public health with ever increasing trends.

Aim: The main aim of this study was to examine the relationship between suicidality risk and the existence of state and trait anxiety in the general population in municipality of Heraklion in Crete during the period of economic crisis.

Methodology: The sample of the study consisted of 204 individuals tested in the regular clinics of the University Hospital of Heraklion and in Health Center of Moires from November 2016 to January 2017. For the data collection were used two questionnaires. The first involved the Scale of suicidality Risk (RASS), consisting of 12 questions classified in a 4-point scale and the Scale of Stress Spielberger (Trait and State Anxiety) consisting of 40 graded scale. They followed univariate correlations and evaluated indicators Odds Ratio of people with high vs. low grade RASS scale and also for the characteristics and Anxiety scores Spielberger by multiple regression analyses. The statistical analyses were performed using IBM SPSS 23.0 program.

Results: Nine subjects (4.4%) reported having attempted suicide at least once. With higher risk suicidality were older individuals ($r = 0.201$, $p < 0.05$), which are separated and live alone ($r = 0.143$, $p < 0.05$) and / or lower educational level ($r = -0.245$, $p < 0.05$). Moreover, people with low family income were found with a significantly higher anxiety levels ($r = 0.194$, $p < 0.05$), state anxiety ($r = 0.174$, $p < 0.05$) and trait anxiety ($r = 0.191$, $p < 0.05$) as those with a lower level of education ($r = -0.278$, $p < 0.05$). From the assessment of the indices odds ratio was significantly increased risk of suicidal behavior RASS by 16% (OR: 1.16, 95% CI: 1.08 to 1.24) as varied increasing their state anxiety.

Conclusions: The suicidality seems to be influenced by existing conditions such as increasing age, the life situation or the low educational level and the state anxiety can be considered an important factor in suicidal behavior.

Words - Keys: suicidality, state anxiety, trait anxiety

Εισαγωγή

Σε πολλές χώρες η αυτοκτονία είναι ένα μεγάλο πρόβλημα για τη δημόσια υγεία με όλο αυξανόμενες τάσεις. Η αυτοκτονία περιλαμβάνει οποιαδήποτε συμπεριφορά που προκαλείται από το ίδιο το άτομο και πραγματοποιείται με την πρόθεση ή την προσδοκία να βάλει τέλος στη ζωή του και περιλαμβάνει παθητικές πράξεις αυτό-προκαλούμενες ή ενεργητικές (De Leo, et al, 2004). Αυτοκτονική συμπεριφορά είναι η προσπάθεια εκούσιας διακοπής της ζωής του ίδιου του ατόμου. Έχουν περιγράψει δυο βασικές κατηγορίες αυτοκτονικής συμπεριφοράς, οι απόπειρες αυτοκτονίας και οι ολοκληρωμένες αυτοκτονίες κατά τις οποίες οι ενέργειες του ατόμου έχουν σαν αποτέλεσμα τον θάνατο του. Ένα άτομο μπορεί να ανήκει και στις δυο αυτές κατηγορίες (Beratis S., 1986).

Η αυτοκτονία είναι ανάμεσα στις δέκα πιο συχνές αιτίες θανάτου για όλες τις ηλικίες. Οι παράγοντες που σχετίζονται κυρίως με μεγάλο κίνδυνο αυτοκτονίας είναι οι βιολογικοί παράγοντες, οι κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες, τα προβλήματα σωματικής υγείας και η ψυχιατρική νοσηρότητα. Η επαρκής και τεκμηριωμένη αξιολόγηση του κινδύνου αυτοκτονίας σε ένα άτομο δεν είναι ακόμα εφικτή. Αντιστοίχως, η αρίθμηση των αυτοκτονιών σε δεδομένη χρονική περίοδο σε μία χώρα είναι πάρα πολύ δύσκολη. Ο διαχωρισμός μεταξύ της αυτοκτονίας από το θάνατο από ατύχημα ή εγκληματική πράξη είναι δύσκολη όταν δεν υπάρχουν στοιχεία (σημείωμα, ψυχική νόσος, προηγηθείσες απόπειρες, προειδοποίηση), που να αποδεικνύουν ότι ο θάνατος είναι έγκλημα, ατύχημα ή αυτοκτονία. (Jacobs et al, 2003).

Το άγχος είναι η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει φόβο, αισθήματα τάσης ή ακόμη και τρόμου σαν απάντηση σε κίνδυνο του οποίου η πηγή είναι σε ένα μεγάλο βαθμό μη αναγνωρίσιμη ή άγνωστη. Το άγχος είναι μια κοινή αντίδραση που σε κάποιο βαθμό απαντάται στα περισσότερα άτομα με τη μορφή της υπερβολικής αντίδρασης σε ήπια γεγονότα που προκαλούν στρες (Μάνος, 1997).

Όταν το άτομο βρίσκεται σε κατάσταση άγχους είναι πιθανό να παρουσιάζει κάποια συμπτώματα, τα οποία κατηγοριοποιούνται σε ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα. Στα ψυχολογικά συμπτώματα ανήκουν η ανυπομονησία, η ανησυχία, το αίσθημα αόριστου φόβου και αγωνίας, η νευρικότητα, η διάσπαση της προσοχής, η δυσκολία στη συγκέντρωση και το αίσθημα μειωμένης αντιληπτικής ικανότητας. Στα σωματικά συμπτώματα ανήκουν ο πόνος στο στήθος, η δύσπνοια, το αίσθημα πνιγμού, το αίσθημα κόμπου στο λαιμό, η δυσκαταποσία, το αίσθημα παλμών, η λιποθυμική τάση, η

ανορεξία, η ναυτία, ο ίλιγγος, τα κοιλιακά άλγη, η μυϊκή τάση, η κινητική ανησυχία, η τρεμούλα, η αδυναμία, η ζάλη, οι εφιδρώσεις, η συχνοουρία, τα κρύα χέρια, η λιποθυμική τάση, η κεφαλαλγία τάσης και η ξηροστομία (Μαδιανός, 2003).

Ο Spielberg ήταν εκείνος που μίλησε για τη θεωρία του άγχους στα πλαίσια της οποίας προσεγγίζει το άγχος ως παροδικό, αποτέλεσμα της κατάστασης και ως σταθερό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας. Το παροδικό άγχος έχει σχέση με την υποκειμενική συναισθηματική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από νευρικότητα και ένταση. Το μόνιμο άγχος έχει σχέση με την προδιάθεση του ατόμου να αντιλαμβάνεται συγκεκριμένες καταστάσεις ως απειλητικές και να αντιδρά με άγχος σε αυτές. Το παροδικό άγχος περιλαμβάνει συναισθήματα έντασης και ανησυχίας που συνοδεύονται ή συσχετίζονται με την διέγερση ή ενεργοποίηση του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Το μόνιμο άγχος είναι η μαθημένη συμπεριφορική προδιάθεση να αντιλαμβάνεται το άτομο τις καταστάσεις που δεν είναι απειλητικές και να αντιδρά σε αυτές με άγχος δυσανάλογο της έντασης ή του μεγέθους του πραγματικού κινδύνου (Spielberger 1966b).

Συμφώνα με τους Ohring et al το άγχος είναι ένας βασικός παράγοντας κινδύνου για αυτοκτονική συμπεριφορά σε εφήβους και υποστηρίζουν ότι οι γιατροί θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη το άγχος για την αξιολόγηση και τη θεραπεία των εφήβων με αυτοκτονική συμπεριφορά (Ohring 1996). Τέλος οι Hill et al υποστηρίζουν ότι το άγχος είναι ένας βασικός παράγοντας κινδύνου για συμπεριφορές που σχετίζονται με την αυτοκτονία σε παιδιά και εφήβους. Περιορισμένα είναι τα στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι το άγχος είναι ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας για αυτοκτονικές συμπεριφορές σε νεαρές ηλικίες. Λίγες μελέτες έχουν γίνει και να εξετάζουν τη σχέση μεταξύ άγχους και αυτοκτονικής συμπεριφοράς (Hill 2011)

Το πιο ισχυρό από τα ένστικτα είναι αυτό της επιβίωσης. Πρώτιστο μέλημα του ανθρώπου, αλλά και των ζώων, είναι η παραμονή στη ζωή με κάθε τρόπο. Είναι χαρακτηριστική η αγωνιώδης, πολλές φορές, προσπάθεια επιβίωσης των ανθρώπων όταν βρεθούν αντιμέτωποι με κινδύνους για τη ζωή, σοβαρές ασθένειες, γηρατειά, ακόμα κι όταν ο θάνατος μοιάζει αναπόφευκτος. Όμως σε όλους τους πολιτισμούς και σε όλες τις ιστορικές περιόδους υπήρξαν και εξακολουθούν να υπάρχουν περιπτώσεις ανθρώπων οι οποίοι κάποια στιγμή αποφασίζουν να τερματίσουν την ύπαρξη τους, να δολοφονήσουν τον εαυτό τους.

Η αυτοκτονία, κατά τον Edwin Shneidman (1976), είναι η συνειδητή αυτοκαταστροφή, αποτελεί δε μια πολυδιάστατη διαταραχή ενός ανθρώπου ο οποίος θεωρεί την πράξη αυτή ως τη καλύτερη λύση για ένα θέμα εξαιρετικά σημαντικό για τον

ίδιο. Η αυτοκτονία δεν είναι μια πράξη άσκοπη ή τυχαία. Αποτελεί μια διέξοδο από ένα πρόβλημα ή μια κατάσταση ιδιαίτερα επώδυνη για τον αυτόχειρα. Η διέξοδος όμως αυτή, καθώς συγκρούεται και υπερνικά το θεμελιώδες ένστικτο της επιβίωσης, αποκλίνει σημαντικά από τη φυσιολογική ανθρώπινη συμπεριφορά. Το ποσοστό των ανθρώπων που τελικά αυτοκτονούν είναι πολύ μικρό σε σχέση με εκείνο των ανθρώπων που σκέφτονται ως λύση την αυτοκτονία σε κάποια δύσκολη περίοδο της ζωής τους.

Επί πολλούς αιώνες, το φαινόμενο της αυτοκτονίας υπήρξε αντικείμενο προλήψεων, προκαταλήψεων και απαγορεύσεων. Η προσέγγιση του γινόταν με τρόπους ηθικά, φιλοσοφικά και θρησκευτικά δογματικούς. Οι πρώτες βάσεις για την επιστημονική προσέγγιση της αυτοκτονίας τέθηκαν από τον Durkheim, στα τέλη του 19^{ου} αιώνα, ο οποίος έδωσε έμφαση στο ρόλο που διαδραματίζουν κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες στην συχνότητα εμφάνισης του φαινομένου.

Ο Sigmund Freud, στις αρχές του 20^{ου} αιώνα ήταν ο πρώτος που έκανε μια δομημένη ψυχολογική ερμηνεία της αυτοκτονίας, με τη γνωστή υπόθεση της ενδοστρεφόμενης επιθετικότητας εναντίον αντικειμένου αγάπης το οποίο έχει ενδοβληθεί. Ακολούθησαν και πολλοί άλλοι, οι οποίοι συνεισέφεραν τις δικές τους υποθέσεις και απόψεις (Adler, Jung, Abraham, Rado, Fenichel, Anna Freud, Horney, κ.α.).

Το επιστημονικό ενδιαφέρον για την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά σταδιακά αυξήθηκε και είχε σαν αποτέλεσμα την πραγματοποίηση μεγάλου αριθμού μελετών, καθώς και την εμφάνιση του κλάδου της **Αυτοκτονιολογίας (suicidology)**.

Εκτός από την ψυχιατρική, στο πεδίο της οποίας ανήκουν οι περισσότερες από τις μελέτες, αξιόλογη υπήρξε και η συμβολή άλλων επιστημονικών κλάδων :

1. Κοινωνιολογία
2. Ψυχολογία
3. Ανθρωπολογία
4. Επιδημιολογία
5. Νευροβιολογία
6. Βιοχημεία
7. Γενετική

Σύμφωνα με τη σύγχρονη άποψη, η αυτοκτονία αποτελεί μια περίπλοκη και πολυπαραγοντική ανθρώπινη συμπεριφορά, όπου εμπλέκονται παράγοντες ψυχολογικοί, βιολογικοί, γενετικοί, κοινωνικοί και πολιτισμικοί. Η στενή σχέση της αυτοκτονίας με την ύπαρξη ψυχοπαθολογίας – και ιδιαίτερα κατάθλιψης – έχει καταδειχθεί σε επίπεδο κλινικό

αλλά και βιολογικό. Είναι πλέον γνωστό κοινές διαταραχές νευρομεταβιβαστικών συστημάτων και ιδιαίτερα της σεροτονίνης. Από την πλευρά της γενετικής υπάρχουν ενδείξεις για μεταβίβαση αυξημένης προδιάθεσης για αυτοκτονία, πιθανότατα ανεξάρτητα από τη μεταβίβαση των ψυχικών νόσων. Ταυτόχρονα, επιδημιολογικές μελέτες φανερώνουν σημαντικές διαφορές στη συχνότητα της αυτοκτονίας μεταξύ διαφορετικών κρατών και κοινωνιών, αναδεικνύοντας έτσι τη σημασία των κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1: Αυτοκτονία

1.1 Ιστορία της Αυτοκτονίας - Ιστορικά Στοιχεία

Από την αρχαιότητα μέχρι και τις ημέρες μας, οι αυτοκτονικές συμπεριφορές φαίνεται να συνοδεύουν τον άνθρωπο, όπως τεκμηριώνεται από τις γραπτές πηγές. Ιδιαίτερη σημασία παρουσιάζει η εξέλιξη του φαινομένου της αυτοκτονίας στη πάροδο των αιώνων, καθώς και οι μεταβολές της στάσης της κοινωνίας απέναντι στην εκούσια αυτοκαταστροφική πράξη του ανθρώπου.

Ήδη οι πρώτες αναφορές για αυτοκτονικές πράξεις αναφέρονται στην Αρχαία Ελλάδα, όπου καταγράφονται σε κείμενα της εποχής η αυτοκτονία του βασιλιά της Αθήνας Αιγαία στο Ακρωτήριο του Σουνίου, όταν είδε το καράβι του γιού του Θησέα να επιστρέφει από το παλάτι του Μίνωα με μαύρη σημαία, στην τραγωδία Αίας του Σοφοκλή όπου με παραστατικό τρόπο περιγράφεται η αυτοκτονία του αρχηγού των Σαλαμινίων Αίαντα όταν δεν του αποδόθηκαν τα όπλα του Αχιλλέα, καθώς και στην Οδύσσεια του Ομήρου, η αυτοκτονία της Επικάστης όταν μαθαίνει ότι ο Οιδίποδας με τον οποίο παντρεύτηκε είναι ο γιος της (Evans & Farberow, 2003, Minois, 2006, Ομήρου Οδύσσεια ραψωδία λ, Σοφοκλέους Αίας, van Hooff, 2000). Σύμφωνα με τα πιστεύω της εποχής, οι Ερινύες, μυθικές θεότητες, ήταν εκείνες που οδηγούσαν τον άνθρωπο στην παραφροσύνη, στην απελπισία, και τελικά στην αυτοκτονική πράξη.

Στην Αρχαία Ρώμη, θηλυκό πρότυπο αυτοκτονίας ήταν η περίπτωση της ευγενής Λουκρητίας, η οποία γύρω στο 508 π.Χ. μετά το βιασμό της από το γιο του αυτοκράτορα της Ρώμης, εξομολογήθηκε το γεγονός στους δικούς της, και μαχαιρώθηκε μέχρι θανάτου, αποτελώντας κατά αυτό τον τρόπο πρότυπο θηλυκής αρετής (Βελέντζα & Τριποδιανάκης, 2006, Minois, 2006, van Hooff, 1990, 2000). Από τα κυριότερα αίτια μεταξύ άλλων που οδηγούσαν έναν άνθρωπο στην αυτοκτονία στον αρχαίο ελληνικό και ρωμαϊκό κόσμο, ήταν η αποφυγή της ατίμωσης, αλλά και η απελπισία, το πένθος, ο αβάσταχτος σωματικός πόνος, και η απέχθεια για τη ζωή (van Hooff, 1990, 2000). Αυτό το είδος ηθελημένου θανάτου, εμφανίζεται κυρίως την εποχή των εμφυλίων πολέμων και στις αρχές της ρωμαϊκής αυτοκρατορίας, ενώ συνδέεται με στιγμές πολιτισμικών κρίσεων, με την αμφισβήτηση των παραδοσιακών αξιών, των θρησκευτικών, πνευματικών και

επιστημονικών πεποιθήσεων (Βελέντζα & Τριποδιανάκης, 2006, Μinois, 2006).

Σε γενικές γραμμές, η επιλογή ενός ανθρώπου να θέσει τέλος στη ζωή του προκαλούσε ιδιαίτερο ενδιαφέρον, και η στάση που υιοθετούσε ο κόσμος της αρχαιότητας ποικίλε από θετική και επευφημούμενη σε σπάνιες περιπτώσεις όπου η αυτοκτονία θεωρούνταν πράξη ηρωική για λόγους τιμής και υστεροφημίας, έως και αρνητική, καθώς η αυτοκτονία αποτελούσε αντικείμενο κοινωνικής απόρριψης. Σε αυτό το κλίμα, ο Κικέρωνας υποστήριζε ότι η ίδια η πράξη της αυτοκτονίας δεν είναι ούτε καλή ούτε κακή, αλλά καθορίζεται από το κίνητρο, ενώ ο Πλάτωνας παρόλο που στα έργα του αντιτίθεται στον αυτόχειρα γιατί η πράξη του είναι ενάντια στη θέληση του Θεού και εξέφραζε την άποψη ότι το σώμα του αυτόχειρα θα πρέπει να ενταφιαστεί ανώνυμα, σε έναν έρημο τόπο, χωρίς ταφόπλακα, θεωρούσε ότι εξαιρούνται από τον κανόνα οι αυτόχειρες εκείνοι που ο θάνατος τους αποτελεί νόμιμη προσταγή της, όσοι υποφέρουν από τις δυστυχίες της ζωής, και από επώδυνα και ανίατα νοσήματα (Βελέντζα & Τριποδιανάκης, 2006, De Leo, Burgis, Bertolote, Kerkhof, & Bille-Brahe, 2006, Johnstone, 2009, Μinois, 2006, Papadimitriou et al., 2007).

Η εποχή του Μεσαίωνα (5^{ος} – 15^{ος} αιώνας), παρότι χαρακτηρίζεται από την εξάπλωση και επικράτηση των αρχών του χριστιανισμού, δεν παρουσιάζει μια σαφή τοποθέτηση στο θέμα της αυτοκτονίας, πολύ περισσότερο μοιάζει να δυσπιστεί απέναντι στον εκούσιο θάνατο. Κατά την περίοδο των διωγμών, η πρώτη γενιά χριστιανών ακολουθώντας το παράδειγμα του Ιησού, θυσιαζόταν πρόθυμα ως μαρτυρία πίστης στο Θεό. Ο χριστιανικός θάνατος ενός μάρτυρα, επομένως, ήταν αποδεκτός καθώς επρόκειτο για ένα ευτυχή θάνατο, και πολλοί ήταν εκείνοι που αγιοποιήθηκαν (Evans & Farberow, 2003, Μinois, 2006).

Σημαντική, ωστόσο, για την εποχή ηγετική φυσιογνωμία του Χριστιανισμού με καταλυτική επιρροή στην αusterοποίηση της στάσης της Εκκλησίας απέναντι στον εκούσιο θάνατο, ήταν ο Άγιος Αυγουστίνος (354 - 430μ.Χ.). Στο έργο του *Πολιτεία του Θεού* αναφέρει χαρακτηριστικά πως «Λέμε, δηλώνουμε και επιβεβαιώνουμε με οποιοδήποτε τρόπο ότι κανείς δεν πρέπει ηθελημένα να αφαιρεί τη ζωή του προκειμένου να αποφύγει πρόσκαιρα δεινά, διατρέχοντας τον κίνδυνο να βυθισθεί σε δεινά αιώνια...Κανείς δεν πρέπει να αφαιρεί τη ζωή του με την ελπίδα μιας καλύτερης μεταθανάτιας ζωής : όσοι ευθύνονται για το δικό τους θάνατο δεν έχουν πρόσβαση σε αυτήν την καλύτερη ζωή» (Μinois, 2006). Η απαγόρευση κάθε μορφής αυτοκτονίας αποτελούσε πλέον την επίσημη στάση της Εκκλησίας, και η αυτοκτονία του Ιούδα αναγνωρίστηκε ως ο έσχατος εξευτελισμός καθώς επρόκειτο για ένα απελπισμένο θάνατο

ενός αμαρτωλού, και συνακόλουθα αμφισβητούσε την φιλευσπλαχνία του Θεού. Ως την αποτελεσματικότερη θεραπεία κατά της απελπισίας η οποία κινητοποιεί αυτοκτονικές τάσεις, η Εκκλησία παρουσίαζε το μυστήριο της εξομολόγησης μέσω του οποίου οι πιστοί ανακουφίζονταν από την απελπισία, δινόταν άφεση αμαρτιών, και διασφαλιζόταν η επάνοδος στο δρόμο του Θεού.

Η καθολική καταδίκη της αυτοκτονίας δεν ήταν ανεξάρτητη από το οικονομικό και κοινωνικο-πολιτικό πλέγμα της εποχής, και εξυπηρετούσε τόσο την Εκκλησία, η οποία ασκούσε απόλυτο έλεγχο στις ζωές των πιστών και αντλούσε τη δύναμή της από το πλήθος τους, όσο και την πολιτεία, η οποία συντηρούσε εργατικά χέρια σε μια εποχή που μαστιζόταν από λιμούς και επιδημίες. Για το λόγο αυτό, από τα κυριότερα μέτρα κατά της αυτοκτονίας που υιοθετήθηκαν εκείνη την εποχή ήταν :

1. Η δήμευση της περιουσίας του αυτόχειρα
2. Η απειλή της αιώνιας τιμωρίας στην κόλαση, και
3. Η άρνηση της εκκλησιαστικής – χριστιανικής ταφής (Minois, 2006, van Hooff, 1990, 2000).

Κοινή πρακτική μετά το θάνατο του αυτόχειρα, ήταν να διενεργείται έρευνα και δίκη του νεκρού. Τα δικαστήρια καθιέρωσαν την διάκριση ανάμεσα στις περιπτώσεις εκείνες που χαρακτηρίζονταν παραφροσύνης, όπου υπήρχαν σημάδια επιείκειας και κανονικός ενταφιασμός, ενώ διαφορετικά, δημευόταν η κινητή και ακίνητη περιουσία του αυτόχειρα και ακολουθούσε η εκτέλεση του σώματος, το οποίο έπρεπε να διαπομπευθεί όσο βιαιότερα γινόταν για να παραδειγματιστούν οι ζώντες. Χαρακτηριστικές πρακτικές της εποχής, ήταν οι τελετές αναστροφής που εφαρμοζόταν στον σώμα του νεκρού αυτόχειρα (ως τελετές εξορκισμού των κακών πνευμάτων), και οι οποίες συνίστατο στο να κρεμάσουν το σώμα ανάποδα, στο να τοποθετούν το σώμα σε ένα βαρέλι και να το ρίχνουν στο ποτάμι, στο κάρφωμα του σώματος σε ένα πάσσαλο σε δημόσιο μέρος, κ.λπ. (Βελέντζα & Τριποδιανάκης, 2006, Minois, 2006, van Hooff, 2000).

Ο ισχυρισμός της αύξησης των αυτοκτονιών την εποχή της Αναγέννησης (15^{ος} – 18^{ος} αιώνας), αν και δεν επιβεβαιώθηκε ποτέ επιστημονικά καθώς δεν υπήρξαν αξιόπιστα τεκμήρια, συνέβαλε σημαντικά στην επικράτηση της άποψης περί χαρακτηριστικών τάσεων αυτοκτονίας κατά την περίοδο αυτή. Εντούτοις, ιδιαίτερα σημαντική και καινοτόμα για την στατιστική τεκμηρίωση του φαινομένου της αυτοκτονίας της εποχής, είναι η έρευνα των M. Macdonald και T. Murphy, οι οποίοι αξιοποιώντας αρχαιακό υλικό, προχώρησαν σε μια εμπειριστατωμένη μελέτη και καταγραφή των περιπτώσεων

αυτοκτονίας στο Ηνωμένο Βασίλειο (Minois, 2006). Από τις αρχές της Αναγέννησης, οι απόψεις και οι στάσεις των ανθρώπων απέναντι στον εθελούσιο θάνατο άρχισαν σταδιακά να αλλάζουν, και σε αυτό συνέβαλε η επανάσταση της τυπογραφίας, όπου τα βιβλία πλέον απευθυνόταν σε ένα ευρύτερο κοινό, αντανακλώντας τα συναισθήματα και την καθημερινότητα μιας μεγαλύτερης μερίδας του πληθυσμού. Το πέπλο του φόβου και της ντροπής που κάλυπτε μέχρι πρότινος την ιδέα της αυτοκτονίας, διαλύεται σιγά-σιγά, και η αυτοκτονία αποκτά θετική ηθική αξία, αποτελεί μια συγκινησιακά φορτισμένη χειρονομία στα αισθηματικά μυθιστορήματα της εποχής.

Χαρακτηριστικό δείγμα της λογοτεχνικής άνθισης, συνιστά και η συγγραφή βιβλίων που αναφέρονται σε φανταστικούς κόσμους, όπου ο συγγραφέας δύναται να εκφράσει μέσω αυτών ιδιαίτερα τολμηρές ιδέες χωρίς να λογοκριθεί. Το έργο *Ουτοπία* του Thomas More (1478-1535), αποτελεί ένα από τα πιο αντιπροσωπευτικά δείγματα, στο οποίο οι κάτοικοι της ιδεατής νήσου Ουτοπίας μπορούσαν να επιλέξουν τον εκούσιο θάνατο σε περιπτώσεις ανίατης και επώδυνης νόσου με την ανοχή των ιερέων (Evans & Farberow, 2003, Minois, 2006, van Hooff, 2000). Θεαματική, ωστόσο, είναι και η είσοδος της αυτοκτονίας στο θέατρο. Το διασημότερο κείμενο της λογοτεχνίας χρονολογείται το 1600, και ο William Shakespeare (1564-1616) μέσα από τον μονόλογο του Άμλετ και το ερώτημα *Να ζει κανείς ή να μη ζει* χαρακτήρισε την εποχή. Από το 1589 έως το 1613, ο Shakespeare περιέγραψε στα έργα του 52 αυτοκτονίες, και εξέτασε όλες τις πιθανές περιστάσεις, τα κίνητρα και τις αιτίες αυτής της πράξης, ενώ περισσότερες από διακόσιες αυτοκτονίες υπολογίζεται ότι διαπράττονται στη σκηνή του αγγλικού θεάτρου την περίοδο 1580-1620, γεγονός το οποίο καθιστά την αυτοκτονία ένα κοινωνικό φαινόμενο. Συγχρόνως, παρατηρείται μια διαφοροποίηση στις απόψεις των εκπροσώπων του νόμου, καθιερώνεται η διάκριση ανάμεσα στις ένοχες και τις δικαιολογημένες αυτοκτονίες, και η περιουσία των αυτοχειρών δεν δημεύεται όταν η πράξη διαπράχθηκε λόγω δυστυχίας, βασάνων, και αδυναμίας του πνεύματος (τρέλα). Στην πραγματεία *Ανατομία της Μελαγχολίας*, ο θεολόγος Robert Burton (1577-1640) εξετάζοντας τα αίτια της αυτοκτονίας, εξέφρασε την άποψη ότι η μελαγχολία ως νόσος που οφείλεται στη μέλανα χολή μπορεί να προκαλέσει τάσεις αυτοκτονίας, ενώ παράλληλα ο διάσημος γιατρός της εποχής Thomas Willis (1621-1675) έφερε στην επιφάνεια τον κύκλο της μανιοκατάθλιψης, αποδεικνύοντας ότι η μελαγχολία δύναται να προκαλέσει οργή και κρίσεις αυτοκτονίας. Κατά αυτό τον τρόπο, παρουσιάστηκε σταδιακά η ιδέα της ιατρικής, σωματικής εξήγησης των τάσεων αυτοκτονίας, και ο αυτόχειρας εμφανίζεται όχι πλέον ως δολοφόνος του εαυτού του, αλλά περισσότερο ως ασθενής-θύμα (Evans & Farberow, 2003, Minois, 2006,

van Hooff, 2000).

Την εποχή του Διαφωτισμού (17^{ος} – 18^{ος} αιώνας), και ιδιαίτερα προς τα τέλη του 17^{ου} και αρχές του 18^{ου} αιώνα (1680-1720), παρατηρείται μια έντονη συζήτηση για τις αυτοκτονίες στην Αγγλία, γεγονός το οποίο οδηγεί στην εμφάνιση της αυτοκτονίας ως *αγγλικής ασθένειας*. Σε αυτό συνετέλεσαν ένα πλέγμα παραγόντων, όπως :

1. Η πρόοδος της στατιστικής,
2. Το γενικότερο κλίμα κρίσης των παραδοσιακών αξιών, και
3. Η άνθηση του έντυπου τύπου, μέσα από τον οποίο παρουσιάζονται και αναλύονται διεξοδικά οι πιο ενδιαφέρουσες περιπτώσεις αυτοκτονίας, οι συνθήκες και τα αίτια τους.

Οι κοινωνικές αλλαγές που συνέβησαν στην Αγγλία την εποχή εκείνη, όπως η εμφάνιση του καπιταλισμού, η αστικοποίηση του πληθυσμού, και η διάλυση των στενών οικογενειακών δεσμών, οι πρώτες οικονομικές κρίσεις και χρεωκοπίες, δύναται να συνέβαλαν στην γενίκευση του φαινομένου της αυτοκτονίας, χωρίς ωστόσο να μπορεί να λεχθεί ότι πρόκειται για επιδημία ή κύμα αυτοκτονιών (Evans & Farberow, 2003, Minois, 2006, van Hooff, 2000).

Σε νομικό επίπεδο, παρότι οι εκπρόσωποι του νόμου παραμένουν αυστηροί, αυτή η στάση τείνει να εκλείψει και χαρακτηρίζει πλέον την μειοψηφία, καθώς παρουσιάζεται μια αύξουσα τάση των δικαστών υπέρ των αθωωτικών αποφάσεων *non compos mentis*, αποφάσεων δηλαδή που αναγνωρίζουν ότι οι αυτόχειρες αντιμετωπίζουν ψυχολογικά προβλήματα, οδηγώντας σταδιακά στη διαδικασία αποποινικοποίησης της αυτοκτονίας (οριστικά το 1792 έπαψε στην Ευρώπη η ισχύς του νόμου ότι η αυτοκτονία αποτελεί μια εγκληματική πράξη). Το ερώτημα *Να ζει κανείς ή να μη ζει* μελετήθηκε και απασχόλησε σημαντικά τους πνευματικούς κύκλους της εποχής, και η πληθώρα των πραγματειών αποκαλύπτει αυτή την περιρρέουσα ανησυχία. Τα δύο αντιμέτωπα στρατόπεδα, αποτελούσαν από τη μία οι υπερασπιστές της καθολικής Εκκλησίας και του κράτους, και από την άλλη οι υποστηρικτές του φιλοσοφικού πνεύματος, οι οποίοι υποστήριζαν ότι η αυτοκτονία είναι μια περίπτωση τρέλας ή δυσλειτουργίας του οργανισμού, και ως εκ τούτου εμπίπτει περισσότερο στον τομέα της ιατρικής. Συγχρόνως, την ίδια εποχή προτείνονται και οι πρώτες θεραπείες, καθώς όπως είχε επισημάνει ο Βολταίρος (1694-1778), εφόσον η τάση της αυτοκτονίας οφείλεται σε ψυχοσωματικές διαταραχές, τότε επιδέχεται θεραπείας. Ο R. Whytt (1714-1766) συνιστά την κιγχόνη (αλκαλοειδές κίνηνη)

κατά της αδυναμίας, της αποθάρρυνσης και της κατάπτωσης, ενώ άλλοι προτείνουν τα θερμά λουτρά, τα ταξίδια που μπορούν να διαλύσουν τις έμμονες ιδέες, κλπ (Minois, 2006).

Τον 19^ο αιώνα, το ποσοστό των αυτοκτονιών παρουσίασε αύξηση, πιθανή συνέπεια της βιομηχανικής επανάστασης, και η επιστήμη της ιατρικής συνέβαλε στην καθιέρωση της άποψης ότι η αυτοκτονία είναι μια επονείδιστη ασθένεια. Ο Γάλλος γιατρός P. Pinel (1745-1826) πρότεινε ως ευεργετική την πρόκληση σοκ για τη θεραπεία της ροπής προς την αυτοκτονία, ενώ τα γραπτά του E. Esquirol (1772-1840) είναι εκείνα που θεμελιώνουν την ψυχιατρική θεωρία, και ως αντικείμενο μελέτης της την αυτοκτονία. Εντούτοις, η επιλογή του ανθρώπου να καταφύγει στην αυτοκτονία παρέμενε εν πολλοίς ένα μυστήριο. Στο πλαίσιο αυτό, η μελέτη του Ιταλού ψυχιάτρου E. Morselli (1852-1929) για τις αυτοκτονίες στην Ιταλία (Goldney, 2004), η κοινωνιολογική ανάλυση του E. Durkheim (1897-1951) για τα κοινωνικά αίτια της αυτοκτονίας το 1897, και λίγο αργότερα η εξήγηση της αυτοκτονίας ως επιστροφή της επιθετικότητας κατά του ίδιου του εαυτού, από τον Αυστριακό ψυχίατρο S. Freud (1856-1939) στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, προσέφεραν εξηγήσεις οι οποίες αλληλοσυμπληρώνονταν και επισήμαιναν την πολυπλοκότητα της αυτοκτονικής πράξης (Evans & Farberow, 2003, Minois, 2006, van Hooff, 2000).

Συμπερασματικά, μπορούμε να αναφέρουμε ότι παρά την καθολικότητα του φαινομένου της αυτοκτονίας, οι κοινωνικοπολιτισμικές μεταβολές κάθε εποχής συνέβαλαν άλλοτε στην αποδοχή και άλλοτε στη δαιμονοποίηση της αυτοκτονικής πράξης και του αυτόχειρα, έως ότου η αυτοκτονία να αποτελέσει σταδιακά αντικείμενο μελέτης της ιατρικής επιστήμης, και ειδικότερα του κλάδου της ψυχιατρικής.

1.2 Ορισμοί και τυπολογία

Ο όρος *αυτοκτονία* δημιουργήθηκε στην Αγγλία το 17^ο αιώνα, και πρωτοεμφανίστηκε στη λατινική εκδοχή του στο έργο *Religio Medici* του Sir Thomas Browne που γράφτηκε περίπου το 1637, και δημοσιεύτηκε το 1642. Ο νέος αυτός όρος, ο οποίος βασίζεται στο λατινικό *sui* (του εαυτού) *caedere* (φόνος), έγινε αποδεκτός στη *Glossographia* του λεξικογράφου T. Blount το 1656, ενώ καθιερώνεται στην Γαλλία μόλις στα μέσα του 18^{ου} αιώνα, και το ρήμα που χρησιμοποιείται ως πλεονασμός είναι το «*se suicider*» (De Leo et al., 2006, Minois, 2006, Murray, 1998).

Ο Silverman (2006) αλλά και ο De Leo και οι συνεργάτες του (2006), συγκέντρωσαν τους πιο συνήθεις αναφερόμενους ορισμούς της αυτοκτονίας από το 19^ο αιώνα έως και τον 20^ο αιώνα, και παρακάτω παρατίθενται μερικοί από αυτούς :

- Όλες οι περιπτώσεις θανάτου που προκύπτουν άμεσα ή έμμεσα από μια θετική ή αρνητική πράξη του ιδίου του θύματος, το οποίο γνωρίζει ότι θα παράγει αυτό το αποτέλεσμα (Durkheim, 1951),
- Κάθε συμπεριφορά που επιδιώκει και βρίσκει τη λύση σε ένα υπαρξιακό πρόβλημα κάνοντας μια απόπειρα κατά της ζωής του υποκειμένου (Baechler, 1980),
- Η αυτοκτονία είναι μια συνειδητή πράξη αυτο-εκμηδένισης, που γίνεται καλύτερα κατανοητή ως μια πολυδιάστατη δυσφορία σε ένα υποκείμενο που βρίσκεται σε ανάγκη, το οποίο προσδιορίζοντας μια κατάσταση θεωρεί την αυτοκτονία ως τη καλύτερη λύση (Shneidman, 1985),
- Ο θάνατος που προκύπτει από μια πράξη που προκλήθηκε από τον εαυτό του, με την πρόθεση να σκοτώσει τον εαυτό του (Rosenberg et al., 1988),
- Ο αυτοεκκινήτηριος, σκόπιμος θάνατος (Ivanoff, 1989),
- Ο ορισμός της αυτοκτονίας έχει τέσσερα στοιχεία (Mayo, 1992):
 - ☎📁➊ μια αυτοκτονία έχει λάβει χώρα εάν επέλθει θάνατος,
 - ☎📄➋ πρέπει να είναι πράξη ενός συγκεκριμένου ατόμου,
 - ☎📄➌ το μέσο της αυτοκτονίας μπορεί να είναι ενεργό ή παθητικό, και
 - ☎📄➍ υποδηλώνει ότι σκοπίμως βάζει τέλος στη ζωή του ατόμου,
- Η αυτοκτονία δεν είναι, εξ ορισμού, μια ασθένεια, αλλά ένας θάνατος που προκαλείται από μια αυτοεπιβαλλόμενη σκόπιμη ενέργεια ή συμπεριφορά» (Silverman & Maris, 1995), και

- Η πράξη της δολοφονίας του εαυτού, που αρχίζει σκόπιμα και εκτελείται από το ενδιαφερόμενο πρόσωπο με πλήρη γνώση ή προσδοκία της μοιραίας έκβασής της (WHO, 1998).

Εντούτοις, παρά τους πολυάριθμους και διαφοροποιημένους ορισμούς της αυτοκτονίας, η αυτοκτονική συμπεριφορά εξακολουθεί να δημιουργεί σύγχυση στην επιστημονική κοινότητα από την άποψη της ταξινόμησης και της ονοματολογίας (Silverman, 2006). Ο Pokorny (1974) αναλύοντας διεξοδικά διάφορους ορισμούς και ταξινομήσεις των αυτοκτονικών συμπεριφορών από την εποχή του Durkheim, κατέληξε στην ακόλουθη, σε γενικές γραμμές, ταξινόμηση :

- i. Αυτοκτονία (completed suicide), όπου περιλαμβάνει όλους τους θανάτους, όπου μια σκόπιμη, αυτοχειριστική, επικίνδυνη για τη ζωή πράξη κατέληξε στο θάνατο,
- ii. Απόπειρα αυτοκτονίας (attempted suicide), όπου περιλαμβάνει τις καταστάσεις που το άτομο εκτέλεσε μια πραγματικά ή φαινομενικά επικίνδυνη για τη ζωή συμπεριφορά, με πρόθεση να βάλει σε κίνδυνο τη ζωή του ή να δώσει την εντύπωση μιας τέτοιας πρόθεσης, που όμως δεν κατέληξε σε θάνατο (περιλαμβάνει όλες τις μη θανατηφόρες απόπειρες / πράξεις), και
- iii. Αυτοκτονικές ιδέες (suicidal ideation), όπου συμπεριλαμβάνονται συμπεριφορές που παρατηρούνται άμεσα ή συμπεραίνονται, και αναφέρονται ή κινούνται προς την κατεύθυνση πιθανής απειλής της ζωής του ατόμου, αλλά όπου η πιθανή θανατηφόρα πράξη δεν εκτελείται τελικά.

Από την πλευρά του ο Maris (1992), θεώρησε ότι η επιστήμη της αυτοκτονιολογίας (suicidology) ή αλλιώς η επιστημονική μελέτη της αυτοκτονίας, θα αναπτυχθεί ιδιαίτερα με την δημιουργία ενός ενιαίου, τυποποιημένου συστήματος ταξινόμησης των αυτοκτονικών συμπεριφορών, παρόμοιου με το **Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (DSM)**, ή εκείνο της **Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης των Νόσων (ICD)**, ωστόσο τόνισε ότι η ανάπτυξη ενός τέτοιου προτύπου θα αποτελούσε ένα τεράστιο και δαπανηρό έργο. Λίγα χρόνια αργότερα, η ονοματολογία και ταξινόμηση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς απασχόλησε μια ομάδα εργασίας που συστάθηκε υπό την αιγίδα του Εθνικού Ινστιτούτου για την Ψυχική Υγεία και της Αμερικανικής Εταιρείας Αυτοκτονιολογίας, η οποία κατέληξε σε μια τυποποιημένη ονοματολογία, σύμφωνα με την οποία οι αυτοκτονικές συμπεριφορές διακρίνονται στη βάση τριών χαρακτηριστικών, και







συγκεκριμένα την πρόθεση θανάτου, τις ενδείξεις αυτοτραυματισμού, και το αποτέλεσμα (τραυματισμός, μη-τραυματισμός, θάνατος) (O'Carroll et al., 1996, Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll, & Joiner, 2007a). Παρόλα αυτά, μόνο ένας μικρός αριθμός ερευνητών σε διεθνές επίπεδο υιοθέτησε την προαναφερόμενη ταξινόμηση και την εφάρμοσε σε σχετικές ερευνητικές μελέτες, καθώς δεν υπήρξε καθολική αποδοχή, και αρκετοί ήταν εκείνοι που τόνισαν την ανάγκη για περαιτέρω και πιο σαφείς εννοιολογικούς προσδιορισμούς των αυτοκτονικών συμπεριφορών. Σε αυτό το πλαίσιο, ο Silverman και οι συνεργάτες του (2007a, Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll, & Joiner, 2007b) προχώρησαν σε μια πρόσφατη αναθεώρηση της προαναφερόμενης τυποποιημένης ονοματολογίας και ταξινόμησης, η οποία διαμορφώθηκε ως κάτωθι :

Αυτοτραυματικές σκέψεις και συμπεριφορές (Self-Injurious Thoughts and Behaviors)

A. Ριψοκίνδυνες σκέψεις και συμπεριφορές

1. Με άμεσο ρίσκο – κίνδυνο.
2. Με αμυδρό ρίσκο – κίνδυνο.

B. Αυτοκτονικές σκέψεις και συμπεριφορές

-   Αυτοκτονικές ιδέες – ιδεασμοί.
-   Αυτοκτονική επικοινωνία.
-   Αυτοκτονικές συμπεριφορές (suicide-related behaviors)

Συμπερασματικά, όπως αναφέρει ο Rudd (1997, 326) μια τυποποιημένη ονοματολογία είναι απαραίτητη για την καλή επιστήμη, κρίσιμη για την παροχή μιας στέρεας βάσης για την κλινική φροντίδα, και θεμελιώδης για τις προσπάθειες ανάπτυξης και καθορισμού εύλογων προτύπων περίθαλψης. Είναι σαφές, επομένως, ότι η πρόκληση και ο στόχος της ανάπτυξης μιας τυποποιημένης ονοματολογίας και ταξινόμησης των αυτοκτονικών συμπεριφορών με καθολική αποδοχή σε παγκόσμιο επίπεδο, επιδιώκει να προσφέρει τη δυνατότητα μιας καλύτερης και γονιμότερης επικοινωνίας ανάμεσα στους ιατρούς, επιδημιολόγους, ερευνητές, τους φορείς χάραξης πολιτικών υγείας και πρόληψης, καθώς και σε όλους τους άλλους συμβαλλόμενους φορείς στην επιστήμη της αυτοκτονιολογίας.

1.3 Επιδημιολογία της αυτοκτονίας

1.3.1 Αξιοπιστία και εγκυρότητα των επίσημων στοιχείων για τις αυτοκτονίες

Τα επίσημα στατιστικά στοιχεία για τις αυτοκτονίες προέρχονται από τις αρμόδιες υπηρεσίες (στατιστικές υπηρεσίες) κάθε κράτους, και χρησιμοποιούνται για συγκρίσεις τόσο μεταξύ διαφορετικών κρατών όσο και διαφορετικών περιφερειών του ίδιου κράτους, αλλά και για διαχρονικές μελέτες του φαινομένου της αυτοχειρίας ενός δεδομένου έθνους. Ωστόσο, η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των επίσημων στατιστικών στοιχείων για τους θανάτους από αυτοκτονία, έχουν αποτελέσει κατά καιρούς αντικείμενο ισχυρής αμφισβήτησης και κριτικής. Ήδη, πάνω από έναν αιώνα πριν, ο Durkheim (1897/1951) είχε υποστηρίξει ότι τα επίσημα στατιστικά στοιχεία για τις αυτοκτονίες αποτελούν μια αντανάκλαση του κοινωνικοπολιτισμικού κλίματος ενός κράτους. Ο ίδιος πίστευε ότι παρόλο που τα επίσημα στοιχεία είναι πολύ πιθανό να εμπεριέχουν ένα βαθμό λάθους, η σχετική σταθερότητα τους με την πάροδο του χρόνου (από έτος σε έτος), ήταν μια επαρκής απόδειξη της αξιοπιστίας τους για την χρήση σε κοινωνιολογικές αναλύσεις (Claassen et al., 2010, Douglas, 1967). Συγχρόνως, και ο Morselli (1882) ήταν γνώστης των απειλών της εγκυρότητας των επίσημων στατιστικών στοιχείων, αναφέροντας ότι «οι αντιρρήσεις αναφορικά με την ανεπάρκεια της μεθόδου της παρατήρησης ισχύουν περισσότερο για τα στατιστικά στοιχεία των αυτοκτονιών σε σχέση με εκείνα άλλων πραγμάτων» (Goldney, 2004, Rockett, 2010).

Το ζήτημα της ποιότητας των επίσημων στατιστικών στοιχείων δέχθηκε τις σοβαρότερες κριτικές και αμφισβητήσεις από την δεκαετία του 1960 και έκτοτε (Rockett, 2010), όπου η κυρίαρχη διατυπωμένη άποψη ήταν ότι *«Τα γεγονότα υποστηρίζουν σαφώς ότι η σχέση μεταξύ των στατιστικών οργανισμών και των παραγόμενων στατιστικών στοιχείων για τις αυτοκτονίες, υπόκειται στην ακόλουθη αρχή: τα ποσοστά των αυτοκτονιών ποικίλλουν σημαντικά ανάλογα με το βαθμό της επαγγελματικής ιατρικής εκπαίδευσης/κατάρτισης των ατόμων που κωδικοποιούν τους θανάτους, το μέσο όρο των εργατωρών που αφιερώθηκαν στην κωδικοποίηση, και από το βαθμό ανεξαρτησίας των ατόμων που πραγματοποιούν την κωδικοποίηση από τα ενδιαφερόμενα συμβαλλόμενα μέρη»*

(Douglas, 1967, Rockett, 2010). Σε παρόμοιο κλίμα και ο συμπληρωματικός ισχυρισμός ότι «*Η σωστή διάγνωση ενός θανάτου από αυτοκτονία στηρίζεται στο επαρκές προσωπικό, στην κατάλληλη νομοθεσία, καθώς και στην οικονομική και κοινωνική υποστήριξη*» (Davis & Spelman, 1968, Rockett, 2010).

Με την πάροδο των χρόνων, αρκετές μελέτες τεκμηρίωσαν την περιορισμένη ακρίβεια των επίσημων στατιστικών για τις αυτοκτονίες και παρείχαν αποδείξεις για διάφορες πηγές και τύπους λαθών, έτσι ώστε σήμερα να υπάρχει μια ρητή και σαφής συναίνεση μεταξύ των ερευνητών σε παγκόσμια κλίμακα ότι η αυτοκτονία ως φαινόμενο τείνει να υποεκτιμάται, και οι παράγοντες που συμβάλλουν είναι πολυπληθείς ενώ δύναται να διαφέρουν μεταξύ των κρατών. Εκτός από τους προφανείς κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες (όπως για παράδειγμα το στίγμα που ακολουθεί την οικογένεια ή/και τον αυτόχειρα) ή διάφορα οικονομικά αίτια (π.χ., ασφαλιστήρια συμβόλαια ζωής), άλλοι σημαντικοί ανασταλτικοί παράγοντες για την ακριβή καταγραφή ενός θανάτου ως αυτοχειρία σχετίζονται με νομικές ή θρησκευτικές απαγορεύσεις που εξακολουθούν να υφίστανται σε αρκετά καθολικά, χριστιανικά και ισλαμικά έθνη, καθώς η αυτοκτονία αποτελεί ακόμα και σήμερα ποινικό αδίκημα ή αμαρτία – έγκλημα εναντίον της ιερότητας της ανθρώπινης ζωής σε έναν αριθμό χωρών (De Leo, 2002, 2009, 2010, De Leo, Milner, & Xiangdong, 2009, Zacharakis et al., 1998). Σε διακρατικό επίπεδο, δύναται να λειτουργούν και αρκετοί άλλοι παράγοντες όπως πολιτικές πιέσεις, η κοινωνική θέση του θανόντος, η ενδεχόμενη προστατευτική στάση των ιατροδικαστών προς την οικογένεια του αυτόχειρα για κοινωνικούς λόγους, καθώς και περιπτώσεις ευθανασίας ή / και υποβοηθούμενης αυτοκτονίας (De Leo, 2010, De Leo & Spathonis, 2003, Rockett et al., 2010b). Επιπρόσθετα, οι διαφορετικές πρακτικές κατά τις διαδικασίες χαρακτηρισμού / πιστοποίησης και καταγραφής ενός θανάτου ως αυτοκτονία μεταξύ των κρατών (Jouglu, Pavillon, Rossollin, De Smedt, & Bonte, 1998), καθώς και οι αλλαγές στα συστήματα ταξινόμησης των αιτιών θανάτου (ICD-International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death) (Claassen et al., 2010), συμβάλλουν καθοριστικά στην ελλιπή ή / και εσφαλμένη ταξινόμηση των αυτοκτονιών σε άλλες κατηγορίες/αιτίες θανάτου, κύρια ως ακαθόριστους/χωρίς καθορισμένη πρόθεση (undetermined) ή τυχαίους (accidental) θανάτους (π.χ., τυχαία δηλητηρίαση, τυχαία πτώση, ακούσιος/τυχαίος πνιγμός), αλλά και σε κατηγορίες με ασαφή τα αίτια θανάτου, όπως συμπτώματα, σημεία και παθολογικά κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα τα οποία δεν ταξινομούνται αλλού (Chang, Sterne, Lu, & Gunnell, 2010, Rosenberg et al., 1988). Μια ιδιαίτερα αναλυτική και συστηματική ανασκόπηση των διαφόρων τύπων λαθών τα οποία ενδέχεται να

προκύπτουν κατά τα στάδια της διαδικασίας πιστοποίησης και καταγραφής ενός θανάτου ως αυτοκτονία, και τα οποία κατ'επέκταση ενισχύουν το φαινόμενο της υποεκτίμησης στις επίσημες στατιστικές, παρέχεται από τον Claassen και τους συνεργάτες της (2010), οι οποίοι επισημαίνουν ότι το κύριο ερώτημα δεν είναι εάν υπάρχει λάθος στα επίσημα στατιστικά στοιχεία για τις αυτοκτονίες, αλλά ποιός είναι ο βαθμός αυτού του λάθους, προερχόμενο από ποιές πηγές, σε τι έκταση επηρεάζει τα ποσοστά και πώς διαμορφώνεται διαχρονικά. Στο ίδιο κλίμα οι Rockett, Kapusta και Bhandari (2011) παρέχουν μια εμπειριστατωμένη μελέτη της διαδικασίας χαρακτηρισμού ενός θανάτου ως αυτοκτονία, των πηγών της εσφαλμένης ταξινόμησης, και διερευνούν προσεγγίσεις για την εκτίμηση της λάθους ταξινόμησης.

Διάφορες έρευνες στην Αγγλία, την Φινλανδία, και την Γαλλία παρουσίασαν ότι το 65%, 32% και 35% των θανάτων που είχαν δηλωθεί στις επίσημες στατιστικές ως θάνατοι χωρίς καθορισμένη πρόθεση ήταν θάνατοι από αυτοκτονία (Cooper & Milroy, 1995, Corcoran & Arensman, 2010), παρά ταύτα, οι ερευνητές διαφωνούν σχετικά με το βαθμό στον οποίο οι μεταβολές στα ποσοστά αυτοκτονίας μπορούν να εξηγηθούν από τις μεταβολές στα ποσοστά των θανάτων χωρίς καθορισμένη πρόθεση (Värnik et al., 2011). Λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω, μερικοί ερευνητές προτείνουν στις επιδημιολογικές μελέτες την επιμέτρηση των θανάτων χωρίς καθορισμένη πρόθεση μαζί με τους θανάτους από αυτοκτονία (Linsley, Schapira, & Kelly, 2001, Lucey et al., 2005), ενώ ο Lester (1992) διαπίστωσε ότι η προσθήκη των θανάτων χωρίς καθορισμένη πρόθεση στις αυτοκτονίες δεν άλλαξε σημαντικά τη σειρά κατάταξης (rank order) ως προς τους δείκτες αυτοκτονίας των δεκαπέντε (15) χωρών υπό μελέτη, και ο Chishti και οι συνεργάτες του (2003) διαφώνησαν ότι οι διαφορές στους δείκτες αυτοκτονίας μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών είναι αποτέλεσμα της εσφαλμένης ταξινόμησης των θανάτων από αυτοκτονία.

Είναι σαφές από τα προαναφερόμενα, ότι παρά την αδιάσειστη απόδειξη της περιορισμένης εγκυρότητας και αξιοπιστίας των επίσημων στατιστικών στοιχείων για τις αυτοκτονίες, στη διεθνή βιβλιογραφία οι απόψεις των ερευνητών εξακολουθούν να δίστανται, σε βαθμό, που έχει οδηγήσει αρκετούς μελετητές να εκδηλώσουν ένα ιδιαίτερο βαθμό ανησυχίας σχετικά με τη χρησιμότητά τους ή να διατηρούν μια επιφυλακτική στάση (Atkinson et al., 1975, Rockett et al., 2011, Warshauer & Monk, 1978), ενώ άλλοι ερευνητές καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι εφόσον η υποεκτίμηση είναι σχετικά σταθερή με την πάροδο του χρόνου και μεταξύ διαφορετικών εθνικών, δημογραφικών και κοινωνικών ομάδων, τα επίσημα στατιστικά στοιχεία θα πρέπει να θεωρούνται ως έγκυρα για συγκρίσεις διακρατικές, μεταξύ διαφορετικών περιοχών της ίδιας χώρας καθώς και σε

διαφορετικές χρονικές στιγμές, δεδομένου ότι τα σφάλματα της υποεκτίμησης είναι τυχαιοποιημένα και η διόρθωση δεν μεταβάλλει σημαντικά τα τελικά ποσοστά (Jouglu et al., 2002, Lester, 1972, 1992, WHO/Europe, 1982). Μία τακτική που προτείνουν οι ερευνητές προκειμένου να ξεπεραστεί το πρόβλημα της ελλιπούς πιστοποίησης και καταγραφής των θανάτων από αυτοκτονία, είναι η εκτεταμένη χρήση της μεθόδου της ψυχολογικής αυτοψίας και ιδιαίτερα στην διερεύνηση περιπτώσεων απροσδιόριστων θανάτων (Rockett et al., 2011, Scott, Swartz, & Warburton, 2006).

Στην Ελλάδα, οι επίσημες στατιστικές θνησιμότητας για το σύνολο της χώρας είναι διαθέσιμες από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία (ΕΣΥΕ/ΕΛΣΤΑΤ). Μέχρι σήμερα, οι επιδημιολογικές μελέτες για τις αυτοκτονίες στη χώρα έχουν κατά κύριο λόγο βασιστεί στα επίσημα στοιχεία, παρά κάποιες εκφραζόμενες συγκρατημένες ανησυχίες των ερευνητών ότι τα χαμηλά ποσοστά θνησιμότητας από αυτοκτονία δύναται να οφείλονται στην ελλιπή καταγραφή των συγκεκριμένων θανάτων ή/και στη σχετική αναξιοπιστία των πιστοποιητικών θανάτου (Bazas et al., 1979, Botsis, Kapsali, Vaidakis, & Stefanis, 2004, Lionis, Sasarolis, Kasotakis, Lapidakis, & Stathopoulos, 2000, Nikolaidis et al., 2004, Vougiouklakis, Boumba, Mitselou, Peschos, & Gerontopoulos, 2005). Επιπλέον, σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές η χώρα κατατάσσεται μεταξύ εκείνων με υψηλό βαθμό εσφαλμένης ταξινόμησης των αυτοκτονιών σε άλλες κατηγορίες/αιτίες θανάτου (Rockett & Smith, 1995) και με χαμηλής ποιότητας στοιχεία θανάτων. Υπολογίζεται ότι κατά τα έτη 1956-1999, το 26% των θανάτων που δηλώθηκαν στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας αφορούσαν θανάτους με ασαφή αίτια, όπως συμπτώματα, σημεία και παθολογικά κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα τα οποία δεν ταξινομούνται αλλού (symptoms, signs, and ill-defined conditions), ή/και θανάτους χωρίς καθορισμένη πρόθεση (undetermined), δηλαδή αφορούσαν τους επονομαζόμενους στη διεθνή βιβλιογραφία κωδικούς «σκουπίδια» (garbage codes) (Mathers et al., 2005, Naghavi et al., 2010). Ωστόσο σε μία πρόσφατη μελέτη για την εγκυρότητα των στατιστικών αυτοκτονίας στην Ευρώπη συγκριτικά με τους θανάτους χωρίς καθορισμένη πρόθεση, η Ελλάδα περιλαμβάνεται μεταξύ των χωρών με χαμηλά ποσοστά θανάτων χωρίς καθορισμένη πρόθεση, και βρίσκεται εντός του μέτρου «2-20» που θέτουν οι συγγραφείς ως κριτήριο μέτρησης της ποιότητας εγγραφής των θανάτων από αυτοκτονία (Värnik et al., 2011), γεγονός το οποίο έχει ήδη διαπιστωθεί και σε προηγούμενη ερευνητική μελέτη (Chishti et al., 2003). Το μέτρο «2-20» αναφέρεται στο ότι μια χώρα προκειμένου να θεωρηθεί ότι έχει υψηλής ποιότητας εγγραφή των θανάτων από αυτοκτονία πρέπει να έχει 2 περιπτώσεις θανάτων χωρίς καθορισμένη πρόθεση ανά 100.000 πληθυσμό ετησίως (πρώτο κριτήριο), ή/και το ποσοστό των

προαναφερομένων θανάτων ως προς τις αυτοκτονίες (undetermined deaths/suicide deaths) δεν πρέπει να υπερβαίνει το 0,20 ή 20% (δεύτερο κριτήριο) (Värnik et al., 2011). Ακόμα κι έτσι, καμία εν των έσω επιστημονική έρευνα για την ακρίβεια των επίσημων στατιστικών στοιχείων δεν έχει διεξαχθεί μέχρι στιγμής ούτε κάποια συστηματική αξιολόγηση για πιθανά λάθη κατά τα στάδια της διαδικασίας χαρακτηρισμού και καταγραφής ενός θανάτου ως αυτοκτονία. Επομένως, το ερώτημα σχετικά με την ποιότητα των επίσημων στατιστικών για τις αυτοκτονίες που διαθέτουμε παραμένει εν πολλοίς αναπάντητο. Μία από τις πιθανές αιτίες για την έλλειψη αυτής της έρευνας είναι η συμμετοχή διαφόρων αρχών (ιατροδικαστικές υπηρεσίες, αστυνομικές και εισαγγελικές αρχές, ληξιαρχεία) στα διάφορα στάδια της επίσημης διαδικασίας καταγραφής των θανάτων από αυτοκτονία, αποτελώντας έτσι μια πολύπλοκη αλυσίδα συμβαλλόμενων φορέων και ένα ιδιαίτερα χρονοβόρο ερευνητικό έργο.

1.4 Παράγοντες κινδύνου

1.4.1 Φύλο

Ως προς το φύλο, η αυτοκτονία θεωρείται γένους αρσενικού, δηλαδή οι άντρες τείνουν να είναι περισσότερο αυτοκαταστροφικοί από τις γυναίκες (Cooper & Karur, 2004, Nock et al., 2008). Σε όλα σχεδόν τα κράτη από τα οποία υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία, οι δείκτες αυτοκτονίας (ΔΑ) είναι υψηλότεροι στους άνδρες απ' ότι στις γυναίκες (η αναλογία ανδρών/γυναικών κυμαίνεται από 3:1 έως 7.5:1, με εξαίρεση την Κίνα), και αυτό ισχύει γενικά για όλα τα ηλικιακά φάσματα (Hawton & van Heeringen, 2009, Nock et al., 2008). Ένα ιδιαίτερα ενδιαφέρον γεγονός που διαφοροποιεί τα δύο φύλα στις δυτικές χώρες, και που οι Canetto και Sakinofsky (1998) ονομάζουν «παράδοξο των δύο φύλων» (gender paradox), είναι ότι οι γυναίκες τείνουν να επιδεικνύουν συχνότερα από τους άνδρες αυτοκτονικό ιδεασμό και συμπεριφορά (απόπειρες αυτοκτονίας), αλλά ωστόσο, τα ποσοστά των θανάτων από αυτοκτονία παραμένουν σε χαμηλό επίπεδο συγκριτικά με τους άνδρες. Κοινή διαπίστωση αρκετών ερευνητών είναι, ότι η διαφοροποίηση των δύο φύλων αναφορικά με την αυτοκτονική συμπεριφορά οφείλεται στην επιρροή κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων, οι οποίοι αρκετές φορές συντείνουν ώστε οι γυναίκες να αναζητήσουν συχνότερα ιατρική βοήθεια, αλλά και στο να επιλέξουν περισσότερο ανώδυνα και άρα λιγότερο θανατηφόρα μέσα/μεθόδους για

την αυτοκαταστροφική τους πράξη, ιδιαίτερα σε κοινωνίες όπου ορισμένες μέθοδοι αυτοκτονίας θεωρούνται ότι είναι γένους αρσενικού (π.χ., όπλα) (Canetto & Lester, 1998, Canetto & Sakinofsky, 1998, Yoshimasu, Kiyohara, Miyashita, et al., 2008). Επίσης, το ίδιο ισχύει και μεταξύ φυλακισμένων, όπου το αρσενικό φύλο είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για αυτοκτονία (Fazel, Cartwright, Norman-Nott, & Hawton, 2008).

1.4.2 Ηλικία

Η σχέση της αυτοκτονίας με την ηλικία έχει μελετηθεί εκτεταμένα, και σύμφωνα με αρκετούς ερευνητές, ο κίνδυνος αυτοκτονίας φαίνεται να αυξάνει με την πάροδο της ηλικίας (Conwell, 2009, Hawton & van Heeringen, 2009, Mościcki, 1997, Shah, 2007). Ωστόσο, εξαιρέσεις από τον ανωτέρω κανόνα συνεχώς αναδύονται στη διεθνήβιβλιογραφία σε διαφορετικές χρονικές στιγμές και χώρες. Σύμφωνα με τα στοιχεία θνησιμότητας από αυτοκτονία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) το έτος 1995, διαπιστώθηκε ότι οι δείκτες αυτοκτονίας των γυναικών δεν παρουσίασαν αύξηση με την πρόοδο της ηλικίας, σε χώρες όπως ο Μαυρίκιος, η Κολομβία, η Αλβανία και η Φινλανδία (Shah, 2007, Shah & De, 1998), ενώ η μελέτη του Ajdacic-Gross και των συνεργατών του (2006a), καλύπτοντας την χρονική περίοδο 1881-2000 στην Ελβετία, επιβεβαίωσε ότι τα ποσοστά αυτοκτονίας και στα δύο φύλα αυξήθηκαν σταθερά με την ηλικία. Επίσης, ενώ στην Κίνα παρατηρείται αύξηση των δεικτών αυτοκτονίας και στα δύο φύλα με την ηλικία, υπήρξε μια επιπρόσθετη κορύφωση των γυναικείων δεικτών αυτοκτονίας στην ηλικιακή ομάδα 15-34 ετών (Phillips et al., 2002a). Στη Μαλαισία, το ένα τρίτο των καταγεγραμμένων περιπτώσεων αυτοκτονίας σύμφωνα με την μελέτη του Murty και των συνεργατών του (2008) σημειώθηκε στην ηλικιακή ομάδα 21-30 ετών, και στην Αγγλία και την Ουαλία, ο υψηλότερος δείκτης αυτοκτονίας των ανδρών παρουσιάστηκε στην ηλικιακή ομάδα 25-34 ετών (McClure, 2000). Σε γενικές γραμμές σύμφωνα με τον De Leo (2002), σε απόλυτους αριθμούς η αυτοκτονία είναι συχνότερη μεταξύ των ατόμων νεαρότερης ηλικίας (<45 ετών), και μάλιστα παρουσίασε αύξηση από 44% το 1950 σε 53% της συνολικής θνησιμότητας το 1995, και το γεγονός αυτό οφείλεται σε πραγματική αύξηση της συχνότητας των θανάτων από αυτοκτονία σε αυτές τις ηλικίες, παρά σε μείωση των αυτοκαταστροφικών πράξεων στις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες. Ωστόσο, παρότι οι δείκτες αυτοκτονίας των ηλικιωμένων (>75 ετών) παραμένουν σε πολύ υψηλά

επίπεδα (σχεδόν τρεις φορές υψηλότεροι από τους αντίστοιχους δείκτες αυτοκτονίας των ατόμων κάτω από 25 χρονών), περίπου στο ένα τρίτο των χωρών παγκοσμίως παρατηρείται οι δείκτες αυτοκτονίας των νέων να είναι υψηλότεροι από εκείνους των ατόμων της τρίτης και τέταρτης ηλικίας. Το φαινόμενο αυτό καταγράφεται σε χώρες όπως η Αυστραλία, η Ρωσία, η Σρι Λάνκα, η Αλβανία, η Φινλανδία, αλλά και σε διάφορα νησιά του Ειρηνικού Ωκεανού, όπως η Δυτική Σαμόα, τα νησιά Φίτζι, Μικρονησία, κλπ (De Leo, 2002).

Ο Shah (2007) προκειμένου να διερευνήσει περαιτέρω την σχέση των δεικτών αυτοκτονίας με την ηλικία, προχώρησε σε μια διακρατική μελέτη (62 χώρες) αναλύοντας τα στοιχεία θνησιμότητας του ΠΟΥ, και τα κυριότερά του ευρήματα ήταν ότι (1) υπήρξε μια στατιστικά σημαντική αύξηση στους δείκτες αυτοκτονίας με την αύξηση της ηλικίας στους άνδρες σε 25 χώρες και στις γυναίκες σε 27 χώρες, και για τα δύο φύλα σε 17 χώρες, (2) δεν υπήρξε σημαντική αύξηση στους δείκτες αυτοκτονίας με την αύξηση της ηλικίας στους άνδρες και στις γυναίκες σε 31 και 29 χώρες αντίστοιχα, και για τα δύο φύλα σε 21 χώρες, (3) οι δείκτες αυτοκτονίας για όλες τις ηλικιακές ομάδες ήταν χαμηλοί και στα δύο φύλα ή στις γυναίκες, στις χώρες εκείνες χωρίς σημαντική αύξηση του δείκτη αυτοκτονίας με την αύξηση της ηλικίας και στα δύο φύλα, ή στις γυναίκες μόνο, αντίστοιχα, (4) οι δείκτες αυτοκτονίας ήταν υψηλότεροι στις νεότερες ηλικιακές ομάδες στις χώρες εκείνες χωρίς σημαντική αύξηση των δεικτών αυτοκτονίας στους άνδρες με την αύξηση της ηλικίας, και (5) παρατηρήθηκε μια ομαδοποίηση των χωρών χωρίς σημαντική αύξηση στους δείκτες αυτοκτονίας με την αύξηση της ηλικίας και στα δύο φύλα (Κεντρική και Νότια Αμερική, και χώρες της Ανατολικής Ευρώπης - χώρες από την πρώην Σοβιετική Ένωση), μόνο για τις γυναίκες (Νότια Αμερική) και για τους άνδρες (χώρες της Ανατολικής Ευρώπης). Η Ελλάδα παρουσίασε στατιστικά σημαντική αύξηση στους δείκτες αυτοκτονίας με την αύξηση της ηλικίας στους άνδρες, ενώ η αύξηση των γυναικείων δεικτών με την πρόοδο της ηλικίας δεν ήταν σημαντική. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και σε επιδημιολογικές μελέτες Ελλήνων ερευνητών (Bazas et al., 1979, Nikolaidis et al., 2004, Zacharakis et al., 1998), ενώ και εντός της χώρας καταγράφονται κάποιες διαφοροποιήσεις μεταξύ των διαφορετικών περιφερειών (Beratis, 1986, Vougiouklakis et al., 2005).

1.4.3 Φυλή

Η φυλή, και ιδιαίτερα το να είσαι μη-ισπανόφωνος λευκός ή ιθαγενής Αμερικανός, αποτελεί σύμφωνα με μία πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση επιδημιολογικών ερευνών του Nock και των συνεργατών του (2008), ισχυρό παράγοντα κινδύνου για αυτοκτονία. Διάφορες έρευνες μέχρι σήμερα κυρίως από τις ΗΠΑ, έχουν διαπιστώσει ότι οι δείκτες αυτοκτονίας των Αφροαμερικανών είναι πολύ χαμηλότεροι από εκείνους των λευκών Αμερικανών, καθώς και ότι οι πρώτοι συνήθως διαπράττουν αυτοκτονία σε πολύ νεότερη ηλικία (Garlow, Purselle, & Heninger, 2005). Περίπου τα δύο τρίτα (2/3) των θανάτων από αυτοκτονία στις ΗΠΑ διαπράττονται από λευκούς, και σε χώρες όπως η Ζιμπάμπουε και η Νότια Αφρική οι δείκτες αυτοκτονίας είναι υψηλότεροι σε άτομα της λευκής φυλής απ' ό,τι στους μαύρους (De Leo, 2002, Lester, 1998a). Σε σύγκριση με άλλες εθνότητες στις ΗΠΑ, οι ισπανόφωνοι Αμερικανοί έχουν 50% λιγότερες πιθανότητες να πραγματοποιήσουν αυτοκτονία σε σχέση με τους λευκούς Αμερικανούς, και οι Αμερικανοί ασιατικής καταγωγής (Κίνα, Ιαπωνία, Φιλιπίνες) παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας σε σχέση με τους Αμερικανούς, όχι όμως τόσο χαμηλά όσο οι Αφροαμερικανοί (De Leo, 2002, McKenzie, Serfaty, & Crawford, 2003). Υψηλά ποσοστά αυτοκτονίας έχουν, επίσης, παρατηρηθεί σε ομάδες αυτόχθονων πληθυσμών (ιθαγενών) στις ΗΠΑ, τον Καναδά, την Ταϊβάν, την Αυστραλία και τη Νέα Ζηλανδία σε σχέση με τους αποίκους (De Leo, 2002, McKenzie et al., 2003). Στη Σιγκαπούρη, παρότι ως χώρα αποτελεί ένα κράμα λαών και πολιτισμών, έχει παρατηρηθεί ότι τα ποσοστά αυτοκτονίας των ατόμων κινεζικής και ινδικής καταγωγής είναι υψηλότερα από εκείνα των ατόμων που κατάγονται από την Μαλαισία (De Leo, 2002, Yip & Tan, 1998).

1.4.4 Οικογενειακή κατάσταση

Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, έχει διαπιστωθεί από πολυάριθμες μελέτες ότι οι ανύπαντροι, οι διαζευγμένοι και οι χήροι (γενικώς άτομα που είναι μόνα, χωρίς την παρουσία συντρόφου), παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας συγκριτικά με τους έγγαμους. Μια πρόσφατη ευρωπαϊκή συγκριτική μελέτη της οικογενειακής κατάστασης ως προστατευτικός παράγοντας έναντι των κοινωνικοοικονομικών

ανισοτήτων στην αυτοκτονία, έδειξε ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας μεταξύ των μη έγγαμων ατόμων ήταν περίπου δύο ή τρεις φορές υψηλότερος απ' ότι για τους έγγαμους σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες (Lorant et al., 2005). Μια άλλη μελέτη, που πραγματοποιήθηκε στην Αγγλία και την Ουαλία (χρονική περίοδος 1982-1996), έδειξε ότι μεταξύ των ατόμων που είχαν χηρεύσει, οι άνδρες και οι γυναίκες στην ηλικιακή ομάδα 20-39 ετών είχαν το υψηλότερο ποσοστό αυτοκτονίας (Yip & Thorburn, 2004). Επίσης, σε μελέτη στις ΗΠΑ την χρονική περίοδο 1979-1981, παρατηρήθηκε ότι οι νεότεροι σε ηλικία χήροι άνδρες (15-44 ετών) αποτελούσαν την ομάδα με τον υψηλότερο κίνδυνο αυτοκτονίας συγκριτικά με όλες τις άλλες ομάδες των μη έγγαμων (Smith, Mercy, & Conn, 1988), ενώ η μελέτη του Krosowa (2000) έδειξε ότι οι διαζευγμένοι/χωρισμένοι άνδρες ήταν η μόνη ομάδα με σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο αυτοκτονίας, δύο φορές υψηλότερο από τους έγγαμους. Στην Ιταλία, η μελέτη του Masocco και των συνεργατών του (2008), έδειξε ότι σε σύγκριση με τους έγγαμους άνδρες, ο κίνδυνος αυτοκτονίας ήταν, κατά μέσο όρο, πέντε φορές υψηλότερος στους χήρους (ήταν 13 φορές υψηλότερος στους χήρους άνδρες νεαρής ηλικίας), και 1.3 φορές υψηλότερος στους διαζευγμένους/χωρισμένους. Στις γυναίκες, παρατηρήθηκε ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας ήταν κατά μέσο όρο, δύο φορές μεγαλύτερος στις ανύπαντρες γυναίκες, και 1.7 φορές υψηλότερος στις χήρες και διαζευγμένες/χωρισμένες σε σχέση με τις έγγαμες. Όλες, επομένως, οι μελέτες επιβεβαιώνουν ότι ο γάμος φαίνεται να λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας ενάντια στην αυτοκτονία, ωστόσο η επίδραση της οικογενειακής κατάστασης διαφοροποιείται ανάλογα με το φύλο (άνδρες – γυναίκες).

1.4.5 Κοινωνικοοικονομική κατάσταση και επάγγελμα

Από την εποχή του Durkheim (1897/1951), ο οποίος αναφέρθηκε στην σχέση μεταξύ κοινωνικών παραγόντων και αυτοκτονίας και μέχρι σήμερα, ένα εκτεταμένο σώμα της διεθνούς βιβλιογραφίας έχει εξετάσει την επίδραση των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων στην υγεία του πληθυσμού, και έχει παρατηρηθεί μια αντίστροφη σχέση μεταξύ θνησιμότητας και κοινωνικοοικονομικής κατάστασης/θέσης (Socio-Economic Status, SES), υποδεικνύοντας μια χαμηλότερη θνησιμότητα από αυτοκτονία στις υψηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις, ανεξάρτητα από τον κοινωνικοοικονομικό δείκτη που χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη ή την συγκεκριμένη αιτία θανάτου (Fuhrer et al.,

2002, Houweling, Kunst, & Mackenbach, 2001). Η σχέση μεταξύ της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης του ατόμου και της αυτοκτονίας είναι πολύπλοκη, καθώς κάθε μεταβολή της κοινωνικοοικονομικής θέσης συνεπάγεται έκθεση σε διαφορετικούς φυσικούς, ψυχολογικούς, περιβαλλοντικούς και επαγγελματικούς/εργασιακούς παράγοντες, αλλά και συνακόλουθες διαφορές όσον αφορά την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, την ποιότητα ζωής και τον τρόπο ζωής (Andrés, Collins, & Qin, 2009). Οι συνήθεις μεταβλητές που χρησιμοποιούνται για τον προσδιορισμό της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης ενός ατόμου είναι εκείνες που αντικατοπτρίζουν την κοινωνική κατάσταση και την πρόσβαση σε πόρους, όπως το εισόδημα, η εκπαίδευση, ο γάμος, η απασχόληση και η επαγγελματική κατάσταση (Andrés et al., 2009).

Τα αποτελέσματα μιας πρόσφατης μελέτης στη Δανία (χρονική περίοδος 1981-1997, Andrés et al., 2008, 2009) έδειξαν ότι η αυτοκτονία είναι στενά συνδεδεμένη με μια σειρά από κοινωνικοοικονομικούς δείκτες, και η συσχέτιση διαφοροποιείται ανάλογα με το φύλο. Συγκεκριμένα, παρατήρησαν ότι η χαμηλή οικονομική κατάσταση, η οποία καθορίζεται ως χαμηλό εισόδημα, ανειδίκευτη εργασία, απροσδιόριστη μισθωτή εργασία και ανεργία, τείνει να αυξήσει τον κίνδυνο αυτοκτονίας περισσότερο στους άνδρες από τις γυναίκες, ενώ σε μια μελέτη από τη Νέα Ζηλανδία (χρονική περίοδος 1981-1999, Collings, Blakely, Atkinson, & Fawcett, 2005), διαπιστώθηκε ότι η χαμηλή κοινωνικοοικονομική τάξη συνδεόταν με υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας σε όλες τις δημογραφικές ομάδες. Ο Page και οι συνεργάτες του (2006) στην Αυστραλία (χρονική περίοδος 1979-2003), διαπίστωσαν ότι τα σημαντικά υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας στις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις (σε σύγκριση με τις υψηλές τάξεις) ήταν εμφανή και στα δύο φύλα καθόλη τη χρονική περίοδο μελέτης, και ενώ σε γενικές γραμμές τα ποσοστά αυτοκτονίας των ανδρών αυξήθηκαν σημαντικά με την πάροδο του χρόνου σε όλες τις κοινωνικοοικονομικές τάξεις, έτειναν προς μείωση στις υψηλές και μεσαίες τάξεις ενώ συνέχισαν να αυξάνονται μεταξύ των ατόμων της χαμηλής κοινωνικοοικονομικής ομάδας. Επίσης, οι Platt και Hawton (2000) κάνοντας μια ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας από το 1984 και έκτοτε, υποστήριξαν ότι υπάρχει θετική συσχέτιση της χαμηλής κοινωνικοοικονομικής τάξης και ενός υψηλού κινδύνου αυτοκτονίας. Αναφορικά με το επάγγελμα, υπάρχουν συγκεκριμένες επαγγελματικές κατηγορίες οι οποίες έχουν συνδεθεί με αυξημένη συχνότητα αυτοκτονιών, όπως τα επαγγέλματα υγείας (ιατροί, νοσηλευτές, Platt & Hawton, 2000, Skegg, Firth, Gray, & Cox, 2010), οι αγρότες (Meltzer, Griffiths, Brock, Rooney, & Jenkins, 2008), οι άνδρες

κυνηγοί (Skegg et al., 2010), οι φοιτητές (Collins & Paykel, 2000), και οι καλλιτέχνες (Stack, 1996).

1.4.6 Αστικότητα του τύπου διαμονής

Στη διεθνή βιβλιογραφία μια κοινή διαπίστωση των ερευνητών μέχρι και τη δεκαετία του 1980, ήταν ότι τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας καταγράφονται στις αστικές και βιομηχανικές περιοχές συγκριτικά με τις αγροτικές περιοχές, γεγονός ωστόσο το οποίο αναιρείται από πιο πρόσφατες διαχρονικές μελέτες (Karusta et al., 2008). Σε μια πρόσφατη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας από το 1966 έως και το 2006, ο Hirsch (2006) κατέληξε στο συμπέρασμα, ότι σε αρκετές περιπτώσεις οι δείκτες αυτοκτονίας στις αγροτικές περιοχές είναι υψηλότεροι από εκείνους των αστικών περιοχών, καθώς και ότι οι αγροτικές κοινωνίες παρουσιάζουν ιδιαίτερα γεωγραφικά, πολιτισμικά, και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά, τα οποία πιθανά αυξάνουν το κίνδυνο αυτοκτονίας. Την δεκαετία του 1970 στις ΗΠΑ, οι δείκτες αυτοκτονίας ήταν χαμηλότεροι στις αγροτικές περιοχές, ενώ αυτό αντιστράφηκε τη δεκαετία του 1990 (Karusta et al., 2008, Singh & Siahpush, 2002), και οι δείκτες των αγροτικών περιοχών την τελευταία εικοσαετία είναι υψηλότεροι (17.9/100.000) από εκείνους των αστικών περιοχών (14.9/100.000) (Hirsch, 2006). Στον Καναδά, ο δείκτης αυτοκτονίας στις αγροτικές και παραμεθόριες περιοχές είναι 41/100.000 πληθυσμό, ενώ ο συνολικός δείκτης αυτοκτονίας της χώρας είναι 13/100.000 (Hirsch, 2006, Statistics Canada, 2002).

Στην Αυστραλία, δεν υπήρξαν σημαντικές αυξήσεις στους δείκτες αυτοκτονίας κατά τη διάρκεια μιας 20ετίας (1964-1988) στις αστικές περιοχές, ενώ οι δείκτες αυτοκτονίας στις αγροτικές περιοχές διπλασιάστηκαν, και των νέων στις αγροτικές περιοχές αυξήθηκαν κατά πέντε φορές (Dudley, Waters, Kelk, & Howard, 1992, Hirsch, 2006). Στη μελέτη του Karusta και των συνεργατών του (2008), διαπιστώθηκε ότι η αναλογία των δεικτών αυτοκτονίας αγροτικών/αστικών περιοχών στην Αυστρία αυξανόταν συνεχώς και στα δύο φύλα κατά τη χρονική περίοδο 1970-2005, υποδηλώνοντας ένα αυξανόμενο κίνδυνο αυτοκτονίας στις αγροτικές περιοχές, ενώ ο δείκτης αυτοκτονίας των ανδρών βρέθηκε να μειώνεται με την αύξηση της αστικότητας της περιοχής. Επίσης, αντίστοιχα αποτελέσματα με υψηλότερους δείκτες αυτοκτονίας σε αγροτικές περιοχές έναντι των αστικών, έχουν παρατηρηθεί και στην Αγγλία (Middleton,

Gunnell, Frankel, Whitley, & Dorling, 2003), στην Ασία (Pritchard, 1996, Yip et al., 2005a), και σε διάφορες άλλες ευρωπαϊκές χώρες (Hirsch, 2006) μεταξύ των οποίων και στην Ελλάδα (Bazas et al., 1979, Beratis, 1986, Ζαχαράκης, Μαδιανός, Παπαδημητρίου, & Στεφανής, 2003, Vougiouklakis et al., 2005, Zacharakis et al., 1998).

1.4.7 Θρήσκευμα

Ο Durkheim (1897/1951) ήταν ο πρώτος που υποστήριξε ότι η πνευματική/θρησκευτική δέσμευση συμβάλλει στην συναισθηματική ευεξία, καθώς παρέχει μια πηγή νοήματος και τάξης στον κόσμο. Οι Maris, Berman, και Silverman (2000) αναφέρουν ότι η θρησκεία φαίνεται να διαδραματίζει ένα σημαίνοντα και προστατευτικό ρόλο κατά της απόφασης ενός ατόμου να τελέσει μια αυτοκαταστροφική πράξη, και ότι σε γενικές γραμμές οι Προτεστάντες έχουν υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας από τους Καθολικούς, ενώ οι Εβραίοι τείνουν να είναι λιγότερο προστατευμένοι από την αυτοκτονία συγκριτικά με τους Καθολικούς, αλλά σε ένα μεγαλύτερο βαθμό από τους Προτεστάντες. Οι Payne, Bergin, Bielema, και Jenkins (1992) παρατηρούν ότι οι θρησκευόμενοι άνθρωποι τείνουν να διαπράξουν αυτοκτονία σε μικρότερο βαθμό από τους μη θρησκευόμενους, καθώς εκείνοι με υψηλό βαθμό πίστης έχουν αρνητική στάση απέναντι στην αυτοκτονία. Σε μια πρόσφατη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας από το 1980 έως και το 2008, οι Gearing και Lizardi (2009) εξετάζοντας τη σχέση ανάμεσα στη θρησκεία, και ειδικότερα το Χριστιανισμό, τον Ινδουισμό, το Ισλάμ, τον Ιουδαϊσμό και την αυτοκτονία στις ΗΠΑ, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι Προτεστάντες παρουσιάζουν τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας, ακολουθούν οι Ρωμαιοκαθολικοί, ενώ οι Εβραίοι έχουν τα χαμηλότερα ποσοστά. Επίσης, εμπειρικά δεδομένα φαίνεται να υποστηρίζουν ότι υπάρχουν χαμηλότερα καταγεγραμμένα ποσοστά αυτοκτονικής συμπεριφοράς μεταξύ των μουσουλμάνων σε σύγκριση με άλλες θρησκείες, όπως ο Χριστιανισμός και ο Ινδουισμός (Lizardi & Gearing, 2010).

1.5 Κλινικοί παράγοντες κινδύνου

1.5.1 Σωματική υγεία

Η σωματική νόσος που είναι χρόνια, επώδυνη, στιγματική, ανίατη ή τερματική, φαίνεται να αποτελεί ένα παράγοντα κινδύνου για αυτοκτονική συμπεριφορά (Harwood, Hawton, Hope, Harriss, & Jacoby, 2006, Kaplan, McFarland, Huguet, & Newsom, 2007, Κονταξάκης, 2011). Ο Miller και οι συνεργάτες του (2008) εξετάζοντας τον κίνδυνο αυτοκτονίας μεταξύ ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας (>60 ετών) με καρκίνο και άλλες παθήσεις, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς με καρκίνο έχουν υψηλότερο κίνδυνο εκδήλωσης αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς σε σχέση με τους ασθενείς με άλλες ιατρικές παθήσεις. Αυξημένη συχνότητα αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών έχει, επίσης, παρατηρηθεί σε άτομα με παθήσεις του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ), όπως η πολλαπλή σκλήρυνση, η επιληψία, οι εγκεφαλοαγγειακές παθήσεις, οι εγκεφαλικές κακώσεις, η κάκωση νωτιαίου μυελού, η νόσος του Huntington, άνοιες, εγκεφαλικοί όγκοι, και η νόσος του Parkinson (Goldblatt, Maris, Berman, & Silverman, 2000, Κονταξάκης, 2011.). Εκτός, όμως, από τις παθήσεις του ΚΝΣ, παθήσεις του ανοσοποιητικού συστήματος (ρευματοειδή αρθρίτιδα, συστηματικός ερυθριματώδης λύκος, σακχαρώδης διαβήτης, σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας AIDS, νόσος Cushing), ο καρκίνος (ιδιαίτερα στο κεφάλι, λαιμό, γαστρεντερικός και πνευμόνων), καθώς και ορισμένες παθήσεις του γαστρεντερικού συστήματος (π.χ., πεπτικό έλκος), και του γεννητικού και ουροποιητικού συστήματος (π.χ., νεφρική ανεπάρκεια) συνδέονται με την αυτοκτονία (Goldblatt et al., 2000, Stenanger & Stenanger, 2000).

Ένα, ωστόσο, βασικό ερώτημα στη διεθνή βιβλιογραφία είναι εάν η σωματική νόσος αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου αυτοκτονίας ή διάφοροι προδιαθεσικοί παράγοντες, καθώς και οι απώλειες και η επιβάρυνση που συχνά συνοδεύουν τις χρόνιες σωματικές νόσους, λειτουργούν ως συνδετικός κρίκος ανάμεσα στη νόσο και την αυτοκτονία (Κονταξάκης, 2011). Σύμφωνα με τον Goldblatt και τους συνεργάτες του (2000), οι περισσότεροι ασθενείς με παθήσεις οξείας ή χρόνιας μορφής δεν διαπράττουν αυτοκτονία. Διάφοροι προδιαθεσικοί παράγοντες κινδύνου, μεταξύ των οποίων η πρότερη παρουσία ψυχικής διαταραχής (π.χ., κατάθλιψη), η ικανότητα διαχείρισης του στρες (σωματικού και συναισθηματικού), η μεταβολή της σωματικής και ψυχολογικής κατάστασης του ατόμου λόγω της νόσου, η κοινωνική απομόνωση, και εξωτερικοί

παράγοντες όπως οικονομικά προβλήματα, φαίνεται να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά των ατόμων με μια σωματική νόσο.

1.5.2 Ψυχική υγεία

Η σχέση αυτοκτονίας και ψυχικών διαταραχών ήταν ήδη γνωστή από τον 17^ο αιώνα, όπου ο θεολόγος Robert Burton (1577-1640) εξετάζοντας τα αίτια της αυτοκτονίας στην πραγματεία «Ανατομία της Μελαγχολίας», εξέφρασε την άποψη ότι η μελαγχολία ως νόσος που οφείλεται στη μέλανα χολή μπορεί να προκαλέσει τάσεις αυτοκτονίας, ενώ παράλληλα ο διάσημος γιατρός της εποχής Thomas Willis (1621-1675), έφερε στην επιφάνεια τον κύκλο της μανιοκατάθλιψης, αποδεικνύοντας ότι η μελαγχολία δύναται να προκαλέσει οργή και κρίσεις αυτοκτονίας (Evans & Farberow, 2003, Minois, 2006, van Hooff, 2000). Έκτοτε και μέχρι σήμερα, ένα εκτεταμένο σώμα της διεθνούς βιβλιογραφίας έχει καταγράψει ως ιδιαίτερα σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία, τις διαταραχές της διάθεσης (καταθλιπτικές και διπολικές διαταραχές), τις διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες, την σχιζοφρένεια, και τις διαταραχές προσωπικότητας (Bertolote et al., 2004, Sadock & Sadock, 2007).

Σύμφωνα με μελέτες ψυχολογικής αυτοψίας σε αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες (ο όρος «ψυχολογική αυτοψία» καθιερώθηκε από τον Shneidman, 1981), κατά τις οποίες πραγματοποιείται διερεύνηση για την ύπαρξη και το είδος των ψυχιατρικών διαταραχών σε αυτόχειρες, παρατηρήθηκε ότι περίπου 90-95% των ατόμων που αυτοκτόνησαν είχαν μια ψυχιατρική διαταραχή κατά την περίοδο του θανάτου (Bertolote et al., 2004, Cavanagh et al., 2003, Hawton & van Heeringen, 2009, Mościcki, 1997, 2001, Nock et al., 2008).

Σε μια ανασκόπηση τριανταμία μελετών από το 1959 έως και το 2001, με διαγνώσεις ψυχικής διαταραχής σε αυτόχειρες με ή χωρίς ιστορικό προηγούμενης νοσηλείας σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, ο Bertolote και οι συνεργάτες του (2004), διαπίστωσαν ότι στην πλειοψηφία των αυτοχείρων (98%) υπήρχε διάγνωση τουλάχιστον μίας ψυχικής διαταραχής. Μεταξύ όλων των διαγνώσεων για το μεικτό πληθυσμό (ψυχιατρικοί ασθενείς και γενικός πληθυσμός), οι διαταραχές της διάθεσης αντιπροσώπευαν το 30.2%, ενώ ακολουθούσαν οι διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες

(17.6%), η σχιζοφρένεια (14.1%), και οι διαταραχές προσωπικότητας (13.0%). Εντούτοις, υπήρχαν διαφορές στις διαγνώσεις ανάμεσα στους ψυχιατρικούς ασθενείς και τα άτομα του γενικού πληθυσμού. Συγκεκριμένα, μεταξύ των νοσηλευόμενων ψυχιατρικών ασθενών, οι διαταραχές της διάθεσης αποτελούσαν την κύρια διάγνωση (στην πλειονότητα των περιπτώσεων κατάθλιψη), ωστόσο, οι διαγνώσεις ήταν ομοιόμορφα κατανομημένες μεταξύ των διαταραχών της διάθεσης (20.8%), της σχιζοφρένειας (19.9%), των διαταραχών της προσωπικότητας (15.2%), και των οργανικών ψυχικών διαταραχών (15.0%). Σε αντίθεση με τους νοσηλευόμενους ψυχιατρικούς ασθενείς, η σχιζοφρένεια, οι διαταραχές της προσωπικότητας, οι οργανικές ψυχικές διαταραχές, και άλλες ψυχωτικές διαταραχές, ήταν λιγότερο συχνές στα άτομα του γενικού πληθυσμού. Οι διαταραχές της διάθεσης αντιπροσώπευαν το 44.4% ή το 34.3% αντίστοιχα, ανάλογα με τον αριθμό των διαγνώσεων (συννοσηρότητα ή μη), και ακολουθούσαν οι διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες (κυρίως κατάχρηση αλκοόλ) με 19.2% (μία διάγνωση), και 23.0% (περισσότερες από μία διαγνώσεις). Η σχιζοφρένεια και οι διαταραχές της προσωπικότητας αντιπροσώπευαν το 11.2% και το 13.1% αντίστοιχα, στις περιπτώσεις εκείνες με περισσότερες από μία διαγνώσεις. Το πιο κοινό μοντέλο συννοσηρότητας που παρατηρήθηκε σε άτομα του γενικού πληθυσμού, ήταν συνδυασμός διαγνώσεων διαταραχών της διάθεσης με διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες (κυρίως κατάθλιψη με αλκοολισμό) (Bertolote & Fleischmann, 2002b, Bertolote et al., 2004).

Επιπρόσθετα, σε μια άλλη ανασκόπηση εικοσιεπτά μελετών από το 1986 έως και το 2002, οι Arsenault-Lapierre, Kim και Turecki (2004), διαπίστωσαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των φύλων και των διαγνώσεων ψυχικής διαταραχής, και επισήμαναν ότι οι διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες, οι διαταραχές προσωπικότητας και οι διαταραχές παιδικής ηλικίας, ήταν σημαντικά συχνότερες στους άνδρες αυτόχειρες, ενώ οι συναισθηματικές και ειδικότερα οι καταθλιπτικές διαταραχές, ήταν συχνότερες στις γυναίκες αυτόχειρες. Κατά μέσο όρο, οι διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες αντιπροσώπευαν το 41.8% των διαγνώσεων στους άνδρες και το 24% στις γυναίκες, ενώ οι συναισθηματικές διαταραχές αντιπροσώπευαν το 59.4% των διαγνώσεων στις γυναίκες, και το 47.4% των διαγνώσεων στους άνδρες.

Οι καταθλιπτικές διαταραχές συνδέονται με υψηλό κίνδυνο θνησιμότητας από αυτοκτονία στο γενικό πληθυσμό, και υπολογίζεται ότι πάνω από το 50% των ατόμων που πεθαίνουν από αυτοκτονία πληρούν τα κριτήρια για διάγνωση καταθλιπτικής διαταραχής (Cavanagh et al., 2003, Harris & Barraclough, 1998, Hawton & van Heeringen, 2009). Περίπου το 10-15% των ατόμων με διπολική διαταραχή πεθαίνουν από αυτοκτονία,

συνήθως κατά την πρώτη χρονική περίοδο της νόσου (Goodwin & Jamison, 2007), ενώ ο κίνδυνος αυτοκτονίας σε ασθενείς με σχιζοφρένεια εκτιμάται στο 4-5%, και ο βαθμός επικινδυνότητας είναι υψηλότερος κατά τα πρώτα στάδια της νόσου (Palmer, Pankratz, & Bostwick, 2005). Η χρήση αλκοόλ, και ιδιαίτερα η εξάρτηση, είναι στενά συνδεδεμένη με υψηλό βαθμό επικινδυνότητας για αυτοκτονία, καθώς υπολογίζεται ότι περίπου 15% των εξαρτημένων από το αλκοόλ ατόμων αυτοκτονούν (Sadock & Sadock, 2007), και ο Foster (2001) αναγνώρισε ότι σε διάφορες χώρες παρατηρείται μια υψηλή συχνότητα των συνδεόμενων με το αλκοόλ διαταραχών σε αυτόχειρες. Η Schneider (2009) σε μια πρόσφατη ανασκόπηση, υποστήριξε ότι μεταξύ 19% και 63% όλων των αυτοκτονιών παρουσίαζαν διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες, με συχνότερη την χρήση αλκοόλ, ενώ οι Sadock και Sadock (2007) επισημαίνουν ότι ο δείκτης αυτοκτονίας στους ηρωινομανείς είναι είκοσι φορές μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο του γενικού πληθυσμού. Μεταξύ των διαταραχών προσωπικότητας, ο βαθμός επικινδυνότητας φαίνεται να είναι υψηλότερος για την μεταιχμιακή (οριακή) και την αντικοινωνική διαταραχή, ενώ το 30-40% των ατόμων που πεθαίνουν από αυτοκτονία παρουσιάζουν κάποια διαταραχή προσωπικότητας (Duberstein & Conwell, 1997, Hawton & van Heeringen, 2009). Σύμφωνα με τους Sadock και Sadock (2007), η ύπαρξη διαταραχής της προσωπικότητας οδηγεί σε αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, καθώς προδιαθέτει σε καταθλιπτική διαταραχή, χρήση ουσιών, ενώ επίσης προκαλεί δυσκολίες στην κοινωνική προσαρμογή και διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις.

Άλλες ψυχιατρικές διαγνώσεις που συνδέονται με κίνδυνο αυτοκτονίας, είναι οι διαταραχές πρόσληψης τροφής, και ειδικότερα η ψυχογενής ανορεξία (Bridge, Goldstein, & Brent, 2006), οι αγχώδεις διαταραχές και η διαταραχή πανικού (Harris & Barraclough, 1997), η διαταραχή ελαττωματικής προσοχής/υπερκινητικότητας (James, Lai, & Dahl, 2004), καθώς και η σωματοδυσμορφική διαταραχή, η οποία πιθανά συσχετίζεται με τα υψηλά ποσοστά αυτοκτονίας γυναικών μετά από επεμβάσεις αυξητικής μαστών (Hawton & van Heeringen, 2009, Σπυροπούλου & Κωνσταντοπούλου, 2011).

Ένα περίπου 10% των αυτοχειρών στις περισσότερες χώρες σε παγκόσμιο επίπεδο, δεν είχαν κάποια εμφανή ψυχιατρική διαταραχή κατά την περίοδο του θανάτου, το οποίο, ωστόσο, αφήνει αναπάντητο το ερώτημα εάν όντως δεν υπήρχε κάποια ψυχική διαταραχή ή εάν οι πληροφορίες δεν ήταν επαρκείς για την διάγνωση (Bertolote et al., 2004, Hawton & van Heeringen, 2009). Κοινή διαπίστωση, όμως, ολοένα και περισσότερων ερευνητών είναι ότι τα άτομα αυτά παρουσίαζαν ψυχιατρικά συμπτώματα και χαρακτηριστικά προσωπικότητας παρόμοια με εκείνων που είχαν μια ψυχιατρική διαταραχή.

Συμπερασματικά, επομένως, η αυτοκτονία είναι σχεδόν αδύνατον να εκδηλωθεί χωρίς την πρότερη ύπαρξη μιας ψυχικής διαταραχής στις περισσότερες χώρες παγκοσμίως, με εξαίρεση την Κίνα, όπου παρουσιάζεται ένα αρκετά μικρότερο ποσοστό (63%) ύπαρξης ψυχικής διαταραχής μεταξύ των αυτοχειρών (Hawton & van Heeringen, 2009, Yang et al., 2005).

1.5.3 Προηγούμενη αυτοκαταστροφική συμπεριφορά

Μία απόπειρα αυτοκτονίας στο παρελθόν είναι σύμφωνα με πολυάριθμες μελέτες διεθνώς, ένας από τους πιο ισχυρούς παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία (Hawton & van Heeringen, 2009, Mościcki, 1997, 2001, Sadock & Sadock, 2007). Εκτιμάται ότι στο 40% όλων των αυτοκτονιών, υπήρχε ιστορικό τουλάχιστον μιας προηγούμενης απόπειρας αυτοκαταστροφής (Cavanagh et al., 2003), ενώ οι Kutcher και Chehil (2007) ανεβάζουν το ποσοστό στο 50%. Ο κίνδυνος επανάληψης της απόπειρας φαίνεται να είναι μεγαλύτερος εντός του πρώτου τριμήνου από την μη επιτυχή απόπειρα (Sadock & Sadock, 2007), ενώ σε προοπτικές μελέτες ατόμων που παρουσιάζονται σε μονάδα υγείας (νοσοκομείο) μετά από μία μη θανατηφόρα απόπειρα δηλητηρίασης ή τραυματισμού, βρέθηκε ότι το 1-6% αυτών πεθαίνουν από αυτοκτονία εντός του πρώτου έτους, ωστόσο το ποσοστό αυτό φαίνεται να διαφοροποιείται μεταξύ διαφορετικών κρατών (Hawton & van Heeringen, 2009, Owens, Horrocks, & House, 2002). Η διαχρονική μελέτη των Gibb, Beautrais, και Fergusson (2005) στη Νέα Ζηλανδία, αποκάλυψε ότι εντός μιας δεκαετίας, το 28.1% των ατόμων που είχαν εισαχθεί σε νοσοκομείο με απόπειρα αυτοκτονίας, εισήχθησαν εκ νέου για μια μη θανατηφόρα απόπειρα, ενώ το 4.6% αυτών των ατόμων πέθαναν από αυτοκτονία. Ο κίνδυνος της επανεισαγωγής εξαιτίας μιας νέας απόπειρας ήταν υψηλότερος στις γυναίκες, στα άτομα ηλικίας κάτω των 55 ετών, και σε εκείνους που η πρότερη απόπειρα εγκυμονούσε ένα χαμηλό βαθμό θνησιμότητας. Αντιστοίχως, ο κίνδυνος αυτοκτονίας ήταν υψηλότερος στους άνδρες, στα άτομα ηλικίας άνω των 25 ετών, και σε εκείνους που η πρότερη απόπειρα είχε ένα υψηλό βαθμό θνησιμότητας.

Σε γενικές γραμμές, ο κίνδυνος αυτοκτονίας μετά από μια απόπειρα είναι υψηλότερος στους άνδρες, σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, με επαναληπτική συμπεριφορά αυτοτραυματισμού, σε αποπειραθέντες που οι αυτοκαταστροφικές τους πράξεις βαθμολογούνται υψηλά ως προς την αυτοκτονική πρόθεση (επιθυμία θανάτου), σε άτομα

με κατάχρηση αλκοόλ, με προηγούμενη ψυχιατρική θεραπεία, σε εκείνους που ζουν χωρίς οικογένεια, και σε άτομα με προβλήματα υγείας σωματικής φύσεως (Cooper et al., 2005, Hawton & van Heeringen, 2009, Hawton, Zahl, & Weatherall, 2003b).

1.6 Περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου

1.6.1 Ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής

Η επίδραση των ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής (stressful life events, π.χ., θάνατος, διαζύγιο, κλπ) ή των διαφόρων αλλαγών της ζωής (π.χ., αλλαγή σπιτιού, συνταξιοδότηση, κλπ) πάνω στην ψυχική και σωματική υγεία ενός ατόμου, έχει διερευνηθεί από αρκετούς ερευνητές παγκοσμίως (Cavanagh, Owens, & Johnstone, 1999, Cooper, Appleby, & Amos, 2002, Foster, 2011, Μαδιανός, 2000, 2006, Maris et al., 2000, Mościcki, 1997, 2001, Nock et al., 2008). Ο όρος ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής (stressful life events), συχνά απαντάται στη διεθνή βιβλιογραφία της αυτοκτονιολογίας και ως αρνητικά γεγονότα ζωής (negative life events), αλλά και ως δυσμενή γεγονότα ζωής (adverse life events).

Ως ψυχοπιεστικό γεγονός ζωής χαρακτηρίζεται και θεωρείται ένα γεγονός, ένα συμβάν το οποίο χρονικά προηγείται της εκδήλωσης μιας αρρώστιας ή/και μιας αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, και το οποίο καταλήγει σε αλλαγή ή σε διαταραχή της ισορροπίας στο επίπεδο της προσαρμογής του ατόμου στο περιβάλλον του, χωρίς αυτός ο ορισμός να αποκλείει γεγονότα τα οποία συνέβησαν σε παρελθοντικό χρόνο, και τα οποία δύναται να ασκούν μακροχρόνια ψυχοπιεστική επίδραση στο άτομο. Ένα ψυχοπιεστικό γεγονός μπορεί να είναι ανεξάρτητο της προσωπικής ευθύνης του ατόμου (π.χ., απώλεια αγαπημένου προσώπου) ή να είναι εξαρτημένο άμεσα ή/και έμμεσα με το άτομο (π.χ., απώλεια εργασίας). Ιδιαίτερα θέματα στην έρευνα των ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής, αποτελούν η έννοια της αλλαγής που επέρχεται στην ζωή του ατόμου μετά την ύπαρξη ενός τέτοιου γεγονότος, το επιθυμητό ή όχι του γεγονότος, η βαρύτητά του, και η αντιμετώπισή του από το άτομο (Μαδιανός, 2000, 2006). Η αποδοχή της σημασίας των ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής και της συσχέτισης τους με δυσμενείς διαστάσεις υγείας

στο άτομο, οδήγησε αρκετούς ερευνητές στην ανάπτυξη ερωτηματολογίων και ημιδομημένων συνεντεύξεων προκειμένου για την λεπτομερέστερη πληροφόρηση και καταγραφή των συνθηκών ζωής του ατόμου. Η ποσοτική εκτίμηση των ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής ξεκίνησε από τους Holmes και Rahe (1967) οι οποίοι δημιούργησαν την Κλίμακα Social Readjustment Rating Scale (SRSS), και στη συνέχεια αρκετοί ερευνητές σε διεθνές επίπεδο παρουσίασαν συναφή ερωτηματολόγια, ενώ στην Ελλάδα κατασκευάστηκε από τον Μαδιανό (1989, 2000, 2006, Μαδιανός κ.ά., 1988) ο Κατάλογος Ψυχοπιεστικών Γεγονότων Ζωής (ΨΓΖ).

Ένα εκτεταμένο σώμα των μελετών ψυχολογικής αυτοψίας κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μισού αιώνα, αναφέρει ότι σχεδόν όλοι οι αυτόχειρες είχαν βιώσει τουλάχιστον ένα ψυχοπιεστικό γεγονός ζωής (συνήθως περισσότερα του ενός), εντός του τελευταίου χρόνου πριν το θάνατο, και πιο συγκεκριμένα τα γεγονότα αυτά φαίνεται να είχαν διαδραματιστεί τους τελευταίους μήνες ή/και εβδομάδες πριν την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (Gabriel & Paschalis, 1991, Lester & Walker, 2010, Maris et al., 2000, Mościcki, 1997, 2001, Nock et al., 2008). Συγκεκριμένα γεγονότα φαίνεται να παρουσιάζουν μια ιδιαίτερη βαρύτητα και να αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας ενός ατόμου, όπως οι διαπροσωπικές συγκρούσεις (οικογένεια ή σχέσεις με τρίτους), χωρισμός/διαζύγιο, σωματική νόσος, ανεργία, προβλήματα στην εργασία, οικονομικά προβλήματα, σοβαρός τραυματισμός ή επίθεση, πένθος λόγω απώλειας προσώπου, ενδοοικογενειακή βία, προβλήματα με το νόμο (φυλάκιση). Στους άνδρες αυτόχειρες, παρουσιάζονται με μεγαλύτερη συχνότητα ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής όπως ο χωρισμός/διαζύγιο, η σωματική νόσος, η ανεργία, προβλήματα στην εργασία, οικονομικά προβλήματα, και πένθος. Σε άτομα νεαρότερης ηλικίας, φαίνεται να προηγούνται της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς ψυχοπιεστικά γεγονότα όπως διαπροσωπικά προβλήματα/απώλεια, προβλήματα οικογενειακών σχέσεων, απόρριψη, ανεργία/προβλήματα εργασίας, παράβαση του νόμου, οικονομικά προβλήματα, αλλαγή κατοικίας/μετακίνηση, και γεγονότα τα οποία είναι απόρροια της προσωπικής τους συμπεριφοράς, ενώ σε μεγαλύτερης ηλικίας άτομα η σωματική νόσος είναι πιο συχνά ένας προδιαθεσικός παράγοντας (Cooper et al., 2002, Foster, 2011, Heikkinen & Lönnqvist, 1995, Mościcki, 1997, 2001).

Ωστόσο, οι περισσότερες έρευνες για το είδος και την επίδραση των ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής στην αυτοκτονία έχουν πραγματοποιηθεί σε ανεπτυγμένες χώρες, και όπως οι Vijayakumar, John, Pirkis, και Whiteford (2005) αναφέρουν, παρατηρείται μια διαφοροποίηση ως προς τα ποια γεγονότα συσχετίζονται με την

επακόλουθη αυτοκτονία ενός ατόμου στις αναπτυσσόμενες χώρες. Προβλήματα στο γάμο και άλλα οικογενειακά προβλήματα καταγράφηκαν στην Ινδία και στην Ταϊβάν (Cheng, Chen, Chen, & Jenkins, 2000, Vijayakumar et al., 2005), ενώ γεγονότα όπως μια κοινωνική αλλαγή απαντάται αποκλειστικά σε αναπτυσσόμενες χώρες. Ειδικότερα, δεδομένα από περιγραφικές κυρίως μελέτες, υποδεικνύουν ότι ο εκσυγχρονισμός σε πολλές ασιατικές χώρες είχε ως αποτέλεσμα την γέννηση πολιτισμικών εντάσεων, την παρουσία κοινωνικοοικονομικών στρεσογόνων παραγόντων, καθώς και την κατάρρευση του παραδοσιακού οικογενειακού συστήματος, γεγονότα τα οποία οδήγησαν ορισμένα άτομα σε αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές (Vijayakumar et al., 2005).

Εντούτοις, οι Yufit και Bongar (1992) υποστηρίζουν ότι παρότι τα πρόσφατα (αλλά και τα παρελθοντικά) ψυχοπαιστικά γεγονότα δύναται να είναι σημαντικά καταλυτικά γεγονότα για την επακόλουθη αυτοκτονία ενός ατόμου, αυτά τα γεγονότα θα πρέπει να ιδωθούν σε ένα ευρύτερο πλαίσιο, και να ληφθεί υπόψη η δομή της προσωπικότητας του ατόμου καθώς και η ικανότητά του να αντιμετωπίσει (ή να είναι ευάλωτο) απέναντι στο στρες, την αποτυχία και την απώλεια. Στην ίδια γραμμή, οι Maris, Berman και Silverman (2000) υποστήριξαν ότι οι περισσότεροι άνθρωποι δεν διαπράττουν αυτοκτονία λόγω των αγχωτικών και ψυχοπαιστικών γεγονότων ζωής, αλλά εκείνοι που καταλήγουν στην αυτοκτονία ή πραγματοποιούν μια απόπειρα είναι ιδιαίτερα ευπαθείς και ευάλωτοι απέναντι σε αγχωτικά γεγονότα και αδυνατούν να ανταπεξέλθουν. Επισημαίνουν δε, ότι όλοι οι άνθρωποι έχουν ένα κατώτατο όριο πόνου (το οποίο είναι χαμηλότερο σε ευάλωτα άτομα), πέραν του οποίου το άτομο δεν μπορεί ανταπεξέλθει στο άγχος και τότε οι αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές αποτελούν την τελευταία λύση.

1.7 Πρόσβαση στα μέσα

Η επιλογή μιας μεθόδου αυτοκτονίας εξαρτάται από τη διαθεσιμότητα (availability), την προσβασιμότητα και την εξοικείωση με την συγκεκριμένη μέθοδο σε μια δεδομένη γεωγραφική περιοχή, παράγοντες οι οποίοι αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας, ενώ πολιτισμικοί και κοινωνικοί παράμετροι φαίνεται επίσης να διαδραματίζουν μια ισχυρή επίδραση στην κυρίαρχη μέθοδο αυτοκτονίας ανά χώρα (Hawton & van Heeringen, 2009, Lester, 2000, Värnik et al., 2008).

Οι Clarke και Lester (1989) επέκτειναν τον κατάλογο αυτό, εντοπίζοντας 20 παραμέτρους που θα μπορούσαν να εξηγήσουν την προτίμηση ενός ατόμου για μια συγκεκριμένη μέθοδο αυτοκτονίας, και εκτός των προαναφερομένων, αυτοί συνίσταται στο εάν απαιτούνται τεχνικές δεξιότητες (π.χ., απαγχονισμός), σχεδιασμός της αυτοκτονίας (π.χ., αγορά όπλου), εάν είναι επώδυνη μέθοδος (π.χ., αυτοτραυματισμός από αιχμηρό αντικείμενο), εάν απαιτείται θάρρος για την πραγματοποίηση της πράξης (π.χ., πτώση από ψηλό κτίριο), οι συνέπειες της αποτυχημένης απόπειρας (π.χ., ανικανότητα, δημοσιότητα), η πιθανότητα παραμόρφωσης μετά θάνατο (π.χ., απαγχονισμός έναντι φαρμακευτικής δηλητηρίασης), κίνδυνος/ενόχληση προς άλλους (π.χ., πτώση σε τρένο), ακαταστασία/αιματηρή μέθοδος (π.χ., αυτοτραυματισμός από αιχμηρό αντικείμενο), ανακάλυψη του σώματος (από την οικογένεια ή από περαστικούς), «μόλυνση» της φωλιάς (π.χ., αποφυγή πραγματοποίησης της αυτοκτονίας στο σπίτι), ο σκοπός της απόκρυψης ή της δημοσιοποίησης του θανάτου (π.χ., ντροπή, ασφαλιστική κάλυψη), βεβαιότητα θανάτου, χρόνος που διαμεσολαβεί μέχρι το θάνατο, περιθώρια για δεύτερη σκέψη (π.χ., να κολυμπήσει πίσω στην ακτή), πιθανότητες παρέμβασης κάποιου τρίτου προσώπου, ο συμβολισμός της πράξης (π.χ., εξαγνισμός μέσω αυτοπυρπολισμού), ο χαρακτηρισμός μιας μεθόδου αυτοκτονίας ως ανδρικής/γυναικείας (π.χ., τα όπλα θεωρούνται σε αρκετές κοινωνίες ως μια ανδρική μέθοδος αυτοκτονίας), και οι δραματικές επιπτώσεις της πράξης.

Οι Maris, Berman, και Silverman (2000) παρέχοντας μια περιεκτική συζήτηση των παραγόντων που επηρεάζουν την επιλογή μιας μεθόδου αυτοκτονίας για την αυτοκαταστροφική πράξη, συμπεραίνουν ότι η διαθεσιμότητα και η προσβασιμότητα, η γνώση, εμπειρία και οικειότητα του ατόμου με ένα μέσο/μέθοδο (π.χ., όπλα), το νόημα, ο συμβολισμός και η πολιτισμική σημασία, η «μόδα»/δημοτικότητα μιας μεθόδου (π.χ., μέσω της συχνής προβολής από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, εφημερίδες, τηλεόραση, κλπ), καθώς και η συναισθηματική και νοητική κατάσταση του ατόμου (state of mind), η οποία διαφοροποιείται εάν η επιθυμία του είναι όντως να πεθάνει ή να χειριστεί το περιβάλλον του μέσω μιας απόπειρας αυτοκτονίας, αποτελούν σημαντικές συνιστώσες για την τελική επιλογή της μεθόδου.

Σύμφωνα με τον Hendin (1994, 168), ο ρόλος της σημασίας του συμβολισμού και της πολιτισμικής παραμέτρου στην επιλογή μιας μεθόδου αυτοκτονίας αποδεικνύεται στη Νορβηγία όπου οι αυτοκτονίες από πνιγμό ανέρχονται στο 15% του συνόλου, ενώ σε παγκόσμιο επίπεδο αυτή η μέθοδος αντιστοιχεί στο 1-2%, γεγονός το οποίο υποδεικνύει ότι η θάλασσα είναι κεντρικής σημασίας για την συνειδητή και ασυνείδητη ζωή των Νορβηγών, και ένα σύμβολο της τέχνης και του πολιτισμού τους. Ομοίως, τα χαμηλά

ποσοστά αυτοκτονίας με απαγχονισμό σε ορισμένες χώρες, αποδίδονται από τους Farmer και Rohde (1980) στο γεγονός ότι η θανατική ποινή σε διάφορες κοινωνίες (π.χ., Αγγλία) εκτελούνταν δια του απαγχονισμού, ως εκ τούτου δεν αποτελεί μια μέθοδο επιλογής από το άτομο με αυτοκτονικές τάσεις. Υπάρχουν, επίσης, περιοχές που έχουν γίνει ευρύτατα γνωστές ως «ορόσημα/σημεία αυτοκτονίας» (suicide landmarks), όπως για παράδειγμα η γέφυρα Golden Gate στο Σαν Φραντζίσκο των ΗΠΑ και η περιοχή Jukai στην Ιαπωνία, οι οποίες αποτελούν ιδιαίτερα δημοφιλή σημεία για την πραγματοποίηση μιας αυτοκτονίας. Η γέφυρα Golden Gate στο Σαν Φραντζίσκο θεωρείται ως ένα πέρασμα στον Ειρηνικό ωκεανό, ενώ η περιοχή Jukai στην Ιαπωνία, ένα πυκνό δάσος στο όρος Φούτζι, έγινε ιδιαίτερα γνωστή εξαιτίας ενός μυθιστορήματος μυστηρίου (Nami Noh Toh), σύμφωνα με το οποίο, όταν κάποιος εισέλθει στην περιοχή του δάσους δεν επιστρέφει ποτέ πίσω (Maris et al., 2000).

Κοινή διαπίστωση, ωστόσο, αρκετών ερευνητών είναι ότι όταν ένα άτομο έχει τάσεις αυτοκτονίας, η εύκολη πρόσβαση σε συγκεκριμένες μεθόδους/μέσα αυτοκτονίας δύναται να είναι καταλυτικός παράγοντας που οδηγεί σε μετάφραση του αυτοκτονικού ιδεασμού σε πράξη (Hawton & van Heeringen, 2009). Επίσης, η διαθεσιμότητα των μεθόδων καθορίζει αν το αποτέλεσμα της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς θα είναι θανατηφόρο ή όχι. Σε γενικές γραμμές, οι άνδρες τείνουν να επιλέγουν πιο βίαιες μεθόδους αυτοκτονίας (π.χ., απαγχονισμός, όπλα), και οι γυναίκες λιγότερο βίαιες (π.χ., δηλητηρίαση) (Clarke & Lester, 1989, Cooper & Milroy, 1994, Denning, Conwell, King, & Cox, 2000, Hawton & van Heeringen, 2009). Αναφορικά με τον χαρακτηρισμό των μεθόδων αυτοκτονίας σε βίαιες (violent) και σε λιγότερο βίαιες (less violent), η κατηγοριοποίηση η οποία ακολουθείται στη διεθνή βιβλιογραφία συνίσταται στο να χαρακτηρίζονται ως βίαιες μέθοδοι αυτοκτονίας όλοι οι μέθοδοι εκτός της δηλητηρίασης (Ajdacic-Gross et al., 2008, Christodoulou et al., 2012). Επιπρόσθετα, η διαθεσιμότητα συγκεκριμένων μέσων για την αυτοκτονία συντελεί στην αύξηση του ολικού αριθμού αυτοκτονιών με μια συγκεκριμένη μέθοδο, και χαρακτηρίζει το μοτίβο/σχέδιο αυτοκτονίας το οποίο συναντάται ανά χώρα (Hawton & van Heeringen, 2009). Για παράδειγμα, στις ΗΠΑ η χρήση όπλων αποτελεί την κυρίαρχη μέθοδο αυτοκτονίας, με αυξανόμενο κίνδυνο στις περιπτώσεις εκείνες όπου τα όπλα φυλάσσονται στο σπίτι (Ajdacic-Gross et al., 2006b, Brent, 2001, Brent & Bridge, 2003), ενώ στις αγροτικές περιοχές πολλών αναπτυσσόμενων χωρών, η κατάποση φυτοφαρμάκων (γεωργικά φάρμακα) είναι η κύρια μέθοδος αυτοκτονίας, γεγονός που αντικατοπτρίζει την υψηλή τοξικότητα των σκευασμάτων, την εύκολη διαθεσιμότητα, και την κακή τους αποθήκευση (Gunnell,

1.8 Μέθοδοι αυτοκτονίας

Σύμφωνα με τον Ajdacic-Gross και τους συνεργάτες του (2008), οι οποίοι ανέλυσαν στοιχεία του Π.Ο.Υ. για τις μεθόδους αυτοκτονίας ανά χώρα (συμπεριλήφθηκαν αποκλειστικά οι χώρες εκείνες οι οποίες χρησιμοποιούν τη 10^η αναθεώρηση της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης των Νόσων, Κακώσεων και Αιτιών Θανάτου, ICD-10), ο απαγχονισμός ήταν η επικρατούσα μέθοδος αυτοκτονίας στις περισσότερες χώρες σε παγκόσμιο επίπεδο, με τα υψηλότερα ποσοστά σε άνδρες και γυναίκες να καταγράφονται σε χώρες της ανατολικής Ευρώπης όπως η Εσθονία, η Λετονία, η Λιθουανία, η Πολωνία, και η Ρουμανία. Αποκλίσεις από το συγκεκριμένο μοτίβο/σχέδιο αυτοκτονίας, παρατηρήθηκαν στις ΗΠΑ και την Ουρουγουάη, όπου τα όπλα ήταν η πρώτη χρησιμοποιούμενη μέθοδος αυτοκτονίας και στα δύο φύλα, ενώ στην Ελβετία τα όπλα αποτελούσαν την πρώτη μέθοδο επιλογής για τους άνδρες. Η πτώση από ύψος ως μέθοδος αυτοκτονίας, παρουσίασε υψηλά ποσοστά σε χώρες όπως το Χονγκ Κονγκ, το Λουξεμβούργο, και η Μάλτα, ενώ σε χώρες της Λατινικής Αμερικής (π.χ., Ελ Σαλβαδόρ, Νικαράγουα, Περού), η δηλητηρίαση με φυτοφάρμακα ήταν η μέθοδος αυτοκτονίας με το υψηλότερο ποσοστό και στα δύο φύλα. Αντίστοιχα υψηλή συχνότητα της δηλητηρίασης με φυτοφάρμακα ιδίως μεταξύ των γυναικών, παρατηρήθηκε και σε χώρες της Ασίας (π.χ., Κορέα, Ταϊλάνδη), καθώς επίσης και στην Πορτογαλία. Η δηλητηρίαση με φάρμακα ήταν κοινή μέθοδος αυτοκτονίας στις γυναίκες στον Καναδά, σε σκανδιναβικές χώρες (Δανία, Ισλανδία, Νορβηγία, Σουηδία, Φινλανδία), και στο Ηνωμένο Βασίλειο, ενώ επίσης παρουσίασε μια μέτρια συχνότητα και στις αυτοκτονίες των ανδρών σε αυτές τις χώρες. Σε γενικές γραμμές, τα βασικά συμπεράσματα της ανάλυσης του Ajdacic-Gross και των συνεργατών του (2008) συνίσταται στο ότι τρεις μέθοδοι αυτοκτονίας φαίνεται να κυριαρχούν ανά χώρα, και αυτές είναι ο απαγχονισμός, η δηλητηρίαση με φυτοφάρμακα και τα όπλα. Η πτώση από ύψος καθώς και οι άλλες μέθοδοι δηλητηρίασης (κυρίως δηλητηρίαση με φαρμακευτικές ουσίες) παρουσιάζονται ως εναλλακτικές των προαναφερομένων μεθόδων. Σημαντικό, επίσης, αποτέλεσμα είναι ότι ο απαγχονισμός αποτελεί την κύρια μέθοδο αυτοκτονίας, όταν καμία άλλη μέθοδος δεν είναι διαθέσιμη, και το ποσοστό των απαγχονισμών συνήθως μειώνεται όταν παρατηρείται αύξηση των

αυτοκτονιών με φυτοφάρμακα ή με τη χρήση όπλων.

Σε μια ανάλυση των μεθόδων αυτοκτονίας κατά φύλο την χρονική περίοδο 2000-2004/5, μεταξύ των δεκαέξι χωρών που συμμετέχουν στην Ευρωπαϊκή Συμμαχία κατά της Κατάθλιψης (European Alliance Against Depression, EAAD) (Värnik et al., 2008), διαπιστώθηκε ότι οι άνδρες έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο από τις γυναίκες να χρησιμοποιήσουν όπλα, τον απαγχονισμό και την δηλητηρίαση με άλλες ουσίες (εκτός από φάρμακα) στην αυτοκαταστροφική τους πράξη, και χαμηλότερο κίνδυνο να χρησιμοποιήσουν ως μέθοδο αυτοκτονίας την δηλητηρίαση με φάρμακα, τον πνιγμό και την πτώση από ύψος. Οι γυναίκες, αντίστοιχα, χρησιμοποίησαν ως μέθοδο αυτοκτονίας την δηλητηρίαση από φαρμακευτικές ουσίες, τον πνιγμό, και την πτώση από ύψος σε μεγαλύτερη συχνότητα από τους άνδρες σε όλες τις χώρες που συμμετείχαν στην ανάλυση, εκτός από την Ιταλία, το Λουξεμβούργο και την Ισλανδία, όπου η διαφορά μεταξύ των δύο φύλων δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Συνολικά, ο απαγχονισμός ήταν η επικρατούσα μέθοδος αυτοκτονίας και στα δύο φύλα (άνδρες 54.3%, γυναίκες 35.6%), και ακολουθούσε ως δεύτερη μέθοδος αυτοκτονίας η δηλητηρίαση (άνδρες 14%, γυναίκες 29.0%). Τα όπλα αποτελούσαν την τρίτη κατά σειρά μέθοδο αυτοκτονίας στους άνδρες (9.7%), ενώ οι γυναίκες δεν προτιμούσαν την χρήση όπλων στην αυτοκαταστροφική τους πράξη (1.3%).

Σε μία πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση μελετών σχετικά με μεθόδους αυτοκτονίας σε ασιατικές χώρες από το 1990 έως το 2011, οι Wu, Chen, και Yip (2012) διαπίστωσαν ότι σε σύνολο δεκαεφτά χωρών, ο απαγχονισμός και η δηλητηρίαση από υγρές ή στερεές ουσίες (κυρίως φυτοφάρμακα) ήταν οι κυρίαρχες μέθοδοι αυτοκτονίας. Η πτώση από ύψος ήταν ο κύριος τρόπος αυτοκτονίας στο Χονγκ Κονγκ και τη Σιγκαπούρη, όπου περίπου το 80% των κατοίκων ζουν σε ψηλά κτίρια. Επίσης, καταγράφηκαν και διάφορες άλλες μέθοδοι αυτοκτονίας οι οποίες σπάνια αναφέρονται στις δυτικές κοινωνίες, όπως ο αυτοπυρπολισμός που ήταν η δεύτερη πιο συχνά χρησιμοποιούμενη μέθοδος στο Ιράν και την Ινδία, καθώς και η δηλητηρίαση από καύση κάρβουνου (charcoal burning) ως δεύτερη πιο συχνή μέθοδος στην Ταϊβάν και στο Χονγκ Κονγκ. Σε διάφορες περιοχές της Ινδίας, στην Ιαπωνία, στη Μαλαισία, και στο Πακιστάν, ο πνιγμός κατείχε την τρίτη θέση μεταξύ των μεθόδων αυτοκτονίας, ενώ οι αυτοκτονίες με πτώση σε τρένο ήταν η τέταρτη κύρια μέθοδος αυτοκτονίας σε μια ανατολική περιοχή της Ινδίας. Επίσης, παρότι η χρήση όπλων ως μέθοδος αυτοκτονίας απαντάται κυρίως σε δυτικές κοινωνίες, αποτελούσε μια συχνά χρησιμοποιούμενη μέθοδο στις Φιλιππίνες (2^η μέθοδος σε συχνότητα), στη Σαουδική Αραβία (3^η μέθοδος), και στην Τουρκία (2^η μέθοδος)

Στην Ελλάδα, σε μια επιδημιολογική μελέτη της αυτοκτονίας την χρονική περίοδο 1980-1997 (Ζαχαράκης κ.ά., 2003), ο απαγχονισμός ήταν η συχνότερη μέθοδος και στα δύο φύλα, και χρησιμοποιήθηκε περίπου στο 45% του συνόλου των θανάτων από αυτοκτονία. Ακολουθούσαν σε συχνότητα για τους άνδρες τα όπλα και η δηλητηρίαση, ενώ στις γυναίκες η δηλητηρίαση και ο πνιγμός. Η πτώση από ύψος ήταν η τέταρτη σε συχνότητα μέθοδος αυτοκτονίας και στα δύο φύλα. Εντούτοις, εντός της χώρας καταγράφονται κάποιες διαφοροποιήσεις σχετικά με τις μεθόδους αυτοκτονίας μεταξύ των διαφορετικών περιφερειών. Στο νομό Αχαΐας τα έτη 1979-1984, οι μέθοδοι με την υψηλότερη συχνότητα και στα δύο φύλα ήταν ο απαγχονισμός, η πτώση από ύψος και ο πνιγμός (Beratis, 1986), ενώ στην Ήπειρο (χρονική περίοδος 1998-2002), τα όπλα, ο απαγχονισμός και η πτώση από ύψος ήταν κατά σειρά οι μέθοδοι αυτοκτονίας με την υψηλότερη συχνότητα στους άνδρες, και στις γυναίκες ο απαγχονισμός, ο πνιγμός και η δηλητηρίαση αντίστοιχα (Vougiouklakis et al., 2005).

1.9 Σημειώματα αυτοκτονίας

Τα σημειώματα αυτοκτονίας αποτελούν ιδιαίτερα προσωπικά έγγραφα του ατόχειρα, τα οποία συνήθως συντάσσονται λίγα λεπτά πριν την αυτοκαταστροφική πράξη, και παραδοσιακά θεωρούνται από αρκετούς ερευνητές της αυτοκτονιολογίας ως δείκτες της σοβαρότητας της απόπειρας, καθώς και ότι φωτίζουν τις τελικές σκέψεις του ατόμου, την ψυχολογική κατάστασή του, και ότι συμβάλουν στην κατανόηση της αυτοκτονικής πράξης (Leenaars, 1992, Salib, Cawley, & Healy, 2002a, Salib, El-Nimr, & Yakoub, 2002b). Εντούτοις κατά την διάρκεια των ετών, η χρησιμότητα της ανάλυσης των σημειωμάτων αυτοκτονίας έχει αμφισβητηθεί, και πρωτίστως από τον E. Shneidman, ίσως τον πιο επιφανή θεωρητικό του 20^{ου} αιώνα για το θέμα αυτό (O'Connor, Sheehy, & O'Connor, 1999). Ο Shneidman τη δεκαετία του 1950, πίστευε ότι τα σημειώματα αυτοκτονίας ήταν ο καλύτερος τρόπος για να μελετηθούν οι συναισθηματικές και γνωστικές συνιστώσες της αυτοκτονικής πράξης (Shneidman & Farberow, 1957), ενώ τη δεκαετία του 1970, ο ίδιος εξέφρασε την άποψη ότι τα έγγραφα αυτά γράφτηκαν υπό καταστάσεις μεγάλης συστολής και περιορισμού της λογικής του ατόμου, και δεδομένων των συνθηκών δεν θα μπορούσαν να είναι ιδιαίτερα κατατοπιστικά (Shneidman, 1973a).

Πιο πρόσφατα, από τη δεκαετία του 1980 και έκτοτε, ο Shneidman προχώρησε σε μια σύνθεση των προαναφερομένων απόψεων του, και διατύπωσε την σκέψη ότι η αλήθεια βρίσκεται κάπου στη μέση «Πολλά σημειώματα αυτοκτονίας, όταν τοποθετηθούν στο πλαίσιο της ιστορίας ζωής του ατόμου που έγραψε το σημείωμα, μπορούν να ρίξουν τεράστιο φως στη ζωή του, ακριβώς όπως η ζωή μπορεί να βοηθήσει να φωτιστούν πολλές πτυχές του σημειώματος» (Shneidman, 1988, 10).

Σχετικά με το περιεχόμενο των σημειωμάτων αυτοκτονίας, έχουν αναγνωριστεί κάποιες κοινές θεματικές, οι οποίες στην πλειονότητά τους συνίσταται σε διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις, απολογία/ντροπή, αγάπη για αυτούς που μένουν πίσω, ότι η ζωή είναι πάρα πολύ δύσκολη για να την αντέξουν/ανυπόφορος ψυχολογικός πόνος, οδηγίες σχετικά με πρακτικά θέματα μετά το θάνατο, απελπισία/ότι δεν υπάρχει τίποτα να περιμένουν ή για να ζήσουν, κοινωνική απομόνωση/μοναξιά, φόβος, συμβουλές για αυτούς που μένουν πίσω, αίσθημα βάρους προς τους άλλους, κλπ (Foster, 2003, Leenaars, 1992, Salib & Maximous, 2002). Αναφορικά με τα χαρακτηριστικά των αυτοχείρων που αφήνουν σημειώματα αυτοκτονίας και εκείνων που επιλέγουν να μην αφήσουν, διάφορες έρευνες σε διεθνές επίπεδο έχουν καταλήξει σε διαφορούμενα αποτελέσματα. Ορισμένοι ερευνητές δεν διαπιστώνουν διαφορές στην ηλικία, τη φυλή, το φύλο, το επάγγελμα, την οικογενειακή κατάσταση, την ψυχική κατάσταση, το ιστορικό προηγούμενης απόπειρας, κλπ (Tuckman, Kleiner, & Lavell, 1959), ενώ άλλοι ερευνητές αναφέρουν ότι οι αυτόχειρες που αφήνουν σημείωμα αυτοκτονίας διαφέρουν ως προς εκείνους που δεν αφήνουν (Bhatia, Verma, & Murty, 2006, Salib & Maximous, 2002). Ακόμη και το ποσοστό των αυτοχείρων που αφήνει σημειώματα αυτοκτονίας παραμένει εν πολλοίς αμφιλεγόμενο στη διεθνή βιβλιογραφία, και κυμαίνεται από 3% έως και 42% (Bhatia et al., 2006, Foster, 2003, Ζαχαράκης, Μαδιανός, Παπαδημητρίου, & Στεφανής, 2004, Paraschakis et al., 2012, Salib & Maximous, 2002).

1.10 Εποχικότητα της αυτοκτονίας

Η εποχικότητα συμβατικά καθορίζεται από τους Ajdacic-Gross, Bopp, Ring, Gutzwiller, και Rossler (2010, 657) ως «κυκλική αλλαγή, η οποία σχετίζεται με τις εποχές του έτους». Ο Durkheim (1897/1951) αρχικά απεικόνισε την εποχικότητα της αυτοκτονίας ως χαρακτηριστικό της έντασης της κοινωνικής ζωής, συνδέοντας την εποχική κορύφωση των θανάτων από αυτοκτονία με το επίπεδο της κοινωνικής δραστηριότητας που πίστευε ότι είναι ιδιαίτερα υψηλό κατά τους εαρινούς και θερινούς μήνες. Στη συνέχεια, αρκετοί ερευνητές σε διεθνές επίπεδο παρατήρησαν ότι οι αυτοκτονίες σε πολλές χώρες παρουσιάζουν μια εποχική διακύμανση, ενώ συγχρόνως υπάρχουν και ορισμένες μελέτες που δεν επιβεβαιώνουν ένα τέτοιο εύρημα ή/και που υποστηρίζουν ότι στις μέρες μας η εποχικότητα της αυτοκτονίας μειώνεται, και τείνει να εξαλειφθεί στις δυτικές κοινωνίες (Ajdacic-Gross et al., 2010). Επίσης, αρκετοί ερευνητές έχουν διερευνήσει την εποχικότητα της αυτοκτονικής συμπεριφοράς σε σχέση με νευροβιολογικές, κλιματικές, ψυχοπαθολογικές, και δημογραφικές παραμέτρους, και έχει παρατηρηθεί μια αντίστροφη σχέση των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών με τα επίπεδα της μελατονίνης, δηλαδή την εποχή που σημειώνεται αύξηση των αυτοκαταστροφικών πράξεων παρουσιάζεται αντίστοιχα μείωση των επιπέδων της μελατονίνης, τα οποία σχετίζονται άμεσα με τη σεροτονίνη που είναι διαθέσιμη στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ) και με την έκθεση στο φως (Havaki-Kontaxaki, Papalias, Kontaxaki, & Papadimitriou, 2010, Papadopoulos et al., 2005, Petridou, Papadopoulos, Frangakis, Skalkidou, & Trichopoulos, 2002).

Σε μια πρόσφατη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας από το 1979 έως και το 2009 του Christodoulou και των συνεργατών του (2012), διαπιστώθηκε ότι η πλειοψηφία των μελετών τόσο από το βόρειο όσο και από το νότιο ημισφαίριο, αναφέρουν μια υψηλότερη συχνότητα των αυτοκτονιών την άνοιξη και στις αρχές του καλοκαιριού, κυρίως για τους άνδρες, τα ηλικιωμένα άτομα, και τις βίαιες μεθόδους αυτοκτονίας, ενώ μια δεύτερη κορύφωση φαίνεται να παρουσιάζεται το φθινόπωρο κυρίως για τις γυναίκες, χωρίς ωστόσο να αποτελεί καθολικό φαινόμενο. Ομοίως, οι Woo, Okusaga και Postolache (2012) σε μια ανασκόπηση μελετών (χρονική περίοδος 1979-2011) αναφορικά με τους παράγοντες κινδύνου που δύναται να σχετίζονται με την εποχική διακύμανση των ποσοστών αυτοκτονίας, όπως περιβαλλοντικοί αλλά και δημογραφικοί και κλινικοί παράγοντες, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι μια κορύφωση/υψηλότερη συχνότητα της αυτοκτονίας την άνοιξη με αρχές του καλοκαιριού είναι εμφανής, χωρίς ωστόσο οι

υποκείμενοι μηχανισμοί να είναι ιδιαίτερα γνωστοί, ενώ οι προσπάθειες να απομονωθούν εποχικές μεταβλητές, όπως βιοκλιματικές και κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές για να βοηθήσουν στον εντοπισμό των παραγόντων που μεσολαβούν στην εποχικότητα, έχουν συχνά οδηγήσει σε ασαφή αποτελέσματα. Στην Ελλάδα σύμφωνα με δημοσιευμένες μελέτες, παρατηρείται μια υψηλότερη συχνότητα αυτοκτονιών την άνοιξη και στις αρχές του καλοκαιριού, και ειδικότερα το μήνα Ιούνιο (Bazas et al., 1979, Christodoulou et al., 2012, Papadopoulos et al., 2005, Petridou et al., 2002, Vougiouklakis et al., 2005).

Οι Nishi, Miyake, Okamoto, Goto, και Sakai (2000) εξετάζοντας τη σχέση μεταξύ της αυτοκτονίας και των ημερών της εβδομάδας, χρησιμοποιώντας τους θανάτους από αυτοκτονία μιας 15ετίας (1979-1994) στο Hokkaido της Ιαπωνίας, παρατήρησαν ότι τα χαμηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας κατεγράφησαν τις ημέρες πριν από αργίες (Κυριακές και επίσημες αργίες του κράτους), ενώ τα υψηλότερα τις ημέρες μετά από αργίες, εύρημα με το οποίο συμφωνεί και η μεταγενέστερη μελέτη του Zonda και των συνεργατών του στην Ουγγαρία (2008). Επίσης, ο Nishi και οι συνεργάτες του (2000) παρατήρησαν αναφορικά με την κατανομή των αυτοκτονιών κατά ημέρα της εβδομάδας, ότι το Σάββατο πραγματοποιήθηκαν οι λιγότεροι θάνατοι από αυτοκτονία, ενώ το υψηλότερο ποσοστό αυτοκτονιών καταγράφηκε την ημέρα Δευτέρα, συγκλίνοντας με τα αποτελέσματα της έρευνας των Maldonado και Kraus (1991), και των Johnson, Brock, Griffiths, και Rooney (2005). Ομοίως, ο Zonda και οι συνεργάτες του (2008) εξετάζοντας 133.699 αυτοκτονίες στην Ουγγαρία την περίοδο 1970-2002, κατέληξαν ότι τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες, οι περισσότερες αυτοκτονίες διαπράχθηκαν ημέρα Δευτέρα, ενώ οι λιγότερες τα Σαββατοκύριακα.

Σχετικά με την ώρα που πραγματοποιούνται οι αυτοκτονικές πράξεις, τόσο ο Durkheim (1897/1951) όσο και ο Morselli (1882) είχαν υποστηρίξει ότι οι αυτοκτονίες σε μεγάλο βαθμό περιορίζονται κατά τη διάρκεια της ημέρας. Ομοίως, οι Maldonado και Kraus (1991) μελετώντας 4.190 αυτοκτονίες σε μια περίοδο 58 ετών (1925-1983), διαπίστωσαν ότι παρότι η πράξη της αυτοκτονίας ποικίλε σημαντικά από την άποψη του χρόνου της ημέρας, οι αυτοκτονίες ήταν λιγότερες κατά τη διάρκεια των ωρών από τις 04:01π.μ. έως τις 08:00π.μ., το οποίο πιθανά έγκειται στο ότι οι περισσότεροι άνθρωποι κοιμούνται κατά τη διάρκεια αυτών των ωρών. Επίσης, οι Williams και Tansella (1987), αναλύοντας τις αυτοκτονίες στην Ιταλία για μια εννεαετή περίοδο (1974-1983) κατέδειξαν μια σαφή ημερήσια διακύμανση στην διάπραξη των αυτοκτονιών, οι οποίες λαμβάνουν χώρα συνήθως μεταξύ 6π.μ. και 4μ.μ.

Κεφάλαιο 2: Η αιτιοπαθογένεια των αυτοκτονιών

2. Νευροβιολογική Προσέγγιση

2.1 Νευροβιολογία της αυτοκτονίας

Ο κίνδυνος τέλεσης αυτοκτονίας επηρεάζεται από πληθώρα παραμέτρων :

- Κοινωνικό – πολιτισμικοί παράγοντες
- Τραυματικές εμπειρίες
- Ψυχιατρικό ιστορικό
- Χαρακτηριστικά προσωπικότητας και γενετική ευαλωτότητα

διαπλέκονται και μπορεί να ευοδώσουν τη διάπραξή της.

Σε μελέτες διδύμων, υιοθεσίας και οικογενειών καταγράφεται γενετική προδιάθεση για τέλεση αυτοκτονίας, η οποία φαίνεται να είναι ανεξάρτητη από την κληρονομησιμότητα των περισσότερων ψυχιατρικών διαταραχών: σε πρόσφατη ανασκόπησή τους, οι Voracek & Loibl (2007) επιβεβαιώνουν την συμβολή γενετικών παραγόντων στην εκδήλωση αυτοκτονικής συμπεριφοράς σε ποσοστό 30-55%. Η πιθανότερη υπόθεση είναι ότι υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός ενεχόμενων γονιδίων στην εκδήλωση αυτοκτονικότητας, τα οποία αλληλοεπηρεάζονται με ποικίλους τρόπους - ορισμένα ενισχύοντας, άλλα συμπληρώνοντας και κάποια εμποδίζοντας την έκφραση άλλων-, σε συνδυασμό με περιβαλλοντικές μεταβλητές (φάρμακα, τοξικές ουσίες, stress κ.α.) και σε συνάρτηση με το αναπτυξιακό στάδιο του ατόμου (Kendler, 2005, Lin et al., 2007, Nierenberg et al., 2008).

Παρακάτω θα παρουσιαστούν συνοπτικά πρόσφατα δεδομένα σχετικά με την εμπλοκή των νευροδιαβιβαστών – ουσιών που εμπλέκονται στη μεταφορά πληροφοριών μεταξύ νευρικών κυττάρων – στην εκδήλωση των αυτοκτονιών.

2.1.1 Σεροτονίνη

Η σεροτονίνη (5-υδροξυτρυπταμίνη ή 5-HT), είναι από τους σημαντικότερους νευροδιαβιβαστές, με καθοριστική επίδραση στη διάθεση και τη συμπεριφορά του ατόμου. Ερευνητικές εργασίες που διερευνούν τη σεροτονινεργική δραστηριότητα σε εγκεφάλους αυτοχειρών, αποτυπώνουν διαφοροποιήσεις σε περιοχές του μεσεγκεφάλου, του μεταχιαμακού συστήματος και του προμετωπιαίου φλοιού (Mann et al., 2001).

Είναι γνωστή η σημασία των περιοχών του μεσεγκεφάλου και του μεταχιαμακού συστήματος στην απάντηση σε στρεσογόνα ερεθίσματα καθώς και του προμετωπιαίου φλοιού στη γνωσιακή και συμπεριφορική επεξεργασία, έλεγχο και απάντηση (Mann et al., 2001). Οι ανωτέρω παρατηρήσεις μπορούν να εξηγήσουν σε ένα βαθμό το γεγονός ότι αρκετοί αυτόχειρες έδρασαν παρορμητικά (Mann et al., 2001).

Ένα άλλο εύρημα από μελέτες σε πληθυσμιακό επίπεδο είναι εκείνο που συνδέει την πλούσια στο αμινοξύ τρυπτοφάνη δίαιτα, πρόδρομη ένωση της σεροτονίνης βιοσυνθετικά, με χαμηλότερη συχνότητα αυτοκτονιών σε ανεπτυγμένες χώρες (Voracek & Tran, 2007). Με αφορμή αυτό το εύρημα, αλλά και την παρατήρηση, ήδη από τη δεκαετία του 1990 (Delgado et al., 1990), ότι δίαιτα πτωχή σε τρυπτοφάνη μπορεί να αντιστρέψει το αποτέλεσμα αντικαταθλιπτικής θεραπείας με εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης, μελετήθηκαν οι πολυμορφισμοί του γονιδίου του ενζύμου υδροξυλάση της τρυπτοφάνης (Tryptophan Hydroxylase ή TPH), βασικού μεσολαβητή της σύνθεσης σεροτονίνης από την τρυπτοφάνη (Saetre et al., 2010). Από τα δύο είδη γονιδίων που κωδικοποιούν το ένζυμο, βρέθηκε ότι το ένα από αυτά παρουσιάζει αυξημένη έκφραση στους μεσαίους και οπίσθιους πυρήνες της ραφής ασθενών με κατάθλιψη που αυτοκτόνησαν. Λαμβάνοντας υπόψη ότι η συγκεκριμένη περιοχή παράγει την περισσότερη σεροτονίνη στον εγκέφαλο, αυξημένη γονιδιακή έκφραση του TPH 2 ίσως αντιπροσωπεύει αντιρροπιστικό ομοιοστατικό μηχανισμό στα μειωμένα επίπεδα σεροτονίνης (Bach-Mizrachi, 2008).

Η σεροτονίνη μεταβολίζεται με τη βοήθεια του ενζύμου μονοαμινοοξειδάση (MAO) του οποίου η έκφραση, κατ' αναλογία με το ένζυμο TPH, ελέγχεται από δύο γονίδια, το MAO-A και το MAO-B. Σύμφωνα με μελέτες, απώλεια της λειτουργικότητας του γονιδίου MAO-A συνδέεται με μεγαλύτερη επιθετικότητα κάτι που θα μπορούσε μερικώς να σχετιστεί με την αυτοκτονία (Pinsonneault et al., 2006).

Μελέτες εστιασμένες στο γονίδιο του μεταφορέα της σεροτονίνης και τη σχέση του

με την αυτοκτονία έχουν δείξει ότι η παρουσία του βραχέως (Short ή S) αλληλομόρφου του προενεργοποιητικού γονιδίου για το μεταφορέα της 5-HT (5-HTTLRP) συνδυάζεται με αυτοκτονική συμπεριφορά σε αντίθεση με την παρουσία του μακρού αλληλομόρφου (Long ή L)

(Anguelova et al., 2003). Το εύρημα αυτό έχει επιβεβαιωθεί και από άλλες έρευνες, οι οποίες επισημαίνουν τη συσχέτιση της παρουσίας του αλληλομόρφου S με την αύξηση της επιθετικότητας, της παρορμητικότητας και με τη βιαιότητα της αυτοκτονικής μεθόδου (Wasserman et al., 2007).

Αναφορικά με τους σεροτονινεργικούς υποδοχείς και την εμπλοκή τους στην αυτοκτονία, η έρευνα έχει στραφεί στους συναπτικούς 5-HTR1A και 5-HTR2A υποδοχείς και στα γονίδια που ελέγχουν την έκφρασή τους. Ειδικότερα, φαίνεται ότι υπάρχουν ενδείξεις αυξημένης πυκνότητας υποδοχέων 5-HTR2A στον προμετωπιαίο φλοιό θυμάτων αυτοκτονίας (Arango et al., 1997). Τέλος, από μελέτες σε εγκεφάλους θυμάτων αυτοκτονίας βρέθηκαν αλλοιώσεις στον προσυναπτικό μεταφορέα σεροτονίνης και στους σεροτονινεργικούς υποδοχείς των αντίστοιχων νευρώνων του μεσεγκεφάλου όπως και στις απολήξεις των τελευταίων στον προμετωπιαίο φλοιό. Ορισμένα από αυτά τα ευρήματα ίσως είναι αποτέλεσμα «πρωτογενών» αλλοιώσεων, άλλα όμως ενδεχομένως οφείλονται σε αντιρροπιστικές ομοιοστατικού τύπου προσαρμογές των νευροδιαβιβαστικών οδών στα χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης ή ακόμα και σε δυσπροσαρμοστικές μη-ειδικές απαντήσεις στο stress (Arango et al., 2002, Bach-Mizrachi et al, 2006).

Στις πρωτογενείς αλλοιώσεις περιλαμβάνονται :

1. Η ανεπαρκής δράση του ενζύμου υδροξυλάση της τρυπτοφάνης το οποίο μετατρέπει το αμινοξύ τρυπτοφάνη σε 5-υδροξυτρυπτοφάνη το οποίο έπειτα από αποκαρβοξυλίωση οδηγεί στην σεροτονίνη, (Stahl, 2002).
2. Η διαταραγμένη «μετάφραση σήματος» ανάμεσα στους σεροτονινεργικούς νευρώνες.
3. Η ελαττωμένη ενεργοποίηση των σεροτονινεργικών νευρώνων στο φλοιό του εγκεφάλου, εξαιτίας μετατρεπτικών δράσεων του RNA ή μικρότερης έντασης πυροδοτήσεων των σεροτονινεργικών νευρώνων.

Στις αντιρροπιστικές τροποποιήσεις κατηγοριοποιούνται :

1. Η ευαισθητοποίηση της λειτουργικότητας των νευρώνων των πυρήνων της ραφής.

2. Η απευαισθητοποίηση των αρνητικών διαμεταβιβαστών της απελευθέρωσης και επαναπρόσληψης σεροτονίνης.

2.1.2 Ντοπαμίνη

Το κυριότερο εύρημα που υποδηλώνει εμπλοκή του ντοπαμινεργικού συστήματος στην αυτοκτονική συμπεριφορά είναι το χαμηλό επίπεδο του μεταβολίτη της ντοπαμίνης, του ομοβαλλινικού οξέος στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό ατόμων που εκδήλωσαν αυτοκτονική συμπεριφορά (Roy et al., 1986).

2.1.3 Νοραδρεναλίνη

Μελέτες εστιασμένες στο νοραδρενεργικό σύστημα και στη σχέση του με την αυτοκτονία, έχουν επισημάνει αύξηση του ενζύμου υδροξυλάση της τυροσίνης, το οποίο ελέγχει τη σύνθεση των κατεχολαμινών ντοπαμίνης και νοραδρεναλίνης, όπως και αυξημένη πυκνότητα των α_2 αδρενεργικών υποδοχέων στον (Ordway, 1997). Και οι δύο μεταβολές θα μπορούσαν να οφείλονται σε εξάντληση των αποθεμάτων νοραδρεναλίνης, λόγω αυξημένης απελευθέρωσής της. Η υπόθεση βασίζεται στη σχέση μεταξύ νοραδρενεργικού συστήματος και απάντησης σε ψυχοπνευστικά ερεθίσματα, λαμβάνοντας υπόψη ότι έντονο άγχος και ανησυχία σχετίζονται με νοραδρενεργική υπερδραστηριότητα, υπερδιέγερση του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια και αύξηση του αυτοκτονικού κινδύνου (Mann, 2005).

Το ένζυμο το οποίο είναι υπεύθυνο για τον μεταβολισμό της ντοπαμίνης και της νοραδρεναλίνης είναι η κατεχολ-ο-μεθυλτρανσφεράση. Έχει περιγράψει ένας λειτουργικός πολυμορφισμός του γονιδίου υπεύθυνου για τη σύνθεση της COMT, όπου το αμινοξύ βαλίνη (Val), αντικαθίσταται στο κωδικόνιο 158, από το αμινοξύ μεθειονίνη (Lachman et al., 1996). Τα ομόζυγα άτομα για 158Val εμφανίζουν 3πλασια έως 4πλασια επίπεδα ενζυμικής δραστηριότητας σε σχέση με τα ομόζυγα 158Met άτομα (χαμηλής δραστηριότητας αλληλόμορφο), ενώ ο γονότυπος Val/Met (ετεροζυγωτία) παρουσιάζει ενδιάμεση ενζυμική δραστηριότητα (Weinshilboum et al., 1999). Σε μελέτη τους οι Ono και συν., (2004), βρήκαν ότι ο γονότυπος Val/Val, εμφανίζει προστατευτικό ρόλο έναντι

της αυτοκτονίας στους άνδρες (αλλά όχι στις γυναίκες), ενώ η παρουσία τού, χαμηλής δραστηριότητας, Μετ αλληλομόρφου ενδεχομένως αυξάνει τον αυτοκτονικό κίνδυνο (φυλετικός διμορφισμός). Πιθανότατα το εύρημα αυτό θα μπορούσε να αποδοθεί στη νευρορρυθμιστική επίδραση των οιστρογόνων στη λειτουργία του κατεχολαμινεργικού συστήματος στις γυναίκες (Ono et al., 2004).

2.1.4 Νευροτροφικοί παράγοντες

Είναι πιθανό το stress να αυξάνει την ευαλωτότητα για εκδήλωση κατάθλιψης μέσω της υπερδραστηριοποίησης του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια. Η υπερδραστηριοποίηση του άξονα αυτού προκαλεί μείωση της παραγωγής νευροτροφικών παραγόντων (ουσίες οι οποίες δημιουργούνται από τα αναπτυσσόμενα νευρικά κύτταρα προφυλάσσοντάς τα από απόπτωση, ή αλλιώς κυτταρική αυτοκτονία). Οι νευροτροφικοί παράγοντες είναι ουσίες απαραίτητες για την επιβίωση και την ομαλή λειτουργία, μεταξύ άλλων, των νευρώνων του ιπποκάμπου, οργάνου κομβικού στη ρύθμιση της διάθεσης.

Ερευνητικές μελέτες καταγράφουν μειωμένα επίπεδα νευροτροφικών παραγόντων, ειδικότερα πολύ χαμηλά επίπεδα εγκεφαλικά παραγόμενου νευροτροφικού παράγοντα στον προμετωπιαίο λοβό και τον ιππόκαμπο θυμάτων αυτοκτονίας (Dawood et al., 2007, Kim et al., 2007).

2.1.5 Χοληστερόλη

Μειωμένο επίπεδο χοληστερόλης έχει βρεθεί σε αυτόχειρες (Huffman & Stern, 2007, Martinez-Carpio et al., 2009). Η χοληστερόλη συνιστά θεμέλιο λίθο του φωσφολιπιδικού στρώματος της κυτταρικής μεμβράνης των νευρικών κυττάρων (Lalovic et al., 2007). Ελαττώνοντας πειραματικά το επίπεδο χοληστερόλης στο στρώμα αυτό, μειώνεται η δραστηριότητα του μεταφορέα της σεροτονίνης (Scanlon et al., 2001). Ο διαταραγμένος μεταβολισμός της χοληστερόλης μπορεί να συμβάλει σε μειωμένη σεροτονινεργική δραστηριότητα του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) και επομένως

να ευοδώσει αυτοκτονική συμπεριφορά. Αξίζει να σημειωθεί ότι χαμηλά επίπεδα χοληστερόλης έχουν επίσης συνδυαστεί και με αύξηση της βίαιης και επιθετικής συμπεριφοράς (Martinez-Carpio et al., 2009). Επιπλέον η χοληστερόλη είναι δομικός λίθος για τη σύνθεση της κορτιζόλης, ουσίας σημαντικής στη ρύθμιση της διάθεσης (Lalovic et al., 2007).

2.1.6 Άξονας υποθάλαμου – υπόφυσης – επινεφριδίων

Ο άξονας υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια δρα ως κεντρικός ρυθμιστής των συναισθημάτων και της μνήμης. Ο ιππόκαμπος, ο οποίος διατηρεί νευρωνικές συνδέσεις τόσο με την αμυγδαλή (ρύθμιση φόβου), όσο και με τον μέσο προμετωπιαίο λοβό (ρύθμιση συμπεριφορικής αναστολής), επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από την κορτιζόλη, καθώς είναι η εγκεφαλική δομή με τη μεγαλύτερη συγκέντρωση υποδοχέων γλυκοκορτικοειδών (Sequeira et al., 2007). Έχει επίσης βρεθεί ότι η έκφραση των γονιδίων του ιπποκάμπου όπως και η ίδια η βιοχημική του σύνθεση είναι διαταραγμένες σε εγκεφάλους αυτοχειρών (Sequeira et al., 2007).

Ο άξονας επίσης καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τη λειτουργική επεξεργασία και συμπεριφορική απάντηση μέσω ενεργοποίησης του προμετωπιαίου λοβού (Swaab et al., 2005). Είναι γνωστό επίσης ότι υπερδραστήριοι άξονας αποτελεί νευροβιολογικό δείκτη κατάθλιψης ενώ έχει από παλιά εμπλακεί στην αιτιοπαθογένεια της αυτοκτονίας (Swaab et al., 2005).

Επιπρόσθετα, νεότερη μελέτη (Brent et al., 2010), συνδέει ορισμένους γονιδιακούς πολυμορφισμούς, οι οποίοι εκφράζουν μεγαλύτερο βαθμό ελαττωμένης αντίδρασης του υποδοχέα των γλυκοκορτικοειδών, με την αυτοκτονία (αποτελέσματα όμως που χρίζουν περαιτέρω τεκμηρίωσης).

Τέλος, η ευρεία διασύνδεση που υπάρχει ανάμεσα στο σεροτονινεργικό σύστημα και τον άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια (Sullivan Hanley & Van de Kar, 2003), καθιστά τη μελέτη του πεδίο σημαντικών προκλήσεων στην έρευνα των αυτοκτονιών.

2.1.7 Γενετική των αυτοκτονιών

Από ένα εκτεταμένο σώμα μελετών οικογένειας, διδύμων, υιοθεσίας, και μοριακής γενετικής, υπάρχουν ευρήματα που συσχετίζουν την αυτοκτονική συμπεριφορά με παράγοντες κληρονομικότητας. Η υπόθεση, ωστόσο, ότι στην αυτοκτονία υπάρχει κάποιος γενετικός παράγοντας δεν είναι νέα, καθώς ήδη το 1790 ο C. Moore, στο βιβλίο του με τίτλο «A full inquiry into the subject of suicide», εκφράζει την άποψη ότι η προδιάθεση για αυτοκτονία επηρεάζει τις επόμενες γενιές της ίδιας οικογένειας, άρα αποδεικνύει τον κληρονομικό της χαρακτήρα (Turecki, 2001, 335). Έκτοτε και μέχρι σήμερα, μια σειρά από μελέτες οικογενειών υποστηρίζουν ότι οι πρώτου και δεύτερου βαθμού συγγενείς ατόμων που έχουν διαπράξει αυτοκτονία είτε απόπειρα αυτοκτονίας, έχουν υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονικής συμπεριφοράς (αυτοκτονίες ή απόπειρες) συγκριτικά με τους συγγενείς των φυσιολογικών μαρτύρων (Baldessarini & Hennen, 2004, Brent & Mann, 2005, Turecki, 2001). Εντούτοις, καθώς η αυτοκτονία συνδέεται στενά με τις ψυχικές διαταραχές, ένα ερώτημα που παραμένει κρίσιμο τις τελευταίες δεκαετίες, είναι σε ποιο βαθμό υπάρχει γενετικός παράγοντας της αυτοκτονίας ανεξάρτητος από, ή επιπλέον της γενετικής μεταβίβασης των ψυχικών διαταραχών, και ειδικότερα της γενετικής μεταβίβασης των συναισθηματικών διαταραχών (Ernst et al., 2009, Sadock & Sadock, 2007, Turecki, 2001).

Μία από τις πρώτες μελέτες που διαλεύκανε αυτό το ερώτημα, είναι εκείνη των Egeland και Sussex (1985) στην κοινότητα των Amish στις ΗΠΑ. Οι 26 αυτοκτονίες που κατεγράφησαν κατά της διάρκεια μιας 100ετίας (1880-1980), διαπιστώθηκε ότι ήταν συγκεντρωμένες σε τέσσερις (4) μόνο οικογένειες, ενώ το 92% των αυτοχειρών έπασχε από μια συναισθηματική διαταραχή. Επίσης, δεν υπήρξαν αυτοκτονίες σε άλλες οικογένειες της ίδιας κοινότητας, παρόλο που υπήρχε βεβαρημένο κληρονομικό ιστορικό ψυχικών διαταραχών. Το εύρημα αυτό υποδήλωνε ότι οι γενετικοί παράγοντες που αυξάνουν την προδιάθεση για αυτοκτονία, ήταν διαφορετικοί από τους γενετικούς παράγοντες που προδιαθέτουν για ψυχικές διαταραχές. Ωστόσο, καθώς η συγκέντρωση των αυτοκτονιών παρατηρήθηκε σε οικογένειες με συνυπάρχουσα κληρονομική επιβάρυνση συναισθηματικών διαταραχών, θεωρήθηκε ότι η οικογενειακή μεταβίβαση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς ήταν κατ' ουσία ανεξάρτητη, αλλά επίσης μερικώς εξαρτώμενη, από τη προδιάθεση για ψυχοπαθολογία (Brent & Mann, 2005, Ernst et al., 2009, Turecki, 2001).

Η εξέταση αυτής της υπόθεσης πραγματοποιήθηκε από τον Brent και τους συνεργάτες του (1996), οι οποίοι διερεύνησαν την οικογενειακή συγκέντρωση αυτοκτονιών σε έφηβους που είχαν διαπράξει αυτοκτονία, και διαπίστωσαν ένα υψηλότερο ποσοστό αποπειρών αυτοκτονίας στους πρώτου βαθμού συγγενείς των εφήβων αυτοχειρών σε σύγκριση με τους συγγενείς των μαρτύρων. Επίσης, οι συγγενείς των εφήβων αυτοχειρών και των μαρτύρων, διέφεραν ως προς τα ποσοστά της ψυχιατρικής νοσηρότητας. Το προαναφερόμενο εύρημα ωστόσο, δηλαδή του υψηλότερου ποσοστού αποπειρών αυτοκτονίας στους συγγενείς των εφήβων αυτοχειρών, επιβεβαιώθηκε ακόμα και μετά τον έλεγχο της διαφοράς της ψυχιατρικής νοσηρότητας, στηρίζοντας έτσι την υπόθεση ότι η γενετική προδιάθεση για αυτοκτονία μεταβιβάζεται από ένα μηχανισμό ξεχωριστό από την οικογενειακή μεταβίβαση των ψυχιατρικών διαταραχών (Ernst et al., 2009). Ο Brent και οι συνεργάτες του (1996) εξέτασαν, επίσης, την παρουσία επιθετικής συμπεριφοράς στους έφηβους αυτόχειρες και στους συγγενείς τους, και διαπίστωσαν ότι η οικογενειακή συγκέντρωση των αποπειρών αυτοκτονίας και αυτοκτονιών, ήταν μεγαλύτερη στους έφηβους αυτόχειρες που είχαν βαθμολογία πάνω από τη μέση σε σχετικές κλίμακες επιθετικότητας, συγκριτικά με τους έφηβους αυτόχειρες που είχαν χαμηλότερη βαθμολογία. Η παρατήρηση τους αυτή, υποδηλώνει ότι η γενετική μεταβίβαση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς συσχετίζεται ή/και διευκολύνεται από την παρουσία παρορμητικής-επιθετικής συμπεριφοράς, και συνάδει με τα αποτελέσματα και άλλων ερευνών (Brent & Mann, 2005, Ernst et al., 2009, Johnson, Brent, Bridge, & Conolly, 1998, Linkowski, de Maertelaer, & Mendlewicz, 1985, Pfeffer, Normandin, & Kakuma, 1994, Turecki, 2001). Επιπρόσθετα, σε μια πρόσφατη ανασκόπηση μελετών οικογένειας από το 1960 έως και το 2003, οι Baldessarini και Hennen (2004) διαπίστωσαν ότι τα ευρήματα από 22 μελέτες καταδεικνύουν ότι ο κίνδυνος αυτοκτονικής συμπεριφοράς (αυτοκτονίες και απόπειρες) σε συγγενείς αυτοκτονικών ατόμων (αυτόχειρες και αποπειραθέντες), είναι σχεδόν 5 φορές μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο σε συγγενείς ομάδας μαρτύρων. Ο σχετικός κίνδυνος παρουσιάστηκε να είναι μεγαλύτερος για αυτοκτονίες συγκριτικά με τις απόπειρες.

Οι μελέτες διδύμων στηρίζονται στην υπόθεση ότι, καθώς οι μονοζυγωτικοί δίδυμοι (ΜΔ) έχουν τον ίδιο γονότυπο, οι όποιες φαινοτυπικές διαφορές μεταξύ των ΜΔ είναι αποτέλεσμα περιβαλλοντικής επίδρασης. Στην περίπτωση εκείνη, όπου οι ΜΔ και οι διζυγωτικοί δίδυμοι (ΔΔ) βιώνουν τις ίδιες περιβαλλοντικές επιδράσεις (κοινό περιβάλλον), τότε υποστηρίζεται ότι η μεγαλύτερη φαινοτυπική ομοιότητα των ΜΔ είναι αποτέλεσμα της γενετικής τους συγγένειας (Turecki, 2001). Τα ευρήματα από αρκετές

μελέτες διδύμων μέχρι σήμερα, συνηγορούν υπέρ της συμμετοχής γενετικών παραγόντων στην εκδήλωση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς, καθώς σταθερά παρουσιάζονται υψηλότερα ποσοστά συμφωνίας αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς μεταξύ των ΜΔ σε σύγκριση με τους ΔΖ (Brent & Mann, 2005, Ernst et al., 2009, Fu et al., 2002, Glowinski et al., 2001, Roy, Segal, & Sarchiapone, 1995, Roy, Segal, Centerwall, & Robinette, 1991, Statham et al., 1998, Turecki, 2001). Επίσης, σύμφωνα με τους Baldessarini και Hennen (2004), η συμμετοχή γενετικών παραγόντων στην αυτοκτονική συμπεριφορά αποδεικνύεται σε επτά (7) μελέτες διδύμων, όπου διαπιστώθηκε στους ΜΔ ένας μεγαλύτερος βαθμός συμφωνίας για αυτοκτονική συμπεριφορά (αυτοκτονίες και απόπειρες, 23.5%) συγκριτικά με τους ΔΔ (0.135%).

Οι μελέτες υιοθεσίας, συγκρίνουν τους βιολογικούς συγγενείς υιοθετημένων ατόμων που πραγματοποίησαν αυτοκτονία με τους βιολογικούς συγγενείς ισάριθμων υγιών υιοθετημένων μαρτύρων που δεν έχουν εκδηλώσει αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν τρεις (3) μελέτες υιοθεσίας, και όλες τους έχουν χρησιμοποιήσει πληροφορίες από την Στατιστική Υπηρεσία της Δανίας για την ευρύτερη περιοχή της Κοπεγχάγης την περίοδο 1924-1947 (Baldessarini & Hennen, 2004, Kety, Rosenthal, Wender, & Schulsinger, 1968, Wender et al., 1986). Σε γενικές γραμμές, αυτές οι μελέτες υποδεικνύουν μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονιών, αλλά όχι αποπειρών αυτοκτονίας, μεταξύ των βιολογικών σε σύγκριση με τους θετούς συγγενείς των αυτοχείρων, και μεταξύ των βιολογικών συγγενών των αυτοχείρων σε σχέση με τους βιολογικούς συγγενείς των μαρτύρων (Baldessarini & Hennen, 2004).

Από τις μελέτες της μοριακής γενετικής, οι οποίες έχουν ως κύριο στόχο την εύρεση ενός ή περισσότερων γονιδίων τα οποία αποτελούν αιτιολογικούς και προδιαθεσικούς παράγοντες για την εμφάνιση μιας νόσου, έχουν προκύψει ιδιαίτερα ενδιαφέροντα ευρήματα για τον ρόλο ορισμένων γονιδίων στην προδιάθεση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, ωστόσο τα αποτελέσματα είναι ακόμα σε προκαταρκτικό στάδιο, και δεν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις των γενετικών παραγόντων που σχετίζονται αποκλειστικά με την αυτοκτονική συμπεριφορά. Συγκεκριμένα, ένας αυξανόμενος αριθμός μοριακών γενετικών μελετών έχει ασχοληθεί με παράγοντες που σχετίζονται με τον μεταβολισμό της σεροτονίνης και τα επίπεδα του μεταβολίτη 5-υδροξυϊνδολοξικού οξέος (5-HIAA) στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY), όπως το γονίδιο της υδροξυλάσης της τρυπτοφάνης (TPH), ενώ άλλες μελέτες έχουν εξετάσει το γονίδιο του υποδοχέα της σεροτονίνης 1A (5HTR1A), το γονίδιο του υποδοχέα της σεροτονίνης 2A (5HTR2A), το γονίδιο του υποδοχέα της σεροτονίνης 1B (5HTR1B), το γονίδιο του

μεταφορέα της σεροτονίνης (5-HTT), και το γονίδιο που ελέγχει τη σύνθεση της μονοαμινοξειδάσης Α (MAO-A) (Baldessarini & Hennen, 2004, Mann, 2003, Turecki, 2001).


Συμπερασματικά, από την παρούσα ανασκόπηση των μελετών που υποστηρίζουν την ύπαρξη γενετικών παραγόντων στην αυτοκτονική συμπεριφορά, μπορούμε να αναφέρουμε ότι οι μελέτες οικογένειας, διδύμων και υιοθεσίας, αποδεικνύουν ότι η αυτοκτονία τείνει να συμβαίνει σε οικογένειες, και ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι υψηλότερος στους πρώτου βαθμού βιολογικούς συγγενείς των ατόμων που έχουν διαπράξει μια αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (αυτοκτονία ή απόπειρα), καθώς και υψηλότερος στους ΜΔ συγκριτικά με τους ΔΖ, ενώ οι μελέτες της μοριακής γενετικής έχουν επικεντρωθεί στην εξέταση γονιδίων που συμμετέχουν στην σύνθεση, το μεταβολισμό ή τη δράση της σεροτονίνης, ενός από τους κύριους νευροδιαβιβαστές του εγκεφάλου που συμμετέχει στη ρύθμιση της συναισθηματικής μας κατάστασης. Εντούτοις, παρότι θεωρείται ότι υπάρχει μια πολυγονιδιακή μεταβίβαση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς, δεν είναι απόλυτα σαφές τι ακριβώς κληρονομείται, δηλαδή εάν κληρονομείται η αυτοκτονική συμπεριφορά, ή/και οι συναισθηματικές και άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, η παρορμητική και επιθετική συμπεριφορά, ακόμα και παράγοντες προστατευτικοί ενάντια στην αυτοκτονία (Baldessarini & Hennen, 2004, Turecki, 2001).


Κεφάλαιο 3: Η αιτιοπαθογένεια των αυτοκτονιών

3. Κοινωνικοί παράγοντες

3.1 Κοινωνιολογικές – ψυχολογικές θεωρίες για την αυτοκτονία

Στο πεδίο των κοινωνιολογικών θεωριών για την αυτοκτονία καίρια ήταν η συνεισφορά του Γάλλου Emile Durkheim ο οποίος με το έργο του *''Suicide. A study in sociology''*, το οποίο εκδόθηκε το 1897, άσκησε σημαντική επιρροή στην έρευνα της αυτοκτονίας. Ο κοινωνιολόγος Durkheim υποστήριζε ότι η σημασία των κοινωνικών δυνάμεων, της υποστήριξης, των ευρύτερων πεποιθήσεων και κανόνων της κοινωνίας στην εκδήλωση της αυτοκτονίας ήταν καθοριστική (Rudd et al., 2009). Σύμφωνα με τη θεωρία του :

 Περιορισμένη κοινωνική ενσωμάτωση μπορεί να οδηγήσει σε «εγωϊστική» αυτοκτονία καθώς τα άτομα χάνουν την ζωτική διασύνδεση με τους άλλους. Έτσι ο Durkheim έφερε σε πρώτο πλάνο τη σημασία των κοινωνικών σχέσεων, της κοινωνικής υποστήριξης και των διαπροσωπικών επαφών στην διατήρηση της συναισθηματικής υγείας επισημαίνοντας ότι η απώλειά τους μπορεί να οδηγήσει στην εκδήλωση αυτοκτονικής συμπεριφοράς.

 Αντίθετα, υπερβολική κοινωνική «δέσμευση», μπορεί να οδηγήσει σε «αλτρουϊστική» αυτοκτονία. Στην περίπτωση αυτή, τα άτομα «θυσιάζονται», προς όφελος της ευρύτερης κοινωνίας. Ως παράδειγμα αναφέρονται κοινωνίες με ανεπαρκείς πόρους για την επιβίωσή τους, οι οποίες «ωθούν» κάποια από τα μέλη τους στην αυτοκτονία ώστε να εξασφαλιστούν περισσότερα αγαθά για τους υπολοίπους.

Ο Durkheim εξέτασε επίσης το ρόλο της «ηθικής ρύθμισης» μιας κοινωνίας, ορίζοντάς τον ως «το βαθμό στον οποίο η κοινωνία αποδέχεται και επιτρέπει τα πιστεύω, τα ιδεώδη και τις επιθυμίες των ατόμων που την αποτελούν, μέσω των κοινωνικών κανόνων και του νομικού συστήματος». Στην περίπτωση αυτή εκδηλώνονται:

1. Αυτοκτονίες «ανομίας», όταν υπάρχει χαμηλή ηθική ρύθμιση, λόγω οικονομικών ανισοτήτων και της αδυναμίας ορισμένων ατόμων να καλύψουν τις

βασικές τους ανάγκες. Σε αυτό το πλαίσιο, οι οικονομικές ανισότητες μπορούν να οδηγήσουν σε περιορισμένη πρόσβαση σε αγαθά πρώτης ανάγκης (π.χ. ρούχα, τρόφιμα, στέγη) για κάποιους, με αποτέλεσμα δυστυχία, απαισιοδοξία και απελπισία.

2. «Μοιρολατρικές» αυτοκτονίας, όταν η υπερβολική ρύθμιση – μέχρι ορίου αυταρχισμού ή απολυταρχίας – , ωθεί ορισμένα άτομα στην αυτοκτονία. Παράδειγμα των τελευταίων θεωρούνται οι αυτοκτονίες σκλάβων κατά το παρελθόν.

Υπό το πρίσμα της θεωρίας του Durkheim, η βιομηχανοποίηση κατά τη διάρκεια του 20ου αιώνα οδήγησε στη διαμόρφωση κοινωνικών πλαισίων στα οποία εκδηλώθηκαν αυτοκτονίες με «εγωιστικά» και «ανομικά» χαρακτηριστικά. Η θεωρία του Durkheim ήταν σημαντική καθότι τόνιζε τη σημασία των πηγών υποστήριξης, των στενών διαπροσωπικών σχέσεων και κοινωνικών δεσμών όπως και την επίδραση της αυτοεκτίμησης στην πρόληψη των αυτοκτονιών.

Από τις ψυχολογικές θεωρίες, η θεωρία του Beck ξεχωρίζει για τη σημασία που αποδίδει στον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται και ερμηνεύει τα περιβαλλοντικά ψυχοπιεστικά γεγονότα πριν οδηγηθεί στην αυτοκτονία. Σύμφωνα με τον Beck (1967), καθοριστικός παράγοντας στην ανάδυση της αυτοκτονικότητας είναι η απελπισία. Η απελπισία διαστρεβλώνει και τις τρεις συνιστώσες της «γνωσιακής τριάδας», δηλαδή τις πεποιθήσεις για τον εαυτό, τους άλλους και το μέλλον, ενώ δεν αφήνει αλώβητες ούτε την προσοχή και τη μνήμη, καθιστώντας δυσκολότερη την ενθύμηση παλαιότερων θετικών εμπειριών σε καταστάσεις έντονου stress (Williams, 1996, Wenzel et al., 2006). Είναι πιθανό δηλαδή ευάλωτα άτομα σε καταστάσεις έντονου stress να ενεργοποιούν αρνητικά «γνωσιακά σχήματα» τα οποία υπό την επίδραση της απελπισίας και των σχετιζόμενων διαστρεβλώσεων στην προσοχή και τη μνήμη, να τους οδηγούν στη διάπραξη αυτοκτονίας (Wenzel et al., 2008).

Ο Williams, (2006), επεκτείνοντας τη θεωρία του Beck, υποστηρίζει ότι η αυτοκτονική συμπεριφορά ευοδώνεται από λειτουργικό έλλειμμα της αυτοβιογραφικής μνήμης, με αποτέλεσμα το άτομο να δυσκολεύεται να επιλύσει τα προβλήματά του ή να εντοπίσει λόγους για να ζει και να ελπίζει.

Εστιάζοντας στις ψυχαναλυτικές θεωρίες, ο Freud ήταν ο πρώτος που έκανε νύξη στο έργο του για την δυναμική της αυτοκτονίας. Στο κείμενό του «Πένθος και Μελαγχολία», αναφέρει ότι για να μπορέσει το άτομο να στραφεί εναντίον του εαυτού

του, πρέπει να τον «αντικειμενικοποιήσει», βλέποντάς τον ως κάτι ξεχωριστό από εκείνον, ώστε μετά να στραφεί εναντίον του, σαν να στρέφεται εναντίον κάποιου άλλου (Ronningstam et al., 2009).

Η έννοια του ναρκισσισμού είναι επίσης σημαντική στην ψυχοδυναμική θεώρηση της αυτοκτονίας. Τραύμα στην αίσθηση προσωπικής «αξίας», μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο προκειμένου να μη θιγεί η υπόληψη και να διατηρηθεί ακέραιος ο αυτοσεβασμός. Ναρκισσιστικά χαρακτηριστικά έχουν π.χ. οι αυτοκτονίες με χαρακίρι στην Ιαπωνία, όπου ο αυτόχειρας, πριν την πράξη βιώνει ευφορία, αισθάνεται υψηλή αυτοεκτίμηση και μεγάλη περηφάνια (Piven, 2001).

Τέλος, ορισμένα άτομα αυτοκτονούν επιθυμώντας να «δραπετεύσουν» από τα «επίγεια» δεινά, πιστεύοντας ότι θα «αναγεννηθούν» σε μία πολύ καλύτερη ζωή. Η ιδέα αυτή θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι παρουσιάζει χαρακτηριστικά παραληρητικής ιδέας μεγαλείου (Maltzberger, 1997). Άλλοι πάλι ασθενείς θεωρούν ότι με το θάνατο θα μεταμορφωθούν σε «θεότητες», χωρίς τις «γήινες» περιστάσεις και σωματικούς περιορισμούς (Maltzberger, 1997).

3.2 Εργασιακό πλαίσιο και αυτοκτονία

Η εργασία αποτελεί ένα από τους σημαντικότερους τρόπους ενσωμάτωσης του ατόμου στην κοινωνία. Διαμορφώνει καθοριστικά την καθημερινότητά του παρέχοντας τα μέσα κάλυψης ορισμένων από τις βασικές ανάγκες του. Με βάση λοιπόν τη βαθιά επίδραση της εργασίας στη ζωή κάθε ατόμου, είναι φυσικό να επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό και η ψυχική του υγεία.

Από μελέτες φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ αυτοκτονιών και εργασιακού πλαισίου για τους άνδρες εργαζόμενους. Πιο συγκεκριμένα, άνδρες οι οποίοι επιτελούν χειρωνακτικές εργασίες ή βρίσκονται στις χαμηλότερες ιεραρχικά βαθμίδες στα πλαίσια του ίδιου εργασιακού περιβάλλοντος αυτοκτονούν συχνότερα από όσους έχουν μη-χειρωνακτικές εργασίες ή καταλαμβάνουν θέσεις στα ανώτερα κλιμάκια (Kim et al., 2006, Stark et al., 2006). Μάλιστα, η διαφορά στους δείκτες αυτοκτονίας είναι διπλάσια ή τριπλάσια ανάμεσα σε εργαζόμενους στην κατώτατη και την ανώτατη βαθμίδα (Stark et al., 2006).

Τα ευρήματα αναφορικά με τη σχέση εργασιακού πλαισίου και αυτοκτονίας στις γυναίκες είναι αμφιλεγόμενα. Ορισμένοι ερευνητές αποτυπώνουν παρόμοια ευρήματα με

τους άνδρες (Kim et al., 2006), άλλοι δεν βρίσκουν καμία συσχέτιση (Kwan et al., 2005), ενώ τέλος κάποιοι επισημαίνουν μεγαλύτερο κίνδυνο για τις γυναίκες που καταλαμβάνουν τις ανώτερα ιεραρχικά βαθμίδες δηλ. το αντίθετο απ' ό,τι ισχύει στους άνδρες (Kelly et al., 1995).

Υπάρχουν πολλοί τρόποι με τους οποίους μπορεί να αυξηθεί ο αυτοκτονικός κίνδυνος σε ένα εργασιακό περιβάλλον. Ένας τρόπος είναι λόγω υψηλού εργασιακού άγχους: αν ο εργαζόμενος αντιμετωπίζει συχνά στη δουλειά του ψυχοπιεστικές καταστάσεις ή βρίσκεται σε συνθήκες μόνιμης πίεσης, όπως λ.χ. όταν η αμοιβή του εξαρτάται από τον αριθμό των πελατών του, ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος (Makinen & Wasserman, 2009). Ένας άλλος τρόπος είναι εξαιτίας των χαρακτηριστικών του επαγγέλματος. Όσα προσφέρουν άμεση και εύκολη πρόσβαση σε θανατηφόρα μέσα αυτοκτονίας σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο: ιατροί, νοσηλευτές, οδοντίατροι και κτηνίατροι ανήκουν στην κατηγορία αυτή, αν και η εργασιακή πίεση διαδραματίζει σημαντικό ρόλο και σε αυτές τις περιπτώσεις (Stark et al., 2006, Agerbo et al., 2007).

Σχετικά με το προσωπικό των Ένοπλων Σωμάτων (σώματα ασφαλείας, ένοπλες δυνάμεις) σημειώνεται ότι, αν και υπάρχει εύκολη πρόσβαση σε θανατηφόρο μέσο (πυροβόλα όπλα), δεν καταγράφεται μεγάλος αριθμός αυτοκτονιών πιθανότατα λόγω «φίλτρου εισόδου» όσων πρόκειται να προσληφθούν, αποκλείοντας, ή θέτοντας γρήγορα εκτός υπηρεσίας, άτομα με σοβαρή ψυχοπαθολογία, κατάχρηση τοξικών ουσιών ή αλκοόλ. Τέλος, αναφορικά με τον κίνδυνο αυτοκτονίας σε επαγγέλματα που σχετίζονται με εύκολη πρόσβαση σε αλκοόλ (σερβιτόροι, οινοποιοί, εστιατορες κ.α), τα ευρήματα είναι αμφιλεγόμενα λόγω σημαντικών μεθοδολογικών προβλημάτων (Brooks & Harford, 1992, Wilhelm et al., 2004).

Τα ερεθίσματα στο εργασιακό περιβάλλον, επηρεάζουν επίσης την πιθανότητα αυτοκτονίας. Περιβάλλον με λίγες πιθανότητες εκμάθησης νέας γνώσης επιφέρει αύξηση αυτοκτονικού κινδύνου κατά 2,44 φορές στους άνδρες, ενώ η μονοτονία διπλασιάζει τον κίνδυνο στις γυναίκες. Επιπρόσθετα, ο τρόπος που επιλύονται τα προβλήματα που ανακύπτουν στο εργασιακό περιβάλλον είναι πιθανό να επηρεάζει τον αυτοκτονικό κίνδυνο, αυξάνοντάς τον σε περιπτώσεις βίας, απειλών απόλυσης και εκφοβισμού (bulling) (Leymann, 1990, Hyde et al., 2006). Φαίνεται όμως ότι και η υπό-απασχόληση, με την ανασφάλεια, τις χαμηλότερες αμοιβές και τη δυσκολία δόμησης σταθερού πλαισίου καθημερινότητας, σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο διάπραξης αυτοκτονίας (Stark et al., 2006).

Δεν εργάζονται όμως όλοι οι άνθρωποι σε μία κοινωνία. Εκτός εργασίας

βρίσκονται όσοι:

1. Ασχολούνται με οικιακά (κυρίως γυναίκες)
2. Οι σοβαρά άρρωστοι και ανάπηροι
3. Οι κληρωτοί στρατιώτες
4. Οι φυλακισμένοι
5. Οι φοιτητές
6. Οι συνταξιούχοι
7. Οι άνεργοι
8. Όσοι λαμβάνουν επίδομα αναπηρίας

Κοινό γνώρισμα όλων των παραπάνω είναι ότι δεν προσφέρουν αμειβόμενη εργασία, ενώ το σύνολό τους μπορεί να αντιπροσωπεύει έως και το ήμισυ του ενήλικου πληθυσμού μιας χώρας (Makinen & Wasserman, 2009). Ανάμεσα στις ομάδες που απαρτιώνουν την κατηγορία των «εκτός εργασίας», οι άνεργοι (ιδίως οι άνδρες) διατρέχουν 2πλάσιο έως 4πλάσιο κίνδυνο αυτοκτονίας (Platt & Hawton, 2000, Krosowa, 2001, Qin et al., 2003). Μάλιστα, σύμφωνα με μελέτη των Stuckler και συν., (2009), κάθε αύξηση του ποσοστού ανεργίας κατά 1% συνδέεται με αύξηση των αυτοκτονιών κατά 0,79% στα άτομα ηλικίας κάτω των 65 ετών. Η αύξηση του κινδύνου μπορεί να αποδοθεί στην απώλεια «κύρους» που συνδέεται με την εργασία, την έλλειψη των κοινωνικών δεσμών και των χρηματικών απολαβών που απολαμβάνει όποιος εργάζεται, στο άγχος που πηγάζει από το στίγμα της ανεργίας και στην επακόλουθη ευαλωτότητα στην εκδήλωση ψυχικών διαταραχών και τη χρήση ουσιών (Qin et al., 2003). Αξίζει να σημειωθεί ότι σε σύγκριση με την εποχή της μεγάλης ύφεσης στις ΗΠΑ (1929) οπότε τα ποσοστά αυτοκτονιών ήταν πολύ υψηλά, στην εποχή μας οι καλύτερες δομές κοινωνικής πρόνοιας και το πιο εκτεταμένο δίκτυο υπηρεσιών ψυχικής υγείας φαίνεται ότι μετριάζουν την επίπτωση της ανεργίας στους δείκτες αυτοκτονίας (Schwartz, 2006).

Άλλη κατηγορία αυξημένου κινδύνου στις εκτός εργασίας ομάδες είναι οι άνδρες συνταξιούχοι, οι οποίοι φαίνεται ότι βιώνουν ψυχοτραυματικά την έλλειψη εργασίας. Στην περίπτωση αυτή όμως και ο επιβαρυντικός παράγοντας της μεγάλης ηλικίας πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψη (Qin et al., 2003, Harwood et al., 2006).

Τρίτη κατηγορία αυξημένης επικινδυνότητας είναι εκείνοι που λαμβάνουν επίδομα αναπηρίας εύρημα που εξηγείται όμως αν συνυπολογιστεί το μεγάλο ποσοστό ατόμων με σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές (ή σωματική αναπηρία με ψυχιατρική συννοσηρότητα) ανάμεσά τους.

Σημειώνεται, τέλος, ότι οι μαθητές, οι νοικοκυρές και οι κληρωτοί στρατιώτες, συνήθως δεν βρίσκονται στις ομάδες υψηλού αυτοκτονικού κινδύνου, γεγονός που αποτυπώνει την ποικιλομορφία του «εκτός εργασίας» πληθυσμού, καθώς και την επίδραση προστατευτικών παραγόντων (νεαρή ηλικία, μητρότητα κ.α), έναντι της πιθανότητας διάπραξης αυτοκτονίας (Schwartz, 2006).

3.3 Θρησκευτική πίστη και αυτοκτονία

Η σχέση θρησκευτικότητας και αυτοκτονίας έχει μελετηθεί από παλιά με κυρίαρχο εύρημα τους χαμηλούς δείκτες αυτοκτονιών σε χώρες των οποίων οι πολίτες διαπνέονται από έντονη θρησκευτική αφοσίωση (Lizardi & Gearing, 2010). Εξετάζοντας τους δείκτες αυτοκτονίας 71 χωρών, οι Simpson και Conklin (1989), κατέγραψαν αρνητική συσχέτιση μεταξύ των τελευταίων και του ποσοστού των Μουσουλμάνων που διαμένουν στην κάθε χώρα (οι Μουσουλμανικές χώρες παρουσιάζουν από τους χαμηλότερους δείκτες αυτοκτονιών διεθνώς). Αναφορικά με τη σχέση θρησκευτικότητας και αυτοκτονίας σημειώνεται μάλιστα ότι μία από τις υποθέσεις που έχουν προταθεί για τη ραγδαία αύξηση των αυτοκτονιών στην Ιρλανδία κατά το τελευταίο μισό του 20ου αιώνα αποδίδει σημαίνοντα ρόλο στην ελάττωση της θρησκευτικής αφοσίωσης στη χώρα αυτή (Malone et al., 2000). Τέλος, ο χαμηλότερος δείκτης αυτοκτονιών στις αγροτικές και επαρχιακές περιοχές θα μπορούσε μεταξύ άλλων να αποδοθεί και στην ισχυρότερη θρησκευτική πίστη που υπάρχει στα μέρη αυτά, σε σχέση με τα μεγάλα αστικά κέντρα (Neeleman, 1998).

Φαίνεται ότι υπάρχει σχέση ανάμεσα σε χαμηλούς δείκτες αυτοκτονίας και έντονη θρησκευτικότητα για τους άνδρες στις λεγόμενες κοσμικές χώρες, κάτι που δεν φαίνεται να ισχύει στον ίδιο βαθμό για τις γυναίκες. Το εύρημα αυτό μπορεί να εξηγηθεί από την εν γένει υψηλότερη θρησκευτική αφοσίωση των γυναικών παγκοσμίως (Van Praag, 2009). Η θρησκευτική πίστη προστατεύει από την αυτοκτονία με πολλούς τρόπους:

- Η κοινωνική συνοχή και υποστήριξη της θρησκευτικής «ομάδας» παρέχει μία αίσθηση του «ανήκειν», ένα πλαίσιο αλληλοβοήθειας, ενθάρρυνσης, παρηγοριάς και ανακούφισης από την απελπισία και τη μοναξιά, δρώντας ως τροχοπέδη σε εκδήλωση ή επιδείνωση ενδεχόμενης κατάθλιψης (Van Praag, 2007).

- Στο σύνολο των θρησκειών δεν υπάρχει καμία ανοχή στην πράξη της αυτοκτονίας. Είναι πολύ συχνές στα άτομα με έντονη θρησκευτική πίστη πεποιθήσεις όπως: «μόνο ο θεός μπορεί να αφαιρέσει μια ζωή», ή «η θρησκεία μου το απαγορεύει», ενώ υπάρχει και ο φόβος της μετέπειτα τιμωρίας (Neeleman & Lewis, 1999).
- Η έντονη θρησκευτικότητα ελαττώνει τον αυτοκτονικό κίνδυνο χάρη και στη σημασία που οι θρησκείες αποδίδουν στη διατήρηση των οικογενειακών δεσμών. Ως αποτέλεσμα, τα θρησκευόμενα άτομα είναι πιο πιθανό να βρουν υποστήριξη στην οικογένειά τους όταν αντιμετωπίζουν ψυχολογικές δυσκολίες (Neeleman & Lewis, 1999).

Επισημαίνεται ότι πολύ μεγαλύτερη προστατευτική ισχύ έναντι της αυτοκτονίας κατέχει ο βαθμός της θρησκευτικής πίστης και αφοσίωσης απ' ό,τι ο τακτικός εκκλησιασμός ή η εργασία σε εκκλησιαστικούς φορείς (Gearing & Lizardi, 2009). Υπάρχουν τέλος και μεθοδολογικά προβλήματα στην ακριβή αποτύπωση των αυτοκτονιών των θρησκευόμενων ατόμων καθώς, λόγω της άποψης της θρησκείας για την αυτοκτονία και του στίγματος που τη συνοδεύει, συχνά ασκούνται πιέσεις οι αντίστοιχοι θάνατοι να μην καταγράφονται ως αυτοκτονίες.

Κεφάλαιο 4: Η αιτιοπαθογένεια των αυτοκτονιών

4. Ψυχιατρική Προσέγγιση

4.1 Ψυχιατρικές διαταραχές και αυτοκτονία

Το 90% όσων αυτοκτονούν πάσχουν από (τουλάχιστον) μία ψυχιατρική διαταραχή. Συνήθως πρόκειται για συναισθηματικές διαταραχές, διαταραχές χρήσης ουσιών, ψυχώσεις και διαταραχές προσωπικότητας (Henriksson et al., 1993).

Θεωρητικά ο αυτοκτονικός κίνδυνος υφίσταται σε κάθε ψυχιατρική διαταραχή. Ο σημαντικότερος προδιαθεσικός παράγοντας διάπραξης αυτοκτονίας είναι το ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας στο παρελθόν, επιφέροντας έως και 40πλασια αύξηση του αυτοκτονικού κινδύνου (Harris & Barraclough, 1997). Στις συναισθηματικές διαταραχές ο κίνδυνος τέλεσης αυτοκτονίας είναι αυξημένος από 5 έως 20 φορές, ενώ στη σχιζοφρένεια, τις διαταραχές προσωπικότητας και τις διαταραχές χρήσης ουσιών 5 έως 10 φορές (έχει όμως σημασία ποια διαταραχή προσωπικότητας και ποια ουσία αντίστοιχα) (Harris & Barraclough, 1997). Αντίθετα, σύμφωνα με την ίδια μελέτη, η νοητική καθυστέρηση και η άνοια σχετίζονται με μειωμένο αυτοκτονικό κίνδυνο.

Οι ψυχιατρικές διαταραχές μπορεί να οδηγήσουν σε εκδήλωση αυτοκτονικής συμπεριφοράς λόγω της συμπτωματολογίας τους (άγχος, κατάθλιψη, θυμός, παρορμητικότητα, επιθετικότητα, εχθρικήτητα, επιτακτικές ψευδαισθήσεις), καθιστώντας προβληματική την κοινωνική ενσωμάτωση, δημιουργώντας στίγμα, προκαλώντας λειτουργική αναπηρία και επιδείνωση της ποιότητας ζωής και, τέλος, προδιαθέτοντας σε έκθεση σε μελλοντικές ψυχοτραυματικές καταστάσεις (Bondy et al., 2006).

Σε μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο (Hunt et al., 2006, περίοδος μελέτης 1996-2000), καταγράφηκε ότι όσοι αυτοκτόνησαν έπασχαν από, κατά σειρά :

1. Καταθλιπτική διαταραχή (34%)
2. Σχιζοφρένεια (20%)
3. Διαταραχή προσωπικότητας (9%)
4. Εξάρτηση από αλκοόλ (9%)
5. Διπολική διαταραχή (8%)

6. Εξάρτηση από άλλες ουσίες (5%)
7. Αγχώδεις διαταραχές (4%)
8. Διαταραχή προσαρμογής (3%),
9. Άνοια (0,5%)
10. Διαταραχή πρόσληψης τροφής (0,4%) και
11. 3% από άλλες διαταραχές.

Πάνω από το 50% των ασθενών είχαν θετικό ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας στο παρελθόν. Στην ίδια μελέτη βρέθηκε ότι το 50% των θυμάτων αυτοκτονίας είχαν έρθει σε επαφή με υπηρεσίες ψυχικής υγείας την εβδομάδα πριν αυτοκτονήσουν.

Επισημαίνεται ότι, αν και η συννοσηρότητα μεταξύ ψυχιατρικής διαταραχής, διαταραχών προσωπικότητας και χρήσης τοξικών ουσιών είναι πολύ συχνή στις περιπτώσεις αυτοκτονιών, στις περιπτώσεις απόπειρας αυτοκτονίας είναι ακόμα υψηλότερη (Schneider et al., 2006).

4.1.1 Μείζων (μονοπολική) κατάθλιψη

Η μείζων (μονοπολική) κατάθλιψη έχει επιπολασμό σημείου περίπου 5% στο γενικό πληθυσμό και κίνδυνο νόσησης εφ' όρου ζωής 15%. Σύμφωνα με την αναθεωρημένη τέταρτη έκδοση του Αμερικανικού στατιστικού εγχειριδίου ταξινόμησης ψυχιατρικών διαταραχών, ανάμεσα στα διαγνωστικά κριτήρια του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου είναι η ύπαρξη *«σκέψεων θανάτου, αυτοκτονικού ιδεασμού χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο, απόπειρας αυτοκτονίας ή σχεδίου τέλεσης αυτοκτονίας»*.

Το σημαντικότερο προβλεπτικής σημασίας σύμπτωμα αναφορικά με την πιθανότητα τέλεσης αυτοκτονίας στην κατάθλιψη είναι η απελπισία, έπονται τα αισθήματα ενοχής, απώλειας ενδιαφερόντων και χαμηλής αυτοεκτίμησης (Lonnqvist, 2009). Ο κίνδυνος αυτοκτονίας στη μείζονα κατάθλιψη είναι περίπου 15% (ενδεχομένως λίγο μικρότερος) και ποικίλει, όντας χαμηλότερος στους ασθενείς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, μεγαλύτερος σε εκείνους των εξωτερικών ιατρικών νοσοκομείων και σημαντικά αυξημένος σε πρώην νοσηλευόμενους (Simon & Von Korff, 1998).

Από τα «βιολογικά» καταθλιπτικά συμπτώματα, αυξημένο αυτοκτονικό κίνδυνο

επιφέρουν η αϋπνία, η απώλεια της όρεξης για φαγητό και η απώλεια βάρους. Αντίθετα, ασθενείς με κατάθλιψη που αυτοκτόνησαν δεν παρουσίαζαν εύκολη κόπωση, δυσχέρεια συγκέντρωσης ή αναποφασιστικότητα (McGirr et al., 2007a). Τέλος, η παρορμητική και επιθετική συμπεριφορά, η κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών καθώς και η ύπαρξη διαταραχών προσωπικότητας της ομάδας B (ιδίως μεθοριακή και αντικοινωνική), αυξάνουν κατά πολύ τον αυτοκτονικό κίνδυνο όταν συνυπάρχει μείζων κατάθλιψη (McGirr et al., 2007b). Φαίνεται μάλιστα ότι η χρήση αλκοόλ και οι διαταραχές προσωπικότητας της ομάδας B, αποτελούν ανεξάρτητους παράγοντες κινδύνου για τέλεση αυτοκτονίας (Dumais et al., 2005).

4.1.2 Διπολική διαταραχή

Η διπολική διαταραχή χαρακτηρίζεται από την εναλλαγή καταθλιπτικών και μανιακών (τύπος I) ή υπομανιακών (τύπος II) επεισοδίων. Η διπολική διαταραχή I έχει επιπολασμό ζωής περίπου 1% (για το σύνολο διπολικής I και διπολικής II το ποσοστό φτάνει το 3,9%) και πολύ υψηλή κληρονομισιμότητα (Romero et al., 2007). Η πλειοψηφία των επεισοδίων αφορά κατάθλιψη, ενώ η συχνότητα των αυτοκτονιών είναι πολύ υψηλή (Romero et al., 2007). Εκτιμάται ότι η θνησιμότητα λόγω αυτοκτονίας στη διπολική διαταραχή είναι 15 φορές υψηλότερη από το γενικό πληθυσμό (Harris & Barraclough, 1997). Ο αυτοκτονικός κίνδυνος είναι πολύ υψηλός ιδίως τα πρώτα χρόνια μετά τη διάγνωση (Osby et al., 2001). Φαίνεται επίσης ότι συννοσηρότητα με διαταραχή πανικού αυξάνει περαιτέρω την πιθανότητα αυτοκτονίας (Kilbane et al., 2009).

Σε μελέτη χαρακτηριστικών αυτοχειρών που έπασχαν από διπολική διαταραχή, οι Isometsa και συν., (1994), κατέγραψαν ότι :

1. Η μέση ηλικία ήταν 43 έτη για τους άνδρες και 55 για τις γυναίκες.
2. Είχαν αυτοκτονήσει κατά τη διάρκεια καταθλιπτικού (79%) ή μικτού (11%) επεισοδίου ενώ στις υπόλοιπες περιπτώσεις (10%) η αυτοκτονία συνέβη στη διάρκεια ψυχωτικής μανίας.
3. Η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών έπασχε από βαρύτατη μορφή διπολικής διαταραχής (ταχεία εναλλαγή φάσεων, πολλές και μακρές νοσηλείες, μερική μόνο βελτίωση μετά από τα επεισόδια υπότροπης κ.α).
4. Οι άνδρες ασθενείς παρουσίαζαν συννοσηρότητα με εξάρτηση από αλκοόλ.

5. Οι περισσότεροι ασθενείς είχαν ελλιπή συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή (ή δεν την λάμβαναν καθόλου), αφού ελάχιστοι εξ' αυτών είχαν θεραπευτικά επίπεδα αντικαταθλιπτικών ή λιθίου στις τοξικολογικές τους εξετάσεις.

Το τελευταίο εύρημα παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, καθώς έχει επισημανθεί από πληθώρα μελετών η αντιαυτοκτονική δράση του λιθίου στη θεραπεία ασθενών με διπολική διαταραχή (όπως και σε ασθενείς με μείζονα μονοπολική κατάθλιψη), ελαττώνοντας κατά κύριο λόγο την επιθετικότητα και παρορμητικότητά τους (Konacsics et al., 2009). Οι Cirigliani και συν., (2005) και Baldessarini και συν., (2006), διαπίστωσαν ότι ασθενείς με διπολική διαταραχή που λάμβαναν λίθιο διέτρεχαν 5 φορές μικρότερο κίνδυνο να αποπειραθούν ή να πεθάνουν αυτοκτονώντας σε σχέση με εκείνους που δεν το λάμβαναν. Το όφελος επεκτείνεται και σε όσους πάσχουν από υποτροπιάζουσα μείζονα μονοπολική κατάθλιψη (Guzzetta et al., 2007).

4.1.3. Σχιζοφρένεια

Η αυτοκτονία αποτελεί αιτία θανάτου για το 5,6-13% των ασθενών με σχιζοφρένεια (Palmer et al., 2005, Besnier et al., 2009). Οι Besnier και συν., (2009) επισημαίνουν ότι η αυτοκτονία είναι η κυριότερη αιτία πρώιμου θανάτου στους ασθενείς αυτούς. Σύμφωνα με τους Saha και συν., (2007), οι ασθενείς με σχιζοφρένεια διατρέχουν 12πλάσιο κίνδυνο να πεθάνουν αυτοκτονώντας. Ανδρικό φύλο, προηγούμενη απόπειρα, πρόσφατη ψυχιατρική νοσηλεία, καταθλιπτική συμπτωματολογία, χρήση ουσιών, φόβος αποδιοργάνωσης, πρόσφατες απώλειες, πτωχή συμμόρφωση στη θεραπεία και διαμονή κατά μόνας, συνιστούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου τέλεσης αυτοκτονίας (Haukka et al., 2008). Σύμφωνα με Φινλανδική μελέτη, ποσοστό 10% όσων σχιζοφρενών αυτοκτόνησαν είχαν επιτακτικές ψευδαισθήσεις που παρότρυναν σε αυτοκτονία (Haukka et al., 2008). Ιδιαίτερα επικίνδυνη περίοδος θεωρείται ο πρώτος μήνας μετά από νοσηλεία σε ψυχιατρική κλινική (Heila et al., 2005). Υπογραμμίζεται επίσης η χαμηλή αναλογία αποπειρών προς αυτοκτονίες στους σχιζοφρενείς (συνεπώς και η μεγαλύτερη αποφασιστικότητά τους να πεθάνουν) και το γεγονός ότι συνήθως επικοινωνούν την αυτοκτονική τους πρόθεση (Besnier et al., 2009).

Ο κίνδυνος αυτοκτονίας φαίνεται ότι σχετίζεται ισχυρότερα με την ύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, απ' ό,τι ψυχωτικών εκδηλώσεων στους ασθενείς αυτούς (Kontaxakis et al., 2004, Hawton et al., 2005). Πράγματι, υπολογίζεται ότι τουλάχιστον τα 2/3 των αυτοκτονιών ασθενών με σχιζοφρένεια οφείλονται σε συνυπάρχουσα κατάθλιψη (Apter et al., 2009). Λιγότερες πιθανότητες να αυτοκτονήσουν έχουν όσοι λαμβάνουν κανονικά την αγωγή τους σε σχέση με εκείνους που δεν συμμορφώνονται στη λήψη της (Tiihonen et al., 2006). Από φαρμακολογικής πλευράς σημειώνεται η αντί-αυτοκτονική δράση του αντιψυχωτικού κλοζαπίνη σε χρόνιους ψυχωτικούς ασθενείς (Hennen & Baldessarini, 2005, Asenjo Lobos et al., 2010).

4.1.4 Αγχώδεις διαταραχές

Ο επιπολασμός έτους για τις αγχώδεις διαταραχές κυμαίνεται από 15-25%. Οι αγχώδεις διαταραχές παρουσιάζουν πολύ υψηλή συννοσηρότητα με τις συναισθηματικές διαταραχές και τη χρήση ουσιών, παράμετρος η οποία επηρεάζει καθοριστικά την αύξηση του αυτοκτονικού κινδύνου (Hawgood & De Leo, 2008).

Ενδεικτικά αναφέρεται ότι, σύμφωνα με μελέτη σε δείγμα εφήβων και νεαρών ενηλίκων, κάθε αγχώδης διαταραχή αυξάνει την πιθανότητα αυτοκτονικού ιδεασμού 8 φορές και τη συχνότητα απόπειρας αυτοκτονίας 5,8 φορές (Boden et al., 2007). Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή συνδέεται με υψηλά ποσοστά αυτοκτονικού ιδεασμού εφ' όρου ζωής (59%), καθώς και απόπειρας αυτοκτονίας (27%) (Kamath et al., 2007). Τέλος, η αυξημένη συχνότητα αυτοκτονικής συμπεριφοράς σε ασθενείς με διαταραχή πανικού φαίνεται να αποδίδεται κυρίως στη συννοσηρότητα με την κατάθλιψη και τη διπολική διαταραχή (Diakonu & Turecki, 2007, Kilbane et al., 2009).

Τέλος, η μετατραυματική διαταραχή stress έχει συνδεθεί με την εκδήλωση απόπειρας αυτοκτονίας, (Kessler et al., 1999), όχι όμως με την ολοκληρωμένη αυτοκτονία, εκτός αν συνυπάρχει κατάθλιψη ή θετικό προ-τραύματος ψυχιατρικό ιστορικό (Kryszynska & Lester, 2010).

4.1.5 Διαταραχές πρόσληψης τροφής

Η ψυχογενής ανορεξία συχνά συνδυάζεται με κατάθλιψη, διαταραχή κοινωνικού άγχους και συμπτωματολογία ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής. Οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία διατρέχουν 8πλασιο κίνδυνο αυτοκτονίας σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (Pompili et al., 2003). Αντίθετα, οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία δεν παρουσιάζουν διαφοροποίηση του κινδύνου τέλεσης αυτοκτονίας σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (Berkman et al., 2007).

4.1.6 Αλκοόλ και αυτοκτονία

Όλες οι διαταραχές χρήσης ουσιών αυξάνουν τον αυτοκτονικό κίνδυνο, ως εκ τούτου είναι πολύ συχνές στα άτομα που αυτοκτονούν. Στις περισσότερες χώρες ο ρόλος του αλκοόλ στην ευδόωση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς είναι σημαντικότερος από εκείνον κάθε άλλης ουσίας (Coklo et al., 2008). Φαίνεται μάλιστα ότι η κατανάλωση αλκοόλ διαδραματίζει σημαίνοντα ρόλο στις αυτοκτονίες ανεξάρτητα από τη συννοσηρότητα με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές (Heikkinen et al., 1994, Flensburg-Madsen et al., 2009). Ο εφ' όρου ζωής αυτοκτονικός κίνδυνος εκτιμάται σε 7% στην περίπτωση εξάρτησης από οινόπνευμα (Inskip et al., 1998). Στις περιπτώσεις κατάχρησης και εξάρτησης από το οινόπνευμα, η συχνότητα αυτοκτονιών είναι 15πλασια εκείνης του γενικού πληθυσμού (Harris & Barraclough, 1997). Σημειώνεται τέλος ότι, αν και οι διαταραχές χρήσης οινοπνεύματος είναι συχνότερες στους άνδρες, επιφέρουν μεγαλύτερη αύξηση του αυτοκτονικού κινδύνου στις γυναίκες που πάσχουν από αυτές (Wilcox et al., 2004). Σύμφωνα με μελέτες, πολύ μεγάλο ποσοστό αυτοχειρών πριν πεθάνει είχε καταναλώσει αλκοόλ: 29% στις ΗΠΑ, 36-40% στη Φινλανδία (Garlow, 2002, Pirkola et al., 2003), ενώ εξίσου μεγάλο είχε εξάρτηση από το οινόπνευμα όσο ζούσε: 33% στην Ουγγαρία και 39% στη Σρι Λάνκα (Zonda, 2006, Abeyasinghe & Gunell, 2008). Φαίνεται ότι το ποσοστό όσων είχαν καταναλώσει αλκοόλ πριν αυτοκτονήσουν είναι υψηλότερο σε όσους είναι 35-54 ετών και ελαττώνεται με την αύξηση της ηλικίας (Bilban & Skibin, 2005). Η κατανάλωση αλκοόλ περιπλέκει επίσης την πορεία των σοβαρότερων ψυχιατρικών

διαταραχών δηλ. της κατάθλιψης, της διπολικής διαταραχής και της σχιζοφρένειας. Όπως έχουμε αναφέρει, οι τρεις αυτές κλινικές καταστάσεις συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας και η συννοσηρότητα με διαταραχή χρήσης αλκοόλ, επιβαρύνει περαιτέρω την πρόγνωση. Εκτιμάται ότι 20-30% των ασθενών με κατάθλιψη ή διπολική διαταραχή παρουσιάζουν συννοσηρότητα με διαταραχή χρήσης αλκοόλ, ενώ στην περίπτωση της σχιζοφρένειας το ποσοστό ανέρχεται στο 33% (Wasserman, 2006). Πολύ συχνά μάλιστα όσοι αυτοκτονούν πάσχουν από περισσότερες από μία ψυχιατρικές διαταραχές: υπολογίζεται ότι το ποσοστό συννοσηρότητας ανέρχεται σε 44-72% ενώ η χρήση αλκοόλ είναι πολύ συνηθισμένη στις περιπτώσεις αυτές (Lonnqvist et al., 1995).

Η κατανάλωση αλκοόλ πριν την αυτοκτονία σχετίζεται και με τον τρόπο αυτοκτονίας. Σε μελέτη τους οι Oei και συν., (2006), έδειξαν ότι όσοι είχαν καταναλώσει αλκοόλ επέλεξαν βιαιότερες (άρα και πιο θανατηφόρες) μεθόδους, κυρίως απαγχονισμό και αυτοπυροβολισμό. Το αλκοόλ συντελεί στην αύξηση της παρορμητικότητας, της επιθετικότητας, της απελπισίας και γενικότερα των αρνητικών συναισθημάτων (Brady, 2006). Εξαιτίας της δράσης του στην άρση των αναστολών και την παρορμητικότητα φαίνεται ότι «ωθεί» κάποιον με ήπιο αυτοκτονικό ιδεασμό σε απόπειρα και κάποιον που θέλει να αποπειραθεί στο να επιλέξει βιαιότερη (μέθοδο αυτοκτονίας (Oei et al., 2006).

Τέλος, σημειώνεται ότι το αλκοόλ μπορεί να χρησιμοποιηθεί και ως μέσο αυτοκτονίας. Στις περιπτώσεις αυτές είναι πολύ δύσκολο να εξακριβωθεί κατά πόσο υπήρχε ξεκάθαρη αυτοκτονική πρόθεση ή το άτομο απεβίωσε εξαιτίας δυστυχούς συγκυρίας, συνεπώς η έκταση του φαινομένου πιθανότατα υποεκτιμάται.

4.1.7 Τοξικές ουσίες και αυτοκτονία

Οι τοξικές ουσίες – και ο τρόπος ζωής που η παρατεταμένη χρήση τους συνεπάγεται – επιδεινώνουν σοβαρά την ποιότητα ζωής των ατόμων που εμπλέκονται με αυτές και που τελικά αυτοκτονούν εξ' αιτίας τους. Φαίνεται μάλιστα ότι η κατάσταση για τους περισσότερους αυτόχειρες-χρηστές τοξικών ουσιών (αλλά και αλκοόλ), επιβαρύνεται σημαντικά τον τελευταίο μήνα πριν το θάνατό τους (Pirkola et al., 2000). Από μελέτες ψυχολογικής αυτοψίας έχει βρεθεί ότι προβλήματα με λήψη τοξικών ουσιών αντιμετωπίζουν κυρίως οι άνδρες αυτόχειρες: 42% έναντι 24% των γυναικών (Arsenault-Lapierre et al., 2004).

Αναφορικά με τις τοξικές ουσίες, η χρήση οπιοειδών, κυρίως ηρωίνης, έχει συσχετιστεί με σαφή αύξηση του αυτοκτονικού κινδύνου. Η χρήση ψυχοδιεγερτικών όπως αμφεταμίνης, μεθαμφεταμίνης, κοκαΐνης και ecstasy, φαίνεται να επιφέρει χαμηλότερη αύξηση του αυτοκτονικού κινδύνου σε σχέση με την εξάρτηση από οπιοειδή (Lonnqvist, 2009), όμως επισημαίνεται ως γενικότερος επιβαρυντικός παράγοντας αναφορικά με την πιθανότητα αυτοκτονίας (Vijyakumar et al., 2011). Σημειώνεται ότι ο κίνδυνος ιδίως την περίοδο της εφηβείας αυξάνεται κατά πολύ όταν, πέρα από τη χρήση τοξικών ουσιών, (ή αλκοόλ), υπάρχει και ιστορικό κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία (Makhija, 2007). Αναφορικά με τη χρήση κάνναβης, δεν φαίνεται να υφίσταται συσχέτιση ανάμεσα στη χρήση της και τον κίνδυνο ολοκληρωμένης αυτοκτονίας. Περισσότερο (ασθενώς πάντως) μπορεί η χρήση της να σχετιστεί με αυτοκτονικό ιδεασμό ή αυτοκτονική συμπεριφορά (Chabrol et al., 2008a, Chabrol et al., 2008b). Τονίζεται η δυσκολία εξακρίβωσης εξάρτησης από κάποια μεμονωμένη ουσία στην περίπτωση των χρηστών τοξικών ουσιών καθώς η ταυτόχρονη λήψη πολλών είναι ο κανόνας και όχι η εξαίρεση, ενώ πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπ' όψη και η συννοσηρότητα με τις συναισθηματικές διαταραχές και τις διαταραχές προσωπικότητας στην αύξηση του αυτοκτονικού κινδύνου (Schneider et al., 2006).

Τέλος, ένα άλλο είδος εξάρτησης το οποίο τα τελευταία χρόνια έχει αναδειχθεί, αφορώντας κατά κύριο λόγο εφήβους ή νεαρούς ενήλικες, είναι η εξάρτηση από το διαδίκτυο (αναφέρεται στο σημείο αυτό λόγω συνάφειας με τη θεματική των εξαρτήσεων). Σύμφωνα με μελέτες, (Ryo et al., 2004, Kim et al., 2006), φαίνεται να υπάρχει σχέση ανάμεσα σε εξάρτηση από το διαδίκτυο, εφηβική κατάθλιψη και αυτοκτονία. Ωστόσο, άλλες έρευνες δεν μπόρεσαν να επιβεβαιώσουν τη συσχέτιση ανάμεσα στη ραγδαία αύξηση της χρήσης του διαδικτύου τα τελευταία 15 χρόνια και τον αριθμό των αυτοκτονιών διεθνώς (Hagihara et al., 2007).

4.1.8 Διαταραχές προσωπικότητας

Οι διαταραχές προσωπικότητας, σύμφωνα με το αμερικανικό σύστημα ταξινόμησης των ψυχιατρικών διαταραχών DSM-IV TR, συνιστούν ένα σταθερό πρότυπο εσωτερικών εμπειριών και συμπεριφορών που αποκλίνουν σημαντικά από το αναμενόμενο πολιτισμικά για το άτομο. Το πρότυπο αυτό εκδηλώνεται σε δύο ή περισσότερα από τα ακόλουθα :

1. Τη διαπροσωπική συναλλαγή
2. Το συναισθηματικό πλαίσιο
3. Τον έλεγχο των παρορμήσεων και
4. Τη γνωστική λειτουργία.

Αυτές οι «αποκλίσεις» πρέπει να είναι μόνιμες, δύσκολα – αν όχι καθόλου – τροποποιήσιμες και να εμποδίζουν την προσαρμογή και την ομαλή λειτουργικότητα του ατόμου. Οι διαταραχές προσωπικότητας έχουν χρόνια και σταθερή πορεία, ενώ οι επιπτώσεις τους, ιδίως στις διαπροσωπικές σχέσεις, είναι σημαντικές, προξενώντας προβλήματα στο άτομο, το περιβάλλον του και στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (στις οποίες όμως σπάνια θα απευθυνθεί) (Βασλαματζής & Κοκκώση, 2006). Οι διαταραχές προσωπικότητας, σύμφωνα με το DSM IV-TR είναι δέκα (επιπλέον αναφέρεται και η «διαταραχή προσωπικότητας μη-αλλιώς προσδιοριζόμενη»).

Κατηγοριοποιούνται σε 3 ομάδες. Η ομάδα Α περιλαμβάνει την παρανοειδή, τη σχιζοειδική και τη σχιζότυπη, η ομάδα Β την μεθοριακή, την αντικοινωνική, την ιστριονική και τη ναρκισσιστική και η ομάδα C την αποφευκτική, την εξαρτητική και την ψυχαναγκαστική – καταναγκαστική.

Ορισμένες διαταραχές προσωπικότητας αυξάνουν σημαντικά τον αυτοκτονικό κίνδυνο και την αυτοτραυματιστική συμπεριφορά. Σύμφωνα με το DSM IV-TR, η μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας αποτελεί, μαζί με την κατάθλιψη, τις μόνες διαταραχές που εμπεριέχουν στα κριτήρια διάγνωσης τους και την αυτοκτονική συμπεριφορά.

Θα παρουσιαστούν ξεχωριστά την κάθε ομάδα διαταραχών προσωπικότητας και τη συσχέτιση κάθε διαταραχής με τον κίνδυνο αυτοκτονίας.

Ομάδα «Α»

Η μόνη διαταραχή προσωπικότητας για την οποία υπάρχουν ευρήματα αυξημένου

αυτοκτονικού κινδύνου είναι η σχιζοειδική διαταραχή προσωπικότητας (Duberstein & Conwell, 1997). Τα άτομα με τη διαταραχή αυτή είναι συνήθως μοναχικά, ενδοστρεφή, απόμακρα, παρουσιάζουν συγκινησιακή ψυχρότητα, αδιαφορούν για κοινωνικές συναναστροφές, έχουν περιορισμένα ενδιαφέροντα (κυρίως σε διανοητικό επίπεδο), αντλούν ευχαρίστηση από πολύ λίγες δραστηριότητες και γενικότερα εμφανίζονται «παράξενα» και «εκκεντρικά».

Ομάδα «B»

Η μεταιχμιακή (ή μεθοριακή) διαταραχή προσωπικότητας ξεχωρίζει σε σχέση με τις υπόλοιπες της ομάδας της (όσο και γενικότερα) αναφορικά με τον κίνδυνο τέλεσης αυτοκτονίας. Περίπου 15-50% των νοσηλευόμενων ψυχιατρικών ασθενών και 11% των εξωτερικών ασθενών εμφανίζουν συμπτωματολογία μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας (Oumaya et al., 2008). Ποσοστό 10% των ατόμων με τη διαταραχή αυτή πεθαίνουν αυτοκτονώντας (ενώ 75% των ατόμων με μεταιχμιακή (ή μεθοριακή) διαταραχή προσωπικότητας αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν στη διάρκεια της ζωής τους (Oumaya et al., 2008). Βασικά γνωρίσματα της διαταραχής αυτής είναι η συναισθηματική αστάθεια, ο πτωχός έλεγχος των παρορμήσεων, η ασταθής εικόνα εαυτού, η αίσθηση «κενού» και οι συχνές εκρήξεις θυμού όταν το άτομο βιώνει (σε πραγματικό ή φαντασιωτικό επίπεδο), εγκατάλειψη. Ειδικότερα η συναισθηματική αστάθεια, ο πτωχός έλεγχος των παρορμήσεων και οι αυτοτραυματισμοί σχετίζονται στενά με την πιθανότητα αυτοκτονίας. Τα άτομα με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας διατρέχουν επίσης αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας. Περίπου 10% των ατόμων με τη διαταραχή αυτή θα πεθάνουν αυτοκτονώντας, κυρίως σε περιόδους όπου υφίσταται συννοσηρότητα με κατάθλιψη (Δουζένης & Λύκουρας, 2008). Τα άτομα με τη διαταραχή αυτή δεν συμμορφώνονται με τους κοινωνικούς κανόνες και νόμους, καταφεύγουν εύκολα στα ψέματα και τη βία, αδιαφορούν για την ασφάλεια των άλλων και τη δική τους, είναι ανεύθυνα, αναξιόπιστα, αδυνατούν να λειτουργήσουν ως γονείς, δεν μπορούν να διατηρήσουν σταθερή εργασία ή σταθερή σχέση, ενώ δεν αισθάνονται τύψεις ή ενοχές για τις πράξεις και ενέργειές τους.

Ομάδα «C»

Ορισμένες ενδείξεις σχετίζουν την αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας με υψηλότερο αυτοκτονικό κίνδυνο (Duberstein & Conwell, 1997). Η αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας χαρακτηρίζεται από συναισθήματα ανεπάρκειας, μη

ελκυστική εικόνα εαυτού, φόβο κριτικής ή απόρριψης, αποφυγή σχέσεων καθώς και ανάληψης πρωτοβουλιών ή ευθυνών.

Σημειώνεται ότι ψυχοπιεστικά γεγονότα που αφορούν ζητήματα σχέσεων, γάμου, χωρισμού και απώλειας μπορεί να αυξήσουν γεωμετρικά τον αυτοκτονικό κίνδυνο στα άτομα με τις προαναφερόμενες διαταραχές προσωπικότητας (σχιζοειδική, μεθοριακή, αντικοινωνική, αποφευκτική), λόγω ειδικότερης ανεπάρκειας ικανοτήτων προσαρμογής που τα άτομα παρουσιάζουν.

Κεφάλαιο 5: Η αιτιοπαθογένεια των αυτοκτονιών

5. Σωματική νοσηρότητα

5.1 Σωματική νοσηρότητα και αυτοκτονία

Ψυχιατρικές διαταραχές αρκετά συχνά εκδηλώνονται κατά την πορεία σωματικών νόσων επιδεινώνοντας την λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής του ασθενούς αλλά και αυξάνοντας τον αυτοκτονικό κίνδυνο. Σημειώνεται ότι ο αυτοκτονικός κίνδυνος δεν είναι σταθερός, αλλά μεταβάλλεται κατά την πορεία εξέλιξης του σωματικού νοσήματος. Είναι αυξημένος λίγο πριν και αμέσως μετά τη διάγνωση, κατά τις υποτροπές, ή σε περίπτωση που ο ασθενής υποφέρει για μακρύ χρονικό διάστημα αυξάνεται επίσης με την πάροδο της ηλικίας και επηρεάζεται από τη συνύπαρξη κατάθλιψης, γνωσιακών ελλειμμάτων, άγχους, άλγους, ψύχωσης και συγχυτικού παραληρήματος (Juurlink et al., 2004, Massie & Greenberg, 2007, Kontaxakis, 2011).

Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι υψηλός ιδίως σε νοσήματα που πλήττουν το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Σχετίζεται με την κατάθλιψη, την κινητική αναπηρία, τη γνωστική έκπτωση και την κοινωνική απομόνωση που πολλά νευρολογικά νοσήματα επιφέρουν (Kontaxakis et al., 1988, Archiniegas & Anderson, 2002, Kontaxakis, 2011). Εύκολα γίνεται λοιπόν αντιληπτή η σημασία της έγκαιρης και αποτελεσματικής αντιμετώπισης της κατάθλιψης ως μέτρο μείωσης του αυτοκτονικού κίνδυνου στους πάσχοντες από νευρολογικά νοσήματα (Kishi et al., 2001).

Αναλυτικότερα, αυξημένος αυτοκτονικός κίνδυνος παρουσιάζεται στις ακόλουθες κλινικές καταστάσεις :

1. Εγκεφαλικό επεισόδιο: περίπου διπλάσιος (είναι πολύ συχνή η συνύπαρξη κατάθλιψης στα εγκεφαλικά επεισόδια). Ο κίνδυνος φαίνεται να είναι μεγαλύτερος την πρώτη πενταετία μετά το επεισόδιο καθώς και στους ασθενείς που έλαβαν εξιτήριο μετά από σύντομη νοσηλεία (Teasdale & Engberg, 2001).
2. Κακώσεις νωτιαίου μυελού: γενικότερα υφίσταται μεγαλύτερος (έως και 4,9 φορές) κίνδυνος αυτοκτονίας (De Vivo et al., 1991, Stenager & Stenager, 1992).

3. Επιληψία. Σύμφωνα με μελέτη του Barraclough (1987), οι ασθενείς με επιληψία του κροταφικού λοβού, είχαν 5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να πεθάνουν αυτοκτονώντας. Νεότερη μελέτη από τους Nilsson και συν., (2002) υπολογίζει ότι ο κίνδυνος είναι 9πλάσιος, όταν συνυπάρχει ψυχιατρική διαταραχή και 10πλάσιος αν ο ασθενής λαμβάνει αντιψυχωτική αγωγή. Σύμφωνα με την ίδια μελέτη, αν η έναρξη της επιληψίας είναι πριν την ηλικία των 18 ετών ο κίνδυνος είναι 16πλάσιος σε σχέση με οψιμότερη έναρξη. Ειδικότερα, έχει διαπιστωθεί ότι έφηβοι με επιληψία, ιδίως του κροταφικού λοβού, παρουσιάζουν συννοσηρότητα συναισθηματικής διαταραχής σε ποσοστό 42-63% και κίνδυνο αυτοκτονίας 12πλάσιο του γενικού πληθυσμού (Jones et al., 2003). Σε ασθενείς με επιληψία, η συνύπαρξη συναισθηματικής διαταραχής, γνωστικής έκπτωσης και αλλαγών προσωπικότητας, αυξάνει κατά πολύ τον αυτοκτονικό κίνδυνο (Kalinin & Polianskii, 2003). Εξάλλου, σε άλλη μελέτη βρέθηκε ότι οι επιληπτικοί ασθενείς που αυτοκτονούν είναι κυρίως γυναίκες, μεγαλύτερης ηλικίας με συννοσηρότητα κατάθλιψης: η διάγνωση της επιληψίας είχε γίνει 8,8 έτη πριν την αυτοκτονία και της κατάθλιψης ένα έτος μετά τη διάγνωση της επιληψίας (Mainio et al., 2007).

4. Σκλήρυνση κατά πλάκας, εάν η διάγνωση πραγματοποιηθεί πριν την ηλικία των 40 ετών. Ο κίνδυνος είναι αυξημένος την πρώτη πενταετία μετά τη διάγνωση. Αντίθετα, δεν παρουσιάζονται διαφορές σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό εάν η διάγνωση γίνει μετά την ηλικία των 40 ετών (Stenager et al., 1992, Fredrikson et al., 2003).

5. Καρκίνος. Ο καρκίνος του οισοφάγου επιφέρει 35πλάσιο κίνδυνο αυτοκτονίας, ιδίως τον πρώτο χρόνο μετά τη διάγνωση (Innos et al., 2003). Επιπρόσθετα καταγράφεται ότι τα νεοπλάσματα κεφαλής-τράχηλου (λόγω αισθητικών παραμορφώσεων), ανώτερου αναπνευστικού (λόγω δύσπνοιας), παγκρέατος (λόγω κακής πρόγνωσης), πνευμόνων (κυρίως μικροκυτταρικό λόγω πολύ κακής πρόγνωσης), νεφρών (λόγω παρανεοπλαστικού συνδρόμου), εγκεφάλου (λόγω συννοσηρότητας με ψυχιατρικές διαταραχές), καθώς και το σύνολο σχεδόν των μεταστατικών καρκίνων, σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας (Massie & Greenberg, 2007). Επίσης, φαίνεται ότι στους ασθενείς με καρκίνο ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι μεγαλύτερος την περίοδο αμέσως μετά τη διάγνωση της νόσου και κατά τη διάρκεια των υποτροπών της τελευταίας (Allebeck et al., 1989).

6. Ελκώδης κολίτιδα και νόσος του Crohn, ιδίως αν το άλγος εξαιτίας τους δεν

ελέγχεται αποτελεσματικά (Gradus et al., 2010). Σημειώνεται ότι οι συγκεκριμένοι ασθενείς παρουσιάζουν τριπλάσια συχνότητα κατάθλιψης σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, ενώ μόνο το 40% εξ' αυτών λαμβάνουν αντικαταθλιπτική θεραπευτική αγωγή (Fuller-Thomson & Sulman, 2006).

Επισημαίνεται, ακόμη μία φορά, ο ρόλος που διαδραματίζει η συννοσηρότητα με την κατάθλιψη στην αύξηση του αυτοκτονικού κινδύνου σε όλες τις παραπάνω καταστάσεις (Kontaxakis, 2011).

Σε πληθώρα άλλων νοσημάτων ο κίνδυνος δεν είναι υψηλότερος από το γενικό πληθυσμό ή τα ευρήματα είναι αμφιλεγόμενα (Back et al., 1994, Almqvist et al., 1999,). Σε πολλές περιπτώσεις υπάρχουν μεθοδολογικές αδυναμίες ή δυσκολίες ορισμού του υπό μελέτη συμπτώματος, ή τέλος τα ευρήματα αφορούν μόνο αυτοκτονικό ιδεασμό ή απόπειρες αυτοκτονίας και όχι την ολοκληρωμένη αυτοκτονία (Breslau et al., 1991, Komiti et al., 2001, Goodwin & Eaton, 2005, Fredricksen et al., 2005).

Σημειώνεται, εν κατακλείδι, ότι για τη νόσο του Parkinson έχει καταγραφεί χαμηλότερος αυτοκτονικός κίνδυνος σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, χωρίς να έχουν αποσαφηνιστεί επαρκώς οι λόγοι για τη χαμηλή αυτή συχνότητα (Myslobodsky et al., 2001, Kummer et al., 2009).

Κεφάλαιο 6 : Η στάση των νοσηλευτών σε ασθενείς που έχουν διαπράξει απόπειρα αυτοκτονίας

6. Απόπειρες Αυτοκτονίας

Με τον όρο *απόπειρες αυτοκτονίας* περιλαμβάνονται δύο διαφορετικές ομάδες ατόμων :

- 1) Τα άτομα που κάνουν την απόπειρα και πιστεύουν ότι θα πεθάνουν, πράγμα που το επιθυμούν.
- 2) Τα άτομα που κάνουν την απόπειρα πιστεύοντας ότι δεν θα πεθάνουν.

Μέχρι και πριν μερικά χρόνια για να θεωρηθεί μια απόπειρα ως πραγματική έπρεπε να υπάρχει και κάποιου βαθμού αυτοκτονική διάθεση, δηλαδή κάποιου βαθμού επιθυμία θανάτου. Σήμερα αυτό δεν θεωρείται απαραίτητο και κάθε είδος αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς θεωρείται ως μια μορφή απόπειρας αυτοκτονίας.

Στην χώρα μας η πιο συνηθισμένη απόπειρα είναι τα φάρμακα και ιδιαίτερα τα ψυχοφάρμακα. Χρησιμοποιούνται κυρίως τα ελάσσονα ηρεμιστικά, τα μη οπιούχα αναλγητικά και τα αντικαταθλιπτικά. Δεν έχουμε απόπειρες με βαρβιτουρικά καθώς οι γιατροί είναι προσεκτικοί στη χορήγηση τους. Όσον αφορά τους τραυματισμούς ο συνηθέστερος είναι το κόψιμο των αγγείων του καρπού, ακολουθούν οι αυτοτραυματισμοί πτώση από ύψος, πτώση εμπρός σε κινούμενο όχημα σπανιότερα βέβαια, ενώ απόπειρες με πυροβόλα όπλα δεν έχουμε.

Η εκτίμηση της συχνότητας των αποπειρών είναι δύσκολη, γιατί δεν διακομίζονται όλες στα νοσοκομεία. Θα πρέπει παρόλα αυτά να είναι τουλάχιστον δεκαπλάσιες από τις αυτοκτονίες.

Οι ηλικίες όπου εμφανίζονται πιο συχνά οι απόπειρες είναι στα νέα άτομα και ιδιαίτερα στις γυναίκες 15-30 ετών. Επίσης πιο συχνές εμφανίζονται στα άτομα των κατώτερων οικονομικών στρωμάτων (Νούλη Αυγέρη και Ποιμενίδου Γεωργία, 2008).

6.1 Αντιμετώπιση των αποπειραθέντων

Υπολογίζεται ότι το 10% των αποπειραθέντων χρειάζεται άμεση νοσηλεία σε ψυχιατρική κλινική και ότι το 25% δεν χρειάζεται ειδική θεραπεία γιατί η αυτοκαταστροφική πράξη ήταν αποτέλεσμα παρορμητικής αντίδρασης σε πρόσκαιρες δυσκολίες και γι' αυτό ο κίνδυνος επανάληψης είναι μηδαμινός. Για το υπόλοιπο 65% χρειάζεται κατάστρωση προσεκτικής θεραπευτικής παρέμβασης κυρίως ψυχολογικής και κοινωνικής. Φάρμακα σπανίως χρησιμοποιούνται. Γενική αρχή είναι ο ασθενής να ενθαρρυνθεί να σκεφτεί και να προβλέψει ποια βήματα θα πρέπει να κάνει για να αντιμετωπίσει τα προβλήματα του ένα κάθε φορά. Σημαντική είναι η συνεργασία του ειδικού με το περιβάλλον του ασθενή για την στήριξη του ασθενή (Νούλη Αυγέρη και Ποιμενίδου Γεωργία, 2008).

6.1.1 Η στάση των νοσηλευτών

Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου έχει την ευθύνη να δημιουργήσει ένα θετικό κλίμα στη συνάντηση του ασθενούς με τις ιατρικές υπηρεσίες. Γνώση και κατανόηση είναι απαραίτητες για την παροχή επαγγελματικής φροντίδας σε μια πραγματικά δύσκολη και απαιτητική ομάδα ατόμων όπως αυτή μετά από απόπειρα αυτοκτονίας ή με αυτοκτονικό ιδεασμό (Karusta ND et al., 2008). Αυτό που ενδιαφέρει όταν διερευνά κανείς την στάση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στην αυτοκτονία και στον αυτοκτονικό ασθενή είναι να δει κατά πόσο οι προσωπικές τους πεποιθήσεις απέναντι στην αυτοκτονία επηρεάζουν την ετοιμότητά τους στη φροντίδα του αυτοκτονικού ασθενή ώστε να λειτουργήσουν αποτρεπτικά σε μια ενδεχόμενη απόπειρα αυτοκτονίας. Το άλλο σημαντικό θέμα είναι αν γνωρίζει πραγματικά το προσωπικό πώς να αντιμετωπίσει τον αυτοκτονικό ασθενή και εδώ τίθεται το θέμα της εκπαίδευσης.

Η στάση σε σχέση με την αυτοκτονία συνδέεται γενικά με την κουλτούρα. Φυλετικές και εθνικές διαφορές στην κουλτούρα, στις θρησκευτικές πεποιθήσεις και στην κοινωνική θέση επηρεάζουν τις απόψεις για το θάνατο και την αυτοκτονία που έχουν τα μέλη των κοινωνικών ομάδων (Luoma JB et al., 2002). Αυτό προκύπτει τόσο από μελέτες σε πολυπολιτισμικές κοινωνίες όπως για παράδειγμα στις ΗΠΑ (Luoma JB et al., 2002) όσο και από συγκρίσεις μεταξύ χωρών (Hawton K et al., 2009). Σε συμφωνία με τα παραπάνω δίνεται ολοένα και περισσότερο ιδιαίτερη έμφαση και προσοχή στη σημασία

και ανάγκη κατανόησης του πολιτισμικού νοήματος της αυτοκτονίας και στην ανάγκη να πάψει να θεωρείται δεδομένο ότι το νόημα και η ερμηνεία της αυτοκτονικής συμπεριφοράς είναι ίδια σε όλες τις κουλτούρες και υποκουλτούρες (Κονταξάκης ΒΠ και Χαβάκη-Κονταξάκη Μ., 2011). Κατά πόσο, όμως, η στάση απέναντι στην αυτοκτονία, είτε ως ανεκτικότητα είτε ως απαγόρευση, επηρεάζει πραγματικά τους δείκτες αυτοκτονιών είναι θέμα προς συζήτηση. Από τη συγκριτική μελέτη της στάσης στην αυτοκτονία μεταξύ Ολλανδών και Ινδών διαπιστώθηκε ότι η ανεκτικότητα δεν σχετίζεται απαραίτητα με αυξημένο αριθμό αυτοκτονιών και ότι η απαγορευτική στάση στην Ινδία και άλλες μη-δυτικές κοινωνίες δεν δρα και τόσο αποτρεπτικά στην αυτοκτονία (Hawton K et al., 2009). Οι παρατηρούμενες διαφορές των δεικτών μπορεί και να οφείλονται σε ελλιπή καταγραφή των περιπτώσεων και στην απουσία έρευνας (Kontaxakis VP., 1995). Για κάποιες ομάδες η αυτοκτονία είναι ο παραδοσιακά αποδεκτός τρόπος αντιμετώπισης της ντροπής, της ψυχικής κακουχίας και της σωματικής ασθένειας, ενώ για κάποιες άλλες πολιτισμικές ομάδες η ύπαρξη και μόνο αυτοκτονικού ιδεασμού θεωρείται μια ατιμωτική και εγωιστική εμπειρία που πρέπει να απαλειφθεί (Κονταξάκης ΒΠ και Χριστοδούλου ΓΝ., 1994). Τουλάχιστον στο Δυτικό κόσμο η αυτοκτονία αντιμετωπίζεται γενικά ως μια παράλογη πράξη που συνδέεται με κάποια ψυχική διαταραχή.

Η θρησκευτικότητα, ανεξάρτητα από το θρήσκευμα ή το δόγμα, θεωρείται ότι είναι ένας προστατευτικός παράγων στην αυτοκτονία (Appleby L et al., 1999). Η θρησκευτικότητα πιστεύεται ότι δρα μέσω της απόρριψης της αποδοχής της αυτοκτονίας ως λύση στα προβλήματα της ζωής και μέσω της αντίθεσης στο δικαίωμα στην αυτοκτονία (Oxman TE et al., 2003). Ερευνητές (Feldman MD et al., 2007) σύγκριναν τη στάση σπουδαστών σε ιερατικά και κοσμικά σχολεία. Οι σπουδαστές των ιερατικών σχολείων είχαν μια πιο επικριτική στάση απέναντι στην αυτοκτονία, αλλά και μια πιο συναισθηματική απέναντι στα άτομα με τάση αυτοκτονίας, σε σύγκριση με τους σπουδαστές των κοσμικών σχολείων.

Σαφώς αυτή η υποτίμηση της σχέσης της αυτοκτονίας με τις ψυχικές διαταραχές θέτει το θέμα της εκπαίδευσης του προσωπικού, εάν θέλουμε αφενός μεν να μειώσουμε το στίγμα της αυτοκτονίας και αφετέρου να βελτιώσουμε την αποτελεσματικότητα της φροντίδας ατόμων υψηλού κινδύνου (Λιονής Χ., 2003, Argyriadou S and Lionis C., 2009). Η επίδραση της εκπαίδευσης στην αλλαγή της στάσης έχει διερευνηθεί σε αρκετές μελέτες. Δυστυχώς σε κάθε μελέτη χρησιμοποιήθηκε διαφορετικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα και διαφορετικό όργανο μέτρησης της στάσης. Ερευνητές (Giotakos O., 2003) βρήκαν ότι ένα 6ωρο εκπαιδευτικό πρόγραμμα είχε σημαντική θετική επίδραση στη στάση

317 ατόμων νοσηλευτικού προσωπικού, η οποία και διατηρήθηκε σε επανέλεγχο μετά από 6 μήνες. Η βελτίωση της στάσης αφορούσε στους παράγοντες της συναισθηματικής στάσης και επαγγελματικής επάρκειας στην φροντίδα του ασθενούς, αλλά όχι στον παράγοντα του δικαιώματος στην αυτοκτονία.

Σε αντίθεση με άλλες μελέτες (Γιωτάκος Ο., 2003, Margariti MM et al., 2002) στις οποίες βρέθηκε ότι όσο αυξάνει η ηλικία και η εμπειρία του προσωπικού η στάση είναι πιο συναισθηματική προς τον αυτοκτονικό ασθενή, δεν βρήκαμε οι δύο αυτές παράμετροι να επηρεάζουν τη στάση. Τέλος, κάποιιοι (Semrau M. et al., 2011) μελέτησαν τις εντυπώσεις ατόμων που πήραν εξιτήριο από γενικό νοσοκομείο μετά τη νοσηλεία τους για απόπειρα αυτοκτονίας. Τα άτομα αυτά ανέφεραν ότι τους βοήθησε πολύ, η ποιότητα της φροντίδας, η κατανόηση και η επιβεβαίωση των συναισθημάτων τους. Κατά τους συγγραφείς έλλειψη της επιβεβαίωσης εξηγεί τις αντιδράσεις του ασθενούς στη διάρκεια της νοσηλείας, όπως αίσθηση ότι έχει γίνει βάρος, επιθυμία να φύγει από το νοσοκομείο παρά τις αντίθετες συστάσεις των γιατρών και σε κάποιες περιπτώσεις νέα απόπειρα.

6.2 Φροντίδα αποπειραθέντων να αυτοκτονήσουν στο νοσοκομείο

Το Νοσοκομείο αποτελεί προνομιακό χώρο για τη μελέτη του προβλήματος της αυτοκτονικής συμπεριφοράς (Giotakos Ο., 2010) καθώς πρακτικά το σύνολο των περιπτώσεων στις οποίες υπάρχουν αναζήτηση ιατρικής φροντίδας καταλήγουν στη γενική εφημερία. Ως γνωστόν, οι περιπτώσεις ατόμων με απόπειρα προσέρχονται στην εφημερία του Νοσοκομείου κατά κανόνα με τη μορφή επείγοντος και σε πρώτο χρόνο αντιμετωπίζονται οι σωματικές συνέπειες της αυτοκαταστροφικής ενέργειας στα παθολογικά και χειρουργικά τμήματα. Σε ελάχιστες περιπτώσεις η εισαγωγή θα γίνει απευθείας στην ψυχιατρική κλινική. Μετά την αρχική αντιμετώπιση, γίνεται η παραπομπή μέσω της Συμβουλευτικής-διασυνδετικής Ψυχιατρικής, όπου συγκεκριμένα ψυχίατροι (εάν υπάρχουν) καλούνται να ανταποκριθούν με άμεσο τρόπο. Ο στόχος είναι μέσα από την πρώτη επαφή να γίνεται μια όσο το δυνατόν καλύτερη διαγνωστική εκτίμηση και ταυτόχρονα να δημιουργούνται οι προϋποθέσεις για μια θεραπευτική συνέχεια.

Μια επιθυμητή λειτουργία δεν είναι πάντα εφικτή για διάφορους λόγους. Κλασικά, η παραπομπή γίνεται με πίεση χρόνου, την παραμονή ή και την ίδια την ημέρα του

εξιτηρίου. Το αίτημα από την πλευρά των παραπεμπόντων, αν και πειστικό, είναι συνήθως γενικό ή ασαφές, ενώ δεν υπάρχει πάντα ενημέρωση του ατόμου και των συνοδών του. Πολλές φορές επίσης η ίδια η οικογένεια είναι απρόθυμη ή και αρνείται να «δει» τις ψυχολογικές διαστάσεις του προβλήματος, ενώ σε άλλες περιπτώσεις είναι το άτομο δεν δέχεται τη συνεργασία.

Συχνά διαπιστώνεται όμως ότι οι δυσκολίες και οι αρνήσεις, ιδιαίτερα από τη μεριά των εφήβων ατόμων, έχουν να κάνουν με σύγκρουση με τους γονείς ή με τις όχι σωστές συνθήκες παραπομπής από την κλινική στην οποία νοσηλεύονται, ενώ κατά βάθος υπάρχει ανάγκη και αίτημα που πρέπει εμείς να βοηθήσουμε να εκφραστούν (Giotakos O., 2010).

Είναι επίσης γνωστό ότι και μετά την αρχική επαφή, λίγες είναι οι περιπτώσεις εκείνες στις οποίες θα υπάρξει θεραπευτική συνέχεια. Αυτό σημαίνει, μεταξύ άλλων, ότι ο περιορισμένος χρόνος της παρέμβασης θα πρέπει να αποτελέσει για το άτομο και την οικογένεια μια εμπειρία που, χωρίς πίεση, θα ευαισθητοποιηθεί, θα αναδεικνύει ζητήματα, αφήνοντας ανοιχτή την προοπτική για μια ενδεχόμενη επάνοδο, κάτι που από την εμπειρία μας βλέπουμε να συμβαίνει.

Κεφάλαιο 7 : Πρόληψη των αυτοκτονιών στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

7. Ο ρόλος του κοινωνικού νοσηλευτή

7.1 Πρόληψη και αντιμετώπιση του φαινομένου

Ο καθένας ξεχωριστά είναι δυνατόν να βοηθήσει άτομα που έχουν σκέψεις αυτοκτονίας παρέχοντας συναισθηματική και πρακτική υποστήριξη. Η στήριξη των νοσηλευτών με το να ακούν προσεκτικά το τι λένε, συμπληρώνει τη φροντίδα που δίνεται από τους ψυχιάτρους και τους ειδικούς.

Η πρόβλεψη και η πρόληψη της αυτοκτονίας είναι μια δύσκολη υπόθεση. Ορισμένες ασυνήθιστες αλλαγές της συμπεριφοράς που είναι εκτός των φυσιολογικών ορίων ενός ατόμου, δυνατόν να αποτελέσουν τα πρώτα προειδοποιητικά σημεία. Μερικά προειδοποιητικά σημεία είναι τα ακόλουθα :

- Απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που πρωτίτερα προκαλούσαν ευχαρίστηση
- Ο ασθενής αρχίζει να δίδει στους άλλους δικά του αντικείμενα τα οποία αγαπούσε ιδιαίτερα
- Απώλεια ενδιαφέροντος για το ντύσιμο και την εμφάνιση όπως επίσης μια απότομη αλλαγή στο βάρος
- Ξαφνικές και χτυπητές αλλαγές στην προσωπικότητα
- Ο ασθενής αποφεύγει τους φίλους του και τις κοινωνικές δραστηριότητες
- Ο ασθενής έχει τεθεί να παθαίνει περισσότερα ατυχήματα και παρατηρείται συμπεριφορά αυτοτραυματισμού

Περίπου 80% των νεαρών ατόμων που αυτοκτόνησαν, έχουν πει σε κάποιον ότι είχαν την πρόθεση να αυτοκτονήσουν. Το στρες μπορεί να συμβάλει στην αυτοκτονία. Κάποιο άτομο μπορεί να υποβληθεί σε μια κατάσταση άμεσου στρες το οποίο υπερβαίνει

τις δυνάμεις του ή ακόμη να υποβάλλεται σε μια κατάσταση μακροχρόνιου στρες που τον καταβάλλει. Τα γεγονότα που συνοδεύονται από έντονο στρες μπορούν να δώσουν το έναυσμα για μια αυτοκτονία. Τέτοια γεγονότα είναι τα ακόλουθα :

- Απώλεια κάποιου σημαντικού προσώπου για τον ασθενή είτε λόγω διαζυγίου είτε λόγω θανάτου
- Η αιμομιξία ή η κακοποίηση στην παιδική ηλικία
- Το αίσθημα αποτυχίας στο σχολείο
- Το αίσθημα αποτυχίας στις διαπροσωπικές σχέσεις
- Η διακοπή ενός δεσμού
- Η πρόσφατη αυτοκτονία κάποιου φίλου ή συγγενή ή ακόμη η επέτειος αυτοκτονίας κάποιου ατόμου του στενού περιβάλλοντος.

Η καλύτερη θεραπευτική παρέμβαση είναι η πρόληψη, υπό την έννοια ότι όταν διαπιστώνεται η ύπαρξη καταστάσεων, οι οποίες λειτουργούν ως παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση αυτοκτονικής συμπεριφοράς.

7.2 Η βοήθεια που μπορεί να προσφέρει ένας νοσηλευτής σε κάποιον που έχει σκέψεις αυτοκτονίας

- Ακούγοντας προσεκτικά τι λένε και ενθαρρύνοντας το άτομο να μιλήσει. Είναι σημαντικό να δείχνουμε ότι λαμβάνουμε πολύ σοβαρά υπ' όψη τις ανησυχίες του
- Πρέπει να δηλώσουμε ξεκάθαρα στο νέο ότι ενδιαφερόμαστε και ότι θέλουμε να φροντίσουμε για αυτόν
- Είναι σημαντικό να μάθουμε από το νέο εάν σκέφτεται να πληγώσει τον εαυτό του ή ακόμη να φτάσει μέχρι την αυτοκτονία. Σε περίπτωση που υπάρχουν σκέψεις αυτοκτονίας θα πρέπει να τονισθούν οι επιπτώσεις για το ίδιο άτομο και για αυτούς που μένουν πίσω
- Πρέπει να φροντίσουμε να έχουν μια σωστή θεραπευτική αγωγή από ειδικό γιατρό και να σιγουρευτούμε ότι παίρνουν κανονικά τα φάρμακα τους. Η παρακολούθηση και φροντίδα από το γιατρό πρέπει να διασφαλίζεται και να είναι

συνεχής

- Είναι σημαντικό να παραμένουμε κοντά τους και να φροντίζουμε να μην έχουν αντικείμενα, όπλα ή φάρμακα με τα οποία μπορούν να βλάψουν τον εαυτό τους. Δεν είναι ορθό να δείχνει κανείς σημεία θυμού ή πανικού. Επίσης δεν είναι ορθό να διακόπτονται με δικές μας ιστορίες ή να κάνουμε κριτική και ούτε είναι ο ρόλος μας να τους δίνουμε πολλές συμβουλές.

Οι θεραπευτικές επιλογές θα γίνουν μέσα στο φάσμα των χημειοθεραπειών και ψυχοθεραπειών των οποίων ο συνδυασμός είναι εφικτός και συχνά, επιθυμητός.

1. Η φαρμακευτική αγωγή. Εκτός από τη θεραπεία του άγχους με τα αγχολυτικά και των σχιζοφρενιών με τα νευροληπτικά, η ουσία της συζήτησεως αφορά τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών. Η σταθερή παρουσία της κατάθλιψης στην αυτοκτονία του εφήβου θα μπορούσε να δικαιολογήσει την ευρεία χορήγησή τους, η οποία περιορίζεται από τον κίνδυνο μιας ηθελημένης σοβαρής δηλητηριάσεως, γεγονός που μας ωθεί στο να τα χρησιμοποιούμε μόνο σε περιπτώσεις βαρειών καταθλίψεων, οι οποίοι νοσηλεύονται στο νοσοκομείο μέχρι την βελτίωσή τους. Είναι φανερό ότι η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να ενσωματώνεται μέσα από ένα ευρύτερο θεραπευτικό πρόγραμμα.

2. Ψυχοθεραπείες. Οι τρόποι της ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης των εφήβων που έχουν τάσεις αυτοκτονίας, αποτελούν αντικείμενο συνεχών συζητήσεων. Ωστόσο ορισμένοι γενικοί κανόνες θεωρούνται έγκυροι, ανεξάρτητα από τη χρησιμοποιούμενη τεχνική. Έτσι η εδραίωση μιας θετικής σχέσης επιβάλλεται ως προκαταρκτική αρχή για κάθε ψυχολογική αγωγή. Γνωρίζοντας ότι η αποτελεσματικότητά του θεραπευτή εξαρτάται από τη ζεστασιά του, από την ικανότητά του, από την κατανόηση και το ενεργό ενδιαφέρον που δείχνει. Αλλά η ψυχική σύγκρουση με την οποία βιώνει ο έφηβος την εξάρτηση αντιτίθεται στη δέσμευσή του μέσα στη σχέση. Απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχία της θεραπείας, είναι η ξεκαθαρισμένη και θεληματική συμμετοχή του εφήβου, σε μία κατανοητή θεραπεία, που θεωρεί χρήσιμη. Οι στηριζόμενες στη συμπεριφορά ψυχοθεραπείες προτείνει ένα ποικίλο παιχνίδι συμπληρωματικών τεχνικών, οι οποίες επιτρέπουν την εφαρμογή μιας θεραπείας, προσαρμοσμένης στην κάθε περίπτωση. Η νοητική και συμπεριφοριστική προσέγγιση, διαθέτει αιτιολογικές θεραπείες, ανεξάρτητα από το εάν αντιλαμβανόμαστε την αυτοκτονία σφαιρικά, σαν «έλλειμμα της κοινωνικής συνάφειας». Η άσκηση στην επικοινωνία είναι,

σίγουρα, η μέθοδος που παρουσιάζει το μεγαλύτερο ενδιαφέρον για το άτομο που έχει τάσεις αυτοκτονίας. Αναπτύσσει συμπεριφορές που ευνοούν την κοινωνικότητα, ελαττώνει την αγωνία που συνδέεται με καταστάσεις αλληλεπίδρασης, αναπροσανατολίζει και τροποποιεί την επιθετικότητα και μετριάζει την παρορμητικότητα. Η εκπαίδευση στην επίλυση των προβλημάτων έρχεται να καλύψει μια συχνή ανεπάρκεια των εφήβων που έχουν τάσεις αυτοκτονίας. Η συνήθης τεχνική λειτουργεί σε πέντε στάδια: καθορισμός του προβλήματος, απαρίθμηση και αξιολόγηση των εναλλακτικών λύσεων, αποφάσεις και σχέδιο δράσης. Το θέμα είναι να βοηθήσουμε τον έφηβο να αποκτήσει μία στρατηγική, που να του επιτρέπει να εντοπίζει με ακρίβεια τις δυσλειτουργικές του σκέψεις και να τις αντικαθιστά με καίριους συλλογισμούς και όχι να του επιβάλλουμε αυτό που θα έπρεπε να σκεφθεί (Νούλη Αυγέρη και Ποιμενίδου Γεωργία, 2008).

3. Οι αναλυτικές ψυχοθεραπείες. Αντίθετα από τις στηριζόμενες στη συμπεριφορά ψυχοθεραπείες, όπου προέχουν οι μέθοδοι εκμάθησης, στις δυναμικές ψυχοθεραπείες, η προσωπικότητα του θεραπευτή, αποτελεί το βασικό όργανο της αγωγής. Ο θεραπευτής γρήγορα θα έρθει αντιμέτωπός με θετικές και αρνητικές έντονες μεταβιβαστικές αντιδράσεις των οποίων θα πρέπει να προβλέψει τις ολέθριες συνέπειες και να οργανώσει την τεχνική ώστε να τις ελέγξει (Νούλη Αυγέρη και Ποιμενίδου Γεωργία, 2008).

7.3 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Η διεθνής βιβλιογραφία δείχνει ότι η ευκολότερη πρόσβαση στους ειδικούς ψυχικής υγείας στις αστικοποιημένες περιοχές δικαιολογεί τη διαφορά ανάμεσα στους δείκτες αυτοκτονιών σε αστικές και αγροτικές περιοχές (Kapusta ND et al., 2008). Παρόμοια, η παρούσα έρευνα έδειξε ότι οι ακριτικές περιοχές Κρήτη, Θράκη και Ιόνια Νησιά εμφανίζουν τους υψηλότερους δείκτες αυτοκτονίας.

Έχει βρεθεί ότι περίπου οκτώ από τα δέκα άτομα που αυτοκτονούν πάσχουν από κάποια ψυχική νόσο κατά τη στιγμή του θανάτου τους. Μεταξύ όλων των ψυχιατρικών διαγνώσεων, οι διαταραχές που σχετίζονται συχνότερα με την αυτοκτονία είναι οι διαταραχές της διάθεσης, με κύριο εκπρόσωπο την κατάθλιψη, που προσμετρά για το 30% του συνόλου των ψυχικά ασθενών, ακολουθούμενη από τη χρήση ουσιών με ποσοστό

17%, τη σχιζοφρένεια με ποσοστό 14% και τις διαταραχές προσωπικότητας με ποσοστό 13%. Να σημειωθεί βέβαια ότι για διάφορους λόγους, ένας σημαντικός αριθμός αυτοκτονιών δεν καταγράφεται ως αυτοκτονία (Luoma JB et al., 2002, Hawton K και van Heeringen K., 2009, Κονταξάκης ΒΠ και Χαβάκη-Κονταξάκη Μ., 2011, Kontaxakis VP, 1995, Κονταξάκης ΒΠ και Χριστοδούλου ΓΝ., 1994). Μελέτες στις Ηνωμένες Πολιτείες έδειξαν ότι το 75% των ατόμων που διέπραξαν αυτοκτονία είχε επισκεφθεί τον τελευταίο μήνα κάποιον γενικό ιατρό (Luoma JB et al., 2002, Appleby L et al., 1999, Oxman TE et al., 2003) αν και μόνο το 36% των γενικών ιατρών εξέταζε τους ασθενείς για ύπαρξη αυτοκτονικού ιδεασμού (Feldman MD, et al., 2007). Μελέτη στην Ελλάδα (Λιονής Χ., 2003) έδειξε ότι οι ψυχικές διαταραχές, περιλαμβανομένου του κινδύνου για αυτοκτονία, δεν διαγιγνώσκονται έγκαιρα στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να μην παραπέμπονται κατάλληλα. Η χαμηλή ίσως εκπαίδευση σε θέματα πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας ωθεί την ανάγκη ένταξης θεμάτων ψυχικής υγείας και πρόληψης αυτοκτονικής συμπεριφοράς στην εκπαίδευση των γενικών ιατρών (Argyriadou S. and Lionis C., 2009) των παθολόγων, αλλά και των ειδικών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα (Giotakos O., 2003, Γιωτάκος Ο., 2003, Margariti MM. et al., 2002).

Είναι γνωστό ότι η Ελλάδα παρουσιάζει έναν από τους χαμηλότερους δείκτες αυτοκτονίας διεθνώς. Παράλληλα όμως με τα παρόντα ευρήματα, αξίζει να σημειωθεί ότι η Ελλάδα, σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες της ζώνης των 15 της Ευρωπαϊκής Ένωσης, διαθέτει την παλαιότερη επικυρωμένη νομοθεσία για την ψυχική υγεία (1999), ενώ είναι η μόνη χώρα που δεν έχει ακόμη θεσμοθετήσει πολιτική για την ψυχική υγεία στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Semrau M., et al., 2011). Παρά την πτωχή ανάπτυξη δικτύου κοινοτικών δομών ψυχικής υγείας, η Ελλάδα διαθέτει ικανοποιητικό αριθμό ψυχιάτρων (είναι στη μέση της λίστας με 15 ψυχιάτρους ανά 100.000 κατοίκους). Η δυσαρμονία στην ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας φαίνεται και από το γεγονός ότι η Ελλάδα, ενώ διαθέτει τις λιγότερες (μαζί με την Ιταλία) δημόσιες ψυχιατρικές κλίνες (18 ανά 100.000 κατοίκους), μόνο το 22% των ψυχιατρικών κλινών βρίσκονται σε μη ψυχιατρικά νοσοκομεία (Semrau M., et al., 2011). Να σημειωθεί επιπλέον ότι τα ευρήματα της παρούσας έρευνας επιβεβαιώνουν τη δυσαρμονία αυτή όχι μόνο στον τομέα των υπηρεσιών παροχής ψυχικής υγείας, αλλά και στον ευρύτερο χώρο των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Λαμβάνοντας υπόψη την τρέχουσα οικονομική κατάσταση στην Ελλάδα, αποκτά ιδιαίτερη σημασία η γνώση των συνεπειών της στην ψυχική υγεία, και ειδικότερα στο φαινόμενο των αυτοκτονιών (Giotakos O., 2010). Μελέτες σε παρόμοιες καταστάσεις οικονομικών κρίσεων έδειξαν ότι ακόμα και όταν οι συνολικοί δείκτες υγείας, όπως η θνησιμότητα και το προσδόκιμο επιβίωσης δεν επηρεάζονται, τα ποσοστά ειδικών αιτιών θνησιμότητας δείχνουν να επηρεάζονται από τη σοβαρότητα της κρίσης. Για παράδειγμα, η αύξηση των αυτοκτονιών, ανθρωποκτονιών, κατάχρησης αλκοόλ και ψυχιατρικών διαταραχών αυξάνονται σε συνθήκες απότομης αύξησης της ανεργίας (Marmot MG and Bell R., 2009). Σε μελέτη που διερεύνησε τον τρόπο με τον οποίο οι οικονομικές μεταβολές επηρέασαν τα ποσοστά θνησιμότητας σε 26 χώρες της Ευρώπης κατά τις τελευταίες τρεις δεκαετίες, βρέθηκε ότι για κάθε αύξηση 1% στην ανεργία, υπήρχε αύξηση 0,8% στις αυτοκτονίες στις ηλικίες κάτω των 65 ετών, καθώς και αύξηση 0,8% στις ανθρωποκτονίες (Stuckler D. et al., 2009).

Πρόσφατη μελέτη για την κατάσταση στην Ελλάδα έδειξε ότι η αύξηση της ανεργίας σχετίζεται σημαντικά με αύξηση των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία ψυχιατρικής των νοσοκομείων που μελετήθηκαν, καθώς και με αύξηση του αριθμού ανθρωποκτονιών. Παράλληλα, η μείωση του μέσου εισοδήματος έδειξε να σχετίζεται σημαντικά με αύξηση του ποσοστού αυτοκτονιών (Giotakos O., 2011).

Δεδομένης λοιπόν της σημαντικής ύφεσης που γνωρίζει η Ελλάδα στην περίοδο αυτή, κρίνεται σκόπιμη η περαιτέρω μελέτη της σχέσης ανάμεσα στις παρεχόμενες υπηρεσίες ψυχικής υγείας και την αυτοκτονικότητα. Η ανάλυση επίσης περισσότερων ψυχοκοινωνικών παραγόντων, παράλληλα με την περαιτέρω εκπαίδευση των ειδικών, αναμένεται ότι θα βοηθήσει στον καλύτερο σχεδιασμό πρόσβασης των πολιτών στις σχετικές υπηρεσίες, αλλά και στην αύξηση της αποτελεσματικότητας και ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Κεφάλαιο 8: Μόνιμο και παροδικό άγχος

Ασθένειες που σχετίζονται με το άγχος είναι αρκετά γνωστές παγκοσμίως και πολλοί άνθρωποι είναι ανάπηροι λόγω του στρες. Το άγχος είναι η ψυχολογική και φυσιολογική απόκριση σε δυσάρεστους και απειλητικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία το γυναικείο φύλο βιώνει μεγαλύτερα επίπεδα επαγγελματικού άγχους σχετικά με αγχογόνους παράγοντες με βάση το φύλο και έχουν διαφορετικούς τρόπους ερμηνείας και αντιμετώπισης των προβλημάτων (Antoniou et al., 2006). Οι Sharpley et al. (1996) υποστηρίζουν ότι οι άνδρες έχουν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα ευρήματα εργασιακού άγχους. Τέλος, οι Davidson et al. (1995) λένε ότι οι γυναίκες διευθυντές είναι υπό πολύ μεγαλύτερη πίεση από ό, τι το ανδρικό φύλο.

Το άγχος όπως το ορίζει η Αμερικανική Ψυχιατρική εταιρία είναι μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που τη χαρακτηρίζουν αρνητικά συναισθήματα, σωματικά συμπτώματα έντασης και ανησυχίας για το μέλλον (American Psychiatric Assosiation, 1994). Σύμφωνα με έρευνες, το παροδικό άγχος ή στρες, το οποίο περιορίζεται σε συγκεκριμένη περίσταση και έχει μικρή χρονική διάρκεια, δεν συνδέεται με εσωτερικές συγκρούσεις και δεν οδηγεί σε πλήρη αμηχανία. Μια σύνθετη ψυχοβιολογική διεργασία που προκαλείται από ένα στρεσογόνο ερέθισμα το οποίο δημιουργεί την αντίληψη μια κατάστασης απειλητικής για το άτομο που προκαλεί άγχος σε αυτό, αποτελεί την έννοια του στρες. Το άγχος το οποίο βιώνεται ως ένα δυσάρεστο συναίσθημα είναι η αντίδραση προς το στρες και χρήζει αντιμετώπισης από το άτομο. Το κοινό χαρακτηριστικό τους γνώρισμα του μόνιμου και του παροδικού άγχους είναι οι σωματικές εκδηλώσεις και η συναίσθηση της πίεσης (Spielberger & Sarason 1996). Το στρες το οποίο αντιμετωπίζεται ως μια φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού, σε μικρές ποσότητες μπορεί να ενεργήσει θετικά στο άτομο ως προς το να γίνει πιο παραγωγικό (Μουστάκα, Ζάντζος & Κωνσταντινίδης 2010).

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΘΟΣ

Εισαγωγή

Στα παρακάτω κεφάλαια θα παρατεθούν τα αποτελέσματα της ποσοτικής έρευνας η οποία διεξήχθει για την κάλυψη των ερευνητικών στόχων. Ξεκινώντας με την παράθεση των σκοπών και των στόχων του ερευνητικού μέρους, θα συνεχίσουμε με την μεθοδολογία που ακολουθήθηκε και με την ανάπτυξη της περιγραφικής και διερευνητικής στατιστικής ενώ τελικά θα δοθούν τα αποτελέσματα.

Σκοπός και στόχοι της μελέτης

Σκοπός της παρούσας ποσοτικής μελέτης ήταν η αξιολόγηση του παροδικού (state anxiety) και του ιδιοσυγκρασιακού άγχους (trait anxiety), αλλά και ο προσδιορισμός των παραγόντων που τονώνουν την αυτοκτονική τάση.

Το άγχος έχει αποτελέσει αντικείμενο ως φυσιολογική σωματική και ψυχική αντίδραση για την αντιμετώπιση απαιτητικών καταστάσεων έχει αρκετών μελετών μιας και οι συνέπειες του είναι πολυεπίπεδες σε προσωπικό και κοινωνικό επίπεδο. Στην παρούσα έρευνα ο συσχετισμός του με την αυτοκτονική τάση γίνεται για τον εντοπισμό των παραγόντων που επηρεάζουν την απόφαση πρόκλησης θανάτου από το ίδιο το θύμα.

Οι επιμέρους στόχοι ήταν:

- η συσχέτιση κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών με την εκδήλωση του παροδικού και του ιδιοσυγκρασιακού άγχους
- η συσχέτιση εκπαιδευτικών χαρακτηριστικών με την πρόθεση αυτοκτονίας
- η συσχέτιση ψυχογραφικών χαρακτηριστικών με την πρόθεση αυτοκτονίας και το άγχος
- η συσχέτιση εργασιακών χαρακτηριστικών με την εκδήλωση του παροδικού και του ιδιοσυγκρασιακού άγχους και την πρόθεση αυτοκτονίας
- η συσχέτιση του μόνιμου άγχους με την επικινδυνότητα εκδήλωσης αυτοκτονικών τάσεων
- η συσχέτιση του παροδικού άγχους με την επικινδυνότητα εκδήλωσης αυτοκτονικών τάσεων

Ερευνητικά ερωτήματα

Σε σχέση με το σκοπό της παρούσας ερευνητικής μελέτης, τα αντίστοιχα ερευνητικά ερωτήματα διαμορφώθηκαν ως εξής:

- ποια η σχέση ανάμεσα στα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά και στην εκδήλωση του παροδικού και ιδιοσυγκρασιακού άγχους
- ποια η σχέση ανάμεσα στα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά και στην εκδήλωση αυτοκτονικών τάσεων
- ποια η σχέση ανάμεσα στα ψυχογραφικά χαρακτηριστικά και στην εκδήλωση του παροδικού και ιδιοσυγκρασιακού άγχους
- ποια η σχέση ανάμεσα στα ψυχογραφικά χαρακτηριστικά και στην εκδήλωση αυτοκτονικών τάσεων
- ποια η σχέση ανάμεσα στο παροδικό άγχος και στην εκδήλωση αυτοκτονικών τάσεων
- ποια η σχέση ανάμεσα στο μόνιμο άγχος και στην εκδήλωση αυτοκτονικών τάσεων

Κεφάλαιο 9: Μεθοδολογία

9.1 Σχεδιασμός

Το είδος της έρευνας που επιλέχθηκε είναι η ποσοτική μέθοδος έρευνας. Το πλεονέκτημα της ποσοτικής μεθόδου είναι ότι δύναται να χρησιμοποιηθεί μεγάλο δείγμα γεγονός που ενισχύει την αξιοπιστία της έρευνας. Η εξερευνητική αυτή μέθοδος ικανοποιεί καλύτερα τα ερευνητικά μιας και μπορούν να εξαχθούν περισσότερα στοχευμένα και συγκεκριμένα συμπεράσματα με την ορθή χρήση του ερωτηματολογίου ενώ μπορούν να αναχθούν στον πληθυσμό δεδομένου τοι η επιλογή του δείγματος μας έγινε με τρόπο που να εξασφαλίζεται η αξιοπιστία του. Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε είναι το ερωτηματολόγιο που αποτελείται από ερωτήσεις κλειστού τύπου. Βάσει του σκοπού η έρευνα που εκπονήθηκε για την ικανοποίηση των στόχων μας ήταν η διερευνητική μιας και στόχος ήταν η εύρεση συσχετίσεων και εξαρτήσεων μεταξύ

των μεταβλητών για την ανακάλυψη και ανάλυση αποκαλυπτικών καταστάσεων. Ως μονάδα ανάλυσης στην έρευνα ορίστηκε το άτομο δηλαδή ο κάθε ένας συμμετέχοντας μια και ο σκοπός είναι η μελέτη της ψυχολογίας ατομικά και με τρόπο μεμονωμένο. Η λογική που ακολουθεί η έρευνα είναι η επαγωγική μιας και από το ειδικό μέρος δηλαδή το δείγμα μας επιδιώκεται η αναγωγή στο γενικό δηλαδή στον πληθυσμό.

Η χρήση της ποσοτικής έρευνα έγινε λόγω της φύσης της που είναι να εξηγήσει φαινόμενα με την συλλογή αριθμητικών δεδομένων που αναλύονται χρησιμοποιώντας μαθηματικές μεθόδους και στατιστικά στοιχεία όπως στατιστικές συγκρίσεις με την χρήση εργαλείων, όπως είναι το τυποποιημένο ερωτηματολόγιο το οποίο θα χρησιμοποιηθεί στην ανάλυση των αποτελεσμάτων των συμμετεχόντων. Με τη χρήση ποσοτικής μεθόδου οι αριθμοί αναπαριστούν και περιγράφουν την πραγματικότητα με τρόπο ακριβή και ορισμένο ενώ το εργαλείο δηλαδή το δομημένο ερωτηματολόγιο συγκεντρώνει τα αριθμητικά δεδομένα εξαλείφοντας το στοιχεία της υποκειμενικότητας που θα είχαμε στην περίπτωση των ποιοτικών ερευνών όπως οι παρατηρήσεις, συνεντεύξεις σε βάθος επιτρέποντας όμως μεγαλύτερη σε εμβάθυνση και ευελιξία. Σε αντίθεση με την ποιοτική η ποσοτική έρευνα επικεντρώνεται στα ερωτήματα «πόσο» και «ποιος» (Ιωσηφίδης, 2003) και λιγότερο στις αιτίες.

9.2 Δείγμα συμμετεχόντων

Τη μονάδα μελέτης στην παρούσα έρευνα αποτελούν οι όλοι οι κάτοικοι της χώρας άνω των 18 ετών. Για το σκοπό αυτό η μέθοδος Δειγματοληψίας που εξυπηρετεί της ανάγκες της έρευνας είναι η Απλή Τυχαία Δειγματοληψία για να δώσουν πληροφορίες για τον ευρύτερο πληθυσμό. Το δείγμα αποτέλεσαν συμμετέχοντες από τα τακτικά ιατρεία του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου με πλήρη συμμετοχή όλων των τμημάτων για την εξασφάλιση της αξιοπιστίας δίνοντας συμμετοχή σε όλους τους νοσηλευτές με σκοπό τη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Πριν την προσέγγιση του πληθυσμού της μελέτης, κατατέθηκε σχετικό αίτημα έγκρισης στην 7^η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης και συνεχία της έγκρισης κατατέθηκε σχετικό αίτημα προς τα Διοικητικά και Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου που συμμετείχαν στην έρευνα. Κατόπιν της έγκρισης του αιτήματος, πραγματοποιήθηκε συνάντηση με την Διευθύντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου και την Προϊσταμένη των τακτικών ιατρείων του νοσοκομείου.

9.3 Συλλογή Δεδομένων

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα Νοέμβριος 2016 – Ιανουάριο 2017. Επεστράφησαν συμπληρωμένα τα ερωτηματολόγια από 204 συμμετέχοντες (ποσοστό ανταπόκρισης 100%) (204 ερωτηματολόγια) . Τα ερωτηματολόγια συμπληρώνονται από τους συμμετέχοντες όχι δια ζώσης ώστε να δοθεί η δυνατότητα συμπλήρωσής τους με τρόπο προσεκτικό και ειλικρινή μειώνοντας την επίδραση των θορύβων που δύνανται να πλήξουν την αξιοπιστία της έρευνας. Για τον σκοπό αυτό η ερευνητές μοίρασαν τα ερωτηματολόγια στους συμμετέχοντες οι οποίοι τα επέστρεψαν συμπληρωμένα στην ίδια.

9.4 Ερευνητικό Εργαλείο

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για την διεξαγωγή της ποσοτικής έρευνας είναι το δομημένο ερωτηματολόγιο που αποτελείται από τρία επιμέρους ερωτηματολόγια με ερωτήσεις κλειστού τύπου και πολλαπλών επιλογών διαβαθμισμένων ερωτήσεων όπως οι 5βάθμιες κλίμακες Likert που προτιμώνται καθώς το τελικό αποτέλεσμα της αξιολόγησης προκύπτει από το βαθμό ικανοποίησης και μπορεί να ανακοινωθεί ακόμα και σε ενδιαφερόμενους που δεν είναι ειδικά εκπαιδευμένοι σε θέματα στατιστικής (Sprooren et al. 2007:669).

Χρησιμοποιήθηκαν τα ακόλουθα ερωτηματολόγια:

- Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών
- Ερωτηματολόγιο εκπαιδευτικών χαρακτηριστικών
- Ερωτηματολόγιο εργασιακών χαρακτηριστικών
- Η Σταθμισμένη κλίμακα Εκτίμησης του Κινδύνου Αυτοκτονικότητας (RASS), αποτελούμενη από 12 διαβαθμισμένες ερωτήσεις 4-βαθμης κλίμακας
- Η Κλίμακα Άγχους του Spielberg (Μόνιμο & Προσωρινό) αποτελούμενη από 40 διαβαθμισμένες ερωτήσεις 4-βαθμης κλίμακας.

Η Κλίμακα Άγχους του Spielberg

Η κλίμακα άγχους του Spielberg (STAI) είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο, το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς σε ερευνητικό επίπεδο και σε κλινική

πρακτική. Η δημιουργία του STAI ξεκίνησε το 1964 από τους C.D. Spielberger και R.L. Gorsuch και η μορφή STAI X εκδόθηκε το 1970 (Spielberger, 1970). Βάσει των συσσωρευμένων γνώσεων που αποκτήθηκαν από την εκτενή έρευνα αναφορικά με το STAI, το 1979 ξεκίνησε η αναθεώρηση της κλίμακας και τελικά το 1985 εκδόθηκε η μορφή STAI Y (Fountoulakis et al., 2006).

Η κλίμακα άγχους του Spielberger (Spielberger, 1983) αποτελείται από 40 διαπιστώσεις, οι οποίες αναφέρονται σε 2 υποκλίμακες: α) τη συναισθηματική κατάσταση του εξεταζόμενου κατά τη χρονική στιγμή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου (δηλ. παροδικό άγχος ως αποτέλεσμα της παρούσης κατάστασης) και β) τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου γενικότερα (δηλ. μόνιμο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με την αντιπροσωπευτικότητα του περιεχομένου των προτάσεων για τον εξεταζόμενο, στη βάση μιας τετράβαθμης κλίμακας τύπου Likert (1-2-3-4). Αντίστροφα βαθμολογούνται οι ερωτήσεις 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 20, 21, 26, 27, 33, 36 και 39. Η μέση τιμή για την πρώτη υποκλίμακα είναι 43,21, για τη δεύτερη υποκλίμακα 42,79 και για τη συνολική κλίμακα 86,01. Οι μέσοι όροι που αναφέρονται προέρχονται από τη δεύτερη στάθμιση της κλίμακας (Αναγνωστοπούλου, 2002). Το ερωτηματολόγιο έχει ήδη προσαρμοστεί στον ελληνικό πληθυσμό και παρουσιάζει επαρκή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής, καθώς και ικανοποιητική αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και επαναληπτικών μετρήσεων (Λιάκος & Γιαννίτση, 1984; Αναγνωστοπούλου, 2002).

Η Σταθμισμένη κλίμακα Εκτίμησης του Κινδύνου Αυτοκτονικότητας (RASS), αποτελούμενη από 12 διαβαθμισμένες ερωτήσεις 4-βαθμης κλίμακας

Η σταθμισμένη κλίμακα εκτίμησης Κινδύνου Αυτοκτονικότητας αποτελεί ένα εργαλείο αυτο-αναφοράς, δίνοντας βάρος στην συσχέτιση της αυτοκτονίας ως συμπεριφορά και λιγότερο στα κλινικά χαρακτηριστικά (π.χ. απελπισία). Με τη χρήση του ερωτηματολογίου επιτρέπεται η διαχείριση του κινδύνου και η σύγκριση των διαφορετικών ερευνητικών μελετών της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. (Fountoulakis et al., 2006). Αποτελεί απλό και σύντομο εργαλείο το οποίο επιτρέπει την ασφαλή διεξαγωγή συμπερασμάτων.

Αξιοπιστία και εγκυρότητα των ερευνητικών εργαλείων

Την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων καθορίζει σε σημαντικό βαθμό η εγκυρότητα των εργαλείων που χρησιμοποιούνται κατά την ερευνητική διαδικασία. Η συνέπεια μέσω της επαναληπτικότητας των μετρήσεων που οδηγούν στο ίδιο ασφαλές συμπέρασμα επικυρώνει την αξιοπιστία του ερευνητικού οργάνου ενώ την εγκυρότητα επιβεβαιώνει και η εκπλήρωση του σκοπού του εργαλείου δηλαδή ότι μετράει αυτό για το οποίο κατασκευάστηκε. Το ερωτηματολόγιο Άγχους χρησιμοποιείται ευρέως σε κλινικά και μη κλινικά δείγματα. Η κλίμακα RASS αποτελεί ένα αξιόπιστο εργαλείο το οποίο βοηθάει στην εκτίμηση του κινδύνου αυτοκτονίας στον γενικό πληθυσμό αλλά και στους ψυχιατρικούς ασθενείς.

9.5 Θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας

Στον χώρο της νοσηλευτικής επιστήμης, όπου η έρευνα εστιάζεται κυρίως σε ανθρώπινα υποκείμενα πρέπει να λαμβάνονται μέτρα ώστε να αποτραπεί κάθε πιθανότητα υιοθέτησης χειρισμών που θα μπορούσαν να βλάψουν τους συμμετέχοντες. Συγκεκριμένα, οι ερευνητές προσέγγισαν τους συμμετέχοντες οι οποίοι ενημερώθηκαν για το σκοπό της έρευνας, τη διαδικασία συλλογής των δεδομένων και τα οφέλη που μπορούν να προκύψουν από αυτή. Εξασφαλίστηκε η έγγραφη συναίνεση των συμμετεχόντων με την πληροφόρηση ότι θα διασφαλιστεί η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα των στοιχείων (βλ. Παράρτημα). Το απόρρητο των προσωπικών δεδομένων διασφαλίστηκε με τη μη συμπλήρωση του ονόματος των Υποκειμένων και με την αντιστοίχιση ενός κωδικού αριθμού σε κάθε Υποκείμενο της έρευνας. Δόθηκε η διαβεβαίωση ότι τα δεδομένα θα φυλαχθούν σε ασφαλές μέρος και ότι πρόσβαση σε αυτά θα έχει η ερευνήτρια. Επίσης, διαβεβαιώθηκε ότι δεν επρόκειτο να δοθεί καμία πληροφορία που θα μπορούσε να οδηγήσει στην αναγνώριση οποιουδήποτε ατόμου που συμμετείχε στην έρευνας.

9.6 Στατιστική Ανάλυση

Η επεξεργασία των απαντήσεων αποδίδει το σύνολο των ποσοτικών και ποιοτικών δεικτών που απαιτούνται για την αντικειμενικότητα της αξιολόγησης και την εξαγωγή

έγκυρων συμπερασμάτων.

Η διασφάλιση της εγκυρότητας και αξιοπιστίας μιας έρευνας επιτυγχάνεται μέσα από την ικανοποίηση συγκεκριμένων κριτηρίων ερευνητικής συνέπειας και την ενδελεχή περιγραφή της ερευνητικής διαδικασίας που ακολουθήθηκε.

Στη συνέχεια γίνεται η περιγραφή των αποτελεσμάτων της έρευνας και παρουσιάζεται η επαγωγική ανάλυση των αποτελεσμάτων με σκοπό τη διερεύνηση και επαλήθευση των πιθανών σχέσεων μεταξύ τους.

Σε κάθε περίπτωση υπολογίστηκαν οι δείκτες κεντρικής τάσης και η διασπορά των κατανομών, για κάθε μεταβλητή, οι δείκτες συνάφειας (Pearson r), και η αξιοπιστία των μετρήσεων. Συγκεκριμένα οι στατιστικές αναλύσεις και μέθοδοι που χρησιμοποιήσαμε προκειμένου να απαντηθούν τα ερευνητικά μας ερωτήματα είναι ανάλογες με το είδος των δεδομένων της έρευνας. Έτσι χρησιμοποιήθηκαν:

- Υπολογισμοί δεικτών συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών (Pearson r)
- Συγκρίσεις διαφορικών ομάδων με μία ανεξάρτητη και μία ή περισσότερες εξαρτημένες (Μονοπαραγοντική ανάλυση διακύμανσης - one way anova - analysis of variance, t - test.)
- Συγκρίσεις μεταξύ διαφορικών ομάδων με μια ανεξάρτητη και περισσότερες από μία εξαρτημένες (Μονοπαραγοντική πολυμεταβλητή ανάλυση διακύμανσης - one way multivariate manova - analysis of variance) (American Psychological Association, 2009).
- Στην περίπτωση ελέγχου δύο αριθμητικών κατανομών χρησιμοποιήσαμε τον έλεγχο υποθέσεων του Mann-Whitney και για τη σύγκριση περισσότερων των δύο κατανομών χρησιμοποιήσαμε τον έλεγχο υποθέσεων του Kruskal – Wallis. Για την αναζήτηση της ενδεχόμενης γραμμικής συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών εφαρμόσαμε το συντελεστή συσχέτισης του Pearson (r). Επίσης, εφαρμόστηκαν ο έλεγχος ομοιομορφίας X^2 και ο Kendal tau measure για τον έλεγχο της θετικής ή της αρνητικής συσχέτισης διατακτικών μεταβλητών (Baker & Moore, 2008).

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια του στατιστικού πακέτου IBM SPSS 20. Λόγω του Κεντρικού Οριακού Θεωρήματος, όταν τα διάφορα υπό εξέταση δείγματα είναι μεγάλα, (κατά σύμβαση μεγαλύτερα ή ίσα του 30) τότε μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε παραμετρικές μεθόδους (Acevedo, Aron, Fisher &

Brown, 2012). Σε αντίθετη περίπτωση χρησιμοποιούμε μη παραμετρικούς μεθόδους.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούμε να υποστηρίξουμε τόσο την εγκυρότητα όσο και την αξιοπιστία της έρευνας και των επιμέρους αναλύσεων, δεδομένου του ικανοποιητικού μεγέθους του δείγματος, των ιδανικών συνθηκών υπό των οποίων διεξήχθει η έρευνα μειώνοντας την όχληση και το θόρυβο όσο επίσης και λόγω της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας των ερευνητικών εργαλείων (ερωτηματολόγια). Επίσης αναφερόμαστε και στο γεγονός ότι το δείγμα της μελέτης θεωρείται «δείγμα ευκολίας» και η ανταπόκριση των νοσηλευτών, οι οποίοι επικαλούνταν το φόρτο εργασίας, δεν ήταν καθολική (Bezeau & Graves, 2001). Αν και η δειγματοληψία έγινε επιλέγοντας τυχαία ανθρώπους οι οποίοι βρέθηκαν στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ο γεωγραφικός περιορισμός δεν μειώνει την αξιοπιστία μιας και το ευρύ χρονικό διάστημα εξάλειψε την μεροληψία ενισχύοντας την ποικιλία και τον όγκο των συμμετεχόντων. Το στοιχείο αυτό ενδεχομένως να περιόρισε την εξωτερική εγκυρότητα της μελέτης. Επίσης, η αξιολόγηση της ικανοποίησης προέκυψε μόνο από δύο ερωτήσεις με αποτέλεσμα να μην έχουν συγκεντρωθεί πληροφορίες για την ικανοποίηση σε σχέση με άλλες διαστάσεις της εργασίας (π.χ. ικανοποίηση από τις σχέσεις μέσα στη εργασία, ικανοποίηση από τη διεύθυνση, κ.ά.).

Κεφάλαιο 10: Αποτελέσματα Έρευνας

10.1 Περιγραφική Στατιστική

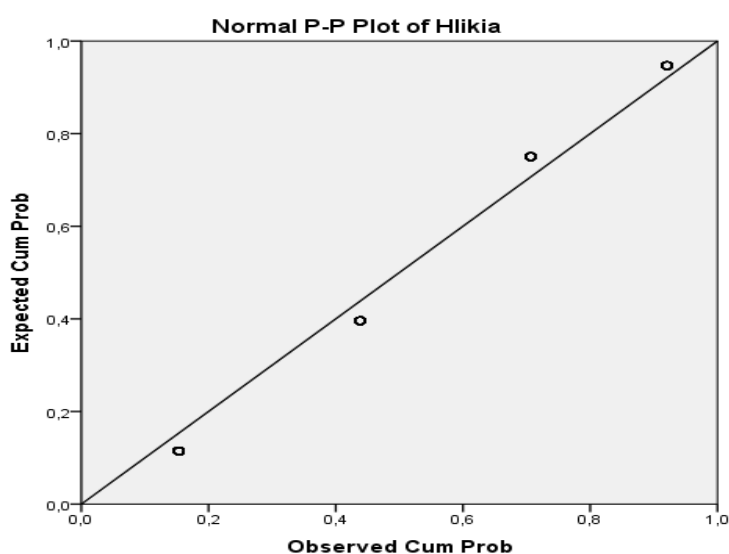
Εξετάζοντας τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος παρατηρούμε ότι το δείγμα είναι ομοιόμορφα κατανομημένο βάσει της μεταβλητής του φύλου. Έτσι, το 46,8% των συμμετεχόντων είναι Άνδρες ενώ το 53,2% γυναίκες.

Φυλο

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Άνδρας	95	46,8	46,8	46,8
Φύλο Γυναίκα	108	53,2	53,2	100,0
Total	203	100,0	100,0	

Πίνακας 1: Δημογραφική κατανομή βάσει φύλου

Η αξιοπιστία της έρευνας ως προς αυτό τον παράγοντα επιβεβαιώνεται και από το γράφημα PP Plot (Γραφημα1) που ακολουθεί και δικαιολογεί την ομοιόμορφη κατανομή του δείγματος.



Γραφημα 1: PP Plot της μεταβλητής Ηλικία

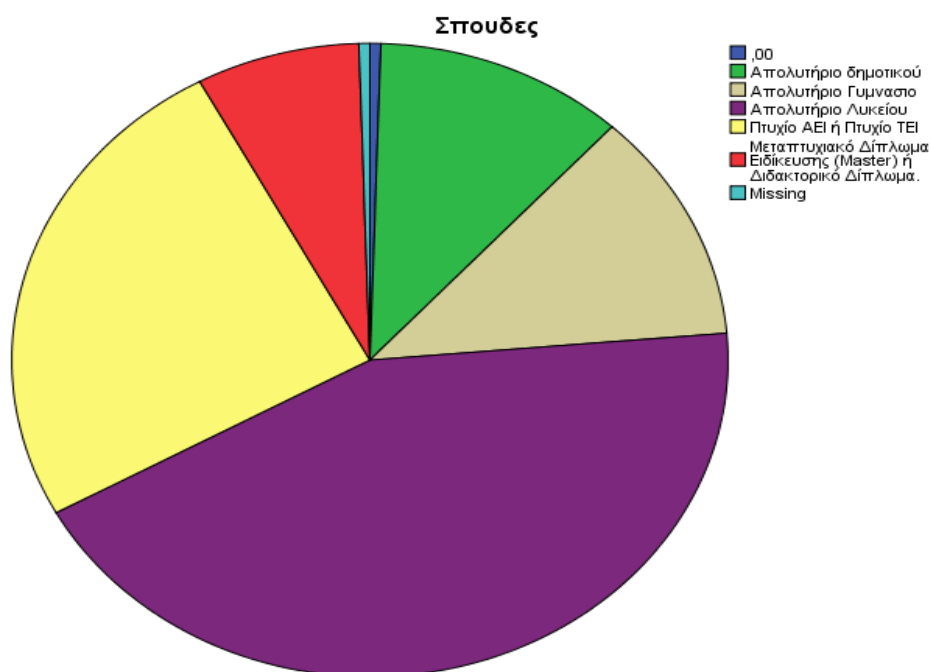
Παρατηρώντας τον τρόπο κατανομής της μεταβλητής «ηλικία» παρατηρούμε ότι πάλι το δείγμα κατανέμεται ομοιόμορφα μεταξύ των ηλικιακών βαθμίδων. Η μέση ηλικία του δείγματος είναι μεταξύ των δυο γκρουπ 30-44 και 45-59 (2,2) όπως και η επικρατούσα τιμή κυμαίνεται πολύ κοντά στην μέση επιβεβαιώνοντας την ανεξαρτησία από τις ακραίες τιμές. Γενικά, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων του δείγματος ανήκει σε νεαρές ηλικιακές ομάδες μιας και το 30,5% των συμμετεχόντων είναι μεταξύ 18-29, το 26,6% μεταξύ 30-44 και το 27,1% μεταξύ 45-59. Τέλος, άνω των 60 είναι μόνο το 15,8%.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
18-29	62	30,5	30,5	30,5
30-44	54	26,6	26,6	57,1
Ηλικία 45-59	55	27,1	27,1	84,2
60+	32	15,8	15,8	100,0
Total	203	100,0	100,0	

Πίνακας 2: Δημογραφική Κατανομή βάσει ηλικίας

Στην ερώτηση σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση των ερωτώμενων παρατηρούμε ότι το 46,3% των ερωτώμενων δήλωσαν ότι ήταν ανύπαντροι και το 38,9% παντρεμένοι. Ακόμη, σε διάσταση ή χηρεία ήταν μόνο το 7,9% και το 4,4% των ερωτώμενων αντιστοίχως. Τέλος, το 2,5% δήλωσε ότι ζει μόνο του. Από τους ερωτώμενους το 44,8% δήλωσε ότι δεν έχει παιδιά και το 55,2% ότι έχει.

Σε ό,τι αφορά την εκπαίδευση των συμμετεχόντων παρατηρούμε ότι το 11,3% είναι απόφοιτοι δημοτικού, το 11,8% απόφοιτοι λυκείου και το 43,3% απόφοιτοι Λυκείου. Τέλος, το 25,1% είναι απόφοιτοι της τριτοβάθμιας με μόνο το 7,4% κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού τίτλου. (Γραφημα2)



Γράφημα 2: Κατανομή βάσει σπουδών

Για την καλύτερη περιγραφή του ψυχογραφικού προφίλ των συμμετεχόντων διατυπώνεται η ερώτηση περί της οικονομικής κατάστασης των ερωτώμενων. Στην ερώτηση περί του ατομικού εισοδήματος το 34,5% δήλωσε ότι το ατομικό εισόδημα είναι μεγαλύτερο των 4500 ευρώ αντιθετικά με το 65%. Ακόμη, τα 9500 ευρώ ξεπερνάει το 60,6% των ερωτώμενων.

6. Το ετήσιο ΑΤΟΜΙΚΟ εισόδημα είναι πάνω από 4,500 ευρώ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Εισόδημα	Οχι	70	34,5	34,7
	Ναι	132	65,0	100,0
	Total	202	99,5	100,0
Missing	System	1	,5	
Total		203	100,0	

Πίνακας 3: Κατανομή μεταβλητής εισοδήματος άνω των 4500 ευρώ

Το ετήσιο ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ σας εισόδημα είναι πάνω από 9,500 ?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Οικογενειακό Εισόδημα	Όχι	79	38,9	39,1	39,1
	Ναι	123	60,6	60,9	100,0
	Total	202	99,5	100,0	
Missing	System	1	,5		
Total		203	100,0		

Πίνακας 4: Μεταβλητή κατανομής ετήσιου εισοδήματος

Το 46,3% των ερωτώμενων δηλώνουν ελεύθεροι επαγγελματίες, το 16,7% Δημόσιοι Υπάλληλοι και το 10,3% συνταξιούχοι. Σταθερή επιδίωξη για την αντικειμενικότητα της έρευνας ήταν η συμμετοχή ανθρώπων από διαφορετικές ηλικιακές κατηγορίες με στόχο της εξασφάλιση της αξιοπιστίας και της αντικειμενικότητας.

Επαγγελματική Κατάσταση

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Επαγγελματική Κατάσταση	Ελλείπουσα τιμή	2	1,0	1,0	1,0
	Δημόσιος Υπάλληλος	34	16,7	16,9	17,9
	Ιδιωτικός Υπάλληλος ή Ελεύθερος Επαγγελματίας	94	46,3	46,8	64,7
	Συνταξιούχος Δημοσίου	21	10,3	10,4	75,1
	Συνταξιούχος Δημοσίου	6	3,0	3,0	78,1
	Άνεργος πάνω από ένα έτος	44	21,7	21,9	100,0
	Total	201	99,0	100,0	
Missing	System	2	1,0		
Total		203	100,0		

Πίνακας 5: Μεταβλητή κατανομής επαγγέλματος

Στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα μέτρησης κινδύνου αυτοκτονίας Rass. Η πρώτη ερώτηση αφορά τον φόβο των ερωτώμενων για τον θάνατο και διατυπώνεται με την φράση «φοβάστε ότι θα πεθάνετε;» αρνητικά με την επιλογή καθόλου και λίγο απάντησε το 86,7% των ερωτηθέντων. Ενώ θετικά (αρκετά και πάρα πολύ) το 13,3%.

Φοβάστε ότι θα πεθάνετε;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	110	54,2	54,2	54,2
Λίγο	66	32,5	32,5	86,7
Αρκετά	22	10,8	10,8	97,5
Πάρα πολύ	5	2,5	2,5	100,0
Total	203	100,0	100,0	

Πίνακας 6: Απάντηση στο φόβο θανάτου

Στην ερώτηση για το αν «Πιστεύετε ότι είναι υπέροχο πράγμα που είστε ζωντανός/η τώρα» θετικά με την επιλογή «αρκετά» και «πάρα πολύ» απάντησε το 77,8% και αρνητικά με την επιλογή «καθόλου» ή «λίγο» το 22,2% των ερωτώμενων. Την πεποίθηση ότι δεν αξίζει κανείς να ζει είχε το 11,8% δηλώνοντας αρκετά και πάρα πολύ.

Έχεις αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	132	65,0	65,0	65,0
Λίγο	47	23,2	23,2	88,2
Αρκετά	10	4,9	4,9	93,1
Πάρα πολύ	14	6,9	6,9	100,0
Total	203	100,0	100,0	

Πίνακας 7: Κατανομή της μεταβλητής στο αν δεν αξίζει κανείς να ζει

Κακό σκέφτεται να κάνει στον εαυτό του μόνο το 1% των ερωτώμενων αντιθετικά με το 99% που τέθηκαν αρνητικά επί της άποψης.

Σκέφτεστε να κάνετε κακό στον εαυτό σας με κάποιο τρόπο;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Καθόλου	189	93,1	93,1	93,1	
Βλάβη στον εαυτό	Λίγο Αρκετά Πάρα πολύ	12 1 1	5,9 ,5 ,5	5,9 ,5 ,5	99,0 99,5 100,0
Total	203	100,0	100,0		

Πίνακας 8: Σκέφτεστε να κάνετε κακό στον εαυτό σας με κάποιο τρόπο;

Η παραπάνω άποψη επιβεβαιώνεται και με την ερώτηση περί του αν σκέφτονται συχνά να αυτοκτονήσουν αν έβρισκαν την ευκαιρία. Το 99% απάντησε αρνητικά επιβεβαιώνοντας την ακρίβεια των στοιχείων και την σοβαρότητα με την οποία συμπληρώθηκε το ερωτηματολόγιο.

Σκέφτεστε συχνά να αυτοκτονήσετε αν σας δοθεί η ευκαιρία;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Καθόλου	188	92,6	92,6	92,6	
Σκέψη Αυτοκτ ονίας	Λίγο Αρκετά	13 2	6,4 1,0	6,4 1,0	99,0 100,0
Total	203	100,0	100,0		

Πίνακας 9: Κατανομή συχνότητων του αν σκέφτονται να αυτοκτονήσουν ανα δοθεί η ευκαιρία

Την ίδια αρνητική στάση τήρησαν οι ερωτώμενοι και απέναντι στην ερώτηση περί του αν σκέφτονται τον τρόπο με τον οποίο θα δίνανε τέλος στην ζωή τους. Το 93,6% απάντησε καθόλου το 5,9% λίγο και το 0,5% αρκετά.

Στη σκέψη σας κάνετε σχέδια για τον τρόπο με τον οποίο θα μπορούσατε να δώσετε τέλος στη ζωή σας;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Σχέδια Αυτοκτονίας	Καθόλου	190	93,6	93,6
	Λίγο	12	5,9	99,5
	Αρκετά	1	,5	100,0
	Total	203	100,0	100,0

Πίνακας 10: Κατανομή συχνοτήτων του αν υπάρχει σχεδιασμός στον τρόπο αυτοκτονίας

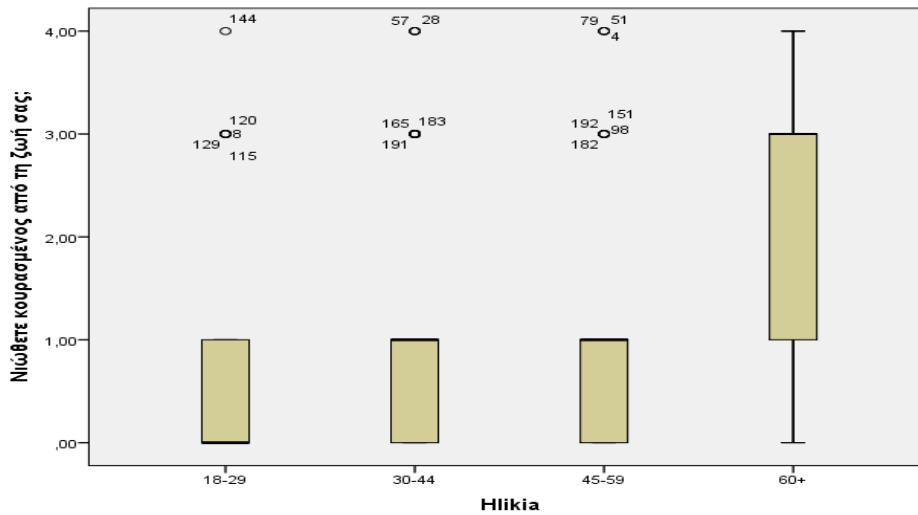
Σκέφτεται να αυτοκτονήσει αλλά δεν θα προβεί το 4,9% με το 1% να παραδέχεται ότι τον βρίσκει πάρα πολύ σύμφωνο η άποψη και καθόλου σύμφωνους το 90,1%.

Σκέφτομαι να αυτοκτονήσω αλλά δεν θα το κάνω

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Σκέψη Αυτοκτονίας	Καθόλου	183	90,1	90,1
	Λίγο	10	4,9	95,1
	Αρκετά	8	3,9	99,0
	Πάρα πολύ	2	1,0	100,0
	Total	203	100,0	100,0

Πίνακας 11: Κατανομή συχνοτήτων στο αν σκέφτονται αν αυτοκτονήσουν

Κουρασμένοι από την ζωή τους δηλώνουν το 21,7% ενώ καθόλου σύμφωνοι με αυτή την άποψη είναι το 40,9%. Λίγο συμφωνεί το 37,4% και αρκετά το 16,3%. Το κοινό που δήλωσε κουρασμένο φαίνεται πως είναι οι μεγαλύτερες ηλικίες όπως φαίνεται από το γράφημα που ακολουθεί αλλά και τον συσχετιστικό δέκτη.



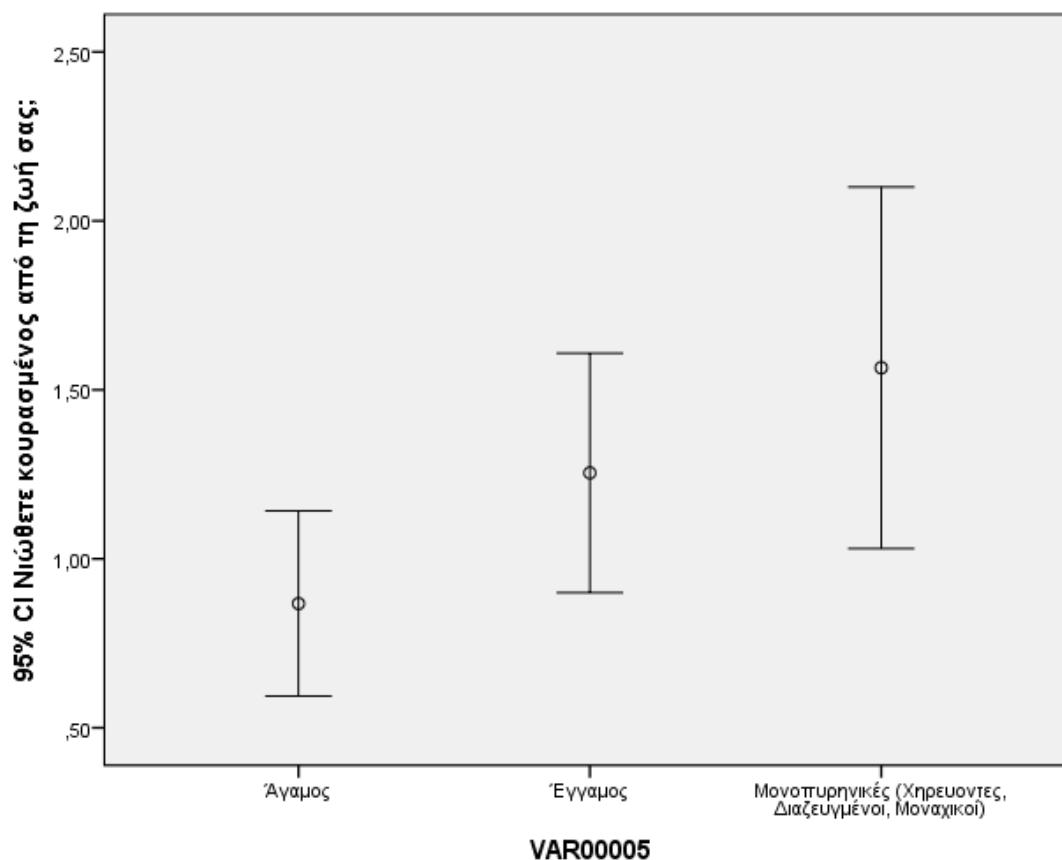
Γράφημα 3: Συσχέτιση της ηλικίας με κούραση από την ζωή

Νιώθετε κουρασμένος από τη ζωή σας;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	83	40,9	40,9	40,9
Λίγο	76	37,4	37,4	78,3
Αρκετά	33	16,3	16,3	94,6
Πάρα πολύ	11	5,4	5,4	100,0
Total	203	100,0	100,0	

Πίνακας 12: Κατανομή συχνοτήτων στην ερώτηση του αν νιώθετε κουρασμένος

Λιγότερο κουρασμένοι φαίνεται πως δηλώνουν οι έγγαμοι συγκριτικά με τους άγαμους, όσους ζουν μόνοι τους και τους χηρεύοντες. Παρατήρηση που επιβεβαιώνεται με μεγάλη στατιστική ακρίβεια(chi Square).



Γράφημα 4: Συσχέτιση της οικογενειακή κατάστασης με κούραση από την ζωή

Τον εαυτό του έχει τραυματίσει περισσότερες από μία φορά το 9,9% των ερωτώμενων ενώ ποτέ το 90,1%. Επίσης, απόπειρα αυτοκτονίας έχει κάνει το 4,4% των ερωτώμενων αντιθετικά με το 95,6% που δεν έχει προβεί ποτέ σε ανάλογη πράξη. Υπολογίζοντας το άθροισμα των απαντήσεων του ερωτηματολογίου παρατηρούμε ότι συνολικό άθροισμα $\leq 175/340$ έχει το 61,6% των ερωτώμενων αντιθετικά με το 37,9% που το αποτέλεσμα είναι μεγαλύτερο του 175/340. (Πίνακας13, Γράφημα9)

Συνολο συγκριση

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
,00	1	,5	,5	,5
Score <=175/340	125	61,6	61,6	62,1
>175/340	77	37,9	37,9	100,0
Total	203	100,0	100,0	

Πίνακας 13: Αποτελέσματα συγκεντρωτικών αποτελεσμάτων/σκορ



Γράφημα 5: Ραβδόγραμμα κατανομή συχνοτήτων των τελικών σκορ

10.2 Διερευνητική Στατιστική Συσχετίσεις

Όπως παρατηρούμε από τον πίνακα συσχετίσεων υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ του φύλου και του βαθμού προδιάθεσης ή επικινδυνότητας. Οι γυναίκες φαίνεται πως συγκριτικά με τους άνδρες είναι λιγότερο επιρρεπείς. Η παρατήρηση αυτή επιβεβαιώνεται με μεγάλη στατιστικά ακρίβεια όπως φανερώνει η τιμή του δείκτη Chi Square.

Φύλο * Σύνολο σύγκριση Crosstabulation

Count

		Σύνολο σύγκριση			Total
		,00	<=175/340	>175/340	
Φύλο	Άνδρας	1	45	49	95
	Γυναίκα	0	80	28	108
Total		1	125	77	203

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,759 ^a	2	,000
Likelihood Ratio	16,286	2	,000
N of Valid Cases	203		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,47.

Πίνακας 14: Σύγκριση φύλου με αποτελέσματα/σκορ επικινδυνότητας

Ακόμη, με στατιστική ακρίβεια επιβεβαιώνεται ότι υπάρχει θετική εξάρτηση μεταξύ της ηλικίας και του βαθμού επικινδυνότητας. Περισσότερο επιρρεπείς φαίνεται πως είναι οι νεαρότερες ηλικίες με τους συμμετέχοντες μεταξύ 18-44 να συγκεντρώνουν υψηλότερα ποσοστά.

Ηλικία * Σύνολο σύγκριση Crosstabulation

Count

		Σύνολο σύγκριση			Total
		,00	<=175/340	>175/340	
Ηλικία	18-29	1	39	22	62
	30-44	0	30	24	54
	45-59	0	42	13	55
	60+	0	14	18	32
Total		1	125	77	203

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,710 ^a	6	,048
Likelihood Ratio	12,930	6	,044
Linear-by-Linear Association	,790	1	,374
N of Valid Cases	203		

a. 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,16.

Πίνακας 15: Σύγκριση ηλικίας με αποτελέσματα/σκορ επικινδυνότητας

Αξίζει να σημειωθεί ότι δεν παρατηρείται καμία εξάρτηση μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και της ροπής προς την αυτοχειρία. Η ίδια απουσία εξάρτησης παρατηρείται και μεταξύ της ύπαρξης ή μη παιδιών. (Πίνακας 16)

Οικογενειακή Κατάσταση * Σύνολο σύγκριση Crosstabulation

Count

		Σύνολο σύγκριση			Total
		,00	<=175/340	>175/340	
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμος	1	59	34	94
	Έγγαμος	0	54	25	79
	Σε διάσταση	0	7	9	16
	Ζείτε Μόνοι μας	0	2	3	5
	Χηρεία	0	3	6	9
Total		1	125	77	203

Πίνακας16: Σύγκριση οικογενειακής κατάστασης με αποτελέσματα/σκορ επικινδυνότητας

Από τον πίνακα που ακολουθεί συμπεραίνουμε ακόμη ότι λόγω της τιμής του δείκτη ChiSquareSig2 sided=0.329 δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ της ροπής-επικινδυνότητα αυτοχειρίας και της εκπαιδευτικής βαθμίδας. (Πίνακας 17)

Crosstab

Count

		Σύνολο σύγκριση			Total
		,00	<=175/340	>175/340	
	,00	0	1	0	1
	Απολυτήριο δημοτικού	0	10	13	23
	Απολυτήριο Γυμνάσιο	0	10	14	24
Σπουδές	Απολυτήριο Λυκείου	1	58	29	88
	Πτυχίο ΑΕΙ ή Πτυχίο ΤΕΙ	0	35	16	51
	Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Ειδίκευσης (Master) ή	0	10	5	15
	Διδακτορικό Δίπλωμα.				
Total		1	124	77	202

Πίνακας 17: Σύγκριση εκπαίδευσης με αποτελέσματα/σκορ επικινδυνότητα

Οι υψηλές τιμές της μεταβλητής περί φόβου για τον θάνατο εμφανίζονται στα άτομα με υψηλή ροπή προς την αυτοκτονία. Υψηλή τιμή και μεγάλος βαθμός συμφωνίας με την άποψη αυτή συνεπάγεται και μεγάλο βαθμό επικινδυνότητας στο τελικό/συνολικό σκορ. Επίσης, όπως είναι αναμενόμενο όσοι δήλωσαν ικανοποίηση από την ζωή τους και ότι απολαμβάνουν τον τρόπο που περνούν τον χρόνο έχουν μικρότερη τάση όπως φαίνεται στο Box Plot.

Φοβάστε ότι θα πεθάνετε; * Σύνολο σύγκριση

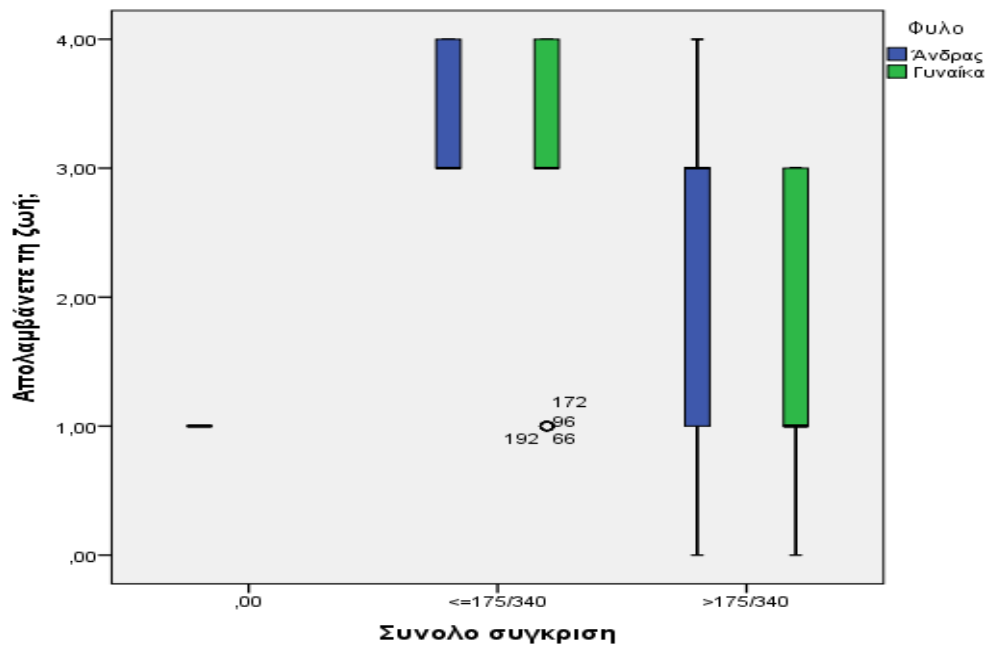
		Σύνολο σύγκριση			Total
		,00	<=175/340	>175/340	
Φοβάστε ότι θα πεθάνετε;	Καθόλου	0	120	37	157
	Λίγο	1	4	27	32
	Αρκετά	0	0	10	10
	Πάρα πολύ	0	1	3	4
Total		1	125	77	203

Chi-Square Tests

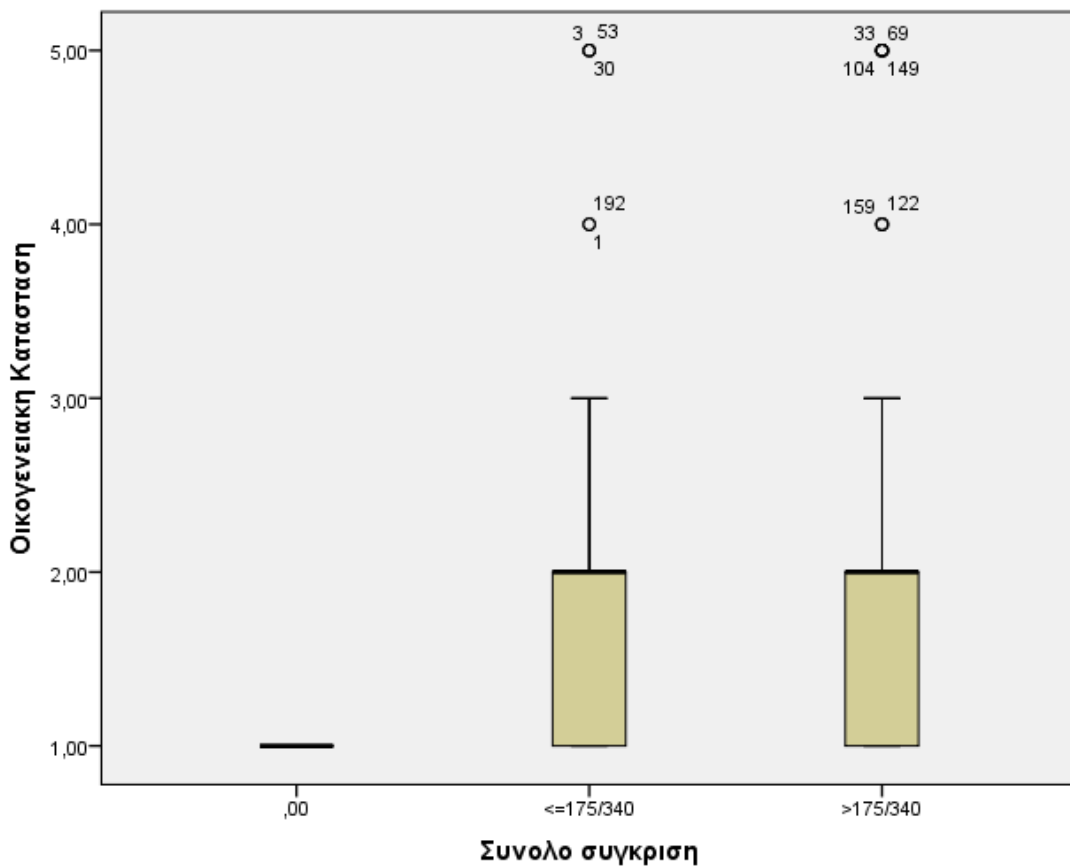
	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	68,858 ^a	6	,000
Likelihood Ratio	72,442	6	,000
Linear-by-Linear Association	39,332	1	,000
N of Valid Cases	203		

a. 7 cells (58,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,02.

Πίνακας 18: Συσχέτιση μεταξύ του φόβου θανάτου και του τελικού σκορ

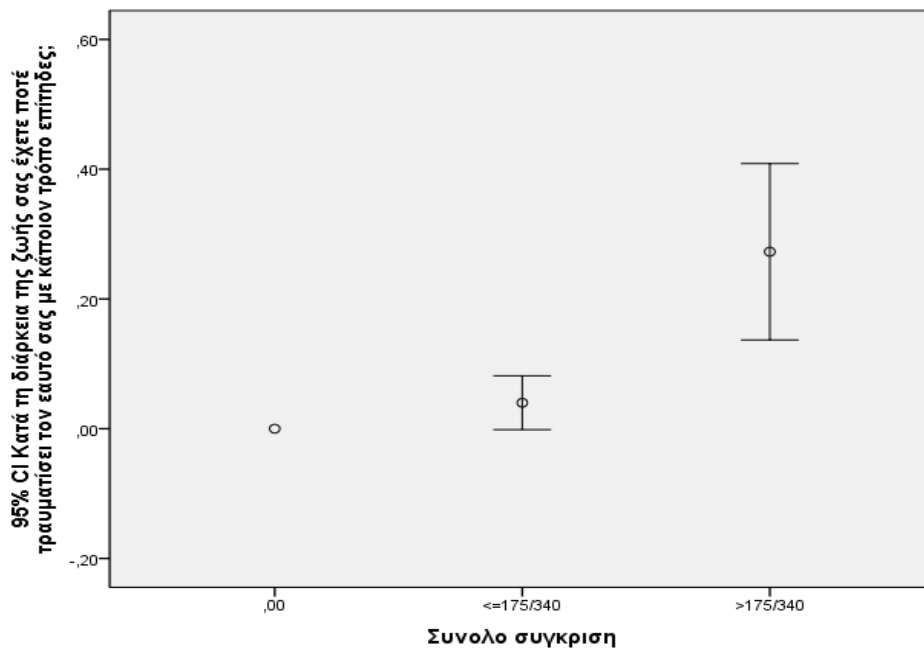


Γράφημα 6: Συσχέτιση απόλαυσης ζωής με το φύλο



Γράφημα 7: Συσχέτιση οικογενειακής κατάστασης με τελικό σκορ επικινδυνότητας

Ακόμη, αναμενόμενη είναι και η εξάρτηση μεταξύ της επικινδυνότητας και της τάσης για την αυτοχειρία στα άτομα τα οποία στο παρελθόν έχουν επιχειρήσει να πράξουν κακό στον εαυτό τους όπως και στα άτομα τα οποία νιώθουν αυτή την εποχή κουρασμένα από την ζωή τους καταδεικνύοντας με τον τρόπο αυτό κάποιους από τους σημαντικότερους παράγοντες που επηρεάζουν την πρόθεση του ανθρώπου καθώς και επιβεβαιώνοντας κάποιους σημαντικούς δείκτες. (Γράφημα 8)



Γράφημα 8: Εξάρτηση της πρόθεσης βάσει της παλαιότερης συμπεριφοράς απέναντι στην αυτοκτονία

Ακόμη, το επάγγελμα, η οικονομική κατάσταση και το ατομικό ή οικογενειακό εισόδημα είναι ανεξάρτητα από τον βαθμό κούρασης από την ζωή. Με την χρήση του ερωτηματολογίου STAI I-II μετρήθηκε το άγχος στον πληθυσμό. Το ερωτηματολόγιο αυτό χρησιμοποιείται για να μετρήσει το άγχος και η κλίμακα διαχωρίζει το άγχος ως κατάσταση (A-State) από το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (A-Trait). Στη μέτρηση του άγχους κατάσταση STAI I (A-State) ο μέσος όρος των συμμετεχόντων ήταν 44,5 ενώ η διάμεσος 44 γεγονός που μαρτυρά την ανυπαρξία της επίδρασης των ακραίων τιμών. Ακόμη, η μέση τιμή των παρατηρήσεων που περιγράφουν το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας είναι 41.7 ενώ η διάμεσος 41.

Ο μέσος όρος του άγχους ως κατάσταση έχει μέσο όρο 43,63 για τους Ιδιωτικού υπαλλήλους και του Ελεύθερους επαγγελματίες με διακύμανση 7,8 και 45,29 για του

Δημοσίους με διακύμανση 7,7 αποδεικνύοντας ότι το επάγγελμα επιδρά και επηρεάζει την εμφάνιση του άγχους

Group Statistics

	Επαγγελματική Κατάσταση	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας	Ιδιωτικός Υπάλληλος ή Ελεύθερος Επαγγελματίας	94	43,6383	7,84507	,80916
	Δημόσιος Υπάλληλος	34	45,2941	7,71669	1,32340

Πίνακας 19: Συσχέτιση επαγγελματικής κατάστασης και μόνιμου άγχους

Γενικά, από τον πίνακα 19 παρατηρούμε ότι ο μέσος όρος του άγχους ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας είναι σχεδόν ίσος στους Ιδιωτικούς υπαλλήλους και τους Ελεύθερους επαγγελματίες συγκριτικά με τους Δημοσίους Υπαλλήλους.

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
		F	Sig.	t	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
										Lower	Upper
Άγχος Προσωπικότητας	Equal variances assumed	,344	,559	1,059	126	,292	1,65582	1,56331	4,74956	1,43792	
	Equal variances not assumed			1,067	59,342	,290	1,65582	1,55117	4,75933	1,44769	

Πίνακας 20: T test άγχους προσωπικότητας

Διεξάγοντας έλεγχο t test δύο ανεξάρτητων δειγμάτων που σχετίζονται με την ηλικία 18-29 και 45-59 υποθέτουμε ότι ο μέσος όρος των δεικτών του άγχους ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας είναι ίσες ενώ ως εναλλακτική ότι είναι διαφορετικές. Από την τιμή του δείκτη sig είναι μικρότερη του 0,05 λόγω της τιμής του sig 2 tailed >0,05 αποδεχόμαστε την μηδενική υπόθεση περί ισότητας των τιμών των δυο ανεξάρτητων δειγμάτων.

Group Statistics

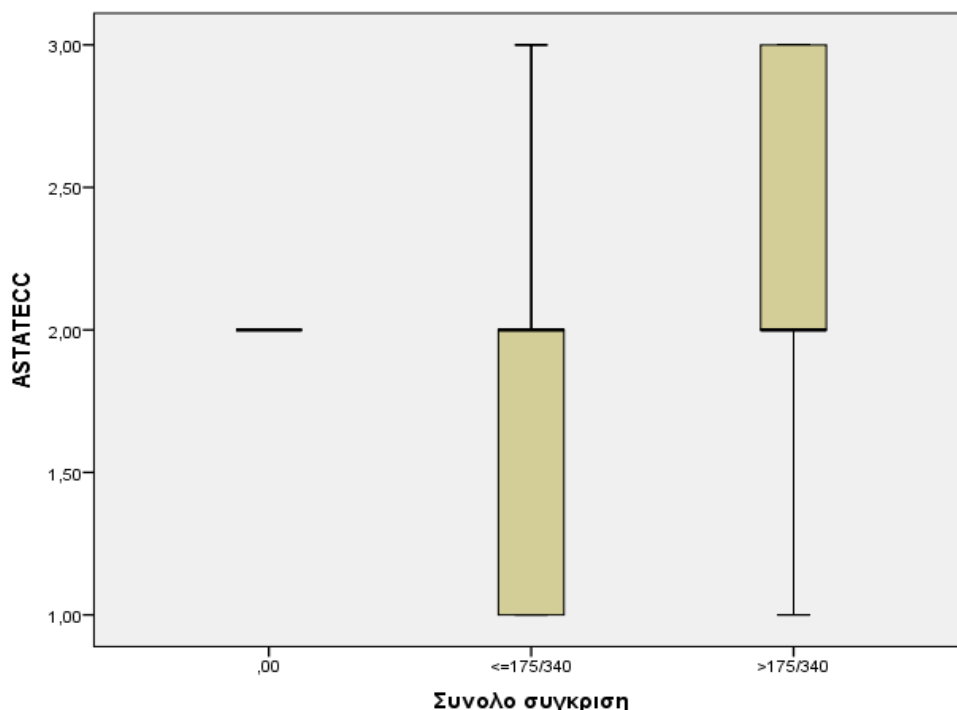
	Ηλικία	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Άγχος ως κατάσταση	45-59	55	41,1273	12,07240	1,62784
	18-29	62	41,2097	9,18862	1,16696

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	T	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας	Equal variances assumed	6,718	,011	-,042	115	,967	-,08240	1,97096	3,98651	3,82170
	Equal variances not assumed			-,041	100,311	,967	-,08240	2,00291	4,05597	3,89116

Πίνακας 21: T Test

Τέλος, στατιστικά σημαντική εξάρτηση παρουσιάζεται μεταξύ του μέσου όρου του άγχους ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας και της κλίμακας εκτίμησης κινδύνου αυτοκτονιών. Ετσι, υψηλές τιμές του ενός συνεπάγονται και υψηλές τιμές του άλλου δείκτη φανερώνοντας την ύπαρξη θετική συσχέτισης.



Γράφημα 9: Συσχέτιση του μέσου όρου του άγχους ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας και της κλίμακας εκτίμησης κινδύνου αυτοκτονιών.

ASTATECC * Σύνολο σύγκριση Crosstabulation

Count

	Σύνολο σύγκριση			Total
	,00	<=175/340	>175/340	
1,00	0	36	4	40
ASTATECC 2,00	1	81	48	130
3,00	0	8	25	33
Total	1	125	77	203

Πίνακας 22: Συσχέτιση του μέσου όρου του άγχους ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας και της κλίμακας εκτίμησης κινδύνου αυτοκτονιών.

Αξίζει να παρατηρήσουμε ότι η τιμή του δείκτη του μόνιμου άγχους είναι πλήρως ανεξάρτητη από δημογραφικούς παράγοντες. Έτσι, ο βαθμός που βιώνουν το άγχος είτε μόνιμο είτε προσωρινό δεν επηρεάζεται από την οικογενειακή κατάσταση, το φύλο, ή την επαγγελματική κατάσταση των ερωτώμενων σύμφωνα με το Crosstabs Test και το δείκτη Chi Square. Η μόνη στατιστικά σημαντική εξάρτηση παρατηρείται μεταξύ του άγχους ως προσωρινή/γενική κατάσταση και της εκπαίδευσης με λιγότερο πεισμένους και

αγχωμένους τους αποφοίτους της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Η παρατήρηση επιβεβαιώνεται με την τιμή του Chi Square <0.05. (Πίνακας 23)

ATRAITCC * Σπουδες Crosstabulation

Count

		Σπουδες						Total
		,00	Απολυτήρι ο δημοτικού	Απολυτήρι ο Γυμνασιο	Απολυτήρι ο Λυκείου	Πτυχίο ΑΕΙ ή Πτυχίο ΤΕΙ	Μεταπτυχι ακό Δίπλωμα Ειδίκευσης (Master) ή Διδακτορικ ό Δίπλωμα.	
ATRAIT	1,00	0	3	7	39	24	8	81
CC	2,00	1	12	15	41	23	7	99
	3,00	0	8	2	8	4	0	22
Total		1	23	24	88	51	15	202

Πίνακας 23: Εξάρτηση παρατηρείται μεταξύ του άγχους ως προσωρινή/γενική κατάσταση και της εκπαίδευσης με λιγότερο πιεσμένους και αγχωμένους τους αποφοίτους της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης

Ακόμη, πλήρης ανεξαρτησίας φαίνεται να υπάρχει μεταξύ του δείκτη επικινδυνότητας αυτοκτονιών, του δείκτη προσωρινού και μόνιμου άγχους με το οικογενειακό ή ατομικό εισόδημα και την επαγγελματική κατάσταση.

Κεφάλαιο 11. Δυναμική σύγκριση αποτελεσμάτων

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, κυρίως όταν εξετασθούν σε σχέση με το θεωρητικό υπόβαθρο και τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών που συναντώνται στη βιβλιογραφία, δείχνουν ότι το άγχος μπορεί ως αιτιολογικός παράγοντας της αυτοκτονικότητας, ίσως, αποτελεί μία υπεραπλούστευση του θέματος. Σύμφωνα με το θεωρητικό μέρος της έρευνας η αυτοκτονία θεωρείται σε γενικές γραμμές γένους αρσενικού μιας και οι άντρες τείνουν να είναι περισσότερο αυτοκαταστροφικοί από τις γυναίκες (Cooper & Karug, 2004, Nock et al., 2008). Η παρατήρηση αυτή επιβεβαιώνεται και στην στατιστική μας έρευνα μιας και οι γυναίκες είναι λιγότερο επιρρεπείς προς την αυτοκτονία. Την ίδια στιγμή το φύλο φαίνεται να είναι ανεξάρτητο τόσο του προσωρινού όσο και του μόνιμου αγχους γεγονός που είναι ξεκάθαρο στο ερευνητικό μέρος της εργασίας μας.

Σχετικά με την ηλικία στο θεωρητικό μέρος της έρευνας διαπιστώσαμε ότι η ηλικία επιδρά θετικά στην αυτοκτονική τάση συνδεόμενες με σχέση θετικής εξάρτησης. Έτσι, υψηλές τιμές του κινδύνου αυτοκτονικότητας συνοδεύονται και με μεγαλύτερες ηλικίες αν και απαντώνται πολλές εξαιρέσεις στην βιβλιογραφία που διαφοροποιούν την εξέλιξη του φαινομένου μεταξύ χωρών και διαφορετικών χρονικών περιόδων. Τα αποτελέσματα της έρευνας μας φαίνεται να λογίζουν τον παράγοντα ηλικία ως επιδρών στην αυτοκτονική τάση. Τα υψηλά ποσοστά εμφανίζονται στις ηλικίες 18-44 και λιγότερο άνω των 65. Στην παρούσα έρευνα φαίνεται πως το αν κανείς έχει πράξει κακό στον εαυτό του είναι ανεξάρτητο του φύλου ($\chi^2=0.8 > 0.05$) όπως και της ηλικίας. Το παράδοξο των δύο φύλων δεν επιβεβαιώνεται στην δική μας έρευνα.

Αν και η αυτοκτονική τάση όπως επίσης και το άγχος δεν συνδέονται με την οικογενειακή κατάσταση σύμφωνα με το πρακτικό μέρος της έρευνας το θεωρητικό και οι προηγούμενες έρευνες αναφέρουν ότι οι διαζευγμένοι και οι χήροι (τα άτομα που είναι μόνα, χωρίς την παρουσία συντρόφου), παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας συγκριτικά με τους έγγαμους. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας μεταξύ των μη έγγαμων ατόμων ήταν περίπου δύο ή τρεις φορές υψηλότερος απ' ό τι για τους έγγαμους. Επίσης, σε μελέτη στις ΗΠΑ οι νεότεροι σε ηλικία χήροι άνδρες (15-44 ετών) αποτελούσαν την ομάδα με τον υψηλότερο κίνδυνο αυτοκτονίας συγκριτικά με όλες τις άλλες ομάδες των μη έγγαμων. Αν και αυτά τα στοιχεία δεν επιβεβαιώνονται στο ερευνητικό μέρος της εργασίας μας ωστόσο τα αποτελέσματα δείχνουν ότι μεγαλύτερη απογοήτευση για τη ζωή έχουν όσοι διαμένουν

μόνοι. Μεγαλύτερη ροπή προς την αυτοκτονία ως προς το ερευνητικό μέρος της εργασίας παρατηρούμε ότι τα άτομα τα οποία στο παρελθόν έχουν επιχειρήσει να πράξουν κακό στον εαυτό τους και τα άτομα τα οποία νιώθουν αυτή την εποχή κουρασμένα από την ζωή τους έχουν μεγαλύτερη αυτοκτονική τάση. Εξαιρετικά σημαντική είναι και η παρατήρηση του ερευνητικού μέρους που θέλει το μόνιμο και το προσωρινό άγχος να συσχετίζονται σύμφωνα με το δείκτη Chi Square του Pearson με θετική εξάρτηση. Έτσι τα μέσα και υψηλα επίπεδα άγχους φανέρωσαν και υψηλές τιμές του δείκτη αυτοκτονικότητας. Η μέση τιμή για την αυτοκτονική τάση σχηματίστηκε σημαντικά υψηλότερη συγκριτικά με τα προηγούμενα έτη.

Οι κοινωνικοί παραγόντες συνδέονται με την αυτοκτονική τάση με πολύπλοκη και όχι ξεκάθαρη σχέση. Η χαμηλή οικονομική κατάσταση, χαμηλό εισόδημα, ανειδίκευτη εργασία, απροσδιόριστη μισθωτή εργασία και ανεργία, αυξάνει τον κίνδυνο αυτοκτονίας στους άνδρες ενώ νεότερες μελέτες απέδειξαν ότι τα υψηλά ποσοστά αυτοκτονικότητας συνδέονται με μεταβολές της κοινωνικοοικονομική κατάστασης και είναι εξίσου υψηλά σε άνρες και γυναίκες με θτική συσχέτιση. Στην έρευνα το επάγγελμα, η οικονομική κατάσταση και το ατομικό ή οικογενειακό εισόδημα είναι ανεξάρτητα από τον βαθμό κούρασης από την ζωή όπως επίσης και από το άγχος μόνιμο και προσωρινό.

Απαντώντας στο τελευταίο ερευνητικό ερώτημα παρατηρούμε στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ του μέσου όρου του άγχους ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας και της κλίμακας εκτίμησης κινδύνου αυτοκτονιών. Έτσι, υψηλές τιμές του ενός συνεπάγονται και υψηλές τιμές του άλλου δείκτη φανερώνοντας την ύπαρξη θετική συσχέτισης. Η παρατήρηση αυτή επιβεβαιώνει την άποψη ότι οι άνθρωποι που διακατέχονται σταθερά από υψηλά επίπεδα άγχους έχουν περισσότερες πιθανότητες για την αυτοχειρία.

Κεφάλαιο 12: Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, κυρίως όταν εξετασθούν σε σχέση με το θεωρητικό υπόβαθρο και τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών που συναντώνται στη βιβλιογραφία, δείχνουν ότι το άγχος μπορεί ως αιτιολογικός παράγοντας της αυτοκτονικότητας, ίσως, αποτελεί μία υπεραπλούστευση του θέματος.

Η αυτοκτονικότητα φαίνεται να επηρεάζεται από υπάρχουσες καταστάσεις όπως είναι η αύξηση της ηλικίας, η κατάσταση διαβίωσης ή το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο ενώ το μόνιμο άγχος μπορεί να θεωρηθεί ένας σημαντικός παράγοντας αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Από τα δεδομένα παρατηρούμε ότι η μέση τιμή για την αυτοκτονική τάση σχηματίστηκε στο 44,5 και 41,7 έναντι του 37,34 που είχε οριστεί σε παλαιότερη έρευνα ο μέσος όρος για τους Έλληνες με τις υψηλότερες τιμές να αγγίζουν το 69 και 72 αντίστοιχα. Σύμφωνα με την Εθνική Μελέτη Νοσηρότητας και Παραγόντων Κινδύνου (Ε.ΜΕ.ΝΟ), που πραγματοποίησε το 2014, η Ιατρική Σχολή σε συνεργασία με όλες τις Ιατρικές Σχολές των Ελληνικών Πανεπιστημίων και το Πάντειο Πανεπιστήμιο σε τυχαίο πανελλαδικό δείγμα 5.000 ατόμων, 18 ετών και άνω, βρέθηκε πως το ποσοστό των ατόμων με συμπτώματα άγχους ανήλθε στο 24% το οποίο είναι ανησυχητικά υψηλό ποσοστό (Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική σχολή 2015).

Επιχειρώντας την επίλυση του πρώτου ερευνητικού ερωτήματος παρατηρούμε ότι το άγχος εξαρτάται από την ηλικία μιας και οι μεγαλύτερες ηλικιακά ομάδες δήλωσαν κουρασμένες από την ζωή τους και πιο απογοητευμένοι. Ακόμη, οι άγαμοι ή οι χηρέυοντες ζουν μόνοι τους οι οποίοι αντιμετωπίζουν την ζωή με την ίδια κόπωση χωρίς όμως αυτό να αντικατοπτρίζει επίδραση στο άγχος. Το άγχος είτε μόνιμο είτε προσωρινό δεν επηρεάζεται από την οικογενειακή κατάσταση, το φύλο, ή την επαγγελματική κατάσταση των ερωτώμενων αλλά το μόνιμο άγχος φαίνεται να είναι μην είναι γνώρισμα των αποφοίτων της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Οι γυναίκες να είναι λιγότερο επιρρεπείς προς την αυτοκτονία ενώ η ηλικία εξαρτάται και συσχετίζεται άμεσα με τον βαθμό επικινδυνότητας για την αυτοκτονία. Οι νεαρότερες ηλικίες και οι συμμετέχοντες μεταξύ 18-44 είναι περισσότερο επιρρεπείς φανερώνοντας ότι οι δημογραφικοί παράγοντες επιδρούν στην αυτοκτονική τάση. Αντιθετικά, ο βαθμός του άγχους δεν είναι παράγοντας που επηρεάζει την αυτοκτονική τάση.

Επίσης στην παρούσα έρευνα οι μη έχοντες υψηλό οικογενειακό εισόδημα βρέθηκαν με σημαντικά υψηλότερα επίπεδα άγχους ($r=0,194$, $p<0,05$), μόνιμου ($r=0,174$, $p<0,05$) και προσωρινού ($r=0,191$, $p<0,05$) όπως και όσοι έχουν χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης ($r=-0,278$, $p<0,05$). Η Μουσουλή (2016) σε μελέτη της βρήκε ότι τα υψηλά επίπεδα άγχους σχετίζονται με διάφορους κοινωνικο-δημογραφικούς δείκτες όπως, το χαμηλό επίπεδο σπουδών και το χαμηλό οικογενειακό εισόδημα.

Ακόμη, μεγαλύτερη ροπή προς την αυτοκτονία έχουν τα άτομα τα οποία στο παρελθόν έχουν επιχειρήσει να πράξουν κακό στον εαυτό τους όπως επίσης και τα άτομα τα οποία νιώθουν αυτή την εποχή κουρασμένα από την ζωή τους καταδεικνύοντας με τον τρόπο αυτό κάποιους από τους σημαντικότερους παράγοντες που επηρεάζουν την πρόθεση του ανθρώπου καθώς και επιβεβαιώνοντας κάποιους σημαντικούς δείκτες.

Το επάγγελμα, η οικονομική κατάσταση και το ατομικό ή οικογενειακό εισόδημα είναι ανεξάρτητα από τον βαθμό κούρασης από την ζωή όπως επίσης και από το άγχος μόνιμο και προσωρινό.

Με την χρήση του ερωτηματολογίου STAI I-II μετρήθηκε το άγχος στον πληθυσμό. Το ερωτηματολόγιο αυτό χρησιμοποιείται για να μετρήσει το άγχος και η κλίμακα διαχωρίζει το άγχος ως κατάσταση (A-State) από το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (A-Trait). Στη μέτρηση του άγχους κατάστασης STAI I (A-State) ο μέσος όρος των συμμετεχόντων ήταν 44,5 ενώ η διάμεσος 44 γεγονός που μαρτυρά την ανυπαρξία της επίδρασης των ακραίων τιμών. Ακόμη, η μέση τιμή των παρατηρήσεων που περιγράφουν το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας είναι 41.7 ενώ η διάμεσος 41. Σε μελέτες βρέθηκε ότι το άγχος είναι ένας βασικός παράγοντας κινδύνου για αυτοκτονική συμπεριφορά σε εφήβους και παιδιά και θεωρούν ότι οι γιατροί θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη το άγχος για την αξιολόγηση και τη θεραπεία των εφήβων με αυτοκτονική συμπεριφορά (Ohring 1996, Hill 2011). Περιορισμένα είναι τα στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι το άγχος είναι ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας για αυτοκτονικές συμπεριφορές. Ελάχιστες μελέτες έχουν γίνει και να εξετάζουν τη σχέση μεταξύ άγχους και αυτοκτονικής συμπεριφοράς (Hill 2011).

Με υψηλότερο κίνδυνο αυτοκτονικότητας βρέθηκαν άτομα μεγαλύτερης ηλικίας ($r=0,201$, $p<0,05$), που βρίσκονται σε διάσταση και διαβιών μόνα τους ($r=0,143$, $p<0,05$) ή/και χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου ($r=-0,245$, $p<0,05$). Σύμφωνα με μελέτη οι δείκτες αυτοκτονικότητας αυξάνονται με την πρόοδο της ηλικίας, ιδιαίτερα στους άνδρες, οι έγγαμοι έχουν τους χαμηλότερους δείκτες αυτοκτονικότητας και στα δύο φύλα. Εξαιρετικά υψηλοί δείκτες αυτοκτονικότητας παρατηρήθηκαν στους χήρους άνδρες

ηλικίας 25-34 ετών (Ζαχαράκης και συν 2003). Άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 1967 έδειξε ότι οι δείκτες αυτοκτονικότητας είναι υψηλοί σε διαζευγμένους και άγαμους σε σχέση με τους παντρεμένους (Pierce 1967).

Ο μέσος όρος του άγχους μόνιμου άγχους φαίνεται να είναι υψηλότερος στους Δημοσίους Υπαλλήλους συγκριτικά με τους Ιδιωτικούς υπαλλήλους και του Ελεύθερους επαγγελματίες.

Επιχειρώντας να δώσουμε λύση στο δεύτερο και τρίο ερευνητικό ερώτημα που αφορά την κοινωνική κατάσταση και τους ψυχογραφικούς παράγοντες με την τάση αυτοκτονίας ή τον βαθμό παρατηρούμε ότι τόσο ο δείκτης επικινδυνότητας αυτοκτονιών όσο και ο δείκτης προσωρινού ή μόνιμου άγχους είναι πλήρως ανεξάρτητος του ατομικού και οικογενειακού εισοδήματος. καμία εξάρτηση μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και της ροπής προς την αυτοχειρία. Η ίδια απουσία εξάρτησης παρατηρείται και μεταξύ της ύπαρξης ή μη παιδιών. Όπως είναι αναμενόμενο οι υψηλές τιμές της μεταβλητής περί φόβου για τον θάνατο εμφανίζονται στα άτομα με υψηλή ροπή προς την αυτοκτονία. Υψηλή τιμή και μεγάλος βαθμός συμφωνίας με την άποψη αυτή συνεπάγεται και μεγάλο βαθμό επικινδυνότητας στο τελικό/συνολικό σκορ. Επίσης, όπως είναι αναμενόμενο όσοι δήλωσαν ικανοποίηση από την ζωή τους και ότι απολαμβάνουν τον τρόπο που περνούν τον χρόνο έχουν μικρότερη τάση. Γενικά, από τον πίνακα 14 παρατηρούμε ότι ο μέσος όρος του άγχους ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας είναι σχεδόν ίσος στους Ιδιωτικούς υπαλλήλους και τους Ελεύθερους επαγγελματίες συγκριτικά με τους Δημοσίους Υπαλλήλους.

Ακόμη, πλήρης ανεξαρτησίας φαίνεται να υπάρχει μεταξύ του δείκτη επικινδυνότητας αυτοκτονιών, του δείκτη προσωρινού και μόνιμου άγχους με το οικογενειακό ή ατομικό εισόδημα και την επαγγελματική κατάσταση. Μελέτες που να αποδεικνύουν ότι υπάρχει σημαντική εξάρτηση μεταξύ του δείκτη επικινδυνότητας αυτοκτονιών, του δείκτη προσωρινού και μόνιμου άγχους με το οικογενειακό ή ατομικό εισόδημα και την επαγγελματική κατάσταση δεν έχουν γίνει στο παρελθόν.

Απαντώντας στο τελευταίο ερευνητικό ερώτημα παρατηρούμε στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ του μέσου όρου του άγχους ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας και της κλίμακας εκτίμησης κινδύνου αυτοκτονιών. Έτσι, υψηλές τιμές του ενός συνεπάγονται και υψηλές τιμές του άλλου δείκτη φανερώνοντας την ύπαρξη θετική συσχέτισης. Η παρατήρηση αυτή επιβεβαιώνει την άποψη ότι οι άνθρωποι που διακατέχονται σταθερά από υψηλά επίπεδα άγχους έχουν περισσότερες πιθανότητες για την αυτοχειρία.

Κεφάλαιο 13: Περιορισμοί και προτάσεις για Μελλοντικές Έρευνες

Οι περιορισμοί της έρευνας σχετίζονται με τον σχεδιασμό και τους παράγοντες που δυσκόλευαν την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Ο μεγάλος αριθμός ερωτήσεων ίσως αποθάρρυναν κάποιους για την συμμετοχή. Για την κάλυψη αυτού του προβλήματος χρησιμοποιήθηκε η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων στον προσωπικό χώρο του ερωτώμενου και όχι δια ζώσης για να αφιερωθεί ο απαιτούμενος χρόνος για την προσεκτική συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Ο γεωγραφικός και χρονικός περιορισμός (στόχευση μόνο σε νοσοκομείο της Κρήτης) μειώνει την δυνατότητα συμπερίληψης ατόμων από άλλες γεωγραφικές περιφέρειες της χώρας αλλά το ευρύ χρονικό διάστημα επιλογής δείγματος επί του γεωγραφικού τόπου μειώνει κατά το πολύ την μεροληψία. Ακόμη, δείγμα της μελέτης ήταν δείγμα ευκολίας και η ανταπόκριση των νοσηλευτών, οι οποίοι επικαλούνταν το φόρτο εργασίας δεν ήταν καθολική αν και η αξιοπιστία της έρευνας δεν πλήττεται λόγω του μεγάλου μεγέθους του δείγματος που επιτρέπει την εξαγωγή αξιόπιστων στοιχείων για τη συγκεκριμένη δεξαμενή νοσηλευτών στην οποία πραγματοποιήθηκε η εν λόγω μελέτη.

Μελλοντικά κρίνεται απαραίτητη η περαιτέρω έρευνα μιας και απαιτούνται στοιχεία για τους παράγοντες που επηρεάζουν την αυτοκτονική τάση. Στα αποτελέσματα προσδιορίστηκαν αρκετοί παράγοντες που τελικά δεν ασκούν επίδραση και δεν προδιαθέτουν από μόνοι τους που να αποδεικνύουν ότι το άγχος είναι ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας για αυτοκτονικές συμπεριφορές. Ακόμη, η σημαντική παρατήρηση περί της εξάρτησης του μόνιμου άγχους και των αυτοκτονικών συμπεριφορών οφείλει να μελετηθεί με την διεξαγωγή ποιοτικών ερευνών επί του ζητήματος αυτού και σε βάθος συνεντεύξεων για την καλύτερη αποτύπωση των σχέσεων μεταξύ των δύο αυτών παραγόντων. Τέλος, η επανάληψη της παρούσας έρευνας σε πανελλήνιο επίπεδο ίσως αποκάλυπτε διαφορετικές στάσεις που ίσως φανερώσουν και γεωγραφική εξάρτηση.

Βιβλιογραφία

- De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J.M, Kerkhof, A.J.F.M., Bille-Brahe, U. Definitions of Suicidal Behavior. *Crisis* 2006, 27(1), 4 -15.
- Beratis S. Suicide in southwestern Greece 1979-1984. *Acta Psychiatr Scand.* 1986 Nov; 74(5): 433-9.
- Jacobs MA, Anderson LS, Champagne E, Karush N, Richman SJ, Knapp PH. Orality, impulsivity, and cigarette smoking in men: further findings in support of a theory. *J Nerv Ment Dis* 1966 Sep; 143(3):207-19.
- Spoooren P., Mortelmans D., Denekens J. Student evaluation of teaching quality in higher education: development of an instrument based on 10 Likert-scales. *Assessment & Evaluation in Higher Education* 2007, 32(6): 667-679.
- Μάνος, Ν. *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press, 1997.
- Μαδιανός, Μ. *Κλινική Ψυχιατρική*. Αθήνα: Καστανιώτη, 2003.
- Ιωσιφίδης Θ. Ποιοτικές μέθοδοι έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες, Αθήνα: Κριτική, 2003.
- Spielberger, C.D. Theory and research on anxiety. In C.D. Spielberger (Ed.), *Anxiety and behavior*. New York: Academic Press 1966, 3-22
- Ohring R, Apter A, Ratzoni G, Weizman R, Tyano S, Plutchik R. State and trait anxiety in adolescent suicide attempts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35:154–157
- Hill, R. M., Castellanos, D., & Pettit, J. W. Suicide-related behaviors and anxiety in children and adolescents: A review. *Clinical Psychology Review* 2011, 31: 1133–1144.
- Evans, G., & Farberow, N.L. *The Encyclopedia of suicide* (2nd ed.). New York: Facts On File, Inc, 2003.
- Μinois, G. *Ιστορία της αυτοκτονίας: Η δυτική κοινωνία αντιμέτωπη με τον εκούσιο θάνατο* (Φ. Τσελέντη, Μτφρ.). Αθήνα: Εκδόσεις Πολύτροπον, 2006.
- Ομήρου *Οδύσσεια, Ραψωδία λ' (Νέκυια)* (Δ.Ν. Μαρωνίτη, Μτφρ.) Αθήνα: Εκδόσεις Στιγμή, 1994.
- van Hooff, A.J.L. A historical perspective on suicide. In R.W. Maris, A.L. Berman, & M.M. Silverman (Eds.), *Comprehensive textbook of suicidology* New York: Guilford Press 2000, 96-123.
- van Hooff, A.J.L. *From autothanasia to suicide: Self-killing in classical antiquity*. London: Routledge, 1990.
- Βελέντζα, Α., & Τριποδιανάκης, Ι. *Ιστορία της αυτοκτονίας*. *Ιατρική* 2006, 89:237-245.
- De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J.M., Kerkhof, A.J.F.M., & Bille-Brahe, U. Definitions of suicidal behavior: Lessons learned from the WHO/EURO Multicentre Study. *Crisis* 2006, 27:4-15. doi: 10.1027/0227-5910.27.1.4
- Johnstone, M.G. *Bioethics: A nursing perspective* (5th ed.). Chatswood, NSW: Elsevier Australia, 2009.
- Papadimitriou, J.D., Skiadas, P., Mavrantonis, C.S., Polimeropoulos, V., Papadimitriou, D.J., & Papacostas, K.J. Euthanasia and suicide in antiquity: Viewpoint of the dramatists and philosophers. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2007, 100: 25-28. doi:10.1258/jrsm.100.1.25

- Goldney, R.D. Enrico Morselli: A pioneer in suicide research. *Crisis* 2004, 25: 39-40. doi: 10.1027/0227-5910.25.1.39
- Durkheim, E. *Suicide: A study in sociology* (J.A. Spaulding, & G. Simpson, Trans.). New York: The Free Press, 1951. (Original work published 1897).
- Baechler, J. A strategic theory. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 1980, 10: 70-99. doi: 10.1111/j.1943-278X.1980.tb00768.x
- Shneidman, E.S. *Definition of suicide*. New Jersey: John Wiley & Sons, 1985.
- Rosenberg, M.L., Davidson, L.E., Smith, J.C., Berman, A.L., Buzbee, H., Gantner, G., et al. Operational criteria for the determination of suicide. *Journal of Forensic Sciences* 1988, 33: 1445-1456.
- Ivanoff, A. Identifying psychological correlates of suicidal behavior in jail and detention facilities. *Psychiatric Quarterly* 1989, 60: 73-84. doi: 10.1007/BF01064364
- Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger, & R.I. Yufit (Eds.). What is being predicted?: Definitions of "suicide". In R.W. Assessment and prediction of suicide. New York: Guilford Press. Mayo, D.J. 1992, 88-101.
- Silverman, M.M., & Maris, R.W. The prevention of suicidal behaviors: An overview. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 1995, 25: 10-21. doi: 10.1111/j.1943-278X.1995.tb00389.x
- World Health Organization. *Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders*. Geneva: WHO, 1998.
- Silverman, M.M. The language of suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2006, 36: 519-532. doi: 10.1521/suli.2006.36.5.519
- Resnik, & D.J. Lettieri (Eds.). A scheme for classifying suicidal behaviors. In A.T. Beck, H.L.P. The prediction of suicide. Bowie, MD: Charles Press, Pokorny, A.D 1974, 29-44
- Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger, & R.I. Yufit (Eds.). How are suicides different?. *Assessment and prediction of suicide* New York: Guilford Press, Maris, R.W 1992, 65-87.
- O'Carroll, P.W., Berman, A.L., Maris, R.W., Moscicki, E.K., Tanney, B.L., & Silverman, M.M. (1996). Beyond the tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 1996,26: 237-252.
- Silverman, M.M., Berman, A.L., Sanddal, N.D., O'Carroll, P.W., & Joiner, T.E. Rebuilding the Tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors: Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2007, 37: 248-263. doi: 10.1521/suli.2007.37.3.248
- Rudd, M.D. "What's in a name...". *Suicide and Life-Threatening Behavior* 1997, 27: 326-327. doi: 10.1111/j.1943-278X.1997.tb00418.x
- Claassen, C.A., Yip, P.S., Corcoran, P., Bossarte, R.M., Lawrence, B.A., & Currier, G.W. National suicide rates a century after Durkheim: Do we know enough to estimate error?. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2010, 40: 193-223. doi: 10.1521/suli.2010.40.3.193
- Douglas, J. *The social meaning of suicide*. Princeton: Princeton University Press, 1967.
- Morselli, E. *Suicide: An essay on comparative moral statistics*. New York: Appleton, 1882.
- Goldney, R.D. Enrico Morselli: A pioneer in suicide research. *Crisis* 2004,

25: 39-40.

- Rockett, I.R.H. Counting suicides and making suicide count as a public health problem. *Crisis* 2010, 31: 227-230.
- Davis, J.H., & Spelman, J.W. The role of the medical examiner or coroner. In H.L.P. Resnik (Ed.), *Suicidal behaviors*. Boston, MA: Little Brown 1968, 453-514.
- De Leo, D. Struggling against suicide: The need for an integrative approach. *Crisis* 2002, 23: 23-31.
- De Leo, D. Cross-cultural research widens suicide prevention horizons (Editorial). *Crisis* 2009, 30: 59-62.
- De Leo, D. Australia revises its mortality data on suicide. *Crisis* 2010, 31: 169-173.
- De Leo, D., Milner, A., & Xiangdong, W. Suicidal behavior in the Western Pacific region: Characteristics and trends. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2009 39: 72-81
- Zacharakis, C.A., Madianos, M.G., Papadimitriou, G.N., & Stefanis, C.N. Suicide in Greece 1980-1995: Patterns and social factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1998, 33: 471-476.
- De Leo, D., & Spathonis, K. Suicide and euthanasia in late life. *Aging Clinical and Experimental Research* 2003, 15: 99-110.
- Rockett, I.R.H., Wang, S., Stack, S., De Leo, D., Frost, J.L., Ducatman, A.M., et al. Race/ethnicity and potential suicide misclassification: Window on a minority suicide paradox?. *BMC Psychiatry* 2010, 10: 35-43. doi: 10.1186/1471-244X-10-35
- Jouglu, E., Pavillon, G., Rossollin, F., De Smedt, M., & Bonte, J. Improvement of the quality and comparability of causes-of-death statistics inside the European Community: EUROSTAT Task Force on "causes of death statistics". *Revue d'Epidemiologie et de Sante Publique* 1998, 46: 447-456.
- Claassen, C.A., Yip, P.S., Corcoran, P., Bossarte, R.M., Lawrence, B.A., & Currier, G.W. National suicide rates a century after Durkheim: Do we know enough to estimate error?. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2010, 40: 193-223.
- Chang, S.S., Sterne, J.A.C., Lu, T.H., & Gunnell, D. (2010). 'Hidden' suicides amongst deaths certified as undetermined intent, accident by pesticide poisoning and accident by suffocation in Taiwan. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2010, 45: 143-152.
- Rosenberg, M.L., Davidson, L.E., Smith, J.C., Berman, A.L., Buzbee, H., Gantner, G., et al. Operational criteria for the determination of suicide. *Journal of Forensic Sciences* 1988, 33: 1445-1456.
- Rockett, I.R.H., Kapusta, N.D., & Bhandari, R. Suicide misclassification in an international context: Revisitation and update. *Suicidology Online* 2011, 2: 48-61.
- Cooper, P.N., & Milroy, C.M. The coroner's system and under-reporting of suicide. *Medicine, Science, and the Law* 1995, 35: 319-326.
- Corcoran, P., & Arensman, E. A study of the Irish system of recording suicide deaths. *Crisis* 2010, 31: 174-182.
- Värnik, P., Sisask, M., Värnik, A., Arensman, E., Van Audenhove, C., van der Feltz-Cornelis, C.M., et al. Validity of suicide statistics in Europe in relation to undetermined deaths. *Injury Prevention* 2011, 2-20.

- Linsley, K.R., Schapira, K., & Kelly, T.P. Open verdict v. suicide - importance to research. *British Journal of Psychiatry* 2001, 178: 465-468.
- Lucey, S., Corcoran, P., Keeley, H.S., Brophy, J., Arensman, E., & Perry, I.J. Socioeconomic change and suicide: A time-series study from the Republic of Ireland. *Crisis* 2005, 26: 90-94.
- Lester, D. Miscounting suicides. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1992, 85: 15-16.
- Chishti, P., Stone, D.H., Corcoran, P., Williamson, E., Petridou, E., & EUROSAVE Working Group. Suicide mortality in the European Union. *European Journal of Public Health* 2003, 13: 108-114.
- Atkinson, M.W., Kessel, N., & Dalgaard, J.B. The comparability of suicide rates. *British Journal of Psychiatry* 1975, 127: 247-256.
- Warshauer, M.E., & Monk, M. Problems in suicide statistics for whites and blacks. *American Journal of Public Health* 1978, 68: 383-388.
- Jouglu, E., Pequignot, F., Chappert, J., Rossollin, F., Le Toullec, A., & Pavillon, G. Quality of suicide mortality data. *Revue d' Epidemiologie et de Sante Publique* 2002, 50: 49-62.
- Lester, D. Letter. *Medical Journal of Australia*, i, 1972, 941.
- World Health Organization (Europe). Changing patterns in suicide behaviour. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1982.
- Scott, C.L., Swartz, E., & Warburton, K. The psychological autopsy: Solving the mysteries of death. *Psychiatric Clinics of North America* 2006, 29: 805-822
- Bazas, T., Jemos, J., Stefanis, K., & Trichopoulos, D. Incidence and seasonal variation of suicide mortality in Greece. *Comprehensive Psychiatry* 1979, 20: 15-20.
- Botsis, A.J., Kapsali, A., Vaidakis, N., & Stefanis, C.N. Suicidal behaviour in Greece. In A. Schmidtke, U. Bille-Brahe, D. De Leo, & A.D. Kerckhofs (Eds.), *Suicidal behaviour in Europe: Results from the WHO/Euro multicentre study on suicidal behaviour*. Göttingen, Germany: Hogrefe & Huber 2004, 219-222
- Lionis, C., Sasarolis, S., Kasotakis, G.I., Lapidakis, G.M., & Stathopoulos, A.I. Investigation of accuracy of death certificate completion and implications on mortality statistics in Greece. *European Journal of Epidemiology* 2000, 16: 1081.
- Nikolaidis, G., Zavras, D., Bonikos, D., & Kyriopoulos, J. Trends of mortality rates during the last thirty years in Greece. *Journal of Medical Systems* 2004, 28: 607-616.
- Vougiouklakis, T., Boumba, V.A., Mitselou, A., Peschos, D., & Gerontopoulos, K. Trends in suicide mortality in the deprived region of Epirus (north-west Greece) during the period 1998-2002. *Medicine, Science, and the Law* 2005, 45: 39-46.
- Rockett, I.R.H., & Smith, G.S. Suicide misclassification in an international context. Paper presented at the Proceedings of the International Collaborative Effort on Injury Statistics, Hyattsville, MD, 1995.
- Mathers, C.D., Ma Fat, D., Inoue, M., Rao, C., & Lopez, A.D. Counting the dead and what they died from: An assessment of the global status of cause of death data. *Bulletin of the World Health Organization* 2005, 83: 171-177.
- Naghavi, M., Makela, S., Foreman, K., O'Brien, J., Pourmalek, F., & Lozano, R. Algorithms for enhancing public health utility of national causes-of-death data. *Population Health Metrics* 2010, 8: 9.

- Cooper, J., & Kapur, N. Assessing suicide risk. In D. Duffy, & T. Ryan (Eds.), *New approaches to preventing suicide: A manual for practitioners*. Philadelphia, PA: Jessica Kingsley Publishers 2004, 20-28.
- Hawton, K., & van Heeringen, K. Suicide. *Lancet* 2009, 373: 1372-1381.
- Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Cha, C.B., Kessler, R.C., & Lee, S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews* 2008, 30: 133-154.
- Canetto, S.S., & Sakinofsky, I. The gender paradox in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 1998, 28: 1-23.
- Canetto, S.S., & Lester, D. Gender, culture and suicidal behavior. *Transcultural Psychiatry* 1998, 35: 163-190.
- Yoshimasu, K., Kiyohara, C., Miyashita, K., & The Stress Research Group of the Japanese Society for Hygiene. Suicidal risk factors and completed suicide: Meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environmental Health and Preventive Medicine* 2008, 13: 243-256.
- Fazel, S., Cartwright, J., Norman-Nott, A., & Hawton, K. Suicide in prisoners: A systematic review of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry* 2008, 69: 1721-1731.
- Conwell, Y. Suicide prevention in later life: A glass half full, or half empty?. *American Journal of Psychiatry* 2009, 166: 845-848.
- Mościcki, E.K. Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatric Clinics of North America* 1997, 20: 499-517.
- Shah, A. The relationship between suicide rates and age: An analysis of multinational data from the World Health Organization. *International Psychogeriatrics* 2007, 19: 1141-1152.
- Shah, A., & De, T. Suicide and the elderly. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 1998, 2: 3-17.
- Phillips, M.R., Li, X., & Zhang, Y. Suicide rates in China, 1995-99. *Lancet* 2002, 359: 835-840.
- Hill R. M., Castellanos D., & Pettit, J. W. Suicide-related behaviors and anxiety in children and adolescents: A review. *Clinical Psychology Review* 2011, 31: 1133-1144.
- Ohring R, Apter A, Ratzoni G, Weizman R, Tyano S. & Plutchik R. State and trait anxiety in adolescent suicide attempts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1966, 35:154-157
- Murty, O.P., Cheh, L.B., Bakit, P.A., Hui, F.J., Ibrahim, Z.B., & Jusoh, N.B. Suicide and ethnicity in Malaysia. *American Journal of Forensic Medicine and Pathology* 2008, 29: 19-22.
- McClure, G.M.G. Changes in suicide in England and Wales, 1960-1997. *British Journal of Psychiatry* 2000, 176: 64-67.
- Beratis, S. Suicide in southwestern Greece 1979-1984. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1986, 74: 433-439.
- Garlow, S.J., Purselle, D., & Heninger, M. Ethnic differences in patterns of suicide across the life cycle. *American Journal of Psychiatry* 2005, 162: 319-323.
- [Scanlon SM](#), [Williams DC](#), [Schloss P.](#). Membrane cholesterol modulates serotonin transporter activity. *Biochemistry*, 2001, 40 (35), 10507-13
- McKenzie, K., Serfaty, M., & Crawford, M. Suicide in ethnic minority groups. *British Journal of Psychiatry* 2003, 183: 100-101.
- [Ross J. Baldessarini](#) & [John Hennen](#). *Harvard Review of Psychiatry Genetics of*

Suicide: An Overview, 12 (1), 2004, 1 – 13.

- Yip, P.S.F., & Tan, R.C.E. Suicides in Hong Kong and Singapore: A tale of two cities. *International Journal of Social Psychiatry* 1998, 44: 267-269.
- Lorant, V., Kunst, A.E., Huisman, M., Bopp, M., Mackenbach, J., & The EU Working Group. A European comparative study of marital status and socioeconomic inequalities in suicide. *Social Science & Medicine* 2005, 60: 2431-2441.
- Yip, P.S.F., & Thorburn, J. Marital status and the risk of suicide: Experience from England and Wales, 1982-1996. *Psychological Reports* 2004, 94: 401-407.
- Smith, J.C., Mercy, J.A., & Conn, J.M. Marital status and the risk of suicide. *American Journal of Public Health* 1988, 78: 78-80.
- Kposowa, A.J. Marital status and suicide in the national longitudinal mortality study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2000, 54: 254-261.
- Masocco, M., Pompili, M., Vichi, M., Vanacore, N., Lester, D., & Tatarelli, R. Suicide and marital status in Italy. *Psychiatric Quarterly* 2008, 70: 275-285.
- Fuhrer, R., Shipley, M.J., Chastang, J.F., Schmaus, A., Niedhammer, I., Stansfeld, S.A., et al. Socioeconomic position, health, and possible explanations: A tale of two cohorts. *American Journal of Public Health* 2002, 92: 1290-1294.
- Houweling, T.A.J., Kunst, A.E., & Mackenbach, J.P. World Health Report 2000: Inequality index and socioeconomic inequalities in mortality. *Lancet* 2001, 357: 1671-1672.
- Andrés, A.R., Collings, S., & Qin, P. Sex-specific impact of socio-economic factors on suicide risk: A population-based case-control study in Denmark. *European Journal of Public Health* 2009, 20: 265-270.
- Andrés, A.R., Collings, S., & Qin, P. Socio-economic differences in suicide risk vary by sex: A population-based case-control study of 18-65 year olds in Denmark (Development research working paper series No. 05/2008), 2008
- Collings, S., Blakely, T., Atkinson, J., & Fawcett, J. Suicide trends and social factors New Zealand 1981-1999: Analyses from the New Zealand Census Mortality Study. Wellington: Ministry of Health, 2005.
- Page, A., Morrell, S., Taylor, R., Carter, G., & Dudley, M. Divergent trends in suicide by socio-economic status in Australia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2006, 41: 911-917.
- Platt, S., & Hawton, K. Suicidal behavior and the labour market. In K. Hawton, & K. van Heeringen (Eds.), *The International Handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester, UK: John Wiley & Sons 2000, 309-384
- Skegg, K., Firth, H., Gray, A., & Cox, B. Suicide by occupation: Does access to means increase the risk?. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2010, 44: 429-434.
- Meltzer, H., Griffiths, C., Brock, A., Rooney, C., & Jenkins, R. Patterns of suicide by occupation in England and Wales: 2001-2005. *British Journal of Psychiatry* 2008, 193: 73-76.
- Collins, I.P., & Paykel, E.S. (2000). Suicide amongst Cambridge University students 1970-1996. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 128-132. doi
- Stack, S. (1996). Gender and suicide risk among artists: A multivariate analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2000, 26: 374-379.
- Kapusta, N.D., Zorman, A., Etzersdorfer, E., Ponocny-Seliger, E., Jandl-Jager, E., & Sonneck, G. Rural-urban differences in Austrian suicides. *Social*

Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2008, 43: 311-318.

- Hirsch, J.K. A review of the literature on rural suicide: Risk and protective factors, incidence, and prevention. *Crisis* 2006, 27: 189-199.
- Singh, G.K., & Siahpush, M. Increasing rural-urban gradients in US suicide mortality, 1970-1997. *American Journal of Public Health* 2002, 92: 1161-1167.
- Dudley, M., Waters, B., Kelk, N., & Howard, J. Youth suicide in New South Wales - urban rural trends. *Medical Journal of Australia* 1992, 156: 83-88.
- Middleton, N., Gunnell, D., Frankel, S., Whitley, E., & Dorling, D. Urban-rural differences in suicide trends in young adults: England and Wales, 1981-1998. *Social Science & Medicine* 2003, 57: 1183-1194.
- Pritchard, C. Suicide in the People's Republic of China categorized by age and gender: Evidence of the influence of culture on suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1996, 93: 362-367.
- Ζαχαράκης, Κ., Μαδιανός, Μ., Παπαδημητρίου, Γ., & Στεφανής, Κ. Επιδημιολογία της αυτοκτονίας στην Ελλάδα 1980-1997. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2003, 20: 191-199
- Maris, R.W., Berman, A.L., & Silverman, M.M. *Comprehensive textbook of suicidology*. New York: Guilford Press, 2000.
- Payne, I.R., Bergin, A.E., Bielema, K.A., & Jenkins, P.H. Review of religion and mental health: Prevention and the enhancement of psychosocial functioning. In K.I. Pargament, K.I. Maton, & R.E. Hess (Eds.), *Religion and prevention in mental health: Research, vision and action*. Binghamton, NY: Haworth Press 1992, 57-82.
- Gearing, R.E., & Lizardi, D. Religion and suicide. *Journal of Religion and Health* 2009, 48: 332-341.
- Lizardi, D., & Gearing, R.E. Religion and suicide: Buddhism, Native American and African religions, Atheism, and Agnosticism. *Journal of Religion and Health* 2010, 49: 377-384.
- Harwood, D.M.J., Hawton, K., Hope, T., Harriss, L., & Jacoby, R. Life problems and physical illness as risk factors for suicide in older people: A descriptive and case-control study. *Psychological Medicine* 2006, 36: 1265-1274.
- Kaplan, M.S., McFarland, B.H., Huguet, N., & Newsom, J.T. Physical illness, functional limitations, and suicide risk: A population-based study. *American Journal of Orthopsychiatry* 2007, 77: 56-60.
- Κονταξάκης, Β. Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και σωματική νόσος. *Ψυχιατρική* 2011, 22: 13-14
- Miller, M., Mogun, H., Azrael, D., Hempstead, K., & Solomon, D.H. Cancer and the risk of suicide in older Americans. *Journal of Clinical Oncology* 2008, 26: 4720-4724.
- Goldblatt, M.J., Maris, R.W., Berman, A.L., & Silverman, M.M. Physical illness and suicide. In R.W. Maris, A.L. Berman, & M.M. Silverman (Eds.), *Comprehensive textbook of suicidology*. New York: Guilford Press 2000, 342-356.
- Stenanger, E.N., & Stenanger, E. Physical illness and suicidal behavior. In K. Hawton, & K. van Heeringen (Eds.), *The International Handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester, UK: John Wiley & Sons 2000, 405-420.
- Bertolote, J.M., Fleischmann, A., De Leo, D., & Wasserman, D. Psychiatric diagnoses and suicide: Revisiting the evidence. *Crisis* 2004, 25: 147-155.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (10th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott

Williams & Wilkins, 2007

- Cavanagh, J.T.O., Carson, A.J., Sharpe, M., & Lawrie, S.M. Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine* 2003, 33: 395-405.
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., & Turecki, G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: A meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2004, 4: 37.
- Harris, E.C., & Barraclough, B. Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry* 1998, 173: 11-53.
- Goodwin, F.K., & Jamison, K.R. *Manic-depressive illness: Bipolar disorders and recurrent depression* (2nd ed.). New York: Oxford University Press, 2007.
- Palmer, B.A., Pankratz, V.S., & Bostwick, J.M. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: A reexamination. *Archives of General Psychiatry* 2005, 62: 247-253.
- Foster, T. Dying for a drink: Global suicide prevention should focus more on alcohol use disorders. *British Medical Journal* 2001, 323: 817-818.
- Schneider, B. Substance use disorders and risk for completed suicide. *Archives of Suicide Research* 2009, 13: 303-316.
- Bridge, J.A., Goldstein, T.R., & Brent, D.A. Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2006, 47: 372-394.
- Harris, E.C., & Barraclough, B. Suicide as an outcome for mental disorders: A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 1997, 170: 205-228.
- James, A., Lai, F.H., & Dahl, C. Attention deficit hyperactivity disorder and suicide: A review of possible associations. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004, 110: 408-415.
- Μουστάκα Ε., Ζάντζος Ι., Κωνσταντινίδης Θ. Εκφάνσεις του εργασιακού άγχους στην ψυχική και την σωματική υγεία. Έρευνα σε νοσηλευτικό προσωπικό, 2001.
- Spielberger C., Sarason, I. Eds. "Stress and emotion: anxiety, anger, and curiosity" Taylor & Francis 1996, 16.
- Σπυροπούλου, Α., & Κωνσταντοπούλου, Β. Αυξητική μαστών και κίνδυνος αυτοκτονίας: Μια συσχέτιση σε αναζήτηση ερμηνείας. *Ψυχιατρική* 2011, 22: 34-42.
- Kutcher, S., & Chehil, S. *Suicide risk management: A manual for health professionals*. Malden, MA: Blackwell Publishing, 2007.
- Owens, D., Horrocks, J., & House, A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review. *British Journal of Psychiatry* 2002, 181: 193-199.
- Gibb, S.J., Beautrais, A.L., & Fergusson, D.M. Mortality and further suicidal behavior after an index suicide attempt: A 10-year study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2005, 39: 95-100.
- Cooper, J., Kapur, N., Webb, R., Lawlor, M., Guthrie, E., Mackway-Jones, K., et al. Suicide after deliberate self-harm: A 4-year cohort study. *American Journal of Psychiatry* 2005, 162: 297-303.
- Hawton, K., Zahl, D., & Weatherall, R. Suicide following deliberate self-harm: Long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *British Journal of Psychiatry* 2003, 182: 537-542.
- Μαδιανός, Μ.Γ. *Εισαγωγή στην κοινωνική ψυχιατρική*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη, 2000.

- Μαδιανός, Μ.Γ. Κλινική ψυχιατρική (3η έκδ.). Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη, 2006
- Holmes, T.H., & Rahe, R.H. The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research* 1967, 11: 213-218.
- Μαδιανός, Μ.Γ. Κλινική ψυχιατρική (3η έκδ.). Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη, 2006.
- Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ. Δελτίο Τύπου: Η Κατάσταση της Υγείας στην Ελλάδα του 2015: Χρόνια Νοσήματα – Πρόσβαση στο Σύστημα Υγείας-Πρόληψη. Αποτελέσματα της μελέτης EMENO. Αθήνα, 2015
- [Ζαχαράκης Κ.](#), [Μαδιανός Μ.](#), [Παπαδημητρίου Γ](#) & [Στεφανής Κ.](#) Επιδημιολογία της αυτοκτονίας στην Ελλάδα 1980-1997. *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ* 2003, 20(2), 191-199.
- Μαδιανός, Μ.Γ., Ζάρναρη, Ο., Κατουσέλη, Α., Κοτταρίδη, Γ., Παππάς, Π., Τσακίρη, Ε., κ.ά. Υγεία και ελληνική κοινωνία: Εμπειρική έρευνα. Αθήνα: Εκδόσεις Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ), 1988.
- Μουσουύλη Π. Διερεύνηση της επίδρασης της επαγγελματικής εξουθένωσης και του άγχους στην ψυχική υγεία των αστυνομικών. Διπλωματική εργασία, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, 2016
- Gabriel, J., & Paschalis, C. The psychopathology of suicide in the north western Peloponnesus. *Psychopathology* 1991, 24: 82-87.
- Pierce A. The Economic Cycle and the Social Suicide Rate. *American Sociological Review* 1967, 32(3):457-462.
- Heikkinen, M.E., & Lönnqvist, J.K. Recent life events in elderly suicide: A nationwide study in Finland. *International Psychogeriatrics* 1995, 11: 213-218.
- Vijayakumar, L., John, S., Pirkis, J., & Whiteford, H. Suicide in developing countries (2): Risk factors. *Crisis* 2005, 26: 112-119.
- Cheng, A.T.A., Chen, T.H.H., Chen, C.C., & Jenkins, R. Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide: Case-control psychological autopsy study. *British Journal of Psychiatry* 2000, 177: 360-365.
- Yufit, R.I., & Bongar, B. Suicide, stress, and coping with life cycle events. In R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger, & R.I. Yufit (Eds.), *Assessment and prediction of suicide*. New York: Guilford Press 1992, 553-573.
- Hendin, H. *Suicide in America*. New York: W.W. Norton & Co, 1994
- Farmer, R., & Rohde, J. Effect of availability and acceptability of lethal instruments on suicide mortality: An analysis of some international data. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1980, 62: 436-446.
- Ajdacic-Gross, V., Weiss, M.G., Ring, M., Hepp, U., Bopp, M., Gutzwiller, F., et al. Methods of suicide: International suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bulletin of the World Health Organization* 2008, 86: 726-732.
- Christodoulou, C., Douzenis, A., Papadopoulos, F.C., Papadopoulou, A., Bouras, G., Gournellis, R., et al. Suicide and seasonality. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2012, 125: 127-146.
- Gunnell, D., Eddleston, M., Phillips, M.R., & Konradsen, F. The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: Systematic review. *BMC Public Health* 2007, 7: 357.
- Wu, K.C.C., Chen, Y.Y., & Yip, P.S.F. Suicide methods in Asia: Implications in suicide prevention. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2012, 9: 1135-1158.
- Leenaars, A.A. Suicide notes, communication and ideation. In R.W. Maris,

A.L. Berman, J.T. Maltzberger, & R.I. Yufit (Eds.), *Assessment and prediction of suicide*. New York: Guilford Press 1992, 337-361.

- Salib, E., Cawley, S., & Healy, R. The significance of suicide notes in the elderly. *Aging & Mental Health* 2002, 6: 186-190.
- Salib, E., El-Nimr, G., & Yakoub, M. Their last words: A review of suicide notes in the elderly. *Medicine, Science and the Law* 2002, 42: 334-338.
- O'Connor, R.C., Sheehy, N.P., & O'Connor, D.B. A thematic analysis of suicide notes. *Crisis* 1999, 20: 106-114.
- Shneidman, E.S., & Farberow, N. *Clues to suicide*. New York: McGraw-Hill, 1957.
- Shneidman, E.S. *Deaths of man*. New York: Jason Aronson, 1973.
- Shneidman, E.S. Foreword on suicide notes. In A.A. Leenaars (Ed.), *Suicide notes: Predictive clues and patterns*. New York: Human Sciences Press, 1988.
- Foster, T. Suicide note themes and suicide prevention. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 2003, 33: 323-331.
- Leenaars, A.A. Suicide notes, communication and ideation. In R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger, & R.I. Yufit (Eds.), *Assessment and prediction of suicide*. New York: Guilford Press 1992, 337-361.
- Salib, E., & Maximous, J. Intimation of intent in elderly fatal self-harm: Do the elderly who leave suicide notes differ from those who do not?. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 2002, 6: 155-161.
- Tuckman, J., Kleiner, R.J., & Lavell, M.C. Emotional content of suicide notes. *American Journal of Psychiatry* 1959, 116: 59-63.
- Bhatia, M.S., Verma, S.K., & Murty, O.P. Suicide notes: Psychological and clinical profile. *The International Journal of Psychiatry in Medicine* 2006, 36: 163-170.
- Paraschakis, A., Douzenis, A., Michopoulos, I., Christodoulou, C., Vassilopoulou, K., Koutsaftis, F., et al. Late onset suicide: Distinction between "young-old" vs. "old-old" suicide victims: How different populations are they?. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2012, 54: 136-139.
- Havaki-Kontaxaki, B.J., Papalias, E., Kontaxaki, M.E.V., & Papadimitriou, G.N. Seasonality, suicidality and melatonin. *Psychiatriki* 2010, 21: 324-331.
- Papadopoulos, F.C., Frangakis, C.E., Skalkidou, A., Petridou, E., Stevens, R.G., & Trichopoulos, D. Exploring lag and duration effect of sunshine in triggering suicide. *Journal of Affective Disorders* 2005, 88: 287-297.
- Petridou, E., Papadopoulos, F.C., Frangakis, C.E., Skalkidou, A., & Trichopoulos, D. A role of sunshine in the triggering of suicide. *Epidemiology* 2002, 13: 106-109.
- Christodoulou, C., Douzenis, A., Papadopoulos, F.C., Papadopolou, A., Bouras, G., Gournellis, R., et al. Suicide and seasonality. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2012, 125: 127-146.
- Woo, J.M., Okusaga, O., & Postolache, T.T. Seasonality of suicidal behavior. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2012, 9: 531-547.
- Nishi, M., Miyake, H., Okamoto, H., Goto, Y., & Sakai, T. Relationship between suicide and holidays. *Journal of Epidemiology* 2000, 10: 317-320.
- Zonda, T., Bozsonyi, K., Veres, E., Lester, D., & Frank, M. The impact of holidays on suicide in Hungary. *Omega: Journal of Death and Dying* 2008, 58: 153-162.

- Maldonado, G., & Kraus, J.F. Variation in suicide occurrence by time, day of the week, month & lunar phase. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 1991, 21: 174-187.
- Johnson, H., Brock, A., Griffiths, C., & Rooney, C. Mortality from suicide and drug-related poisoning by day of the week in England and Wales, 1993-2002. *Health Statistics Quarterly* 2005, 27: 13-16.
- Morselli, E. *Suicide: An essay on comparative moral statistics*. New York: Appleton, 1882.
- Williams, P., & Tansella, M. The time for suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1987, 75: 532-535.
- Voracek, M., & Loibl, L.M. Genetics of suicide: a systematic review of twin studies. *Wiener Klinische Wochenschrift* 2007, 119: 463-475.
- Kendler, K.S. "A gene for": the nature of gene action in psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry* 2005, 162: 1243-1252.
- Lin, P.I., Vance, J.M., Pericak-Vance, M.A., & Martin, E.R. No gene is an island: the flip-flop phenomenon. *American Journal of Human Genetics* 2007, 80: 531-538.
- Nierenberg, A.A., Alpert, J.E., Gaynes, B.N., Warden, D., Winsniewski, S.R., Biggs, M.M., Trivedi, M.H., Barkin, J.L., & Rush, A.J. Family history of completed suicide and characteristics of major depressive disorder: a STAR*D (sequenced treatment alternatives to relieve depression) study. *Journal of Affective Disorders* 2008, 108: 129-34.
- Mann, J.J., Brent, D.A., & Arango, V. The neurobiology and genetics of suicide and attempted suicide: a focus on the serotonergic system. *Neuropsychopharmacology* 2001, 24: 467-477.
- Voracek, M., & Tran, U.S. (2007). Dietary tryptophan intake and suicide rate in industrialized nations. *Journal of Affective Disorders* 2007, 98: 259-262.
- Delgado, P.L., Charney, D.S., Price, L.H., Aghajanian, G.K., Landis, H., & Heninger, G.R. Serotonin function and the mechanism of antidepressant action. Reversal of antidepressant-induced remission by rapid depletion of plasma tryptophan. *Archives of General Psychiatry* 1990, 47: 411-418.
- Sætre, P., Lundmark, P., Wang, A., Hansen, T., Rasmussen, H.B., Djurovic, S., Melle, I., Andreassen, O.A., Werge, T., Agartz, I., Hall, H., Terenius, L., & Jonsson, E.G. The tryptophan hydroxylase 1 (TPH1) gene, schizophrenia susceptibility, and suicidal behaviour: a multi-centre case control study and meta-analysis. *American Journal of Medical Genetics B: Neuropsychiatric Genetics* 2010, 153: 387-96.
- Bach-Mizrachi, H., Underwood, M.D., Kassir, S.A., Bakalian, M.J., Sibille, E., Tamir, H., Mann, J.J., & Arango, V. Neuronal tryptophan hydroxylase m-RNA expression in the human dorsal and median raphe nuclei: major depression and suicide. *Neuropsychopharmacology* 2006, 31: 814-824.
- Pinsonneault, J.K., Papp, A.C., & Sadee, W. Allelic mRNA expression of X-linked monoamine oxidase A (MAOA) in human brain: dissection of

epigenetic and genetic factors. *Human Molecular Genetics* 2006, 15: 2636-2649.

- Anguelova, M., Benkelfat, C., & Turecki, G. A systematic review of association studies investigating genes coding for serotonin receptors and the serotonin transporter: II. Suicidal behavior. *Molecular Psychiatry* 2003, 8: 646-653.
- Wasserman, D., Geijer, T., Sokolowski, M., Frisch, A., Michaelovsky, E., Weizman, A., Rozanov, V., & Wasserman, J. Association of the serotonin transporter promoter polymorphism with suicide attempters with suicide attempters with a high medical damage. *European Neuropsychopharmacology* 2007, 17: 230-233.
- Arango, V., Underwood, M.D., & Mann, J.J. Post-mortem findings in suicide victims. Implications for in vivo imaging studies. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1997, 836: 269-287.
- Arango, V., Underwood, M.D., & Gubbi, A.V. Serotonin brain circuits involved in major depression and suicide. *Progress in Brain Research* 2002, 136: 443-453.
- Stahl, M.S. Depression and bipolar disorders. In MS Stahl eds: *Essential Psychopharmacology* 2nd edition, Cambridge: Cambridge University Press, 2002, 170-171.
- Roy, A., Agren, H., Pichar, D., Linnoila, M., Doran, A.R., Cutler, N.R., & Paul, S.M. Reduced CSF concentrations of homovanillic acid and homovanillic acid to 5-hydroxyindoleacetic acid ratios in depressed patients: relationship to suicidal behaviour and dexamethasone nonsuppression. *American Journal of Psychiatry* 1986 143: 1539-1545.
- Ordway, G.A. Pathophysiology of the locus coeruleus in suicide. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1997, 836: 233-252.
- Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Varnik, A., Wasserman, D., Yip, P., & Hendin, H. Suicide prevention strategies: a systematic review. *Journal of the American Medical Association* 2005, 294: 2064-74.
- Lachman, H.M., Papolos, D.F., Saito, T., Yu, Y.M., Szumlanski, C.L., & Weinshilboum, R.M. Human catechol-o-methyltransferase pharmacogenetics: description of a functional polymorphism and its potential application to neuropsychiatric disorders. *Pharmacogenetics* 1996, 6: 243-250.
- Weinshilboum, R.M., Otterness, D.M., & Szumlanski, C.L. Methylation pharmacogenetics: catechol-o-methyltransferase, thiopurine methyltransferase, and histamine N-methyltransferase. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology* 1999, 39: 19-52.
- Ono, H., Shirakawa, O., Nushida, H., Ueno, Y., & Maeda, K. Association between catechol-o-methyltransferase functional polymorphism and male suicide completers. *Neuropsychopharmacology* 2004, 29: 1374-1377.
- Dawood, T., Anderson, J., Barton, D., Lambert, E., Esler, M., Hotchkin, E., Haikerwal, D., Kaye, D., & Lambert, G. Reduced overflow of BDNF

from the brain is linked with suicide risk in depressive illness. *Molecular Psychiatry* 2007, 12: 981-983.

- Kim, Y.K., Lee, H.P., Won, S.D., Park, E.Y., Lee, B.H., Lee, S.W., Yoon, D., Han, C., Kim, D.J., & Choi, S.H. Low plasma BDNF is associated with suicidal behaviour in major depression. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry* 2007, 31: 78-85.
- Huffman, J.C., & Stern, T.A., Neuropsychiatric consequences of cardiovascular medications. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 9, 29-45.
- Martinez-Carpio P.A., Barba, J., & Bedoya-Del Campillo, A. (2009). Relation between cholesterol levels and neuropsychiatric disorders. *Revista de Neurologia* 2007, 47: 261-4.
- Lalovic, A., Levy, E., Luleshi, G., Canetti, L., Grenier, E., Sequeira, A., & Turecki, G. Cholesterol content in brains of suicide completers. *International Journal of Neuropsychopharmacology* 2007, 10: 159-66.
- Sequeira, A., Klempan, T., Canetti, L., French-Mullen, J., Benkelfat, C., Rouleau, G.A., & Turecki, G. Patterns of gene expression in the limbic system of suicides with and without major depression. *Molecular Psychiatry* 2007, 12: 640-655.
- Swaab, D.F., Bao, A.M., & Lucasson, P.J. The stress system in the human brain in depression and neurodegeneration. *Ageing Research Reviews* 2005, 4: 141-194.
- Brent, D., Melhem, N., Ferrell, R., Emslie, G., Wagner, K.D., Ryan, N., Vitiello, B., Birmaher, B., Mayes, T., Zelazny, J., Onorato, M., Devlin, B., Clarke, G., DeBar, L., & Keller, M. Association of FKBP5 polymorphisms with suicidal events in the Treatment of Resistant Depression in Adolescents (TORDIA) study. *American Journal of Psychiatry* 2010, 167: 190-7.
- Sullivan Hanley, N.R., & Van de Kar, L.D. Regulation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in health and disease. *Vitamins and Hormones* 2003, 66: 189-255.
- Turecki, G. Suicidal behavior: Is there a genetic predisposition?. *Bipolar Disorders* 2001, 3: 335-349.
- Baldessarini, R.J., Tondo, L., Davis, P., Pompili, M., Goodwin, F.K., & Hennen, J. Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: A meta-analytic review. *Bipolar Disorders* 2006, 8: 625-639.
- Brent, D.A., & Mann, J.J. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics* 2005, 133C: 13-24.
- Ernst, C., Mechawar, N., & Turecki, G. Suicide neurobiology. *Progress in Neurobiology* 2009, 89: 315-333.
- Egeland, J.A., & Sussex, J.N. Suicide and family loading for affective disorders. *Journal of the American Medical Association* 1985, 254: 915-918.
- Brent, D.A., Bridge, J., Johnson, B.A., & Connolly, J. Suicidal behavior runs in families: A controlled family study of adolescent suicide victims. *Archives of General Psychiatry* 1996, 53: 1145-1152.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition, Washington, 1994.
- Linkowski, P., de Maertelaer, V., & Mendlewicz, J. Suicidal behaviour in

- major depressive illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1985, 72: 233-238.
- Fu, Q., Heath, A.C., Bucholz, K.K., Nelson, E.C., Glowinski, A.L., Goldberg, J., et al. A twin study of genetic and environmental influences on suicidality in men. *Psychological Medicine* 2002, 32: 11-24.
 - Glowinski, A.L., Bucholz, K.K., Nelson, E.C., Fu, Q., Madden, P.A.F., Reich, W., et al. Suicide attempts in an adolescent female twin sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2001, 40: 1300-1307.
 - Roy, A., Segal, N.L., & Sarchiapone, M. Attempted suicide among living co-twins of twin suicide victims. *American Journal of Psychiatry* 1995, 152: 1075-1076.
 - Roy, A., Segal, N.L., Centerwall, B.S., & Robinette, C.D. Suicide in twins. *Archives of General Psychiatry* 1991, 48: 29-32. doi: 10.1001/archpsyc.1991.01810250031003
 - Statham, D.J., Heath, A.C., Madden, P.A.F., Bucholz, K.K., Bierut, L., Dinwiddie, S.H., et al. Suicidal behaviour: An epidemiological and genetic study. *Psychological Medicine* 1998, 28: 839-855.
 - Baldessarini, R.J., Tondo, L., Davis, P., Pompili, M., Goodwin, F.K., & Hennen, J. Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: A meta-analytic review. *Bipolar Disorders* 2006, 8: 625-639.
 - Kety, S.S., Rosenthal, D., Wender, P.H., & Schulsinger, F. The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. *Journal of Psychiatric Research* 1968, 6: 345-362.
 - Wender, P.H., Kety, S.S., Rosenthal, D., Schulsinger, F., Ortmann, J., & Lunde, I. Psychiatric disorders in the biological and adoptive families of adopted individuals with affective disorders. *Archives of General Psychiatry* 1986, 43: 923-929.
 - Williams, J.M.G. Depression and the specificity of autobiographical memory. In DC Rubin, ed., *Remembering our Past: studies in Autobiographical Memory*. New York: Cambridge University Press 1996, 244-267.
 - Williams, J.M.G., Barnhofer, T., & Crane, C. The role of overgeneral memory in suicidality. In T.E., Ellis, ed., *Cognition and Suicide: Theory, Research, and Therapy*. Washington: American Psychological Association 2006, 173-192.
 - Ronningstam, E., Weinberg, I., & Maltzberger, J.T. Psychoanalytic theories of suicide. In D. Wasserman and C. Wasserman eds, *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*, Oxford: Oxford University Press 2009, 149-158.
 - Piven, J. (2001). Phallic narcissism, anal sadism, and oral discord: the case of Yukio Mishima, Part I. *Psychoanalytic Review* 2001, 88: 771-791
 - Ronningstam, E., Weinberg, I., & Maltzberger, J.T. Psychoanalytic theories of suicide. In D. Wasserman and C. Wasserman eds, *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. Oxford: Oxford University Press 2009, 149-158.
 - Kim, M.D., Hong, S.E., Lee, S.Y., Kwak, Y.S., Lee, C.I., Hwang, S.W., Shin, T.K., Lee, S.M., & Shin, J.N. Suicide risk in relation to social class: a national register-based study of adult suicides in Korea, 1999-2001. *International Journal of Social Psychiatry* 2006, 52: 138-51.

- Stark, C., Belbin, A., Hopkins, P., Gibbs, D., Hay, A., & Gunnell, D. Male suicide and occupation in Scotland. *Health Statistics Quarterly* 2006, 29: 26-29.
- Kwan, Y.K., Ip, W.C., & Kwan, P. Gender differences in suicide risk by socio-demographic factors in Hong-Kong. *Death Studies* 2005, 29: 645-663.
- Kelly, T.M., & Mann, J.J. Validity of DSM-III-R diagnosis by psychological autopsy: a comparison with clinician ante-mortem diagnosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1996, 9: 337-43.
- Makinen, H.I., & Wasserman, D. Labor market, work environment and suicide. In D. Wasserman and C. Wasserman eds, *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. Oxford: Oxford University Press 2009, 221-229.
- Agerbo, E., Gunnell, D., Bonde, J.P., Mortensen, P.B., & Nordentoft, M. Suicide and occupation: the impact of socio-economic, demographic and psychiatric differences. *Psychological Medicine* 2007, 37: 1131-1140.
- Brooks, S.D., & Harford, T.C. Occupation and alcohol-related causes of death. *Drug and Alcohol Dependence* 1992, 29: 245-51.
- Wilhelm, K., Kovess, V., Rios-Seidel, C., & Finch, A. Work and mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2004, 39: 866-73.
- Leymann, H. Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence and Victims* 1990, 5: 119-126.
- Hyde, M., Charlton, J., & Jenkins, R. Suicide deaths in England and Wales 1982-92: the contribution of occupation and geography. *Population Trends* 1995, 80: 16-25.
- Platt, S., & Hawton, K. Suicidal behaviour and the labour market. In K Hawton K and K van Heeringen, eds., *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. Chichester: John Wiley and Sons 2000, 309-384.
- Kposowa, A.J. Unemployment and suicide: a cohort analysis of social factors predicting suicide in the US National Longitudinal Mortality Study. *Psychological Medicine* 2001, 31: 645-652.
- Qin, P., Agerbo, E., & Mortensen, P.B. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *American Journal of Psychiatry* 2003, 160: 765-772.
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet* 2009, 374: 315-23.
- Schwartz, A.J. (2006). Four areas of study of college student suicide in the United States: 1920-2004. *Journal of the American College Health* 2006, 54: 353-366.
- Lizardi, D., & Gearing, R.E. (2010). Religion and suicide: Buddhism, Native American and African religions, Atheism, and Agnosticism. *Journal of Religion and Health* 2010, 49: 377-84.
- Simpson, M.E., & Conklin, G.H. Socio-economic development, suicide, and religion: a test of Durkheim's theory of religion and suicide. *Social Forces* 1989, 67: 945-964.
- Malone, K.M., Oquendo, M.A., Haas, G.L., Ellis, S.P., Li, S., & Mann, J.J.

Protective factors against suicidal acts in major depression: reasons for living. *American Journal of Psychiatry* 2000, 157: 1084-1088.

- Neeleman, J. Regional suicide rates in the Netherlands: does religion still play a role? *International Journal of Epidemiology* 1998, 27: 466-472.
- Van Praag, H.M. The role of religion in suicide prevention. In D Wasserman and C Wasserman eds, *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. Oxford: Oxford University Press 2009, 7-12.
- Van Praag, H.M. Psychiatry and religion. An unconsummated marriage. In G Glas, HM Spero, P Verhagen et al., eds, *Hearing Visions and Seeing Voices, Psychological Aspects of Biblical Concepts and Personalities*. New York: Kluwer Academic Publishers 2007, 9-19.
- Neeleman, J., & Lewis, G. Suicide, religion, and socioeconomic conditions. An ecological study in 26 countries, 1990. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1994, 53: 204-210.
- Henriksson, M.H., Aro, H.A., Marttunen M.J., Heikkinen, M.E., Isometsa, E.I., Kuoppasalmi, K.I., & Lonnqvist, J.K. Mental disorders and comorbidity in suicide. *American Journal of Psychiatry* 1993, 150: 935-940.
- Harris, E.C., & Barraclough, B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 1997, 170: 205-228.
- Bondy, B., Buettner, A., & Zill, P. Genetics of suicide. *Molecular Psychiatry* 2006, 11: 336-351.
- Hunt, I.M., Kapur, N., Robinson, J., Shaw, J., Flynn, S., Bailey, H., Meehan, J., Bickley, H., Burns, J., Appleby, L., & Parsons, R. Suicide within 12 months of mental health service contact in different age and diagnostic groups. National clinical survey. *British Journal of Psychiatry* 2006, 188: 135-142.
- Schneider, B., Wetterling, T., Sargk, D., Schneider, F., Schnabel, A., Maurer, K., & Fritze, J. Axis I disorders and personality disorders as risk factors for suicide. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2006, 256: 17- 27.
- Schneider, B., Georgi, K., Weber, B., Schnabel, A., Ackermann, H., & Wetterling, T. Risk factors for suicide in substance-related disorders. *Psychiatrische Praxis* 2006, 33: 81-7.
- Lonnqvist, J. Major psychiatric disorders in suicide and suicide attempters. In D. Wasserman and C. Wasserman eds, *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. Oxford: Oxford University Press 2009, 275-285.
- Simon, G.E., & Von Korff, M. Suicide mortality among patients treated for depression in an insured population. *American Journal of Epidemiology* 1998, 147: 155-160.
- McGirr, A., Paris, J., Lesage, A., Renaud, J., & Turecki, G. (2007). Risk factors for suicide completion in borderline personality disorder: a case-control study of cluster B comorbidity and impulsive aggression. *Journal of Clinical Psychiatry* 2007, 68: 721-729.
- McGirr, A., Renaud, J., Seguin, M., Alda, M., Benkelfat, C., Lesage, A., & Turecki, G. An examination of DSM-IV depressive symptoms and risk for suicide completion in major depressive disorder: a psychological autopsy study. *Journal of*

Affective Disorders 2007, 97: 203-209.

- Dumais, A., Lesage, A.D., Alda, M., Rouleau, G., Dumont, M., Chawky, N., Roy, M., Mann, J.J., Benkelfat, C., & Turecki, G. Risk factors for suicide completion in major depression: a case-control study of impulsive and aggressive behaviours in men. *American Journal of Psychiatry* 2005, 162: 2116-2124.
- Kilbane, E.J., Gokbayrak, N.S., Galynker, I., Cohen, L., & Tross, S. A review of panic and suicide in bipolar disorder: does comorbidity increase risk? *Journal of Affective Disorders* 2009, 115: 1-10.
- Isometsa, E.T., & Lonnqvist, J.K. Suicide attempts preceding completed suicide. *British Journal of Psychiatry* 1998, 173: 531-5.
- Kovacsics, C.E., Gottesman, I.I., & Gould, T.D. Lithium's antisuicidal efficacy: elucidation of neurobiological targets using endophenotype strategies. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology* 2009, 49: 175-98.
- Cipriani, A., Pretty, H., Hawton, K., & Geddes, J.R. Lithium in the prevention of suicidal behaviour and all-cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomized trials. *American Journal of Psychiatry* 2005, 162: 1805-19.
- Guzzetta, F., Tondo, L., Centorrino, F., & Baldessarini, R.J. Lithium treatment reduces suicide risk in recurrent major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 2007, 68: 380-3.
- Palmer, B.A., Pankratz, V.S., & Bostwick, J.M. The lifetime risk of suicide in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 2005, 62: 247-253.
- Besnier, N., Gavaudan, G., Navez, A., Adida, M., Jolland, F., Courtet, P., & Lancon, C. Clinical features of suicide occurring in schizophrenia (I). Risk-factors identification. *Encephale* 2009, 35: 176-81.
- Haukka, J., Suominen, K., Partonen, T., & Lonnqvist, J. Determinants and outcomes of serious attempted suicide: a nationwide study in Finland from 1996 to 2003. *American Journal of Epidemiology* 2008, 167: 1155-63.
- Heila, H., Haukka, J., Suvisaari, J., & Lonnqvist, J. Mortality among patients with schizophrenia and reduced psychiatric hospital care. *Psychological Medicine* 2005, 35: 725-732.
- Kontaxakis, V., Havaki-Kontaxaki, B., Margariti, M., Stamouli, S., Kollias, C., & Christodoulou, G. Suicidal ideation in inpatients with acute schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry* 2004, 49: 476-9.
- Apter, A., Krispin, O., & Bursztein, C. Psychiatric disorders in suicide and suicide attempters. In D Wasserman and C Wasserman eds, *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. Oxford: Oxford University Press 2009, 653-660.
- Tiihonen, J., Wahlbeck, K., Lonnqvist, J., Klaukka, T., Ioannidis, J.P., Volavka, J., & Haukka, J. Effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of patients in community care after first hospitalization due to schizophrenia and schizoaffective disorder: observational followup study. *British Medical Journal* 2006, 333: 224-227.
- Assenjo Lobos, C., Komossa, K., Rummel-Kluge, C., Hunger, H., Schmid, F., Schwartz, S., & Leucht, S. Clozapine versus other atypical antipsychotics for

schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010.

- Hawgood, J., & De Leo, D. Anxiety disorders and suicidal behaviour: an update. *Current Opinion in Psychiatry* 2008, 21: 51-64.
- Boden, J.B., Ferguson, D.M., & Horwood, L.J. Anxiety disorders and suicidal behaviours in adolescence and young adulthood: findings from a longitudinal study. *Psychological Medicine* 2007, 37: 431-440.
- Kamath, P., Reddy, Y.C.J., & Kandavel, T. Suicidal behaviour in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 2007, 68: 1741-1750.
- Diaconu, G., & Turecki, G. Panic disorder and suicidality: is comorbidity with depression the key? *Journal of Affective Disorders* 2007, 104: 203- 209.
- Kilbane, E.J., Gokbayrak, N.S., Galynger, I., Cohen, L., & Tross, S. A review of panic and suicide in bipolar disorder: does comorbidity increase risk? *Journal of Affective Disorders* 2009, 115: 1-10.
- Kessler, R.C., Borges, G., & Walters, E.E. Prevalence and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 1999, 56: 617-626.
- Krysinska, K., & Lester, D. Post-traumatic stress disorder and suicide risk: a systematic review. *Archives of Suicide Research* 2010, 14: 1-23.
- Pompili, M., Mancinelli, I., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. Suicide in anorexia nervosa. A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders* 2004, 36: 99-103
- Berkman, N.D., Lohr, K.N., & Bulik, C.M. Outcomes of eating disorders: a systematic review of the literature. *International Journal of Eating Disorders* 2007, 40: 293-309.
- Coklo, M., Stemberga, V., Cuculic, D., Sosa, I., Jerkovic, R., & Bosnar, A. The methods of committing suicide and alcohol intoxication of suicides in Southwestern Croatia from 1996 to 2005. *Collegium Antropologicum, Suppl* 2008, 2: 123-5.
- Flensburg-Madsen, T., Knop, J., Mortensen, E.L., Becker, U., Sher, L., & Gronbaek, M. Alcohol use disorders increase the risk of completed suicide—irrespective of other psychiatric disorders. A longitudinal cohort study. *Psychiatry Research* 2009, 167: 123-30.
- Inskip, H.M., Harris, E.C., & Barraclough, B. Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 1998, 172: 35-37.
- Harris, E.C., & Barraclough, B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 1997, 170: 205-228.
- Wilcox, H.C., Conner, K.R., & Caine, E.D. Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide; an empirical review of cohort studies. *Drug and Alcohol Dependence* 2004, 76S: S11-S19.
- Garlow, S.J. Age, gender, and ethnicity differences in patterns of cocaine and ethanol use preceding suicide. *American Journal of Psychiatry* 2002, 159: 615-619.
- Pirkola, S., Isometsa, E., & Lonnqvist, J. Do means matter? Differences in characteristics of Finnish suicide completers using different methods. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2003, 191: 745-750.
- Abeyasinghe, R., & Gunnell, D. Psychological autopsy study of suicide in three rural and semi-rural districts of Sri Lanka. *Social Psychiatry and*

Psychiatric Epidemiology 2008, 43: 280-285.

- Bilban, M., & Skibin, L. Presence of alcohol in suicide victims. *Forensic Sciences International* 2005, 17: S9-12.
- Wasserman, D. *Depression: The Facts*. Oxford: Oxford University Press
- Oei, T.P., Foong, T., & Casey, L.M. Number and type of substances in alcohol and drug-related completed suicides in an Australian sample. *Crisis* 2006, 27: 72-76.
- Brady, J. The association between alcohol misuse and suicidal behaviour. *Alcohol and Alcoholism* 2006, 41: 473-478.
- Pirkola, S., Isometsa, E.T., Heikkinen, M.E., & Lonnqvist, J.K. Suicides of alcohol misusers and non-misusers in a nationwide population. *Alcohol and Alcoholism* 2000, 35: 70-75.
- Vijayakumar, L., Kumar, M.S., & Vijayakumar, V. Substance use and suicide. *Current Opinion in Psychiatry* 2011, 24: 197-202.
- Makhija, N.J. Childhood abuse and adolescent suicidality: a direct link and an indirect link through alcohol through and substance misuse. *International Journal of Adolescent Mental Health* 2007, 19: 45-51.
- Chabrol, H., Chauchard, E., & Girabet, J. Cannabis use and suicidal behaviours in high-school students. *Addictive Behaviors* 2008 33: 152-5.
- Chabrol, H., Mabila, J.D., & Chauchard, E. Influence of cannabis use on suicidal ideations among 491 high-school students. *Encephale* 2008, 34: 270- 3.
- Hagihara, A., Tarumi, K., & Abe, T. (2007). Media suicide-reports, Internet use and the occurrence of suicides between 1987 and 2005 in Japan. *BMC Public Health* 2007, 7: 321.
- Βασιλαματζής, Γ., & Κοκκώση, Μ., (2006). Διαταραχές Προσωπικότητας. Στο: Σολδάτου, Κ., & Λύκουρα, Λ., *Σύγγραμμα Ψυχιατρικής* 2006, 459-460.
- Oumaya, M., Friedman, S., Pham, A., Abou Abdallah, T., Guelfi, J.D., & Rouillon, F. *Encephale* 2008, 34: 452-8.
- Δουζένης, Α., & Λύκουρας, Ε. Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας. Στο: Δουζένη, Α., & Λύκουρα, Ε., *Ψυχιατροδικαστική* 2008, 224-238.
- Duberstein, P.R., Conwell, Y., & Cox, C. Suicide in widowed persons: a psychological autopsy comparison of recently and remotely bereaved older subjects. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 1998, 6: 328-334.
- Juurlink, D.N., Herrmann, N., Szalai, J.P., Kopp, A., & Redelmeier, D.A. Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Archives of Internal Medicine* 2004, 164: 1179-1184.
- Massie, M.J., & Greenberg D.B. Oncology. In J. Levenson, ed, *Essentials of Psychosomatic Medicine*. Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc 2007, 109-129.
- Kontaxakis, V.P. Suicidal behaviour and physical illness. *Psychiatrike* 2011, 22: 13-6.
- Kontaxakis, V.P., Christodoulou, G.N., Mavreas, V.G., & Havaki-Kontaxaki B.J. Attempted suicide in psychiatric outpatients with concurrent physical illness. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1988, 50: 201-6.
- Arciniegas, D.B., Anderson, C.A. Suicide in Neurologic Illness. *Current Treatment Options in Neurology* 2002, 4: 457-468.

- Kishi, Y., Robinson, R.G., & Koshier, J.T. Suicidal ideation among patients with acute life-threatening physical illness: patients with stroke, traumatic brain injury, myocardial infarction, and spinal cord injury. *Psychosomatics* 2001, 42: 382-390.
- Teasdale, T.W., & Engberg, A.W. Suicide after a stroke: a population study. *Journal of Epidemiological and Community Health* 2001, 55: 863-866.
- De Vivo, M.J., Black, K.S., Scott Richards, J., & Stover, S.L. Suicide following spinal cord injury. *Paraplegia* 1991, 29: 620-627.
- Stenager, E.N., & Stenager, E. Suicide in patients with neurological diseases. Methodological problems. Literature review. *Archives of Neurology* 1992, 49: 1296-1303.
- Barraclough, B.M. The suicide rate of epilepsy. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1987, 76: 339-345.
- Nilsson, L., Ahlbom, A., Farahmand, B.Y., Asberg, M., Tomson, T. Risk factors for suicide in epilepsy: a case control study. *Epilepsia* 2002, 43: 644-651.
- Jones, J.E., Hermann, B.P., Barry, J.J., Gilliam, F.G., Kanner, A.M., & Meador, K.J. Rates and risk factors for suicide, suicidal ideation, and suicide attempts in chronic epilepsy. *Epilepsy & Behaviour* 2003, 4: 31-38.
- Kalinin, V.V., & Polianskii, D.A. Suicide risk factors in epileptic patients. *Zhurnal Nevrologii i Psikhiatrii Imeni S.S Korsakova* 2003, 103: 18-21.
- Mainio, A., Alamaki, K., Karvonen, K., Hakko, H., Sarkioja, T., & Rasanen, P. Depression and suicide in epileptic victims: a population-based study of suicide victims during the years 1988-2002 in northern Finland. *Epilepsy Behavior* 2007, 11: 389-93.
- Fredrikson, S., Cheng, Q., Jiang, G.X., & Wasserman, D. Elevated suicide risk among patients with multiple sclerosis in Sweden. *Neuroepidemiology* 2003, 22: 46-52
- Innos, K., Rahu, K., Rahu, M., & Baburin, A. Suicide among cancer patients in Estonia: a population-based study. *European Journal of Cancer* 2003, 39: 2223-2238.
- Allebeck, P., Bolund, C., & Ringback, G. Increased suicide rate in cancer patients. *Journal of Clinical Epidemiology* 1989, 42: 611-616.
- Gradus, J.L., Qin, P., Lincoln, A.K., Miller, M., Lawler, E., Sorensen, H.T., & Lash, T.L. *Inflammatory Bowel Diseases* 2010, 16: 2158-61.
- Fuller-Thomson, E., & Sulman, J. Depression and inflammatory bowel disease: findings from two nationally representative Canadian surveys. *Inflammatory Bowel Diseases* 2006, 12: 697-707.
- Bach, S., Stenager, E.N., & Stenager, E. Suicide in patients with motor neuron disease. *Behavioural Neurology* 1994, 7: 3-4.
- Almqvist, E.W., Bloch, M., Brinkman, R., Craufurd, D., & Hayden, M.R. A worldwide assessment of the frequency of suicide, suicide attempts, or psychiatric hospitalization after predictive testing for Huntington's disease. *American Journal of Human Genetics* 1999, 64: 1293-1304.
- Breslau, N., Davis, G.C., & Andreski, P. Migraine, psychiatric disorders and suicide attempts: an epidemiological study of young adults. *Psychiatry Research* 1991, 37: 11-23.

- Myslobodsky, M., Lalonde, F.M., & Hicks, L. Are patients with Parkinson's disease suicidal? *Journal of Geriatry, Psychiatry and Neurology* 2001, 143: 120-124.
- Kummer, A., Cardoso, F., & Teixeira, A.L. Suicidal Ideation in Parkinson's disease. *CNS Spectrums* 2009, 14: 431-6.
- Νούλη Αυγέρη και Ποιμενίδου Γεωργία, Πτυχιακή Εργασία, Απόπειρες Αυτοκτονίας στην Εφηβική Ηλικία, Θεσσαλονίκη 2008.
- Kapusta ND, Zorman A, Etzersdorfer E, Pononcnny-Seliger E, Jandi-Jager E, Sonneck G. Rural-urban differences in Austrian suicides. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008, 43:311-318
- Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2002, 159:909-916
- Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet* 2009, 373:1372- 1381
- Κονταξάκης ΒΠ, Χαβάκη-Κονταξάκη Μ. Η αυτοκτονικότητα στη σχιζοφρένεια: παράγοντες κινδύνου. Στο: *Τμητικός Τόμος, Χριστοδούλου ΓΝ. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις* 2011:282-288
- Kontaxakis VP. Suicide and mental disorders. *Psychiatriki* 1995, 6:233-241
- Κονταξάκης ΒΠ, Χριστοδούλου ΓΝ. Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά: τάσεις και προβληματισμοί. Στο: *Θέματα Προληπτικής Ψυχιατρικής. Τόμος Α' (Επιμ. Έκδ: Χριστοδούλου Γ, Κονταξάκης Β, Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα* 1994:267- 275
- Appleby L, Shaw J, Amos T, McDonnell R, Harris C, McCann K et al. Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *BMJ* 1999, 318:1235-1239
- Oxman TE, Dietrich AJ, Schulberg HC. The depression care manager and mental health specialist as collaborators within primary care. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2003, 11:507-516
- Feldman MD, Franks P, Duberstein PR, Vannoy S, Epstein R, Kravitz RL. Let's not talk about it: suicide inquiry in primary care. *Ann Fam Med* 2007, 5:412-418.
- Λιονής Χ. Συχνότητα των ψυχικών διαταραχών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ο Ρόλος του Ιατρού Γενικής-Οικογενειακής Ιατρικής: Εμπειρίες από την Ελλάδα. *Ψυχιατρική* 2003, 1:20-23
- Argyriadou S, Lionis C. Research in Primary care mental health in Greece. *Ment Health Fam Med* 2009, 6:229-231
- Giotakos O. Suicidal ideation, substance abuse, and sense of coherence in Greek male conscripts. *Military Med* 2003, 168:447-450
- Γιωτάκος Ο. Συννοσηρότητα αυτοκτονικότητας και χρήσης τοξικών ουσιών σε νεοσύλλεκτους στρατιώτες. *Ιατρ Επιθ Ενόπλων Δυνάμ* 2003, 37:57-63
- Margariti MM, Kontaxakis VP, Madianos M, Feretopoulos G, Kollias K, Paplos K et al. Psychiatric education: a survey of Greek trainee psychiatrists. *Med Educ* 2002, 36:622-625
- Semrau M, Barley EA, Law A, Thornicroft G. Lessons learned in developing community mental health in Europe. *World Psychiatry* 2011, 10:217-225
- Giotakos O. Financial crisis and mental health. *Psychiatriki* 2010, 21:195-204
- Marmot MG, Bell R. How will the financial crisis affect health? *BMJ* 2009,

338:b1314

- Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crisis and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet* 2009, 374:315–323
- Giotakos O, Karabelas D, Kafkas A. Financial crisis and mental health in Greece. *Psychiatriki* 2011, 22:109–119

Παράρτημα 1

Ερωτηματολόγιο

Αγαπητοί συμμετέχοντες,

Στο πλαίσιο του Προπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας» τμήμα Νοσηλευτικής του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Κρήτης διεξάγεται η παρούσα ερευνητική μελέτη με τίτλο: «Διερεύνηση του φαινομένου των αυτοκτονιών».

Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή των απόψεων σας για την παρουσία τάσης ή προδιάθεσης για αυτοκτονική συμπεριφορά. Διαβάστε προσεκτικά τις ακόλουθες οδηγίες προτού συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο.

Για κάθε απάντηση σημειώστε το γράμμα (X). Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Ζητούμε μόνο την προσωπική σας άποψη. Μη σκέφτεστε..πολύ,..απαντήστε..αυθόρμητα.

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και ανώνυμη. Δεν θα αναφέρετε προσωπικά σας στοιχεία στο ερωτηματολόγιο και οι απαντήσεις σας θα είναι εμπιστευτικές, δεν θα δημοσιοποιηθούν, αλλά θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου αποτελεί αποδοχή συμμετοχής σας στην έρευνα.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΘΕΡΜΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ

ΟΙ ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΑΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ

Νάσκα Μανιόλα,

Ανεθρεπτάκη Αικατερίνη,

Τσικρισάκης Γεώργιος

Η ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ

Μανιού Μαρία Msc, Phd(c)

1. Α. Άντρας

Β. Γυναίκα

2. Ποια είναι η ηλικία σας; [.....]

3. Οικογενειακή κατάσταση:

Α. Άγαμος	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Β. Έγγαμος	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Γ. Σε Διάσταση	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Δ. Ζείτε μόνος σας	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Ε. Χηρία	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Φ. Διαζευγμένος/η	ΝΑΙ	ΟΧΙ

4. Έχετε παιδιά;

Α. ΟΧΙ

Β. ΝΑΙ Προσδιορίστε τον αριθμό των παιδιών.....

5. Επίπεδο σπουδών:

Α. Απολυτήριο δημοτικού

Β. Απολυτήριο Γυμνασίου

Γ. Απολυτήριο Λυκείου

Δ. Πτυχίο ΑΕΙ ή Πτυχίο ΤΕΙ

Ε. Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Ειδίκευσης (Master)

ΣΤ. Διδακτορικό Δίπλωμα.

6. Το ετήσιο ΑΤΟΜΙΚΟ εισόδημα είναι πάνω από 4,500 ευρώ ? **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

7. Το ετήσιο ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ σας εισόδημα είναι πάνω από 9,500 ? **ΝΑΙ**
ΟΧΙ

8. Επαγγελματική Κατάσταση:

A. Δημόσιος Υπάλληλος

B. Ιδιωτικός Υπάλληλος ή Ελεύθερος Επαγγελματίας

Γ. Συνταξιούχος Δημοσίου

Δ. Συνταξιούχος Ιδιωτικού Ταμείου

E. Άνεργος πάνω από ένα έτος ? **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**

Η κλίμακα Εκτίμησης του Κινδύνου Αυτοκτονικότητας (RASS)

Παρακαλώ απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις σημειώνοντας στα δεξιά αυτό που αντιστοιχεί καλύτερα σ' αυτό που ισχύει για σας κατά την τελευταία εβδομάδα

		Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πάρα πολύ
1.	Φοβάστε ότι θα πεθάνετε;				
2.	Σκέφτεστε καθόλου ότι θα ήταν καλύτερα αν πεθαίνατε;				
3.	Πιστεύετε ότι είναι υπέροχο πράγμα που είστε ζωντανός/η τώρα;				
4.	Έχεις αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;				
5.	Σκέφτεστε να κάνετε κακό στον εαυτό σας με κάποιον τρόπο;				
6.	Σκέφτεστε συχνά να αυτοκτονήσετε αν σας δοθεί η ευκαιρία;				
7.	Στη σκέψη σας κάνετε σχέδια για τον τρόπο με τον οποίο θα μπορούσατε να δώσετε τέλος στη ζωή σας;				
8.	Σκέφτομαι να αυτοκτονήσω αλλά δεν θα το κάνω				
9.	Απολαμβάνετε τη ζωή;				
10.	Νιώθετε κουρασμένος από τη ζωή σας;				
11.	Κατά τη διάρκεια της ζωής σας έχετε ποτέ τραυματίσει τον εαυτό σας με κάποιον τρόπο επίτηδες;	Ποτέ	Μια φορά	2–3 φορές	Πολλές φορές
12.	Κατά τη διάρκεια της ζωής σας έχετε κάνει ποτέ απόπειρα αυτοκτονίας;	Ποτέ	Μια φορά	2–3 φορές	Πολλές φορές

Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberger
State-Trait Anxiety Inventory, Trait Anxiety

Οδηγίες: Παρακάτω δίνεται ένας αριθμός φράσεων που οι άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε κάθε πράγμα και κατόπιν κυκλώστε τον αντίστοιχο αριθμό στα δεξιά της φράσης για να δείξετε πως αισθάνεστε συνήθως. Δεν υπάρχουν σωστές κα λάθος απαντήσεις. Μην ξοδεύετε πολλή ώρα για κάθε φράση, αλλά δώστε την απάντηση πιο καλά σε αυτό που αισθάνεστε γενικά.

		Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα
1	Αισθάνομαι ευχάριστα	1	2	3	4
2	Κουράζομαι εύκολα	1	2	3	4
3	Μου έρχεται να βάλω τα κλάματα	1	2	3	4
4	Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένη, όσο οι άλλοι φαίνονται να είναι	1	2	3	4
5	Μέσω πίσω στις δουλειές μου, γιατί δεν μπορώ να αποφασίσω αρκετά γρήγορα	1	2	3	4
6	Αισθάνομαι αναπαυμένος-η	1	2	3	4
7	Είμαι ήρεμος-η, ψύχραιμος-η και συγκεντρωμένος-η	1	2	3	4
8	Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται ώστε να μην μπορώ να τις ξεπεράσω	1	2	3	4
9	Ανησυχώ παρά πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία	1	2	3	4
10	Είμαι ευτυχισμένος-η	1	2	3	4
11	Έχω την τάση να παίρνω τα πράγματα δύσκολα	1	2	3	4
12	Μου λείπει η αυτοπεποίθηση	1	2	3	4
13	Αισθάνομαι ασφαλής	1	2	3	4
14	Προσπαθώ να αποφεύγω την αντιμετώπιση μιας κρίσης ή δυσκολίας	1	2	3	4
15	Αισθάνομαι θλιμμένος-η	1	2	3	4
16	Είμαι ικανοποιημένος-η	1	2	3	4
17	Κάποια ασήμαντη σκέψη που περνά από το μυαλό και με ενοχλεί	1	2	3	4
18	Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά ώστε δεν μπορώ να τις διώξω από τις σκέψεις μου	1	2	3	4
19	Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας	1	2	3	4
20	Έρχομαι σε μια κατάσταση έντασης	1	2	3	4

Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberger
Strait-Trait Anxiety Inventory, State Anxiety

Οδηγίες: Παρακάτω δίνεται ένας αριθμός φράσεων που οι άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε κάθε φράση και κατόπιν κυκλώστε τον αντίστοιχο αριθμό στα δεξιά για να δείξετε πως αισθάνεστε τώρα, δηλαδή αυτή τη στιγμή. Δεν υπάρχουν σωστές και λάθους απαντήσεις. Μη ξοδεύετε πολλή για την κάθε φράση, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να ταιριάζει πιο καλά σε αυτό που αισθάνεστε τώρα.

		Καθόλου	Κάπως	Μέτρια	Πάρα πολύ
1	Αισθάνομαι ήρεμος-η	1	2	3	4
2	Αισθάνομαι ασφαλής	1	2	3	4
3	Νιώθω μια εσωτερική ένταση	1	2	3	4
4	Είμαι στενοχωρημένος-η	1	2	3	4
5	Αισθάνομαι άνετα	1	2	3	4
6	Αισθάνομαι αναστατωμένος-η	1	2	3	4
7	Ανησυχώ αυτή τη στιγμή για ενδεχόμενες ατυχίες	1	2	3	4
8	Αισθάνομαι αναπαυμένος-η	1	2	3	4
9	Αισθάνομαι άγχος	1	2	3	4
10	Αισθάνομαι βολικά	1	2	3	4
11	Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση	1	2	3	4
12	Αισθάνομαι νευρικότητα	1	2	3	4
13	Έχω μια νευρική τρεμούλα	1	2	3	4
14	Βρίσκομαι σε διέγερση	1	2	3	4
15	Είμαι χαλαρωμένος-η	1	2	3	4
16	Αισθάνομαι ικανοποιημένος-η	1	2	3	4
17	Ανησυχώ	1	2	3	4
18	Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή	1	2	3	4
19	Αισθάνομαι χαρούμενος-η	1	2	3	4
20	Αισθάνομαι ευχάριστα	1	2	3	4

Charles Spielberger (Α. ΛΙΑΚΟΥ και C. SPIELBERGER : (προσαρμογή Λιάκος Α. και Σ. Γιαννίτση): Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης, (Spielberger State Trait Anxiety Scale (STAI)). Στάθμιση σε μεγαλύτερο δείγμα κλινικού και υγειούς πληθυσμού από Τάνια Αναγνωστοπούλου και Γρηγόρη Κιοσέογλου.

Παράρτημα 2

Ζητηση Αδειας Για Πτυχιακη Εργασια

alketa naska shkolla1978@gmail.com

to kostasfountoul.

Sent: Sunday, November 13, 2016 1:56 PM

Για σας,

Είμαστε μια ομάδα φοιτητων τμημα Νοσηλευτικη απο ΑΤΕΙ Ηρακλειο Κρητης
Επιθυμουμε ευγενικα να σας ζητησουμε γραπτη μεσω email την αδεια σας για να
χρησιμοποιησουμε το ερωτηματολογιο που εχετε αναρτησει στον αθρο με
τιτλο:Η ανάπτυξη της Κλίμακας Εκτίμησης του Κινδύνου Αυτοκτονικότητας:Μια μελέτη
σε γενικό πληθυσμό*

Σκοπος μας ειναι να συγκεντρωσουμε τα στατιστικα απο το μοιρασμα του στο γενικο
πλυθυσμο στην περιοχη της Κρητης για να μπορεσουμε να παρουμε τα αποτελεσματα
για να φτιαξουμε το παραρτημα στην ερευνα που κανουμε,

Τα ονοματα μας ειναι:Τσικριτσακις Γεωργος,Ανεθρεπτακι Αικατερινη,Νασκα Μανιολα,ο
τιτλος της ερευνας μας ειναι "Διερευνηση του φαινομενου των αυτοκτονιων",αμα θελετε
περισσοτερες πληροφοριες για μας ζητηστε μας,

Η εποπτρια μας ειναι:

Μανιου Μαρια

mmaniou@hotmail.com

θα περιμενουμε την απαντηση σας

Με εκτιμηση η ομαδα φοιτητων

Kostas N Fountoulakis kostasfountoulakis@gmail.com

to mmaniou, me

Καλησπερα. Είναι public domain



Ινστιτούτο Ψυχολογίας & Υγείας

Έδρα: 6, Θεσσαλονίκη 546 40 • Τηλ./Fax: 031 865.525 • e-mail: ipsy@otenet.gr • <http://www.otenet.gr/ipsy>

11 Νοεμβρίου 2016

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Οι φοιτητές Τσικριτσάκης Γεώργιος, Αναθρεπτάκη Αικατερίνη και Νάσκα Μανιόλα του Τμήματος Νοσηλευτικής στα ΤΕΙ Κρήτης έχουν την άδεια να χρησιμοποιήσουν το ερωτηματολόγιο Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (Μετάφραση/Προσαρμογή υπό Α. Λιάκου) το οποίο έχω σταθμίσει, για την έρευνα που διεξάγουν σχετικά με τίτλο "Διερεύνηση του φαινομένου των αυτοκτονιών".

Τάνια Αναγνωστοπούλου, Ph.D.

Κλινική Ψυχολόγος



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ -
Γ.Ν. "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ"
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ



ΝΙΚΟΣ ΧΑΤΖΗΤΑΚΗΣ
Γ.Ν. "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ"

ΠΡΑΚΤΙΚΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ 12/10-11-2015

ΑΠΟΦΑΣΗ 71
ΘΕΜΑ 3

Εισήγηση για την έγκριση ή απόρριψη διεξαγωγής ερευνητικής εργασίας στο πλαίσιο εκπόνησης πτυχιακής εργασίας των Αναθρεπτάκη Αικατερίνης, Τσικριτσάκη Γεωργίου και Νάσκα Μανιόλα φοιτητών του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής ΣΕΥΠ του ΤΕΙ Κρήτης, με θέμα: "Διερεύνηση του φαινομένου των αυτοκτονιών"

Το ΕΠΣΥ αφού έλαβε υπόψη:

- α) την αριθμ. πρωτ. 12301/10-11-2015 αίτηση των Αναθρεπτάκη Αικατερίνης, Τσικριτσάκη Γεωργίου και Νάσκα Μανιόλα φοιτητών του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής ΣΕΥΠ του ΤΕΙ Κρήτης, που ζητούν έγκριση διεξαγωγής ερευνητικής εργασίας στο πλαίσιο εκπόνησης πτυχιακής εργασίας των με θέμα: "Διερεύνηση του φαινομένου των αυτοκτονιών"
- β) τα σχετικά συνημμένα:
 - 1) το αριθμ. πρωτ.:2672/29-10-2015 έγγραφο του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής ΣΕΥΠ του ΤΕΙ Κρήτης με το οποίο ανατίθεται στους φοιτητές Αναθρεπτάκη Αικατερίνη, Τσικριτσάκη Γεωργίου και Νάσκα Μανιόλα η εκπόνηση πτυχιακής εργασίας με θέμα: "Διερεύνηση του φαινομένου των αυτοκτονιών", με επιβλέπουσα την πτυχιακή εκπαιδευτικό την κ. Μανιού Μαρία
 - 2) πρωτόκολλο πτυχιακής εργασίας και ερωτηματολόγια
 - γ) τη θετική εισήγηση της Επιτροπής Έρευνας του Νοσοκομείου μας
 - δ) τη διαλογική συζήτηση

ομόφωνα αποφασίζει

- Α. Εισηγείται θετικά για την έγκριση διεξαγωγής ερευνητικής εργασίας στο πλαίσιο εκπόνησης πτυχιακής εργασίας των Αναθρεπτάκη Αικατερίνης, Τσικριτσάκη Γεωργίου και Νάσκα Μανιόλα φοιτητών του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής ΣΕΥΠ του ΤΕΙ Κρήτης, με θέμα: "Διερεύνηση του φαινομένου των αυτοκτονιών", με επιβλέπουσα την πτυχιακή εκπαιδευτικό την κ. Μανιού Μαρία, χωρίς οικονομική επιβάρυνση του Νοσοκομείου μας.
- Β. Να τηρηθούν απαραίτητα οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας και για τα αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας να ενημερωθεί και το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου μας.
- Γ. Η παρούσα απόφαση να κατατεθεί στην 7^η ΥΠΕ για έγκριση

Αφού συντάχθηκε το παραπάνω πρακτικό, υπογράφεται όπως ακολουθεί:

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ ΛΑΜΠΡΟΣ

ΤΑΚΤΙΚΑ ΜΕΛΗ
ΚΟΚΚΙΝΑΚΗ ΜΑΡΙΑ
ΜΕΛΕΤΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
ΚΩΣΤΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
ΣΤΕΦΑΝΑΚΗ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ

ΦΛΑΜΟΥΡΑΚΗΣ ΜΑΤΘΑΙΟΣ
ΚΡΙΤΣΩΤΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

Ακριβές απόσπασμα από το πρακτικό
Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
ΜΕΛΙΣΣΟΥΡΓΑΚΗ ΙΩΑΝΝΑ

ΑΚΡΙΒΕΣ
ΦΩΤΟΑΝΑΓΡΑΦΗ
ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΩΤΟΤΥΠΟ
25/11/15
Ο/Η ΒΕΒΑΙΩΝ/ΟΥΣΑ