

**ΑΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

« Απόπειρες αυτοκτονίας: Συγκριτική έρευνα και καταγραφή των ποσοστών εμφάνισης ατόμων με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά στις περιοχές Ηρακλείου Κρήτης και Χαλκίδας».

Υπεύθυνος καθηγητής: Καναβάκης Εμμανουήλ

**Σπουδάστριες: Καράγγιουλη Ελένη
Χαϊνά Νεκταρία**

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2006

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή σελ.: 4

ΜΕΡΟΣ Α΄: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Κεφάλαιο 1^ο

Αυτοκτονία – απόπειρες αυτοκτονίας: Μια ψυχιατρική – ψυχοκοινωνική θεώρηση

1.1 Αυτοκτονία	σελ.: 5
1.2 Απόπειρες αυτοκτονίας	σελ.: 8
1.3 Αντιμετώπιση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.	σελ.: 10
1.3.1 Αντιμετώπιση του ατόμου με τάσεις αυτοκτονίας	σελ.: 11
1.3.2 Αντιμετώπιση των αποπειραθέντων	σελ.: 11

Κεφάλαιο 2^ο

Γενετική της αυτοκτονίας: γενική ανασκόπηση

2.1 Αυτοκτονία και ψυχικά διαταραγμένα άτομα	σελ.: 13
2.2 Αυτοκτονία και κοσμικοί παράγοντες	σελ.: 16
2.3 Αυτοκτονία και μίμηση	σελ.: 19
2.4 Αυτοκτονία-γνώση-θρησκεία	σελ.: 20

Κεφάλαιο 3^ο

Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που οδηγούν σε ψυχοπαθολογία

3.1 Φτώχεια	σελ.: 22
3.2 Φύλο	σελ.: 23
3.3 Ηλικία	σελ.: 24
3.4 Συγκρούσεις και καταστροφές	σελ.: 25
3.5 Μείζονα σωματικά νοσήματα	σελ.: 26
3.6 Οικογενειακοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες	σελ.: 26

Κεφάλαιο 4^ο

Απόπειρες αυτοκτονίας στην προεφηβεία και εφηβεία σελ.: 28

Κεφάλαιο 5^ο

Απόπειρες αυτοκτονίας στη μέση ηλικία

5.1 Λόγοι που οδηγούν τις γυναίκες σε απόπειρες αυτοκτονίας	σελ.: 30
5.1.1 Εμμηνόπαυση	σελ.: 30
5.1.2 Χώρα προέλευσης και κοινωνικές συνθήκες – επιταγές	σελ.: 31
5.2 Λόγοι που οδηγούν τους άντρες σε απόπειρες αυτοκτονίας	σελ.: 32
5.2.1 Στρατός	σελ.: 32

Κεφάλαιο 6^ο

Απόπειρες αυτοκτονίας στην τρίτη ηλικία σελ.: 35

Κεφάλαιο 7^ο

Συναφείς έρευνες στον ελλαδικό και στο διεθνή χώρο

A) Έρευνες στον ελλαδικό χώρο σελ.: 39
B) Διεθνείς έρευνες σελ.: 54

ΜΕΡΟΣ Β΄: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Κεφάλαιο 8^ο

Μεθοδολογία της έρευνας

8.1 Σκοπιμότητα – ερευνητική υπόθεση σελ.: 63
8.2 Επιλογή και περιγραφή του δείγματος σελ.: 63
8.3 Δυσκολίες που αντιμετωπίσαμε σελ.: 64
8.4 Επεξεργασία των αποτελεσμάτων της έρευνας σελ.: 64

Κεφάλαιο 9^ο

Πινακοποίηση – Στατιστική ανάλυση σελ.: 65

Κεφάλαιο 10^ο

Ερμηνεία των πινάκων για Εύβοια και Ηράκλειο σελ.: 66

Κεφάλαιο 11^ο

Συμπεράσματα έρευνας σελ.: 74

Κεφάλαιο 12^ο

Αναφορά στα αποτελέσματα της έρευνας και η σύγκριση τους με παλαιότερες ερευνητικές προσπάθειες σελ.: 75

ΜΕΡΟΣ Γ΄: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ σελ.: 77

ΜΕΡΟΣ Δ΄: ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ σελ.: 79

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι αλήθεια ότι τα τελευταία χρόνια παρατηρείται στον ελλαδικό χώρο μια οδυνηρή έξαρση του φαινομένου της απόπειρας αυτοκτονίας. Νέα παιδιά, γυναίκες, άνδρες και ηλικιωμένοι προερχόμενοι από κάθε κοινωνικοοικονομική ομάδα της σύγχρονης αστικοβιομηχανικής Ελλάδας, προσπαθούν να θέσουν τέλος στη ζωή τους, αδιαφορώντας για το ύψιστο και ανεπανάληπτο, μοναδικό αγαθό της ύπαρξής τους.

Είναι σήμερα γνωστό ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό από τα άτομα που καταφεύγουν στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά θέλουν πραγματικά να πεθάνουν. Τα περισσότερα χρησιμοποιούν τη συμπεριφορά αυτή ως μια μορφή επικοινωνίας με το περιβάλλον τους. Είναι όμως δυνατόν από κακό υπολογισμό ή από απρόβλεπτους παράγοντες να επέλθει ο θάνατος.

Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, σε γενικές γραμμές τα άτομα που κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας είναι πιο συχνά γυναίκες νεαρής ηλικίας, κάνουν την απόπειρα κατά παρορμητικό τρόπο, σε χώρο που είναι εύκολο να τα βρουν και μεταχειρίζονται μη επικίνδυνα μέσα.

Με αφορμή τα παραπάνω προχωρήσαμε στην εκπόνηση αυτής της εργασίας. Στη συνέχεια θα αναφερθούμε επιγραμματικά στο αντικείμενο του κάθε κεφαλαίου που περιλαμβάνει η εργασία μας.

Στο πρώτο κεφάλαιο εξετάζεται μια ψυχιατρική - ψυχοκοινωνική θεώρηση της απόπειρας αυτοκτονίας και της αυτοκτονίας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται μια γενική ανασκόπηση της γενετικής της αυτοκτονίας.

Το τρίτο κεφάλαιο αναφέρει τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που οδηγούν στην εμφάνιση ψυχοπαθολογίας.

Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται λόγος για τις απόπειρες αυτοκτονίας στην προεφηβεία και εφηβεία.

Το πέμπτο κεφάλαιο περιλαμβάνει τους λόγους που οδηγούν άνδρες και γυναίκες μέσης ηλικίας σε απόπειρες αυτοκτονίας.

Το έκτο κεφάλαιο αναφέρεται στις απόπειρες αυτοκτονίες των ηλικιωμένων ατόμων.

Στο έβδομο κεφάλαιο γίνεται λόγος συναφείς έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί κατά το παρελθόν στον ελλαδικό και διεθνή χώρο

Στο όγδοο κεφάλαιο αναφέρεται η μεθοδολογία που ακολουθήσαμε για την πραγματοποίηση της έρευνάς μας.

Το ένατο κεφάλαιο περιλαμβάνει τους πίνακες και τα γραφήματα των ερευνητικών μας δεδομένων.

Το δέκατο κεφάλαιο περιλαμβάνει τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την επεξεργασία των ερευνητικών μας δεδομένων.

Στο ενδέκατο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στα συμπεράσματα της έρευνας.

Στο δωδέκατο κεφάλαιο πραγματοποιείται μία συσχέτιση μεταξύ των αποτελεσμάτων της έρευνας μας με παλαιότερες ερευνητικές προσπάθειες.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ – ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ:

Μια ψυχιατρική – ψυχοκοινωνική θεώρηση

1.1 ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

«Αυτοκτονία αποκαλείται κάθε περίπτωση θανάτου που προκύπτει άμεσα ή έμμεσα από μια θετική ή αρνητική πράξη του ίδιου του θύματος που γνωρίζει ότι θα επιφέρει το αποτέλεσμα αυτό. Απόπειρα είναι μια πράξη που προσδιορίστηκε έτσι αλλά υστερεί από τον πραγματικό θάνατο». (Durkheim, E., «Κοινωνικές αιτίες της αυτοκτονίας», Εκδόσεις: Γερ. Αναγνωστίδη, Αθήνα).

Κατά την αυτοκτονία ο ίδιος ο αυτουργός είναι αυτός που υποφέρει, σε κοινούς όρους, θα λέγαμε ότι η αυτοκτονία είναι κυρίως η πράξη απελπισίας ενός που δεν ενδιαφέρεται να ζήσει και που απ' όλα τα αγαθά του αποκηρύσσει εκείνο που είναι όπως φαίνεται πιο πολύτιμο «την ζωή του».

Ο κοινός χαρακτήρας όλων των δυνατών αυτών μορφών της υπέρτατης αποκήρυξης της ζωής είναι ότι η τελική πράξη επιτελείται κατά τρόπο συνετό, δηλαδή την στιγμή που ενεργεί το θύμα γνωρίζει το βέβαιο αποτέλεσμα της συμπεριφοράς του ανεξάρτητα από τον λόγο που τον οδήγησε να πράξει έτσι.

Όσον αφορά την Ελλάδα, τα ποσοστά αυτοκτονίας είναι πολύ μικρότερα σε σχέση με άλλα κράτη. Οι επίσημες στατιστικές αναφέρουν τέσσερις περίπου αυτοκτονίες σε 100.000 κατοίκους το χρόνο, ενώ στην Ουγγαρία, που παρουσιάζει τα μεγαλύτερα ποσοστά, αναλογούν 40 αυτοκτονίες το χρόνο σε 100.000 κατοίκους. Στην χώρα μας κατά τις επίσημες στατιστικές, αυτοκτονούν περίπου 200-250 άνδρες και 100-130 γυναίκες το χρόνο. Για αρκετούς όμως λόγους οι αριθμοί αυτοί προφανώς είναι μικρότεροι από τους πραγματικούς.

Οι πιο συνηθισμένοι τρόποι αυτοκτονίας για τους Έλληνες είναι ο πνιγμός, ο απαγχονισμός, η πτώση από ύψος, η δηλητηρίαση με φάρμακα ή τοξικές ουσίες και τα πυροβόλα όπλα. Τα φάρμακα χρησιμοποιούνται κυρίως από γυναίκες, ενώ τα πυροβόλα όπλα από άνδρες.

Αυτοκτονούν κυρίως τα άτομα μεγάλων ηλικιών, τα άτομα που ζουν σε αγροτικές παρά σε αστικές περιοχές, ενώ στις άλλες χώρες συμβαίνει το αντίθετο.

Ο προγραμματισμός και ο προσχεδιασμός είναι κύριο χαρακτηριστικό των αυτοκτονιών. Στις περισσότερες περιπτώσεις αυτοί που αυτοκτονούν εκδηλώνουν τις προθέσεις τους στα άτομα του περιβάλλοντος τους, αφήνοντας σημειώματα ζητώντας συγγνώμη ή κατηγορώντας άλλους για το διάβημά τους.

Οι εποχιακές διακυμάνσεις παίζουν ρόλο στην εκδήλωση αυτοκτονιών. Στην Ελλάδα, το καλοκαίρι είναι πιο συχνές οι αυτοκτονίες, στις ξένες χώρες η έξαρση παρατηρείται την άνοιξη και στην αρχή του καλοκαιριού.

Διεθνείς έρευνες έχουν δείξει ότι οι παντρεμένοι αυτοκτονούν λιγότερο συχνά, ενώ πιο συχνά από όλες τις κατηγορίες αυτοκτονούν οι διαζευγμένοι. Σχετικά με την κοινωνική τάξη, πιο συχνά αυτοκτονούν οι πολύ εύποροι καθώς και οι άποροι.

Αιτιολογία της αυτοκτονίας

Ο DURKHEIM διαίρεσε την αυτοκτονία σε τρεις κατηγορίες:

- 1) Στις ΕΓΩΙΣΤΙΚΕΣ, που γίνονται από άτομα τα οποία έχουν χάσει την αίσθηση ότι ανήκουν σε κάποια κοινωνική ομάδα και έχουν παύσει να ελέγχονται από τους κοινωνικούς, οικογενειακούς, θρησκευτικούς μηχανισμούς της ομάδας.
- 2) Στις ΑΝΟΜΕΣ, που γίνονται από άτομα που ζουν σε κοινωνίες όπου λείπει η συλλογική ευθύνη και τάξη, εξαιτίας κοινωνικών και πολιτικών κρίσεων και αναταραχών.
- 3) Τις ΑΛΤΡΟΥΙΣΤΙΚΕΣ αυτοκτονίες, που γίνονται από άτομα τα οποία αποφασίζουν να θυσιαστούν για το καλό της ομάδας.

Οι ιατρικοί λόγοι φαίνεται να παίζουν σοβαρότερο ρόλο. Είναι γνωστό ότι τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη αυτοκτονούν πολύ πιο συχνά από ότι ο γενικός πληθυσμός και ιδιαίτερα όταν βρίσκονται στη φάση της βελτίωσης τους.

Η πιο σοβαρή και επικίνδυνη επιπλοκή των καταθλιπτικών διαταραχών είναι οπωσδήποτε η αυτοκτονία. Η συχνότητα των ολοκληρωμένων αυτοκτονιών είναι μεγάλη. Υπολογίζεται ότι 1% των καταθλιπτικών ασθενών πεθαίνει αυτοκτονώντας μέσα σε 12 μήνες από την έναρξη του καταθλιπτικού επεισοδίου. Σε ασθενείς που υποφέρουν από υποτροπιάζοντα επεισόδια κατάθλιψης το ποσοστό ανεβαίνει στο 15%. Ιδιαίτερα επικίνδυνο είναι το γεγονός ότι ο μεγαλύτερος κίνδυνος για αυτοκτονία είναι στην περίοδο των 6 έως 9 μηνών που ακολουθεί τη συμπτωματική βελτίωση των ασθενών. Κι αυτό, αν και φαίνεται παράδοξο, οφείλεται κατά πάσα πιθανότητα στο ότι στην περίοδο αυτή ο ασθενής έχει αποκτήσει αρκετή ενεργητικότητα για να ολοκληρώσει ένα σχέδιο αυτοκτονίας, ενώ δεν έχει αλλάξει σημαντικά η θεώρηση της ζωής του, που τη θεωρεί αρκετά αρνητική ώστε να θέλει έντονα να αυτοκτονήσει.

Η κατάθλιψη είναι μια από τις πιο συνηθισμένες ψυχικές ασθένειες της εποχής μας και σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, επηρεάζει εκατομμύρια ανθρώπων στον κόσμο. Θεωρείται μια από τις πιο διαδεδομένες διαταραχές, αφού τα ποσοστά της αυξάνονται κάθε χρόνο παγκοσμίως.

Η κλινική κατάθλιψη είναι μια ψυχική διαταραχή που περιλαμβάνει τη μείζονα κατάθλιψη, τη μανιο-κατάθλιψη (διπολική διαταραχή) και τη δυσθυμία, μια ελαφρότερη μορφή κατάθλιψης, που διαρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα και χαρακτηρίζεται από ένα αίσθημα δυσφορίας και στενοχώριας.

Η κατάθλιψη κάνει το άτομο να χάσει την ευχαρίστηση από την καθημερινή του ζωή, μπορεί να έχει επιπτώσεις σε άλλες ιατρικές παθήσεις και μπορεί να είναι τόσο σοβαρή ώστε να οδηγήσει στην αυτοκτονία. Η κατάθλιψη μπορεί να συμβεί στον καθένα, σε οποιαδήποτε ηλικία, φύλο και σε άτομα οποιασδήποτε κοινωνικό-οικονομικής τάξης ή εθνικότητας.

Η κατάθλιψη δεν είναι ποτέ ένα κανονικό, υγιές κομμάτι της ζωής μας, όποια και αν είναι η ηλικία, το φύλο ή η κατάσταση της υγείας του ατόμου. Δυστυχώς, αν και η θεραπεία για την κατάθλιψη είναι τις περισσότερες φορές επιτυχημένη, λιγότερα από τα μισά άτομα που πάσχουν από αυτήν, αναζητούν θεραπεία. Οι περισσότεροι υποφέρουν σιωπηλά, πιστεύοντας ότι δεν είναι κάτι σοβαρό και ότι θα περάσει από μόνο του, ή πιστεύοντας ότι πρόκειται για μια προσωπική τους αδυναμία για την οποία ντρέπονται και προσπαθούν να την κρατήσουν μυστική.

Επίσης, αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας παρουσιάζουν ακόμα τα άτομα με διαταραχές της προσωπικότητας.

Η χρόνια αυτοκτονικότητα είναι βασικό χαρακτηριστικό της μεθοριακής διαταραχής προσωπικότητας. Παρότι οι αυτοκτονικές σκέψεις και οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι εξαιρετικά επικρατείς στους μεθοριακούς ασθενείς, η ολοκλήρωση της αυτοκτονίας είναι σχετικά απρόβλεπτη. Ο αυτοτραυματισμός φαίνεται ότι λειτουργεί ως μέσο ρύθμισης του συναισθήματος. Στη μεθοριακή διαταραχή προσωπικότητας, η αυτοκτονικότητα επιτελεί ένα σύνολο ψυχολογικών λειτουργιών και μερικές φορές μπορεί να γίνει «τρόπος ζωής». Οι στρατηγικές που έχουν αναπτυχθεί για τους ασθενείς που εμφανίζουν οξεία αυτοκτονικότητα ίσως να μην είναι αποτελεσματικές στη χρόνια αυτοκτονικότητα.

«Σε μια πρόσφατη φινλανδική πληθυσμιακή μελέτη, η 12μηνη επίπτωση του αυτοκτονικού ιδεασμού ήταν 4,6% και ο επιπολασμός στη διάρκεια της ζωής ανερχόταν σε 14,7% (ποσοστό όμοιο με τον επιπολασμό της μείζονος κατάθλιψης). Παρ' όλα αυτά, παρότι ο μεταβατικός αυτοκτονικός ιδεασμός είναι συχνός στην ήπια έως μέτρια μείζονα κατάθλιψη, οι περισσότεροι ασθενείς δεν επιχειρούν ποτέ να αυτοκτονήσουν» (Harvard Rev Psychiatry, Volume 12, Number 1, «ΣΧΕΔΟΝ ΕΡΩΤΕΥΜΕΝΟΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΥΚΟΛΗ ΛΥΣΗ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ: ΤΟ ΝΟΗΜΑ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗ ΜΕΘΟΡΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ», σελ.: 65).

Ο αυτοακρωτηριασμός ή αυτοτραυματισμός συχνά περιγράφεται ως «αυτοκτονική συμπεριφορά», αλλά το πρότυπο και ο σκοπός του είναι διαφορετικός. Κατά κανόνα, περιλαμβάνει επιφανειακά κοψίματα στους καρπούς και στα μπράτσα, πράξεις που δεν συνδέονται με σοβαρό κίνδυνο. Παρότι περιστασιακά βλέπει κανείς και επικίνδυνα κοψίματα σε ασθενείς με Μεθοριακή Διαταραχή Προσωπικότητας, στο μεγαλύτερο μέρος τους είναι είτε «ελαφρά» είτε επιδερμικά χωρίς να προκαλούν βλάβες στα νεύρα, τους τένοντες ή τα αιμοφόρα αγγεία. Το συνηθέστερο σημείο είναι οι καρποί, αλλά πολλοί ασθενείς κόβονται στα μπράτσα και τα πόδια σε σχετικά μη εμφανή σημεία για να αποφεύγουν τα σχόλια των άλλων.

Παρότι ο αυτοτραυματισμός δεν αποτελεί υποχρεωτικά αυτοκτονική συμπεριφορά, οι απόπειρες αυτοκτονίας μπορεί να είναι πρόδρομοι ολοκληρώσεων αυτοκτονίας. Στο γενικό πληθυσμό, οι απόπειρες έχουν επιπολασμό στη διάρκεια της ζωής στον πληθυσμό 3-5%. Το πρότυπο στην Μεθοριακή Διαταραχή Προσωπικότητας τείνει να είναι διαφορετικό, ωστόσο, ως προς το ότι πολλοί ασθενείς παίρνουν επανειλημμένα μικρές υπερβολικές δόσεις. Σε μερικές περιπτώσεις, η διάκριση μεταξύ μιας θανατηφόρας και μιας μη θανατηφόρας υπερβολικής δόσης μπορεί να είναι συγκεχυμένη λόγω της έλλειψης γνώσεων των ασθενών σχετικά με το ποια φάρμακα είναι πραγματικά επικίνδυνα.

Άτομα που ολοκληρώνουν την αυτοκτονία και άτομα που κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας.

«Το 9 έως 10% των ασθενών με Μεθοριακή Διαταραχή Προσωπικότητας τελικά αυτοκτονούν, αλλά είναι δύσκολο να ταυτοποιηθούν εκείνοι που διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο.

Ένας λόγος που είναι δύσκολη η κλινική πρόβλεψη είναι το ότι πολλές ολοκληρωμένες αυτοκτονίες συμβαίνουν με την πρώτη απόπειρα. Στη μελέτη του Maris στο Σικάγο, το συνολικό ποσοστό ανερχόταν σε 75%, ενώ το 88% του συνόλου των ολοκληρώσεων σε ηλικία άνω των 45 ετών έγιναν με την πρώτη απόπειρα. Μια μεγάλης κλίμακας φινλανδική πληθυσμιακή μελέτη απέφερε παρόμοια αποτελέσματα, κατά τα οποία το 56% των ολοκληρώσεων συνδέονταν με τις πρώτες απόπειρες.

Οι έρευνες δείχνουν κατά τρόπο σταθερό ότι τα άτομα που ολοκληρώνουν την αυτοκτονία και τα άτομα που κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας είναι χωριστοί πληθυσμοί. Υπάρχει πάντως κάποια αλληλοκάλυψη. Το 10-15% των ατόμων που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν τελικά αυτοκτονούν. Γενικά, τα άτομα που ολοκληρώνουν την αυτοκτονία τείνουν να είναι μεγαλύτερης ηλικίας και άνδρες, να χρησιμοποιούν πιο θανατηφόρες μεθόδους και να πεθαίνουν κατά την πρώτη απόπειρα. Αντίθετα, τα άτομα που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν τείνουν να είναι νεότερα και γυναίκες, να χρησιμοποιούν λιγότερο θανατηφόρες μεθόδους και να επιζούν.

Μια άλλη διαφορά μεταξύ των ατόμων που ολοκληρώνουν την αυτοκτονία και των ατόμων που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν αφορά πρότυπα αναζήτησης θεραπείας. Σε μια ψυχολογική μελέτη αυτοψίας αυτοκτονιών νεαρών ενηλίκων, λιγότεροι από το ένα τρίτο ακολουθούσαν θεραπεία κατά το χρόνο των θανάτων τους και λιγότεροι από τους μισούς είχαν δει θεραπευτή κατά το προηγούμενο έτος (το ένα τρίτο δεν είχαν αξιολογηθεί ποτέ). Αντίθετα, οι χρονίως αυτοκτονικοί ασθενείς με Μεθοριακή Διαταραχή Προσωπικότητας ζητούσαν εναγωνίως θεραπεία. Οι επανειλημμένες απόπειρες αυτοκτονίας αποτελούν ένα μεγάλο ποσοστό των επισκέψεων σε ψυχιατρικά τμήματα επειγόντων περιστατικών και κλινικές. Τα περισσότερα άτομα που αποπειρώνται επανειλημμένα να αυτοκτονήσουν εγκαταλείπουν αυτή τη συμπεριφορά με την πάροδο του χρόνου, αλλά για μερικούς, η αυτοκτονικότητα γίνεται τρόπος ζωής που μπορεί να επιμείνει για χρόνια. Ο Maris έχει ονομάσει το πρότυπο αυτό «αυτοκτονική σταδιοδρομία»». (Harvard Rev Psychiatry, Volume 12, Number 1, «ΣΧΕΔΟΝ ΕΡΩΤΕΥΜΕΝΟΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΥΚΟΛΗ ΛΥΣΗ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ: ΤΟ ΝΟΗΜΑ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗ ΜΕΘΟΡΙΑΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ», σελ.: 66-67).

Αν και σε όλους όσους αυτοκτονούν βρίσκεται πάντα κάποια ψυχοπαθολογική διαταραχή, μερικές φορές αυτοκτονούν και άτομα ψυχικά υγιή, που βρίσκουν την αυτοκτονία ως λογική στα προβλήματα τους.

1.2 ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

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.

Αιτιολογία των αποπειρών αυτοκτονίας

Σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, τα άτομα που κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας αντιμετωπίζουν πιο συχνά στρεσογόνα προβλήματα τους έξι μήνες πριν από την απόπειρα. Τα προβλήματα αυτά συνήθως είναι καυγάδες ανάμεσα στα ζευγάρια ή συζύγους, αποχωρισμοί, εγκαταλείψεις, σωματικά νοσήματα, δικαστήρια, προβλήματα στην εργασία και άλλα. Ακόμα, στα άτομα που κάνουν απόπειρες παρατηρείται πιο συχνά απώλεια κάποιου γονέα στα πρώτα παιδικά χρόνια.

Πολλοί από αυτούς που αποπειρώνται πάσχουν από ψυχική διαταραχή και ιδιαίτερα κατάθλιψη.

«Σύμφωνα με δεδομένα επιδημιολογικών ερευνών, η σχέση των αποπειραθέντων αυτοκτονία με αυτούς που αυτοκτονούν είναι δεδομένη. Όπως είναι γνωστό, 20 – 30% των ατόμων που αυτοκτονούν έχουν πραγματοποιήσει απόπειρες στο παρελθόν, ενώ 10 – 15% των αποπειραθέντων αναμένεται να αυτοκτονήσουν την προσεχή 10ετία.

Η ύπαρξη απόπειρας αυτοκαταστροφής (ιδιαίτερα αν είναι βίαιη ή/και σοβαρή) θεωρείται ως σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για προσεχή αυτοκτονία του καταθλιπτικού ασθενούς, ενώ τα 60% των καταθλιπτικών ασθενών αναμένεται να πραγματοποιήσουν τουλάχιστον μια απόπειρα αυτοκτονίας κατά τη διάρκεια της ζωής τους.

Συγκριτικές μελέτες καταθλιπτικών ασθενών που αποπειράθηκαν αυτοκτονία σε σχέση με καταθλιπτικούς ασθενείς χωρίς ιστορικό αποπειρών αυτοκτονίας, έδειξαν ότι οι αποπειραθέντες είχαν τα παρακάτω χαρακτηριστικά: εμφάνιζαν μεγαλύτερου βαθμού αυτοκτονικό ιδεασμό, μόνωση, συμπτώματα από το νευροφυτικό σύστημα, αισθήματα αποτυχίας, απώλεια βάρους, αϋπνία, ευερεθιστότητα, συνύπαρξη κατάχρησης οινόπνευματων ή άλλων ουσιών, σωματικής νόσου ή διαταραχής

προσωπικότητας, ενώ συχνότερα έπασχαν από διπολική συναισθηματική διαταραχή τύπου II (οι φάσεις κατάθλιψης εναλλάσσονται με φάσεις υπομανίας) και είχαν οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας (κυρίως οι αποπειραθέντες με βίαιο τρόπο).

Εξάλλου, μελέτες σύγκρισης συναισθηματικών (καταθλιπτικών) και μη-συναισθηματικών ασθενών που αποπειράθηκαν αυτοκτονία, δεν έδειξαν σημαντικές διαφορές. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συναισθηματικών ασθενών που αποπειράθηκαν αυτοκτονία αντανακλούν, μάλλον, τα γενικότερα χαρακτηριστικά των συναισθηματικών ασθενών. Έτσι, οι αποπειρώμενοι αυτοκτονία συναισθηματικοί ασθενείς είναι συχνότερα γυναίκες, μεγαλύτερης ηλικίας, έγγαμες ή χήρες, που συχνότερα χρησιμοποιούν μη βίαιους (π.χ. υπέρβαση δοσολογίας φαρμάκων) αλλά οπωσδήποτε σοβαρούς τρόπους αυτοκαταστροφής.

Μελέτες σύγκρισης αποπειραθέντων καταθλιπτικών ασθενών με υψηλό βαθμό "αυτοκτονικής πρόθεσης" (σε σχέση με ομάδα αποπειραθέντων με χαμηλό βαθμό πρόθεσης) αποκάλυψαν τα παρακάτω διαφορικά χαρακτηριστικά στην πρώτη ομάδα αποπειραθέντων ασθενών: είναι συχνότερα άνδρες, μεγαλύτερης ηλικίας, ζουν μόνοι, είναι χωρισμένοι, διαζευγμένοι ή χήροι, εμφανίζουν συχνότερα αϋπνία, ιδέες πεσσιμισμού μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης της προσοχής, μείωση των ενδιαφερόντων, κοινωνική μόνωση, αισθήματα αναξιότητας, απώλεια βάρους. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα παραπάνω χαρακτηριστικά εμφανίζουν σημαντικές ομοιότητες με αυτά των ατόμων που αυτοκτονούν-κυρίως στο επίπεδο των κοινωνικοδημογραφικών παραμέτρων» (22^ο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, «ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ», Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 1996, σελ.: 123-125).

Τέλος, μπορούμε να επισημάνουμε πως μια αρκετά μεγάλη ομάδα, το 1/3 περίπου των νέων ατόμων, δεν παρουσιάζει σοβαρές ψυχικές διαταραχές, αλλά καταφεύγει στην απόπειρα όταν βρεθεί κάτω από συνθήκες έντονου στρες. Αρκετά από τα άτομα που αποπειρώνται δηλώνουν ότι θέλουν πραγματικά να πεθάνουν, πολλά όμως δηλώνουν ότι με την απόπειρα προσπάθησαν να επηρεάσουν το περιβάλλον τους.

1.3 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ.

Η αντιμετώπιση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς είναι δύσκολη και πρέπει να γίνεται σε διάφορα επίπεδα.

Πρώτον ο «οικογενειακός γιατρός» : θα πρέπει να είναι σε θέση να εκτιμήσει τον κίνδυνο αυτοκτονίας, να δίνει την ευκαιρία στο άτομο να εκφράσει τις ενδότερες του σκέψεις. Κάθε αναφορά του ατόμου στην αυτοκτονία πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη.

Άτομα τρίτης ηλικίας που ζουν μόνα τους και πάσχουν από επώδυνη σωματική νόσο καθώς και άτομα που αντιμετωπίζουν ψυχικά νοσήματα και ιδιαίτερα κατάθλιψη παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο.

1.3.1 Αντιμετώπιση του ατόμου με τάσεις αυτοκτονίας

Το πρώτο μέλημα του ειδικού, αφού διαπιστώσει ότι το άτομο παρουσιάζει αυξημένες τάσεις αυτοκτονίας, είναι να αποφασίσει αν θα συστήσει τη νοσοκομειακή νοσηλεία του. Αν οι αυτοκαταστροφικές τάσεις δεν είναι πολύ σοβαρές, δεν υπάρχει σοβαρή ψυχική διαταραχή και το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή είναι καλά οργανωμένο, συνεργάσιμο και υποστηρικτικό μπορεί η αντιμετώπιση να γίνει και στο σπίτι.

Βασικό μέλημα είναι η συνεχής παρακολούθηση του ασθενή, η λήψη προληπτικών μέτρων όπως η απόκρυψη αιχμηρών αντικειμένων (ξυραφιών), φαρμάκων και άλλα και φυσικά η θεραπευτική αντιμετώπιση που πρέπει να είναι άμεση και εντατική. Εκτός τις φυσικές θεραπείες απαραίτητη είναι και η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση με σκοπό την ενίσχυση της επιθυμίας του ασθενή να ζήσει, η αναγνώριση του ίδιου του ασθενή ότι τα συσσωρευμένα προβλήματα μπορούν να επιλυθούν ένα-ένα.

1.3.2 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 κατάστροψη 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.

Είναι απαραίτητο να δημιουργηθούν τουλάχιστον στις μεγαλουπόλεις ειδικοί σταθμοί βοήθειας για περιπτώσεις ψυχολογικών κρίσεων (crisis Lines ή και hot Lines όπως αποκαλούνται στο εξωτερικό), που να λειτουργούν σε 24ωρη βάση παρέχοντας στον ή στην αυτόχειρα την απαραίτητη χρονική κάλυψη των έντονων στιγμιαίων συναισθηματικών του αναγκών ή των ψυχικών του κρίσεων με ανθρωπιά αλλά και με επιστημονική αρτιότητα. Τέτοια κέντρα, ή τηλεφωνικές γραμμές, υπάρχουν σε κάθε μεγαλούπολη άλλων χωρών και βρίσκονται τυπωμένα σε εμφανή σημεία τηλεφωνικών καταλόγων.

Είναι επίσης σημαντικό οι γονείς, οι συγγενείς και οι φίλοι να προστρέξουν ζητώντας τη γνώμη κάποιου ειδικού αμέσως μόλις γίνουν αντιληπτά τα πρώτα σημάδια ή αμέσως μετά την πρώτη «ανεπιτυχή» απόπειρα. Η μέχρι σήμερα προσφερόμενη νοσοκομειακή βοήθεια δεν εξαντλεί το πλήρες, απαιτούμενο φάσμα ψυχοκοινωνικής αρωγής στο άτομο και τα μέλη της οικογένειάς του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ: ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

«Στον κίνδυνο της αυτοκτονίας ίσως συμβάλλουν παράγοντες κληρονομικότητας. Στις ενδείξεις που υποστηρίζουν την υπόθεση περιλαμβάνονται ισχυρά και σταθερά ευρήματα προερχόμενα από περισσότερες από 20 ελεγχόμενες μελέτες οικογενειών που δείχνουν σχεδόν πενταπλάσιο σχετικό κίνδυνο αυτοκτονικών πράξεων μεταξύ των συγγενών των περιπτώσεων – δεικτών με αυτοκτονική συμπεριφορά σε σύγκριση με συγγενείς μη αυτοκτονικών μαρτύρων.

Ο σχετικός κίνδυνος ήταν μεγαλύτερος όσον αφορά την ολοκλήρωση της αυτοκτονίας από ότι τις απόπειρες αυτοκτονίας. Τη συμβολή γενετικών αντί περιβαντολογικών παραγόντων δείχνει η υψηλότερη μέση συμφωνία όσον αφορά την αυτοκτονική συμπεριφορά μεταξύ συνδιδύμων αυτοκτονικών μονοζυγωτικών διδύμων σε σύγκριση με διδύμους ως κοινά αδέρφια ή διζυγωτικούς ή με συγγενείς άλλων αυτοκτονικών ατόμων, σε τουλάχιστον επτά μελέτες. Τρεις μελέτες δείχνουν σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονίας, ιδιαίτερα όσον αφορά την ολοκλήρωση της αυτοκτονίας, μεταξύ των βιολογικών έναντι των εξ υιοθεσίας συγγενών αυτοκτονικών ή ψυχικώς πασχόντων ατόμων υιοθετημένων νωρίς στη διάρκεια ζωής.

Μελέτες της μοριακής γενετικής έχουν αναζητήσει χωρίς οριστικά αποτελέσματα συσχετίσεις της αυτοκτονικής συμπεριφοράς με γονίδια κυρίως για πρωτεΐνες που συνδέονται με κεντρική σεροτονινεργική νευρομεταβίβαση. Υπάρχουν υπόνοιες για πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις περιβαλλοντικών παραγόντων με κληρονομήσιμους παράγοντες κινδύνου και προστασίας όσον αφορά την αυτοκτονία και τα ψυχιατρικά νοσήματα ή τα χαρακτηριστικά ευαλωτότητας αλλά δεν έχουν ακόμα διασαφηνιστεί συγκεκριμένοι μηχανισμοί παρέμβασης. Οι οικογενείς ή γενετικοί κίνδυνοι για ψυχιατρικούς παράγοντες στενά συνδεόμενους με την αυτοκτονία, όπως οι μείζονες συναισθηματικές διαταραχές και η κατάχρηση αλκοόλ, καθώς επίσης και τα παρορμητικά ή επιθετικά χαρακτηριστικά, δεν διαχωρίζονται σταθερά μέχρι σήμερα από αυτόν καθαυτόν τον κίνδυνο της αυτοκτονίας.

Πρόσφατα εκδηλώθηκε νέο ενδιαφέρον για την ψυχολογία της αυτοκτονίας, περιλαμβανομένης της διερεύνησης της πιθανής συμβολής γενετικών παραγόντων, και για την πιθανότητα μείωσης του κινδύνου αυτοκτονίας μέσω συγκεκριμένων ψυχοφαρμακολογικών θεραπειών.

Η προσπάθεια διαλεύκανσης της κληρονομησιμότητας μιας πολύπλοκης συμπεριφοράς όπως η αυτοκτονία και του διαχωρισμού της πιθανολογούμενης κληρονόμησης της αυτοκτονικής συμπεριφοράς από μείζονες παράγοντες κινδύνου ή προστατευτικούς παράγοντες συνδεόμενους με την αυτοκτονία αποτελούν τεράστιες προκλήσεις.

Σήμερα υπάρχει αβεβαιότητα ως προς το αν οι σχετικότεροι φαινότυποι προς μελέτη είναι η ίδια η «αυτοκτονικότητα», και ειδικότερα συμπεριφορικά χαρακτηριστικά που δημιουργούν ευαλωτότητα ή συγκεκριμένα ψυχικά νοσήματα. Επιπλέον, η έρευνα με αντικείμενο την αυτοκτονία συχνά θεωρεί δεδομένες τις στενές σχέσεις μεταξύ των ολοκληρωμένων αυτοκτονιών, των πιθανώς θανατηφόρων αποπειρών, σχετικά ελασσόνων αυτοκτονικών

πράξεων ή πράξεων αυτοτραυματισμού, ακόμα και του αυτοκτονικού ιδεασμού.

Αυτή η βασική προϋπόθεση όχι μόνο είναι αναπόδεικτη, αλλά από τις διαφορές των ορισμών της αυτοκτονικότητας που επιλέγονται για να καθοριστούν οι περιπτώσεις μπορεί επίσης να προκύψει ασυμφωνία ή αδυναμία σύγκρισης. Τέλος η σχετική σπανιότητα των ολοκληρωμένων αυτοκτονιών, η τάση ανεπαρκούς ή εσφαλμένης αναφοράς τους και οι ακόμα μεγαλύτερες δυσκολίες της εξακρίβωσης των αποπειρών αυτοκτονίας είναι παράγοντες που συμβάλλουν όλοι στις τεχνικές προκλήσεις της έρευνας που αποσκοπεί στον καθορισμό κληρονομήσιμων ή γενετικών παραγόντων σχετικών με την αυτοκτονία.

Παρά την πιθανή αυτή πολυπλοκότητα, υπάρχει ένας σημαντικός και διαρκώς αυξανόμενος όγκος ενδείξεων συναφών με την υπόθεση ότι στον κίνδυνο συμβάλλουν παράγοντες κληρονομήσιμοι και πιθανώς γενετικοί. Τα διαθέσιμα ευρήματα προκύπτουν κυρίως από επιδημιολογικές ή κλινικές μελέτες που ουσιαστικά δείχνουν ότι η στενή βιολογική σχέση με τους δείκτες ή περιπτώσεις-δείκτες ταυτοποιημένες από την αυτοκτονική συμπεριφορά τους σχετίζεται με αυξημένους κινδύνους για την συμπεριφορά αυτή στα πρόσωπα που συνδέονται τόσο στενά». ("Genetics of Suicide: An Overview". Harvard Rev Psychiatry 2004, Volume 12, No 1, 1-13).

Στη συνέχεια θα αναφερθούμε σε κάποιες προσπάθειες που έχουν καταβληθεί ώστε να συσχετιστούν συγκεκριμένοι μοριακοί γενετικοί δείκτες με την αυτοκτονική συμπεριφορά. Τα παρακάτω στοιχεία του κεφαλαίου αυτού στηρίζονται στο βιβλίο του Durkheim, E., «Κοινωνικές αιτίες της αυτοκτονίας», Εκδόσεις: Γερ. Αναγνωστίδη, Αθήνα.

2.1 ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΑ ΔΙΑΤΑΡΑΓΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ

Υπάρχουν δύο είδη έξω-κοινωνικών παραγόντων που μπορεί κανείς να τους αποδώσει ως μια επίδραση πάνω στην αναλογία της αυτοκτονίας: είναι οι οργανικό-ψυχικές διαθέσεις και η φύση του φυσικού περιβάλλοντος.

Υπάρχουν ασθένειες που η ετήσια αναλογία τους είναι σχετικά σταθερή σε μια ορισμένη κοινωνία, αν και ποικίλει αρκετά αισθητά από τον ένα λαό στον άλλο. Μεταξύ αυτών είναι οι ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ. Κατά συνέπεια, εάν μια εκδήλωση ψυχικής διαταραχής ήταν λογικό να υποτεθεί σε κάθε ατομικό θάνατο το πρόβλημα θα λυνόταν καθώς η αυτοκτονία θα ήταν μια καθαρά ατομική προβολή. Η θέση αυτή υποστηρίζεται από έναν αξιόλογο αριθμό οπαδών της θεωρίας της αποξένωσης.

Οι αυτοκτονίες φαίνονται γενικά να επηρεάζονται από κάποιο έκρυθμο πάθος, είτε η ενέργεια του αναπτύσσεται ξαφνικά είτε βαθμιαία. Έτσι μπορεί να πιστέψει κανείς σαν λογικοφανές ότι πάντοτε χρειάζεται μια τέτοια δύναμη για να ουδετεροποιήσει το θεμελιακό ένστικτο της αυτοσυντήρησης.

Πολλοί αυτόχειρες ακόμη δεν διακρίνονται καθόλου από τους άλλους ανθρώπους εκτός από την ειδική πράξη της αυτοκαταστροφής, δεν υπάρχει άρα λόγος να τους αποδοθεί ένα γενικό παραλήρημα. Αυτός είναι ο λόγος που η αυτοκτονία θεωρήθηκε σαν εκδήλωση ψυχικής διαταραχής .

Για να μάθουμε εάν η αυτοκτονία είναι μια ιδιαίτερη πράξη στους ψυχικά διαταραγμένους θα πρέπει να προσδιορίσουμε τις μορφές που παίρνει στην πνευματική αποξένωση και να ανακαλύψουμε εάν αυτές είναι οι μόνες που προσλαμβάνει. Έτσι ακολούθησαν τέσσερις τύποι που περικλείουν πιθανόν τις σπουδαιότερες κατηγορίες. Οι ειδικοί δανείστηκαν τα ουσιαστικά στοιχεία της ταξινόμησης από τον Jousset και Moreou de Tours.

- ΜΑΝΙΑΚΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ: αυτή οφείλεται σε παραισθήσεις ή σε παραληρηματικές συλλήψεις. Ο άρρωστος σκοτώνεται για να δραπετεύσει από ένα φανταστικό κίνδυνο ή μια ντροπή ή για να πειθαρχήσει σε μια μυστηριώδη τάξη που του επιβάλλεται από ψηλά κ.τ.λ. Αλλά τα κίνητρα μιας τέτοιας αυτοκτονίας και ο τρόπος της εξέλιξης της αντανακλούν τα γενικά χαρακτηριστικά της αρρώστιας από όπου προέρχεται, δηλαδή τη μανία. Αυτό που διακρίνει αυτή την κατάσταση είναι η ακραία ευκινησία. Οι πιο ποικίλες και συγκρουόμενες ιδέες και αισθήματα διαδέχονται η μια την άλλη με έντονη σπουδή στη συνείδηση του μανιακού. Είναι ένας διαρκής ανεμοστρόβιλος. Μια κατάσταση της συνείδησης αντικαθίσταται στιγμιαία από μια άλλη. Τέτοια επίσης είναι τα κίνητρα της μανιακής αυτοκτονίας, γεννώνται, αφανίζονται ή μεταβάλλονται με μια συναρπαστική ταχύτητα. Η παραισθήση ή το παραλήρημα που αποδεικνύει την αυτοκτονία συμβαίνει ξαφνικά, ακολουθεί η απόπειρα τότε μεταβάλλεται στιγμιαία η σκηνή και αν η απόπειρα αποτύχει δεν επαναλαμβάνεται τουλάχιστον για την στιγμή εκείνη.

Εάν επαναληφθεί αργότερα θα οφείλεται σε άλλο κίνητρο. Το πιο ασήμαντο περιστατικό μπορεί να οδηγήσει στις απότομες αυτές μεταμορφώσεις.

- ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΚΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ: αυτή συνδέεται σε μια γενική κατάσταση ακραίας καταπίεσης και μεγάλης θλίψης που κάνει τον άνθρωπο να μην αντιλαμβάνεται πια με πνευματική υγεία τους δεσμούς που τον συνδέουν με τους ανθρώπους και τα πράγματα που τον περιβάλλουν. Οι ηδονές δεν ελκύουν πια, τα βλέπει όλα μαύρα. Η ζωή του φαίνεται βαρετή ή οδυνηρή. Όπως οι διαθέσεις του είναι διαρκείς έτσι είναι και οι ιδέες της αυτοκτονίας. Είναι προικισμένος με μια μεγάλη σταθερότητα, ενώ τα πλατιά τους προσδιοριστικά κίνητρα είναι πάντα ουσιαστικά τα ίδια. Οι παραισθήσεις και οι παραληρηματικές σκέψεις μπολιάζονται συχνά από την γενική αυτή απελπισία και οδηγούν στην αυτοκτονία κατά τρόπο ευθύ. Όμως δεν είναι τόσο ευκίνητες όσο εκείνες που μόλις παρατηρήσαμε μεταξύ των μανιακών. Είναι αντίθετα σταθεροποιημένες όπως η γενική κατάσταση από όπου προήλθαν. Ο φόβος που κυριεύεται ο άρρωστος, οι αυτόμορφές του, ο καημός που νιώθει είναι πάντοτε οι ίδιοι. Εάν τότε η μορφή αυτή της αυτοκτονίας προσδιορίζεται όπως η προκάτοχός της από φανταστικές αιτίες, διακρίνεται από το χρόνιο της χαρακτήρα και είναι πολύ επίμονος. Οι άρρωστοι της κατηγορίας αυτής προετοιμάζουν τα μέσα της αυτοκαταστροφής ήσυχα, επιδεικνύουν ακόμη απίστευτη επιμονή στην επιδίωξη των σκοπών τους και κατά καιρούς εξυπνάδα. Τίποτα λιγότερο δεν παραβάλλεται από την επίμονη αυτή κατάσταση του πνεύματος από την διαρκή ασάθεια του μανιακού. Στην τελευταία περίπτωση υπάρχουν περαστικές ορμές

χωρίς διαρκής αιτίες, στην άλλη μια επίμονη κατάσταση συνδεδεμένη με το γενικό χαρακτήρα του ασθενούς.

- ΕΜΜΟΝΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ: στην περίπτωση αυτή η αυτοκτονία δεν προκαλείται από κανένα κίνητρο, ούτε πραγματικό, ούτε φανταστικό, αλλά μόνο από την έμμονη ιδέα του θανάτου, που χωρίς αντιπροσωπευτική αιτία, κυριάρχησε απόλυτα στο πνεύμα του αρρώστου. Κατέχεται από την επιθυμία να σκοτωθεί αν και γνωρίζει τέλεια ότι δεν έχει λογικά κίνητρα για να το πράξει. Είναι μια ενστικτώδης ανάγκη του ελέγχου της σκέψης και του λογικού, ανάλογη με την ανάγκη να κλέψει, να σκοτώσει, να προκαλέσει εμπρησμό, που υποτίθεται ότι αποτελούν άλλες ποικιλίες μονομανίας. Καθώς ο ασθενής αντιλαμβάνεται τον άτοπο χαρακτήρα της επιθυμίας του, δοκιμάζει στην αρχή να αντισταθεί, αλλά όσο διαρκεί αυτή η αντίσταση είναι λυπημένος, αισθάνεται καταπίεση με μια διαρκώς αυξανόμενη αγωνία που πιέζει το επιγάστριο κοίλωμα του. Γι' αυτό και το είδος αυτό της αυτοκτονίας αποκαλείται μερικές φορές αυτοκτονία αγωνίας.
- ΑΥΘΟΡΜΗΤΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ: στερείται από κίνητρα όπως και οι προηγούμενες, δεν έχει αιτία ούτε στην πραγματικότητα ούτε στην φαντασία του ασθενούς. Μόνο αντί να παράγεται από μια έμμονη ιδέα που καταδιώκει το πνεύμα για μια βραχεία ή μακρά περίοδο και που επηρεάζει την θέληση βαθμιαία προκύπτει, προκύπτει από μια απότομη και άμεσα ακατανίκητη ορμή. Σε ριπή οφθαλμού φαίνεται σε πλήρη ισχύ και κεντρίζει την πράξη ή τουλάχιστον την έναρξη της. Συνδέεται με τις παραληρηματικές συλλήψεις του ασθενούς. Η ροπή για αυτοκτονία εδώ εμφανίζεται και παράγει τα αποτελέσματα της με ένα αληθινά αυτόματο τρόπο, χωρίς να έχει προηγηθεί κανένα πνευματικό προηγούμενο. Η θέα ενός μαχαιριού, ένας περίπατος στα χείλη ενός γκρεμού, γενούν στιγμιαία την ιδέα της αυτοκτονίας και η επιτέλεση της ακολουθεί τόσο γρήγορα ώστε οι άρρωστοι δεν έχουν συχνά ιδέα αυτού που έγινε. Σε ένα μικρότερο βαθμό, οι άρρωστοι νιώθουν την ορμή να γεννάται και κατορθώνουν να δραπέτεύσουν από την γοητεία του θανάσιμου οργάνου απομακρυνόμενοι από αυτό αμέσως.

Περιληπτικά, όλες οι αυτοκτονίες των ψυχικά διαταραγμένων είτε στερούνται οποιουδήποτε κινήτρου είτε προσδιορίζονται από καθαρά φανταστικά κίνητρα. Ένας πολύ μεγάλος αριθμός θεληματικών θανάτων δεν ανήκουν ούτε στην μια ούτε στην άλλη κατηγορία. Η πλειονότητα τους έχει κίνητρα όχι ασήρικτα στην πραγματικότητα, κατά συνέπεια, δεν πρέπει να θεωρούμε κάθε αυτοκτονία σαν αποτέλεσμα ψυχικής διαταραχής .

Με λίγα λόγια, οι αυτοκτονίες των ψυχικά διαταραγμένων διαφέρουν από τις άλλες όπως οι αυταπάτες και οι παραισθήσεις διαφοροποιούνται από τις φυσιολογικές αντιλήψεις, και οι αυτόματες παρορμήσεις από τις σώφρονες πράξεις.

Μια κοινωνία δεν εξαρτά τον αριθμό των αυτοχειρών της από το εάν έχει περισσότερους ή λιγότερους ψυχασθενείς. Μολονότι οι διάφορες μορφές του εκφυλισμού αποτελούν ένα εξαιρετικά πρόσφορο ψυχολογικό πεδίο δράσης των αιτιών που μπορούν να οδηγήσουν έναν άνθρωπο στην αυτοκτονία, ο εκφυλισμός καθαυτός δεν αποτελεί μια από αυτές τις αιτίες. Ο εκφυλισμένος

κάτω από ταυτόσημες περιπτώσεις, είναι πιο πρόσφορος να αυτοκτονήσει από τον υγιή άνθρωπο, αλλά δεν το κάνει αναγκαστικά εξ αιτίας αυτής της κατάστασης.

2.2 ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΚΑΙ ΚΟΣΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Εάν οι ατομικές προδιαθέσεις καθαυτές δεν είναι οι προσδιοριστικές αιτίες της αυτοκτονίας γίνονται ίσως περισσότερο δραστήριες σε συνδυασμό με ορισμένους κοσμικούς παράγοντες. Όπως ακριβώς το υλικό περιβάλλον εκκολάπτει ασθένειες μερικές φορές, μπορεί να ενεργοποιεί τις γενικές φυσικές διαθέσεις για την αυτοκτονία που είναι προικισμένα ορισμένα άτομα.

Μεταξύ τέτοιων παραγόντων μια επίδραση στην αυτοκτονία έχει αποδοθεί στο ΚΛΙΜΑ και στην ΕΠΟΧΙΑΚΗ ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑ.

36 ^{ος} –43 ^{ος} βαθμ. γεωγρ.πλάτους	21.1	αυτοκτον.	στο εκατ. κατοίκους
43 ^{ος} –50 ^{ος} « « «	93.3	«	« « «
50 ^{ος} –55 ^{ος} « « «	172.5	«	« « «
πέρα από 55 « « «	88.1	«	« « «

Κατά συνέπεια η αυτοκτονία βρίσκεται σε ένα ελάχιστο στο Νότο και στον Βορρά της Ευρώπης, ενώ είναι περισσότερο ανεπτυγμένη στο Κέντρο.

Όμως πέρα από το να υπάρχει μια σχέση μεταξύ της αυτοκτονίας και ενός ορισμένου κλίματος, γνωρίζουμε ότι η αυτοκτονία άνθισε σε όλα τα κλίματα.

Εάν δοκίμαζε κανείς να προβλέψει λογικά ποια εποχή θα ήταν ευνοϊκότερη για την αυτοκτονία θα μπορούσε εύκολα να υποθέσει την εποχή που ο ουρανός είναι σκοτεινότερος και η θερμοκρασία πιο χαμηλή και υγρή. Η φύση τέτοιες ώρες τείνει να προκαλεί στους ανθρώπους μια κλίση για ονειροπόληση, να ξυπνά θλιμμένα πάθη και να επιφέρει την μελαγχολία.

Εάν ο χρόνος μπορεί να διαιρεθεί σε δύο μισά αντιπροσωπεύοντας κατ' αντιστοιχία τους απ' τους θερμότερους μήνες (από Μάρτη συμπεριλαμβανομένου και του Αυγούστου) και από τους ψυχρότερους, οι πρώτοι θα περιλαμβάνουν πάντα τις περισσότερες αυτοκτονίες. Καμία χώρα δεν αποτελεί εξαίρεση αυτού του νόμου. Η αναλογία είναι παντού σχεδόν με ακρίβεια η ίδια. Από τις 1000 ετήσιες αυτοκτονίες, οι 590 μέχρι 600 πραγματοποιούνται κατά την ωραία εποχή και μόνο 400 στο υπόλοιπο του χρόνου.

Σύμφωνα με ορισμένες παρατηρήσεις, έχει προκύψει ότι πιο πολύ οι βίαιες ζέστες παρακινούν τον άνθρωπο να αυτοκτονήσει· όμως, το αποτέλεσμα αυτό δεν είναι ιδιαίτερο στη ζέστη, αφού το βίαιο κρύο έχει επίσης την ίδια συνέπεια. Κατά συνέπεια δεν μπορεί κανείς να επικαλεσθεί τέτοια γεγονότα για να εξηγήσει τον συνήθη μεγαλύτερο αριθμό θεληματικών θανάτων το καλοκαίρι από το φθινόπωρο και τον χειμώνα, γιατί εκείνο μόνο που μπορεί να συναχθεί είναι πως οι ακραίες θερμοκρασίες οποιοδήποτε είδους ευνοούν την ανάπτυξη της αυτοκτονίας.

Όλα τα είδη των ακροτήτων , απότομες και βίαιες μεταβολές στο φυσικό περιβάλλον ενοχλούν τον οργανισμό, αναστατώνουν το φυσιολογικό παιχνίδι των λειτουργιών προκαλώντας έτσι είδη παραληρημάτων που κατά τη διάρκεια τους, η ιδέα της αυτοκτονίας μπορεί να προκύψει και να αποτελεσματικοποιηθεί, όχι όμως να εκλεχθεί.

Όσον αφορά τις μηνιαίες διακυμάνσεις, υπακούουν στον πιο κάτω νόμο που εφαρμόζεται σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες:

« Αρχίζοντας από τον Γενάρη συμπεριλαμβανομένου ότι η αυτοκτονία αυξάνεται κανονικά από μήνα σε μήνα, μέχρι περίπου τον Ιούνη όπου μειώνεται κανονικά στον μήνα αυτό μέχρι το τέλος του χρόνου.»

Η αυτοκτονία κατά συνέπεια δεν φτάνει στο απόγειό της στους θερμότερους μήνες που είναι ο Αύγουστος ή ο Ιούλης, αντίθετα αρχίζοντας από τον Μάη αρχίζει να μειώνεται αισθητά. Παρόμοια στις πιο πολλές περιπτώσεις φτάνει στο χαμηλότερο σημείο της όχι τον Γενάρη, τον ψυχρότερο μήνα, αλλά το Δεκέμβρη.

Τώρα, ως προς τις ημέρες, παρατηρείται ότι όταν οι ημέρες επιμηκύνονται γρήγορα, οι αυτοκτονίες αυξάνονται πολύ (Ιανουάριο-Απρίλιο), όταν η αύξηση των πρώτων ανακόπτεται, επιβραδύνεται και η αύξηση των δεύτερων (Απρίλιο-Ιούνη). Η ίδια ανταπόκριση απαντάται ξανά κατά τη διάρκεια του χρόνου της μείωσης. Ακόμα και οι διάφοροι μήνες όταν οι ημέρες είναι περίπου της ίδιας διάρκειας έχουν περίπου τον ίδιο αριθμό αυτοκτονιών (Ιούλιος και Μάιος , Αύγουστος και Απρίλιος).

Πρέπει να υπάρχει σχέση μεταξύ της πορείας της ημέρας και εκείνης της αυτοκτονίας. Εκείνο που οριστικά αποδεικνύεται στην πραγματικότητα είναι το γεγονός ότι σε κάθε εποχή η πλειονότητα των αυτοκτονιών πραγματοποιείται κατά την διάρκεια της ημέρας.

Αριθμός των αυτοκτονιών κάθε στιγμή της ημέρας μεταξύ 1000 ημερήσιων αυτοκτονιών:

	1871		1872
Νωρίς το πρωί	35.9		35.9
Αργά το πρωί	158.3		159.7
Μεσημέρι	73.1	375	71.5
			391.9
Απόγευμα	143.6		160.7
Βράδυ	53.5		61.0
Νύχτα	212.6		219.3
Άγνωστος χρόνος	322		291.9
	1,000		1,000

Η υπεροχή των αυτοκτονιών κατά την διάρκεια της ημέρας είναι φανερή. Εάν λοιπόν η ημέρα είναι γονιμότερη σε αυτοκτονίες από την νύχτα είναι φυσικό να αυξάνονται οι αυτοκτονίες καθώς η ημέρα επιμηκύνεται.

Ο Guerry συγκέντρωσε στην Γαλλία τις κύριες ταλαντεύσεις της αυτοκτονίας κατά την διάρκεια των 24 ωρών. Είναι οι εξής:

Παρίσι Αριθμός αυτοκτονιών Κατά ώρα		Γαλλία Αριθμός αυτοκτονιών κατά ώρα	
Από τα μεσάνυχτα στις 6	55	Από τα μεσάνυχτα στις 6	30
Από τις 6 μέχρι τις 11	108	Από τις 6 μέχρι το μεσημέρι	61
Από τις 11 μέχρι το μεσημέρι	81	Από το μεσημέρι μέχρι τις 14	32
Από το μεσημέρι μέχρι τις 16	105	Από τις 14 μέχρι τις 18	47
Από τις 16 μέχρι τις 20	81	Από τις 18 μέχρι τα μεσάνυχτα	38
Από τις 20 μέχρι τα μεσάνυχτα	61		

Βλέπουμε ότι υπάρχουν δύο περίοδοι όπου η αυτοκτονία φτάνει στο απόγειο της· είναι εκείνες όταν η κίνηση των υποθέσεων είναι ταχύτερη το πρωί και το απόγευμα. Μεταξύ των δύο αυτών περιόδων υπάρχει μια περίοδος ανάπαυσης όταν η γενική δραστηριότητα διακόπτεται για λίγο, οι αυτοκτονίες σταματούν προς το παρόν. Η ηρεμία αυτή πραγματοποιείται στο Παρίσι περίπου στις 11 ενώ στην επαρχία της Γαλλίας περίπου το μεσημέρι. Είναι μακρύτερη και πιο προφανής στους νόμους παρά στην πρωτεύουσα από το απλό γεγονός ότι οι επαρχιώτες παίρνουν τότε το κύριο γεύμα τους. Η διακοπή της αυτοκτονίας είναι κατά συνέπεια μακρύτερη και πιο φανερή εκεί.

Η απλή επιμήκυνση των ημερών φαίνεται να προσφέρει μεγαλύτερο εύρος στη συλλογική ζωή. Ο χρόνος της ανάπαυσης αρχίζει αργότερα και γρήγορα τελειώνει. Έχει περισσότερο διάστημα για να αναπυχθεί. Είναι λοιπόν αναγκαία τα αποτελέσματα που επιφέρει ν' αναπτύσσονται, και, αφού η αυτοκτονία είναι ένα από αυτά πρέπει να αυξάνει.

Βέβαια αυτή δεν είναι η μόνη αιτία. Εάν η δημόσια δραστηριότητα είναι εντονότερη το καλοκαίρι από την Άνοιξη και την Άνοιξη από το Φθινόπωρο και τον Χειμώνα, αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η δραστηριότητα αυτή διεγείρεται κατά τρόπο ευθύ από άλλους λόγους.

Για την ύπαιθρο ο χειμώνας είναι καιρός ανάπαυσης που προσεγγίζει τη στασιμότητα. Κάθε ζωή φαίνεται να σταματά, οι ανθρώπινες σχέσεις είναι σπανιότερες και εξ αιτίας της κατάστασης της ατμόσφαιρας αλλά και γιατί χάνουν τα κίνητρα τους με τη γενική χαλάρωση της δραστηριότητας. Ο κόσμος βυθίζεται σε έναν πραγματικό ύπνο.

Την άνοιξη όμως το καθετί αρχίζει να ξυπνά, οι ασχολίες επαναλαμβάνονται, οι σχέσεις δένονται και πραγματοποιούνται ολόκληρες λαϊκές μετακινήσεις για να ανταποκριθούν στις ανάγκες της αγροτικής εργασίας. Οι ειδικές αυτές συνθήκες της αγροτικής ζωής θα πρέπει να έχουν μια μεγάλη επίδραση στην μηνιαία κατανομή των αυτοκτονιών, αφού περισσότεροι από τους μισούς θεληματικούς θανάτους έρχονται από την ύπαιθρο.

Φθάνουν το μέγιστο τον Ιούνη ή τον Ιούλη όταν η δραστηριότητα είναι πάρα πολύ μεγάλη στην ύπαιθρο. Τον Αύγουστο που το κάθε τι αρχίζει να καθησυχάζει η αυτοκτονία ελαττώνεται. Πράγμα που γίνεται κατά τρόπο γρήγορο την αρχή του Οκτώβρη και ιδιαίτερα του Νοέμβρη, ίσως γιατί μερικές φορές η συγκομιδή δεν πραγματοποιείται παρά το Φθινόπωρο.

Η αστική ζωή είναι περισσότερο δραστήρια κατά τη διάρκεια της ωραίας εποχής. Τότε οι επικοινωνίες είναι ευκολότερες, ο κόσμος ταξιδεύει με μεγαλύτερη ευχέρεια και οι διανθρώπινες σχέσεις γίνονται πολυαριθμότερες.

Εντούτοις η διαφορά μεταξύ των εποχών θα πρέπει να είναι λιγότερο αξιόλογη στις πόλεις από ότι στη ύπαιθρο. Γιατί η βιομηχανία και το εμπόριο, οι καλλιτεχνικές και επιστημονικές εργασίες όπως και οι κοσμικές δραστηριότητες διακόπτονται λιγότερο το χειμώνα από την γεωγραφική εκμετάλλευση. Οι απασχολήσεις των κατοίκων της πόλης μπορεί να συνεχίζονται εξίσου καθ' όλη τη διάρκεια του χρόνου. Το μεγαλύτερο ή μικρότερο μήκος της ημέρας θα πρέπει να έχει μικρότερο αποτέλεσμα στα μεγάλα κέντρα επειδή ο τεχνητός φωτισμός τους περιορίζει την περίοδο σκοταδιού περισσότερο από ότι αλλού.

Εάν τότε οι μηνιαίες και εποχιακές διακυμάνσεις της αυτοκτονίας εξαρτώνται από την άνιση ένταση της συλλογικής ζωής, θα πρέπει να παρατηρούνται λιγότερο στις πόλεις από ότι στην ύπαιθρο στο σύνολο της.

Είναι ολοφάνερο ακόμη ότι μέγιστη τιμή επιτυγχάνεται την Άνοιξη στις μεγάλες πόλεις αντίθετα από αυτό που συμβαίνει στο υπόλοιπο της κοινωνίας. Εάν οι θεληματικοί θάνατοι αυξάνονται από τον Γενάρη μέχρι τον Ιούλη δεν οφείλεται στο γεγονός ότι η ζέστη διαταράσσει τον οργανισμό αλλά στο ότι η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΖΩΗ είναι εντονότερη. Η αυτοκτονία εξαρτάται από τις κοινωνικές συνθήκες.

2.3 ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΚΑΙ ΜΙΜΗΣΗ

Το γεγονός ότι η μίμηση είναι ένα καθαρά ψυχολογικό φαινόμενο φαίνεται ξεκάθαρα από το γεγονός ότι συντρέχει μεταξύ ατόμων που δεν συνδέονται με κανέναν κοινωνικό δεσμό. Ένας άνθρωπος μπορεί να μιμείται έναν άλλον χωρίς κανέναν μεταξύ τους δεσμό ούτε με την κοινωνική ομάδα απ' όπου και οι δύο εξαρτώνται εξίσου, ενώ η μιμητική διάδοση όταν ασκείται δεν έχει καθαυτή τη δύναμη να σχηματίσει δεσμό μεταξύ τους. Ένα βήξιμο, μια κίνηση χορού, μια παρόρμηση για ανθρωποκτονία μπορούν να μεταφερθούν από το ένα πρόσωπο στο άλλο αν και υπάρχει μόνο μια τυχαία και εφήμερη επαφή μαζί τους.

Η επανάληψη των εθίμων και των παραδόσεων είναι κατά τον ίδιο λόγο ένα αποτέλεσμα κοινωνικών αιτιών που οφείλεται στον υποχρεωτικό χαρακτήρα και το ιδιαίτερο γόητρο που επενδύεται στις συλλογικές πίστεις και στις συνήθειες χάρη του γεγονότος ότι είναι συλλογικές πίστεις και συνήθειες. Κατά συνέπεια, κατά το μέτρο που μπορεί κανείς να δεχτεί ότι η αυτοκτονία διασπείρεται κατά τον έναν ή τον άλλο τρόπο, η διασπορά αυτή θα βρεθεί να εξαρτάται από κοινωνικές και όχι από ατομικές συνθήκες.

Η μίμηση δεν πρέπει μόνο να δειχθεί υπεύθυνη για το ότι πολυάριθμες αυτοκτονίες συμβαίνουν ταυτόχρονα και στον ίδιο τόπο, γιατί μπορούν να οφείλονται σε μια γενική κατάσταση του κοινωνικού περιβάλλοντος από όπου προκύπτει μια συλλογική διάθεση της ομάδας καθώς παίρνει τη μορφή πολλών αυτοκτονιών.

Συνοπτικά, εάν είναι βέβαιο ότι η μετάδοση της αυτοκτονίας γίνεται από άτομο σε άτομο, η μίμηση δεν φαίνεται να την διασπείρει κατά τρόπο που να επηρεάζει την κοινωνική αναλογία της αυτοκτονίας. Η μίμηση μπορεί να προκαλέσει κατά λίγο ή πολύ πολυάριθμες ατομικές περιπτώσεις, αλλά δεν συμβάλλει στην άνιση τάση σε διάφορες κοινωνίες για την αυτοκαταστροφή. Η επίδραση που ακτινοβολεί είναι πάντα πολύ περιορισμένη και όταν επιτυγχάνει έναν ορισμένο βαθμό έντασης είναι πάντα για βραχύ χρόνο.

Σε γενικές γραμμές μπορούμε να πούμε ότι η μίμηση δεν είναι πρωτογενής παράγοντας της αυτοκτονίας, αποκαλύπτει μόνο μια κατάσταση που είναι η αληθινή γενεσιουργή αιτία της πράξης και που πιθανόν να είχε παράγει τα φυσικά της αποτελέσματα ακόμα και εάν η μίμηση δεν είχε παρέμβει, γιατί η προδιάθεση πρέπει να είναι πολύ ισχυρή για να διευκολύνει ένα τόσο μικρό πράγμα να καταστεί πράξη.

Εάν η μίμηση στερείται τόσο πολύ κοινωνικής επίδρασης τότε οι αρετές που της αποδίδονται πρέπει να είναι φανταστικές. Σε έναν στενό κύκλο μπορεί να προκαλέσει την επανάληψη μιας σκέψης ή μιας πράξης, αλλά οι επιπτώσεις της ποτέ δεν είναι τόσο βαθιές για να αγγίξουν και να μεταβάλλουν την ψυχή της κοινωνίας. Είναι παραδεκτό ότι ένα κοινωνικό γεγονός είναι μόνο ένα γενικευμένο ατομικό γεγονός.

Ποτέ δεν δείχθηκε ότι η μίμηση μπορεί να θεωρηθεί υπεύθυνη για μια ορισμένη τάξη κοινωνικών γεγονότων και ακόμα λιγότερο πως μόνη της μπορεί να θεωρηθεί σαν αιτία τους. Δεν υπάρχει πειραματική απόδειξη γι' αυτό, η πρόταση διατυπώθηκε κυρίως σαν ένας αφορισμός βασιζόμενος σε αόριστες μεταφυσικές σκέψεις.

2.4 ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ-ΓΝΩΣΗ-ΘΡΗΣΚΕΙΑ

Δύο σημαντικά πράγματα βγαίνουν από την παραπάνω σχέση:

Πρώτον η αυτοκτονία αυξάνει γενικά με τη γνώση. Ο άνθρωπος ζητά να μάθει και ο άνθρωπος αυτοκτονεί γιατί χάνει τη συνοχή της θρησκευτικής του κοινωνίας, δεν αυτοκτονεί γιατί έχει μάθει. Ασφαλώς δεν είναι η αποκτημένη μάθηση εκείνο που αποδιοργανώνει τη θρησκεία αλλά η ανάγκη της γνώσης αφυπνίζεται επειδή η θρησκεία είναι αποδιοργανωμένη.

Η γνώση δεν αναζητείται σαν μέσο καταστροφής αποδεκτών γνωμών αλλά γιατί η καταστροφή τους έχει αρχίσει. Ασφαλώς μια και η γνώση υπάρχει, μπορεί να πολεμά στο όνομα της και για την αιτία της και να επιβάλλει έναν ανταγωνιστή στα παραδοσιακά αισθήματα. Βέβαια, οι επιθέσεις της θα ήταν χωρίς αποτέλεσμα εάν αυτά τα αισθήματα εξακολουθούσαν να ήταν ζωντανά. **Η πίστη δεν ξεριζώνεται με την διαλεκτική απόδειξη** πρέπει ήδη να έχει βαθιά κλονισθεί από άλλες αιτίες για να καταστεί ανίκανη να αντισταθεί στον συγκλονισμό του επιχειρήματος.

Δεύτερον, η θρησκεία έχει ένα προστατευτικό αποτέλεσμα στην αυτοκτονία. Δεν οφείλεται στο γεγονός ότι καταδικάζει περισσότερο αδίστακτα από τη λαϊκή ηθική, ούτε επειδή η ιδέα του Θεού δίνει στα παραγγέλματα της,

μια εξαιρετική αυθεντία που υποδηλώνει τη θέληση. Η θρησκεία που έχει μικρότερη κλίση στην αυτοκτονία είναι ο Ιουδαϊσμός, η οποία δεν την απαγορεύει και επίσης σε αυτή τη θρησκεία η ιδέα της αθανασίας παίζει τον μικρότερο ρόλο.

Η Βίβλος δεν περιέχει κανέναν νόμο που να απαγορεύει στον άνθρωπο να αυτοκτονήσει και από την άλλη μεριά οι πίστες της σε μια μελλοντική ζωή είναι πολύ αόριστες.

Η αγαθοεργή επίδραση της θρησκείας δεν οφείλεται κατά συνέπεια στην ιδιαίτερη φύση των θρησκευτικών συλλήψεων. Εκείνο που συνθέτει αυτήν την κοινωνία είναι η ύπαρξη ορισμένου αριθμού πίστεων και συνηθειών, κοινών σε όλους τους πιστούς, παραδοσιακών και έτσι υποχρεωτικών.

Όσο πολυάριθμες και ισχυρές είναι αυτές οι συλλογικές καταστάσεις τόσο μεγαλύτερη είναι η ολοκλήρωση της θρησκευτικής κοινότητας και τόσο μεγαλύτερη είναι η προστατευτική της αξία. Οι λεπτομέρειες των δογμάτων και των ιεροτελεστιών είναι δευτερεύουσες. Το ουσιαστικό είναι, ότι είναι ικανές να θρέψουν μια αρκετά έντονη συλλογική ζωή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΕ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ - ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Στο κεφάλαιο αυτό θα αναφερθούμε στους παράγοντες εκείνους που διαδραματίζουν σπουδαίο ρόλο στην εμφάνιση ψυχοπαθολογίας, με αποτέλεσμα να οδηγούν τα άτομα σε αυτοκτονία – απόπειρα αυτοκτονίας. Η συλλογή των στοιχείων που παραθέτουμε παρακάτω έγινε από την ηλεκτρονική διεύθυνση www.stress.gr.

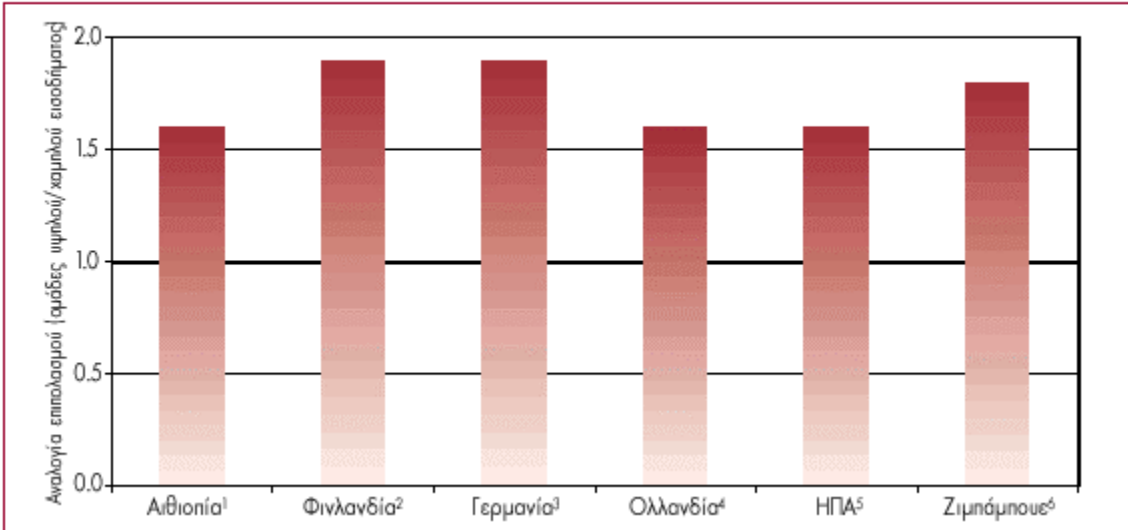
Βάση, λοιπόν, των στοιχείων αυτών, ο επιπολασμός, η εκδήλωση και η πορεία των ψυχικών διαταραχών και διαταραχών προσωπικότητας καθορίζονται από μία ποικιλία παραγόντων. Περιλαμβάνονται κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες, δημογραφικοί, όπως το φύλο και η ηλικία, σοβαρές απειλές, όπως συγκρούσεις και καταστροφές, η ύπαρξη σοβαρών σωματικών ασθενειών και το οικογενειακό περιβάλλον. Όλα περιγράφονται εδώ εν συντομία, ώστε να φανεί πώς επηρεάζουν την ψυχική υγεία.

3.1 ΦΤΩΧΕΙΑ

Η φτώχεια, και οι με αυτήν συνδεδεμένες καταστάσεις της ανεργίας, του χαμηλού επιπέδου εκπαίδευσης, της περιθωριοποίησης και της έλλειψης στέγης, δεν είναι μόνο ευρέως εξαπλωμένη στις φτωχές χώρες, αλλά επίσης μαστίζει μια αξιόλογη μειονότητα των πλουσίων χωρών. Δεδομένα διεθνών ερευνών στη Βραζιλία, Χιλή, Ινδία και Ζιμπάμπουε δείχνουν, ότι οι κοινές ψυχικές διαταραχές έχουν διπλάσια συχνότητα μεταξύ των φτωχών σε σχέση με τους πλούσιους (Patel και συνεργάτες, 1999). Στις ΗΠΑ, βρέθηκε ότι τα παιδιά των φτωχότερων οικογενειών κινδύνευαν από διαταραχές σε αναλογία 2:1 ως προς τις διαταραχές προσωπικότητας και 3:1 ως προς καταστάσεις συννοσηρότητας (Costello και συνεργάτες, 1996). Μία ανασκόπηση 15 μελετών, βρήκε ότι η μέση αναλογία του γενικού επιπολασμού των ψυχικών διαταραχών μεταξύ των χαμηλότερων και υψηλότερων κοινωνικοοικονομικών κατηγοριών ήταν 2,1:1 για ένα έτος, και 1,4:1 για όλη τη ζωή (Kohn και συνεργάτες, 1998). Παρόμοια αποτελέσματα έχουν αναφερθεί σε πρόσφατες μελέτες στη Βόρειο Αμερική, Λατινική Αμερική και Ευρώπη (ΠΟΥ Διεθνής Κοινοπραξία Ψυχιατρικής Επιδημιολογίας 2000). Το σχήμα 2.6 δείχνει ότι η κατάθλιψη είναι συχνότερη μεταξύ των φτωχών, παρά μεταξύ των πλουσίων.

Υπάρχουν επίσης στοιχεία, ότι η πορεία των διαταραχών καθορίζεται από την κοινωνικοοικονομική θέση του ατόμου (Kessler και συνεργάτες, 1994: Saraceno & Barbui 1997). Αυτό μπορεί να είναι αποτέλεσμα μεταβλητών που σχετίζονται με τις υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων των εμποδίων στην προσπέλαση των υπηρεσιών. Το χάσμα θεραπείας για τις περισσότερες ψυχικές διαταραχές είναι μεγάλο, αλλά για το φτωχό πληθυσμό είναι τεράστιο. Επιπλέον, οι φτωχοί συχνά θέτουν θέματα ψυχικής υγείας που τους απασχολούν, όταν ζητούν θεραπεία για σωματικά προβλήματα.

Σχήμα 2.6 Επιπολασμός της κατάθλιψης σε ομάδες χαμηλού και υψηλού εισοδήματος, επιλεγμένες χώρες.



Η σχέση μεταξύ ψυχικών διαταραχών και διαταραχών προσωπικότητας, συμπεριλαμβανομένων όσων σχετίζονται με την κατανάλωση οινόπνευματος, και της οικονομικής ανάπτυξης κοινοτήτων και χωρών δεν έχει ερευνηθεί συστηματικά. Φαίνεται όμως πιθανό, ότι ο φαύλος κύκλος φτώχειας και ψυχικών διαταραχών στο οικογενειακό επίπεδο λειτουργεί επίσης στο κοινοτικό και κρατικό επίπεδο.

3.2 ΦΥΛΟ

Έχει υπάρξει αυξημένο ενδιαφέρον στη μελέτη του κατά πόσο το φύλο επηρεάζει τον επιπολασμό, την αιτιολογία και την πορεία των ψυχικών διαταραχών και διαταραχών προσωπικότητας. Στους προηγούμενους αιώνες, παρατηρήθηκε μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών μεταξύ των εγκλειστών σε άσυλα και άλλα θεραπευτικά ιδρύματα, αλλά δεν είναι σαφές εάν οι ψυχικές διαταραχές ήταν πράγματι συχνότερες στις γυναίκες, ή εάν, απλώς, οι γυναίκες οδηγούνταν εκεί συχνότερα προς θεραπεία.

Πρόσφατες μελέτες, μεθοδολογικά επαρκείς, που έγιναν σε επίπεδο κοινότητας έχουν αποκαλύψει μερικές ενδιαφέρουσες διαφορές. Ο γενικός επιπολασμός των ψυχικών διαταραχών και διαταραχών προσωπικότητας δεν φαίνεται να διαφέρει μεταξύ ανδρών και γυναικών. Όμως, οι αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές είναι συχνότερες μεταξύ των γυναικών, ενώ οι διαταραχές λόγω χρήσης ουσιών και αντικοινωνικής προσωπικότητας συχνότερες μεταξύ των ανδρών (Gold 1998). Σχεδόν όλες οι μελέτες δείχνουν μεγαλύτερο επιπολασμό καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών στις γυναίκες, με συνήθη αναλογία μεταξύ 5:1 και 2:1. Αυτά ήσαν ευρήματα όχι μόνο στις αναπτυγμένες, αλλά και σε έναν αριθμό αναπτυσσόμενων χωρών (Patel και συνεργάτες, 1999; Pearson 1995). Είναι ενδιαφέρον να παρατηρηθεί, ότι οι διαφορές στις αναλογίες λόγω φύλου, σχετίζονται πολύ με την ηλικία : οι μεγαλύτερες διαφορές υπάρχουν στους ενήλικους, ενώ δεν αναφέρεται διαφορά στην παιδική ηλικία και είναι μικρές στους ηλικιωμένους.

Έχουν προταθεί πολλοί λόγοι που εξηγούν τον μεγαλύτερο επιπολασμό καταθλιπτικών και αγχώδων διαταραχών μεταξύ των γυναικών. Βεβαίως, κάποιος ρόλος παίζουν γενετικοί και βιολογικοί παράγοντες, όπως ιδιαίτερα δείχνει η στενή χρονική σχέση του υψηλότερου επιπολασμού και της αναπαραγωγικής ηλικίας, η οποία ακολουθείται από ορμονικές αλλαγές. Έχουν μελετηθεί επαρκώς οι ορμονικές αλλαγές που συνοδεύουν τον εμμηνορρυσιακό κύκλο και τον τοκετό. Η κατάθλιψη μάλιστα, που ακολουθεί τον τοκετό μπορεί να σηματοδοτεί την αρχή μίας υποτροπιάζουσας καταθλιπτικής διαταραχής. Οι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες, όμως, είναι επίσης σημαντικοί όσον αφορά τις διαφορές ανδρών και γυναικών στις καταθλιπτικές και αγχώδης διαταραχές.

Πίνακας 2.3 Σχέση μεταξύ οικογενειακής βίας και αυτοκτονικών τάσεων .

% γυναικών που είχαν κάποτε στην ζωή τους σκέψεις να αυτοκτονήσουν (P < 0,001)								
Εμπειρία σωματικής βίας από σύντροφο	Βραζιλία ¹ (n=940)	Χιλή ² (n=422)	Αίγυπτος ² (n=631)	Ινδία ² (n=6327)	Ινδονησία ³ (n=765)	Φιλιππίνες ² (n=1001)	Περού ¹ (n=1088)	Ταϊλάνδη ¹ (n=2073)
Ποτέ	21	11	7	15	1	8	17	18
Κάποτε	48	36	61	64	11	28	40	41

¹ WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence (preliminary results, 2001). Geneva, WHO (unpublished document)

² International Network of Clinical Epidemiologists (INCLEN 2001). *World Studies of Abuse in Family Environments (WorldSAFE)*. MANILA, International Network of Clinical Epidemiologists. This survey questioned women about "severe physical violence"

³ Hakimi M et al. [2001]. *Silence for the sake of harmony: domestic violence and women's health in Central Java*. Yogyakarta, Indonesia, Program for Appropriate Technology in Health.

Εν περιλήψει, το φύλο σαφώς καθορίζει εν μέρει τις ψυχικές διαταραχές και αυτός ο παράγων πρέπει να κατανοηθεί και να ερευνηθεί καλύτερα, ώστε να εκτιμηθεί η γενική του επίπτωση.

3.3 ΗΛΙΚΙΑ

Η ηλικία είναι σημαντικός καθοριστικός παράγοντας των ψυχικών διαταραχών. Οι ψυχικές διαταραχές κατά την παιδική και εφηβική ηλικία έχουν περιγραφεί εν συντομία παραπάνω. Υψηλός επιπολασμός διαταραχών συναντάται επίσης και στο γήρας. Εκτός της νόσου Alzheimer, που διαλαμβάνεται πιο πάνω, οι ηλικιωμένοι πάσχουν επίσης από έναν αριθμό άλλων ψυχικών διαταραχών και διαταραχών προσωπικότητας. Εν γένει, ο επιπολασμός μερικών διαταραχών τείνει να αυξάνεται με την ηλικία. Κύρια θέση μεταξύ αυτών κατέχει η κατάθλιψη. Αυτή είναι κοινή μεταξύ των ηλικιωμένων : οι μελέτες δείχνουν ότι πάσχουν από κατάθλιψη το 8-20% όσων βρίσκουν φροντίδα στην κοινότητα και το 37% όσων βρίσκουν φροντίδα

στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Μία πρόσφατη μελέτη, σε δείγμα κοινότητας, ανθρώπων άνω των 65 ετών βρήκε κατάθλιψη στο 11,2% του πληθυσμού (Newman και συνεργάτες 1998). Μία άλλη πρόσφατη μελέτη, βρήκε ότι ο επιπολασμός σημείου ήταν 4,4% μεταξύ των γυναικών και 2,7 μεταξύ των ανδρών, αν και ο διαχρονικός επιπολασμός ήταν 20,4% και 9,6%. Η κατάθλιψη είναι ακόμη συχνότερη μεταξύ των ηλικιωμένων με σωματικές αναπηρίες (Katona & Livingston 2000). Η ύπαρξη της κατάθλιψης αυξάνει το ποσοστό αναπηρίας καθενός εξ αυτών. Οι καταθλιπτικές διαταραχές μένουν αδιάγνωστες μεταξύ των ηλικιωμένων ακόμη συχνότερα απ' ό,τι μεταξύ των νέων, διότι θεωρούνται, λανθασμένα, φυσικό επακόλουθο του γήρατος.

3.4 ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΙΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΕΣ

Οι συγκρούσεις, συμπεριλαμβανομένων των πολέμων και των κοινωνικών αναταραχών, και οι καταστροφές επηρεάζουν μεγάλο αριθμό ατόμων και έχουν ως επακόλουθο ψυχικά προβλήματα. Υπολογίζεται ότι, παγκοσμίως, περίπου 50 εκατομμύρια άνθρωποι είναι πρόσφυγες ή έχουν εκτοπιστεί από τα σπίτια τους μέσα στην ίδια τους τη χώρα. Επιπροσθέτως, εκατομμύρια επηρεάζονται από φυσικές καταστροφές, όπως σεισμούς, πλημμύρες, τυφώνες και παρόμοια μεγάλης κλίμακας καταστροφικά φαινόμενα (IFRC 2000). Αυτές οι καταστάσεις βάζουν σε δοκιμασία την ψυχική υγεία των εμπλεκόμενων, οι πλείστοι των οποίων ζουν σε αναπτυσσόμενες χώρες, όπου οι δυνατότητες να αντιμετωπιστούν αυτά τα προβλήματα είναι άκρως περιορισμένες.

Το ένα τρίτο έως το ήμισυ των επηρεαζόμενων, πάσχουν από συναισθηματικές διαταραχές. Η συχνότερη διάγνωση είναι η μετατραυματική αγχώδης διαταραχή (ΜΤΑΔ), συχνά συνοδευόμενη από καταθλιπτικές ή αγχώδεις διαταραχές. Επιπλέον, τα περισσότερα άτομα αναφέρουν ψυχολογικά προβλήματα που δεν είναι τόσο σοβαρά ώστε να ονομαστούν διαταραχές. Η ΜΤΑΔ εμφανίζεται μετά από ένα αγχογόνο γεγονός εξαιρετικά απειλητικό ή καταστροφικό, και χαρακτηρίζεται από παρενοχλητικές αναμνήσεις, αποφυγή συνθηκών που συνδέονται με τον αγχογόνο παράγοντα, διαταραχές του ύπνου, ευερεσθιστικότητα και θυμό, δυσκολία στη συγκέντρωση και υπερβολική εγρήγορση. Ο επιπολασμός σημείου του ΜΤΑΔ στον πληθυσμό, σύμφωνα με το ΠΑΝ 2000, είναι 0,37%. Η ειδική διάγνωση του ΜΤΑΔ αμφισβητείται διότι, κατά τους ενάντιους, εμπλέκει πολιτισμικά κριτήρια και διότι γίνεται πολύ συχνά. Η ΜΤΑΔ έχει μάλιστα θεωρηθεί, διαγνωστική κατηγορία που έχει εφευρεθεί βάσει κοινωνικοπολιτικών αναγκών (Summerfield 2001). Ακόμη και αν η καταλληλότητα αυτής της διάγνωσης είναι αβέβαιη, είναι γενικά αποδεκτό ότι η έκθεση σε σοβαρό τραύμα έχει επίπτωση στην ψυχική νοσηρότητα.

Μελέτες θυμάτων φυσικών καταστροφών έχουν επίσης δείξει υψηλά ποσοστά ψυχικών διαταραχών. Μία πρόσφατη μελέτη από την Κίνα βρήκε υψηλό ποσοστό ψυχολογικών συμπτωμάτων και κακή ποιότητα ζωής μεταξύ των επιζώντων από σεισμούς. Η μελέτη επίσης έδειξε, ότι η υποστήριξη μετά το καταστροφικό γεγονός είχε θετικά αποτελέσματα ως προς την βελτίωση της ευεξίας (Wang και συνεργάτες, 2000).

3.5 ΜΕΙΖΟΝΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Η ύπαρξη σοβαρών σωματικών νοσημάτων επηρεάζει την ψυχική υγεία των ατόμων, αλλά και ολόκληρων οικογενειών. Οι περισσότερες ασθένειες που προκαλούν σοβαρή αναπηρία ή απειλούν τη ζωή, όπως ο καρκίνος, το έμφραγμα στους άνδρες και τις γυναίκες όντως επηρεάζουν την ψυχική υγεία των ατόμων αυτών, όμως στις περιπτώσεις αυτές δεν υπάρχει αυξημένος κίνδυνος αυτοκτονίας όπως στην περίπτωση του HIV/AIDS που περιγράφεται εδώ χαρακτηριστικά.

Το HIV/AIDS εξαπλώνεται πολύ γρήγορα σε πολλά μέρη του κόσμου. Στο τέλος του 2000, 36,1 εκατομμύρια άνθρωποι συνολικά ζούσαν με το HIV/AIDS και 21,8 εκατομμύρια είχαν ήδη πεθάνει (UNAIDS 2000). Από τις 5,3 εκατομμύρια νέες μολύνσεις το 2000, η μία στις 10 ήταν παιδιών και σχεδόν οι μισές ήταν γυναικών. Σε 16 χώρες της Αφρικής νότια της Σαχάρας, το 10% του πληθυσμού που είναι σε αναπαραγωγική ηλικία, είναι μολυσμένο με HIV/AIDS. Η επιδημία του HIV/AIDS έχει μειώσει την οικονομική ανάπτυξη και το προσδόκιμο ζωής μέχρι και 50% σε χώρες που έχουν πληγεί περισσότερο. Σε πολλές χώρες το HIV/AIDS θεωρείται τώρα απειλή για την εθνική ασφάλεια. Επειδή δεν υπάρχει ούτε θεραπεία, ούτε και εμβόλιο, η πρόληψη παραμένει η κύρια αντίδρασή μας, ενώ η φροντίδα και η υποστήριξη των πασχόντων από HIV/AIDS είναι το κρίσιμο σημείο, όπου μπορούμε να παρέμβουμε.

Ως επακόλουθο αυτής της μόλυνσης, ένα τμήμα ανθρώπων υποφέρει από ψυχολογικές επιπτώσεις (διαταραχές καθώς και άλλα προβλήματα). Οι επιπτώσεις αυτής της επιδημίας στην ψυχική υγεία είναι σημαντικές. Επιπτώσεις του έντονου στιγματισμού και των διακρίσεων εναντίον ανθρώπων με HIV/AIDS, επίσης παίζουν βασικό ρόλο στο ψυχολογικό στρες. Οι διαταραχές ποικίλουν από αγχωτικές ή καταθλιπτικές διαταραχές, έως διαταραχές προσαρμογής (Maj και συνεργάτες, 1994a). Χαρακτηριστικό επίσης είναι το υψηλό ποσοστό αυτοκτονίας που, τροφοδοτούμενο από τις κοινωνικές διακρίσεις και προκαταλήψεις σε βάρος των ασθενών, είναι μεγαλύτερο από οποιαδήποτε άλλη χρόνια νόσο.

Επιπρόσθετα, τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας υφίστανται και αυτά τις επιπτώσεις του στίγματος και, αργότερα, των πρόωρων θανάτων των μολυσμένων συγγενών τους. Οι ψυχολογικές συνέπειες που αντιμετωπίζουν μέλη οικογενειών που διαλύθηκαν, και παιδιά που ορφάνεψαν λόγω του HIV/AIDS, δεν έχουν μελετηθεί λεπτομερώς, αλλά είναι πιθανόν να είναι ουσιώδης. Αυτές οι περίπλοκες καταστάσεις, όπου η φυσική κατάσταση έχει ψυχολογικές συνέπειες σε ατομικό, οικογενειακό και κοινοτικό επίπεδο, απαιτούν λεπτομερή εκτίμηση, ώστε να καθοριστεί ο αντίκτυπος που έχουν στην ψυχική υγεία.

3.6 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι ψυχικές διαταραχές είναι βαθιά ριζωμένες στο κοινωνικό περιβάλλον του ανθρώπου. Μία ποικιλία κοινωνικών παραγόντων επηρεάζουν το ξεκίνημα, την πορεία και την κατάληξη των διαταραχών αυτών.

Στους ανθρώπους συμβαίνουν μία σειρά από σημαντικά γεγονότα στη ζωή τους μεγαλύτερα καθώς και μικρότερα. Αυτά πιθανόν να είναι ευκατάρ

(όπως μία προαγωγή στη δουλειά) ή απευκταία (για παράδειγμα, μία απώλεια κοντινού προσώπου ή μία επαγγελματική αποτυχία). Έχει παρατηρηθεί ότι υπάρχει μία συσσώρευση γεγονότων πριν το ξεκίνημα των ψυχικών διαταραχών (Brown και συνεργάτες 1972; Leff και συνεργάτες 1987). Αν και τα απευκταία γεγονότα κυριαρχούν πριν το ξεκίνημα ή την επανεμφάνιση των καταθλιπτικών διαταραχών, όλων των ειδών τα γεγονότα (ευκταία και απευκταία) συχνά προηγούνται άλλων ψυχικών διαταραχών. Οι μελέτες δείχνουν ότι όλα τα σημαντικά γεγονότα στη ζωή λειτουργούν ως παράγοντες πίεσης και, σε πυκνή διαδοχή, προδιαθέτουν το άτομο σε ψυχικές διαταραχές. Αυτή η επίπτωση δεν περιορίζεται στις ψυχικές διαταραχές, διότι έχει επίσης δείχθει ότι είναι συνδεδεμένη με σωματικές ασθένειες, όπως για παράδειγμα το έμφραγμα του μυοκαρδίου. Φυσικά, τα γεγονότα του βίου μας, είναι μόνο ένας από τους παράγοντες που συμβάλλουν (όπως η γενετική προδιάθεση, η προσωπικότητα και η ικανότητα να αντιμετωπίσουμε τις αντιξοότητες) στην εκδήλωση των διαταραχών.

Η σημασία της έρευνας σε σχέση με τα γεγονότα του βίου, έγκειται κυρίως στην επισήμανση ατόμων που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο, επειδή δοκιμάζονται από σημαντικά γεγονότα σε πυκνή διαδοχή (για παράδειγμα, απώλεια εργασίας, απώλεια συζύγου, και αλλαγή τόπου κατοικίας). Αρχικά, αυτή η επίπτωση παρατηρήθηκε στην κατάθλιψη και την σχιζοφρένεια, αλλά μεταγενέστερα βρέθηκε μία σύνδεση ανάμεσα στα γεγονότα του βίου και σε μία ποικιλία άλλων ψυχικών διαταραχών και διαταραχών προσωπικότητας και καταστάσεων. Ανάμεσα σε αυτές ξεχωρίζει η αυτοκτονία.

Το κοινωνικό και συναισθηματικό περιβάλλον εντός της οικογένειας, επίσης παίζει ζωτικό ρόλο στις ψυχικές διαταραχές. Παρόλο που απόπειρες να συνδεθούν σοβαρές ψυχικές διαταραχές όπως η σχιζοφρένεια και η κατάθλιψη με το οικογενειακό περιβάλλον γίνονται εδώ και πολύ καιρό (Kuipers & Bebbington 1990), μερικές καθοριστικές πρόοδοι έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν. Το κοινωνικό και συναισθηματικό περιβάλλον εντός της οικογένειας, έχει ξεκάθαρα συνδεθεί με υποτροπές στην σχιζοφρένεια, αλλά όχι αναγκαστικά με το ξεκίνημα της διαταραχής. Η αρχική παρατήρηση ήταν, ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια, που πήγαιναν να ζήσουν με τους γονείς τους μετά από μία περίοδο νοσηλείας, υποτροπιάζαν συχνότερα. Αυτό οδήγησε σε έρευνα για την αιτία του φαινομένου αυτού. Οι περισσότερες μελέτες χρησιμοποιούν την έννοια των «εκπεφρασμένων συναισθημάτων» των μελών της οικογένειας προς το άτομο με σχιζοφρένεια. Τα εκπεφρασμένα συναισθήματα στις μελέτες αυτές συμπεριελάμβαναν επικριτικά σχόλια, εχθρότητα, συναισθηματική εμπλοκή πέραν του δέοντος, και ζεστασιά.

Ένας μεγάλος αριθμός μελετών από όλες τις περιοχές του κόσμου έχουν δείξει πως η εκπεφρασμένη συναισθηματικότητα μπορεί να προβλέψει την πορεία της σχιζοφρένειας, συμπεριλαμβανομένων των υποτροπών (Butzaff & Hooley 1998). Υπάρχουν επίσης στοιχεία που δείχνουν ότι η αλλαγή του συναισθηματικού κλίματος στις οικογένειες μπορεί να συνεισφέρει, μαζί με την φαρμακευτική αγωγή, στην πρόληψη των υποτροπών. Αυτά τα ευρήματα είναι χρήσιμα για τη βελτίωση της φροντίδας επιλεγμένων ασθενών μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον, και επίσης υπενθυμίζουν την σημασία των κοινωνικών παραγόντων στην πορεία και θεραπεία των σοβαρών ψυχικών διαταραχών, όπως η σχιζοφρένεια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΕΙΑ

Η απόπειρα αυτοκτονίας αποτελεί πολύ σπάνια εκδήλωση κατά την παιδική ηλικία. Οι στατιστικές δείχνουν τη μικρότερη συχνότητα στις ηλικίες κάτω του 15ου έτους, ενώ παρατηρείται απότομη αύξηση κατά την εφηβεία. Γενικά στις Ελληνικές στατιστικές από τα άτομα που προβαίνουν σε απόπειρα τα μισά περίπου είναι κάτω των 24 ετών και ένα μεγάλο τμήμα τους είναι έφηβοι. Ακριβείς αριθμοί δεν μπορούν να υπάρξουν, διότι για οικογενειακούς και κοινωνικούς λόγους η απόπειρα αποκρύπτεται ή αν αναγκαστικά φθάσει μέχρι τις ιατρικές υπηρεσίες η πραγματική πρόθεση αποσιωπάται και η περίπτωση καταγράφεται σαν φαρμακευτική δηλητηρίαση ή απλός τραυματισμός.

Στην περιοχή Θεσσαλονίκης έχουν γίνει συστηματικές έρευνες των αποπειραθέντων που φθάνουν σε ημέρα εφημερίας στα νοσοκομεία. «Έτσι ενώ πριν 15 χρόνια οι απόπειρες, ανεξάρτητα από ηλικία, ήσαν μια κάθε δύο μέρες περίπου, σήμερα προσέρχονται στις εφημερίες δύο κάθε μέρα. Ανάλογη αύξηση παρατηρείται και σε άλλα κράτη, τόσο των αποπειρών όσο και των αυτοκτονιών όπως στη Βόρεια Αμερική όπου δεκαπλασιάστηκαν την τελευταία τριακονταετία. Πρέπει να τονισθεί, ωστόσο, εδώ ότι η Ελλάδα παρουσιάζει ακόμη πολύ χαμηλά ποσοστά σε σύγκριση με άλλα κράτη, όπως η Ουγγαρία, Σουηδία κ.ά. με 8-10 φορές ψηλότερα ποσοστά.

Σχετικά με τη διάγνωση η πιο συχνή κατάσταση που οδηγεί σε απόπειρα είναι η κατάθλιψη νευρωτικού ή αντιδραστικού τύπου (37% του συνόλου), άλλες νευρώσεις, κυρίως η υστερική (15%), η εφηβική κρίση (25%) και σε μικρότερα ποσοστά διάφορες ψυχώσεις και διαταραχές χαρακτήρα. Με τον όρο εφηβική κρίση εννοούμε το αδιέξοδο στο οποίο περιέρχεται ένας έφηβος εξαιτίας υπερβολικής πίεσης από το περιβάλλον και της συναισθηματικής αστάθειας της ηλικίας, χωρίς να παρουσιάζει σαφείς ψυχοπαθολογικές διαταραχές ή νευρωτική προσωπικότητα. Τα άτομα αυτά μπορούν να θεωρηθούν μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια ή απλώς ανώριμα. Όμως ο αυξημένος κίνδυνος απόπειρας στην εφηβεία γίνεται εμφανής, αφού πέρα από τις κρίσεις αυτές, αντιδραστικές, υστερικές ή ψυχωτικές καταστάσεις κάνουν την έναρξη τους στην ίδια ηλικία.

Το γυναικείο φύλο αποπειράται πολύ πιο συχνά και η γενική αναλογία ανεξάρτητα από ηλικία είναι 4 γυναίκες προς 1 άνδρα. Η αναλογία αυτή αυξάνεται στην εφηβεία σε 6 προς 1 στις περιπτώσεις εφηβικής κρίσης και σε 12 κορίτσια προς 1 αγόρι στις περιπτώσεις υστερίας. Οι έφηβοι αποπειρώνται με ψυχοφάρμακα ή αναλγητικά και έχουν πολύ λιγότερη ψυχοπαθολογική επιβάρυνση από άλλες ομάδες αποπειρωμένων, μετανιώνουν μάλιστα για την πράξη τους πολύ συχνότερα. Κατά κανόνα στην εφηβεία υπάρχει έντονο εκλυτικό αίτιο και η τυπική περίπτωση είναι εκείνη του κοριτσιού που ύστερα από αισθηματική απογοήτευση παρεξηγήσεις με τη συντροφιά και παρόμοιες προστριβές με τους γονείς (σχετικά με τον νεαρό, τις ώρες απουσίας του κοριτσιού από το σπίτι κλπ.) αποπειράται. Η απόπειρα ή δεν λαμβάνεται σοβαρά υπόψη (θεωρούμενη «ψευδοαπόπειρα») ή οδηγεί σε παραπέρα ενδοοικογενειακή ένταση, τιμωρίες κ.τ.λ. με κίνδυνο να κορυφωθεί το

αδιέξοδο για το κορίτσι και να αποπειραθεί ξανά.

Σε παλαιότερη μελέτη μας με τον συνάδελφο Ε. Δημητρίου είχαμε επισημάνει ότι άτομα με εφηβική κρίση ή υστερική προσωπικότητα συχνά αποπειρώνται μέσα στο δωμάτιό τους, μόνοι, με κίνδυνο να μη γίνει αντιληπτή η ενέργεια τους. Ένας στους πέντε αποπειρώμενους είχε κινδυνεύσει σοβαρά να φθάσει στο μοιραίο, γεγονός που υπογραμμίζει την ανάγκη να μη χειρίζεται η οικογένεια και ο γιατρός καμία περίπτωση σαν επιπόλαιη. Πρόσφατη έρευνα των Δημητρίου και συνεργατών επιβεβαίωσε την σοβαρότητα της απόπειρας σε 18% των αποπειρωμένων με εφηβική κρίση και 21% των νευρωτικών, και μάλιστα ότι αυξήθηκε ο αριθμός εφήβων και νέων ανδρών παρόλο ότι τα κορίτσια είναι και πάλι περισσότερα. Οι καταθλιπτικοί και σχιζοφρενείς προβαίνουν φυσικά σε σοβαρότερες απόπειρες (41-47%), όπως και οι άνδρες μεγάλης ηλικίας, οι χήροι και οι διαζευγμένοι. Βασικό στοιχείο είναι ο κίνδυνος των εφήβων να αποπειραθούν και πάλι, αφού 1 στους 4 προβαίνει εκ νέου σε τέτοιο εγχείρημα. Αντίθετα προς την εφηβεία, στην παιδική ηλικία οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι σπανιότατες, όπως και η γνήσια μελαγχολία (βλέπε προηγούμενο κεφάλαιο). Στα παιδιά άλλωστε, η έννοια του θανάτου είναι διαφορετική απ' ότι στον ενήλικα. Στην προσχολική ηλικία το παιδί αντιλαμβάνεται τον θάνατο σαν παροδική απουσία και στα χρόνια του Δημοτικού, καίτοι γνωρίζει περισσότερα για τις σωματικές συνέπειες του θανάτου; για τον εαυτό του, δεν διανοείται ότι μπορεί να είναι κάτι οριστικό και έτσι σκέφτεται τον θάνατο όταν προσπαθεί να ξεφύγει από κάποια δυσκολία» ΙΕΡΟΔΙΑΚΟΝΟΥ, Χ.Σ. – ΦΩΤΙΑΔΗΣ, (1991), «Ψυχιατρική», Εκδόσεις: Μαστορίδη, Θεσσαλονίκη.

Ο Kanner εφιστά την προσοχή των γιατρών και γονέων στις περιπτώσεις παιδιών, τα οποία δεν είναι ικανοποιημένα από τη από το αν υφίσταται ή όχι γνήσια μελαγχολία, διότι η βαθιά απογοήτευση μπορεί να οδηγήσει και το παιδί σε σκέψεις αυτοκαταστροφής. Σαν τέτοιες απογοητεύσεις αναφέρει την αποτυχία στο σχολείο, την απελπισία και τον φόβο βαριάς τιμωρίας από τυραννικούς ή αλκοολικούς γονείς, την έλλειψη στοργής από την οικογένεια (οπότε το παιδί αυτοτραυματίζεται για να προσελκύσει την προσοχή), τους συζυγικούς διαπληκτισμούς των γονέων, τους αφόρητους περιορισμούς κ.ά. Τα παιδιά με τάσεις προς αυτοκτονία προσπαθούν κατ' ουσία να αποφύγουν μian αφόρητη γι' αυτά κατάσταση και αντιδρούν προς τη ματαίωση (πραγματική ή φανταστική) των συναισθηματικών τους αναγκών με εκδικητικές φαντασιώσεις αυτοκτονίας, ότι θα τιμωρηθούν δηλ. οι γονείς, αφού θα κλαίνε που θα χάσουν το παιδί τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΣΤΗ ΜΕΣΗ ΗΛΙΚΙΑ

Στην ενότητα αυτή θα αναφερθούμε στους λόγους που συμβάλλουν ώστε τόσο οι γυναίκες όσο και οι άνδρες να οδηγούνται σε απόπειρες αυτοκτονίας. Είναι σημαντικό να προβούμε σε έναν διαχωρισμό των δύο φύλων σχετικά με τους λόγους που οδηγούν, άνδρες και γυναίκες, στην εμφάνιση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Και αυτό διότι ζούμε σε έναν κόσμο στον οποίο το φύλο διαδραματίζει πρωταρχικό ρόλο.

Το φύλο, όπως ο πολιτισμός, η φυλή και η ηλικία, έχει διαρκή επίδραση στη ζωή μας. Τις περισσότερες φορές αναγνωρίζουμε τις διαφορές φύλου ως σχετιζόμενες με τη βιολογική ή την αναπαραγωγική λειτουργία. Πολλές εμπειρίες της ζωής όμως είναι ειδικές ως προς το φύλο και τείνουν να επηρεάζουν είτε τους άνδρες είτε τις γυναίκες ή είναι πιθανό να τους επηρεάζουν με διαφορετικούς τρόπους. Και τις διαφορές αυτές περιπλέκουν ακόμα περισσότερο τα συγκεκριμένα στάδια ζωής που διανύουμε ή οι συνθήκες ζωής κάτω από τις οποίες ζούμε. (Harvard Rev Psychiatry Volume 5, Number 6, «ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ», σελ.: 69).

5.1 Λόγοι που οδηγούν τις γυναίκες σε απόπειρες αυτοκτονίας

5.1.1 Εμμηνόπαυση

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, ορισμένες επιδημιολογικές μελέτες διαπίστωσαν ότι η εμμηνόπαυση δεν σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα από κατάθλιψη, ενώ άλλες έχουν συμπεράνει το αντίθετο. Ωστόσο, οι μελέτες είχαν μεγάλες διαφορές ως προς το σχεδιασμό τους και έχουν εμφανίσει ποικίλους μεθοδολογικούς περιορισμούς – για παράδειγμα, συμμετοχή όλων των ψυχικών διαταραχών εκτός από την κατάθλιψη αυτή καθαυτή, χρησιμοποίηση μη προτυποποιημένων κλιμάκων εκτίμησης των συμπτωμάτων και έλλειψη στατιστικών αναλύσεων. Επιπλέον, ο ορισμός της κατάστασης της εμμηνόπαυσης έχει εμφανίσει διαφορές από μελέτη σε μελέτη, ενώ συχνά βασίζεται μόνο στην ηλικία. (Harvard Rev Psychiatry Volume 6, Number 3, «ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ: ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗ, ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΟΔΗΓΙΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ», σελ.: 12).

Θεωρίες που δείχνουν συναισθηματική ευαλωτότητα κατά τη διάρκεια της μεταβατικής περιόδου μέχρι την εμμηνόπαυση.

«Πολλές θεωρίες επιχειρήσαν να εξηγήσουν τις αλλαγές της διάθεσης περί/κατά την εμμηνόπαυση. Στις θεωρίες αυτές περιλαμβάνονται η νευροβιολογική θεωρία, η θεωρία του ντόμινο και η ψυχοκοινωνική θεωρία.

Η νευροβιολογική θεωρία υποθέτει ότι τα συμπτώματα της διάθεσης είναι δευτεροπαθή σε αλλαγές των ορμονών της αναπαραγωγής. Τα οιστρογόνα έχουν σημαντικότερες επιδράσεις στις ωοθήκες και τα δευτερεύοντα σεξουαλικά όργανα.

Η θεωρία του ντόμινο δείχνει ότι οι περιεμμηνοπαυσιακές/εμμηνοπαυσιακές αλλαγές της διάθεσης προκύπτουν από μια διαδοχική ακολουθία συμβάντων, που ξεκινά με σωματικά συμπτώματα τα οποία φαίνεται να οφείλονται στη μείωση των οιστρογόνων κατά την περιεμμηνοπαυσιακή περίοδο. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, η δυσφορία, η μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης, η ευερεθιστότητα και η υποκειμενική αδυναμία στα πλαίσια της περιεμμηνοπαυσιακής περιόδου μπορεί να είναι δευτεροπαθείς στη σχετιζόμενη με τα αγγειοκινητικά συμπτώματα στέρηση ύπνου ή με τα ίδια αγγειοκινητικά συμπτώματα. Τα αγγειοκινητικά συμπτώματα, όπως οι περιεμμηνοπαυσιακές εξάψεις, φαίνεται ότι σχετίζονται με αλλαγές της έκκρισης οιστρογόνων. Όταν τα συμπτώματα αυτά συμβαίνουν συχνά και κατά τη διάρκεια της νύχτας, συχνά διαταράσσουν τον ύπνο.

Η ψυχοκοινωνική θεωρία θεωρεί δεδομένο ότι τα συμπτώματα της διάθεσης συμβαίνουν ως αντίδραση στους αλλαγμένους ρόλους και σχέσεις που συνδέονται με τις σχετιζόμενες με την ηλικία μεταβολές στις γυναίκες. Η θεωρία αυτή υποθέτει ότι οι αυξημένες ευθύνες φροντίδας για τους ηλικιωμένους γονείς, τα παιδιά που φεύγουν από το πατρικό σπίτι, τα προβλήματα υγείας και το εντονότερο διαπροσωπικό στρες, για παράδειγμα, συμπίπτουν με τα έτη περί την εμμηνοπαυση και έχουν ως αποτέλεσμα οι γυναίκες να είναι ιδιαίτερα ευάλωτες στην κατάθλιψη κατά τη χρονική αυτή περίοδο» (Harvard Rev Psychiatry Volume 6, Number 3, «ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ: ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗ, ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΟΔΗΓΙΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ», σελ.: 20).

5.1.2 Χώρα προέλευσης και κοινωνικές συνθήκες – επιταγές

«Κάθε δύο μέρες, μια Αφγανή γυναίκα αυτοπυρπολείται για να ξεφύγει από το πεπρωμένο της. Η Φατέλα, 15 ετών, κείται σ' ένα κρεβάτι νοσοκομείου στη Χεράτ, στο δυτικό Αφγανιστάν. Το κορμί της είναι γεμάτο εγκαύματα. Μιλάει με φωνή που μόλις ακούγεται: "Ο άντρας μου με χτυπάει πάντα. Προσπάθησα να το σκάσω, αλλά εκείνος το κατάλαβε. Με χτύπησε και μου πήρε τη "μπούρκα" μου (τη φορεσιά των Αφγανών γυναικών) λέγοντας ότι δεν θα ξανάβγαινα από το σπίτι. Τότε κι εγώ έριξα πάνω μου βενζίνη και έβαλα φωτιά".

Σύμφωνα με στοιχεία της Ανεξάρτητης Αφγανικής Επιτροπής για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα, το 2004, μόνο στη Χεράτ, 184 γυναίκες αυτοπυρπολήθηκαν. 60 από αυτές είναι νεκρές. Αυτό σημαίνει ότι γίνεται μια απόπειρα αυτοκτονίας κάθε δύο μέρες, χωρίς να υπολογίζουμε τις περιπτώσεις που δεν έχουν δηλωθεί, από φόβο ή από ντροπή.

Πολλές απόπειρες αυτοκτονίας δεν οφείλονται στη βία και στη κακομεταχείριση: είναι απελπισμένες προσπάθειες αντίστασης ενάντια στην προ-ισλαμική παράδοση που υποχρεώνει τις χήρες να παντρεύονται με τους κουνιάδους τους. Στο γραφείο του Υπουργείου Γυναικών, στην Καμπούλ, συναντάει κανείς χήρες πολέμου που βρίσκονται στο χείλος της απόγνωσης: "Θέλω να ξαναπαντρευτώ, αλλά ο κουνιάδος μου δεν με αφήνει: θέλει να παντρευτώ τον ίδιο και μου είπε ότι αν παντρευτώ κάποιον άλλον θα με σκοτώσει. Αν όμως με εξαναγκάσει, θα σκοτωθώ από μόνη μου", λέει η Σάχρα, 22 ετών.

Έτσι, οι γυναίκες του Αφγανιστάν μένουν κλεισμένες στο σπίτι και ονειρεύονται, ακούγοντας τη "Φωνή των Γυναικών", ένα ραδιοφωνικό σταθμό αφιερωμένο στην πάλη για τα δικαιώματά τους. Εδώ και λίγες εβδομάδες, ξανάρχισε να λειτουργεί, χάρη στη βοήθεια μιας γερμανικής οργάνωσης. Μόνο όμως στην περιοχή της Καμπούλ: δυστυχώς το σήμα της "Φωνής των Γυναικών" δεν φθάνει μέχρι τη Χεράτ, όπου οι γυναίκες συνεχίζουν να αυτοπυρπολούνται». (www.in.gr, Αναζήτηση "γυναίκες + απόπειρες αυτοκτονίας", Άρθρο: «ΓΙΑ ΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΣΤΟ ΑΦΓΑΝΙΣΤΑΝ: "Λύτρωσή τους η φωτιά", Του Ενρίκο Πιοβεζάνα).

5.2 Λόγοι που οδηγούν τους άντρες σε απόπειρες αυτοκτονίας

5.2.1 Στρατός

Σύμφωνα με τα Αρχεία Νευροψυχολογικής Ιατρικής ΕΨΨΕΠ, Τόμος 5, Τεύχος 3(19), Ιούλιος-Σεπτέμβριος 1998, σελ.: 72, σε μια επιτροπή στρατιωτικών γιατρών, που συνεστήθη τον Νοέμβριο του 1975 υπό την προεδρία του Ταξιάρχου Υγειονομικού Δεληγιαννάκη, για να εξετάσει τα 58 περιστατικά αυτοτραυματισμών και αποπειρών αυτοκτονίας που έλαβαν χώρα στο στράτευμα κατά τη χρονική περίοδο 17.4.75 – 14.7.75 κατέληξε στα ακόλουθα συμπεράσματα:

1) Το 25% των αποπειρών αυτοκτονίας έγινε για ωφελμιστικούς λόγους (δηλ. για την απόσπαση με αυτόν τον τρόπο αδειών, αναβολών στρατεύσεως ή απολυτηρίων). Το μεγάλο ποσοστό αυτών των περιστατικών πραγματοποιήθηκε στις περιόδους κατατάξεων εντός των Κέντρων Κατάταξης Νεοσύλλεκτων. Είναι αξιοπρόσεκτο το γεγονός ότι το ποσοστό αυτό αυξάνεται, όταν επιτυγχάνεται το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα (η αναρρωτική άδεια ή η αναβολή στράτευσης). Είναι επίσης χαρακτηριστικό ότι καμία από αυτές τις απόπειρες δεν κατέληξε στο θάνατο.

2) Το 20% των αποπειρών έγινε από άτομα που αντιμετώπιζαν έντονα οικογενειακά προβλήματα. Ένα από αυτά τα περιστατικά κατέληξε σε θάνατο.

3) Το 15% των περιστατικών έγινε από τοξικομανείς και άτομα που βρίσκονταν σε κατάσταση τοξικής μέθης. Κανένα από αυτά δεν κατέληξε σε θάνατο.

4) Το απομένον 40% πραγματοποιήθηκε από άτομα από κάποια ψυχική νόσο. Τρία από αυτά τα περιστατικά κατέληξαν σε θάνατο.

Η δική μας διερεύνηση – της αυτοκτονικής συμπεριφοράς στον στρατό–στηρίζεται σε 102 περιπτώσεις που νοσηλεύθηκαν στην Ψυχιατρική Κλινική του 401 Γ.Σ.Ν.Α. από 8.1.70 έως 16.11.73. Οι νοσηλευθέντες είχαν τους εξής βαθμούς:

- Ανθυπολοχαγοί: 1%
- Ανθυπασπιστές: 1%
- Έφεδροι Αξιωματικοί: 2%
- Υπαξιωματικοί: 11%
- Στρατιώτες: 85%.

Η διάρκεια της θητείας, που είχαν συμπληρώσει οι στρατεύσιμοι την στιγμή που εισήχθησαν στην κλινική, κυμαινόταν από 2 μήνες έως 27 μήνες. Η διάρκεια της θητείας κατά την στιγμή που εκδηλώθηκε η απόπειρα αυτοκτονίας ήταν για το 58% των περιπτώσεων κάτω των 6 μηνών. Μια περίπτωση εκδηλώθηκε κατά τον 27^ο μήνα και δύο κατά τον 26^ο μήνα.

Από πλευράς οικογενειακού περιβάλλοντος διαπιστώθηκε ότι στο 65% των περιπτώσεων ήταν δυσαρμονικό ενώ στο 30% των περιπτώσεων οι σχέσεις της οικογένειας ήταν αρμονικές και στο 5% αδιάφορες.

Το μορφωτικό επίπεδο των αυτοχείρων ήταν ως ακολούθως:

- Πανεπιστημιακή Μόρφωση: 2%
- Γυμνασιακή Μόρφωση: 43%
- Μόρφωση Δημοτικού: 55%

Από πλευράς επαγγελματικής απασχόλησης το 26% ήταν ανεπάγγελτοι στην πολιτική τους ζωή, ενώ το 82% είχε μία από τις ακόλουθες ασχολίες: Ναυτικός, Σιδηρουργός, Μουσικός, Εργάτης, Μάγειρας, Σερβιτόρος, Υδραυλικός.

Μια αδρή κατάταξη των αιτιών της απόπειρας αυτοκτονίας έχει ως ακολούθως:

- Ψυχική νόσος: 62%
- Ωφελμιστικοί λόγοι: 30%
- Αδιευκρίνιστη αιτία: 8%

Οι ψυχικές νόσοι – που παρουσιάζουν οι αυτόχειρες – είναι οι ακόλουθες:

- Νευρωσικοί: 55%
- Διαταραχή προσωπικότητας και Τοξικομανίες: 30%
- Ψυχωσικοί: 10%
- Άλλες: 5%.

Οι συγκεκριμένοι λόγοι που έδωσαν το έναυσμα στους στρατευμένους νέους να επιχειρήσουν απόπειρα αυτοκτονίας κατατάσσονται ως εξής:

- Συναισθηματικές Συγκρούσεις: 28%
- Οικογενειακά Προβλήματα: 19%
- Προβλήματα με την Μονάδα: 18%
- Οικονομικοί λόγοι: 12%
- Αδιευκρίνιστοι λόγοι: 23%.

Οι τρόποι με τους οποίους επιχειρήθηκαν οι απόπειρες είναι οι εξής:

- Aspirine: 44%
- Αιχμηρά αντικείμενα (Ξυράφι, μαχαίρι): 25%
- Ψυχοφάρμακα (Ηρεμιστικά, κ.λπ.): 21%
- Πυροβόλα όπλα: 4%
- Κατάποση μικροαντικειμένων: 3%
- Απαγχονισμός: 2%
- Πνιγμός στη θάλασσα: 1%.

Από τις 4 περιπτώσεις αυτοπυροβολισμού η μία έγινε στο τριχωτό της κεφαλής και οι 3 στα κάτω άκρα. Ευτυχώς καμία δεν κατέληξε σε θάνατο. Προσεκτικότερη διερεύνηση των τρόπων της αυτοκτονικής συμπεριφοράς των ψυχικά πασχόντων στρατεύσιμων δείχνει τα επακόλουθα:

1. Το 80% των νευρωσικών επιχείρησε απόπειρα με Aspirine (η ποσότητα κυμαινόταν από 3-60 με μέσο όρο τις 18 Aspirines).
2. Το 75% των στρατευσίμων, με διαταραχή προσωπικότητας (όπου συμπεριλαμβάνονται και οι τοξικομανείς), προέβη στην απόπειρα με αιχμηρά αντικείμενα.
3. Το 90% των ψυχωσικών έκανε την απόπειρα με ψυχοφάρμακα, τα οποία ελάμβαναν από την πολιτική τους ζωή και προφανώς χρησιμοποιούσαν κρυφά κατά τη διάρκεια της θητείας τους.

Αξίζει να σημειώσουμε ότι καμία από τις περιπτώσεις που νοσηλεύσαμε στην ψυχιατρική κλινική του 401 Γ.Σ.Ν.Α. – για το χρονικό διάστημα που προαναφέραμε – δεν κατέληξε σε θάνατο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία που προέρχονται από το Εθνικό Κέντρο Στατιστικών Υγείας, η αυτοκτονία κατατάχθηκε ως ένατη κυριότερη αιτία θανάτου στις Ηνωμένες Πολιτείες το 1992 και ευθυνόταν για 30.484 θανάτους. Στο γενικό πληθυσμό, το ποσοστό αυτοκτονίας ήταν 12,0 ανά 100.000. Αντίθετα με τις γενικά ισχύουσες αντιλήψεις, το ποσοστό ήταν υψηλότερο, δηλαδή 19,1 μεταξύ των ηλικιωμένων (που ορίζονταν ως άτομα 65 ετών και άνω), ενώ ειδικότερα, μεταξύ των ατόμων ηλικίας 75-84 ετών, το ποσοστό ανερχόταν σε 22,8. Συγκριτικά, οι ηλικιωμένοι αποτελούσαν το 12,6% του πληθυσμού των Ηνωμένων Πολιτειών το 1992 και σε αυτούς αντιστοιχούσε το 20,2% των αυτοκτονιών, ενώ τα άτομα ηλικίας 15-24 ετών αποτελούσαν το 14,2% των αυτοκτονιών.

«Η δημογραφική ανάλυση των στοιχείων αυτών αποκαλύπτει τέσσερις κρίσιμες σπουδαιότητας μεταβλητές που επηρεάζουν τα ποσοστά της αυτοκτονίας στους ηλικιωμένους: το φύλο, τη φυλή, την οικογενειακή κατάσταση και τη μέθοδο απόπειρας αυτοκτονίας. Από τις μεταβλητές αυτές, η διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα είναι η πιο εντυπωσιακή, αφού οι άνδρες που ολοκλήρωσαν την πράξη της αυτοκτονίας ήταν τέσσερις φορές περισσότεροι από τις γυναίκες το 1992. Η προσθήκη της καυκασιανής φυλής ως δημογραφικού παράγοντα αυξάνει περισσότερο τον κίνδυνο. Παρότι το ποσοστό αυτοκτονίας για τους λευκούς άνδρες προοδευτικά με την αύξηση της ηλικίας, τα ποσοστά των Ισπανόφωνων, των Αφρο-Αμερικανών λέγεται ότι κορυφώνονται μέχρι τις αρχές της ώριμης ηλικίας και σημειώνουν πτώση στη συνέχεια. Το ποσοστό αυτοκτονίας σε κάθε οικογενειακή κατηγορία, με εξαίρεση τους χήρους, παρατηρείται επίσης ότι είναι υψηλότερο στους ηλικιωμένους. Τέλος, τα ηλικιωμένα άτομα, τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες, είναι πολύ πιθανότερο να χρησιμοποιήσουν πυροβόλα όπλα για να αυτοκτονήσουν. Το 1992, το 68,7% των αυτοκτονιών των ηλικιωμένων πραγματοποιήθηκαν με όπλα, σε σύγκριση με το 60% περίπου όλων των αυτοκτονιών που έλαβαν χώρα στις Ηνωμένες Πολιτείες. Οι άνδρες χρησιμοποίησαν πυροβόλα όπλα επτά φορές συχνότερα από ό,τι οι γυναίκες, ενώ οι λευκές γυναίκες υπερτερούσαν αριθμητικά των ανδρών στη χρήση στερεών ή υγρών δηλητηρίων (Harvard Rev Psychiatry, Volume 4, Number 2, «Η ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ», σελ.: 6 και 8).

Παρότι το συνολικό ποσοστό αυτοκτονίας για τον πληθυσμό των ενηλίκων στις Ηνωμένες Πολιτείες έχει παραμείνει σχετικά σταθερό από το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, το ποσοστό αυτοκτονίας των ηλικιωμένων υποδιπλασιάστηκε μετά τη Μεγάλη Οικονομική Κρίση στο χαμηλό ποσοστό-ρεκόρ 17,1% το 1981. Οι McIntosh και συνεργάτες υπέθεσαν ότι η μείωση οφειλόταν κατά κύριο λόγο στις λιγότερες αυτοκτονίες ανδρών (και ιδιαίτερα λευκών ανδρών) και στο μεγαλύτερο μέγεθος της ομάδας των γυναικών. Οι επιδράσεις συγκεκριμένων χρονικών περιόδων, όπως για παράδειγμα ο αυξημένος πολιτικό και κοινωνικός ακτιβισμός, η οικονομική ασφάλεια και η ιατρική/ψυχιατρική πρόοδος, έχει θεωρηθεί ότι έχουν ουσιαστική σημασία για την εξέλιξη αυτή επίσης. Αντίθετα, η δεκαετία του 1980 σηματοδεύθηκε από μια ανησυχητική αύξηση κατά 20% του ποσοστού αυτοκτονίας των ηλικιωμένων,

ενώ ο συνολικός αριθμός των αυτοκτονιών αυτού του είδους αυξήθηκε κατά 40%. Σύμφωνα με υποθέσεις που προτάθηκαν για την εξήγηση του πρόσφατου αυτού φαινομένου, η αύξηση που σημειώθηκε αντανάκλα την αύξηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων και ίσως και τη βελτιωμένη συλλογή και αναφορά δεδομένων. Ο σημαντικότερος παράγοντας όμως είναι η πολιτική και οικονομική ανασφάλεια της τελευταίας δεκαετίας, που μπορεί να ευθύνεται για την αύξηση, όπως συνέβη κατά τη διάρκεια της Μεγάλης Οικονομικής Κρίσης κατά τη δεκαετία του 1930» (Harvard Rev Psychiatry, Volume 4, Number 2, «Η ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ», σελ.: 8).

Η ψυχοπαθολογία της αυτοκτονίας στους ηλικιωμένους

Η αιτιολογία των σωματικών ενοχλήσεων στους ηλικιωμένους συχνά μπορεί να διαφεύγει της διάγνωσης, όπως έχουν δείξει αρκετές αναφορές θυμάτων αυτοκτονίας, η αυτοψία των οποίων αποκάλυψε σημαντικά λιγότερες παθολογικές καταστάσεις από ό,τι θα αναμενόταν με βάση την έκταση των σωματικών ενοχλήσεων του θύματος. Πράγματι, η αντίληψη που έχει ένα άτομο για τη σωματική του υγεία μπορεί να επηρεασθεί σημαντικά από την παρουσία ψυχοπαθολογίας. Αρκετές μελέτες έχουν υπογραμμίσει το γεγονός ότι οι περισσότεροι αυτόχειρες με σοβαρές φυσικές ασθένειες πάσχουν επίσης και από ψυχιατρικές ασθένειες και ιδιαίτερα από συναισθηματικές διαταραχές.

Δεν προξενεί έκπληξη το γεγονός ότι ένα σοβαρό εμπόδιο στον προσδιορισμό του επιπολασμού της κατάθλιψης των ηλικιωμένων φαίνεται ότι είναι η λανθασμένη απόδοση των σωματικών συμπτωμάτων σε συνοσηρότητα με φυσικές ασθένειες. Πρόσθετοι παράγοντες που συντελούν στη δημιουργία αυτού του προβλήματος, όπως παρατήρησαν οι Gurland και συνεργάτες, περιλαμβάνουν ασυμφωνίες των διαγνωστικών κριτηρίων που χρησιμοποιούνται, προβλήματα εφαρμογής των κλινικής βάσης διαγνωστικών εννοιών, σε διάφορα είδη πληθυσμιακού περιβάλλοντος και δυσκολίες στην εύρεση των αιτίων, στις περιπτώσεις εκείνες των ασθενών που τα καταθλιπτικά τους συμπτώματα δεν ταιριάζουν στις υπάρχουσες διαγνωστικές κατηγορίες. Επιπλέον, η πενιχρή βιβλιογραφία σχετικά με τις σχετιζόμενες με την ηλικία διαφορές των συμπτωμάτων της κατάθλιψης δείχνει ότι τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών είναι λιγότερο πιθανό να ανταποκρίνονται στο κριτήριο της δυσφορίας/ανηδονίας που είναι αναγκαίο για τη διάγνωση μιας μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής.

«Το ψυχιατρικό βάρος των θυμάτων της αυτοκτονίας σε μεγάλη ηλικία γίνεται σαφέστερο, αν και με τραγικό τρόπο και αναδρομικά, μέσω της χρήσης της μεθόδου της ψυχολογικής αυτοψίας. Τα σύνθετα αποτελέσματα τεσσάρων μελετών που διεξήχθησαν, αποκαλύπτουν την ύπαρξη συναισθηματικής διαταραχής σε ποσοστό μεγαλύτερο από 80% των ηλικιωμένων αυτοχείρων και μείζονα κατάθλιψη σε ποσοστό που φθάνει το 66%. Πράγματι, η έμφαση του Barrclough στον υψηλότερο επιπολασμό συναισθηματικών ασθενειών (ακόμα και αν πρόκειται για το πρώτο μόνο επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης) στην αυτοκτονία που σημειώνεται σε μεγάλη ηλικία έχει τύχει ευρείας υποστήριξης κατά τις τελευταίες δύο δεκαετίες. Μάλιστα, η μελέτη ηλικιωμένων που είχαν επιχειρήσει να αυτοκτονήσουν των Lyness και

συνεργατών έδειξε ότι το εύρημα αυτό μπορεί να μην ισχύει μόνο για όσους ολοκλήρωσαν την πράξη της αυτοκτονίας: και τα άτομα που είχαν επιχειρήσει να αυτοκτονήσουν εμφάνιζαν στη συντριπτική πλειοψηφία τους κάποιο μείζον καταθλιπτικό σύνδρομο» (Harvard Rev Psychiatry, Volume 4, Number 2, «Η ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ», σελ.: 12-13).

Η σχετική, με την ψυχοπαθολογία της αυτοκτονίας των ηλικιωμένων, βιβλιογραφία εμφανίζει ένα παράδοξο ενδιαφέρον. Ο επιπολασμός των μειζόνων καταθλιπτικών διαταραχών που ορίζονται από πρότυπα διαγνωστικά κριτήρια πιστεύεται ότι σημειώνει πτώση όσο αυξάνεται η ηλικία, αλλά λέγεται ότι, στη συντριπτική πλειοψηφία τους, οι μεγάλης ηλικίας αυτόχειρες έπασχαν από κάποια μείζονα καταθλιπτική διαταραχή κατά το χρόνο του θανάτου. Είναι λοιπόν το ποσοστό των πασχόντων από συναισθηματικές διαταραχές που αυτοκτονούν υψηλότερο μεταξύ των ηλικιωμένων από ό,τι είναι μεταξύ των νεότερης ηλικίας ενηλίκων ; Ένα επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης σε μεγάλη ηλικία αντιπροσωπεύει μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονίας από ό,τι νωρίτερα κατά τη διάρκεια του κύκλου της ζωής ; Ισχύει αυτό ιδιαίτερα όσον αφορά τις καταθλιπτικές διαταραχές με όψιμη έναρξη κατά τη διάρκεια της ζωής ; Η εξέταση των στοιχείων ψυχολογικής αυτοψίας και από τα δύο άκρα του ηλικιακού φάσματος δείχνει ότι, σε σύγκριση με τους νεότερους αυτόχειρες, μεγάλο ποσοστό των ηλικιωμένων αυτοχείρων έπασχαν από μείζονα συναισθηματική διαταραχή. Το εύρημα αυτό στηρίζεται ακόμα περισσότερο από μια μελέτη στην οποία οι Gardner και συνεργάτες υπολόγισαν τα μέσα ετήσια ποσοστά αυτοκτονίας για τον ψυχιατρικό πληθυσμό σύμφωνα με τη διάγνωση και την ηλικία συνδέοντας το Ληξιαρχικό Βιβλίο Επαρχίας Monroe (Νέα Υόρκη) με πιστοποιητικά θανάτου. Συγκεκριμένα ανέφεραν ποσοστό αυτοκτονίας 207/100.000 στους ασθενείς με συναισθηματική ψύχωση με ηλικία κάτω των 55 ετών και ποσοστό 475/100.000 στους ασθενείς άνω των 55 ετών, ενισχύοντας την άποψη ότι ένα επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης σε μεγάλη ηλικία θέτει τον ασθενή σε μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονίας.

Η αξιολόγηση της πιθανότητας αυτοκτονίας είναι δυσκολότερη στους ηλικιωμένους, επειδή συχνά δεν έχουν προηγούμενο ιστορικό συναισθηματικών νόσων και είναι απίθανο να ενημερώνουν τα μέλη της οικογένειάς τους ή τους επαγγελματίες γιατρούς σχετικά με την πρόθεσή τους να αυτοκτονήσουν. Όσον αφορά το τελευταίο αυτό σημείο, τα στοιχεία προσωπικότητας του Duberstein, που συγκεντρώθηκαν ως μέρος μελετών ψυχολογικής αυτοψίας, δείχνουν ότι οι αυτόχειρες μεγαλύτερης ηλικίας είναι περισσότεροι σε σύγκριση με τους αυτόχειρες νεότερης ηλικίας ή τους φυσιολογικούς μάρτυρες. Ο Duberstein περιέγραψε τα θύματα μεγαλύτερης ηλικίας ως άτομα που είχαν μια άκαμπτη αντίληψη για τον εαυτό τους, με περιορισμένο φάσμα συμπεριφορικών επιλογών και ήταν ανίκανα να εκτιμήσουν ή να ανεχθούν την αβεβαιότητα ή την αμφιβολία και να βιώνουν αλληλοσυγκρουόμενα συναισθήματα, εμφανίζοντας έτσι μειωμένη ικανότητα προσαρμογής. «Επιπλέον, τα ηλικιωμένα άτομα που κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας έχουν επίσης ισχυρότερη πρόθεση να αυτοκτονήσουν, χειρότερη φυσική υγεία και αυξανόμενη κοινωνική απομόνωση, με αποτέλεσμα μια μείωση της αναλογίας αποπειρών αυτοκτονίας προς ολοκληρωμένες αυτοκτονίες από 200:1 - 300:1 στους νέους και σε 4:1 στους ηλικιωμένους.

Για να το θέσουμε σαφέστερα, η πρώτη απόπειρα αυτοκτονίας των ηλικιωμένων μπορεί να είναι και η τελευταία τους. Ωστόσο, κάποια ελπίδα αναγνώρισης της πιθανότητας αυτοκτονίας δίνει το γεγονός ότι ποσοστό μέχρι και 75% των ηλικιωμένων θυμάτων αυτοκτονίας λέγεται ότι επισκέπτονται το γιατρό τους της πρωτοβάθμιας περίθαλψης μέσα σε διάστημα 30 ημερών πριν αυτοκτονήσουν» (Harvard Rev Psychiatry, Volume 4, Number 2, «Η ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ», σελ.: 13).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΣΥΝΑΦΕΙΣ ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΤΟΝ ΕΛΛΑΔΙΚΟ ΚΑΙ ΣΤΟ ΔΙΕΘΝΗ ΧΩΡΟ

A) ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΤΟΝ ΕΛΛΑΔΙΚΟ ΧΩΡΟ

Σύμφωνα με τα πρακτικά του «15^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Ψυχιατρικής, 29 Απριλίου – 3 Μαΐου 1998, ξενοδοχείο «Πόρτο-Μύρινα», Λήμνος. Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρία.», θα αναφέρουμε τα παρακάτω αποτελέσματα από έρευνες σχετικά με τις απόπειρες αυτοκτονίας.

ΣΥΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ : ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ.

Αλέξανδρος Ι. Μπότσης

Ψυχιατρική Κλινική 414 Στρατιωτικού Νοσοκομείου Αθηνών

Τα ευρήματα αναδρομικών επιδημιολογικών ερευνών υπογραμμίζουν την αυξημένη συχνότητα αποπειρών αυτοκτονίας σε ασθενείς με ιστορικό κρίσεων πανικού (12%) ή διαταραχής πανικού (18 – 20%) χωρίς όμως να μπορούν να στοιχειοθετήσουν την ύπαρξη της συνοσηρότητας με συναισθηματικές διαταραχές. Η αυξημένη συχνότητα αυτοκτονικών συμπεριφορών σε ασθενείς με συνοσηρότητα κρίσεων ή διαταραχής πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία και καταθλιπτικών διαταραχών αναφέρεται ως κοινό εύρημα διαφόρων κλινικών μελετών. Τα κλινικά αυτά ευρήματα συζητούνται σε συνάρτηση με ευρύτερα δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας.

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΟΥΣ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ ΤΟΥ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΥ ΙΔΕΑΣΜΟΥ ΣΤΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Γ. Παπαδημητρίου, Δ. Δικαίος, Κ. Στεφανής.

Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο και Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα.

Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ότι, εκτός από την αυτοκτονική συμπεριφορά, και ο αυτοκτονικός ιδεασμός παρουσιάζει οικογενή κατανομή η οποία είναι εντονότερη για τους άντρες παρά για τις γυναίκες.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΧΘΡΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ.

Α. Λιόση, Χ. Χριστοδούλου, Ν. Τζαβάρας.

Ψυχιατρικός Τομέας Πανεπιστημίου Θράκης.

Ψυχιατρικό Τμήμα Περ. Γεν. Νοσοκομείου Αθηνών.

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η εξωστρεφόμενη εχθρικότητα φαίνεται να χαρακτηρίζει τα άτομα με απόπειρα, ενώ η ενδοστρεφόμενη συσχετίζεται με τη βαρύτητα της κατάθλιψης.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΚΑΘΟΡΙΖΟΥΝ ΤΗΝ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΠΟΠΕΙΡΑΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Χ. Χριστοδούλου, Ν. Τζαβάρας, Μ. Περιστερίδου, Α. Λιόση.
Ψυχιατρικός Τομέας Πανεπιστημίου Θράκης.
Ψυχιατρικό Τμήμα Περ. Γεν. Νοσοκομείου Αθηνών.

Σκοπός της εργασίας είναι η καταγραφή των διαφορών μεταξύ ατόμων με σοβαρή και μη σοβαρή απόπειρα αυτοκτονίας. Εξετάστηκαν 76 άτομα με πρόσφατη απόπειρα, το αργότερο 72 ώρες μετά από αυτήν. Η εξέταση συνίστατο σε : διαγνωστική εκτίμηση, συμπλήρωση ερωτηματολογίου ψυχιατρικών παραγόντων και των κλιμάκων της κατάθλιψης και της απελπισίας του Beck.

Στις σοβαρές απόπειρες συμπεριλαμβάνονται όσες έγιναν με βίαιο τρόπο (απαγχονισμός, πτώση από ύψος κ.τ.λ.), οι απόπειρες με τοξικές ουσίες και οι βαριές φαρμακευτικές με επικίνδυνες επιπλοκές που εισήχθησαν στην μονάδα εντατικής παρακολούθησης.

Αποτελέσματα : οι διαγνώσεις της ψύχωσης, της μείζονος κατάθλιψης και της δυσθυμικής διαταραχής ήταν συχνότερες στα άτομα με σοβαρή απόπειρα. Οι άνδρες, τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, όσοι την είχαν προσχεδιάσει ($\chi^2=4.65$, $p=0,03$) και όσοι ήταν ρύπο φαρμακευτική αγωγή ($\chi^2=7.22$, $p=0,07$), έκαναν σοβαρή απόπειρα. Τα άτομα αυτά είχαν επίσης σημαντικότερο βαθμό αϋπνίας ($\chi^2=10.77$, $p=0,001$), ανορεξία ($\chi^2=7.91$, $p=0,004$), παραμέληση εαυτού ($\chi^2=4.93$, $p=0,026$) και διαταραχές μνήμης ($\chi^2=3.99$, $p=0,04$). Οι μέσες τιμές των κλιμάκων κατάθλιψης και απελπισίας του Beck ήταν υψηλότερες στις σοβαρές απόπειρες ($t=2.28$, $p<0.05$ και $t=3.00$, $p<0.01$ αντίστοιχα). Συμπερασματικά : άνδρες, άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, η χρόνια ή υποτροπιάζουσα ψυχική διαταραχή, η συμπτωματολογία πριν την απόπειρα, η ψηλότερη βαθμολογία της απελπισίας και της κατάθλιψης, χαρακτηρίζουν άτομα με σοβαρή απόπειρα αυτοκτονίας.

ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Ι. Καραγιαννάκη, Α. Οικονόμου, Ν. Ιεροδιακόνου, Π. Μπαντή, Μ.Καραγιάννη, Δ. Κινεί, Κ. Χριστιανόπουλος.
Παιδοψυχιατρικό Τμήμα, Ιπποκράτειο ΓΠΝ Θεσσαλονίκης.

Αποτελέσματα : από τους 47 εφήβους με απόπειρα αυτοκτονίας σε 31 διαπιστώθηκαν καταθλιπτικά συμπτώματα, σε 13 τέθηκε η διάγνωση δυσθυμίας ή μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής και σε 3 διαπιστώθηκαν μεμονωμένα καταθλιπτικά συμπτώματα. Από τους 11 εφήβους που νοσηλεύτηκαν στο παιδοψυχιατρικό τμήμα 4 είχαν στο ιστορικό τους απόπειρες αυτοκτονίας. Η επικινδυνότητα της απόπειρας δεν συνδέεται με την βαρύτητα της κατάθλιψης.

Η ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΑΠΟΨΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Ν. Τζαβάρας, Χ. Χριστοδούλου.

Ψυχιατρικός Τομέας Πανεπιστημίου Θράκης.

Ψυχιατρικό Τμήμα Περ. Γεν. Νοσοκομείου Αθηνών.

Είναι σημαντικό να γνωρίζει κανείς ότι όλοι οι καταθλιπτικοί δεν είναι αυτοκτονικοί. Αυτό σημαίνει ότι τα ψυχοδυναμικά της κατάθλιψης δεν επαρκούν για να ερμηνεύσου την αυτοκτονία.

ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΜΕ ΠΤΩΣΗ ΑΠΟ ΥΨΟΣ

Σ. Ηλίας, Ε. Περέση, Α. Φωτιάδου, Α. Ανυφαντή, Α. Μπατιστάτου.

Ψυχιατρικό Τμήμα Ν.Ε.Ε.Σ. «Κοργιαλένιο – Μπενάκειο» Αθήνα.

Τα άτομα που κάνουν απόπειρα με πτώση από ύψος πάσχουν από μείζονα ψυχοπαθολογία (Σχιζοφρένεια, μείζονα κατάθλιψη), λόγω της οποίας κάνουν την απόπειρα και φέρουν ομοιότητες με τα άτομα που τελικά αυτοκτονούν.

ΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΙ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΑΦΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.

Παππάς Ε, Γιαννίτση Σ., Λιάκος Α.

Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ : Περισσότερο ζήτησαν βοήθεια άνδρες, ενήλικες (25-44 ετών), με ιστορικό ψυχιατρικής θεραπείας, που έπασχαν από ψυχτικές και καταθλιπτικές διαταραχές, είχαν οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό και ανέφεραν πάνω από 2 απόπειρες στο παρελθόν.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ 1980 -1995

Ζαχαράκης Κ., Μαδιανός Μ., Παπαδημητρίου Γ, Στεφανής Κ.

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής,

Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αιγινήτειο, Νοσοκομείο, Αθήνα.

ΣΚΟΠΟΣ : Η μελέτη των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών και των τάσεων των αυτοκτονιών στην Ελλάδα κατά το διάστημα 1980 – 1995.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ : Μελετήθηκε το σύνολο των 5954 αυτοκτονιών (Άνδρες 74%, Γυναίκες 26%) στην Ελλάδα κατά το διάστημα 1980 – 1995. Υπολογίστηκαν και στη συνέχεια αναλύθηκαν οι ειδικοί ετήσιοι δείκτες αυτοκτονίας (Δ.Α) κατά ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, τόπο διαμονής και μέθοδοι αυτοκτονίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ : α) μέσος Δ.Α. στους άνδρες 5,55/100.000 και στις γυναίκες 1,91/100.000, β) αύξηση των Δ.Α με την ηλικία, ιδιαίτερα στους άνδρες, γ) σημαντική αυξητική τάση των ανδρικών Δ.Α στις ηλικίες 45 – 54, δ) σημαντική πτωτική τάση των γυναικείων Δ.Α. στο σύνολο και στις ηλικίες 15 – 24, 75 – 84, ε) πολύ υψηλοί Δ.Α. στους νέους άνδρες σε χηρεία, ενώ οι έγγαμοι είχαν τους χαμηλότερους Δ.Α., στ) οι Δ.Α. των αγροτικών περιοχών ήταν διπλάσιοι από τους Δ.Α. των αστικών περιοχών, ζ) οι μέθοδοι αυτοκτονίας ήταν στην πλειοψηφία τους βίαιες.

Σύμφωνα με τα πρακτικά του 18^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Ψυχιατρικής, Κως, 14-18 Μαΐου 2004, θα αναφερθούμε στα αποτελέσματα ερευνών που αναφέρονται στις απόπειρες αυτοκτονίας.

ΣΤ-14^α

Οι αυτοκτονίες στον ελληνικό γενικό πληθυσμό- Επιδημιολογικά και κλινικά ευρήματα.

Κ. Ζαχαράκης.

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.

Η επιδημιολογική μελέτη περιέλαβε 6703 περιπτώσεις αυτοκτονιών (Α 74%, Γ 26%), που καταγράφηκαν στην Ελλάδα τα έτη 1980 – 1997.

ΠΑ-26

Απόπειρες αυτοκτονίας χρηστών ψυχοδραστικών ουσιών στα πλαίσια Σ/Δ.

Ι. Μπένου, Ι. Διακογιάννης, Σ. Κλεάνθους, Α. Ουζούνη, Γ. Καπρίνης.

Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική ΑΠΘ, ΓΠΝ «ΑΧΕΠΑ».

Διαπιστώθηκε ότι οι άνδρες ήταν περισσότεροι των γυναικών, άνεργοι, άγαμοι, μέσης ηλικίας 35,8 ετών.

ΠΑ-29

Ψοιχοκοινωνική διερεύνηση των αποπειρών αυτοκτονίας νεαρών ενηλίκων στα πλαίσια της Σ/Δ.

Ι. Μπένου, Κ. Απάλλα, Β. Κούμαρης, Π. Παναγιωτίδης, Α. Ιακωβίδης, Γ. Καπρίνης.

Γ΄ Ψυχιατρική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝ «ΑΧΕΠΑ».

Οι απόπειρες αυτοκτονίας αποτελούν μια από τις συχνότερες αιτίες παραπομπής στη Συμβουλευτική – Διασυνδεδετική Ψ.Τ.Γ.Ν. Σχετικές μελέτες δείχνουν μια παράλληλη με τον χρόνο διαφοροποίηση των ψυχοκοινωνικών παραμέτρων που αφορούν στο μείζον αυτό πρόβλημα. Συγκρίθηκαν οι ψυχοκοινωνικές μεταβλητές μεταξύ αποπειραθέντων νεαρής ηλικίας (18-25 ετών) και μεγαλύτερων (> 25). Αξιολογήθηκαν ψοιχοκοινωνικές παράμετροι στις παραπομπές για απόπειρα αυτοκτονίας στη Σ/Δ Ψυχιατρική Υπηρεσία

του ΠΓΝ ΑΧΕΠΑ κατά την διετία 2002-2004. στο σύνολο των 145 παραπομπών, 38 είχαν ηλικία κάτω των 25 και 107 άνω των 25 ετών. Οι νεότεροι αποπειραθέντες δεν διέφεραν σημαντικά συγκριτικώς με τους μεγαλύτερους ως προς το φύλο, τον τόπο μόνιμης κατοικίας, τον χώρο τέλεσης της απόπειρας και τον τρόπο απόπειρας. Αντιθέτως, εκτός από τις αναμενόμενες διαφορές λόγω ηλικίας (οικογενειακή και επαγγελματική κατάσταση), βρέθηκαν σημαντικές διαφορές ως προς τη φύση των προηγούμενων ψυχοπαιστικών γεγονότων ζωής, την επανάληψη της απόπειρας, την ύπαρξη σχεδιασμού και την ψυχιατρική διάγνωση. Συμπεραίνεται ότι οι ιδιαιτερότητες των αποπειρών αυτοκτονίας νεαρών ενηλίκων συνίστανται στην επικράτηση ψυχοπαιστικών γεγονότων σχετικών με την οικογένεια και τις σχέσεις με το άλλο φύλο, στην παρορμητικότητα και ψυχοπαθολογία τύπου διαταραχής προσωπικότητας, εξάρτησης από ουσίες και αγχώδους διαταραχής.

30° Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο Λεμεσός 13-14 Ιουνίου 1992

162ΑΑ, ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΕΙΡΑΙΑ

Παναγιώτα Ράππη-Σακελλαρίου, Θ, Τσελιφης, Ευθ. Ευθυμίου, Ελένη Ζησάκη, Θεόνη Κακογιάννη – Βλασσοπούλου, Η. Κουτσουλιέρης.

Στις απόπειρες χρησιμοποιήθηκαν κυρίως φάρμακα (68,62%) οινοπνευματώδη ποτά (25,49%) κλπ. Το πρόβλημα των δηλητηριάσεων, συγκριτικά με αντίστοιχη μελέτη της δεκαετίας 70-80 στην ίδια περιοχή έχει σαφώς αυξηθεί. Συμπερασματικά παρατηρούμε α) αύξηση της χρήσης των οινοπνευματωδών ποτών σε μικρές ηλικίες, β) αύξηση των αποπειρών αυτοκτονίας σε παιδιά, 12-14 χρ. ιδιαίτερα στα κορίτσια, γ) χρειάζεται διαφώτιση του κοινού για την ασφαλέστερη φύλαξη των φαρμάκων.

32° Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο

149ΑΑ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Μαρούδα Παπακωνσταντίνου-Χαϊδεμένου, Φ. Παπαδόπουλος, Φανή Αργυρίου, Βασιλική Κουτέ.
Παιδιατρική Κλινική Ν.Γ.Ν.Θ. Κεντρικό Θεσσαλονίκης.

Συμπερασματικά διαπιστώνουμε : 1. Αύξηση των περιπτώσεων απόπειρας αυτοκτονίας παιδιών ηλικίας πάνω από 10 χρόνων με υπεροχή των κοριτσιών/αγόρια. 2. Μεγάλο ποσοστό δηλητηριάσεων στα παιδιά ηλικίας 1-4 χρόνων από ουσίες που υπήρχαν στο σπίτι. 3. Το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των οικογενειών. 4. Χρειάζεται περισσότερη διαφώτιση του κοινού, ιδίως της προαναφερθείσας κατηγορίας.

36° Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο

ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΟΥ Ν. ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ

Παναγιωτοπούλου-Κυριακάκη Κωνσταντία*, Μπώκος Χρήστος, Σιώκη Μαρία, Φουντά Ασημίνα, Γκότση Αγγελική, Καλύβα-Ιακωβή Αλεξάνδρα
Παιδιατρική Κλινική, Νομαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας

Η δηλητηρίαση στην παιδική ηλικία είναι μια επείγουσα ιατρική κατάσταση με κοινωνικοοικονομικές συνιστώσες. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της έκτασης του προβλήματος στην περιοχή μας, η ανάλυση επιδημιολογικών δεδομένων και εξαγωγή συμπερασμάτων με στόχο την πρόληψη. Ανασκοπήσαμε τα αρχεία του Νοσοκομείου της περιόδου 1992-1997 και από τα 25234 παιδιά που προσήλθαν στα ΕΙ της Παιδιατρικής Κλινικής καταγράψαμε 405 (1,6%) με δηλητηρίαση. Ο αριθμός των δηλητηριάσεων ανά έτος ήταν σταθερός. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη συχνότητα των περιπτώσεων την περίοδο Μαρτίου-Αυγούστου (n=238) σε σχέση με εκείνη Σεπτεμβρίου-Φεβρουαρίου (n=166), odds ratio 1,43 (95% CI 1,09-1,89). Από τα 405 παιδιά 55,3% ήταν αγόρια και 44,7% κορίτσια, 58,5% διέμεναν σε αστική περιοχή, 15,1% σε ημιαστική και 26,4% σε αγροτική. Η κατανομή κατά ηλικία ήταν: ως 1χρ 3,2%, 1-4χρ 75%, 5-9χρ 13,6% και 10- 14χρ 8,2%. Υπεύθυνες ουσίες ήταν φάρμακα στο 48,3% (αντιβηχικά-βρογχοδιασταλτικά 21,5%, αντιπυρετικά 17,3%, καρδιολογικά 13,1%, ψυχοφάρμακα 5,7%, αντιβιοτικά 5,7%, σκευάσματα σιδήρου 5,2%), διάφορες χημικές ουσίες στο 25,6% (νέφτι, πετρέλαιο, βενζίνη, οινόπνευμα, τσιγάρο), είδη οικιακής χρήσης στο 16,2% (κυρίως χλωρίνη), γεωργικά φάρμακα στο 5,8%, καλλυντικά στο 1,1%. Απόπειρες αυτοκτονίας ήταν 13 περιστατικά (3,2%), όλα κορίτσια 12-14χρ. Στο 68,8% των παιδιών συστήθηκε εισαγωγή (28,7% από αυτά παρελήφθησαν), 24% αποχώρησαν με οδηγίες και 7,4% διακομίσθηκαν στην Αθήνα. Η δηλητηρίαση συνέβηκε συχνότερα στο σπίτι του παιδιού (73,8%) παρουσία του γονιού (76,7%) και στο 53,2% δεν έγινε καμία ενέργεια πριν αναζητηθεί ιατρική βοήθεια. Σε 5,4% των παιδιών συνέβηκε και δεύτερη δηλητηρίαση. Συμπερασματικά, πιο συχνές είναι οι δηλητηριάσεις από φάρμακα, και μάλιστα αυτών που συνταγογραφούνται σε παιδιά, και οι γονείς εμφανίζονται απροετοίμαστοι να τις προλάβουν. Χρειάζεται ενημέρωση των γονιών αλλά και ασφαλείς συσκευασίες σε φάρμακα και είδη οικιακής χρήσης.

ΕΥΒΟΙΑ: ΓΥΝΑΙΚΕΣ, ΓΕΡΟΙ ΚΑΙ ΝΕΟΙ ΕΜΦΑΝΙΖΟΥΝ ΤΑΣΕΙΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Σύμφωνα με την έρευνα, που πραγματοποιήθηκε στην Εύβοια από την Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ), σε συνεργασία με το Ερευνητικό Κέντρο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, που εδρεύει στην πόλη Lille της Γαλλίας, διαπιστώθηκαν τα εξής:

1. Οι έννοιες της επικινδυνότητας και της βίας για τους Ευβοείς είναι στενά συνδεδεμένες με τις έννοιες της τρέλας και της ψυχικής ασθένειας.

- Το άγχος και η κατάχρηση αλκοόλ από τους Ευβοείς δεν ξεπερνά τα όρια του φυσιολογικού.
 - Ένα ποσοστό 85% θεωρεί ότι ο τρελός δεν είναι υπεύθυνος για τις πράξεις του και την κατάσταση του.
 - Πιστεύεται ότι ο τρελός υποφέρει λιγότερο από ότι ο ψυχικά ασθενής και ο καταθλιπτικός.
2. Ένα υψηλό – σε σχέση με άλλες χώρες – ποσοστό του πληθυσμού (40%) δήλωσε ότι θα απευθυνόταν σε επαγγελματία ψυχικής υγείας, αν αισθανόταν δυσφορία και όχι σε Παθολόγο γιατρό ή στον κοινωνικό του περίγυρο.
- Εξίσου υψηλό όμως είναι και το ποσοστό αυτών που δήλωσαν ότι δεν θα αναζητούσαν καν βοήθεια.
 - Κατά 15% για τους τρελούς, 10% για τους ψυχικά ασθενείς, και 3% για τους καταθλιπτικούς, θεωρήθηκε από τους Ευβοείς ως κατάλληλος τόπος φροντίδας το ψυχιατρικό νοσοκομείο. Φαρμακευτική αγωγή και κοινωνική υποστήριξη ήταν οι συχνότερες απαντήσεις.
 - Μόνο το 13% όσων πάσχουν από κατάθλιψη, έχει κάνει θεραπεία.
3. Ανησυχητικά μοιάζουν τα επιδημιολογικά ευρήματα της έρευνας, αφού ένα ποσοστό 29% πάσχει από ψυχολογικές διαταραχές, ενώ κατάθλιψη και τάσεις αυτοκτονίας παρουσιάζουν κυρίως οι γυναίκες, οι άνω των 75 και οι νέοι από 18 έως 39, με την ανεργία να παίζει κάποιο ρόλο σ' αυτό.
- Διαταραχές συναισθήματος παρουσίασε το 16,89%.
 - Αγχώδεις διαταραχές το 17,44%.
 - Ψυχικό σύνδρομο το 2,22%.
 - Διαταραχές συνδεόμενες με χρήση αλκοόλ το 2,89%.
 - Διαταραχές συνδεόμενες με χρήση ναρκωτικών το 0,78%.
 - Υψηλά ποσοστά κατάθλιψης εντοπίστηκαν κυρίως σε γυναίκες, ηλικιωμένους άνω των 75, άνεργους και εργάτες, διαζευγμένους και χήρους.
 - Άγχος εντοπίστηκε κυρίως σε νέους από 18 έως 39 υπαλλήλους, άνεργους, φοιτητές και νοικοκυρές.
 - Τάσεις αυτοκτονίας και αϋπνία εντοπίστηκε κυρίως σε γυναίκες, ηλικιωμένους άνω των 75 και νέους από 18 έως 39.
- Χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών περισσότερο από άνδρες.

ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΑ ΔΥΟ ΦΥΛΑ

«Σχετική μελέτη στο Νοσοκομείο «Ερυθρός Σταυρός» στις αρχές της δεκαετίας του 1990 κατέγραψε την γενική τάση, όσον αφορά στην επικράτηση των γυναικών ανάμεσα στα άτομα που επιχειρούν να αυτοκτονήσουν.

Η μέση ηλικία (σε έτη) για τις γυναίκες που επιχείρησαν απόπειρα ($27,90 \pm 8,62$) ήταν σημαντικά μικρότερη από εκείνη των ανδρών που συμμετείχαν στην έρευνα ($33,60 \pm 11,93$). Όσον αφορά στην υπηκοότητα των ασθενών, σαφώς υπερτερούν οι Έλληνες έναντι των αλλοδαπών που επιχείρησαν απόπειρα. Όμως, σε σχέση με τα αντίστοιχα ποσοστά τους στον πραγματικό πληθυσμό, παρατηρούμε ότι δεν προκύπτουν σημαντικές

διαφορές. Τα ποσοστά Ελλήνων (90,70%), Ελληνίδων (92,45%) και αλλοδαπών ανδρών (9,30%) και γυναικών (7,55%) που επιχείρησαν απόπειρα αυτοκτονίας είναι συναφή με τα αντίστοιχα του πραγματικού πληθυσμού (Έλληνες 92,73%, αλλοδαποί 7,27%). Οι δύο ομάδες δεν διέφεραν σημαντικά ως προς την οικογενειακή κατάσταση, παρότι η πλειονότητα τόσο των ανδρών (58,10%) όσο και των γυναικών (52,80%) ήταν άγαμοι. Όσον αφορά τώρα στην επαγγελματική κατάσταση, οι δύο ομάδες διέφεραν σημαντικά. Σημαντικό ποσοστό ανδρών, είτε ως εργαζόμενοι (46,50%) είτε ως μαθητές, φοιτητές και σπουδαστές (7%), είχαν με τον έναν ή τον άλλον τρόπο απασχόληση εκτός σπιτιού, ενώ άλλο σημαντικό ποσοστό τους δεν απασχολείτο σε κάποια εργασία (άεργοι, άνεργοι: 34,90%). Απεναντίας, οι γυναίκες που επιχείρησαν απόπειρα εμφάνισαν πλήρη απασχόληση ως οικοκυρές (54,70%), ενώ – και αυτό είναι αξιοπρόσεκτο – σε σημαντικό ποσοστό ήταν μαθήτριες, φοιτήτριες ή σπουδάστριες (22,65%).

Η πλειονότητα των ασθενών και των δύο φύλων κατέφυγαν σε μη βίαιο τρόπο και συγκεκριμένα σε λήψη υπερβολικής ποσότητας φαρμάκων, προκειμένου να βλάψουν τον εαυτό τους. Αξιομνημόνευτο όμως είναι ότι περισσότεροι άνδρες (34,90%) χρησιμοποίησαν βίαιη μέθοδο σε σύγκριση με τις γυναίκες (7,55%). Υπήρξαν 130 άτομα από το σύνολο των ασθενών τα οποία αναγνώρισαν είτε διαπροσωπικές δυσκολίες ή απώλεια προσφιούς προσώπου, οικονομική καταστροφή ή απειλή για κάτι ανάλογο, αποτυχία στις εξετάσεις ή την εργασία, είτε μείζονα κοινωνικά προβλήματα, όπως μοναξιά, κοινωνικό αποκλεισμό, πίεση στον εργασιακό χώρο, ανέχεια. Επισημαίνονται δύο σημεία: οι γυναίκες (73,60%) αντιμετωπίζουν ή αναφέρουν προβλήματα στο γάμο τους ή στις διαπροσωπικές σχέσεις τους σχεδόν σε διπλάσια αναλογία από τους άνδρες με αντίστοιχα προβλήματα (41,85%), ενώ, αντιθέτως, οι άνδρες ασθενείς σε σημαντικό ποσοστό (32,55%) δεν εξέφρασαν κάποιο κοινωνικό πρόβλημα ως καθοριστικό στην απόφασή τους να βλάψουν τον εαυτό τους.

Το σύνολο των ασθενών του δείγματος, άνδρες και γυναίκες, έπασχε από κάποια ψυχική νόσο. Παρατηρούμε ότι και στις δύο ομάδες κυριαρχεί η διαταραχή προσαρμογής (άνδρες: 37,20%, γυναίκες: 52,80%), ακολουθούμενη από τη μείζονα κατάθλιψη (άνδρες: 30,25%, γυναίκες: 31,15%). Στους άνδρες έχουμε σε σημαντικό ποσοστό την παρουσία της σχιζοφρένειας και άλλων ψυχώσεων (27,90%). Γενικώς, οι άνδρες φάνηκε να έχουν σοβαρότερες διαγνώσεις και βαρύτερη ψυχοπαθολογία. Οι ασθενείς με τα μείζονα ψυχιατρικά προβλήματα (π.χ. σοβαρού βαθμού μείζων κατάθλιψη, διπολική συναισθηματική διαταραχή, σχιζοφρένεια και άλλες ψυχώσεις κ.ο.κ.) είχαν ήδη επίσημο και συνήθως μακρό ιστορικό και βρίσκονταν υπό θεραπεία και παρακολούθηση. Ως επί το πλείστον, πάντως, οι ασθενείς με ψυχική διαταραχή είχαν αναπτύξει τη νόσο προσφάτως και δεν είχαν ζητήσει προηγουμένως βοήθεια. Οι διαταραχές προσωπικότητας (κυρίως οριακή, οιστριονική, αντικοινωνική, ναρκισσιστική-ομάδα Β) είναι μεν αναγνωρίσιμες στο 16,25% των ανδρών και στο 17% των γυναικών, δεν φαίνεται όμως να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αιτιολογία των αποπειρών αυτοκτονίας, τουλάχιστον στο δικό μας δείγμα. Τουναντίον, η κατάχρηση αλκοόλ ελέγχεται σε σημαντικά υψηλότερο βαθμό στους άνδρες (30,25%), παρά στις γυναίκες (11,30%).

Ως σκοπός και πρόθεση για την απόπειρα αυτοκτονίας υπήρξαν άλλα πλην της επιθυμίας θανάτου σε ποσοστό 58,10% για τους άνδρες και 86,80% για τις γυναίκες. Σε αυτά συμπεριλαμβάνονται η <<χειριστική>> προς το περιβάλλον συμπεριφορά, η εκτόνωση συναισθημάτων, όπως ο θυμός, καθώς και η επίκληση για βοήθεια. Ο σκοπός εκτιμήθηκε όχι μόνο από την εκπεφρασμένη πρόθεση του ασθενούς, αλλά και διευρύνοντας τις συνθήκες γύρω από την πράξη, όπως τον σχεδιασμό της από καιρό ή την ξαφνική απόφαση για τη διενέργειά της, τη χρήση βίαιης ή μη μεθόδου, τη λήψη προφύλαξης για να μην γίνει αντιληπτή ή, αντιθέτως, να μαθευτεί αμέσως. Όμως, η επιθυμία θανάτου υπήρξε σημαντικά μεγαλύτερη στους άνδρες ασθενείς (41,90%) σε σύγκριση με τις γυναίκες (13,20%). Αν και η αναλογία προηγούμενης απόπειρας υπήρξε υψηλότερη στις γυναίκες (26,40%) σε σύγκριση με τους άνδρες (14%), η διαφορά δεν ήταν σημαντική. Σχετικά με τον αριθμό των προηγούμενων αποπειρών, στις γυναίκες καταγράφονται σε μεγαλύτερο ποσοστό (27,20%) σε σύγκριση με τους άνδρες (14%) και άλλη/ες προσπάθεια/ες στο παρελθόν, μια διαφορά που ισχύει παγκοσμίως, αλλά σε εμάς δεν κατέστη τελικά σημαντική.

AIDS

Ασθενείς και Μέθοδος: Μελετήθηκαν 22 ασθενείς με AIDS στα εξωτερικά ιατρεία τριών Γενικών Νοσοκομείων αμέσως μετά την έξοδό τους από τις παθολογικές κλινικές που νοσηλεύονταν. Εκ των ασθενών 14 ήταν άνδρες και 8 γυναίκες, μέση ηλικία 35,2 (+ 9,3 έτη). Από αυτούς οι 5 έπασχαν συγχρόνως από Non-Hodgkin λέμφωμα, 1 από πρωτοπαθές λέμφωμα εγκεφάλου και 1 γυναίκα ηλικίας 25 ετών από Ca τραχήλου μήτρας.

Αποτελέσματα: Στους 19 (86%) ασθενείς η σημειολογία ήταν καταθλιπτικού τύπου, στους 2 (9%) διεγερτική μανιακού τύπου και σε 1 μεικτή. Οι ασθενείς της μελέτης μας δήλωναν ικανοποιημένοι από την επικοινωνία με τους ιατρούς των συγκεκριμένων νοσοκομείων και τη συμβολή τους στο «πρόβλημά» τους. Η ικανοποίηση είχε να κάνει με την ποιότητα της πληροφορίας και το πόσο ένιωσαν ότι η διάγνωση έγινε σε κλίμα υποστήριξης και αποδοχής. Η πορεία της καταστάσεώς τους μετά την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή υπήρξε καλή και στο σύνολο σχεδόν, 21 ασθενείς (περίπου 95%), είχαμε μερικό έως πλήρη έλεγχο της συμπτωματολογίας σε διάστημα 6 μηνών.

ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

«Σε επιδημιολογικές μελέτες που έγιναν σε ηλικιωμένους βρέθηκε ότι 10-25% εμφανίζουν σημαντικά συμπτώματα κατάθλιψης. Από αυτούς το 1-5% πάσχουν από μείζονα κατάθλιψη και το 2-8% πάσχουν από δυσθυμία. Σε μελέτες που έγιναν σε γηροκομεία και οίκους ευγηρίας το ποσοστό των ατόμων με μείζονα κατάθλιψη ανέρχεται σε 5-15%, ενώ ένα 30% επιπλέον αυτών εμφανίζει σημαντικά καταθλιπτικά συμπτώματα όπως δυσφορία, μελαγχολία, διαταραχές της όρεξης και του ύπνου. Τέλος σε μελέτες που έγιναν σε ηλικιωμένους ασθενείς γενικών νοσοκομείων ένα 5-10% εμφάνιζαν συμπτώματα μείζονος κατάθλιψης, ενώ ένα επιπρόσθετο 15-25%

παρουσίαζαν σημαντική καταθλιπτική συμπτωματολογία. Είναι άξιο προσοχής ότι στα γενικά νοσοκομεία μόνο το 2% των ασθενών αξιολογείται ψυχιατρικά, ποσοστό πολύ χαμηλότερο από την πραγματική συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης σ' αυτά τα ιδρύματα. Ανάμεσα στους λόγους που αναφέρονται για να εξηγηθεί αυτή η διαφορά είναι:

α) η δυσκολία στην αναγνώριση και διάγνωση της κατάθλιψης λόγω της άτυπης συνήθως εμφάνισης στους ηλικιωμένους

β) η προτεραιότητα της αντιμετώπισης των σωματικών κυρίως προβλημάτων

γ) η υποτίμηση συχνότητας εμφάνισης της κατάθλιψης κ.ά.» (www.in.gr, Αναζήτηση στο «ηλικιωμένοι + απόπειρες αυτοκτονίας»).

Σύμφωνα με το εγχειρίδιο του Κέντρου Δηλητηριάσεων, Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών «Παν. και Αγλαΐας Κυριακού», «25 χρόνια λειτουργίας (1975-2000)», Αθήνα, 2000, αναφέρουμε τα εξής αποτελέσματα:

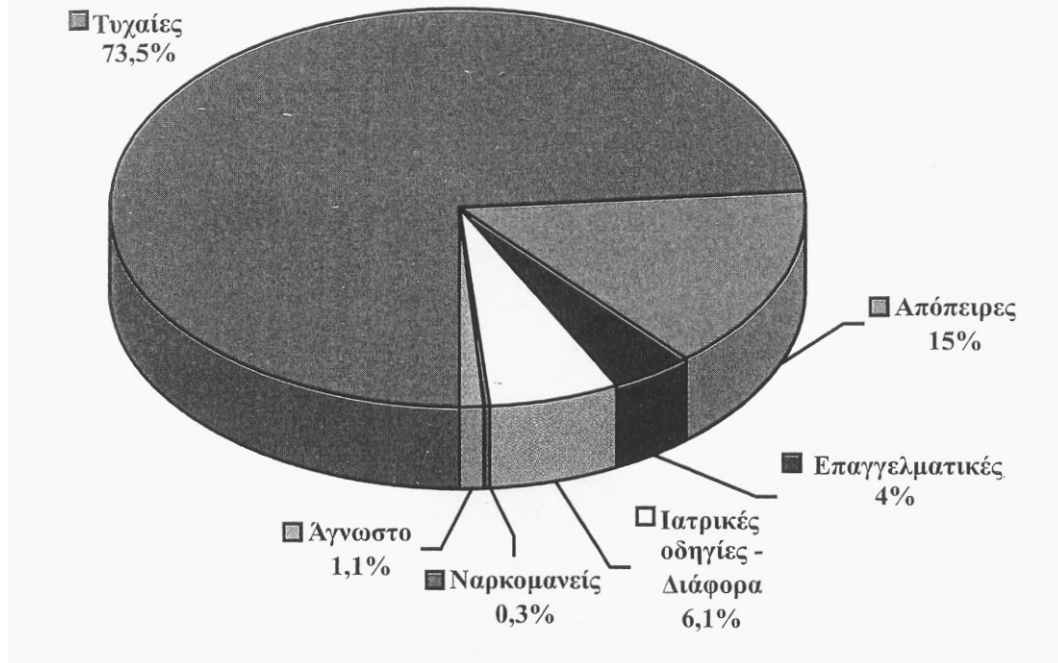
Από το σύνολο των πραγματικών δηλητηριάσεων το σημαντικότερο ποσοστό είναι τυχαίες και οφείλεται σε έλλειψη προσοχής από τους μεγάλους και από περιέργεια και άγνοια στα παιδιά.

Είδος	%
Τυχαίες	73,5
Απόπειρες αυτοκτονίας	15,0
Επαγγελματικές	4,0
Ιατρικές οδηγίες - διάφορα	6,1
Ναρκομανείς	0,3
Άγνωστο	1,1

Υπάρχει σταθερή αύξηση του αριθμού των αποπειρών αυτοκτονίας όπως φαίνεται στο σχήμα.

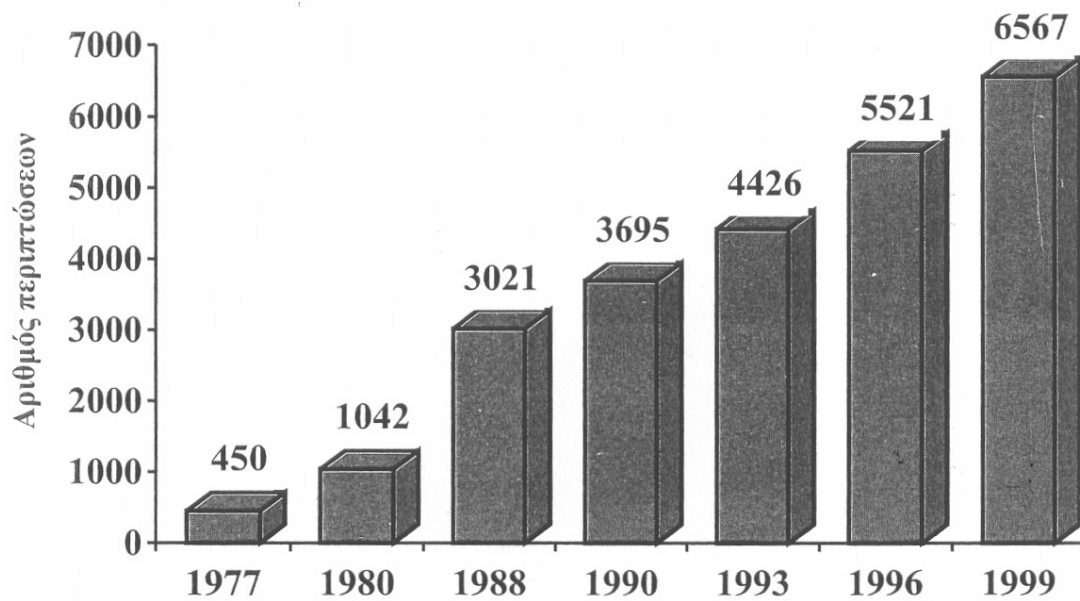
Πρέπει να σημειωθεί ότι οι απόπειρες γενικά γίνονται σε μεγάλο ποσοστό από νέα άτομα και το 76% είναι γυναίκες (Σχήματα 9, 10).

ΕΙΔΟΣ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΩΝ



ΣΧΗΜΑ 9

ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ



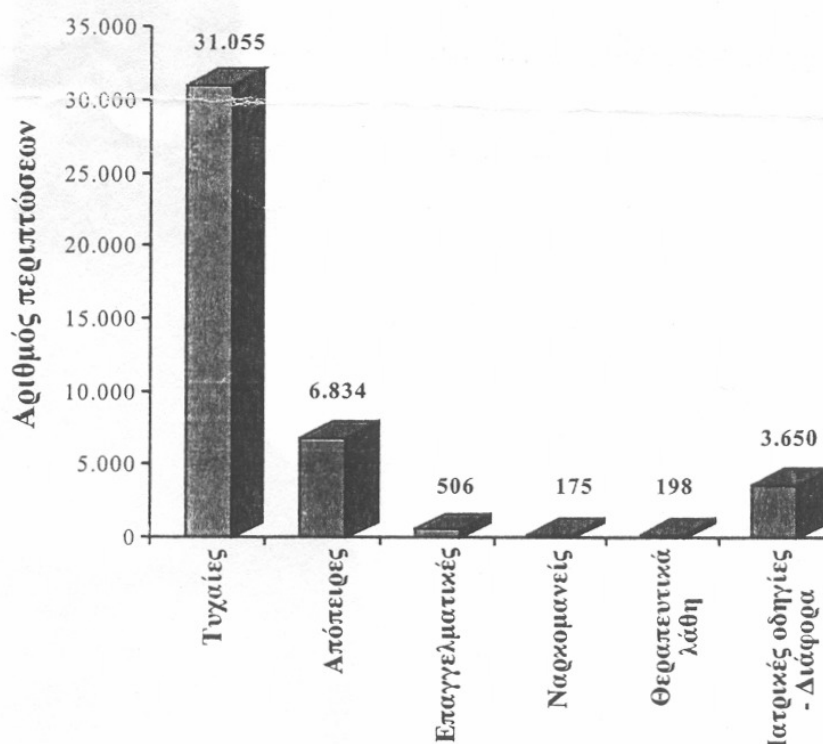
ΣΧΗΜΑ 10

**ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΩΝ
ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2000**

Είδος δηλητηριάσεων (Σχ. 7)

Από το σύνολο των δηλητηριάσεων ένα σημαντικό ποσοστό καλύπτεται από απόπειρες αυτοκτονίας.

Είδος	Αρ.περιπτώσεων	%
Τυχαίες	31.055	73,20
Απόπειρες	6.834	16,13
Επαγγελματικές	506	1,20
Ναρκομανείς	175	0,42
Θεραπευτικά λάθη	198	0,45
Ιατρικές οδηγίες - Διάφορα	3.650	8,60
Σύνολο	42.418	100,00



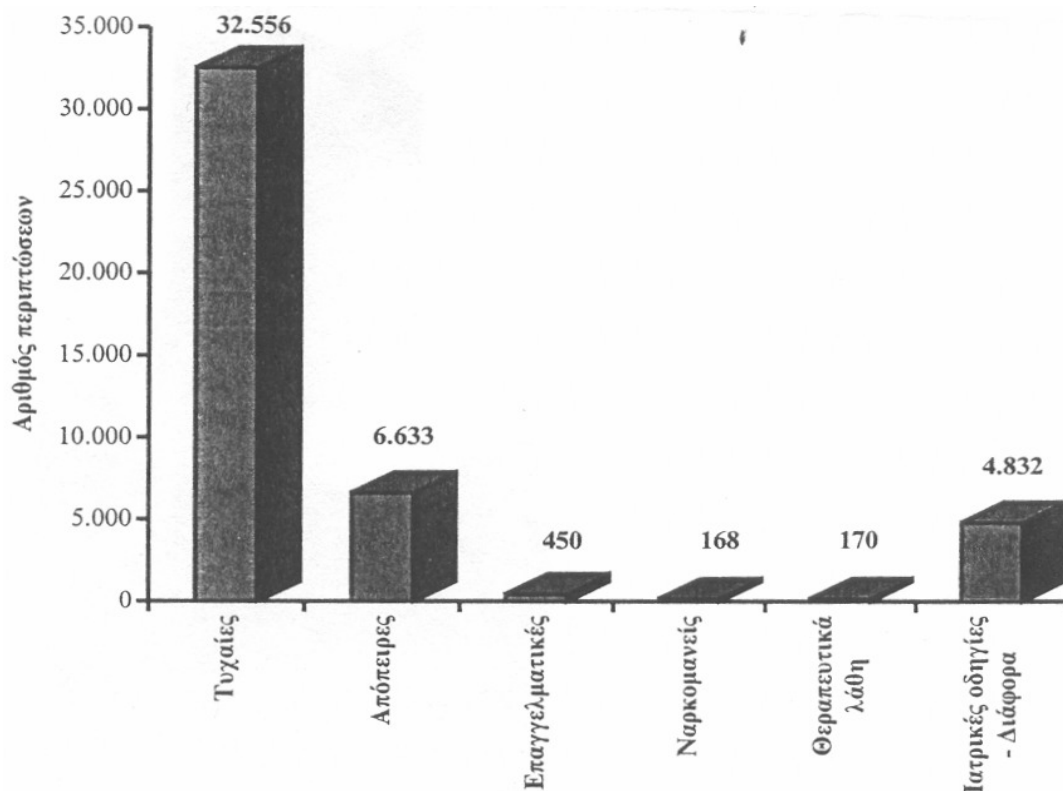
ΣΧΗΜΑ 7. ΕΙΔΟΣ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΩΝ

**ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΩΝ
ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2001**

Είδος δηλητηριάσεων

Από το σύνολο των δηλητηριάσεων ένα σημαντικό ποσοστό καλύπτεται από απόπειρες αυτοκτονίας.

Είδος	Αρ.περιπτώσεων	%
Τυχαίες	32.556	72,66
Απόπειρες	6.633	14.80
Επαγγελματικές	450	1,02
Ναρκομανείς	168	0,37
Θεραπευτικά λάθη	170	0,37
Ιατρικές οδηγίες - Διάφορα	4.832	10,78
Σύνολο	44.809	100,00



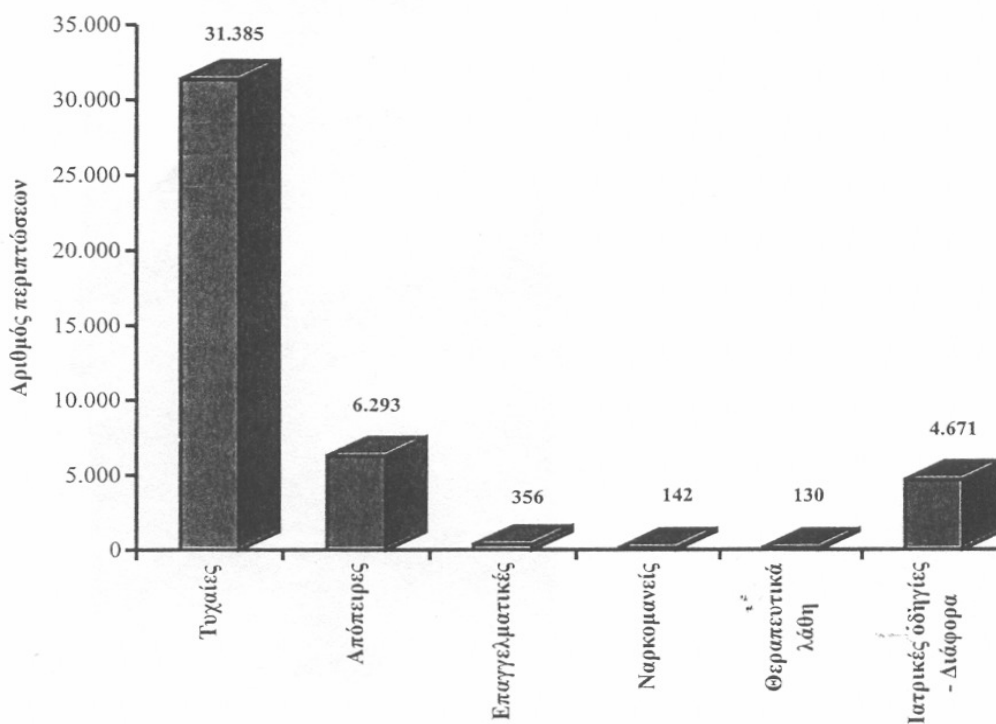
ΣΧΗΜΑ 7. ΕΙΔΟΣ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΩΝ

ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2002

Είδος δηλητηριάσεων (Σχ. 7)

Από σύνολο των δηλητηριάσεων ένα σημαντικό ποσοστό καλύπτεται από απόπειρες αυτοκτονίας.

Είδος	Αρ. περιπτώσεων	%
Τυχαίες	31.385	73,03
Απόπειρες	6.293	14,64
Επαγγελματικές	356	0,83
Ναρκομανείς	142	0,33
Θεραπευτικά λάθη	130	0,30
Ιατρικές οδηγίες - Διάφορα	4.671	10,87
Σύνολο	42.977	100,00



ΣΧΗΜΑ 7. ΕΙΔΟΣ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΩΝ

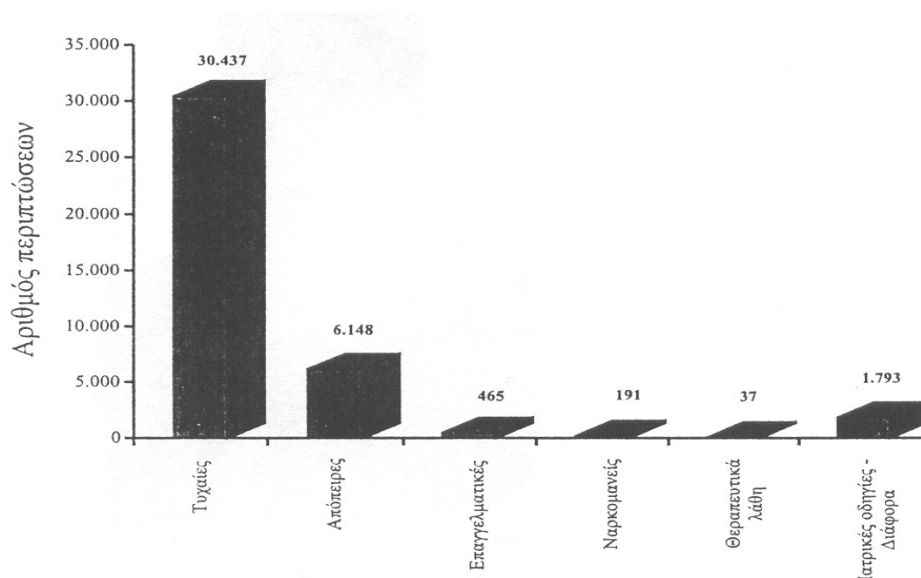
ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2003

Είδος δηλητηριάσεων (Σχ. 7)

Από σύνολο των δηλητηριάσεων ένα σημαντικό ποσοστό καλύπτεται από απόπειρες αυτοκτονίας.

Είδος	Αρ.περιπτώσεων	%
Τυχαίες	30.437	77,90
Απόπειρες	6.148	15,74
Επαγγελματικές	465	1,19
Ναρκομανείς	191	0,49
Θεραπευτικά λάθη	37	0,09
Ιατρικές οδηγίες - Διάφορα	1.793	4,59
Σύνολο	39.071	100,00

Υπάρχει σταθερή αύξηση των αποπειρών αυτοκτονίας τα τελευταία χρόνια (1995: 4.972 περιπτώσεις, 2003:6.148 περιπτώσεις). Πρέπει να σημειωθεί ότι οι απόπειρες συμβαίνουν σε νέα γενικά άτομα και κατά 76% γίνονται από γυναίκες.



ΣΧΗΜΑ 7. ΕΙΔΟΣ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΩΝ

Σύμφωνα με τα βιβλία «Στατιστική Επετηρίδα της Ελλάδος» της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδας, βρέθηκαν τα παρακάτω αποτελέσματα για τα έτη 1990-1994 και 1997-2000 σχετικά με:

1. Δηλητηρίαση από φάρμακα, ιδιοσκευάσματα και βιολογικές ουσίες.
2. Τοξικές επιδράσεις άλλων ουσιών, μη φαρμακευτικής προελεύσεως.

ΕΤΗ	Δηλητηρίαση από φάρμακα, ιδιοσκευάσματα και βιολογικές ουσίες	Τοξικές επιδράσεις άλλων ουσιών, μη φαρμακευτικής προελεύσεως
1990	5206	1916
1991	5331	1826
1992	5370	1669
1993	6054	1629
1994	5617	1955
1997	5049	2710
1998	5229	2811
1999	5484	2438
2000	5508	2363

B) ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά: Μια ευρωπαϊκή προοπτική.

«Στην Ευρώπη, μια υποστηρικτική και εν μέρει θερμή συζήτηση βρίσκεται σε εξέλιξη για τον ρόλο των αντικαταθλιπτικών χαπιών στην πρόληψη της αυτοκτονίας. Εμπειρίες από διάφορες ευρωπαϊκές χώρες δείχνουν ότι μια αύξηση του αντικαταθλιπτικού φαρμάκου σε έναν βασικό πληθυσμό φαίνεται να έχει μια προληπτική επίδραση στην αυτοκτονία, ειδικά όταν ενσωματώνεται σε ένα σημαντικό πρόγραμμα ανίχνευσης, θεραπείας, και παρακολούθησης της κατάθλιψης. Άλλοι υποστηρίζουν έναν ενδεχόμενο κίνδυνο που ειδικά το σεροτονινεργικό αντικαταθλιπτικό φάρμακο θα μπορούσε να προκαλέσει επιθετική, ακόμα και αυτό-επιθετική συμπεριφορά, που αυξάνει τον κίνδυνο της αυτοκτονίας.

Ακόμα κι αν υπάρχουν στοιχεία για την ύπαρξη τέτοιων περιπτώσεων, οι οποίες θα συμφωνούσαν με τα γνωστά παράδοξα ή παρενέργειες άλλων φαρμάκων, που φαίνεται, εντούτοις, σήμερα χωρίς αμφιβολία ότι πολύ περισσότερες αυτοκτονίες αποτρέπονται από το αντικαταθλιπτικό φάρμακο παρά ότι προκαλούνται από αυτό. Ακόμα κι αν εμφανίζεται υπερδοσολογία με

τα αντικαταθλιπτικά χάπια, οφείλεται στην κακομεταχείριση όσον αφορά την κατάθλιψη και την πρόληψη αυτοκτονίας που είναι το κυρίαρχο πρόβλημα στην Ευρώπη σήμερα.

Τέλος, η αυτοκτονία δεν είναι ένα μεμονωμένο φαινόμενο. Πρέπει να φαίνεται ως ένα σύμπλεγμα ασθένειας και θανάτου, συσχετισμένο με το στρες, την αδυναμία, την απώλεια ταυτότητας και την κοινωνική ασημαντότητα.

Η μάχη ενάντια στην αυτοκτονία πρέπει να ενσωματωθεί στα προγράμματα δημόσιας υγείας της προώθησης υγείας και της αρχικής πρόληψης, που κατευθύνονται ενάντια στα σχέδια της θνησιμότητας και της υπερβολικής νοσηρότητας σχετικών με το στρες και τη κακή διανοητική υγεία σε μια κοινωνία.

Οι σύγχρονες και επαναπροσδιορισμένες κοινωνικές ψυχιατρικές προσεγγίσεις, που χρησιμοποιούν την πρόσφατη γνώση για την αλληλεπίδραση μεταξύ ανατροφής και φύσης, μεταξύ του σώματος και του μυαλού, καθώς επίσης δημιουργώντας ολοκληρωμένες, πολυμηματικές δημόσιες πολιτικές διανοητικής υγείας, είναι οι σημαντικότερες δραστηριότητες προκειμένου να αποφευχθεί κάθε αυξανόμενη αυτοκτονικότητα στην Ευρώπη, που προβλέπεται από την Π.Ο.Υ. για τα επόμενα έτη.» (WORLD PSYCHIATRY, Official Journal of the World Psychiatric Association, (WPA), Volume 3, Number 3, October 2004).

Σύμφωνα με περιλήψεις εργασιών του Ψυχιατρικού Συνεδρίου στις Βρυξέλες, στις 7-9 Οκτωβρίου 2005, αναφέρουμε τα εξής:

A) Συγκρίνοντας στο γενικό πληθυσμό τον κίνδυνο της αυτοκτονίας οι σχετικοί παράγοντες με το μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονίας κατά σειρά είναι οι εξής :

- 1) Μανιακό επεισόδιο
- 2) Φαρμακευτική δηλητηρίαση
- 3) Δυσθυμία
- 4) Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή
- 5) Διαταραχή πανικού
- 6) Σχιζοφρένεια
- 7) Διπολική διαταραχή
- 8) Μείζονα κατάθλιψη
- 9) Αλκοολισμός
- 10) Καρκίνος (Adapted from : American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors. 2003; Part A:16, and Busch KA, και συνεργάτες J Clin Psychiatry. 2003 Jan; 64(1): 14-9.)

B) Αυτοκτονία : Σχετικοί κίνδυνοι στις Ειδικές Διαταραχές.

<u>Κατάσταση</u>	<u>Σχετικός κίνδυνος</u>
Προηγούμενη απόπειρα αυτοκτονίας	38.4
Διατροφικές διαταραχές	23.1
Διπολική διαταραχή	21.7
Μείζονα κατάθλιψη	20.4
Φαρμακευτική δηλητηρίαση	19.2
Δυσθυμία	12.1
Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή	11.5
Διαταραχή πανικού	10.0
Σχιζοφρένεια	8.45
Διαταραχές προσωπικότητας	7.08
Αλκοολισμός	5.86
Καρκίνος	1.80
Γενικός πληθυσμός	1.00

(Adapted from : American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors. 2003; Part A:16, and Busch KA, και συνεργάτες J Clin Psychiatry. 2003 Jan; 64(1): 14-9.)

Γ) Αυτοκτονία

Η αυτοκτονία (αυτό-επιβολή θανάτου) συμβαίνει σε όλα τα μέρη του κόσμου. Η αυτοκτονία έχει σαν αποτέλεσμα τους μισούς θανάτους που οφείλονται στη βία. Περίπου ένα εκατομμύριο άτομα αυτοκτονούν κάθε χρόνο σε όλο τον κόσμο. Η αυτοκτονία είναι η τρίτη αιτία θανάτου μεταξύ ατόμων ηλικίας 15 – 24 ετών στις Ηνωμένες Πολιτείες, μετά τους ακούσιους τραυματισμούς και την ανθρωποκτονία. Η αυτοκτονία είναι συχνά προβλέψιμη. Τα συμπτώματα είναι συχνά παρόντα και τα άτομα που λένε ότι θα βλάψουν τους εαυτούς τους πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη. Η ψυχική ασθένεια είναι παρούσα στα περισσότερα άτομα που αυτοκτονούν. Θεραπεύοντας τις ψυχικές ασθένειες μπορούμε να βοηθήσουμε στο να μειωθούν οι αυτοκτονίες. Η αυτοκτονία επηρεάζει όχι μόνο το άτομο που πεθαίνει αλλά και ολόκληρο τον κοινωνικό του περίγυρο – οικογένεια, φίλους και γνωστούς. Στις 25 Μαΐου το 2005, άρθρο από την εφημερίδα της Αμερικανική Ιατρικής Εταιρείας περιλαμβάνει μία αναφορά από έρευνες για τις αυτοκτονικές σκέψεις και συμπεριφορές στα άτομα που ζουν στις Ηνωμένες Πολιτείες.

Δ) Παράγοντες κινδύνου στην αυτοκτονία.

- Κατάθλιψη (ιδιαίτερα το αίσθημα απελπισίας)
- Διπολική διαταραχή(επεισόδια κατάθλιψης και μανίας)
- Σχιζοφρένεια (μια σοβαρή ψυχική διαταραχή με διαταραχές σκέψης, διάθεσης και συμπεριφοράς)
- Εξάρτηση από αλκοόλ και άλλες χημικές ουσίες
- Οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας
- Προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας
- Παιδική κακοποίηση
- Χρόνια ψυχική νόσος (Torpy JM, και συνεργάτες JAMA. 2005; 293: 2558)

Ε) Προβλέψεις των κινδύνων αυτοκτονίας στην σχιζοφρένεια και στις σχιζοσυναισθηματικές διαταραχές

Διάγνωση της σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής

Ιστορικό πρόσφατης χρήσης αλκοόλ ή κατάχρησης ουσιών

Κάπνισμα

Αριθμός αποπειρών αυτοκτονίας

Αριθμός νοσηλειών (τους προηγούμενους 36 μήνες)

Κρίσεις πανικού

Υψηλά ποσοστά κατάθλιψης

Σοβαρότητα της ασθένειας Parkinson

(Potkin SG, και συνεργάτες Biol Psychiatry. 2003; 54 : 444-452)

Ζ) Φάσεις αυτοκτονίας και αποπειρών αυτοκτονίας στις μονοπολικές και διπολικές διαταραχές.

Κατάθλιψη :79-89%

Δυσφορική μανία: 11-20%

Ευθυμία (χωρίς συμπτώματα): 0-1%

(Rouillon F, και συνεργάτες J Clin Psychiatry. 1991 Oct; 52(10): 423-31:

Isometsa ET, και συνεργάτες J Clin Psychiatry 1994 Dec; 55(12):523-7.

Tondo L, και συνεργάτες J Clin)

Η) 100 επαναλαμβανόμενες απόπειρες αυτοκτονίας.

Βουδαπέστη

Ηλικίας: 18-65 ετών

Τρόποι αυτοκτονίας ήταν η υπερβολική δόση φαρμάκων (96%) και δηλητηρίαση με άλλες χημικές ουσίες (4%)

Εξετάστηκαν μέσα σε 24 ώρες μετά την απόπειρα της αυτοκτονίας τους.

(Balazs J, και συνεργάτες J Affect Disord. 2003. Sep; 76(1-3): 113-9)

Θ) Ύστερα από έρευνα που πραγματοποιήθηκε σχετικά με το εάν υφίσταται σχέση μεταξύ αυτοκτονίας και αντικαταθλιπτικών χαπιών, βρέθηκε ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ τους.

(Khan A, και συνεργάτες Am J Psychiatry. 2003 Apr; 160(4): 790-2)

Ι) Ύστερα από έρευνα που πραγματοποιήθηκε σχετικά με το εάν υφίσταται σχέση μεταξύ απόπειρας αυτοκτονίας και αντικαταθλιπτικών χαπιών, βρέθηκε το εξής:

Μία αξιοσημείωτη αύξηση στις πιθανότητες αποπειρών αυτοκτονίας παρατηρήθηκε σε ασθενείς που λαμβάνουν το φάρμακο αναστολής επαναπρόσληψης της σεροτονίνης σε σύγκριση με αυτούς που λαμβάνουν Placebo.

(Fergusson D. et al, BMJ. 2005 Feb 19;330(7488):396)

Κ) Ο κίνδυνος αυτοκτονίας στα παιδιά και στους εφήβους:
Βρήκαμε κάποιες ελλείψεις αποδείξεις για έναν αυξανόμενο κίνδυνο μη αυτοκαταστροφικής επίδρασης του φαρμάκου αναστολής επαναπρόσληψης της σεροτονίνης που χρησιμοποιούν άτομα 18 ετών ή νεότερα.
(Martinez C, και συνεργάτες BMJ. 2005; 330:330-389)

Λ) Πιθανοί λόγοι για την συσχέτιση αντικαταθλιπτικών χαπιών και αυτοκτονίας.

- Οι διπολικές διαταραχές δεν έχουν διαγνωσθεί
 - 35-60% των πρώτων επεισοδίων είναι καταθλιπτικοί εκ φύσεως (παιδιά και έφηβοι!).
 - 30% των ασθενών με καταθλιπτική ή αγχώδη διαταραχή μπορεί να έχουν διπολική διαταραχή.
- Ασθενείς με κίνδυνο αυτοκτονίας αποκλείστηκαν από τις κλινικές μελέτες.
 - Μόνο αυξήσεις είναι πιθανές επειδή οι ασθενείς, των οποίων η αυτοκτονική συμπεριφορά μπορεί να μειωθεί, αποκλείονται.

(Manning JS, και συνεργάτες Compr Psychiatry. 1997;38(2): 102-8; And Presented at: The National Depressive and Manic-Depressive Association; 2001).

Μ) Συμπεράσματα Ψυχιατρικού Συνεδρίου στις Βρυξέλες, 7-9 Οκτωβρίου 2005

- Η κατάθλιψη (τα καταθλιπτικά συμπτώματα συμπεριλαμβανομένης της λανθάνουσας διαταραχής), είναι ένας μεγάλος παράγοντας κινδύνου για αυτοκτονία και απόπειρες αυτοκτονίας στη σχιζοφρένεια και στις υπόλοιπες διαταραχές.
- Η δεύτερη γενιά αντιψυχωτικών είναι πιο δραστική στη θεραπεία της κατάθλιψης στη σχιζοφρένεια από ότι η πρώτη γενιά αντιψυχωτικών και σχετίζονται με χαμηλότερα ποσοστά αυτοκτονικής συμπεριφοράς.
- Αύξηση συνοσηρότητας του κινδύνου αυτοκτονίας και των αποπειρών αυτοκτονίας.
- Αυξάνει τον κίνδυνο αυτοκτονίας και των αποπειρών αυτοκτονίας.
- Τα οφέλη των αντικαταθλιπτικών χαπιών υπερτερούν κατά πολύ των πιθανών κινδύνων, ωστόσο καλύτερη διάγνωση (διπολικές διαταραχές!), και η στενή παρακολούθηση μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο.

Άρθρα από Currently Funded Research Grants Pertaining to Suicidal Behavior

Cornell University Medical Center

1998 – 2003

Η μελέτη του Πανεπιστημίου στηρίχθηκε στην παρέμβαση για την πρόληψη της αυτοκτονικότητας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η παρέμβαση αυτή είχε ως κεντρικό μοχλό τη συνεργασία των Ειδικών της Κατάθλιψης που με τη συνεργασία τους με τους γιατρούς μπορούν να συμβάλλουν στην έγκαιρη πρόγνωση της κατάθλιψης· έτσι, θα προσφέρουν κατάλληλες θεραπευτικές συστάσεις και θα ενθαρρύνουν τους ασθενείς να παραμείνουν στη θεραπεία. Επιπλέον, οι δράσεις αυτές στοχεύουν στην εφαρμογή εκπαίδευσης ασθενών, οικογενειών και γιατρών στην κατάθλιψη και τον αυτοκτονικό ιδεασμό.

Aaron T. Beck, M.D.

«Παράγοντες κινδύνου για την αυτοκτονία στους εξωτερικούς ψυχιατρικούς ασθενείς»

University of Pennsylvania

1991 – 2000

Η προτιθέμενη έρευνα θα απευθύνεται: 1) στην εγκυρότητα προηγούμενων ευρημάτων σε ένα πολύ μεγαλύτερο δείγμα με συνεχιζόμενη παρακολούθηση για περισσότερο χρονικό διάστημα· 2) στον καθορισμό της αλληλεπίδρασης των γνωστικών παραγόντων με τις κλινικές μεταβολές και 3) στην λεπτομερή αναφορά των πιο ισχυρών κλινικών, ψυχολογικών (παρόντος και παρελθόντος οικογενειακού ιστορικού) και δημογραφικών δεικτών.

Emil Coccaro, M.D.

«Παρορμητικότητα: Βιολογικές και θεραπευτικές συσχετίσεις»

Allegheny University

1991 – 2001

Ανάμεσα στους διάφορους κοινωνιολογικούς, ψυχολογικούς και βιογενετικούς παράγοντες που σχετίζονται με την παρορμητικότητα, εν αντιθέσει προς την προσχεδιασμένη ανθρώπινη επιθετικότητα, ο πιο σταθερός βιολογικός παράγοντας φαίνεται να είναι μια μείωση στην κεντρική σεροτονεργική νευρομεταβίβαση.

Emil Coccaro, M.D.

«Παρορμητικότητα: 5 HT και NE συσχετίσεις»

Παρόλο που η παρορμητική/αυτοκτονική συμπεριφορά έχει συσχετισθεί με επιλεγμένους δείκτες της κεντρικής σεροτονεργικής 5-HT λειτουργίας σε προσωπικά διαταραγμένα ζητήματα, η νευροφαρμακολογική φύση των σχέσεων αυτών δεν είναι ξεκάθαρη.

Yeates Conwell, M.D.
«Αυτοκτονία στην Τρίτη ηλικία: Μια μελέτη ψυχολογικής αυτοψίας»
university of Rochester
1996 – 2001

Τα ποσοστά αυτοκτονίας είναι υψηλότερα στην Τρίτη ηλικία παρά σε οποιαδήποτε άλλο σημείο της ανθρώπινης ζωής. Ο σκοπός των δραστικών στρατηγικών πρόληψης της αυτοκτονίας θα εξαρτηθεί από την ταύτιση των ειδικών παραγόντων κινδύνου.

Carol Z. Garrison, Ph.D
Epidemiology of Adolescent Depression
University of South Carolina at Columbia
1986-2000

Καθορίζοντας την ικανότητα στην κατάθλιψη, τα καταθλιπτικά συμπτώματα, οι αυτοκτονικές συμπεριφορές και το οικογενειακό περιβάλλον όπως έχει εξακριβωθεί από τα δεδομένα κατά τη διάρκεια των τριών πρώτων χρόνων της μελέτης προβλέπονται μελλοντικά συμπεράσματα συμπεριλαμβανομένων :

- α) επαφή με το σύστημα δικαιοσύνης, β) κυκλοφοριακές παραβιάσεις, γ) ακαδημαϊκές δυσκολίες, δ) σκασιαρχείο (αδικαιολόγητες απουσίες), ε) κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών, ζ) κάπνισμα, η) βίαιη συμπεριφορά.

Εξερευνώντας την έκταση προηγούμενων δεδομένων εκτιμήσεων από διάφορες πληροφορίες (π.χ. μητέρα και έφηβος), είναι χρήσιμες στην πρόβλεψη μελλοντικών εξακριβωμένων αποτελεσμάτων, συμπεριλαμβανομένων :

- α) επαφή με το σύστημα δικαιοσύνης, β) ακαδημαϊκές δυσκολίες, γ) σκασιαρχείο (αδικαιολόγητες απουσίες), δ) κυκλοφοριακές παραβιάσεις, ε) κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών, ζ) κάπνισμα, η) βίαιη συμπεριφορά.

David B. Goldston, Ph.D
Μελέτη αποπειρών αυτοκτονίας στην εφηβεία.
Bowman Gray School of Medicine
1993-2003

Ογδόντα τέσσερα τοις εκατό κατάλληλου δείγματος διαδοχικών αναφερόμενων εφήβων ήταν νεοσύλληκτοι και το συνολικό ποσοστό της φθοράς στη μελέτη έχει περιοριστεί τουλάχιστον πάνω από τοις 10%.

Ο κύριος σκοπός είναι να εξεταστούν τα ποσοστά των αποπειρών αυτοκτονίας ανάμεσα στους υψηλού κινδύνου εφήβους. Ο τελικός σκοπός είναι να εξεταστεί η χρησιμότητα ενός μοντέλου άγχους και απελπισίας στην πρόβλεψη αποπειρών αυτοκτονίας ανάμεσα στους υψηλού κινδύνου νέους.

Madelyn S. Gould, Ph.D.

« Επιδημιολογικές συνέπειες της αυτοκτονίας στα σχολεία.»

Ψυχιατρικό Ινστιτούτο Νέας Υόρκης.

1995-1999

Ο βασικός σκοπός μας είναι να χρησιμοποιήσουμε τις πληροφορίες που προέκυψαν από την παρούσα μελέτη στην ανάπτυξη ενός βασικού προληπτικού προγράμματος αυτοκτονιών στο σχολείο και να προετοιμάσουμε μια ρυθμισμένη κλινική δοκιμασία στο να εξεταστεί η αποτελεσματικότητα ύστερα από κάποια σχετική χρονική περίοδο.

Peter M. Lewinsohn, Ph.D.

Το ιστορικό κατάθλιψης στους εφήβους.

Oregon, Ερευνητικό Ινστιτούτο.

1993-2000

Το αλκοόλ, η ανεξέλεγκτη χρήση ουσιών, το άγχος, η ανάρμοστη συμπεριφορά, το κάπνισμα, η σωματική νοσηρότητα και η αυτοκτονική συμπεριφορά αποτελούν συμπτώματα της κατάθλιψης. Σύμφωνα με την πρόσφατη έρευνα του ιατρικού ινστιτούτου (1994, σελίδα 116), «Οι μεταβατική περίοδος στη ενήλικη ζωή είναι ελάχιστα κατανοητή παρά το γεγονός ότι αυτή είναι η ηλικιακή περίοδος που οι περισσότερες διαταραχές ενηλίκων έχουν τις περισσότερες επιπτώσεις. »

Αυτοκτονικές τάσεις στην Ευρώπη, 1984-1990

«Βρέθηκε ότι τα ποσοστά αυτοκτονίας σε 22 Ευρωπαϊκές χώρες μειώθηκαν μεταξύ του 1984 και 1990 κατά 11,1% (8,4% για τους άνδρες και 17,0% για τις γυναίκες), ξεφεύγοντας από την αυξητική τάση που προηγούμενα είχε παρατηρηθεί μεταξύ των ετών 1972 και 1984. στις Βαλτικές και Σλαβικές περιοχές της Πρώην Σοβιετικής Ένωσης, σε αντίθεση με την υπόλοιπη Ευρώπη, μία απότομη μείωση της τάξεως του 28,6% στα ποσοστά αυτοκτονίας παρατηρήθηκε κατά τη διάρκεια της περιόδου της πτώσης του Κομμουνισμού, (31,6% για τους άνδρες και 19,1% για τις γυναίκες), μεταξύ των ετών 1984 και 1990. μειώσεις στα ποσοστά αυτοκτονίας μεταξύ των ετών 1984 και 1986 -1988 ήταν ιδιαίτερα ισχυρές στις Βαλτικές και Σλαβικές περιοχές σε ποσοστό 35,6% (40,3% για τους άνδρες και 17,8% για τις γυναίκες). Την ίδια περίοδο στις 22 Ευρωπαϊκές χώρες τα ποσοστά αυτοκτονίας μειώθηκαν κατά 2,6% για τους άνδρες και κατά 6,7% για τις γυναίκες, συνολικά κατά 4,3%». (ALEXANDER J. BOTSIS, CONSTANTIN R.SOLDATOS, COSTAS N. STEFANIS, «SUICIDE: BIOPSYCHOSOCIAL APPROACHES», ELSEVIER 1997).

Αυτοκτονία σε παιδιά και εφήβους

«Η ολοκληρωμένη αυτοκτονία είναι σπάνια για τα άτομα ηλικίας κάτω των 12 ετών. Οι έφηβοι γενικότερα είναι πιο επιρρεπείς στην αυτοκτονική συμπεριφορά. Η πραγματική αυτοκτονία είναι περισσότερο συνηθισμένη στα αγόρια, ενώ οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι περισσότερο συνηθισμένες στα κορίτσια. Τα κορίτσια συχνά χρησιμοποιούν την αυτοκτονική συμπεριφορά σαν ένα τρόπο για να ζητήσουν βοήθεια, ενώ για τα αγόρια η βαθύτερη πίεση είναι συνήθως σοβαρή ψυχοπαθολογία. Η συννοσηρότητα σε παιδιά και εφήβους που αυτοκτονούν μπορεί να είναι : κατάθλιψη, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, κατάχρηση ουσιών, διατροφικές διαταραχές, μεθωριακή και άλλες διαταραχές προσωπικότητας, προβλήματα με την ταυτότητα τους. Τα πιο συχνά μέσα ολοκληρωμένων αυτοκτονιών ανάμεσα σε νέους ανθρώπους είναι η χρήση όπλων, ενώ ο συνηθισμένος τρόπος αποπειρών αυτοκτονίας είναι η δηλητηρίαση και το κόψιμο αγγείων καρπού. Τα προγράμματα της πρωτοβάθμιας πρόληψης είναι αναμφίβολα αποτελεσματικά· έχει αποδειχθεί ότι μεταξύ τέτοιων σχολικών προγραμμάτων μόνο 16 από τις 12.000 αυτοκτονίες μπορούν να προβλεφθούν. Οι στρατηγικές της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας πρόληψης στοχεύουν στη μείωση των ποσοστών αυτοκτονίας στους νέους ανθρώπους που αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου αυτοκτονίας. Υψηλός κίνδυνος για αυτοκτονία σημειώνεται ανάλογα με : το φύλο, προηγούμενες απόπειρες, ιστορικό επιθετικών διαταραχών, κατάχρηση ουσιών, μείζονα ψυχική διαταραχή, απελπισία, σοβαρή κοινωνική αντιξοότητα, ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη ή διατροφικές διαταραχές. Σε γενικές γραμμές, οι έφηβοι που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν θα μπορούσαν να νοσηλεύονται μέχρι να ξεφύγουν από τον κίνδυνο.»(ALEXANDER J. BOTSIS, CONSTANTIN R.SOLDATOS, COSTAS N. STEFANIS, «SUICIDE: BIOPSYCHOSOCIAL APPROACHES», ELSEVIER 1997.)

Έφηβοι και αυτοκτονία

Ερευνητές στην Πολιτεία της Νέας Υόρκης, προκειμένου να μάθουν για το εάν οι αυτοκτονικές σκέψεις και η συμπεριφορά των εφήβων αυξάνει τον κίνδυνο αυτοκτονίας, τυχαίοποίησαν 2.342 μαθητές Λυκείου σε 2 ομάδες, εκ των οποίων η μία ήταν ομάδα ελέγχου. Σύμφωνα, λοιπόν, με τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής, το συνολικό ποσοστό αυτοκτονικού ιδεασμού ήταν 4% (Μηνιαία Επιστημονική Ιατρική Εφημερίδα, «Medical express», Έτος 15^ο, Τεύχος 138, Φεβρουάριος 2006).

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

8.1 Σκοπιμότητα – Ερευνητική υπόθεση

Σκοπός της ερευνητικής μας προσπάθειας είναι να καταγράψουμε τα δημογραφικά δεδομένα σχετικά με τα άτομα που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν και να συγκρίνουμε τα ποσοστά εμφάνισης των ατόμων αυτών στους νομούς Ηρακλείου Κρήτης και Εύβοιας.

8.2 Επιλογή και περιγραφή του δείγματος

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στα Νοσοκομεία των νομών Ηρακλείου Κρήτης και Εύβοιας. Συγκεκριμένα, στο Βενιζέλειο – Πανάνειο Νοσοκομείο και Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν.Η) και στον νομό Ευβοίας στο Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Χαλκίδας, στα Νοσοκομεία Κύμης και Καρύστου και στο Κέντρο Υγείας Ιστιαίας.

Ύστερα από έγκριση των Διευθυντών των Νοσοκομείων σε Ηράκλειο και Εύβοια για την πραγματοποίηση της έρευνας, όσον αφορά τη συλλογή στοιχείων για τον νομό Ηρακλείου, ακολουθήθηκε η εξής διαδικασία:

Βενιζέλειο – Πανάνειο Νοσοκομείο: επιπλέον άδεια από την Προϊσταμένη της Παθολογικής Κλινικής για την καταγραφή των ήδη καταχωρημένων στοιχείων στα βιβλία μητρώων που αφορούσαν περιστατικά απόπειρας αυτοκτονίας.

ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν.Η.: για τη διεξαγωγή της έρευνας χορηγήθηκε άδεια και από την Προϊσταμένη της Παθολογικής Κλινικής, ώστε να έχουμε πρόσβαση στους φακέλους των αποπειραθέντων ατόμων που βρίσκονταν στο αρχείο του Νοσοκομείου.

Όσον αφορά τη συλλογή στοιχείων στον νομό Ευβοίας, η καταγραφή των περιστατικών έγινε ως εξής:

Νοσοκομείο Χαλκίδας και Κέντρο Υγείας Ιστιαίας: διερεύνηση των βιβλίων του έκτακτου Παθολογικού τμήματος των εξωτερικών ιατρείων.

Νοσοκομείο Κύμης: διερεύνηση των βιβλίων της Παθολογικής Κλινικής, καθώς και του έκτακτου Παθολογικού τμήματος.

Νοσοκομείο Καρύστου: διερεύνηση των βιβλίων όπου καταγράφονταν οι διακομιδές των περιστατικών σε άλλα Νοσοκομεία.

Η πραγματοποίηση της έρευνας, όσον αφορά τον νομό Ηρακλείου, ξεκίνησε τον Αύγουστο του 2004 και ολοκληρώθηκε τον Μάιο του 2005. Στον νομό Ευβοίας, η έρευνα ξεκίνησε τον Αύγουστο του 2004 και ολοκληρώθηκε το Δεκέμβριο του 2005.

8.3 Δυσκολίες που αντιμετωπίσαμε

Είναι γεγονός ότι κατά τη διάρκεια της έρευνας για την καταγραφή των αποπειρών αυτοκτονίας προέκυψαν συγκεκριμένα προβλήματα που έκαναν δύσκολη την ολοκλήρωσή της. Ένα από τα βασικότερα ήταν η πρόσβαση στα αρχεία των Νοσοκομείων.

Όσον αφορά το νομό Ηρακλείου, τέθηκε ζήτημα απορρήτου από τη Διεύθυνση της Α΄ Παθολογικής κλινικής του Βενιζελείου νοσοκομείου. Αρχικά, η ίδια η Προϊσταμένη θέλησε να αναλάβει την καταγραφή των περιστατικών, όμως, λόγω έλλειψης χρόνου, δεν το διεκπεραίωσε, με αποτέλεσμα να μου επιτρέψει να καταγράψω μόνη μου τα προσωπικά δεδομένα των ατόμων που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν.

Στο νομό Ευβοίας, η Προϊσταμένη των εξωτερικών ιατρείων για δική μου διευκόλυνση με παρέπεμψε στη Διευθύντρια του Κέντρου Ψυχικής Υγείας, η οποία μου ανέφερε πως αν περιοριζόμουν στην καταγραφή περιστατικών μόνο του Νοσοκομείου Χαλκίδας και όχι και των υπολοίπων Νοσοκομείων του νομού, τότε θα προσπαθούσε να με εμποδίσει στη διεξαγωγή της έρευνας.

Έτσι, λοιπόν, ενώ αρχικά είχε σχεδιαστεί να καταγράψουμε περιστατικά μόνο από το νοσοκομείο Χαλκίδας και το Βενιζέλιο νοσοκομείου Ηρακλείου, εν τέλει ερευνήσαμε περιστατικά και στο Πανεπιστημιακό νοσοκομείο Ηρακλείου, καθώς και στα νοσοκομεία Κύμης, Καρύστου και Κέντρου Υγείας Ιστιαίας του νομού Ευβοίας.

8.4 Επεξεργασία των αποτελεσμάτων της έρευνας

Η επεξεργασία των δεδομένων έγινε σε Η/Υ στο πρόγραμμα SPSS. Σημαντικά επίσης για την στατιστική επεξεργασία μας βοήθησαν οι διδακτικές σημειώσεις των Κρητσωτάκη, Ε. και Παπαδοπούλου, Ε. «ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕ ΤΟ SPSS12 ΓΙΑ WINDOWS», Ηράκλειο 2004.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

ΠΙΝΑΚΟΠΟΙΗΣΗ – ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΩΝ ΠΙΝΑΚΩΝ ΓΙΑ ΕΥΒΟΙΑ ΚΑΙ ΗΡΑΚΛΕΙΟ

Φύλο

Στο σύνολο των 603 ατόμων που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν παρατηρούμε ότι οι 156 (25,9%) ήταν άνδρες, ενώ οι 447 (74,1%) ήταν γυναίκες.

Ηλικία

Σε σύνολο 603 αποπειραθέντων ατόμων, τα 181, που ήταν η πλειοψηφία, ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 21-30 ετών. Τα 125 άτομα ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 31-40 και τα 115 ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 16-20.

Μέση ηλικία

Παρατηρούμε ότι η μέση ηλικία των ατόμων που έκαναν απόπειρα αυτοκτονίας είναι 33,07 έτη. Το διάστημα εμπιστοσύνης 95% είναι από 31,86 – 34,29. Η διάμεσος είναι 30. Η μικρότερη ηλικία είναι 13, ενώ η μεγαλύτερη 94.

Τόπος Κατοικίας

Παρατηρούμε ότι στο σύνολο 603 ατόμων που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν, οι 318 (52,7%) προέρχονταν από αστική περιοχή, οι 103 (17,1%) από ημιαστική περιοχή, οι 128 (21,2%) από αγροτική περιοχή, ενώ οι 54 (9%) ήταν αλλοδαποί.

Μήνας που έγινε η απόπειρα

Παρατηρούμε ότι στο σύνολο 603 ατόμων τον Αύγουστο μήνα υπήρξαν τα περισσότερα περιστατικά απόπειρας αυτοκτονίας, 75 περιστατικά (12,4%).

Τρόπος απόπειρας

Να σημειώσουμε ότι στα περιστατικά που καταγράφηκαν στο νομό Ηρακλείου δεν υπήρχε κάποια διαφοροποίηση ως προς τον τρόπο με τον οποίο πραγματοποιήθηκε η απόπειρα, αφού όλα τα περιστατικά είχαν καταγραφεί ως φαρμακευτικές δηλητηριάσεις. Έτσι, λοιπόν, λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός αυτό, αναφέρουμε ότι στο σύνολο των 603 ατόμων με απόπειρα αυτοκτονίας, τα 554 (91,9%) περιστατικά εισήχθησαν στο νοσοκομείο με φαρμακευτική δηλητηρίαση (χάπια).

Επάγγελμα

Στο σύνολο των 603 ατόμων που έκαναν απόπειρα αυτοκτονίας δεν γνωρίζουμε την επαγγελματική ιδιότητα των 325 ατόμων, αφού δεν είχε καταγραφεί ως δεδομένο στα αρχεία που ερευνήσαμε και ιδιαίτερα στο νομό Ευβοίας, όπου δεν υπήρχε καθόλου καταγεγραμμένη η επαγγελματική ιδιότητα. Παρατηρούμε δε ότι η πλειοψηφία των υπόλοιπων 278 ατόμων ήταν μαθητές – φοιτητές 74 άτομα (12,3%).

Οικογενειακή κατάσταση

Στο σύνολο των 603 ατόμων που έκαναν απόπειρα αυτοκτονίας δεν γνωρίζουμε την οικογενειακή κατάσταση των 298 (49,4%) ατόμων, αφού δεν είχε καταγραφεί ως δεδομένο στα αρχεία που ερευνήσαμε και ιδιαίτερα στο νομό Ευβοίας, όπου δεν υπήρχε καθόλου καταγεγραμμένη η οικογενειακή κατάσταση. Παρατηρούμε δε ότι στο σύνολο 305 ατόμων δεν υπήρξε σημαντική διαφορά μεταξύ των έγγαμων και άγαμων ατόμων που ήταν 152 (25,2%) και 153 (25,4%) αντίστοιχα.

Έτος απόπειρας

Παρατηρούμε ότι το 2004 είχαμε τα περισσότερα περιστατικά απόπειρας αυτοκτονίας 316 (52,4%), ενώ το 2003 είχαμε 287 (47,6%).

Νομός

Παρατηρούμε ότι στο σύνολο των 603 περιστατικών, τα 332 (55,1%) καταγράφηκαν στο νομό Ηρακλείου, ενώ τα 271 (44,9%) στο νομό Ευβοίας.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΦΥΛΟΥ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑΣ

Σε σύνολο 603 αποπειραθέντων ατόμων, 156 άνδρες και 447 γυναίκες, τα 181 (45 άνδρες και 136 γυναίκες) ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 21-30 ετών.

Σύμφωνα με τον έλεγχο ανεξαρτησίας, φάνηκε ότι για $df = 6$ σε επίπεδο σημαντικότητας 5% αντιστοιχεί η τιμή 12,263. Η σημαντικότητα (p -value) είναι 0,056, άρα $p > 0,05$. Συνεπώς, δεν υπάρχει συνάφεια μεταξύ των δύο μεταβλητών μας, φύλο και ηλικία.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΦΥΛΟΥ ΚΑΙ ΤΟΠΟΥ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Παρατηρούμε ότι στο σύνολο των 156 ανδρών που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν, οι 87 ήταν κάτοικοι αστικής περιοχής, οι 18 ημιαστικής, οι 36 αγροτικής, ενώ οι 15 ήταν αλλοδαποί. Στο σύνολο των 447 γυναικών, οι 231 ήταν κάτοικοι αστικής περιοχής, οι 85 ημιαστικής, οι 92 αγροτικής, ενώ οι 39 ήταν αλλοδαπές.

Σύμφωνα με τον έλεγχο ανεξαρτησίας, φάνηκε ότι για $df = 3$ σε επίπεδο σημαντικότητας 5% αντιστοιχεί η τιμή 4,594. Η σημαντικότητα (p -value) είναι 0,204, άρα $p > 0,05$. Συνεπώς, δεν υπάρχει συνάφεια μεταξύ των δύο μεταβλητών μας, φύλο και τόπος κατοικίας.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΦΥΛΟΥ ΚΑΙ ΜΗΝΑ ΑΠΟΠΕΙΡΑΣ

Παρατηρούμε ότι στο σύνολο 156 ανδρών και 447 γυναικών τα περισσότερα περιστατικά απόπειρας αυτοκτονίας σημειώθηκαν τον Αύγουστο μήνα, όπου ήταν 21 και 54 αντίστοιχα.

Σύμφωνα με τον έλεγχο ανεξαρτησίας, φάνηκε ότι για $df = 11$ σε επίπεδο σημαντικότητας 5% αντιστοιχεί η τιμή 13,165. Η σημαντικότητα (p -value) είναι 0,283, άρα $p > 0,05$. Συνεπώς, δεν υπάρχει συνάφεια μεταξύ των δύο μεταβλητών μας, φύλο και μήνας.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΦΥΛΟΥ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΥ ΑΠΟΠΕΙΡΑΣ

Παρατηρούμε ότι στο σύνολο 156 ανδρών και 447 γυναικών, ο τρόπος με τον οποίο οι περισσότεροι επιχείρησαν να αυτοκτονήσουν είναι:

Φαρμακευτική δηλητηρίαση: 137 (87,8%) άνδρες και 417 (93,3%) γυναίκες.

Σύμφωνα με τον έλεγχο ανεξαρτησίας φάνηκε ότι για $df = 5$ σε επίπεδο σημαντικότητας 5% αντιστοιχεί η τιμή 10,021. Η σημαντικότητα (p-value) είναι 0,075, άρα $p > 0,05$. Συνεπώς, δεν υπάρχει συνάφεια μεταξύ των δύο μεταβλητών μας, φύλο και τρόπος απόπειρας.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΦΥΛΟΥ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

Στο σύνολο 603 αποπειραθέντων ατόμων γνωρίζουμε την επαγγελματική ιδιότητα των 278 από τους οποίους οι 71 ήταν άνδρες και οι 207 γυναίκες.

Μαθητής – Φοιτητής: 12 (16,9) άνδρες και 62 (30%) γυναίκες.

Ιδιωτικός υπάλληλος: 17 (23,9%) άνδρες και 47 (22,7%) γυναίκες.

Οικιακά: 58 (28%) γυναίκες.

Σύμφωνα με τον έλεγχο ανεξαρτησίας φάνηκε ότι για $df = 7$ σε επίπεδο σημαντικότητας 5% αντιστοιχεί η τιμή 78,106. Η σημαντικότητα (p-value) είναι 0,000, άρα $p < 0,05$. Συνεπώς, υπάρχει πολύ ισχυρή στατιστική σημαντικότητα μεταξύ των δύο μεταβλητών μας, φύλο και επάγγελμα.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΦΥΛΟΥ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Στο σύνολο 603 αποπειραθέντων ατόμων γνωρίζουμε την οικογενειακή κατάσταση 305 περιστατικών από τα οποία οι 85 ήταν άνδρες και 220 γυναίκες.

Έγγαμος: 36 (42,4%) άνδρες και 116 (52,7%) γυναίκες.

Άγαμος: 49 (57,6%) άνδρες και 104 (47,3%) γυναίκες.

Σύμφωνα με τον έλεγχο ανεξαρτησίας φάνηκε ότι για $df = 1$ σε επίπεδο σημαντικότητας 5% αντιστοιχεί η τιμή 2,640. Η σημαντικότητα (p-value) είναι 0,104, άρα $p > 0,05$. Συνεπώς, δεν υπάρχει συνάφεια μεταξύ των δύο μεταβλητών μας, φύλο και οικογενειακή κατάσταση.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΗΛΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΠΟΥ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Η πλειοψηφία των περιστατικών προέρχονταν από αστική περιοχή (318 άτομα) ηλικιακής ομάδας 21-30 ετών (104 άτομα).

Σύμφωνα με τον έλεγχο ανεξαρτησίας, φάνηκε ότι για $df = 18$ σε επίπεδο σημαντικότητας 5% αντιστοιχεί η τιμή 23,083. Η σημαντικότητα (p-value) είναι 0,187, άρα $p > 0,05$. Συνεπώς, δεν υπάρχει συνάφεια μεταξύ των δύο μεταβλητών μας, ηλικία και τόπος κατοικίας.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΗΛΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΥ ΑΠΟΠΕΙΡΑΣ

Τα περισσότερα περιστατικά εντοπίστηκαν στην ηλικιακή ομάδα 21-30, που ήταν 175 άτομα επιχειρώντας να αυτοκτονήσουν λαμβάνοντας χάπια διαφόρων φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων.

Σύμφωνα με τον έλεγχο ανεξαρτησίας, φάνηκε ότι για $df = 30$ σε επίπεδο σημαντικότητας 5% αντιστοιχεί η τιμή 77,274. Η σημαντικότητα (p-value) είναι 0,000, άρα $p < 0,05$. Συνεπώς, υπάρχει πολύ ισχυρή στατιστική σημαντικότητα μεταξύ των δύο μεταβλητών μας, ηλικία και τρόπος απόπειρας.

Η Π Α Κ Λ Ε Ι Ο

Φύλο

Στο σύνολο 332 ατόμων που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν, οι 90 (27,1%) ήταν άνδρες και 242 (72,9%) ήταν γυναίκες. Διαπιστώνουμε, λοιπόν, ότι οι γυναίκες υπερτερούν έναντι των ανδρών στις απόπειρες αυτοκτονίας.

Ηλικία

Σε σύνολο 332 ατόμων που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν, η πλειοψηφία (109 περιστατικά) ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 21-30.

Μέση ηλικία

Παρατηρούμε ότι η μέση ηλικία των ατόμων που έκαναν απόπειρα αυτοκτονίας είναι 32,39 έτη. Το διάστημα εμπιστοσύνης 95% είναι από 30,82 – 33,97. Η διάμεσος είναι 29. Η μικρότερη ηλικία είναι 14, ενώ η μεγαλύτερη 94.

Τόπος κατοικίας

Στο σύνολο 332 αποπειραθέντων ατόμων, η πλειοψηφία ήταν κάτοικοι αστικής περιοχής 202 (60,8%). Οι κάτοικοι ημιαστικής περιοχής ήταν 43 (13%), αγροτικής περιοχής ήταν 55 (16,6%) και αλλοδαποί 32 (9,6%).

Μήνας απόπειρας

Παρατηρούμε ότι τα περισσότερα περιστατικά σημειώθηκαν τους μήνες Ιούλιο και Αύγουστο, όπου ήταν 37 (11,1%).

Επάγγελμα

Σε σύνολο 278 ατόμων η πλειοψηφία, 74 άτομα (22,3%), ήταν μαθητές – φοιτητές. Ακολουθούν οι ιδιωτικοί υπάλληλοι, όπου ήταν 64 (19,3%) και οι νοικοκυρές που ήταν 58 (17,5%).

Οικογενειακή κατάσταση

Σε σύνολο 305 αποπειραθέντων ατόμων δεν παρατηρούμε σημαντική διαφορά στην οικογενειακή τους κατάσταση, καθότι οι 152 (45,8%) ήταν έγγαμοι, ενώ οι 153 (46,1%) ήταν άγαμοι.

Έτος απόπειρας

Σε σύνολο 332 ατόμων, οι 143 (43,1%) επιχείρησαν να αυτοκτονήσουν το 2003, ενώ οι 189 (56,9%) το 2004. παρατηρούμε, λοιπόν, ότι το 2004 σημειώθηκαν περισσότερα περιστατικά απόπειρας αυτοκτονίας.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΦΥΛΟΥ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑΣ

Σε σύνολο 332 αποπειραθέντων ατόμων, 90 άνδρες και 242 γυναίκες, 28 άνδρες και 81 γυναίκες ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 21-30 ετών.

Σύμφωνα με τον έλεγχο ανεξαρτησίας, φάνηκε ότι για $df = 6$ σε επίπεδο σημαντικότητας 5% αντιστοιχεί η τιμή 4,625. Η σημαντικότητα (p-value) είναι 0,593, άρα $p > 0,05$. Συνεπώς, δεν υπάρχει συνάφεια μεταξύ των δύο μεταβλητών μας, φύλο και ηλικία.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΦΥΛΟΥ ΜΕ ΤΟΠΟ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Σε σύνολο 332 αποπειραθέντων ατόμων, η πλειοψηφία (202 άτομα) προέρχονταν από αστική περιοχή, από τα οποία τα 59 ήταν άνδρες και τα 143 ήταν γυναίκες.

Σύμφωνα με τον πίνακα για τη στατιστική επεξεργασία της χ^2 κατανομής, ο οποίος δείχνει ότι για $df = 3$ σε επίπεδο σημαντικότητας 5% αντιστοιχεί η τιμή 9,100. Η σημαντικότητα (p-value) είναι 0,028, άρα $p < 0,05$. Συνεπώς, υπάρχει συνάφεια μεταξύ των δύο μεταβλητών μας, φύλο και τόπος κατοικίας.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΦΥΛΟΥ ΜΕ ΜΗΝΑ ΑΠΟΠΕΙΡΑΣ

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι οι μήνες όπου σημειώθηκε έξαρση των περιστατικών απόπειρας αυτοκτονίας, είναι οι Ιούλιος και Αύγουστος με 37 περιστατικά, από τα οποία τα 9 ήταν άνδρες και τα 28 γυναίκες για τον Ιούλιο μήνα, ενώ 13 άνδρες και 24 γυναίκες για τον Αύγουστο. Επίσης, σημαντικός αριθμός περιστατικών υπήρξε και τον Δεκέμβριο μήνα, όπου 15 άνδρες και 19 γυναίκες επιχείρησαν να αυτοκτονήσουν.

Σύμφωνα με τον πίνακα για τη στατιστική επεξεργασία της χ^2 κατανομής, ο οποίος δείχνει ότι για $df = 11$ σε επίπεδο σημαντικότητας 5% αντιστοιχεί η τιμή 16,196. Η σημαντικότητα (p-value) είναι 0,134, άρα $p > 0,05$. Συνεπώς, δεν υπάρχει συνάφεια μεταξύ των δύο μεταβλητών μας, φύλο και μήνας απόπειρας.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΦΥΛΟΥ ΜΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Σε σύνολο 278 αποπειραθέντων ατόμων, 71 άνδρες και 207 γυναίκες, παρατηρούμε ότι οι περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας πραγματοποιήθηκαν από 74 μαθητές – φοιτητές (12 άνδρες και 62 γυναίκες), 64 ιδιωτικούς υπαλλήλους (17 άνδρες και 47 γυναίκες), 58 νοικοκυρές και 22 άνεργοι (4 άνδρες και 18 γυναίκες).

Σύμφωνα με τον πίνακα για τη στατιστική επεξεργασία της χ^2 κατανομής, ο οποίος δείχνει ότι για $df = 7$ σε επίπεδο σημαντικότητας 5% αντιστοιχεί η τιμή 78,106. Η σημαντικότητα (p-value) είναι 0,000, άρα $p < 0,05$. Συνεπώς, υπάρχει πολύ ισχυρή στατιστική σημαντικότητα μεταξύ των δύο μεταβλητών μας, φύλο και επαγγελματική κατάσταση.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΦΥΛΟ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Σε σύνολο 305 αποπειραθέντων ατόμων (85 άνδρες και 220 γυναίκες) παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει ουσιαστική διαφορά ανάμεσα στους έγγαμους και άγαμους. Χαρακτηριστικά αναφέρουμε ότι στους έγγαμους καταγράφηκαν 36 άνδρες και 116 γυναίκες και στους άγαμους 49 άνδρες και 104 γυναίκες.

Σύμφωνα με τον πίνακα για τη στατιστική επεξεργασία της χ^2 κατανομής, ο οποίος δείχνει ότι για $df = 1$ σε επίπεδο σημαντικότητας 5% αντιστοιχεί η τιμή

2,640. Η σημαντικότητα (p-value) είναι 0,104, άρα $p > 0,05$. Συνεπώς, δεν υπάρχει συνάφεια μεταξύ των δύο μεταβλητών μας, φύλο και οικογενειακή κατάσταση.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΗΛΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΠΟΥ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Η πλειοψηφία των περιστατικών προέρχονταν από αστική περιοχή (202 άτομα) ηλικιακής ομάδας 21-30 ετών (75 άτομα).

Σύμφωνα με τον έλεγχο ανεξαρτησίας, φάνηκε ότι για $df = 18$ σε επίπεδο σημαντικότητας 5% αντιστοιχεί η τιμή 38,286. Η σημαντικότητα (p-value) είναι 0,004, άρα $p < 0,05$. Συνεπώς, υπάρχει στατιστική σημαντικότητα μεταξύ των δύο μεταβλητών μας, ηλικία και τόπος κατοικίας.

E Y B O I A

Φύλο

Στο σύνολο 271 ατόμων που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν, οι 66 (24,4%) ήταν άνδρες και 105 (75,6%) ήταν γυναίκες. Διαπιστώνουμε, λοιπόν, ότι οι γυναίκες υπερτερούν έναντι των ανδρών στις απόπειρες αυτοκτονίας.

Ηλικία

Σε σύνολο 271 ατόμων που επιχείρησαν απόπειρα αυτοκτονίας, η πλειοψηφία (72 περιστατικά – 26,6%) ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 21-30.

Μέση ηλικία

Παρατηρούμε ότι η μέση ηλικία των ατόμων που έκαναν απόπειρα αυτοκτονίας είναι 33,90 έτη. Το διάστημα εμπιστοσύνης 95% είναι από 32,01 – 35,80. Η διάμεσος είναι 30. Η μικρότερη ηλικία είναι 13, ενώ η μεγαλύτερη 94.

Τόπος κατοικίας

Στο σύνολο 271 αποπειραθέντων ατόμων, η πλειοψηφία ήταν κάτοικοι αστικής περιοχής 116 (42,8%). Οι κάτοικοι ημιαστικής περιοχής ήταν 60 (22,1%), αγροτικής περιοχής ήταν 73 (26,9%) και αλλοδαποί 22 (8,1%).

Μήνας απόπειρας

Παρατηρούμε ότι τα περισσότερα περιστατικά σημειώθηκαν τον μήνα Αύγουστο, όπου ήταν 38 (14%).

Τρόπος απόπειρας

Στο σύνολο των 271 ατόμων που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν, οι 222 (81,9%) επιχείρησαν την απόπειρα λαμβάνοντας χάπια διάφορων φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων.

Έτος απόπειρας

Σε σύνολο 271 ατόμων, οι 144 (53,1%) επιχείρησαν να αυτοκτονήσουν το 2003, ενώ οι 127 (46,9%) το 2004. Παρατηρούμε, λοιπόν, ότι το 2003 σημειώθηκαν περισσότερα περιστατικά απόπειρας αυτοκτονίας.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΦΥΛΟΥ ΜΕ ΤΟΠΟ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Σε σύνολο 271 αποπειραθέντων ατόμων, η πλειοψηφία (116 άτομα) προέρχονταν από αστική περιοχή, από τα οποία τα 28 ήταν άνδρες και τα 88 ήταν γυναίκες.

Σύμφωνα με τον πίνακα για τη στατιστική επεξεργασία της χ^2 κατανομής, ο οποίος δείχνει ότι για $df = 3$ σε επίπεδο σημαντικότητας 5% αντιστοιχεί η τιμή 2,180. Η σημαντικότητα (p-value) είναι 0,536, άρα $p > 0,05$. Συνεπώς, δεν υπάρχει συνάφεια μεταξύ των δύο μεταβλητών μας, φύλο και τόπος κατοικίας.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΦΥΛΟΥ ΜΕ ΜΗΝΑ ΑΠΟΠΕΙΡΑΣ

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι ο μήνας όπου σημειώθηκε έξαρση των περιστατικών απόπειρας αυτοκτονίας, είναι ο Αύγουστος με 38 περιστατικά, από τα οποία τα 8 ήταν άνδρες και τα 30 γυναίκες.

Σύμφωνα με τον πίνακα για τη στατιστική επεξεργασία της χ^2 κατανομής, ο οποίος δείχνει ότι για $df = 11$ σε επίπεδο σημαντικότητας 5% αντιστοιχεί η τιμή 9,269. Η σημαντικότητα (p-value) είναι 0,597, άρα $p > 0,05$. Συνεπώς, δεν υπάρχει συνάφεια μεταξύ των δύο μεταβλητών μας, φύλο και μήνας απόπειρας.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΦΥΛΟΥ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΥ ΑΠΟΠΕΙΡΑΣ

Σε σύνολο 271 ατόμων, παρατηρούμε ότι ο τρόπος με τον οποίο αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν τα περισσότερα άτομα ήταν η λήψη χαπιών διαφόρων φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων, όπου ήταν 222 άτομα (47 άνδρες και 175 γυναίκες).

Σύμφωνα με τον πίνακα για τη στατιστική επεξεργασία της χ^2 κατανομής, ο οποίος δείχνει ότι για $df = 5$ σε επίπεδο σημαντικότητας 5% αντιστοιχεί η τιμή 12,363. Η σημαντικότητα (p-value) είναι 0,030, άρα $p < 0,05$. Συνεπώς, υπάρχει συνάφεια μεταξύ των δύο μεταβλητών μας, φύλο και τρόπος απόπειρας.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΦΥΛΟΥ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑΣ

Σε σύνολο 271 αποπειραθέντων ατόμων, 66 άνδρες και 205 γυναίκες, εκ των οποίων 17 άνδρες και 55 γυναίκες ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 21-30 ετών.

Σύμφωνα με τον έλεγχο ανεξαρτησίας, φάνηκε ότι για $df = 6$ σε επίπεδο σημαντικότητας 5% αντιστοιχεί η τιμή 10,975. Η σημαντικότητα (p-value) είναι 0,089, άρα $p > 0,05$. Συνεπώς, δεν υπάρχει συνάφεια μεταξύ των δύο μεταβλητών μας, φύλο και ηλικία.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΗΛΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΠΟΥ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Η πλειοψηφία των περιστατικών προέρχονταν από αστική περιοχή (116 άτομα) ηλικιακής ομάδας 21-30 ετών (29 άτομα).

Σύμφωνα με τον έλεγχο ανεξαρτησίας, φάνηκε ότι για $df = 18$ σε επίπεδο σημαντικότητας 5% αντιστοιχεί η τιμή 17,334. Η σημαντικότητα (p-value) είναι 0,500, άρα $p > 0,05$. Συνεπώς, δεν υπάρχει συνάφεια μεταξύ των δύο μεταβλητών μας, ηλικία και τόπος κατοικίας.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΗΛΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΥ ΑΠΟΠΕΙΡΑΣ

Τα περισσότερα περιστατικά εντοπίστηκαν στην ηλικιακή ομάδα 21-30, που ήταν 66 άτομα επιχειρώντας να αυτοκτονήσουν λαμβάνοντας χάπια διαφόρων φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων.

Σύμφωνα με τον έλεγχο ανεξαρτησίας, φάνηκε ότι για $df = 30$ σε επίπεδο σημαντικότητας 5% αντιστοιχεί η τιμή 72,723. Η σημαντικότητα (p-value) είναι 0,000, άρα $p < 0,05$. Συνεπώς, υπάρχει πολύ ισχυρή στατιστική σημαντικότητα μεταξύ των δύο μεταβλητών μας, ηλικία και τρόπος απόπειρας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Μετά την ολοκλήρωση της επεξεργασίας των αποτελεσμάτων της έρευνας, σ' αυτό το κεφάλαιο θα προχωρήσουμε στην ανάλυση και στην ερμηνεία αυτών των αποτελεσμάτων.

Όσον αφορά το φύλο των ατόμων που επιχείρησαν απόπειρα αυτοκτονίας, διαπιστώνουμε ότι οι γυναίκες υπερτερούν, και μάλιστα σχεδόν σε τριπλάσιο ποσοστό, έναντι των ανδρών.

Σχετικά με την ηλικιακή ομάδα, όπου υπήρχε η πλειοψηφία των περιστατικών απόπειρας αυτοκτονιών, διαπιστώνουμε ότι τα περισσότερα άτομα είναι ηλικίας 21-30 ετών. Επίσης, σημαντικά ποσοστά περιστατικών σημειώθηκαν στις ηλικιακές ομάδες 31-40 και 16-20 ετών.

Παρατηρώντας τον τόπο κατοικίας των αποπειραθέντων ατόμων, συμπεραίνουμε ότι η πλειοψηφία των περιστατικών είναι κάτοικοι αστικών περιοχών.

Σύμφωνα με το δείγμα μας, οι απόπειρες αυτοκτονίας σημείωσαν έξαρση κατά τους καλοκαιρινούς μήνες (Ιούνιο, Ιούλιο, Αύγουστο), καθώς επίσης και το Δεκέμβριο μήνα.

Στη συλλογή των στοιχείων του δείγματός μας, στον νομό Ευβοίας, δεν υπήρξαν στοιχεία καταγραφής για την επαγγελματική ιδιότητα και οικογενειακή κατάσταση των αποπειραθέντων ατόμων. Όσον αφορά τον νομό Ηρακλείου, παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία των περιστατικών ήταν μαθητές – φοιτητές, καθώς επίσης σημαντικά ποσοστά σημειώθηκαν στους ιδιωτικούς υπαλλήλους και στις γυναίκες που ασχολούνται με οικιακά. Στην οικογενειακή κατάσταση των ατόμων, δεν παρατηρείται σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ έγγαμων και άγαμων, καθότι τα ποσοστά πλησιάζουν να είναι ισόποσα.

Σχετικά με τον τρόπο που άνδρες και γυναίκες πραγματοποίησαν την απόπειρα αυτοκτονίας, διαπιστώνουμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία επέλεξε τη λήψη χαπιών διαφόρων φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων.

Τέλος, παρατηρούμε ότι, ενώ στο νομό Ηρακλείου το 2004 αυξήθηκαν τα περιστατικά απόπειρας αυτοκτονιών, στην Εύβοια, αντίθετως, μειώθηκαν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12^ο

ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ Η ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΠΑΛΑΙΟΤΕΡΕΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ

➤ Σύμφωνα με την έρευνα «Απόπειρες αυτοκτονίας χρηστών ψυχοδραστικών ουσιών στα πλαίσια Σ/Δ» της Γ΄ Ψυχιατρικής Κλινικής ΑΠΘ, ΓΠΝ «ΑΧΕΠΑ»,

διαπιστώθηκε ότι οι άνδρες ήταν περισσότεροι των γυναικών, άνεργοι, άγαμοι, μέσης ηλικίας 35,8 ετών.

Όσον αφορά τη δική μας έρευνα, στο σύνολο 603 περιπτώσεων που καταγράψαμε, οι περισσότερες ήταν γυναίκες· ως προς την οικογενειακή κατάσταση, οι περισσότερες ήταν έγγαμες, ενώ ως προς την επαγγελματική ιδιότητα, η πλειοψηφία ήταν μαθήτριες – φοιτήτριες.

Ουσιαστικά τα αποτελέσματα αυτά σχετικά με την οικογενειακή και επαγγελματική κατάσταση, αναφέρονται στον νομό Ηρακλείου, καθώς, όπως σημειώθηκε παραπάνω, στον νομό Ευβοίας δεν υπήρξαν καταγεγραμμένα τα στοιχεία αυτά.

➤ Σύμφωνα με την έρευνα «Ψοιχοκοινωνική διερεύνηση των αποπειρών αυτοκτονίας νεαρών ενηλίκων στα πλαίσια της Σ/Δ» της Γ΄ Ψυχιατρικής Κλινικής ΑΠΘ, ΠΓΝ «ΑΧΕΠΑ», βρέθηκαν τα εξής αποτελέσματα:

Κατά την διετία 2002-2004 στο σύνολο των 145 παραπομπών, 38 είχαν ηλικία κάτω των 25 και 107 άνω των 25 ετών.

Σύμφωνα με τη δική μας έρευνα, στον γενικό πληθυσμό βρέθηκαν 323 άτομα κάτω των 30 ετών, ενώ 280 άτομα άνω των 30 ετών.

Όσον αφορά τον νομό Ευβοίας, στο σύνολο 271 περιπτώσεων, βρέθηκαν 138 άτομα κάτω των 30 ετών, ενώ 133 άτομα άνω των 30 ετών.

Όσον αφορά τον νομό Ηρακλείου, στο σύνολο 332 περιπτώσεων, βρέθηκαν 185 άτομα κάτω των 30 ετών, ενώ 147 άτομα άνω των 30 ετών.

➤ Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τον απολογισμό της λειτουργίας του Κέντρου Δηλητηριάσεων για το έτος 2003, ο αριθμός των περιπτώσεων αποπειρών αυτοκτονίας ήταν 6.148.

Σύμφωνα με τη δική μας έρευνα, στον γενικό πληθυσμό βρέθηκαν 287 άτομα για το έτος 2003.

Όσον αφορά τον νομό Ευβοίας, το 2003 επιχείρησαν να αυτοκτονήσουν 144 άτομα, ενώ στον νομό Ηρακλείου επιχείρησαν να αυτοκτονήσουν 143 άτομα.

Αξίζει να σημειωθεί ότι, σύμφωνα με τα στοιχεία καταγραφής στο νομό Ευβοίας, υπήρξαν ορισμένα περιστατικά φαρμακευτικών δηλητηριάσεων που είχαν τηλεφωνική επαφή ή παραπέμφθηκαν στο Κέντρο Δηλητηριάσεων.

➤ Σύμφωνα με σχετική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Νοσοκομείο «Ερυθρός Σταυρός» στις αρχές της δεκαετίας του 1990 καταγράφηκε η γενική τάση, όσον αφορά στην επικράτηση των γυναικών ανάμεσα στα άτομα που επιχειρούν να αυτοκτονήσουν και βρέθηκαν τα εξής αποτελέσματα:

Μέση ηλικία: γυναίκες: 27,90% και άνδρες: 33,60%.

Υπηκοότητα: Έλληνες: 92,73% (90,70% άνδρες και 92,45% γυναίκες)

Αλλοδαποί: 7,27% (9,30% άνδρες και 7,55% γυναίκες).

Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμοι: 58,10% άνδρες και 52,80% γυναίκες.

Επαγγελματική κατάσταση: Άνδρες εργαζόμενους: 46,50%,

Μαθητές – φοιτητές: 7%

Άνεργοι: 34,90%

Γυναίκες νοικοκυρές: 54,70%

Μαθήτριες – φοιτήτριες: 22,65%.

Όσον αφορά τη δική μας έρευνα, έχουμε τα εξής αποτελέσματα:

Μέση ηλικία: ανδρών και γυναικών (στον γενικό πληθυσμό): 33,07 έτη.

Νομός Ευβοίας: 33,90 έτη

Νομός Ηρακλείου: 32,39 έτη.

Υπηκοότητα: Έλληνες: 549 άτομα (141: Α, 408: Γ) στον γενικό πληθυσμό

Νομός Ευβοίας: 249 άτομα (63: Α και 186: Γ)

Νομός Ηρακλείου: 300 άτομα (78: Α και 222: Γ)

Αλλοδαποί: 54 άτομα (15: Α και 39: Γ) στον γενικό πληθυσμό.

Νομός Ευβοίας: 22 άτομα (3: Α και 19: Γ)

Νομός Ηρακλείου: 32 άτομα (12: Α και 20: Γ)

Οικογενειακή κατάσταση: 49 άγαμοι άνδρες και 116 έγγαμες γυναίκες.

Επαγγελματική κατάσταση: Άνδρες εργαζόμενους: 45 άτομα

Μαθητές – φοιτητές: 12 άτομα

Άνεργοι: 4 άτομα

Γυναίκες νοικοκυρές: 58 άτομα

Μαθήτριες – φοιτήτριες: 62 άτομα.

Ουσιαστικά τα αποτελέσματα σχετικά με την οικογενειακή και επαγγελματική κατάσταση, αναφέρονται στον νομό Ηρακλείου, καθώς, όπως σημειώθηκε παραπάνω, στον νομό Ευβοίας δεν υπήρξαν καταγεγραμμένα τα στοιχεία αυτά.

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

A) ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αρχεία Νευροψυχολογικής Ιατρικής ΕΨΨΕΠ, Τόμος 5, Τεύχος 3(19), Ιούλιος-Σεπτέμβριος 1998.
2. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ, (29 Απρίλη – 3 Μαΐου 1998), 15^ο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Ξενοδοχείο «Πόρτο-Μυρίνα» Λήμνου.
3. Επιθεώρηση Υγείας, Διμηνιαίο Επιστημονικό και Ενημερωτικό Περιοδικό του Προσωπικού του Υγειονομικού Τομέα, Τόμος 16, Τεύχος 97, Νοέμβριος-Δεκέμβριος 2005.
4. ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ ΕΝΟΠΛΩΝ ΔΥΝΑΜΕΩΝ, Τεύχος 37, Τεύχη 1-2, Ιανουάριος-Απρίλιος 2003.
5. ΙΕΡΟΔΙΑΚΟΝΟΥ, Χ.Σ. – ΦΩΤΙΑΔΗΣ, (1991), «Ψυχιατρική», Εκδόσεις: Μαστορίδη, Θεσσαλονίκη.
6. ΙΕΡΟΔΙΑΚΟΝΟΥ, Χ.Σ., «Ψυχικά προβλήματα στα παιδιά», Εκδόσεις: Μαστορίδη, Θεσσαλονίκη.
7. ΚΕΝΤΡΟ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΩΝ, ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΑΘΗΝΩΝ «ΠΑΝ. ΚΑΙ ΑΓΛΑΪΑΣ ΚΥΡΙΑΚΟΥ», «25 χρόνια λειτουργίας (1975-2000)», Αθήνα, 2000.
8. ΝΕΟΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΑΤΛΑΣ, ΕΛΛΑΔΑ-ΚΥΠΡΟΣ.
9. ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΕΛΛΑΔΟΣ, «Στατιστική Επετηρίδα της Ελλάδας 1992-1993», Αθήνα
10. ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΕΛΛΑΔΟΣ, «Στατιστική Επετηρίδα της Ελλάδας 1994-1995», Αθήνα
11. ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΕΛΛΑΔΟΣ, «Στατιστική Επετηρίδα της Ελλάδας 1996», Αθήνα
12. ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΕΛΛΑΔΟΣ, «Στατιστική Επετηρίδα της Ελλάδας 1997», Αθήνα
13. ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΕΛΛΑΔΟΣ, «Στατιστική Επετηρίδα της Ελλάδας 2001», Αθήνα
14. ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΕΛΛΑΔΟΣ, «Στατιστική Επετηρίδα της Ελλάδας 2002», Αθήνα
15. ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΕΛΛΑΔΟΣ, «Στατιστική Επετηρίδα της Ελλάδας 2003», Αθήνα
16. Τριμηνιαία έκδοση της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, Τόμος 15, Τεύχος 3, Ιούλιος – Σεπτέμβριος 2004
17. ΤΣΙΑΝΤΗΣ, Ι., ΜΑΝΩΛΟΠΟΥΛΟΣ, Σ., (1988), «Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής», Β΄ τόμος, *Ψυχοπαθολογία*, Εκδόσεις: Καστανιώτη, Αθήνα.
18. ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ, ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, «Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2001. Ψυχική υγεία: Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα», Π.Ο.Υ.
19. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ, Τριμηνιαία Έκδοση της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, Τόμος 16, Τεύχος 2, Απρίλιος-Ιούνιος 2005.

20. DURKHEIM, E., «Κοινωνικές αιτίες της αυτοκτονίας», Εκδόσεις: Γερ. Αναγνωστίδη, Αθήνα.
21. Harvard Review of Psychiatry, Greek Edition, Volume 12 – Number 1, Σεπτέμβριος – Οκτώβριος 2004.
22. Harvard Review of Psychiatry, Ελληνική έκδοση, Volume 10 – Number 6, Ιούλιος – Αύγουστος 2003.
23. Harvard Rev Psychiatry Volume 5, Number 6.
24. Harvard Rev Psychiatry Volume 6, Number 3.
25. Harvard Rev Psychiatry, Volume 4, Number 2.
26. Harvard Rev Psychiatry, Volume 5, Number 6.
27. Harvard Rev Psychiatry, Volume 12, Number 1.
28. 15^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία, 29 Απριλίου – 3 Μαΐου 1998, Ξενοδοχείο «Πόρτο Μύρινα», Λήμνος.
29. ΠΡΑΚΤΙΚΑ 18^{ου} ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ, 14-18 Μαΐου 2004, Κως, Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία.
30. 22^ο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, «ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ», Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 1996.

B) ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ALEXANDER J. BOTSIS, CONSTANTIN R.SOLDATOS, COSTAS N. STEFANIS, «SUICIDE: BIOPSYCHOSOCIAL APPROACHES», ELSEVIER 1997.
2. WORLD PSYCHIATRY, Official Journal of the World Psychiatric Association, (WPA), Volume 3, Number 3, October 2004.
3. 2nd International Congress on Brain and Behaviour, 17-20 November 2005, Grand Hotel Palace, Thessaloniki, Greece.

ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΣΤΟ INTERNET

www.in.gr
www.stress.gr
www.hyper.gr
www.sadness.gr

ΜΕΡΟΣ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ