

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ:

ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΣΕ ΣΥΜΠΡΑΞΗ ΜΕ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΒΑΣΙΚΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ
ΜΑΘΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΤΕΙ ΑΘΗΝΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: ΑΙΤΙΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΗΣΑΝ ΑΤΟΜΑ ΣΕ ΑΠΟΠΕΙΡΑ
ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗΣ ΣΕ 3^οΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΗΣ ΑΘΗΝΑΣ ΚΑΤΑ
ΤΗΝ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑ 2007-2011

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ:

ΤΑΣΣΙΔΗ ΜΑΡΓΑΡΙΤΑ

ΑΘΗΝΑ

2014

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΚΡΙΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΗΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Της Μεταπτυχιακής Φοιτήτριας Τασσίδα Μαργαρίτας

Εξεταστική Επιτροπή

- Καλαφάτη Μαρία, Επιβλέπουσα
- Ιακωβίδου Ν.
- Βραχνής Ν.

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή η οποία ορίστηκε απο την ΓΣΕΣ της Ιατρικής Σχολής του Παν. Αθηνών Συνεδρίαση της/...../.....για την αξιολόγηση και εξέταση της υποψηφίου Κας Τασσίδα Μαργαρίτας, συνεδρίασε σήμερα 27/11/2014.

Η Επιτροπή διαπίστωσε ότι η Διπλωματική Εργασία της Κας Τασσίδα Μαργαρίτας με τίτλο: Αιτίες που οδήγησαν άτομα σε απόπειρα αυτοκαταστροφής σε 3^οβάθμιο νοσοκομείο της Αθήνας κατά την πενταετία 2007-2011 , είναι πρωτότυπη, επιστημονικά και τεχνικά άρτια και η βιβλιογραφική πληροφορία ολοκληρωμένη και εμπειριστατωμένη.

Η εξεταστική επιτροπή αφού έλαβε υπ' όψιν το περιεχόμενο της εργασίας και τη συμβολή της στην επιστήμη, με ψήφους προτείνει την απονομή στην παραπάνω Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια την απονομή του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης (Master's).

Στην ψηφοφορία για την βαθμολογία η υποψήφια έλαβε για τον βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» ψήφους, για τον βαθμό «ΛΙΑΝ ΚΑΛΩΣ» ψήφους, και για τον βαθμό «ΚΑΛΩΣ» ψήφους Κατά συνέπεια, απονέμεται ο βαθμός «.....».

Τα Μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής

- Καλαφάτη Μαρία, Επιβλέπουσα (Υπογραφή)
- Ιακωβίδου Ν., (Υπογραφή)
- Βραχνής Ν., (Υπογραφή)

Αφιέρωση

Στην κόρη μου, Δέσποινα

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ την Κα Παπαδημητρίου Λίλα, ομότιμη Καθηγήτρια ΕΚΠΑ και τον Κο Ξάνθο Θεόδωρο, Συντονιστή του ΠΜΣ "Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση" για την ευκαιρία που μου έδωσαν να συμμετέχω στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών: "Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση" και να λάβω τέτοια μόρφωση.

Ευχαριστώ θερμά τη Δρ. Μαρία Καλαφάτη για τις αμέτρητες ώρες που αφιέρωσε όλο το χρονικό διάστημα που χρειάστηκε για την εκπόνηση αυτής της μελέτης, με μεγάλο ενδιαφέρον και κόπο. Ευχαριστώ ιδιαίτερα για την πολύτιμη βοήθειά της με τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων.

Ευχαριστώ το Διευθυντή της Ψυχιατρικής κλινικής Κο Χαριτάκη Γεώργιο που με ευγένεια και προθυμία μου επέτρεψε να γίνει η συλλογή του δείγματος και με καθοδήγησε διευκρινιστικά.

Τέλος, χρωστάω ένα μεγάλο ευχαριστώ στο σύζυγό μου Λουκά, καθώς υπήρξε σπουδαίος υποστηρικτής της πρόθεσής μου να μετεκπαιδευτώ και η βοήθειά του, ηθική και πρακτική, ήταν υψίστης σημασίας.

| | |
|--|----|
| ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ | 4 |
| ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ | 8 |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ | 9 |
| ΜΕΡΟΣ 1^ο | 11 |
| Ιστορική αναφορά | 11 |
| 1. Αυτοκτονική συμπεριφορά | 15 |
| 1.1 Αυτοκτονία | 15 |
| 1.1.1 Τύποι αυτοκτονίας | 16 |
| 1.2 Απόπειρα αυτοκτονίας | 17 |
| 1.3 Αυτοκαταστροφικότητα | 17 |
| 1.4 Μοντέλα αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών | 18 |
| 1.5 Αυτοκτονικός ιδεασμός | 19 |
| 2. Παράγοντες κινδύνου/ Αιτίες | 20 |
| 2.1 Κατάθλιψη | 20 |
| 2.1.1 Η μείζονα κατάθλιψη και οικονομικές δυσκολίες | 20 |
| 2.2 Απελπισία | 21 |
| 2.3 Κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ουσιών | 22 |
| 2.4 Ψυχικές διαταραχές | 22 |
| 2.5 Ιστορικό προηγούμενης απόπειρας | 23 |
| 2.6 Ψυχοπιεστικά γεγονότα | 23 |
| 2.7 Βιολογικοί παράγοντες/ Παθοφυσιολογία | 23 |
| 2.8 Παράμετροι επικινδυνότητας | 24 |
| 3. Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά | 25 |

| | | |
|-------|--|----|
| 3.1 | Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά παγκοσμίως..... | 25 |
| 3.1.1 | Κατάλογος χωρών ανά ποσοστό αυτοκτονίας..... | 26 |
| 3.1.2 | Τοπογραφικά σημεία με το μεγαλύτερο επιβεβαιωμένο αριθμό αυτοκτονιών στον κόσμο..... | 29 |
| 3.2 | Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά στην Ελλάδα..... | 29 |
| 3.2.1 | Εποχιακή επίπτωση..... | 29 |
| 4. | Οικονομική Κρίση..... | 32 |
| 4.1 | Ορισμός..... | 32 |
| 4.2 | Παγκόσμια οικονομική κρίση..... | 32 |
| 4.2.1 | Οι 5 μεγαλύτερες οικονομικές κρίσεις του 20ου αιώνα..... | 32 |
| 4.3 | Ευρωπαϊκή οικονομική κρίση..... | 34 |
| 4.4 | Οικονομική κρίση στην Ελλάδα..... | 35 |
| 4.5 | Επιπτώσεις οικονομικής κρίσης..... | 38 |
| 4.6 | Αυτοκτονίες και Οικονομική Κρίση..... | 42 |
| 5. | Πρόβλεψη αυτοκτονιών από τους επαγγελματίες υγείας..... | 44 |
| 5.1 | Δείκτης πρόβλεψης..... | 45 |
| 6. | Πρόληψη..... | 46 |
| 7. | Μέριμνα..... | 49 |
| 7.1 | Πολιτικοί προβληματισμοί..... | 49 |
| 7.2 | Οι κίνδυνοι για την ψυχική υγεία μπορούν να ελαχιστοποιηθούν..... | 50 |
| 8. | Αντιμετώπιση..... | 51 |

| | |
|---|-----|
| ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ | 53 |
| ΜΕΡΟΣ 2^ο | 54 |
| 1. Σκοπός της μελέτης..... | 54 |
| 2. Υλικό και μέθοδος..... | 54 |
| 3. Ηθική της Μελέτης..... | 55 |
| 4. Εργαλείο συλλογής δεδομένων..... | 55 |
| 5. Μεθοδολογία..... | 55 |
| 6. Αποτελέσματα..... | 56 |
| 6.1 Δημογραφικά και ειδικά χαρακτηριστικά ασθενών..... | 56 |
| 6.2 Σύγκριση των δημογραφικών και άλλων παραμέτρων του δείγματος με τα έτη προσέλευσης..... | 61 |
| 6.3 Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις των δημογραφικών και άλλων παραμέτρων του δείγματος σε σχέση με τα έτη προσέλευσης..... | 73 |
| 7. Συζήτηση..... | 78 |
| 8. Συμπεράσματα / Προτάσεις..... | 85 |
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ | 88 |
| ABSTRACT | 91 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | 94 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ | 105 |
| A. ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ | 105 |
| B. ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ | 107 |

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αυτοκτονία είναι ένα πρόβλημα το οποίο αφορά όλες τις χώρες του κόσμου και παρόλο που σπάνια αποτελεί αντικείμενο συζήτησης τόσο στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (ΜΜΕ) όσο και στις καθημερινές συζητήσεις των ανθρώπων, ωστόσο δεν είναι καθόλου σπάνιο, αντιθέτως παίρνει όλο και μεγαλύτερες διαστάσεις [1,2].

Το γεγονός μίας αυτοκτονίας δεν αφορά μόνο το άτομο που προβαίνει σε αυτό το διάβημα, αλλά και τους ανθρώπους που τον πλαισιώνουν, συγγενείς, φίλους και άτομα που ενδεχομένως να είναι παρόντες κατά τη διάρκεια αυτής της πράξης, επιδρώντας επάνω τους με ανυπολόγιστες ψυχολογικές συνέπειες. Επομένως, το γεγονός μίας αυτοκτονίας αποκτά και κοινωνικές διαστάσεις [1,2].

Η αυτοκτονία, ως μια πράξη που αποσκοπεί και αποφέρει τελικά το θάνατο σε αυτόν που την σχεδιάζει, αποτελεί ουσιαστικά μια παράδοξη κατάσταση της ανθρώπινης φύσης που εκπλήσσει, προβληματίζει, τρομάζει... Επιστήμονες διαφόρων ειδικοτήτων, όπως γιατροί, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, νομικοί, θεολόγοι, φιλόσοφοι κ.ά., θέτουν σημαντικά ερωτήματα σχετικά με τα αίτια που προκαλούν αυτή την τόσο παράδοξη επιλογή: το τέλος της ίδιας της ζωής! Σημειώσεις από αυτόχειρες προκαλούν ποικίλα συναισθήματα και σκέψεις στους συγγενείς, στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που τους περιθάλλει, στις Αρχές που μπορεί να διερευνούν την υπόθεση, αλλά και στην ίδια την κοινωνία που καλείται να κατανοήσει, να προσδιορίσει και να ενσωματώσει μια τέτοια ανθρώπινη απόφαση, την πιο προσωπική όλων [3]!

Κατά το έτος 2000 σχεδόν ένα εκατομμύριο άνθρωποι πέθαναν από αυτοκτονία, με ποσοστό θνησιμότητας παγκοσμίως 16,7 στους 100.000 ή ένας θάνατος κάθε 40sec. Τα τελευταία 45 χρόνια τα ποσοστά αυτοκτονιών αυξήθηκαν κατά 60% σε όλο τον κόσμο, με τις αυτοκτονίες να συγκαταλέγονται πλέον στις 3 πρώτες αιτίες θανάτου για τις ηλικίες 15-44 έτη (και για τα δύο φύλα). Είναι αξιοσημείωτο δε ότι τα παραπάνω στοιχεία αφορούν άτομα που αυτοκτόνησαν, ενώ λαμβάνοντας υπόψη τα δεδομένα για τις απόπειρες αυτοκτονίας, ο αριθμός των αποπειραθέντων ασθενών αυξάνεται έως και 20 φορές [4,5].

Υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο γίνονται 10 με 20 εκατομμύρια μη θανάσιμες απόπειρες αυτοκτονίας [6].

Σύμφωνα με μελέτες του World Health Organization (WHO) και του Centers for Disease Control and Prevention (CDCP), παράγοντες κινδύνου που ενισχύουν την αυτοκτονική συμπεριφορά είναι δημογραφικοί (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση), ψυχιατρικοί (σωματική και ψυχική υγεία, προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας), βιολογικοί παράγοντες, στρεσογόνα γεγονότα ζωής, καθώς επίσης πολιτιστικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις [4,5].

Οι ψυχικές διαταραχές σε ένα μεγάλο ποσοστό –ιδιαίτερα η κατάθλιψη και η κατάχρηση ουσιών– συνδέονται με το φαινόμενο της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Η αυτοκτονική επίσης συμπεριφορά σχετίζεται από πολλούς σύνθετους κοινωνικοπολιτιστικούς παράγοντες και είναι πιθανότερο να εμφανιστεί, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια περιόδων κοινωνικοοικονομικών και οικογενειακών κρίσεων καθώς και μεμονωμένων καταστάσεων (απώλεια αγαπημένου προσώπου και εργασίας). Ο ψυχολογικός, κοινωνικός και οικονομικός αντίκτυπος της αυτοκτονίας στην οικογένεια και την κοινότητα είναι ανυπολόγιστος. Αν και παραδοσιακά τα ποσοστά αυτοκτονίας ήταν υψηλότερα μεταξύ των ηλικιωμένων ανδρών, τα ποσοστά μεταξύ των νέων έχουν αυξηθεί σε τέτοιο βαθμό ώστε τώρα να είναι η ομάδα με τον υψηλότερο κίνδυνο [7].

Η άνοδος της ανεργίας σκιαγραφεί ήδη μία κατάσταση εξαιρετικά δύσκολη. Ταυτόχρονα δε και τα κοινωνικά δίκτυα φροντίδας αναφέρουν αύξηση του αριθμού των ανθρώπων που προσφεύγουν σε αυτά ζητώντας στήριξη και κάλυψη των βασικών τους αναγκών (συσσίτια, στέγαση, δωρεάν ιατρική και φαρμακευτική περίθαλψη). Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης πλήττουν περισσότερο τους άνδρες (65%) και την κατ' εξοχήν παραγωγική ηλικιακή ομάδα (30-45ετών), άτομα δηλαδή που κατά κανόνα έχουν να αντιμετωπίσουν πολλαπλές υποχρεώσεις (οικογενειακές και άλλες). Αλλά και τα άτομα νεότερης ηλικίας (18-30 ετών) βλέπουν με έντονο άγχος την έλλειψη επαγγελματικών προοπτικών και τους όρους που προδιαγράφουν το εργασιακό μέλλον τους. Πολλοί από αυτούς φθάνουν σε σημείο να σκέφτονται ακόμη και την αυτοκτονία ως ύστατη λύση. Στη χώρα μας ο αριθμός των αυτοκτονιών αυξήθηκε φθάνοντας το 2010 τους 24 θανάτους, ενώ έγιναν περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας [8].

Σκοπός της αναδρομικής αυτής μελέτης επί 5ετίας (2007 – 2011) είναι η καταγραφή των δεδομένων αποπειρών αυτοκαταστροφής ως περιστατικά, που εισήχθησαν απο διαφορετική αιτία, με διαφορετικό τρόπο, αλλά με τον ίδιο σκοπό (είτε συνειδητό, είτε όχι) σε γενικό νοσοκομείο.

Απώτεροι στόχοι της παρούσας μελέτης είναι: α) η διερεύνηση των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών των ατόμων που οδηγήθηκαν σε απόπειρα αυτοκαταστροφής, β) η συσχέτιση των αποπειρών αυτών με την έξαρση κοινωνικοοικονομικών συνθηκών, το ιστορικό παλαιάς ή πρόσφατης απόπειρας αυτοκαταστροφής ή αυτοτραυματισμού ή και με άλλους παράγοντες και γ) η εξέλιξή τους με την πάροδο των ετών.

ΜΕΡΟΣ 1⁰

Ιστορική αναφορά

Η αυτοκτονία, ως τρόπος θανάτου, είναι γνωστή στον άνθρωπο από καταβολές κόσμου, ο όρος όμως αυτοκτονία, τόσο στη χώρα μας όσο και παγκοσμίως, είναι σχετικά πρόσφατος [9].

Η αυτοκτονία (λατινικά "suicidium", προέρχεται από το "sui caeder", «σκοτώνω τον εαυτό μου») είναι η πράξη της εκ προθέσεως πρόκλησης θανάτου από το ίδιο το θύμα [10].

Χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στην Αγγλία το 1651. Ο ελληνικός όρος προέρχεται από τη λέξη "αυτοκτόνος" και υποδεικνύει αυτόν που σκοτώνει με το χέρι του, όχι αναγκαστικά και τον εαυτό του. Αυτόν τον τρόπο θανάτου δεν το διαλέγει μόνο ο άνθρωπος. Παρατηρείται επίσης και σε ζώα διαφόρων βαθμίδων εξέλιξης, όπως τον σκορπιό και τη φάλαινα, σε ατομικές και ομαδικές περιπτώσεις, που αν και δύσκολο να ερμηνευθεί η σκοπιμότητά του, έχει όλα τα χαρακτηριστικά της αυτοκτονίας [9].

Στις πρωτόγονες κοινωνίες, όπου επικρατεί η μαγεία και η πρόληψη η αυτοκτονία είναι γνωστή ως μια έκφραση θυμού ή εκδίκησης, ενώ στις πιο πολιτισμένες η θρησκεία, της δίνει τη μορφή ηθικού αμαρτήματος. Αλλά υπό ορισμένες συνθήκες, η αυτοκτονία μπορεί να είναι κοινωνικά παραδεκτή, προκαλώντας την επιδοκμασία ή και το θαυμασμό των συνανθρώπων του αυτόχειρα [9].

Στην Αρχαία Ελλάδα, η στάση της κοινωνίας απέναντι στην αυτοκτονία ήταν γενικά αρνητική, αν και όχι αναγκαστικά καταδικαστική [9], θεωρείτο προσβολή έναντι της πολιτείας και οι αυτόχειρες στερούντο το δικαίωμα της ταφής σε νεκροταφεία της πόλης. Η ζωή θεωρείτο ένα δώρο από τους θεούς και το δικαίωμα της ζωής ή του θανάτου οριζόταν μόνο από τους ίδιους [3].

Παραδείγματα όπως στις περιπτώσεις της Ιοκάστης και της Φαίδρας, η αυτοκτονία προκαλεί δέος αλλά και συμπάθεια. Κατά τους μύθους του Νάρκισσου και του Αίαντα, οι αναφορές σε καθαρά παθολογικές περιπτώσεις, αποφεύγουν κάθε κριτική. Αντίθετα, αρνητική φαίνεται η θέση φιλοσόφων όπως του Πυθαγόρα, του Πλάτωνα και του Αριστοτέλη. Ο Πυθαγόρας, βλέποντας τη ζωή σαν μια πειθαρχία των θεών στην οποία ο άνθρωπος πρέπει να υποτάσσεται, καταδικάζει την αυτοκτονία. Ο Πλάτωνας και ο Αριστοτέλης την αποδοκιμάζουν ως μια πράξη που αντιτίθεται στο καλό και τη σκοπιμότητα της ζωής και της κοινωνίας. Από την άλλη μεριά ο Πλάτωνας παραδέχεται ότι όταν η ζωή γίνεται άμετρα οδυνηρή, είτε από αρρώστια είτε από εξωτερική καταπίεση, η αυτοκτονία συνιστά μια λογική, δικαιολογημένη πράξη [9].

Κατά την Ελληνιστική και Ρωμαϊκή περίοδο, η κοινή αντίληψη για την αυτοκτονία λαμβάνει άλλες διαστάσεις. Το δέος και η αποδοκιμασία ισχύουν για τις κατώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις, ενώ για τις ανώτερες αναπτύσσεται μια ιδιαίτερη ηθική, η οποία δείχνει αντοχή ή ακόμα και παραδοχή για την πράξη. Σ' αυτό συμβάλλει και η μετασωκρατική φιλοσοφία, που με κύριους αντιπροσώπους της τους Στωικούς και τους Επικούριους, αντικρύζει την αυτοκτονία ως μια ευπρεπή ή αναγκαία λύση στα δυνά της ζωής. Αντίθετα, κατά τη Ρωμαϊκή εποχή, η έννοια της αυτοκτονίας έχει οικονομικές διαστάσεις. Η αυτοκτονία ενός σκλάβου ή ενός στρατιώτη είναι ασύμφορη απώλεια για τον κύριό του ή το κράτος [9].

Η μελέτη για την αυτοκτονία στη Βυζαντινή Αυτοκρατορία καθίσταται δύσκολη λόγω του περιορισμένου αριθμού σχετικών αναφορών. Ο αριθμός τους είναι μεγαλύτερος στα πρώτα χρόνια της Αυτοκρατορίας, κυρίως λόγω των διωγμών των Χριστιανών, ενώ σταδιακά μειώνεται. Η στάση της Εκκλησίας επίσης ολοένα σκληραίνει, όπως και η νομοθεσία. Το γράμμα του νόμου τηρείται αυστηρά στη Δύση, αλλά όσον αφορά στην Ανατολική Αυτοκρατορία οι περιπτώσεις τιμωρίας, δήμευσης περιουσίας ή βανδαλισμού των πτωμάτων δεν αναφέρονται. Η αποφυγή εξευτελισμού μετά από δημόσιο έγκλημα ή στρατιωτική ήττα, θρησκευτική λύτρωση, συναισθηματική διαταραχή και χρέη, είναι οι κύριες αιτίες αυτοκτονίας. Υπάρχουν ορισμένες αναφορές μαζικών αυτοκτονιών, ενώ οι γυναίκες αυτόχειρες είναι σχετικά λιγότερες, εφόσον εξαιρεθούν τα πρωτοχριστιανικά χρόνια. Η αυτοκτονία είναι περισσότερο αποδεκτή από τους παγανιστές, κυρίως λόγω του τρόπου ζωής τους. Η θεραπευτική προσέγγιση της αυτοκτονίας προέρχεται μέσα από την αντιμετώπιση της μελαγχολίας. Ο Αρεταίος και ο Γαληνός παραθέτουν τρόπους αντιμετώπισης της διαταραχής της εσωτερικής ισορροπίας της μαύρης χολής. Η θεώρησή τους αντηχεί στους αιώνες και την ασπάζονται οι μετέπειτα ιατροί. Μετά τουλάχιστον από τον 9ο αιώνα δίδεται μεγαλύτερη σημασία στην ευδαιμονία του πάσχοντα. Ο Γεμιστός Πλήθων προσπάθησε να επαναφέρει την πλατωνική θεώρηση της αυτοκτονίας λίγο πριν το τέλος της Αυτοκρατορίας. Η Εκκλησία απαγορεύει τη Χριστιανική ταφή και η ταλαιπωρημένη ψυχή αιωρείται σε ένα άυλο ταξίδι [11].

Οι θρησκευτικές πεποιθήσεις κάθε κράτους και λαού διαδραμάτισαν καθοριστικό ρόλο στη θεώρηση του θέματος της αυτοκτονίας. Για παράδειγμα, σε μονοθεϊστικές θρησκείες όπως ο Χριστιανισμός, ο Ιουδαϊσμός, το Ισλάμ κ.ά., η αυτοκτονία θεωρείται αμαρτία απέναντι στο Θεό. Η αυτοθυσία θεωρείται μια πράξη αλτρουιστική αλλά η αυτοχειρία εγωιστική και για αυτό το λόγο αμαρτωλή. Το Ισλάμ, συγκεκριμένα, παρουσιάζεται εξαιρετικά αυστηρό στο ζήτημα αυτό, καθότι ο Αλλάχ καθορίζει τη μοίρα των ανθρώπων, επομένως και τη στιγμή που θα έρθει το τέλος της ζωής. Αντιθέτως, σε άλλες θρησκείες, όπως ο Ινδουισμός, ο Βουδισμός κ.ά., εκφράζεται μια πιο ευνοϊκή στάση στο θέμα της αυτοχειρίας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η αποδοχή της παραδοσιακής τελετουργικής αυτοκτονίας του χαρακίρι (hara-kiri) [3] των σαμουράι που επιτελείτο στην Ιαπωνία ως μέσο εξιλέωσης για την αποτυχία ή ως μορφή διαμαρτυρίας [12] ή των καμικάζι

πιλότων του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου που αυτοκτονούσαν, ζωσμένοι με εκρηκτικά, στοχεύοντας σε αεροπλάνα του εχθρού [3].

Οι απόψεις σχετικά με την αυτοκτονία επηρεάστηκαν από ευρείες υπαρξιακές έννοιες όπως η θρησκεία, η τιμή και το νόημα της ζωής. Οι Αβρααμικές θρησκείες παραδοσιακά θεωρούν την αυτοκτονία ύβρη κατά του Θεού, λόγω της πίστης στην ιερότητα της ζωής. Η Sati, η απαγορευμένη πλέον πρακτική ενταφιασμού των Ινδουιστών, απαιτούσε από τη χήρα να θυσιάσει τον εαυτό της πάνω στη νεκρική πυρά του συζύγου της, είτε εκούσια είτε υπό την πίεση της οικογένειας και της κοινωνίας [12].

Η αυτοκτονία και η απόπειρα αυτοκτονίας, ενώ στο παρελθόν συνιστούσαν ποινικά κολάσιμες πράξεις, δεν αντιμετωπίζονται πλέον έτσι στις περισσότερες δυτικές χώρες. Εξακολουθεί όμως να συνιστά ποινικό αδίκημα στις περισσότερες ισλαμικές χώρες. Κατά τον 20ο και 21ο αιώνα, η αυτοκτονία με τη μορφή της αυτοθυσίας έχει χρησιμοποιηθεί ως μέσο διαμαρτυρίας, ενώ καμικάζι και βομβιστικές επιθέσεις αυτοκτονίας έχουν χρησιμοποιηθεί ως στρατιωτικές ή τρομοκρατικές τακτικές [13].

Με την έλευση του Χριστιανισμού, όπου η αντίληψη για επίγεια ζωή έχει μάλλον μικρή αξία, θα έλεγε κανείς ότι ευνοούσε την τάση για αυτοκτονία, που την ενίσχυε το παράδειγμα των μαρτύρων της εκκλησίας, που προτιμούσαν να πεθάνουν παρά να αποκηρύξουν την πίστη τους. Αξιοσημείωτη αλλαγή παρατηρείται τον 4ο αιώνα με την καταδίκη της αυτοκτονίας ως αξιόποινη πράξη από τον Άγιο Αυγουστίνο, κατά τον οποίον "Ο άνθρωπος που φονεύει τον εαυτό του φονεύει έναν άνθρωπο". Το επιχείρημα είναι δανεισμένο από το Φαίδωνα του Πλάτωνα. Ωστόσο τρεις μορφές αυτοκαταστροφής εξακολουθούν και παραμένουν σεβαστές: ο μαρτυρικός θάνατος για την πίστη, ο θάνατος της ταυτότητας στο όνομα του ασκητισμού και ο θάνατος παρθένων ή έγγαμων γυναικών όταν κινδυνεύει η αγνότητά τους. Υπό οποιαδήποτε άλλη μορφή η αυτοκτονία, κάτω από την αμείλικτη κρίση της Εκκλησίας, απαντιέται λιγότερο συχνά [9]. Τον 13ο αιώνα, ο Thomas Aquinas [14] δηλώνει: "Κάθε άνθρωπος ανήκει σε μια κοινωνία και επομένως η πράξη αυτή είναι αντικοινωνική. Εξάλλου, η ζωή είναι δώρο του Θεού και κανένας δε μπορεί να την αρνηθεί". Και επαναλαμβάνοντας το κύριο επιχείρημα του Αυγουστίνου, καταδικάζει την αυτοκτονία ως "θανάσιμο αμάρτημα, γιατί εκείνος που το κάνει δε μπορεί να μετανοήσει γι' αυτό".

Ο Δάντης στην "Κόλαση" της "Θείας Κωμωδίας" του βλέπει την αυτοκτονία σαν κάτι που καταδικάζει τον άνθρωπο σε αιώνιο άγχος [9].

Η Αναγέννηση, με την ανάπτυξη του ατομικισμού και της πνευματικής αναζήτησης πέρα από τη δογματική, απολυταρχική κυριαρχία της Εκκλησίας και της Πολιτείας, κάνει την ιδέα του εθελοντικού θανάτου πιο προσιτή και αποδεκτή, τόσο από τον κοινό άνθρωπο όσο και από τον διανοούμενο. Η λογοτεχνία αντανακλά το πνεύμα των καιρών, παρέχοντας μιαν ευρύτερη γνώση γύρω από την πολυπλοκότητα του

προβλήματος. Χαρακτηριστικά, μέσα στις οκτώ τραγωδίες του Σαίξπηρ συναντούμε δεκατέσσερις τουλάχιστον αυτοκτονίες [9].

Άλλες σπουδαίες φυσιογνωμίες της Αγγλοσαξονικής φιλολογίας την ίδια εποχή αναφέρονται στη σχέση κατάθλιψης και αυτοκτονίας. Στην "Ανατομία της Μελαγχολίας", που πρωτοεκδόθηκε το 1621, ο Robert Burton [15] αμφισβήτησε το επίσημο δόγμα της εκκλησίας προκειμένου για την εγκληματική φύση της αυτοκτονίας, ενώ ο John Donne [16], στο έργο του "Βιαθάνατος", καταπιάνεται με το θέμα από πρακτική σκοπιά, εκφράζοντας ανοιχτά τη γνώμη ότι οι αιτίες της αυτοκτονίας αλλάζουν με τις περιστάσεις και ότι ο καθένας θα πρέπει να κρίνεται ατομικά.

Η περίοδος του Διαφωτισμού φέρνει ακόμα μεγαλύτερη αλλαγή στη θεώρηση της αυτοκτονίας. Ο Γάλλος φιλόσοφος Jean Jacques Rousseau [17] μεταφέρει το αμάρτημα από τον άνθρωπο στην κοινωνία, υποστηρίζοντας ότι η κοινωνία έχει την ευθύνη όταν ένα άτομο γίνεται κακό και επομένως όταν καταστρέφει τον εαυτό του. Στο έργο του "Δοκίμιο της Αυτοκτονίας", ο Σκωτσέζος φιλόσοφος David Hume [18] θέλοντας να εξαλείψει την ιδέα του αδικήματος από την αυτοκτονία, ισχυρίζεται ότι, αφού ο Θεός έδωσε τη δύναμη στον άνθρωπο να δρά, ο εθελούσιος θάνατος βρίσκεται κάτω από τον έλεγχο του Θεού και συνεπώς δεν είναι αμάρτημα προς το Θεό.

Τον ίδιο περίπου καιρό, ο Merian [19] αντικρύζει για πρώτη φορά το πρόβλημα από την ιατρική του πλευρά, διαχωρίζοντάς το από την ηθική και τη θρησκεία: αυτοκτονία δεν είναι αδίκημα αλλά μια συναισθηματική αρρώστια. Αντίθετα στη Γερμανία, ο φιλόσοφος Emmanuel Kant [20] αναφέρεται στην ιερότητα της ζωής, η οποία πρέπει να διατηρείται με οποιοδήποτε τίμημα.

Μία άλλη ουσιαστική αλλαγή στην αντίληψη του κόσμου για την αυτοκτονία εμφανίζεται τον 19ο αιώνα. Η αυτοκτονία θεωρείται τώρα ντροπή για την οικογένεια και τα στενά συγγενικά πρόσωπα του ατόχειρα. Έτσι η αυτοκτονία παίρνει τη μορφή μιας απόκρυφης πράξης, που έχει σχέση με την τρέλα [9].

Αλλά αν η ιδέα της αυτοκτονίας αρχίζει να γίνεται αποδεκτή στον κύκλο των διανοούμενων της Ευρώπης, η εκκλησία και η πολιτεία παραμένουν ανένδοτες σχεδόν ως τις μέρες μας. Χαρακτηριστικά, στην Αγγλία όχι μόνο η ταφή γινόταν χωρίς την ευλογία της Εκκλησίας, αλλά το σώμα του ατόχειρα υποβαλλόταν σε εξευτελισμούς και η περιουσία του δημευόταν. Η διάταξη κατά την οποία η αυτοκτονία αποτελούσε νομικό έγκλημα χρονολογείται από το 967 και δεν καταργήθηκε παρά μόλις το 1961. Λίγο πρωύτερα, μια εκκλησιαστική επιτροπή, στην οποία συμμετείχε κι ένας ψυχίατρος, συνιστούσε να μη θεωρείται η αυτοκτονία κακούργημα και η απόπειρα αυτοκτονίας καταδικάσιμη πράξη, προτείνοντας έναν εναλλακτικό τρόπο θρησκευτικής κηδείας. Μια άλλη σύσταση της επιτροπής αυτής ήταν ο ιατροδικαστής στην έκθεσή του να αναφέρει όλους τους σημαντικούς παράγοντες που συνέβαλαν στο θάνατο από αυτοκτονία [9].

1. Αυτοκτονική συμπεριφορά

Αυτοκτονική συμπεριφορά είναι η προσπάθεια εκούσιας διακοπής της ζωής του ίδιου του ατόμου. Έχουν περιγραφεί δύο κύριες κατηγορίες αυτοκτονικής συμπεριφοράς: οι ολοκληρωμένες αυτοκτονίες κατά τις οποίες οι ενέργειες του ατόμου καταλήγουν στο θάνατό του και οι απόπειρες αυτοκτονίας. Ένα άτομο μπορεί να ανήκει και στις δύο κατηγορίες πληθυσμών [21].

1.1 Αυτοκτονία

Αυτοκτονία αποκαλείται κάθε θάνατος που προκύπτει άμεσα ή έμμεσα από πράξη του ίδιου του θύματος που γνωρίζει ότι θα επιφέρει το αποτέλεσμα αυτό [22].

Η αυτοκτονία είναι μία εσκεμμένη πράξη αυτοεπιβεβλημένου θανάτου [23].

Ο Edwin Schneidman όρισε την αυτοκτονία ως "...μία συνειδητή πράξη μίας αυτοεπιβεβλημένης εκμηδένισης, που γίνεται καλύτερα κατανοητή σαν πολυδιάστατη δυσφορία σε ένα άτομο, που έχει ανάγκη και που καθορίζει ένα ζήτημα στο οποίο αυτή η πράξη γίνεται αντιληπτή σαν την πιο ενδεδειγμένη λύση [24]."

Η υποβοηθούμενη αυτοκτονία είναι η περίπτωση κατά την οποία ένα άτομο βοηθά έμμεσα ένα άλλο άτομο να τερματίσει τη ζωή του, είτε συμβουλεύοντάς το είτε δίνοντάς του το μέσο πρόκλησης του θανάτου [25].

Είναι αντίθετη από την ευθανασία, όπου ένα άλλο πρόσωπο αναλαμβάνει έναν πιο ενεργό ρόλο στο θάνατο ενός ατόμου [25].

Ο Emile Durkheim, στις αρχές του αιώνα, με το έργο του *Le Suicide* (1897), παρουσίασε για πρώτη φορά μια σημαντική σχετική κοινωνιολογική μελέτη. Σύμφωνα με τον Durkheim η συμπεριφορά του ατόμου καθορίζεται από τη σχέση του με την κοινωνία. Όσο πιο συγκροτημένη και ασφαλής είναι αυτή η σχέση, τόσο μικρότερη είναι η πιθανότητα να αποπειραθεί να αυτοκτονήσει. Ο Durkheim διέκρινε τρία είδη αυτοκτονίας: την «*αλτρουιστική*», στην οποία το άτομο τελεί σε μια σχέση συγχώνευσης και ταύτισης με την κοινωνία και νιώθει «υποχρεωμένο» να υπακούει στις επιβολές της, ακόμη και να θυσιαστεί γι' αυτή. Σε αυτή την περίπτωση το άτομο νιώθει ότι δεν έχει δική του άποψη και ακολουθεί τυφλά τους κανόνες του συνόλου. Στη συνέχεια, αναφέρεται η «*εγωιστική αυτοκτονία*», που είναι και η πιο χαρακτηριστική της σύγχρονης εποχής. Σε αυτή την περίπτωση το άτομο νιώθει αποκομμένο από την κοινωνία και βιώνει σημαντική απουσία κοινωνικών δεσμών. Η ανάγκη τού να ζήσει και να αντεπεξέλθει απλά δεν το αφορούν. Μέσα σε ένα τέτοιο πλαίσιο όλο και περισσότεροι άνθρωποι σήμερα, που νιώθουν μόνοι και απομονωμένοι, αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν, μην έχοντας άλλους τρόπους να αντεπεξέλθουν στην απόσταση που τους διαχωρίζει από τα υπόλοιπα μέλη της κοινωνίας.

Τέλος, ο Durkheim ανέφερε την «*ανομική αυτοκτονία*» σε περιπτώσεις κατά τις οποίες το άτομο βρίσκεται απρόσμενα σε μια κατάσταση όπου η καθιερωμένη σχέση του με την κοινωνία και τους θεσμούς της «καταρρέει». Η ανεργία, η πτώχευση, η μετανάστευση κ.ά. αποτελούν καταστάσεις που θέτουν εξαιρετικά απότομες αλλαγές στη σχέση του ατόμου με τις κοινωνικές δομές, δημιουργώντας αποδιοργάνωση, έντονο στρες και πιθανή απώλεια ελέγχου. Υπό αυτές τις συνθήκες μπορεί να προκύψει η ανομική αυτοκτονία [26].

Όπως ο Durkheim έθεσε τις πρώτες βάσεις για μια κοινωνιολογική μελέτη της αυτοκτονίας στις αρχές του αιώνα [26], έτσι και ο Freud πρωτοστάτησε στην ψυχολογική ερμηνεία αυτής. Το 1920 παρουσίασε τη θεωρία του σχετικά με το ένστικτο του θανάτου (Thanatos), σκοπός του οποίου είναι να ξεπεράσει τις αναστολές του ανθρώπου, να καταστρέψει, και να τον επαναφέρει στην κατάσταση της άψυχης, ανόργανης κατάστασης από την οποία προήλθε. Το ένστικτο του θανάτου συνυπάρχει πάντα με το ένστικτο της ζωής. Ο Freud υποστήριξε ότι η αυτοκτονία αποτελεί ουσιαστικά μια επιθυμία θανάτου στραμμένη προς τους άλλους. Αυτή η επιθυμία στη συνέχεια στρέφεται προς τον ίδιο τον εαυτό, που έχει ουσιαστικά ταυτιστεί με το πρόσωπο εκείνο που το έχει βλάψει στη ζωή του. Γι' αυτόν το λόγο η αυτοκτονία αναφέρεται συχνά και ως ένας έμμεσος τρόπος τιμωρίας του προσώπου που έχει παίξει σημαντικό ρόλο στη ζωή του αυτόχειρα και τον έχει τραυματίσει συναισθηματικά με διάφορους τρόπους [27].

1.1.1 Τύποι αυτοκτονίας

Τύποι αυτοκτονίας που απαντώνται ανά τον κόσμο

Ατομική αυτοκτονία χωρίς εμπλοκή άλλων προσώπων: Αφορά όλες τις περιπτώσεις όπου ένα άτομο αποφασίζει μόνο του να θέσει τέλος στη ζωή του και το πραγματοποιεί.

Ευθανασία και επιβοηθούμενη αυτοκτονία: Η περίπτωση όπου κάποιο γνωστό πρόσωπο πείθεται να βοηθήσει ή κάποιος γιατρός αναλαμβάνει την ευθανασία (συμβαίνει νομίμως στην Ελβετία).

Δολοφονία - αυτοκτονία: Η περίπτωση όπου κάποιος λίγο πριν ή ταυτόχρονα με την αυτοκτονία του δολοφονεί κάποιον ή κάποιους άλλους.

Επίθεση αυτοκτονίας: Η περίπτωση όπου κάποιος γίνεται κινητή βόμβα προκειμένου να δολοφονήσει κάποιον/ους έχοντας πολιτικό ή στρατιωτικό λόγο για να τελέσει την πράξη.

Μαζική αυτοκτονία: Η αυτοκτονία που τελείται με την προτροπή και συμμετοχή και άλλων ατόμων-μελών μίας ομάδας (συχνά παραθρησκευτικής πχ "ο ναός των

ανθρώπων", ή στρατιωτικής π.χ. αξιωματικοί των Ναζί κατά την εισβολή των συμμάχων στο Βερολίνο και τη Νυρεμβέργη).

Διπλή αυτοκτονία: Η περίπτωση αυτή αφορά κυρίως ζευγάρια που αποφασίζουν να πεθάνουν μαζί [6,28].

1.2 Απόπειρα αυτοκτονίας

Αρκετά άτομα με αυτοκτονικές τάσεις λαμβάνουν μέρος σε προσπάθειες αυτοκτονίας οι οποίες όμως δεν έχουν ως κατάληξη τον θάνατο. Αυτές οι προσπάθειες αποκαλούνται απόπειρες αυτοκτονίας. Άτομα τα οποία έχουν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας στο παρελθόν είναι κατά 20% πιθανότερο να διαπράξουν μία επιτυχή αυτοκτονία αργότερα, σε σχέση με όσους δεν έχουν ξανακάνει απόπειρα [29].

1.3 Αυτοκαταστροφικότητα

Αυτοκαταστροφικός δεν είναι μόνο ο άνθρωπος που αυτοκτονεί ή που αποπειράται να αυτοκτονήσει.

Η αυτοκαταστροφικότητα μπορεί να εκδηλωθεί με ένα ευρύ φάσμα σκέψεων, πράξεων και συμπεριφορών που στρέφονται κατά της σωματικής ακεραιότητας και της ζωής του ατόμου που τις πραγματοποιεί.

Οι αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές ορίζονται ως οι εθελούσιες συμπεριφορές που, σύμφωνα με τη συναινετική αντίληψη των μελών μιας ή περισσότερων ομάδων στις οποίες εντάσσεται εκούσια ή ακούσια το «αυτοκαταστροφικό» άτομο, υποσκάπτουν την ψυχο-κοινωνική ευεξία και την προσαρμογή του στο κοινωνικό περιβάλλον [30].

Πολλά είναι τα παραδείγματα αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών που έχουν καταγραφεί, όπως :

- η νεανική παραβατικότητα,
- η επιλογή ανθυγιεινών συμπεριφορών,
- η μη συμμόρφωση σε ιατρικές οδηγίες,
- η άρνηση συμμόρφωσης σε κανόνες που σκοπό έχουν να αποτρέψουν ατομικούς και δημόσιους κινδύνους (π.χ. επικίνδυνη οδήγηση),
- η ριψοκίνδυνη απόκλιση συμπεριφορών τεχνολογικής ρουτίνας (όπως η παθολογική χρήση του ηλεκτρονικού υπολογιστή),
- και, βέβαια, η κατάχρηση ουσιών, όπως για παράδειγμα η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ [30].

1.4 Μοντέλα αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών [31]

Διακρίνονται τρία διαφορετικά μοντέλα αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών:

- 1) Η σκόπιμη αυτοκαταστροφή(Primary self-destruction).
- 2) Στρατηγικές με αρνητικά αποτελέσματα(counterproductive strategies).
- 3) Αντιφατικές συμπεριφορές (tradeoffs).

Το μοντέλο της σκόπιμης αυτοκαταστροφής

αναφέρεται στις συμπεριφορές όπου το άτομο έχει ως πρωταρχικό στόχο να επιφέρει βλάβη στον εαυτό του. Έτσι, η αυτοκαταστροφή του ατόμου αποτελεί την επιθυμία η οποία κρύβεται πίσω από μια τέτοιου είδους ενέργεια. Η επιθυμία ενός ατόμου να βλάψει τον εαυτό του δηλώνει την αρνητικά φορτισμένη άποψη που έχει για τον εαυτό του και την ύπαρξή του και για το λόγο αυτό, οι αιτίες της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς πρέπει να αντανακλούν την αρνητική αυτή άποψη. Ο χαμηλός αυτοσεβασμός θα μπορούσε να αποτελεί μια από τις βασικές αιτίες. Η αρνητική άποψη του ατόμου για τον εαυτό του μπορεί να διευκολύνεται από άλλα αρνητικά συναισθήματα όπως έντονα συναισθήματα ενοχής, έντονο άγχος τα οποία δημιουργούν σοβαρή απαξία του εαυτού του και τελικά το άτομο οδηγείται στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.

Οι στρατηγικές με αρνητικά αποτελέσματα

Το δεύτερο μοντέλο περιλαμβάνει τις αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές στις οποίες το άτομο δεν επιθυμεί και δεν γνωρίζει την πιθανότητα πρόκλησης βλάβης στον εαυτό του. Τις περισσότερες φορές, επιδιώκει την επίτευξη ενός στόχου αλλά επιλέγει μια μέθοδο με την οποία τελικά αποτυγχάνει. Έτσι, η κατηγορία αυτή μπορεί να θεωρηθεί ως μη επιθυμητή αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Η λανθασμένη εκτίμηση αποτελεί έναν από τους βασικότερους παράγοντες αυτού του είδους αυτοκαταστροφής. Η στρατηγική επίτευξης ενός στόχου μπορεί να αποτύχει γιατί η στρατηγική που υιοθέτησε το άτομο δεν προσφέρει το επιθυμητό αποτέλεσμα. Το άτομο δεν εκτιμά σωστά τις ικανότητες και δυνατότητες του καθώς επίσης, δεν αντιλαμβάνεται εξ αρχής ότι η στρατηγική που υιοθετεί δεν είναι κατάλληλη για να επιφέρει το επιθυμητό αποτέλεσμα. Πολλές φορές, μια πρόσφατη επίτευξη ενός στόχου μπορεί να οδηγήσει το άτομο να υπερεκτιμήσει την ικανότητά του να ακολουθεί συγκεκριμένες στρατηγικές ή τις δυνατότητες που προσφέρουν οι στρατηγικές αυτές.

Οι αντιφατικές συμπεριφορές

Το τρίτο μοντέλο αφορά τις εκούσιες συμπεριφορές οι οποίες προσφέρουν στο άτομο συγκεκριμένα οφέλη αλλά παράλληλα και μια σειρά από αρνητικά αποτελέσματα. Οι πιθανές αυτές βλάβες και τα αρνητικά αυτά αποτελέσματα μπορεί να είναι γνωστά στο άτομο αλλά όμως δεν είναι επιθυμητά. Το άτομο, δηλαδή, αναγνωρίζει τις αρνητικές συνέπειες της συμπεριφοράς του, ωστόσο, δεν τις επιθυμεί σε αντίθεση με το πρώτο μοντέλο όπου αυτές είναι επιθυμητές από το άτομο. Ο κίνδυνος για ενδεχόμενες αρνητικές συνέπειες γίνεται αποδεκτός από το άτομο παράλληλα με την επίτευξη ενός επιθυμητού στόχου. Στις περιπτώσεις όπου η βλάβη δεν είναι σίγουρη, αλλά αποτελεί πιθανό αποτέλεσμα μιας συμπεριφοράς, τα άτομα αντιμετωπίζουν δυσκολία όσον αφορά την λήψη λογικών αποφάσεων.

Πολλές καταστάσεις που υπάγονται σε αυτό το μοντέλο περιλαμβάνουν έναν βραχυπρόθεσμο και ένα μακροπρόθεσμο στόχο, με αποτέλεσμα, πολλοί άνθρωποι να παίρνουν λανθασμένες αποφάσεις εξαιτίας της επικέντρωσής τους στα βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα. Πιο συγκεκριμένα, οι άνθρωποι έχουν την τάση να υποτιμούν τα μακροπρόθεσμα αρνητικά αποτελέσματα και να θεωρούν ότι όσο πιο μακροπρόθεσμο είναι ένα γεγονός τόσο πιο απίθανο είναι να συμβεί. Οι παράγοντες που οδηγούν στον επιδιωκόμενοστόχο αυξάνουν την συχνότητα των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών αυτής της κατηγορίας. Σε αυτό το μοντέλο αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών μπορούν να ενταχθούν οι εξαρτήσεις (αλκοολισμός, χρήση ναρκωτικών ουσιών, κάπνισμα). Οι χρήστες των παραπάνω εξαρτησιογόνων ουσιών γνωρίζουν τους κινδύνους που επιφέρει η χρήση αλλά παρ' όλα αυτά συνεχίζουν [31].

1.5 Αυτοκτονικός ιδεασμός

Πολλές φορές οι άνθρωποι κάνουν σκέψεις που αφορούν μία αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και αυτό αποδίδεται με τον όρο «αυτοκτονικός ιδεασμός». Ο αυτοκτονικός ιδεασμός σε μερικά άτομα ενδέχεται να επιμένει για χρόνια, ή μπορεί να είναι περιστασιακός και να προκαλείται από δύσκολα γεγονότα της ζωής του ατόμου. Οι αυτοκαταστροφικές σκέψεις που κάνει το άτομο μπορεί να μην είναι σαφείς και προσδιορισμένες ή να αφορούν ένα πολύ καλά οργανωμένο σχέδιο απόπειρας αυτοκτονίας. Όσο πιο εμμένουσες και έντονες είναι αυτές οι σκέψεις, τόσο πιο σοβαρός είναι ο αυτοκτονικός ιδεασμός. Σε οποιαδήποτε περίπτωση μία αυτοκαταστροφική σκέψη, καθώς και μία απόπειρα αυτοκτονίας, πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη από το άμεσο περιβάλλον του ατόμου ή από τον ψυχοθεραπευτή που έχει αναλάβει τη φροντίδα του. Οι άνθρωποι που έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν έστω και μία μόνο φορά στη ζωή τους, έχουν πολύ περισσότερες πιθανότητες να το επιχειρήσουν ξανά, ειδικά μέσα στον πρώτο χρόνο από την απόπειρα [1,2].

2. Παράγοντες κινδύνου/ Αιτίες

Στους παράγοντες κινδύνου/ αιτίες συγκαταλέγονται η κατάθλιψη σε συνδυασμό με τις οικονομικές δυσκολίες, η απελπισία, η κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ουσιών, οι ψυχικές διαταραχές, το ιστορικό προηγούμενης απόπειρας, διάφορα ψυχοπαιστικά γεγονότα και βιολογικοί παράγοντες.

2.1 Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη θεωρείται μείζονα παράγοντας κινδύνου για αυτοκτονική συμπεριφορά σε κλινικά θεωρητικά κριτήρια. Η κατάθλιψη μπορεί να θεωρηθεί ως υπαίτια της αυτοκτονικής συμπεριφοράς σε άτομα που λόγω προδιάθεσης είναι σε αυξημένο κίνδυνο [32].

Η μείζονα κατάθλιψη είναι υπεύθυνη για απόπειρες αυτοκτονίας και η καταθλιπτική διάθεση και η απελπισία συσχετίζονται με τον αυτοκτονικό ιδεασμό [33,34].

2.1.1 Η μείζονα κατάθλιψη και οικονομικές δυσκολίες

Η συσχέτιση ανάμεσα στη μείζονα κατάθλιψη και τις οικονομικές δυσκολίες που βρέθηκε στη μελέτη των Harkavy-Friedman και συν. [33,34], συμφωνεί και με άλλες έρευνες [35-37] που επιβεβαιώνουν τη σχέση μεταξύ χαμηλού εισοδήματος και της μείζονας κατάθλιψης. Σε μια πρόσφατη δημοσίευση [37] φάνηκε ότι οι συμμετέχοντες με χαμηλό εισόδημα και τα άτομα με σημαντικές μειώσεις εισοδήματος ήταν σε αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν διαταραχές της διάθεσης. Παρ' όλα αυτά, όπως η έρευνα διεξαγόταν μεταξύ 2001 και 2005, οι συγγραφείς προειδοποίησαν ότι τα ευρήματά τους ίσως να μη μπορούσαν να επαναληφθούν σε περιόδους οικονομικής ύφεσης. Στο σκεπτικό τους, κατά τη διάρκεια της οικονομικής ύφεσης οι άνθρωποι με χαμηλό εισόδημα θα μπορούσαν παρηγορηθούν αποδίδοντας τη μείωση των εισοδημάτων τους σε γεγονότα πέρα από τον έλεγχό τους, διατηρώντας έτσι την αξία και την αυτοεκτίμησή τους. Ωστόσο, τα ευρήματά της μελέτης αυτής υποδεικνύουν ότι οι άνθρωποι που βιώνουν υψηλή οικονομική επιβάρυνση εκδηλώνουν μεγαλύτερο αριθμό καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε σύγκριση με τα άτομα με χαμηλή οικονομική επιβάρυνση. Σύμφωνα με αυτό, φαίνεται ότι το χαμηλό εισόδημα μπορεί να προσκρούσει στην ψυχική υγεία κατά τη διάρκεια περιόδων τόσο της οικονομικής ανάπτυξης όσο και της ύφεσης. Παρ' όλα αυτά, αν μεταξύ του χαμηλού εισοδήματος και κατάθλιψης μεσολαβούν διάφορες μεταβλητές σε αδιάφορες στιγμές κι αυτό ακόμη πρέπει να αναδειχθεί. Για παράδειγμα [38], το 2008 σε άλλη τμηματική έρευνα αποκαλύπτεται ότι τα άτομα με χαμηλό εισόδημα επιδεικνύουν αυξημένη πιθανότητα να έχουν μια ψυχική διαταραχή. Ωστόσο, η τάση αυτή ήταν εξασθενημένη μετά την προσαρμογή για το χρέος. Το 2011 η οικονομική δυσχέρεια εξηγείται πιθανότατα τόσο από αύξηση του χρέους, καθώς και από τη μειωμένη ικανότητα των Ελλήνων πολιτών να καλύψουν τις καθημερινές ανάγκες των νοικοκυριών.

2.2 Απελπισία

Μια συγκεκριμένη συνιστώσα της κατάθλιψης, η απελπισία, φαίνεται ότι αποτελεί πιο ισχυρό προγνωστικό παράγοντα για αυτοκτονική συμπεριφορά από ότι το γενικότερο καταθλιπτικό σύνδρομο [39].

Σε μελέτες παρακολούθησης εξωτερικών ασθενών, όπως των Beck, A.T. και συν, ο βαθμός απελπισίας έδειξε να σχετίζεται σημαντικά με επακόλουθη αυτοκτονία [40].

Σε παρόμοια αποτελέσματα σχετικά με τον πόλο της απελπισίας και της κατάθλιψης στην αυτοκτονική συμπεριφορά των ασθενών έχουν καταλήξει και άλλοι ερευνητές [41,42].

Ο υψηλός βαθμός απελπισίας όπως εκτιμάται μέσω κλιμάκων σε μελέτη των Aguilar, E.J. και συν, έχει συσχετιστεί όχι μόνο με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας αλλά και με χειρότερη μεσοπρόθεσμη έκβαση σε ασθενείς με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο, σε αντίθεση με την κατάθλιψη που δεν παρουσιάζει ανάλογη συσχέτιση [43].

Ο χρόνος που η αυτοκτονική συμπεριφορά λαμβάνει χώρα καθορίζεται περισσότερο από παράγοντες εξαρτώμενους από την κατάσταση (state-dependent), όπως η σοβαρότητα της κατάθλιψης σε μια δεδομένη χρονική περίοδο, του άγχους ή της απελπισίας.

Έρευνες των τελευταίων ετών εισηγούνται ότι κάποια χαρακτηριστικά των ασθενών που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν φαίνεται ότι έχουν σταθερά γνωρίσματα (trait-dependent), τα οποία αν και υπόκεινται σε κάποια διακύμανση κάτω από οξύ στρες (state-dependent), εντούτοις, παραμένουν ιδιάζοντα τα χαρακτηριστικά των ασθενών με απόπειρες αυτοκτονίας. Οι ψυχοπαθολογικές διεργασίες που ενέχονται στην αυτοκτονική συμπεριφορά μπορεί να περιλαμβάνουν τρέχουσα καταθλιπτική συμπτωματολογία, απελπισία ή αυξημένη παρορμητικότητα [44].

Ο ένας στους δύο ανθρώπους που αυτοκτονούν είχαν ιστορικό κατάθλιψης. Αναμφισβήτητο είναι το γεγονός ότι τα άτομα με κλινική κατάθλιψη βλέπουν συστηματικά τον εαυτό τους, τον κόσμο και το μέλλον με αρνητικό τρόπο. Το στοιχείο αυτό υποδεικνύει τη σχέση της αυτοκτονίας με την απελπισία του ανθρώπου που την επιχειρεί. Η απελπισία πολλές φορές υπερβαίνει και την ίδια την κατάθλιψη. Το άτομο που αυτοκτονεί από απελπισία πιστεύει ότι υπάρχουν ελάχιστες ή καθόλου εναλλακτικές λύσεις για εκείνο στη ζωή του. Η μοναδική εναλλακτική λύση που υπάρχει για τη διαχείριση της ζωής του και των προβλημάτων που το απασχολούν είναι η αυτοκτονία. Οι αυτοκτονικοί ασθενείς έχουν την τάση να βλέπουν τον κόσμο και τους εαυτούς τους με περιορισμένο τρόπο, δηλαδή θεωρούν ότι είναι ανίκανοι να εντοπίσουν εναλλακτικούς τρόπους να λύνουν τα προβλήματά τους. Γενικά θεωρείται ότι η αυτοκτονικότητα, δηλαδή η πρόθεση του ατόμου να αυτοκτονήσει, είναι αποτέλεσμα συνακόλουθων

αισθημάτων απελπισίας, σε συνδυασμό με την πεποίθηση του ατόμου ότι οι δυσκολίες που βιώνει είναι ανυπέρβλητες [1,2].

2.3 Κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ουσιών

Ένας σημαντικός παράγοντας που συντελεί στην αυτοκτονία, πέραν της κατάθλιψης, είναι η κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών. Για παράδειγμα, μία μελέτη 283 περιστατικών, βρήκε πως σχεδόν το 60% ήταν χρήστες τέτοιων ουσιών και το 84% έκανε κατάχρηση τόσο αλκοόλ όσο και άλλων φαρμάκων. Δεν είναι ξεκάθαρο αν η κατάχρηση έκανε αυτούς τους ανθρώπους καταθλιπτικούς και αυτόχειρες ή αν στράφηκαν στα φάρμακα ως τρόπο αντιμετώπισης της κατάθλιψης και αυτοκτόνησαν όταν αυτά δεν τους βοήθησαν. Όμως, σε πολλές περιπτώσεις, η κατάχρηση φαρμάκων φάνηκε να προηγείται των ψυχολογικών προβλημάτων [45].

Οι νεαροί χρήστες ουσιών (κάτω των 30), που αυτοκτόνησαν, είχαν, σε μεγαλύτερη από την αναμενόμενη συχνότητα, έντονες διαπροσωπικές συγκρούσεις ή χώρισαν με ένα σύντροφο, βδομάδες πριν την αυτοκτονία. Ίσως να ένοιωσαν ότι έχασαν τη μοναδική πηγή στήριξης. Και ίσως να ήταν ικανοί να αντιμετωπίσουν το stress που προκαλείται από τέτοιες καταστάσεις, αν δεν είχαν εξανληθεί τα προσωπικά τους αποθέματα από την χρήση των φαρμάκων [45].

Οι νέοι οι οποίοι κάνουν κατάχρηση ουσιών βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για επιτυχημένη αυτοκτονία. Η κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ουσιών συνιστάται περίπου στο 70% των νέων που διαπράττουν αυτοκτονία [46].

2.4 Ψυχικές διαταραχές

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο κυριότερος παράγοντας που αυξάνει τον κίνδυνο αυτοκτονίας είναι η ύπαρξη ψυχικής διαταραχής. Το 90-95% των ανθρώπων που αυτοκτονούν ή αποπειρώνται ν' αυτοκτονήσουν έχουν κάποια ψυχική διαταραχή. Σε ποσοστό περίπου 80% πάσχουν από κατάθλιψη ή άλλη διαταραχή του συναισθήματος [47].

Άλλες ψυχικές διαταραχές που σχετίζονται με την αυτοκτονία είναι η σχιζοφρένεια, η χρήση ουσιών, ο αλκοολισμός, οι διαταραχές προσωπικότητας (ιδίως η αντικοινωνική και η μεθοριακή), η διαταραχή πανικού κα.

Ωστόσο, η αυτοκτονία δεν είναι απαραίτητα η εκδήλωση μιας ψυχικής διαταραχής, ούτε όλοι οι ασθενείς με ψυχικές διαταραχές γίνονται αυτοκαταστροφικοί [47].

2.5 Ιστορικό προηγούμενης απόπειρας

Το ιστορικό προηγούμενης απόπειρας είναι ο σημαντικότερος προβλεπτικός δείκτης μελλοντικής απόπειρας αυτοκτονίας.

Ο κίνδυνος νέας απόπειρας είναι ιδιαίτερα αυξημένος τους πρώτους έξι μήνες μετά την πρώτη απόπειρα και παραμένει υψηλός εφόρου ζωής. Επιπλέον, ο κίνδυνος αυξάνει σε περίπτωση που έχει αυτοκτονήσει ή αποπειραθεί να αυτοκτονήσει κάποιο μέλος της οικογένειας [47].

Όπως αναφέρεται σε δημοσίευση του ο Σταυρινός [48], εξαιρετικά μεγάλη συσχέτιση υπάρχει ανάμεσα σε μια αυτοκτονία και το οικογενειακό ιστορικό α. Αυτοκτονίας β. Αυτοκτονικής απόπειρας γ. Ψυχικής διαταραχής με πιο κρίσιμο παράγοντα την αυτοκτονία αδερφού. Όπως είναι αυτονόητο μια αποτυχημένη απόπειρα αυξάνει κατακόρυφα την πιθανότητα μιας δεύτερης.

2.6 Ψυχοπαιστικά γεγονότα

Οι σωματικές ασθένειες καθώς και η αντίληψη ότι κάποιος είναι άρρωστος, σχετίζονται με την αυτοκτονική συμπεριφορά. Παρατηρείται υψηλή συσχέτιση ανάμεσα σε αυτοκτονίες και σε επισκέψεις σε γιατρούς για σωματικά ενοχλήματα στην περίοδο των τελευταίων 6 μηνών πριν από την αυτοκτονία. Επίσης, διάφορα ψυχοπαιστικά γεγονότα ζωής όπως οικονομικές αποτυχίες, γάμος, συνταξιοδότηση, διαπροσωπικές συγκρούσεις ιδίως με μέλη της οικογένειας, έλλειψη ελπίδας και διαπροσωπικές απώλειες όπως ο χωρισμός, το διαζύγιο και ο θάνατος δείχνουν ότι υπάρχει υψηλή συσχέτιση μεταξύ αυτών και της αυτοκτονίας. Άνθρωποι ακόμη που βίωσαν τη μετανάστευση και μετακινήθηκαν από μια αγροτική προς μια αστική περιοχή ή προς μια διαφορετική περιοχή ή μια άλλη χώρα είναι πιο επιρρεπείς στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά [49,50].

2.7 Βιολογικοί παράγοντες/ Παθοφυσιολογία

Νευροανατομικές μελέτες έδειξαν μείωση της πυκνότητας των υποδοχέων 1A και των υποδοχέων του μεταφορέα της σεροτονίνης στις προμετωπιαίες περιοχές του εγκεφάλου σε αποπειραθέντες [50].

Τα χαμηλά επίπεδα του εγκεφαλικής προέλευσης νευροτροφικού παράγοντα (BDNF) συνδέονται άμεσα τόσο με την αυτοκτονία όσο και έμμεσα μέσω του ρόλου του στη μείζονα κατάθλιψη [45].

Η Σεροτονίνη, ένας εγκεφαλικός νευροδιαβιβαστής, πιστεύεται ότι είναι χαμηλή σε όσους αυτοκτονούν. Άμεσα στοιχεία ωστόσο είναι δύσκολο να συλλεχθούν [46].

Η Επιγενετική, η μελέτη των αλλαγών στη γενετική έκφραση σε απάντηση των περιβαλλοντικών παραγόντων που δεν αλλοιώνουν το υποκείμενο DNA, επίσης θεωρείται ότι παίζει ρόλο στον καθορισμό του κινδύνου αυτοκτονίας [53].

Άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι πρόκειται για βιολογικά χαρακτηριστικά, που προδιαθέτουν τα άτομα με ψυχική διαταραχή να αντιδρούν παρορμητικά σε ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής και εμπειρίες [49].

2.8 Παράμετροι επικινδυνότητας

Κατά τον N. Retterstol (1993) τα ποσοστά αυτοκτονιών φαίνεται να διαμορφώνονται καθοριστικά βάσει των ακόλουθων παραμέτρων επικινδυνότητας:

- Φύλο
- Ηλικία
- Οικογενειακή κατάσταση
- Κοινωνικοοικονομική κατάσταση
- Ανεργία
- Μετανάστευση, προσφυγιά
- Ποινική κράτηση
- Σεξουαλικός προσανατολισμός (ομοφυλοφιλία κλπ.)
- Χρόνια ασθένεια
- Επιτέλεση στρατιωτικής θητείας
- Φοιτητική ιδιότητα
- Κατοικία σε αστικές/ αγροτικές περιοχές
- Εποχή του χρόνου
- Ημέρα της εβδομάδας/ ώρα

Όπως τονίζει χαρακτηριστικά ο N. Retterstol, το στοιχείο της κοινωνικής ενσωμάτωσης και συνοχής φαίνεται να χαρακτηρίζει πολλές από τις παραπάνω παραμέτρους. Η ανάγκη του «ανήκειν» - σε διάφορες κοινωνικές ομάδες, όπως η οικογένεια, η εργασία, η θρησκεία, οι πολιτικές οργανώσεις κλπ. - αποτελεί βασικό στοιχείο της ανθρώπινης φύσης και το αίσθημα της μοναξιάς και της κοινωνικής απομόνωσης φαίνεται να παίζει καθοριστικό ρόλο στην ψυχική ισορροπία του ανθρώπου [54].

3. Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά

3.1 Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά παγκοσμίως

Περίπου 1 εκ. άνθρωποι αυτοκτονούν κάθε χρόνο παγκοσμίως ενώ περίπου 15 εκ. πραγματοποιούν απόπειρα αυτοκτονίας [48].

Η αυτοκτονία είναι η 10η αιτία θανάτου ανά τον κόσμο ενώ σε παγκόσμια κλίμακα είναι η 1η αιτία θανάτου για άτομα έως 35 ετών. Στις Η.Π.Α. αν και ο φόβος για τις δολοφονίες είναι πολύ συχνός 1 δολοφονία αντιστοιχεί σε 2 αυτοκτονίες [48].

Αν και η αυτοκτονικότητα στο δυτικό κόσμο έχει αυξηθεί κατακόρυφα τις τελευταίες δεκαετίες, η Ασία είναι η περιοχή του πλανήτη με το μεγαλύτερο αριθμό αυτοκτονιών (περίπου το 60% όλων) και κυρίως στην Κίνα, την Ιαπωνία και την Ινδία (40% όλων) [48].

Πρώτη χώρα παγκοσμίως σε αυτοκτονίες αναλογικά με τον πληθυσμό είναι η Λιθουανία ενώ την ακολουθούν Ρωσία και Λευκορωσία. Η Ελλάδα βρίσκεται στην 84η θέση της παγκόσμιας κατάταξης σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat για το 2008 με 2,8 αυτοκτονίες ανά 100.000 κατοίκους και τους άντρες να είναι πέντε φορές συχνότερα αυτόχειρες από ότι οι γυναίκες [48].

Ωστόσο τα στοιχεία αυτά ενδέχεται να είναι αλλοιωμένα λόγω του γεγονότος πως θρησκευτικοί και κοινωνικοί παράγοντες οδηγούν στην απόκρυψη αυτοκτονιών και καθιστούν αδύνατη την καταγραφή τους (π.χ. δεν είναι δυνατή η κήδευση) με αποτέλεσμα κάποιες από αυτές να καταγράφονται ως ατυχήματα. Το ίδιο μπορεί να συμβαίνει και σε περιπτώσεις αυτοκτονίας που πραγματικά μοιάζουν με ατυχήματα ενώ υπάρχουν περιπτώσεις πράξεων εξαιρετικού ρίσκου που βρίσκονται στο όριο αυτοκτονίας και ατυχήματος [48].

Σαφώς και μετά τις τελευταίες οικονομικές εξελίξεις ο κίνδυνος αύξησης είναι εμφανής [48].

Σύγχρονες έρευνες διαπιστώνουν ότι το ποσοστό αυτοκτονιών αυξάνει διαρκώς σε παγκόσμιο επίπεδο, σημειώνοντας μία ιδιαίτερα ανησυχητική αυξητική τάση σε νεαρές ηλικίες, ιδιαίτερα μεταξύ 15-24 ετών. Υψηλότερα ποσοστά θανάτων από αυτοκτονία, με πιο βίαιους τρόπους, σημειώνονται στους άντρες σε σχέση με τις γυναίκες. Αντιθέτως, οι γυναίκες φαίνεται να επιχειρούν πιο συχνά αυτοκτονία αλλά με πιο ήπιους τρόπους, επιβιώνοντας τελικά σε μεγαλύτερο ποσοστό. Υψηλό ποσοστό αυτοκτονιών σημειώνεται επίσης στην τρίτη ηλικία, ιδιαίτερα στους άντρες ηλικίας άνω των 65 ετών, που ζουν μόνοι, σε κοινωνική απομόνωση. Για τις γυναίκες η ηλικία επικινδυνότητας εστιάζεται μεταξύ 45-64 ετών, σημειώνοντας μετέπειτα άνοδο στην ηλικία των 75 ετών [55].

























3.1.1 Κατάλογος χωρών ανά ποσοστό αυτοκτονίας


Το ακόλουθο είναι ένας κατάλογος χωρών ανά ποσοστό αυτοκτονίας που βασίζεται (κυρίως) σε στοιχεία από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ). Στον κατάλογο αυτό, η θέση κάθε χώρας καθορίζεται από το ποσοστό θανάτων που καταγράφονται ως αυτοκτονίες για κάθε 100.000 άτομα για τον πιο πρόσφατο χρόνο για τον οποίο υπάρχουν στοιχεία (η λίστα του ΠΟΥ τελευταία ενημερώθηκε το 2011, Πίνακας 1). Τα στατιστικά του ΠΟΥ βασίζονται σε επίσημα στοιχεία από τις αντίστοιχες χώρες, επομένως η ακρίβεια τους δεν είναι πιο ακριβής απ' αυτή με την οποία συλλέγουν τα στοιχεία οι χώρες αυτές [56].

Πίνακας 1. Κατάλογος χωρών ανά ποσοστό αυτοκτονίας[56]

| Θέση | Χώρα | Άνδρες | Γυναίκες | Μέσος όρος | Έτος |
|------|--|--------|----------|------------|------|
| 1 |  Γροιλανδία | 116.9 | 45.0 | 83.0 | 2011 |
| 2 |  Λιθουανία | 54.7 | 10.8 | 31.0 | 2012 |
| 3 |  Νότια Κορέα | 38.2 | 18.0 | 28.1 | 2012 |
| 4 |  Γουιάνα | 39.0 | 13.4 | 26.4 | 2006 |
| 5 |  Καζακστάν | 43.0 | 9.4 | 25.6 | 2008 |
| 6 |  Κίνα | | | 22.23 | 2011 |
| 7 |  Λευκορωσία | | | 20.5 | 2012 |
| 8 |  Σλοβενία | 36.2 | 7.3 | 20.3 | 2010 |
| 9 |  Ουγγαρία | 37.4 | 8.5 | 21.7 | 2009 |
| 10 |  Ιαπωνία | | | 21.7 | 2012 |
| 11 |  Σρι Λάνκα | 34.8 | 9.24 | 21.3 | 2011 |
| 12 |  Ουκρανία | 37.8 | 7.0 | 21.2 | 2009 |
| 13 |  Ρωσία | | | 19.7 | 2013 |
| 14 |  Κροατία | 30.2 | 10.0 | 19.7 | 2002 |
| 15 |  Λεττονία | | | 18.2 | 2010 |
| 16 |  Μολδαβία | | | 17.4 | 2008 |
| 17 |  Σερβία | 24.9 | 9.0 | 17.3 | 2011 |
| 18 |  Βέλγιο | | | 17 | 2009 |
| 19 |  Ουρουγουάη | | | 16.5 | 2012 |
| 20 |  Μπουτάν | | | 16.2 | 2011 |
| 21 |  Φινλανδία | 24.6 | 7.9 | 16.0 | 2012 |
| 22 |  Νότια Αφρική | | | 15.4 | 2005 |
| 23 |  Πολωνία | 27.8 | 3.8 | 15.3 | 2010 |
| 24 |  Ταϊβάν | 20.5 | 9.7 | 15.1 | 2011 |
| 25 |  Εσθονία | 27.3 | 4.5 | 14.8 | 2010 |
| 26 |  Γαλλία | 22.8 | 7.4 | 14.7 | 2010 |

| Θέση | Χώρα | Άνδρες | Γυναίκες | Μέσος όρος | Έτος |
|------|---|--------|----------|------------|------|
| 27 |  Σουρινάμ | 23.9 | 4.8 | 14.4 | 2005 |
| 28 |  Βοσνία-Ερζεγοβίνη | | | 13.3 | 2011 |
| 29 |  Αυστρία | 23.8 | 7.1 | 12.8 | 2009 |
| 30 |  Τσεχία | | | 12.8 | 2010 |
| 31 |  Κούβα | 19.0 | 5.5 | 12.3 | 2008 |
| 32 |  Βουλγαρία | 18.8 | 6.2 | 12.3 | 2008 |
| 33 |  Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής | 19.2 | 5.5 | 12.0 | 2009 |
| 34 |  Ρουμανία | 20.8 | 3.7 | 11.9 | 2009 |
| 35 |  Νορβηγία | | | 11.9 | 2011 |
| 36 |  Ιρλανδία | | | 11.9 | 2011 |
| 37 |  Ηνωμένο Βασίλειο | 18.2 | 5.1 | 11.8 | 2011 |
| 38 |  Νέα Ζηλανδία | 17.0 | 6.4 | 11.5 | 2010 |
| 39 |  Πορτογαλία | 18.2 | 4.6 | 10.5 | 2010 |
| 40 |  Καναδάς | 17.9 | 5.3 | 11.5 | 2009 |
| 41 |  Δανία | 16.6 | 6.2 | 11.3 | 2010 |
| 42 |  Ισλανδία | 19.7 | 4.7 | 12.3 | 2009 |
| 43 |  Χιλή | 18.2 | 4.2 | 11.2 | 2007 |
| 44 |  Σουηδία | 16.4 | 5.9 | 11.1 | 2010 |
| 45 |  Ελβετία | 16.5 | 6.2 | 11.1 | 2009 |
| 46 |  Τρινιντάντ και Τομπάγκο | 17.9 | 3.8 | 10.7 | 2006 |
| 47 |  Ινδία | 13.0 | 7.8 | 10.5 | 2009 |
| 48 |  Σιγκαπούρη | 13.3 | 7.3 | 10.3 | 2012 |
| 48 |  Σλοβακία | 17.4 | 2.8 | 9.9 | 2011 |
| 49 |  Γερμανία | 15.6 | 4.7 | 9.9 | 2010 |
| 50 |  Αυστραλία | 15.3 | 4.8 | 10.0 | 2011 |
| 51 |  Κιργιστάν | 14.1 | 3.6 | 8.8 | 2009 |
| 52 |  Τουρκμενιστάν | 13.8 | 3.5 | 8.6 | 1998 |
| 53 |  Ολλανδία | 12.0 | 5.0 | 8.8 | 2010 |
| 54 |  πΓΔΜ | 12.6 | 3.9 | 8.0 | 2009 |
| 55 |  Ελ Σαλβαδόρ | 12.9 | 3.6 | 8.0 | 2008 |
| 56 |  Ζιμπάμπουε | 10.6 | 5.2 | 7.9 | 1990 |
| 57 |  Χονγκ Κονγκ | 10.6 | 13.8 | 12.2 | 2011 |
| 58 |  Λουξεμβούργο | 13.2 | 2.9 | 7.8 | 2008 |
| 59 |  Ταϊλάνδη | 12.0 | 3.8 | 7.8 | 2002 |
| 60 |  Αργεντινή | 12.6 | 3.0 | 7.7 | 2008 |
| 61 |  Ισπανία | 11.9 | 3.4 | 7.6 | 2008 |
| 62 |  Πουέρτο Ρίκο | 13.2 | 2.0 | 7.4 | 2005 |
| 63 |  Ισημερινός | 10.5 | 3.6 | 7.1 | 2009 |
| 64 |  Μαυρίκιος | 11.8 | 1.9 | 6.8 | 2008 |

| Θέση | Χώρα | Άνδρες | Γυναίκες | Μέσος όρος | Έτος |
|------|--|--------|----------|------------|------|
| 65 |  Ιταλία | 10.0 | 2.8 | 6.3 | 2007 |
| 66 |  Κόστα Ρίκα | 10.2 | 1.9 | 6.1 | 2009 |
| 67 |  Ισραήλ | 9.9 | 2.1 | 5.8 | 2007 |
| 68 |  Νικαράγουα | 9.0 | 2.6 | 5.8 | 2006 |
| 69 |  Παναμάς | 9.0 | 1.9 | 5.5 | 2008 |
| 70 |  Ιράν | 3.3 | 1.5 | 5 | 2012 |
| 71 |  Κολομβία | 7.9 | 2.0 | 4.9 | 2007 |
| 72 |  Βραζιλία | 7.7 | 2.0 | 4.8 | 2008 |
| 73 |  Ουζμπεκιστάν | 7.0 | 2.3 | 4.7 | 2005 |
| 74 |  Καμπότζη | | | 4.6 | 2008 |
| 75 |  Γεωργία | 7.1 | 1.7 | 4.3 | 2009 |
| 76 |  Αλβανία | 4.7 | 3.3 | 4.0 | 2003 |
| 77 |  Μεξικό | 6.8 | 1.3 | 4.0 | 2008 |
| 78 |  Ονδούρα | | | 3.84 | 2011 |
| 79 |  Μπαχρέιν | 4.0 | 3.5 | 3.8 | 2006 |
| 80 |  Μπελίτζ | 6.6 | 0.7 | 3.7 | 2008 |
| 81 |  Άγιος Βικέντιος και Γρεναδίνες | 5.4 | 1.9 | 3.7 | 2008 |
| 82 |  Τουρκία | | | 3.62 | 2011 |
| 83 |  Παραγουάη | 5.1 | 2.0 | 3.6 | 2008 |
| 84 |  Κύπρος | 5.9 | 1.3 | 3.6 | 2009 |
| 85 |  Γουατεμάλα | 5.6 | 1.7 | 3.6 | 2008 |
| 86 |  Μπαρμπάντος | 7.3 | 0.0 | 3.5 | 2006 |
| 87 |  Ελλάδα | 6.1 | 1.0 | 3.5 | 2009 |
| 88 |  Μάλτα | 5.9 | 1.0 | 3.4 | 2008 |
| 89 |  Βενεζουέλα | 5.3 | 1.2 | 3.2 | 2007 |
| 90 |  Φιλιππίνες | 4.5 | 1 | 2.75 | 2005 |
| 91 |  Τατζικιστάν | 2.9 | 2.3 | 2.6 | 2001 |
| 92 |  Άγία Λουκία | 4.9 | 0.0 | 2.4 | 2005 |
| 93 |  Δομινικανή Δημοκρατία | 3.9 | 0.7 | 2.3 | 2005 |
| 94 |  Αρμενία | 2.8 | 1.1 | 1.9 | 2008 |
| 95 |  Κουβέιτ | 1.9 | 1.7 | 1.8 | 2009 |
| 96 |  Μπαχάμες | 1.9 | 0.6 | 1.2 | 2005 |
| 97 |  Ιορδανία | 0.0 | 0.0 | 1.1 | 2009 |
| 98 |  Πακιστάν | 1.45 | 0.71 | 1.10 | 2012 |
| 99 |  Περού | 1.1 | 0.6 | 0.9 | 2000 |
| 100 |  Σάο Τομέ και Πρίνσιπε | 0.0 | 1.8 | 0.9 | 1987 |
| 101 |  Αζερμπαϊτζάν | 1.0 | 0.3 | 0.6 | 2007 |
| 102 |  Μαλδίβες | 0.7 | 0.0 | 0.3 | 2005 |
| 103 |  Τζαμάικα | 0.3 | 0.0 | 0.1 | 1990 |

| Θέση | Χώρα | Άνδρες | Γυναίκες | Μέσος όρος | Έτος |
|------|---|--------|----------|------------|------|
| 104 |  Συρία | 0.2 | 0.0 | 0.1 | 1985 |
| 105 |  Αίγυπτος | 0.1 | 0.0 | 0.1 | 2009 |
| 106 |  Γρενάδα | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 2008 |
| 107 |  Άγιος Χριστόφορος και Νέβις | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 1995 |
| 108 |  Αντίγκουα και Μπαρμπούντα | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 1995 |
| 109 |  Αϊτή | 0.0 | 0.0 | 0 | 2003 |
| 110 |  Νεπάλ | 0.0 | 0.0 | 0 | 2003 |

3.1.2 Τοπογραφικά σημεία με το μεγαλύτερο επιβεβαιωμένο αριθμό αυτοκτονιών στον κόσμο

Σύμφωνα με το Στέφανο Σταυρινό [48] αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία κάποιες τοποθεσίες όπου παρατηρούνται οι περισσότερες αυτοκτονικές απόπειρες [57]. Για παράδειγμα:

1. Χρυσή Γέφυρα - Σαν Φραντσίσκο - περισσότερες από 1500 περιπτώσεις
2. Prince Edward Viaduct - Τορόντο - 500 περιπτώσεις ως το 2003 που κατασκευάστηκε το Luminous Veil με 5.5 εκ. δολάρια ειδικά για την πρόληψη αυτοκτονιών.
3. Δάσος Aokigahara - Ιαπωνία - Περισσότερες από 1000 περιπτώσεις - πλέον η κυβέρνηση δε δημοσιεύει στοιχεία
4. Beachy Head - Sussex - U.K. - περίπου 20 περιπτώσεις/ χρόνο

3.2 Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά στην Ελλάδα

3.2.1 Εποχιακή επίπτωση

Στην Ελλάδα, αντίθετα με τις ξένες χώρες σημειώνονται περισσότερες αυτοκτονίες στις αγροτικές, παρά στις αστικές περιοχές. Ακόμη, οι εποχές του χρόνου φαίνεται πως επηρεάζουν τους αυτόχειρες. Στην Ελλάδα, οι αυτοκτονίες είναι συχνότερες το καλοκαίρι και μάλιστα τον Ιούνιο, ενώ στο εξωτερικό η έξαρση σημειώνεται την άνοιξη και στην αρχή του καλοκαιριού [58-62].

Οι Έλληνες ερευνητές πρότειναν ότι η εποχιακή διακύμανση της αυτοκτονίας ακολουθεί πιο στενά στην εποχική διακύμανση της ηλιοφάνειας και όχι από την αντίστοιχη μεταβολή της θερμοκρασίας [63].

Μια διεθνής μελέτη για την εποχική επίπτωση στα ποσοστά αυτοκτονίας με τη συμμετοχή 20 χωρών έδειξε από νωρίς αιχμής του καλοκαιριού στις αυτοκτονίες. Κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η εποχιακή διακύμανση στη συχνότητα αυτοκτονίας θα μπορούσε να εξηγηθεί από την αύξηση της ηλιοφάνειας κατά τους καλοκαιρινούς μήνες, λόγω της σχέσης μεταξύ ηλιοφάνεια, υψηλές θερμοκρασίες και το ποσοστό αυτοκτονίας [64].

Ενώ όπως αναφέρει ο Σταυρινός οι περισσότερες αυτοκτονίες συμβαίνουν την άνοιξη και το φθινόπωρο (συνηθέστερα το Μάιο) [48].

Θλιβερή πρωτιά παρουσιάζει η χώρα μας σε ποσοστό αύξησης αυτοκτονιών, λόγω κρίσης, σε σχέση με τις άλλες χώρες της Ευρώπης, ενώ πρόσφατα στατιστικά στοιχεία από τους πέντε πρώτους μήνες του 2011 σε σχέση με την αντίστοιχη περίοδο πέρυσι δείχνουν σημαντική αύξηση αυτοκτονιών που αγγίζει το 40% [65]!

Το διάστημα 2000-2009 οι αυτοκτονίες στη χώρα μας ήταν συνολικά 3.661, με τα περιστατικά να παραμένουν σταθερά στα 350-400 ανά έτος. Μετά την Αττική, η Κρήτη είναι η περιοχή με τις περισσότερες κλήσεις στη γραμμή βοήθειας 1018. Αξίζει να σημειωθεί ότι τον τελευταίο ενάμιση χρόνο πάνω από 20 άτομα αυτοκτόνησαν στην Κρήτη... ενώ ακόμη δεν είναι διαθέσιμα τα επίσημα στοιχεία για το 2010 [65].

Επίσης, σύμφωνα με μελέτη της επιστημονικής επιθεώρησης «The Lancet», κατά την περίοδο 2007-2009 οι αυτοκτονίες στη χώρα μας αυξήθηκαν κατά 17%, κατατάσσοντάς την πρώτη σε ποσοστό αύξησης των αυτοκτονιών σε σχέση με τις άλλες χώρες της Ευρώπης [65].

Σύμφωνα με ειδικούς, η αυξητική τάση στις αυτοκτονίες ταυτίζεται χρονικά με την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης, όμως τα αίτια της αυτοκτονίας δεν είναι πάντα ή μόνο οικονομικά. Σύμφωνα με ειδικούς ψυχικής υγείας, συνήθως συνυπάρχουν ή προηγούνται άλλοι παράγοντες, όπως κατάθλιψη ή προβλήματα στις οικογενειακές σχέσεις [65].

Στην τηλεφωνική γραμμή παρέμβασης για την αυτοκτονία (1018) οι οικονομικοί λόγοι ήταν η συνήθης αιτία που άκουγαν οι υπεύθυνοι ψυχολόγοι από το 2007, όταν ξεκίνησε τη λειτουργία του το κέντρο, χρονιά που η κρίση δεν είχε ξεσπάσει ακόμα στην Ελλάδα. Από τότε οι κλήσεις τετραπλασιάστηκαν, για να φτάσουν πέρυσι τις 2.500, ενώ όλο και πιο συχνά καλούν άνθρωποι που είναι βουτηγμένοι στα χρέη [65].

Η Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρία που κάνει λόγο όχι μόνο για αύξηση στις απόπειρες αυτοκτονίας αλλά και στην κατανάλωση ψυχοφαρμάκων καθώς και των επισκέψεων σε ψυχιάτρους και ψυχοθεραπευτές. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το 2009 στην Ελλάδα σημειωνόταν κατά μέσο όρο μια αυτοκτονία την ημέρα, ενώ το 2010 ο αριθμός αυτός διπλασιάστηκε! Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προειδοποιεί ότι η οικονομική κρίση και κατά

προέκταση η ανασφάλεια που προκαλεί, μπορούν να οδηγήσουν σε ραγδαία αύξηση του αριθμού των αυτοκτονιών, οι οποίες συνήθως εμφανίζονται συχνότερα σε ανέργους απ' ότι σε εργαζόμενους [66].

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής 4.042 άνθρωποι στην Ελλάδα έδωσαν τέλος στη ζωή τους ως αυτόχειρες, το διάστημα από το 1999 έως το 2009. Από αυτούς, οι 3.288 ήταν άντρες και οι 754 γυναίκες (αναλογία αντρών-γυναικών 4 προς 1). Βάση των στοιχείων της Στατιστικής Αρχής, διαπιστώνεται ότι τα τελευταία έτη οι αυτοκτονίες στη χώρα μας ακολουθούν αυξητική τάση. Πιο συγκεκριμένα (Πίνακας 2), το 2009 καταγράφηκαν 391 αυτοκτονίες (333 άντρες και 58 γυναίκες), σε σχέση με το 2007 όπου σημειώθηκαν 328 αυτοκτονίες (268 άντρες και 60 γυναίκες). Ιδιαίτερη σημασία έχει το γεγονός ότι δεν υπάρχουν επίσημα στοιχεία για τις μη θανατηφόρες απόπειρες αν και σύμφωνα με εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ο αριθμός τους υπολογίζεται από 10 έως 20 φορές μεγαλύτερος [66].

Πίνακας 2. Αριθμός αυτοκτονιών κατά ηλικιακή ομάδα και φύλο. Ελλάδα, 2009 [66]

| Ηλικία (σε έτη) | 5-14 | 15-24 | 25-34 | 35-44 | 45-54 | 55-64 | 65-74 | 75+ | Σύνολο |
|-----------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|--------|
| Άνδρες | 0 | 17 | 56 | 50 | 80 | 53 | 28 | 49 | 333 |
| Γυναίκες | 0 | 2 | 11 | 11 | 9 | 7 | 9 | 9 | 58 |
| Σύνολο | 0 | 19 | 67 | 61 | 89 | 60 | 37 | 58 | 391 |

Σύμφωνα με επίσημα στοιχεία [67], την (2009- 2011) τριετία έχουν αυτοκτονήσει ή αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν περισσότεροι από 3.000 άνδρες και γυναίκες διαφόρων ηλικιών και κοινωνικών κατηγοριών.

Σε μια χώρα με παράδοση ελάχιστων αυτοκτονιών, η αύξηση 37% από το 2009 έως το 2011 δεν μπορεί να ερμηνεύεται ως άθροισμα ατομικών περιπτώσεων. Η κανονικότητα των αριθμών -677 αυτοκτονίες ή απόπειρες το 2009, 830 το 2010, 927 το 2011, 690 μέχρι 23/8/2012- επιβεβαιώνει τη διαμόρφωση μιας συλλογικής ροπής προς την αυτοκτονία [67].

4. Οικονομική Κρίση

4.1 Ορισμός

Οικονομική κρίση είναι το φαινόμενο κατά το οποίο μια οικονομία χαρακτηρίζεται από μια διαρκή και αισθητή μείωση της οικονομικής της δραστηριότητας. Όταν λέμε οικονομική δραστηριότητα αναφερόμαστε σε όλα τα μακροοικονομικά μεγέθη της οικονομίας, όπως η απασχόληση, το εθνικό προϊόν, οι τιμές, οι επενδύσεις κ.λπ. Ο βασικότερος δείκτης οικονομικής δραστηριότητας είναι οι επενδύσεις, οι οποίες, όταν αυξομειώνονται, συμπαρασύρουν μαζί τους και όλα τα υπόλοιπα οικονομικά μεγέθη [68].

Η οικονομική κρίση αποτελεί τη μία από τις δύο φάσεις των οικονομικών διακυμάνσεων και συγκεκριμένα τη φάση της καθόδου, όταν δηλαδή η οικονομική δραστηριότητα βρίσκεται σε μια συνεχή συρρίκνωση [69].

Οι οικονομικές διακυμάνσεις ορίζονται ως οι διαδοχικές αυξομειώσεις της οικονομικής δραστηριότητας μέσα σε μια οικονομία. Λέγονται αλλιώς και κυκλικές διακυμάνσεις ή οικονομικοί κύκλοι. Οι Άγγλοι αποδίδουν το φαινόμενο με τον όρο «business cycles», ακριβώς για να τονίσουν την ιδιαίτερη βαρύτητα των επενδύσεων στην εξέλιξη του οικονομικού κύκλου. Από πολύχρονες στατιστικές παρατηρήσεις διαπιστώθηκε ότι οι οικονομικοί κύκλοι διαρκούν περίπου από 7 έως 11 χρόνια [69].

4.2 Παγκόσμια οικονομική κρίση

4.2.1 Οι 5 μεγαλύτερες οικονομικές κρίσεις του 20ου αιώνα [70]

Ο «πανικός των τραπεζιτών» - 1907

Ο «πανικός των τραπεζιτών», όπως έμεινε στην ιστορία, ήταν η πρώτη οικονομική κρίση του 20ου αιώνα. Πρόκειται για το προμήνυμα για το μεγάλο Κραχ του 1929. Στο διάστημα 1896-1906 ο ρυθμός της οικονομικής ανάπτυξης των ΗΠΑ είχε αγγίξει το 7% και όλα έδειχναν ότι η οικονομία της χώρας βρισκόταν σε ακμή. Και ξαφνικά ξέσπασε ο Πανικός. Κράτησε πέντε μήνες και η κατάσταση ομαλοποιήθηκε μετά το Φεβρουάριο του 1908.

Όλα ξεκίνησαν όταν κάποιες τράπεζες της Ν. Υόρκης ανακάλεσαν κάποια δάνεια και η κρίση απλώθηκε σε όλη την χώρα. Η Wall Street έχασε το 50% της αξίας της και οι επενδυτές πολιορκήσαν τις τράπεζες για να σηκώσουν όλα τους τα χρήματα.

Την κατάσταση έσωσαν ο πρόεδρος Θιοντορ Ρούζβελτ και ο τραπεζίτης Τζον Πιερπόν Μόργκαν. Ο Μόργκαν ήταν αυτός που κράτησε το χρηματιστήριο ανοιχτό υπογράφοντας προσωπικές επιταγές για όλους τους χρηματιστές. Ο Ρούζβελτ έβαλε φρένο στους μεγαλοτραπεζίτες και κατάφερε να ψηφιστεί στο Κογκρέσο το 1913 ο νόμος ΓκλάςΟουεν για την ίδρυση της Κεντρικής Τράπεζας των ΗΠΑ, ώστε να μπει τάξη στο τραπεζικό σύστημα.

El Error de Diciembre – 1994

Είναι γνωστή ως η «νομισματική κρίση του peso». Το 1994 το Μεξικό ήταν το παράδειγμα της νεοφιλελεύθερης επιτυχίας. Ισοσκελισμένος προϋπολογισμός, πληθωρισμός στο ελάχιστο. Ωστόσο κάποια γεγονότα έκαναν το ξένο κεφάλαιο να φεύγει πανικόβλητο από τη χώρα. Ξεσηκωμός και ανταρσία στην περιοχή Chiapas, έντονες φήμες για δωροδοκίες και διαφθορά στα ανώτερα στρώματα της κυβέρνησης, ήταν μερικά από τα γεγονότα που ανησύχησαν τους ξένους επενδυτές.

Τον Απρίλιο του 1994, 500.000 εργάτες χάνουν τη δουλειά τους και λίγους μήνες αργότερα άλλοι 250.000 μένουν άνεργοι. Η αγορά δεν κινείται, οι ξένοι επενδυτές φεύγουν και ο πρόεδρος της χώρας, Ερνέστο Ζεντίλο, δεν βρίσκει άλλη λύση από την υποτίμηση του peso.

Η οικονομική κρίση της Α. Ασίας – 1997

Αυτό που αποκαλούσαν «οικονομικό θαύμα της Ασίας» αποδείχθηκε καταστροφή το 1997. Οι επενδυτές έκαναν για άλλη μια φορά αυτό που ξέρουν καλά: έχασαν την εμπιστοσύνη τους. Οι υψηλοί δείκτες έκαναν τις ασιατικές αγορές να μοιάζουν προκλητικές, όμως όταν οι ΗΠΑ αποφάσισαν να περιορίσουν τη δική τους προσωρινή ύφεση μειώνοντας τους δείκτες ενδιαφέροντος, έκαναν την αγορά τους πιο ελκυστική και την ασιατική πιο ριψοκίνδυνη. Αλυσιδωτές αντιδράσεις ακολούθησαν, ξεκινώντας με την Ταϊλάνδη και στη συνέχεια τις Φιλιππίνες, το Χόνγκ Κόνγκ, την Ινδονησία, την Μαλαισία πυροδοτώντας μια πρωτοφανή παγκόσμια κρίση.

Ρωσική οικονομική κρίση – 1998

Πλήγμα από διαφθορές, αδυναμία αποτελεσματικής οικονομικής πολιτικής, υποτίμηση του νομίσματος και πολιτική αστάθεια ήταν η λόγοι που οδήγησαν την Ρωσία σε οικονομική κρίση, λίγο πριν το τέλος της δεκαετίας. Επίσης, όταν οι τιμές του πετρελαίου και του φυσικού αερίου έπεσαν, η Ρωσία δέχτηκε άλλο ένα πλήγμα. Οι ξένοι επενδυτές πήραν τα χρήματά τους από τη Ρωσία με αποτέλεσμα η δυναμική των τραπεζών να μειωθεί δραματικά. Η κρίση χτύπησε και τις Ουκρανία και Τσεχία και φυσικά τους δείκτες των χρηματιστηρίων, που σημείωσαν μια από τις μεγαλύτερες πτώσεις τους.

Η οικονομική κρίση της Αργεντινής - 1999

Η δεκαετία του '80 ήταν δύσκολη για την Αργεντινή. Στρατιωτική δικτατορία, αποδιοργάνωση του στρατού στα Φόκλαντς, οικονομική κατάρρευση, μεγάλη άνοδος του πληθωρισμού. Το χρέος της χώρας αυξήθηκε ραγδαία τη δεκαετία του '90 και μαζί με τη διαφθορά της κυβέρνησης η χώρα οδηγήθηκε σε μια κατάσταση που η κυβέρνηση δεν μπορούσε να ελέγξει. Οι επενδυτές έχασαν την εμπιστοσύνη τους στην αγορά και στράφηκαν στις τράπεζες για αναλήψεις. Η κυβέρνηση πάγωσε τους τραπεζικούς λογαριασμούς για έναν ολόκληρο χρόνο και επέτρεπε μόνο αναλήψεις μικροποσών. Διαδηλώσεις έλαβαν χώρα σε όλη την Αργεντινή, με ταραχές και βίαια επεισόδια με αποτέλεσμα την πτώση της κυβέρνησης του Φερνάντο ντε λα Ρουά. Οι επόμενες δύο κυβερνήσεις απέτυχαν στην ανάκαμψη της οικονομίας και μόνο με την άνοδο του Νέστορ Κίτσνερ, η χώρα κατάφερε να ανακάμψει.

4.3 Ευρωπαϊκή οικονομική κρίση

Έρευνα, σε 26 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης έδειξε ότι σε κάθε αύξηση κατά 1% της ανεργίας αντιστοιχεί αύξηση κατά 0,79% στις αυτοκτονίες και κατά 0,79% στις ανθρωποκτονίες. Αντίθετα, τα τροχαία ατυχήματα μειώνονται κατά 1,39% [71].

Μια σχετική έρευνα, δημοσιευμένη στις 9 Ιουλίου 2011 στο ιατρικό επιστημονικό περιοδικό "The Lancet" [67], προέρχεται από το Πανεπιστήμιο του Cambridge και εξετάζει τις πανευρωπαϊκές συνέπειες της οικονομικής κρίσης που ξεκίνησε το 2008 στην υγεία και συγκεκριμένα στη θνησιμότητα από αυτοκτονίες και τροχαία ατυχήματα σε σχέση με την αύξηση της ανεργίας [72].

Η έρευνα αυτή είναι ουσιαστικά μια επαλήθευση παλιότερης έρευνας, κατά την οποία οι Stuckler et al [72], εξέταζαν τη θνησιμότητα σε 26 ευρωπαϊκές χώρες κατά τη διάρκεια οικονομικών κρίσεων σε περίοδο 30 ετών. Σε εκείνη είχαν διαπιστώσει πως η αύξηση της ανεργίας επηρεάζει και αυξάνει τις αυτοκτονίες στις ηλικίες κάτω των 65 ετών και μειώνει τα τροχαία ατυχήματα, μια και εξαιτίας της έλλειψης χρημάτων δεν χρησιμοποιούνται τα οχήματα τόσο πολύ σε περιόδους κρίσης.

Η νέα μελέτη των Stuckler D. και συν. [72] έδειξε πως έπειτα από μια δεκαετία μείωσης των αυτοκτονιών σε όλη την Ευρώπη, οι αυτοκτονίες από το 2007-2009 αυξήθηκαν πανευρωπαϊκά, με την Ελλάδα και την Ιρλανδία να βγαίνουν πρώτες, με ποσοστό αύξησης 17% και 13% αντίστοιχα. Τα ευρήματα φανερώνουν όχι μόνο ότι την επαλήθευση της σύνδεσης μεταξύ αυτοκτονιών και αύξησης της ανεργίας αλλά και την ταχύτητα με την οποία η οικονομική κρίση ακουμπά τις κοινωνίες που βάλλονται.

Σε δηλώσεις του στη βρετανική εφημερίδα "Independent", ένας από τους συγγραφείς της έρευνας, ο λέκτορας στο Πανεπιστήμιο του Cambridge David, Stuckler τόνισε πως "οι άνθρωποι είναι η πραγματική τραγωδία μια οικονομικής κρίσης.

Η πλειονότητα των αυτοχείρων ήταν οικογενειάρχες, ηλικίας 40-60 ετών, που δραστηριοποιούνταν στον χώρο των επιχειρήσεων ή επαγγελματίες που έχασαν τη δουλειά τους λίγο πριν από τη σύνταξη ή είναι χωρίς δουλειά για μεγάλο χρονικό διάστημα. Ο τρόπος που επιλέγουν είναι κατά κανόνα ο απαγχονισμός και ο αυτοπυροβολισμός [72].

Τα οικονομικά προβλήματα είναι ο κοινός παρονομαστής, όπως επίσης και το αίσθημα της συντριβής και της αποτυχίας, καθώς νιώθουν πως δεν μπορούν να προσφέρουν στην οικογένειά τους τα απαραίτητα για την επιβίωση. Η πράξη τους, εκτός από πράξη απελπισίας, καθίσταται έτσι πράξη τιμωρίας, γιατί "δεν τα κατάφεραν", αλλά και λύτρωσης για τους ίδιους [72].

4.4 Οικονομική κρίση στην Ελλάδα

Η παγκόσμια οικονομική κρίση που πλήττει στις μέρες μας και την ελληνική κοινωνία αποτελεί έναν παράγοντα πολλαπλών ανατροπών με σημαντικές συνέπειες τόσο στο επίπεδο της συλλογικής λειτουργίας, όσο και στο ατομικό επίπεδο. Η προβληματική δομή και λειτουργία του ελληνικού κράτους εντείνει μάλιστα τις επιπτώσεις της κρίσης, φέρνοντας στην επιφάνεια τα συσσωρευμένα άλματα ζητήματα στα οποία η ελληνική κοινωνία αδυνατούσε εδώ και πάρα πολύ καιρό, να λάβει το κόστος των προτεινόμενων λύσεων [73].

Μετά από πολλά συνεχόμενα χρόνια ανάπτυξης, η ελληνική οικονομία έχει περάσει σε αντίστροφη πορεία. Αν και το 2008 η ελληνική οικονομία θεωρείται ως η 27η μεγαλύτερη οικονομία του κόσμου ως προς το ονομαστικό ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ) με 32.100 δολάρια κατά κεφαλήν ΑΕΠ [74], ως απόρροια της διεθνούς χρηματοπιστωτικής κρίσης και της τοπικής αδυσώπητης δαπάνης, οι Έλληνες πολίτες άρχισαν αντιμετωπίζουν σοβαρή κοινωνικοοικονομική αναταραχή. Το 2009, η οικονομική κρίση προσέκρουσε στο μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού, ενώ το 2010 ένα Μνημόνιο οικονομικής και χρηματοπιστωτικής πολιτικής υπεγράφη προκειμένου να αποτραπεί η αφερεγγυότητα της Ελλάδας. Το ίδιο έτος, οι εθνικές εκτιμήσεις έδειξαν ότι το ΑΕΠ μειώθηκε σε 3.5%, ενώ τα ποσοστά ανεργίας έφτασαν τόσο υψηλά όσο το 14,2%, με 180.000 ανθρώπους να χάνουν τις δουλειές τους [75]. Το 2011, το προφίλ της ελληνικής οικονομίας φαίνεται να είναι το πιο απαισιόδοξο της δεκαετίας: το ΑΕΠ μειώθηκε περαιτέρω σε 6.1%, ενώ τα ποσοστά ανεργίας αυξήθηκαν από 6,6% το Μάιο του 2008 σε 16,6% το Μάιο του 2011. Συγχρόνως, την ίδια περίοδο, το χάσμα μεγάλωνε από 105,4% το 2007 σε 160,9% του ΑΕΠ το 2011 (€ 239.4 δισεκατομμύρια σε € 328.6 δισεκατομμύρια) [76,77]. Το 2008, σε εθνικό επίπεδο διεξήχθη μια μελέτη στην Ελλάδα, προκειμένου να συγκρίνει τα αποτελέσματα με αυτά της πρώτης μελέτης επιπολασμού σε εθνικό επίπεδο στη χώρα πριν από 30 χρόνια [78]. Το 2009, μια αναπαραγωγική μελέτη έγινε με το σκεπτικό της αρχικής οικονομικής ύφεσης και των "ταραχών του Δεκεμβρίου", δηλαδή της αρχής της εκτεταμένης κοινωνικής

αναταραχής και τωνταραχών στους δρόμους με αποτέλεσμα την απώλεια περιουσίας € 2,1 δισεκατομμυρίων ευρώ στην Αθήνα και έξι άλλες μεγάλες πόλεις. Μια σύγκριση στα ποσοστά επικράτησης μεταξύ των δύο μελετών παρουσίασε μια στατιστικώς σημαντική αύξηση στον επιπολασμό της μείζονος κατάθλιψης από 3,3% το 2008 σε 6,8% το 2009 [79]. Ωστόσο, το 2009η κρίσηδεν είχε ακόμηνενσταλάξειστην καθημερινή ζωήτου πληθυσμού και ως εκ τούτου η συγκεκριμένη σύγκριση θα μπορούσε να καταγράψει μόνο την άμεση ανταπόκριση στην αρχική αναταραχή [80].

Αναλογιζόμενοι τις μεγαλύτερες οικονομικές κρίσεις που έχει γνωρίσει η υφήλιος τα τελευταία 100 χρόνια (κραχ του 1929, Ασιατική οικονομική κρίση του 1990), αλλά και τις εγχώριες περιόδους οικονομικής δυσκολίας και ανέχειας, διότι η Ελλάδα ανήκει σε εκείνη την ομάδα των χωρών, όπου στην ιστορία τους, μπορεί κανείς να συναντήσει πληθώρα γεγονότων οικονομικών κρίσεων, καταστροφών και πολέμων, είναι σίγουρο ότι τόσο η ανεργία, όσο και η ανασφάλεια και ο κοινωνικός αποκλεισμός θα αυξηθούν και θα πάρουν δραματικές διαστάσεις. Ήδη καταγράφεται επισήμως αύξηση των δεικτών ανεργίας στην Ελλάδα, 12,4% (Οκτ. 2010), όπως αναφέρει η Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία (Πίνακας 3) [81].

Πίνακας 3. Ανεργία (%), κατά φύλο και ομάδες ηλικιών [81]

| Ηλικία | Γ'Τρίμηνο | | | | | |
|--------|-----------|----------|--------|--------|----------|--------|
| | 2009 | | | 2010 | | |
| | Άνδρες | Γυναίκες | Σύνολο | Άνδρες | Γυναίκες | Σύνολο |
| Σύνολο | 6,6 | 13,1 | 9,3 | 9,7 | 16,1 | 12,4 |
| 15-29 | 13,9 | 24,5 | 18,5 | 19,0 | 30,6 | 24,2 |
| 30-44 | 5,3 | 12,2 | 8,3 | 8,8 | 14,9 | 11,5 |
| 45-64 | 4,6 | 7,4 | 5,7 | 6,6 | 9,2 | 7,6 |
| 65+ | 0,8 | 0,9 | 0,8 | 1,4 | 1,6 | 1,4 |

Τα χαρακτηριστικά της ανεργίας συνοψίζονται στα εξής: το ποσοστό ανεργίας των γυναικών (16,1%) είναι σημαντικά υψηλότερο από αυτό των ανδρών (9,7%). Από την κατά ομάδες ηλικιών διάρθρωση της ανεργίας προκύπτει ότι το υψηλότερο ποσοστό παρατηρείται στους νέους ηλικίας 15-29 ετών, ήτοι 24,2%. Για νέες γυναίκες το αντίστοιχο ποσοστό φθάνει στο 30,6%. Ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, το υψηλότερο ποσοστό ανεργίας παρατηρείται σε όσους δεν έχουν πάει καθόλου σχολείο (19,3%), στους απόφοιτους ανώτερης τεχνολογικής επαγγελματικής εκπαίδευσης (15,1%) και σε όσους έχουν ολοκληρώσει μερικές τάξεις δημοτικού (12,4%). Το χαμηλότερο ποσοστό παρατηρείται σε όσους έχουν διδακτορικό ή μεταπτυχιακό (7,5%) και στους πτυχιούχους της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (9,4%). Το ποσοστό των «νέων ανέργων», δηλαδή όσων εισέρχονται για πρώτη φορά στην αγορά εργασίας αναζητώντας απασχόληση, ανέρχεται στο

23,7% του συνόλου των ανέργων ενώ οι μακροχρόνια άνεργοι (αυτοί που αναζητούν από 12 μήνες και άνω εργασία, ανεξάρτητα αν είναι «νέου» ή «παλαιοί» άνεργοι), αποτελούν αντίστοιχα το 48,4%. Το ποσοστό ανεργίας των ατόμων με ξένη υπηκοότητα, είναι μεγαλύτερο από το αντίστοιχο των Ελλήνων υπηκόων (14,0% έναντι 12,2%). Επίσης, το 74,5% των ξένων υπηκόων είναι οικονομικά ενεργό, ποσοστό σημαντικά υψηλότερο από το αντίστοιχο των Ελλήνων το οποίο είναι 54,0% [81].

Η άνοδος λοιπόν της ανεργίας σκιαγραφεί ήδη μία κατάσταση εξαιρετικά δύσκολη, ενώ την ίδια στιγμή το Ινστιτούτο Εργασίας της ΓΣΕΕ/ΑΔΕΔΥ εκτιμά ότι η ανεργία στο τέλος του 2011 θα φθάσει το 22% με το συνολικό αριθμό ανέργων να ανέρχεται σε 1.150.000 άτομα. Αν μάλιστα κανείς αναγάγει αυτόν τον αριθμό σε επίπεδο οικογενειών γίνεται αντιληπτό πως δεν θα υπάρχει εύκολα οικογένεια χωρίς την ύπαρξη κάποιου ανέργου στο στενό ή στο ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον [82,83].

Η σχέση της ανεργίας με την αυτοκτονία αποτελεί παλαιά γνώση. Επειδή οι οικονομικές κρίσεις οδηγούν σε ανεργία, θα μπορούσε κανείς να προβλέψει αύξηση των αυτοκτονιών σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Πράγματι, αυτό έχει συμβεί στις περισσότερες χώρες (με την εξαίρεση ορισμένων σκανδιναβικών χωρών όπου όμως υπάρχει ισχυρό δίκτυο κοινωνικής προστασίας). Στη χώρα μας τα πράγματα δεν είναι σαφή. Ενώ φαίνεται ότι υπάρχει αύξηση της αυτοκτονικότητας (πρόθεση και απόπειρες) δεν καταγράφεται με σαφήνεια αύξηση και των πραγματικών αυτοκτονιών. Επειδή όμως η αυτοκτονικότητα οδηγεί και σε αυτοκτονία είναι πιθανό να καταγραφεί αύξηση και των πραγματικών αυτοκτονιών στο προσεχές μέλλον. Αν αυτό δεν συμβεί (ή αν συμβεί σε μικρό συγκριτικά βαθμό) θα σημαίνει αξιοσημείωτη αντοχή (resilience) του ελληνικού λαού, συναρτημένη ενδεχομένως και με το γεγονός ότι ο θεσμός της οικογένειας είναι ακόμη ισχυρός στη χώρα μας και εξακολουθεί να προσφέρει προστασία στα μέλη της (συναισθηματική αλλά και υλική) [84].

Ταυτόχρονα δε και τα κοινωνικά δίκτυα φροντίδας αναφέρουν αύξηση του αριθμού των ανθρώπων που προσφεύγουν σε αυτά ζητώντας στήριξη και κάλυψη των βασικών τους αναγκών (συσσίτια, στέγαση, δωρεάν ιατρική και φαρμακευτική περίθαλψη). Από τα τέλη Σεπτεμβρίου έχουν πολλαπλασιαστεί όσοι ζητούν φαγητό από τα συσσίτια της Εκκλησίας, κυρίως από την αύξηση των Ελλήνων που καταφεύγουν σε αυτήν τη λύση. Τα συσσίτια διπλασιάστηκαν από 5000 σε 10000 την ημέρα μόνο στην Αθήνα. Σήμερα οι Έλληνες αποτελούν περίπου το 35-40% όσων μετέχουν στα συσσίτια, ενώ αποκαλυπτική του προβλήματος είναι και η ηλικιακή σύνθεση αυτών των ανθρώπων. Οι περισσότεροι από όσους κατέφυγαν στα συσσίτια το τελευταίο χρονικό διάστημα είναι πάνω από 50 ετών και κάτω από 70, βρίσκονται δηλαδή κοντά στην ηλικία της συνταξιοδότησης. Το φαινόμενο αυτό εκτιμάται ότι συνδέεται με την αύξηση της ανεργίας σε αυτές τις “μη παραγωγικές” ηλικίες που έχασαν την δουλειά τους λίγο πριν τη σύνταξη [82].

Επίσης, και οι τηλεφωνικές γραμμές ψυχολογικής στήριξης καταγράφουν αυξημένο αριθμό κλήσεων για ψυχολογικά προβλήματα σχετιζόμενα με την οικονομική κρίση. Η Γραμμή Βοήθειας για την Κατάθλιψη του Προγράμματος «Αντιστίγμα» του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ), τους τελευταίους μήνες έχει καταγράψει αυξημένο αριθμό κλήσεων με θεματολογία σχετική με οικονομικά προβλήματα και δυσκολίες στον τομέα της εργασίας. Στο 27% των κλήσεων τα αιτήματα για παροχή ψυχολογικής βοήθειας συνδέονται με την οικονομική κρίση και τη δυσχερή κατάσταση που επικρατεί στον εργασιακό τομέα. Η ανεργία και η οικονομική επισφάλεια αποτελούν από τους παράγοντες που αναφέρονται με μεγάλη συχνότητα από τους καλούντες ως επιβαρυντικοί για την ψυχολογική τους κατάσταση [82].

Τα στοιχεία της Γραμμής Βοήθειας εμφανίζουν τις ψυχολογικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης να πλήττουν περισσότερο τους άνδρες (65%) και την κατεξοχήν παραγωγική ηλικιακή ομάδα (30-45 ετών), άτομα δηλαδή που κατά κανόνα έχουν να αντιμετωπίσουν πολλαπλές υποχρεώσεις (οικογενειακές και άλλες). Αλλά και τα άτομα νεότερης ηλικίας (18-30 ετών) βλέπουν με έντονο άγχος την έλλειψη επαγγελματικών προοπτικών και τους όρους που προδιαγράφουν το εργασιακό μέλλον τους. Πολλοί από τους καλούντες δηλώνουν ανήμποροι να αντιμετωπίσουν τη δυσχερή και αδιέξοδη, πολλές φορές, κατάσταση στην οποία βρέθηκαν, φθάνοντας σε σημείο να σκέφτονται ακόμη και την αυτοκτονία ως ύστατη λύση. Στη χώρα μας ο αριθμός των αυτοκτονιών αυξήθηκε φθάνοντας το 2010 τους 24 θανάτους, ενώ έγιναν περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας [8,82].

4.5 Επιπτώσεις οικονομικής κρίσης

Η ζωή και η προσωπικότητα του σύγχρονου ανθρώπου είναι δομημένες πάνω στην εργασία και την οικονομική του επιφάνεια. Η εργασία σε σημαντικό βαθμό συντελεί στο προσδιορισμό τόσο της ταυτότητας όσο και της εικόνας εαυτού. Έτσι, πέρα από τα πρακτικά προβλήματα που αντιμετωπίζει όποιος βλέπει το εισόδημά του να περικόπτεται ή να εξανεμίζεται, εξίσου σημαντική είναι και η «συμβολική» του κατάρρευση. Η εργασία και η κοινωνική αυτοπεποίθηση που συνδέεται με αυτήν, επηρεάζει τον τρόπο αλληλεπίδρασης με τους άλλους, ακόμα και αν είναι οι φίλοι, οι συγγενείς, ο σύντροφος, το παιδί. Έντονη άλλωστε είναι η αίσθηση των ανέργων για προσωπική ανεπάρκεια και αδυναμία [85].

Οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι η απώλεια της εργασίας αυξάνει τον κίνδυνο ψυχιατρικών διαταραχών και των σωματικών επιπτώσεών τους. Πολλές μελέτες συγκλίνουν στη παραδοχή μίας ισχυρής συνάφειας ανάμεσα στην ανεργία και στην αύξηση της κατάθλιψης, του άγχους, της χρήσης ουσιών και της αντικοινωνικής συμπεριφοράς [85].

Μία ενδελεχής μελέτη της βιβλιογραφίας από τους Paul και Moser σχετικά με τις επιδράσεις της ανεργίας στη ψυχική υγεία έδειξε πως ο μέσος όρος των ατόμων που

είχαν ψυχολογικά προβλήματα ήταν υπερδιπλάσιος για τους ανέργους (34%), συγκρινόμενος με τα άτομα που εργάζονταν (16%). Επιπλέον, σημαντικές διαφορές διαπιστώθηκαν μεταξύ των ανέργων και των ατόμων που εργάζονταν σε βασικούς παραμέτρους ενδεικτικές της ποιότητας της ψυχικής υγείας του ατόμου, όπως π.χ. το άγχος, η κατάθλιψη, τα ψυχοσωματικά συμπτώματα, την αίσθηση ικανοποίησης από τη ζωή, το αίσθημα αυτοεκτίμησης, κλπ. Η μελέτη, η πρόληψη αλλά και η αντιμετώπιση των επιπτώσεων της ανεργίας και της οικονομικής κρίσης στη ψυχική υγεία απαιτούν τη μελέτη σημαντικών στοιχείων που διαφοροποιούν τις συνέπειες της κρίσης [86].

Η οικονομική κρίση οδηγεί σε επισφαλή εργασία, ανεργία και τελικά φτώχεια που οδηγούν στον κοινωνικό αποκλεισμό όλο και περισσότερων ομάδων πράγμα που αποτελεί πηγή για διάφορες ψυχικές διαταραχές. Η ανεργία σχετίζεται επίσης με αύξηση της ημερήσιας κατανάλωσης αλκοόλ, αύξηση στις αυτοκτονίες, στην ενδοοικογενειακή βία, αλλά και μείωση των θανάτων από τροχαία κατά 1,4%. Ειδικότερα η φτώχεια σχετίζεται με την εμφάνιση ασθενειών καθώς τα άτομα αναγκάζονται να διαβιώνουν σε υποβαθμισμένο περιβάλλον, να τρέφονται ανεπαρκώς και να εργάζονται σε επικίνδυνα και ανθυγιεινά περιβάλλοντα [87].

Τα απασχολούμενα άτομα μπορεί να βιώνουν την εργασιακή ανασφάλεια, τον αυξημένο φόρτο εργασίας και την αυξημένη ένταση εργασίας. Και οι τρεις αυτοί παράμετροι αποτελούν παράγοντες κινδύνου για κατάθλιψη [88,89], λαμβάνοντας υπόψη ότι οι άνεργοι μπορεί να εμφανίσουν αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης λόγω της εργασίας ή της απώλειας εισοδήματος, καθώς και λόγω του ότι στερούνται τα οφέλη για την υγεία που παρέχει η εργασία [90,91].

Οι άνδρες, ιδίως, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο προβλημάτων ψυχικής υγείας [92] και θανάτου οφειλόμενου σε αυτοκτονία [93] ή σε χρήση αλκοόλ [94] σε περιόδους οικονομικής αντιξοότητας. Υπάρχουν ενδείξεις ότι τα χρέη, οι οικονομικές δυσκολίες και τα προβλήματα πληρωμών των νοικοκυριών οδηγούν σε προβλήματα ψυχικής υγείας [95-97]. Όσα περισσότερα χρέη έχουν οι άνθρωποι, τόσο υψηλότερος είναι ο κίνδυνος για πολλές κοινές ψυχικές διαταραχές [38,88].

Οι αυξήσεις στα εθνικά και περιφερειακά ποσοστά ανεργίας συνδέονται με τις αυξήσεις στα ποσοστά αυτοκτονίας [98-100].

Οι λιγότερο μορφωμένοι είναι εκείνοι που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ασθένειας μετά την απώλεια θέσεως εργασίας [101]. Χρειάζονται συγκεντρωτικά στοιχεία για παρεμβάσεις προστασίας με στόχο τόσο πρόσφατα αλλά και μακροχρόνια ανέργους, ιδιαίτερα άνδρες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο.

Κατά τη διάρκεια της ύφεσης, οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία μπορεί να διευρυνθούν [102]. Είναι οι φτωχοί - και εκείνοι που γίνονται φτωχοί λόγω της απώλειας εισοδήματος ή στέγης - που θα πληγούν περισσότερο από την οικονομική κρίση [101]. Η κρίση είναι πιθανό να αυξήσει τον κοινωνικό αποκλεισμό των ευάλωτων ομάδων, τους φτωχούς και τους ανθρώπους που ζουν κοντά στο όριο της

φτώχειας [103]. Στις ευάλωτες ομάδες περιλαμβάνονται τα παιδιά, οι νέοι, οι μονογονεϊκές οικογένειες, οι άνεργοι, οι εθνικές μειονότητες, οι μετανάστες και οι ηλικιωμένοι [104]. Οι οικογένειες στο σύνολό τους επίσης αισθάνονται τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης. Οι φτωχές οικογένειες, ιδίως έχουν πληγωθεί από τις περικοπές στον τομέα της υγείας και τους προϋπολογισμούς εκπαίδευσης. Η καταπόνηση της οικογένειας μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένες οικογενειακής βίας και παραμέλησης των παιδιών. Τα παιδιά μπορούν, επίσης, να βρουν τον εαυτό τους έχοντας να προσφέρουν φροντίδα και υποστήριξη για άλλα μέλη της οικογένειας. Η καλή ψυχική υγεία θεμελιώνεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, στη νηπιακή και παιδική ηλικία [105].

Η ψυχική υγεία προάγεται από μια ενθαρρυντική ανατροφή και ολιστική προετοιμασία για τη ζωή πριν τα σχολεία και τα σχολεία με την παροχή κοινωνικών και συναισθηματικών ευκαιριών μάθησης. Περικοπές στην προσχολική υποστήριξη και το εκπαιδευτικό σύστημα μπορεί να έχει δια βίου επιπτώσεις στην ψυχική ευεξία [106]. Το οικονομικό στρες, μέσω της επιρροής της γονικής ψυχικής υγείας, η οικογενειακή αλληλεπίδραση και η ανατροφή των παιδιών, έχει επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των παιδιών και των εφήβων [107,108]. Ο αντίκτυπος της ακραίας φτώχειας για τα παιδιά μπορεί να περιλαμβάνει γνωστικά, συναισθηματικά και σωματικά αναπτυξιακά ελλείμματα και οι επιπτώσεις στην υγεία και την ευημερία μπορεί να είναι δια βίου [109].

Μια παρακολούθηση δεδομένων πληθυσμού σε εθνικό επίπεδο από τη Φινλανδία, η οποία γνώρισε μια σοβαρή οικονομική ύφεση στις αρχές της δεκαετίας του 1990, αποκαλύπτει θλιβερά στοιχεία: σε ηλικία 21 ετών ένας στους τέσσερις από αυτούς που γεννήθηκαν το 1987 είχε διαπράξει ποινικό αδίκημα και ένας στους πέντε είχαν λάβει ψυχιατρική φροντίδα [110].

- Λιγότεροι θάνατοι από τροχαία ατυχήματα

Ο αριθμός θανάτων από τροχαία ατυχήματα μειώθηκε κατά 2.300 ετησίως κατά μέσο όρο από το 1991. Πάνω από το 60% των θανάτων καταγράφεται σε επαρχιακές οδούς και το υπόλοιπο 30% σε κατοικημένες περιοχές. Τα αυτοκινητιστικά δυστυχήματα ευθύνονται για το 60% των θανάτων που καταγράφονται σε επαρχιακές οδούς και αυτοκινητοδρόμους [111].

- Φτώχεια ή κοινωνικός αποκλεισμός

Η εισοδηματική φτώχεια, η υλική στέρηση και η μη πρόσβαση στην εργασία αποτελούν τις βασικές πτυχές της φτώχειας στην ΕΕ. Η εισοδηματική φτώχεια πλήττει περίπου 81 εκατομμύρια πολίτες της ΕΕ. Περίπου 40 εκατομμύρια άνθρωποι θεωρείται ότι πλήττονται από σοβαρή υλική στέρηση. Περίπου 38 εκατομμύρια άνθρωποι ζουν σε νοικοκυριά όπου οι ενήλικες εργάζονται πολύ λιγότερο σε σχέση με τις δυνατότητές τους [112].

- Τάσεις μακροχρόνιας ανεργίας

Τα άτομα που δεν εργάζονται για διάστημα μεγαλύτερο του ενός έτους θεωρούνται μακροχρόνια άνεργοι. Από το 1994 έως το 2008, η μακροχρόνια ανεργία παρουσίασε πτωτική τάση στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Τα άτομα που έχασαν τις θέσεις εργασίας τους με την εκδήλωση της κρίσης θα προστίθενται όλο και περισσότερο στην κατηγορία των μακροχρόνια ανέργων. Είναι δυνατόν τα άτομα να πλήττονται ταυτόχρονα από περισσότερες από μία πτυχές της φτώχειας [113].

- Πρόωρη εγκατάλειψη της εκπαίδευσης

Διαπιστώνεται σαφής σύνδεση μεταξύ της εκπαίδευσης και του κινδύνου της φτώχειας. Τα άτομα με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης αντιμετωπίζουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο φτώχειας [114].

Κατά τη μελέτη των Οικονόμου και συν. το 2013 [115] σχετικά με τις υποομάδες του πληθυσμού οι οποίες είναι πιο ευάλωτες στην αυτοκτονικότητα, φάνηκε να παίζουν σημαντικό ρόλο κατά τη διάρκεια της ύφεσης, οι κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές ιδιαίτερα η ανεργία, η εργασιακή ανασφάλεια και η απώλεια εισοδήματος [116-118].

Για παράδειγμα, τα άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο ενδέχεται να αντιμετωπίσουν δυσκολίες στην εύρεση εργασίας ή μπορεί να βιώνουν μια ασυμφωνία μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου τους και του μισθού τους. Οι άνδρες και οι παντρεμένοι είναι το μόνο στήριγμα στην ελληνική οικογένεια και μπορεί να αισθάνονται ανίκανοι να παρέχουν στις οικογένειές τους τα απαραίτητα που οφείλονται λόγω της ανεργίας ή της εργασιακής ανασφάλειας. Οι ηλικιακές ομάδες που εμφανίζουν τη μεγαλύτερη αύξηση στην αυτοκτονικότητα στη μελέτη μας ήταν εκείνες που βιώνουν τις μεγαλύτερες αλλαγές στα ποσοστά ανεργίας τα τελευταία χρόνια [119].

Επιπλέον, τα άτομα ηλικίας 55-64 ετών είχαν να ασχοληθούν με την πρόωρη υποχρεωτική συνταξιοδότηση το 2011. Η έρευνα έχει δείξει ότι οι άνθρωποι που πλησιάζουν τη συνταξιοδότηση κατά τη στιγμή της οικονομικής κρίσης είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στο άγχος και την αβεβαιότητα που οφείλεται σε διαταραχές στις οικονομικές προετοιμασίες τους [120] και την εξάρτηση από πόρους σταθερού εισοδήματος (π.χ. συντάξεις), οι οποίες υπόκεινται στις διακυμάνσεις της αγοράς [121].

Η σημαντική αύξηση στην εμφάνιση της απόπειρας αυτοκτονίας μεταξύ εκείνων που έχουν αναζητήσει επαγγελματική βοήθεια και εκείνων που λαμβάνουν ψυχοτρόπες ουσίες είναι σύμφωνες με την αύξηση της χρήσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και τη συχνότητα αναζήτησης βοήθειας για ψυχολογικά προβλήματα σε περιόδους οικονομικών αντιξοοτήτων [122].

Ένας Έλληνας αυτοκτονεί για κάθε ποσοστιαία μονάδα μείωσης του ελλείμματος της ελληνικής οικονομίας σύμφωνα με νέα ερευνητική μελέτη του οικονομικού τμήματος του Πανεπιστημίου του Portsmouth της Βρετανίας. Για πρώτη φορά στην ακαδημαϊκή βιβλιογραφία αποδεικνύεται με επιστημονική μέθοδο εμπειρικής ανάλυσης ότι η αύξηση των αυτοκτονιών στην Ελλάδα οφείλεται κατεξοχήν στα μέτρα λιτότητας που άρχισαν να εφαρμόζονται από το 2009. Οι ακαδημαϊκοί που διεξήγαγαν και συνέταξαν τη μελέτη, ο λέκτωρ Νικόλαος Αντωνάκης και ο καθηγητής και επικεφαλής του τμήματος Alan Collins αποδίδουν μία στις δύο αυτοκτονίες Ελλήνων ευθέως στην ανεργία, τη μείωση του εισοδήματος και την έλλειψη πρόσβασης στην υγεία που προκάλεσαν τα μέτρα λιτότητας [123].

Οι θλιβεροί αριθμοί του Portsmouth για τις αυτοκτονίες στην Ελλάδα [123]:

- Κάθε 1% μείωση των δημοσίων δαπανών οδηγεί σε 0,3% αύξηση των συνολικών αυτοκτονιών.
- Κάθε 1% μείωση των ποσοστών γονιμότητας οδηγεί σε αύξηση 2,54% των αυτοκτονιών γυναικών μεταξύ 25 και 44 ετών.
- Κάθε 1% αύξηση της ανεργίας στους άνδρες μεταξύ 25-44 οδηγεί σε αύξηση των αυτοκτονιών 4,5%.
- 13 στις 97 αυτοκτονίες μεταξύ 2009 και 2010 οφείλονται αποκλειστικά στη λιτότητα.

4.6 Αυτοκτονίες και Οικονομική Κρίση

Δυστυχώς η άνοδος της ανεργίας συνοδεύεται και από την καταγραφή της δραματικής ανόδου των αυτοκτονιών, τετελεσμένων και αποπειρών, σε όλη τη χώρα. Θλιβερό προβάδισμα έχουν η Θεσσαλονίκη και η Θεσσαλία, όπως φαίνεται στον Πίνακα 4. Ένας άνθρωπος αυτοκτονεί κάθε δύο μέρες στο λεκανοπέδιο Αττικής [124].

Πίνακας 4. Αυτοκτονίες και απόπειρες ανά περιφέρεια για τα έτη 2009-2011 [124]

| Περιφέρεια | 2009 | 2010 | 2011 |
|---------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Αττικής | 158 | 178 | 198 |
| Θεσσαλονίκης | 55 | 98 | 97 |
| Ανατ. Μακεδονίας & Θράκης | 30 | 39 | 30 |
| Κεντρικής Μακεδονίας | 34 | 42 | 25 |
| Δυτικής Μακεδονίας | 9 | 11 | 15 |
| Ηπείρου | 16 | 18 | 16 |
| Θεσσαλίας | 32 | 56 | 46 |
| Στερεάς Ελλάδας | 34 | 28 | 25 |
| Πελοποννήσου | 41 | 45 | 36 |
| Δυτικής Ελλάδος | 32 | 41 | 41 |
| Ιονίων Νήσων | 12 | 10 | 8 |

Οι αυτοκτονίες και οι απόπειρες αυτοκτονιών από τις αρχές του 2009 έως τις 10 Δεκεμβρίου 2011 ανέρχονται σε 1.727, με σχεδόν όλους τους δείκτες να παρουσιάζουν σημαντική αυξητική τάση από το 2009 στο 2010 -όσο έμπαινε η χώρα πιο βαθιά στο μάτι του οικονομικού κυκλώνα-, ενώ το 2011 παρατηρείται μικρή μείωση σε σχέση με το 2010, με τους δείκτες ωστόσο να παραμένουν υψηλοί αναλογικά με το 2009 [124].

Η αύξηση των αυτοκτονιών (τετελεσμένες ή απόπειρες) παρατηρείται κυρίως το 2010 σε σχέση με το 2009, αφού σύμφωνα με τα στοιχεία σε 14 περιφέρειες της χώρας ο συνολικός αριθμός το 2009 έφτασε τις 507, το 2010 εκτινάχθηκε στις 622 και το 2011 υποχώρησε σχετικά στις 598 [124].

Σύμφωνα με τα στοιχεία από τη Γενική Αστυνομική Διεύθυνση Αττικής έως τις 23.08.2012 καταγράφονται 212 περιστατικά. Στη μόνη περιφέρεια όπου το 2010 σημειώθηκαν λιγότερα αντίστοιχα φαινόμενα με το 2009 είναι αυτή της Κρήτης, όπου το 2009 έγιναν 37 απόπειρες αυτοκτονιών ή αυτοκτονίες, το 2010 περιορίστηκαν στις 30 και το 2011 ξεπέρασαν και τις δύο χρονιές φτάνοντας τις 39. Στοιχεία που να διαχωρίζουν τις τετελεσμένες αυτοκτονίες από τις απόπειρες, για να εξαχθούν πιο ασφαλή συμπεράσματα, δεν δόθηκαν [125].

Τρεις αυτοκτονίες κάθε 2 ημέρες στην Ελλάδα της κρίσης [125].

Αυτοκτονία και αυτοκτονικότητα έχει βρεθεί να φέρει ισχυρή συσχέτιση τόσο με ψυχιατρικούς όσο και με κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες [49].

Η παρουσία μιας ψυχιατρικής διαταραχής είναι ένας από τους πιο σταθερά αναγνωρισμένους παράγοντες κινδύνου για την αυτοκτονία και την αυτοκτονικότητα [126,127], με ψυχογράφηματα αυτοψίας τα οποία αποκαλύπτουν ότι πάνω από το 90% των θυμάτων αυτοκτονίας έπασχε από ψυχική ασθένεια κατά τη στιγμή του θανάτου τους [128], συνηθέστερα από διαταραχές της διάθεσης [129].

Αντίθετα, όλο και περισσότερες ενδείξεις έχουν τεκμηριώσει τη σχέση μεταξύ αυτοκτονίας και αυτοκτονικότητας με κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, όπως η ανεργία, το εισόδημα και η οικογενειακή κατάσταση [49,130,131].

Σύμφωνα με όλα αυτά, κατά τη διάρκεια περιόδων οικονομικής ύφεσης, με τις επιπτώσεις της, συμπεριλαμβανομένης και της οικονομικής δυσπραγίας, η απώλεια θέσεων εργασίας και την αυξημένη συχνότητα της κατάθλιψης [79,80,89,95], η αυτοκτονία γίνεται μια διαρκής ανησυχία [132].

Η υγεία και οι επιπτώσεις στην ψυχική υγεία από την οικονομική κρίση στην Ελλάδα, έχουν προσελκύσει όλο και μεγαλύτερη προσοχή [79,133,134], με ιδιαίτερη έμφαση σε μια πιθανή αύξηση των αυτοκτονιών και της αυτοκτονικότητας [72,84,134,135].

Αυτό είναι πρωταρχικής σημασίας, δεδομένων των χαμηλών ποσοστών αυτοκτονιών της χώρας που καταγράφονται σε προηγούμενες μελέτες [78,136,137].

Σε μια προσπάθεια να αξιολογηθεί ο αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία του ελληνικού πληθυσμού, διεξήχθησαν δύο τμηματικές σε εθνικό επίπεδο μελέτες το 2009 και το 2011 (πριν και μετά την εισαγωγή του μνημονίου οικονομικής και δημοσιονομικής πολιτικής στην καθημερινή ζωή του πληθυσμού) [115]. Η μελέτη των Οικονόμου και συν το 2013 [115] επικεντρώνεται στα ευρήματα για την αυτοκτονικότητα. Αναφέρεται στην επικράτηση του αυτοκτονικού ιδεασμού και στις απόπειρες σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού πληθυσμού και σε διάφορες υποομάδες του πληθυσμού μεταξύ 2009 και 2011 και σε προγνωστικούς παράγοντες του αυτοκτονικού ιδεασμού και των αποπειρών αυτοκτονίας το 2011.

5. Πρόβλεψη αυτοκτονιών από τους επαγγελματίες υγείας

Ανεξάρτητα από την αιτιολογία της αυτοκτονίας ή την απόπειρα αυτοκτονίας διάφορες μέθοδοι παρέμβασης έχουν προταθεί για την πρόληψη των αυτοκτονιών σε διάφορα επίπεδα [138-142].

Υπήρξαν πολλές μελέτες για παρεμβάσεις που θεωρούνται αποτελεσματικές στη μείωση των ποσοστών αυτοκτονιών [143-148].

Οι περισσότερες παρεμβάσεις για την πρόληψη της αυτοκτονίας τονίζουν τον ενεργό ρόλο της παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Ειδικοί για την αυτοκτονία έχουν προσδιορίσει προληπτικές παρεμβάσεις, όπως την παροχή εκπαίδευσης και προγραμμάτων ενημέρωσης για το ευρύ κοινό και τους επαγγελματίες, τον έλεγχο των μεθόδων για τον εντοπισμό ατόμων υψηλού κινδύνου, τη θεραπεία ψυχιατρικών διαταραχών, περιορίζοντας τις αναφορές των μέσων ενημέρωσης για τις αυτοκτονίες και την πρόσβαση σε θανατηφόρα μέσα [143-148].

Η αυτοκτονία βρίσκεται παντού και αποτελεί επείγουσα κατάσταση για κάθε υπηρεσία υγείας. Η απελπισία είναι ο σημαντικότερος προγνωστικός παράγοντας που μπορεί να οδηγήσει στην αυτοκτονικότητα. Η έλλειψη ελπίδας και το ιστορικό προηγούμενης απόπειρας αποτελούν τους δύο πιο ευαίσθητους δείκτες πρόβλεψης κινδύνου αυτοκτονικότητας. Ωστόσο, η αυτοκτονία είναι ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο και δεν προκαλείται από ένα και μόνο αίτιο. Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά μπορεί να διαμορφωθεί σε έναν άνθρωπο μέσω των χαρακτηριστικών της προσωπικότητάς του, όπως απουσία εσωτερικού ελέγχου, συνδυαστικά με συναισθήματα που βιώνει, είτε αυτά είναι χρόνια, όπως θυμός και απογοήτευση, είτε οφείλονται σε μία συγκεκριμένη κατάσταση, όπως απώλεια ή διαζύγιο. Η ευαισθησία και το ενδιαφέρον απέναντι στους ανθρώπους με αυτοκαταστροφικές σκέψεις μπορεί κυριολεκτικά να τους σώσει τη ζωή, τόσο από μέρους των κοντινών

τους ατόμων, όσο και από τους ειδικούς ψυχικής υγείας αλλά και από την κοινωνία στο σύνολό της [1,2].

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ανθρώπων που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν δείχνουν ορισμένα δείγματα των σκοπών τους προτού προβούν σε αυτή την πράξη. Τα συμπτώματα του αυτοκτονικού ιδεασμού είναι άμεσα ορατά, ιδιαιτέρως από τα κοντινά πρόσωπα του ατόμου. Η αίσθηση της απελπισίας, η οποία μπορεί να εκφράζεται μέσω φράσεων όπως «τίποτα δεν πρόκειται να αλλάξει προς το καλύτερο», η αίσθηση του αβοήθητου, η πεποίθηση ότι συνιστά κανείς εμπόδιο στη ζωή της οικογένειας και των φίλων του, η κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ουσιών, η τακτοποίηση εκκρεμοτήτων, η προετοιμασία κάποιου σημειώματος για επικείμενη αυτοκτονία και η τάση για ατυχήματα, όπως η εκούσια απροσεξία σε επικίνδυνες καταστάσεις αποτελούν στοιχεία που εάν γίνουν αντιληπτά μπορούν να προλάβουν μία πιθανή απόπειρα αυτοκτονίας [1,2].

5.1 Δείκτης πρόβλεψης

Το 15% των ασθενών με διαταραχή της διάθεσης θα αυτοκτονήσουν [149].

Σε έρευνες έχει καταδειχθεί ότι το 19-24% των ατόμων που αυτοκτονούν, έχει προβεί προηγούμενα σε ανάλογη πράξη [150].

Μελέτες δείχνουν ότι περίπου το 40% των καταθλιπτικών ασθενών που αυτοκτόνησαν, είχαν στο ιστορικό τους προηγούμενη απόπειρα [151-153].

Μία προηγούμενη απόπειρα είναι, ίσως, ο καλύτερος δείκτης για το γεγονός ότι ο ασθενής είναι στην ομάδα υψηλού κίνδυνου για αυτοκτονία [154-157].

Φαίνεται λοιπόν, πόσο σημαντική είναι, τόσο από ψυχιατρικής, όσο και από κοινωνικής πλευράς, η αναγνώριση των χαρακτηριστικών των ατόμων που προέβησαν προηγούμενα σε μία απόπειρα αυτοκτονίας ή και αυτοτραυματισμού [154-157].

Θα πρέπει να διερευνηθεί σε βάθος αν οι άνδρες, τα άτομα με μείζονα κατάθλιψη, αυτοί που αντιμετωπίζουν οικονομική πίεση, τα άτομα με προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας, τα παντρεμένα άτομα και τα άτομα με χαμηλά επίπεδα διαπροσωπικής εμπιστοσύνης εμφανίζουν αυτοκτονικό ιδεασμό ή έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν. Οι γιατροί δεν πρέπει να αγνοούν ότι περίπου το 90% των μη προγραμματισμένων και το 60% των προγραμματισμένων πρώτων αποπειρών αυτοκτονίας συμβαίνουν εντός του πρώτου έτους από το σύνολο του αυτοκτονικού ιδεασμού [127]. Στο πλαίσιο αυτό, η έγκαιρη ανίχνευση των προβλημάτων ψυχικής υγείας και η κατάθλιψη, ειδικότερα, είναι πρωταρχικής σημασίας [158].

Σε προγράμματα που έχουν σχεδιαστεί ειδικά για να εκπαιδεύσουν ιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης στη διάγνωση και θεραπεία της κατάθλιψης έχουν αναφερθεί μειώσεις στα ποσοστά αυτοκτονίας [146].

Η ανάπτυξη προγραμμάτων κοινωνικής προστασίας, όπως τα προγράμματα επέκτασης εργατικού δυναμικού, τα συστήματα κοινωνικής στήριξης, καθώς και η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και την ασφάλιση υγείας θα μπορούσε να μετριάσει τις αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία της οικονομικής κρίσης και της ανεργίας [132,159].

Σε απάντηση σε όλα τα είδη της απώλειας, οι άνθρωποι βιώνουν θλίψη, η οποία με τη σειρά της, αν δεν αναγνωριστεί προσεκτικά, μετατρέπεται σε μείζονα κατάθλιψη. Μελέτες έχουν δείξει ότι γεγονότα απώλειας συνδέονται με την κατάθλιψη [160,161], με την έννοια της απώλειας που συνεπάγεται το θάνατο, οικονομικές και υλικές ζημιές. Επιπλέον, μελέτες που έχουν επεκταθεί σε αυτή τη μορφή της έρευνας δείχνουν ότι η απώλεια αυτή καθαυτή δεν στηρίζει την κατάθλιψη, αλλά συναφείς εκδηλώσεις που χαρακτηρίζονται από την ταπείνωση, την ήττα ή την απουσία προοπτικής ότι τα πράγματα θα βελτιωθούν στο μέλλον [162-164]. Σύμφωνα με αυτά, μια φυσιολογική αντίδραση της θλίψης σε συνδυασμό με αυτές τις διαφορετικές ιδιότητες των ζημιογόνων γεγονότων (την ταπείνωση, την ήττα ή την έλλειψη αισιοδοξίας) μπορούν να ενισχύσουν τη μεταστροφή σε μείζονα κατάθλιψη. Οι κλινικοί γιατροί θα πρέπει να εναρμονιστούν με αυτές τις διαδικασίες και για τους ανθρώπους οι οποίοι εκδηλώνουν συμπτώματα πένθους, θλίψης και κατάθλιψης [80].

6. Πρόληψη

Η αυτοκτονία είναι η πιο αποτρέψιμη αιτία θανάτου μεταξύ των κορυφαίων 20 σημαντικότερων αιτιών θνησιμότητας σε παγκόσμιο επίπεδο για όλες τις ηλικίες. Κατά τα τελευταία 50 χρόνια τα ποσοστά αυτοκτονιών αυξήθηκαν κατά 60% σε παγκόσμιο επίπεδο, ενώ στην Ινδία υπάρχει 43% αύξηση στο ποσοστό αυτοκτονιών στις τρεις τελευταίες δεκαετίες [165].

Κάθε άτομο διαφέρει στην αιτιολογία της αυτοκτονίας ή της απόπειρας αυτοκτονίας λόγω των διαφορετικών κοινωνικών και προσωπικών περιστάσεων και των βιολογικών προδιαθέσεων [166].

Βασικός προληπτικός παράγοντας είναι η διατήρηση της ψυχικής υγείας των πολιτών. Όσο πιο καλή είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας, όπως η έγκαιρη ανίχνευση της ψυχοπαθολογίας ενός πολίτη, καθώς και η πρόληψη άλλων παραγόντων κινδύνου, όπως η ανεργία ή το χαμηλό οικονομικό επίπεδο, τόσο πιο μεγάλη είναι και η πρόληψη των αυτοκτονιών [1,2].

Ως εκ τούτου υπάρχουν δείγματα της πρόθεσης απόπειρας αυτοκαταστροφής, τα οποία μπορούν να γίνουν εύκολα τόσο αντιληπτά και αναγνωρίσιμα, όσο και ικανά

στο να προληφθεί κατά το μέγιστο δυνατό τρόπο η ίδια η απόπειρα. Πολλές φορές ο ρόλος εκείνου ο οποίος είναι σε θέση να αντιληφθεί και να ερμηνεύσει τέτοια δείγματα είναι πρωτίστως το οικείο περιβάλλον και έπειτα η μεθοδευμένη παρέμβαση των επαγγελματιών υγείας. Τέτοια δείγματα είναι:

Η ιδιαίτερα συχνή προαυτοκτονική συμπεριφορά [48]

A. Επιβαρυντικό γεγονός (συχνά απώλεια προσώπου ή εργασίας)

B. Συναισθηματική μεταστροφή

Κατάθλιψη, άγχος, κινητοποίηση, αίσθημα μοναξιάς, ενοχές, αίσθημα απόρριψης, κακή αυτοεικόνα, προβλήματα ύπνου.

(Σε ότι αφορά την κινητοποίηση ιδιαίτερα κρίσιμη είναι η περίοδος της αρχής της κατάθλιψης ή της ανάρρωσης μετά από αγωγή)

Με τα στάδια B και Γ σχετίζεται άμεσα η εμφάνιση του αυτοκτονικού ιδεασμού

Γ. Αλλαγές στη συμπεριφορά και στο λόγο που υποδεικνύουν ότι το άτομο είναι κοντά στην αυτοκτονική απόπειρα [48].

Τα σημάδια προειδοποίησης [55]

Ένα άτομο που σκοπεύει να αυτοκτονήσει μπορεί να:

- Μιλά για αυτοκτονία.
- Παρουσιάζει δραστικές αλλαγές στη συμπεριφορά του.
- Απομονώνεται από κοινωνικές συναναστροφές.
- Παρουσιάζει διαταραχές στις διατροφικές του συνήθειες και τον ύπνο του.
- Παραμελεί την προσωπική του εμφάνιση.
- Χάνει το ενδιαφέρον του για εργασία, χόμπι κλπ.
- Προετοιμάζεται, φτιάχνοντας τη διαθήκη του, τακτοποιώντας οικονομικές εκκρεμότητες κ.ά.
- Εκδηλώνει παρακινδυνευμένη συμπεριφορά.
- Βίωσε πρόσφατα σημαντικές απώλειες στη ζωή του.
- Παρουσιάζει εμμονή με την ιδέα του θανάτου.
- Εμφανίζει αυξημένη χρήση αλκοόλ/ ναρκωτικών ουσιών.

-Έχει αποπειραθεί να αυτοκτονήσει και στο παρελθόν.

-Παρουσιάζει ιστορικό βίας και επιθετικότητας.

-Αρνείται να απευθυνθεί σε ειδικούς για βοήθεια [55].

Η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών και αυτοκτονιών [167]

Οι ψυχικές διαταραχές επηρεάζουν τους ανθρώπους όλων των ηλικιών, των πολιτισμών και των ομάδων του πληθυσμού. Η αυτοκτονία είναι ένα από τα πιο τραγικά αποτελέσματα. Εννέα από τις δέκα χώρες του κόσμου με τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών βρίσκονται στην Ευρώπη.

Προληπτικές στρατηγικές περιλαμβάνουν τη μείωση των παραγόντων κινδύνου που συμβάλλουν σε προβλήματα ψυχικής υγείας και την ενίσχυση των προστατευτικών παραγόντων που σχετίζονται με την καλή ψυχική υγεία. Η μακροχρόνια εμπειρία, που υποστηρίζεται από επενδύσεις χωρών, έχει οδηγήσει σε αποτελεσματικές παρεμβάσεις και παραδείγματα καλής πρακτικής. Αυτά μπορεί να εμπνεύσουν τις στρατηγικές και τις πολιτικές προς όφελος των ατόμων με κακή ψυχική υγεία και τις οικογένειες και τους φροντιστές τους [167].

Σύμφωνα με τους Hasin και συν. [168] η έγγαμη κατάσταση έχει από καιρό αναγνωριστεί ως ένας προστατευτικός παράγοντας κατά της μείζονος κατάθλιψης. Παρ' όλα αυτά, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι το να είναι παντρεμένος κάποιος αποτελεί ένα παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη της μείζονος κατάθλιψης εν μέσω οικονομικής κρίσης. Το συγκεκριμένο εύρημα μπορεί να ερμηνευθεί σύμφωνα με τους Conger και συν. [169], υπό το πρίσμα του μοντέλου άγχος της οικογένειας. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η οικονομική πίεση αυξάνει τον κίνδυνο των συζύγων με καθημερινές οικονομικές δυσκολίες με αποτέλεσμα τα συναισθήματα της θλίψης, της απαισιοδοξίας για το μέλλον και το θυμό. Ο συναισθηματικός κίνδυνος που βιώνουν οδηγεί τους συζύγους να αλληλεπιδρούν μεταξύ τους σε ένα οξύθυμο και λιγότερο υποστηρικτικό πνεύμα, αυξάνοντας το επίπεδο της συζυγικής σύγκρουσης μεταξύ τους. Οι οικογενειακές συγκρούσεις, με τη σειρά τους, έχει αποδειχθεί ότι συνδέονται με την κατάθλιψη [169,170]. Το συγκεκριμένο μοντέλο έχει επίσης λάβει εμπειρική υποστήριξη από την έρευνα στις ρουμανικές οικογένειες κατά τη διάρκεια της μετά την κομμουνιστική περίοδο [171], όταν η χώρα αντιμετώπισε σοβαρή και επίμονη οικονομική ύφεση [172].

7. Μέρμνα

7.1 Πολιτικοί προβληματισμοί

Αν και η αποτελεσματικότητα των διαφόρων προληπτικών παρεμβάσεων αυτοκτονίας έχει μελετηθεί στην κύρια έρευνα, πολλές παρεμβάσεις που βρίσκονται σήμερα σε χρήση δεν έχουν ακόμη αξιολογηθεί [173].

Με βάση τα περιορισμένα στοιχεία μέχρι σήμερα, ορισμένες παρεμβάσεις που στοχεύουν σε συγκεκριμένους πληθυσμούς έδειξαν κάποιο όφελος για τα ενδιαμέσα αποτελέσματα, αλλά και κάποιες άλλες έδειξαν άμεσες επιπτώσεις στα ποσοστά θνησιμότητας. Λόγω των περιορισμένων αποδεικτικών στοιχείων και της ετερογένειας των παρεμβάσεων, δεν ήταν δυνατόν να καθοριστεί εάν μία παρέμβαση ήταν πιο αποτελεσματική από ό, τι μία άλλη. Τοπικοί παράγοντες, όπως τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού και το κοινωνικό, πολιτιστικό και κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο, πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την προσπάθεια να γενικευθούν αυτά τα ευρήματα σε άλλους πληθυσμούς [173].

Η αυτοκτονία είναι το αποτέλεσμα πολύπλοκων αλληλεπιδράσεων μεταξύ διαφόρων παραγόντων κινδύνου και προστατευτικών επιρροών. Κατά συνέπεια, θα απαιτηθεί μια στρατηγική που περιλαμβάνει ένα συνδυασμό των προσεγγίσεων πρόληψης αυτοκτονιών που αφορούν διάφορους παράγοντες κινδύνου σε διάφορα επίπεδα. Κατά την εφαρμογή μιας νέας στρατηγικής, ένα πλαίσιο αξιολόγησης θα πρέπει να συσταθεί για να βοηθήσει να καθοριστεί η αποτελεσματικότητά της [173].

Τα στοιχεία της μελέτης των Οικονόμου και συν. δείχνουν ότι οι άνδρες έχουν αυξημένες σημαντικές πιθανότητες για απόπειρα αυτοκτονίας. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί από διάφορους παράγοντες, όπως είναι η εργασιακή ανασφάλεια, η απώλεια εισοδήματος, οι κοινωνικοί ρόλοι των ανδρών που είναι στενά συνδεδεμένοι με τις συνθήκες απασχόλησης και η χαμηλή διαθεσιμότητα κοινωνικής υποστήριξης [115].

Για παράδειγμα οι Moller-Leimkuhler [174] συνέδεσαν την ευπάθεια των ανδρών της δυτικής και ανατολικής Ευρώπης, καθώς και της Ρωσίας για αυτοκτονία παρατηρώντας ότι οι άνδρες τείνουν να είναι λιγότερο κοινωνικά ενταγμένοι, να έχουν μικρότερη κοινωνική υποστήριξη και να είναι συναισθηματικά πιο απομονωμένοι.

Ο αυξημένος κίνδυνος για απόπειρες αυτοκτονίας μεταξύ των παντρεμένων ατόμων μπορεί να ερμηνευθεί υπό το πρίσμα του μοντέλου άγχος της οικογένειας, όπου τα ζευγάρια που αντιμετωπίζουν οικονομική πίεση θυμώνουν, είναι λυπημένα και απαισιόδοξα για το μέλλον. Η συναισθηματική δυσφορία οδηγεί τους συζύγους να αλληλεπιδρούν με ένα μη υποστηρικτικό και οξυθυμο τρόπο, με αποτέλεσμα την

οικογενειακή διαμάχη. Η οικογενειακή σύγκρουση με τη σειρά της συνδέεται με την κατάθλιψη [175,176] και την αυτοκτονία [177].

Αυτό το μοντέλο έχει λάβει υποστήριξης σε μελέτες που διεξήχθησαν στις Ηνωμένες Πολιτείες [178], την Τσεχική Δημοκρατία [179], τη Φινλανδία [180], τη Ρουμανία [181] και την Κορέα [182].

7.2 Οι κίνδυνοι για την ψυχική υγεία μπορούν να ελαχιστοποιηθούν

Οι χώρες με ισχυρά δίκτυα κοινωνικής ασφάλειας βλέπουν μικρότερες αλλαγές στην ψυχική υγεία του πληθυσμού που σχετίζονται με την οικονομική ύφεση [183].

Τα ευρωπαϊκά δεδομένα δείχνουν ότι, σε χώρες με καλή επίσημη κοινωνική προστασία, οι ανισότητες στην υγεία δεν είναι απαραίτητο να διευρυνθούν κατά τη διάρκεια μιας ύφεσης [99].

Για παράδειγμα, στη Φινλανδία και τη Σουηδία, σε μια περίοδο βαθιάς οικονομικής ύφεσης και μεγάλης αύξησης της ανεργίας, οι ανισότητες στην υγεία παρέμειναν σε γενικές γραμμές αμετάβλητες και τα ποσοστά αυτοκτονιών μειώθηκαν, πιθανώς λόγω των κοινωνικών παροχών και υπηρεσιών που σε γενικές γραμμές παρέμειναν και ρυθμίζονταν έναντι στις διαρθρωτικές πιέσεις προς διεύρυνση των ανισοτήτων στην υγεία [184-186].

Αυτά τα ευρωπαϊκά ευρήματα επανέλαβαν τα στοιχεία από τις ΗΠΑ που συνδέουν τα αυξημένα ποσοστά αυτοκτονίας με τη μείωση των δαπανών κοινωνικής πρόνοιας [187].

Οι μεταρρυθμίσεις στην κοινωνική πρόνοια να διατηρήσουν ή να ενισχύσουν τα δίκτυα ασφαλείας και τα συστήματα φορολογίας για τη μείωση των ανισοτήτων εισοδήματος ενδεχομένως θα μπορούσε να συμβάλει στην προστασία της ψυχικής υγείας. Τα ταξινομημένα στοιχεία δείχνουν ότι οι κοινωνικές αποκρίσεις προστασίας είναι ζωτικής σημασίας για την άμβλυση της κακής ψυχικής υγείας σε κάθε οικονομική κρίση, ενώ τα υψηλά επίπεδα εισοδηματικής ανισότητας σχετίζονται με την κακή ψυχική υγεία. Μια ολιστική προσέγγιση για τις προκλήσεις στην ψυχική υγεία από την τρέχουσα οικονομική κρίση απαιτεί παρεμβάσεις σε διάφορους τομείς. Εκτός από τα ευρέα μέτρα κοινωνικής πρόνοιας που υπερβαίνουν τα θέματα ψυχικής υγείας και μόνο, η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα, τα ενεργητικά προγράμματα για την αγορά, η στήριξη της οικογένειας και προγράμματα για γονείς, ο έλεγχος του αλκοόλ, η προώθηση του κοινωνικού κεφαλαίου και προγράμματα ελάφρυνσης του χρέους αποτελούν τους ακρογωνιαίους λίθους επιτυχημένων πολιτικών για την πρόληψη των προβλημάτων ψυχικής υγείας στον πληθυσμό. Υπάρχει επίσης μια αναδυόμενη βάση τεκμηρίωσης για την σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας των δράσεων αυτών [187].

8. Αντιμετώπιση

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει ενθαρρύνει τη συλλογή δεδομένων σχετικά με τη συχνότητα και τους παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία ώστε να ενημερώσει για το σχεδιασμό των στρατηγικών δημόσιας υγείας και των πολιτικών υγείας [4].

Προηγούμενη έρευνα έχει δείξει ότι οι αυτοκτονικές σκέψεις και οι απόπειρες, οι οποίες στο εξής θα αναφέρονται ως "αυτοκτονικότητα", θα πρέπει να γίνονται αντιληπτές ως προάγγελοι πιο σοβαρών αυτοκτονικών πράξεων [188,189].

Στη μελέτη των Οικονόμου και συν. [115], ο μόνος σημαντικός προστατευτικός παράγοντας σε σχέση με τον αυτοκτονικό ιδεασμό ήταν η διαπροσωπική εμπιστοσύνη. Αυτό έχει ληφθεί υπόψη για καιρό ως μέτρο του κοινωνικού κεφαλαίου [190], το οποίο με τη σειρά του έχει συνδεθεί με χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας [191] συμπεριλαμβανομένων των θανάτων από αυτοκτονία [192], παραχωρώντας με τον τρόπο αυτό υποστήριξη στο δημιουργικό έργο του Durkheim σχετικά με την κοινωνική ολοκλήρωση και την αυτοκτονία [193].

Το κοινωνικό κεφάλαιο γενικά και η διαπροσωπική εμπιστοσύνη ειδικότερα μπορούν να προστατεύσουν τους πολίτες από τον αναπτυσσόμενο αυτοκτονικό ιδεασμό, ακόμα και σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Αυτό υποστηρίζει τις συστάσεις για την ενίσχυση του κοινωνικού κεφαλαίου για την άμβλυση των επιπτώσεων στην υγεία και την ψυχική υγεία της ύφεσης [132,159].

Ο ρόλος των μέσων ενημέρωσης για τις αυτοκτονίες

Τα στοιχεία δείχνουν ότι εντυπωσιάζοντας σε μεγάλο βαθμό με αναφορές για αυτοκτονίες, παρέχοντας λεπτομερείς περιγραφές των μεθόδων, μπορεί και οδηγεί σε "μιμητές" αυτοκτονιών. Από την άλλη πλευρά, η υπεύθυνη υποβολή εκθέσεων σχετικά με τις αυτοκτονίες μειώνει τους μιμητές αυτοκτονίας [194,195], ιδίως μεταξύ των εφήβων [196].

Οι κατευθυντήριες γραμμές των ΜΜΕ (Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης) για την αναφορά αυτοκτονιών και η παρακολούθηση του στιγματισμού της αναφοράς των μέσων ενημέρωσης έχουν συνδεθεί με μειωμένο στιγματισμό στον Τύπο και με τη μείωση των αυτοκτονιών [194,196]. Στην οικονομική κρίση, η αυξημένη κάλυψη από τα ΜΜΕ πιθανόν αυξάνει τις αυτοκτονίες και μπορεί έτσι να έχει αρνητικές συνέπειες και να συμβάλλει σε μια "χιονοστιβάδα". Η στενή συνεργασία μεταξύ των εκπροσώπων των ΜΜΕ και ειδικών ψυχικής υγείας, καθώς και κοινώς αποδεκτών κατευθυντήριων γραμμών αναφοράς αυτοκτονίας απαιτούνται για την πρόληψη των αυξημένων αυτοκτονιών που σχετίζονται με τα μέσα ενημέρωσης σε περιόδους οικονομικής δυσπραγίας [159].

Προτεραιότητα για κάθε χώρα που αντιμετωπίζει οικονομική κρίση είναι η προστασία της ποιότητας ζωής των πολιτών της που βρίσκονται σε μεγαλύτερο

κίνδυνο. Σημαντικό ρόλο παίζουν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου το οποίο γίνεται ολοένα και πιο ευάλωτο στην ψυχοκοινωνική απειλή, όπως χαμηλή ανοχή στη ματαιώση ή χαμηλή αυτοεκτίμηση. Η οικονομική ύφεση αποτελεί συγχρόνως ευκαιρία ώστε να προστατευθούν εξειδικευμένες υπηρεσίες της κοινωνίας που απευθύνονται στους ευάλωτους πληθυσμούς, να υποστηριχθεί το κράτος πρόνοιας και να προωθηθούν έγκαιρες παρεμβάσεις, όπως η καταγραφή ατόμων υψηλού κινδύνου, η επανένταξη ανέργων και ατόμων με ψυχιατρικά προβλήματα, η εκπαίδευση ιατρών και νοσηλευτών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην ανίχνευση και θεραπεία της κατάθλιψης και άλλων συνήθων διαταραχών και η καλύτερη πρόσβαση του πληθυσμού στο σύστημα παροχής ψυχικής υγείας.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΜΕΡΟΣ 2^ο

1. Σκοπός της μελέτης

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή των ατόμων που εισήχθησαν σε τριτοβάθμιο γενικό νοσοκομείο της Αθήνας με διάγνωση απόπειρας αυτοκαταστροφής, κατά την 5ετία 2007-2011 και η συσχέτιση των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών τους με, τις μεταβαλλόμενες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες της περιόδου, το ιστορικό παλαιάς ή πρόσφατης απόπειρας αυτοκαταστροφής ή αυτοτραυματισμού ή και με άλλους παράγοντες, καθώς και την πιθανή επιτάχυνσή ή/ εξέλιξή τους με την πάροδο των ετών.

Απώτερος σκοπός της μελέτης είναι η ελπίδα να αναδειχθεί η δυνατότητα πρόβλεψης και πρόληψης από μέρους των επαγγελματιών υγείας των αυτοκαταστροφικών ενεργειών στα πλαίσια του ελέγχου των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών και άλλων παραγόντων. Η αύξηση των αυτοκαταστροφικών δραστηριοτήτων αποτελεί ένα κοινωνικό πρόβλημα του οποίου ως τροχοπέδη μπορεί να λειτουργήσει η άμεση πρόβλεψη των παραγόντων κινδύνου.

2. Υλικό και μέθοδος

Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 491 ασθενείς που προσήλθαν στο ΤΕΠ 3βάθμιου γενικού νοσοκομείου της Αθήνας κατά την 5ετία 2007-2011 με διαγνώσεις εισαγωγής: απόπειρα αυτοκαταστροφής, ή αυτοτραυματισμός, ή την φαρμακευτική δηλητηρίαση και εξετάστηκαν κατά το πρώτο 24ωρο της νοσηλείας. Η μελέτη αποτελεί μια αναδρομική καταγραφή στοιχείων, η συλλογή των οποίων έγινε μέσα από το αρχείο του ψυχιατρικού φακέλου των ασθενών από την ίδια την ερευνήτρια, με την καθοδήγηση και τη βοήθεια των ψυχιάτρων του αντίστοιχου τμήματος.

Δεν υπήρχαν κριτήρια εξαίρεσης ασθενών από τη μελέτη. Όσοι από τους ασθενείς προσήλθαν στο ΤΕΠ του νοσοκομείου με τις τρεις προαναφερόμενες διαγνώσεις, εισήχθησαν στη μελέτη.

3. Ηθική της Μελέτης

Κατατέθηκε έντυπο προς το Επιστημονικό Συμβούλιο (ΕΣ) του νοσοκομείου, που αφορούσε στην άδεια πρόσβασης στον ψυχιατρικό φάκελο των ασθενών για τη συλλογή των δεδομένων. Στο έντυπο αναφερόταν ρητά η διατήρηση της ανωνυμίας, της εμπιστευτικότητας και του απορρήτου των πληροφοριών. Όπως επίσης διαβεβαιώθηκε ότι σε καμία περίπτωση δε θα γίνει αναφορά στο νοσοκομείο ή στα άτομα, κατά τη δημοσίευση των αποτελεσμάτων. Μαζί με την αίτηση κατατέθηκε στο ΕΣ του νοσοκομείου το πρωτόκολλο της μελέτης.

4. Εργαλείο συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με έντυπο καταγραφής που σχεδιάστηκε από την ερευνήτρια σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία και περιείχε στοιχεία του ιατρικού φακέλου (**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ:Α. ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**).

5. Μεθοδολογία

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων της παρούσας μελέτης έγινε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSSversion 19.0 (IBM, SPSS Statistics, 2010, Chicago, Illinois, USA). Για τον έλεγχο καλής προσαρμογής του δείγματος σε μία δεδομένη συνεχή κατανομή εφαρμόστηκε το κριτήριο K-S (Kolmogorov-SmirnovTest). Από τους ελέγχους κανονικότητας που πραγματοποιήθηκαν διαπιστώθηκε ότι τα δεδομένα ακολουθούσαν μη κανονική κατανομή. Για τη διερεύνηση των μεταβλητών της μελέτης χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική. Αναφέρονται η συχνότητα, η μέση τιμή (mean), η τυπική απόκλιση (standard deviation) και το τυπικό σφάλμα (standard error) των μεταβλητών.

Οι συνεχείς μεταβλητές της μελέτης αποδόθηκαν με τη μορφή μέσου όρου \pm τυπική απόκλιση με τις κατηγορικές μεταβλητές να δηλώνονται ως απόλυτοι αριθμοί και ποσοστά επί του συνόλου. Η σύγκριση μεταξύ συνεχών μεταβλητών πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του Mann-Whitney-U ελέγχου για σύγκριση μεταξύ δυο μεταβλητών ή τα στατιστικά μέτρα Kruskal-Wallis-H για τις διατάξιμες μεταβλητές. Αντίστοιχα η σύγκριση των κατηγορικών μεταβλητών πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του κριτηρίου χ^2 ή του Fisher exact test (αν η αναμενόμενη τιμή ήταν <5). Για τις διμεταβλητές συσχετίσεις μεταξύ δύο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο Spearman's (rh) συντελεστής συσχέτισης του. Στατιστικά σημαντικές θεωρήθηκαν οι διαφορές και οι συσχετίσεις με τιμή στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,05$.

Έγινε υπολογισμός αξιοπίστου δείγματος για γενίκευση αποτελεσμάτων με την χρησιμοποίηση του προγράμματος Raosoft Samplesizecalculator και βρέθηκε ότι για επίπεδο αξιοπιστίας 99% απαιτείται δείγμα 286 ατόμων. Σύμφωνα με των υπολογισμό αυτό, το δείγμα των 491 ατόμων που αποτελεί δείγμα της παρούσας μελέτης είναι ικανό να αναδείξει αξιόπιστα αποτελέσματα.

6. Αποτελέσματα

Παρακάτω παρουσιάζονται τα περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

6.1 Δημογραφικά και ειδικά χαρακτηριστικά ασθενών

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν συνολικά 491 ασθενείς από τους οποίους οι 359 ήταν γυναίκες (73,10%). Οι 192 (39%) ασθενείς ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 26-47 έτη και μόνο 42 (8,6%) ήταν >70 έτη. Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση των ασθενών, το 34,2% (168 άτομα) ήταν άγαμοι, ενώ το 27,9% (137 άτομα) ήταν παντρεμένοι και μόνο 89 (23,5%) από αυτούς είχαν τουλάχιστον 1 παιδί. Όσον

αφορά την εργασιακή τους απασχόληση, το 37% (183 ασθενείς) δήλωσαν άνεργοι, το 30% (147 ασθενείς) εργάζονταν και 96 (19,6%) άτομα ήταν μαθητές/σπουδαστές. Σχετικά με την εθνικότητα των ασθενών, φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών (85,1%) είναι έλληνες (Πίνακας 1). Η μελέτη πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια πέντε ετών από το 2007 έως και το 2011. Τα έτη 2009 και 2010 υπήρχε μεγαλύτερος αριθμός προσέλευσης ασθενών στα ΤΕΠ (106 και 107 αντίστοιχα) όπως φαίνεται στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

| Δημογραφικά Χαρακτηριστικά δείγματος | | N (%) | Δημογραφικά Χαρακτηριστικά δείγματος | | N (%) |
|--------------------------------------|--------------|-------------|--------------------------------------|--------------|-------------|
| Φύλο | Άντρες | 132 (26,9%) | Παιδιά | Όχι | 240 (48,8%) |
| | Γυναίκες | 359 (73,1%) | | Ναι | 146 (29,7%) |
| Ηλικία (έτη) | 15-25 | 151 (30,8%) | Εργασιακή απασχόληση | Εργαζόμενος | 147 (30%) |
| | 26-36 | 93 (18,9%) | | Άνεργος | 183 (37,3%) |
| | 37-47 | 99 (20,2%) | | Φοιτητής | 24 (4,9%) |
| | 48-58 | 71 (14,5%) | | Μαθητής | 72 (14,7%) |
| | 59-69 | 35 (7,1%) | | Συνταξιούχος | 65 (13,2%) |
| | >70 | 42 (8,6%) | | | |
| Οικογενειακή κατάσταση | Έγγαμος | 137 (27,9%) | Ασθενείς ανά έτος | 2007 | 100 (20,4%) |
| | Άγαμος | 168 (34,2%) | | 2008 | 87(17,7%) |
| | Διαζευγμένος | 36 (7,3%) | | 2009 | 106 (21,6%) |
| | Χήρος/α | 29 (5,9%) | | 2010 | 107 (21,8%) |
| | Συμβίωση | 62 (12,6%) | | 2011 | 91 (18,9%) |
| | | | Εθνικότητα | ελληνική | 418 (85,1%) |
| | | | | άλλη | 73 (14,9%) |

Όσον αφορά στα ειδικά χαρακτηριστικά των ασθενών, βρέθηκε ότι μόνο το 33,6% (165 άτομα) είχαν προηγούμενο ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας και από αυτούς οι 121 (24,6%) είχαν επιχειρήσει να αυτοκτονήσουν 1-2 φορές στο παρελθόν. Οι 189 ασθενείς (38,5%) που συμμετείχαν στη μελέτη λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή,

ενώ 41(8,4%) από αυτούς νοσηλεύονταν ή είχαν νοσηλευτεί σε ψυχιατρική κλινική στο παρελθόν. Οι τρεις(3) από τους 491 ασθενείς που προσήλθαν στο ΤΕΠ του νοσοκομείου, μεταφέρθηκαν από ψυχιατρική κλινική (Πίνακας 2).

Το μεγαλύτερο ποσοστό των εισαχθέντων ασθενών (78,4%, n=385 ασθενείς) αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν με λήψη χαπιών, το 6,3% (31 ασθενείς) χρησιμοποίησαν ως μέσω αυτοκτονίας τη λήψη χαπιών σε συνδυασμό με το αλκοόλ, 4,1% (20 ασθενείς) μπήκαν στη διαδικασία αυτοκαταστροφής πέφτοντας από ύψος, 5,5% (27 ασθενείς) αυτοτραυματίστηκαν και 2 (0,4%) χρησιμοποίησαν ως μέσω αυτοκαταστροφής την ενδοφλέβια λήψη ινσουλίνης (Πίνακας 2).

Όσον αναφορά την προηγούμενη παρακολούθηση αυτών από ψυχιατρική ομάδα, φαίνεται ότι μόνο 189 (38,5%) ασθενείς παρακολουθούνταν συστηματικά και 239 (48,7%) από τους ασθενείς λάμβαναν προηγούμενη φαρμακευτική αγωγή (Πίνακας 2).

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών αναφέρει ως λόγο απόπειρας αυτοκτονίας κάποιο ψυχοπιεστικό γεγονός (29,5%, n=145), οι 132 (26,9%) αναφέρουν ότι διαπληκτίστηκαν με σύζυγο/σύντροφο, γονείς ή παιδιά, 38 (7,7%) αναφέρουν οικονομικά θέματα και 40 (8,1%) αυτοκτονικό ιδεασμό (Πίνακας 2).

Οι 448 (91,2%) ασθενείς όταν προσήλθαν στο ΤΕΠ αναφέρεται ότι ήταν προσανατολισμένοι και επικοινωνούσαν και 307 (62,5%) άτομα θεωρούν ότι έχουν μετανοήσει για την πράξη τους. Το 75,3% (365 ασθενείς) πήραν εξιτήριο από το νοσοκομείο μέσα στο 1^ο 24ωρο, 120 (24,5%) παρέμειναν περισσότερα του 1^{ου} 24ωρα και μόνο 3(0,6%) μεταφέρθηκαν στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) διασωληνωμένοι. Σύσταση για ψυχιατρική παρακολούθηση σε εξωτερική βάση έγινε στους 379 (77,2%) ενώ 68 (13,8%) μεταφέρθηκαν σε ψυχιατρική κλινική (Πίνακας 2).

Πίνακας 2. Ειδικά ή κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος

| Ειδικά Χαρακτηριστικά δείγματος | | N (%) | Ειδικά Χαρακτηριστικά δείγματος | | N (%) |
|--|--|-------------|--|----------------------------------|-------------|
| Προηγούμενο ιστορικό απόπειρας | ναι | 165 (33,6%) | Λήψη προηγούμενης φαρμακευτικής αγωγής | ναι | 239 (48,7%) |
| | όχι | 322 (65,6%) | | όχι | 252 (51,3%) |
| Πόσες φορές | 1-2 | 121 (24,6%) | Αναφερόμενος λόγος απόπειρας | Διαπληκτισμός με σύντροφο/σύζυγο | 96 (19,6%) |
| | 3-4 | 16 (3,3%) | | Διαπληκτισμός με γονείς | 27 (5,5%) |
| | 5> | 4 (0,8%) | | Διαπληκτισμός με παιδιά | 9 (1,8%) |
| Προηγούμενη ψυχιατρική παρακολούθηση | ναι | 189 (38,5%) | | Οικονομικά θέματα | 38 (7,7%) |
| | όχι | 300 (61,1%) | | Θέματα υγείας ιδίου | 14 (2,9%) |
| Προηγούμενη νοσηλεία σε ψυχιατρική κλινική | ναι | 41 (8,4%) | | Θέματα υγείας οικείου προσώπου | 4 (0,8%) |
| | όχι | 449 (91,4%) | | Απώλεια αγαπημένου προσώπου | 19 (3,9%) |
| Τρόπος απόπειρας | Λήψη tb | 385 (78,4%) | | Ψυχοπιεστικό γεγονός | 145 (29,5%) |
| | Λήψη tbμε αλκοόλ | 31 (6,3%) | | Χειριστικού τύπου | 13 (2,6%) |
| | Λήψη καυστικών ουσιών/υγρών | 26 (5,3%) | | Αυτοκτονικός ιδεασμός | 40 (8,1%) |
| | Πτώση από ύψος | 20 (4,1%) | Δεν αναφέρεται | 86 (17,5%) | |
| | Αυτοτραυματισμός | 27 (5,5%) | Επικοινωνία/προσανατολισμός | ναι | 448 (91,2%) |
| | Λήψη iv ινσουλίνης | 2 (0,4%) | | όχι | 41 (8,4%) |
| Έκβαση | Έξοδος από το νοσοκομείο το 1 ^ο 24ωρο | 365 (74,3%) | Μετανοεί για την πράξη του | ναι | 307 (62,5%) |
| | Έξοδος από το νοσοκομείο το 2 ^ο 24ωρο | 49 (10%) | | όχι | 122 (24,8%) |
| | Έξοδος επόμενα | 71 (14,5%) | Σύσταση για | ναι | 379 (77,2%) |

| | | | | | |
|--------------------------|----------------------------------|-------------|--|-----|-------------|
| | 24ωρα | | ψυχιατρική παρακολούθηση σε εξωτερική βάση | | |
| | Διασωλήνωση και μεταφορά στη ΜΕΘ | 3 (0,6%) | | όχι | 107 (21,8%) |
| | Έξοδος λάθρα | 3 (0,6%) | Σύσταση για μεταφορά σε ψυχιατρική κλινική | ναι | 68 (13,8%) |
| Τρόπος εισαγωγής στο ΤΕΠ | Ως εξωτερικός ασθενής | 488 (99,4%) | | όχι | 418 (85,1%) |
| | Μεταφορά από ψυχιατρική κλινική | 3 (0,6%) | | | |

Οι 255 (51,9%) από τους συμμετέχοντες ασθενείς στη μελέτη, δεν παρουσίαζαν κανένα συνοδό, οργανικό ή ψυχικό νόσημα. Μετά από την ομαδοποίηση των συνοδών προβλημάτων που εμφάνιζαν οι 236 ασθενείς της μελέτης για διευκόλυνση της στατιστικής επεξεργασίας, προέκυψαν 13 ομάδες στις οποίες μπορούσαν αυτά να ενταχθούν. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (29,1% n=143) συγκαταλέγονται στην ευρύτερη ομάδα που αφορά στις ψυχικές διαταραχές (κατάθλιψη, διαταραχή προσωπικότητας, διπολική διαταραχή, επιλόχειος κατάθλιψη, ψυχωσική συνδρομή, μανιοκατάθλιψη, οργανικό ψυχοσύνδρομο, συναισθηματικής διαταραχή, σχιζοφρένεια). Οι 37 (18,7%) ασθενείς έκαναν χρήση αλκοόλ ή τοξικών ουσιών ενώ από αυτούς οι 14 (37,8%) είχαν και κάποια ψυχική διαταραχή παράλληλα. Επίσης 40 ασθενείς φαίνεται να έχουν κάποιο οργανικό πρόβλημα και από αυτούς οι 12 (30%) έχουν παράλληλα και ψυχική διαταραχή (Πίνακας 3).

Πίνακας 3. Συνοδά προβλήματα

| ΣΥΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ | N (%) |
|--|-------------|
| Ca (cance) | 4 (0,8%) |
| Ψυχικές διαταραχές | 143 (29,1%) |
| Χρήση τοξικών ουσιών | 15 (3,1%) |
| Αλκοολισμός | 8 (1,6%) |
| Καρδιολογικά προβλήματα | 5 (1%) |
| Σακχαρώδης διαβήτης | 2 (0,4%) |
| Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια | 1 (0,2%) |
| Κρίσεις | 11 (2,2%) |
| Άλλες παθήσεις | 14 (2,9%) |
| Ψυχικές διαταραχές –αλκοολισμός- χρήση ουσιών | 14 (2,9%) |
| Ca και καρδιολογικά προβλήματα | 1 (0,2%) |
| Καρδιολογικά προβλήματα και Σακχαρώδης διαβήτης | 6 (1,2%) |
| Ψυχική διαταραχή και οργανική νόσος | 12 (2,4%) |
| Κανένα συνοδό πρόβλημα | 255 (9%) |

6.2 Σύγκριση των δημογραφικών και άλλων παραμέτρων του δείγματος με τα έτη προσέλευσης

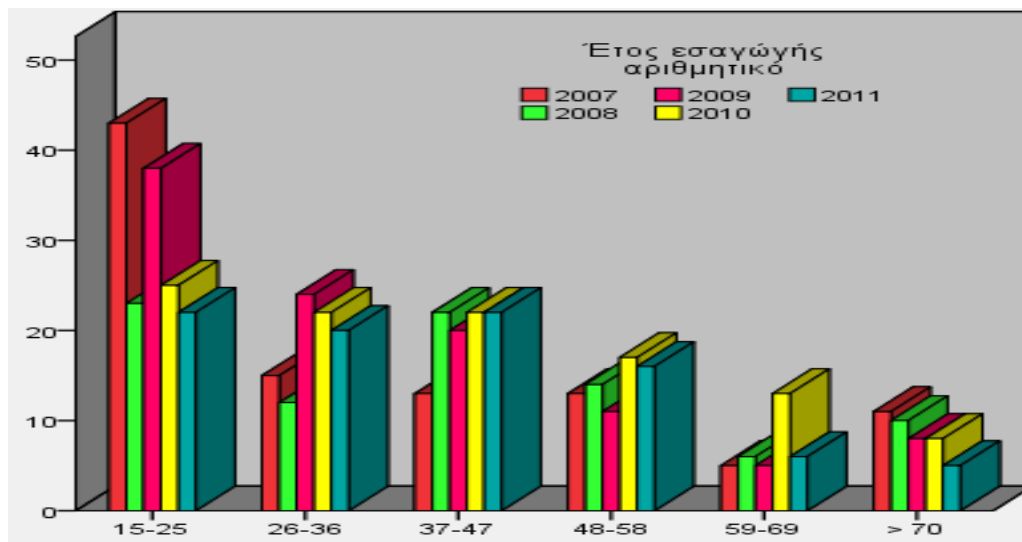
Στον Πίνακα 4 αναφέρονται οι διαφορές που προκύπτουν μεταξύ των χαρακτηριστικών των ασθενών σε σχέση με το έτος προσέλευσής τους στο ΤΕΠ.

Αν και δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά ($p>0,05$) μεταξύ των ανδρών και γυναικών σε σχέση με το έτος προσέλευσης, οι γυναίκες είναι περισσότερες σε σχέση με τους άνδρες σε ότι αφορά την προσέλευσή τους στο ΤΕΠ με διάγνωση απόπειρα αυτοκαταστροφής ή αυτοκτονίας (Πίνακας 4).

Η ηλικία βρέθηκε να έχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,020$) όσον αφορά τη συχνότητα σε σχέση με το έτος προσέλευσης Πίνακας 4). Το έτος 2007 φαίνεται να προσέρχονται στο ΤΕΠ του νοσοκομείου περισσότερα άτομα ($n=43$, 43%) που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 15-25 ετών, το έτος 2009 φαίνεται η ομάδα 26-36 ετών να εμφανίζει τη μεγαλύτερη συχνότητα προσέλευσης ($n=24$, 22,6%), ενώ η

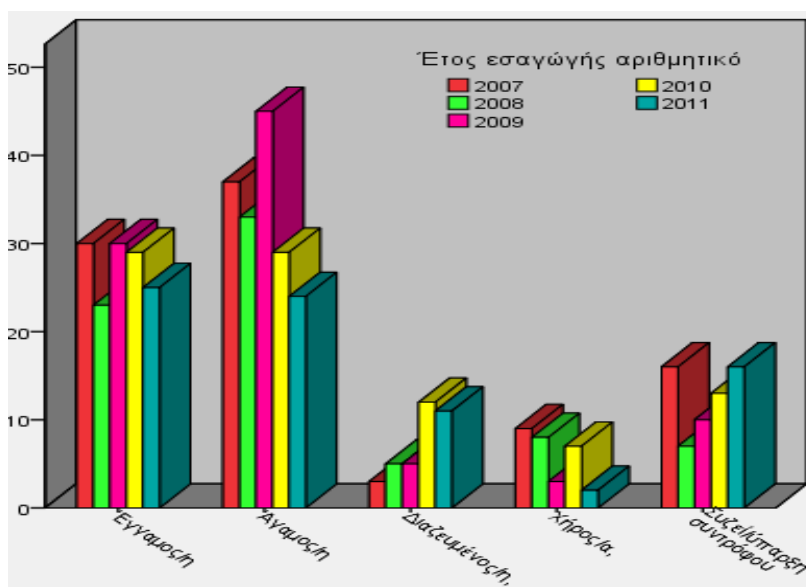
ηλικιακή ομάδα 37-47 έτη εμφανίζει μεγαλύτερη προσέλευση το 2008 (n=22, 25,3%), 2010 (n=22, 20,6%) και 2011 (n=22, 24,2%) (Γράφημα 1).

Γράφημα 1. Διαφορές μεταξύ ηλικιακών ομάδων και ετών προσέλευσης



Βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,007$) στην οικογενειακή κατάσταση των ατόμων που προσήλθαν στο ΤΕΠ και τα έτη προσέλευσής τους ενώ δεν βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($p>0,05$) στην ύπαρξη παιδιών ή όχι (Πίνακας 4). Οι περισσότεροι άγαμοι (n=45, 48,4%) προσήλθαν το έτος 2009 και οι περισσότεροι έγγαμοι (n=30, 31,6% και n=30, 32,3%) προσήλθαν τα έτη 2007 και 2009 αντίστοιχα (Γράφημα 2).

Γράφημα 2. Διαφορές μεταξύ οικογενειακής κατάστασης και ετών προσέλευσης

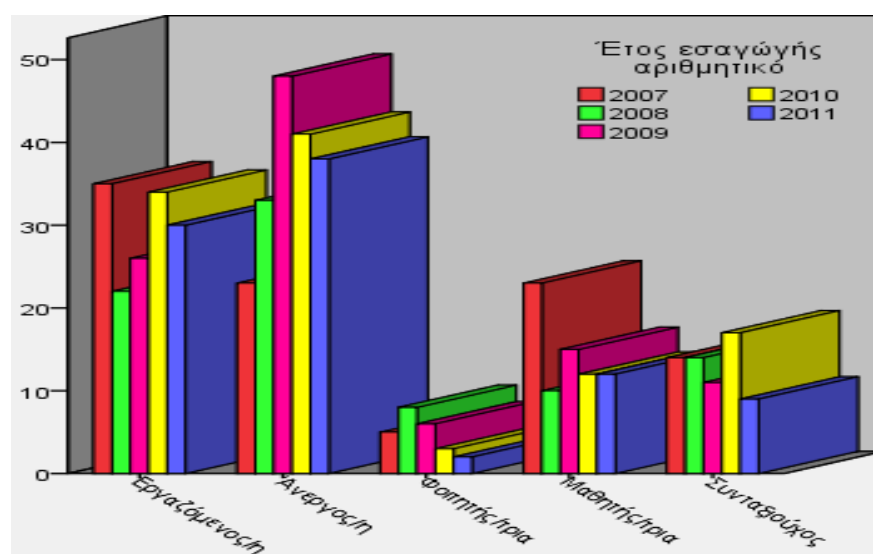


Δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά στην εθνικότητα και τα έτη προσέλευσης δεδομένου ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων (n=418, 85,1%) και τα πέντε(5) έτη που διήρκησε η μελέτη ήταν Έλληνες. Το 2009 (n=89, 84%) και το 2010 (n=95, 88,8%) φαίνεται να είναι τα έτη που προσήλθαν οι περισσότεροι έλληνες ασθενείς σε σχέση με τους αλλοδαπούς (Πίνακας 4.).

Επίσης δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά ($p>0,05$) στο προηγούμενο ιστορικό απόπειρα και το έτος προσέλευσης, αφού οι μη έχοντες προηγούμενο ιστορικό (n=322, 65,6 %) ήταν καθ' όλη την πενταετία περισσότεροι από αυτούς που είχαν. Μεγαλύτερη βέβαια προσέλευση ασθενών που δεν είχαν ιστορικό προηγούμενης απόπειρας φαίνεται να έγινε τα έτη 2009 (n=74, 69,8%) και 2010 (n=73, 68,2%) (Πίνακας 4).

Στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,046$) βρέθηκε να εμφανίζεται μεταξύ εργασιακής απασχόλησης και ετών προσέλευσης (Πίνακας 4).Μεγαλύτερο ποσοστό προσέλευσης ανέργων παρατηρείται το έτος 2009 (n=48, 45,3%) όπως και το 2010 (n=41, 38,3%) συγκριτικά με τις υπόλοιπες ομάδες εργασιακής απασχόλησης. Επίσης το 2010 (n=34, 31,8%), το 2007 (n=35, 35%) αλλά και το 2011 (n=30, 33%) εμφανίζονται μεγαλύτερα ποσοστά προσέλευσης από την ομάδα των εργαζομένων στο ΤΕΠ με διάγνωση εισαγωγής απόπειρα αυτοκαταστροφής/αυτοκτονίας. Επίσης εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι το έτος 2010 έχουμε το μεγαλύτερο ποσοστό (n=17, 16%) εμφάνισης της ομάδας των συνταξιούχων στο ΤΕΠ σε σχέση με όλες τις υπόλοιπες χρονιές (Γράφημα 3).

Γράφημα 3. Διαφορές μεταξύ εργασιακής κατάστασης και ετών προσέλευσης

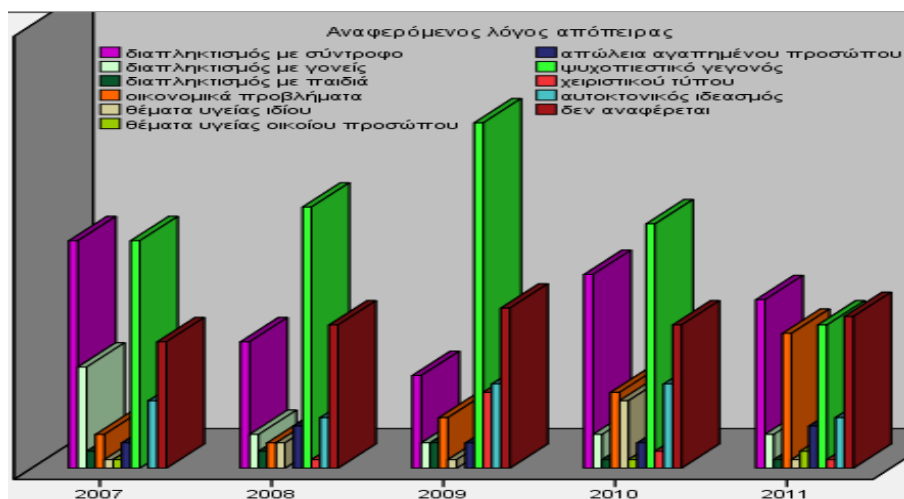


Δεν βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($p>0,05$) στον τρόπο απόπειρας και το έτος προσέλευσης στο ΤΕΠ δεδομένου ότι οι περισσότεροι ($n=385$, 78,4%) ανά έτος προσέλευσης φαίνεται να χρησιμοποίησαν ως μέσο αυτοκτονίας τη λήψη ταμπλετών. Φαίνεται ότι καθ' όλη την πενταετή μελέτη η λήψη ταμπλετών ως επιλεγμένο μέσο απόπειρας κατέχει ποσοστό μεγαλύτερο του 78% σε σχέση με τους άλλους τρόπους. Ενώ το 2009 φαίνεται να είναι το έτος εκείνο που εμφανίζεται το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων ($n=90$, 84,9%) που προσήλθαν στο ΤΕΠ να αναφέρουν ως τρόπο απόπειρας την κατάποση ταμπλετών (Πίνακας 4).

Ισχυρά στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,004$) φαίνεται να εμφανίζεται στον αναφερόμενο λόγο απόπειρας και το έτος προσέλευσης (Πίνακας 4). Το ψυχοπαιστικό γεγονός, το οποίο βέβαια μπορεί να είναι και κάποιο οικονομικό πρόβλημα, φαίνεται να εμφανίζεται ως ο πιο συχνά αναφερόμενος λόγος απόπειρας για το έτος 2007 ($n=27$, 27%), το 2009 ($n=41$, 38,7%) αλλά και το 2010 ($n=29$, 27,1%). Επίσης ο διαπληκτισμός με σύντροφο ($n=20$, 22%) καθώς και τα οικονομικά θέματα ($n=16$, 17,6%) να πρωτοστατούν ως αναφερόμενοι λόγοι το 2011 με μικρή διαφορά (Γράφημα 4).

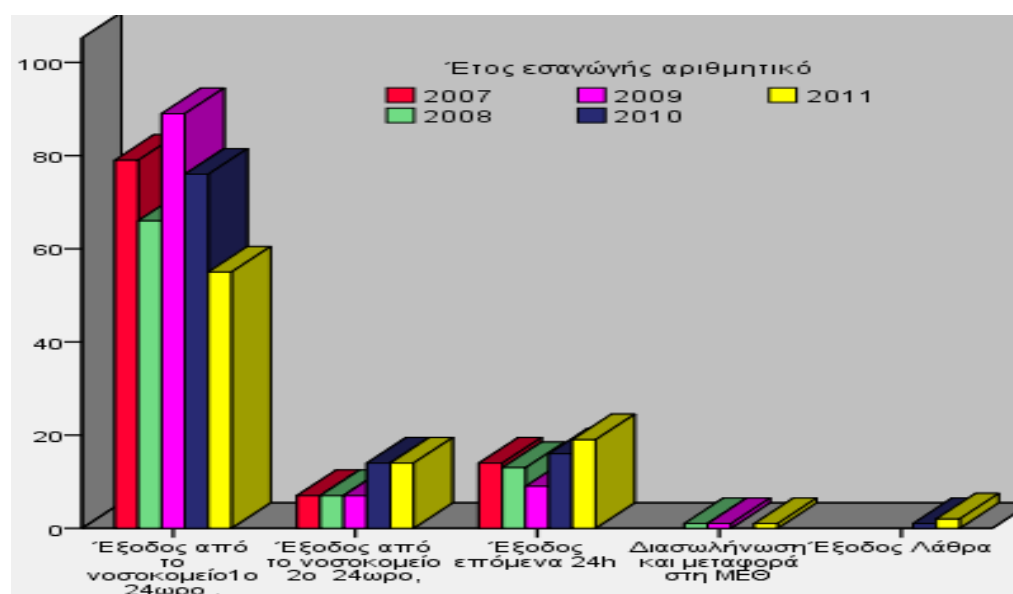
Δε φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($p>0,05$) μεταξύ των ετών προσέλευσης και της συνοσηρότητας των ασθενών αν και υπάρχουν διαφορές ως προς τη συχνότητα. Μόνο το έτος 2008 φαίνεται να προσέρχονται περισσότερα άτομα στα ΤΕΠ ($N=53$, 60,9%) που να εμφανίζουν συνοσηρότητα σε σχέση με τους μη έχοντες ($N=43$, 39,1%). Τα υπόλοιπα έτη βρέθηκε η προσέλευση να είναι περίπου ίδια σε όσους έχουν συνοσηρότητα και σε όσους δεν έχουν ($N\approx 54$, $\approx 51\%$) (Πίνακας 4).

Γράφημα 4. Διαφορές μεταξύ αναφερόμενου λόγου απόπειρας και ετών προσέλευσης



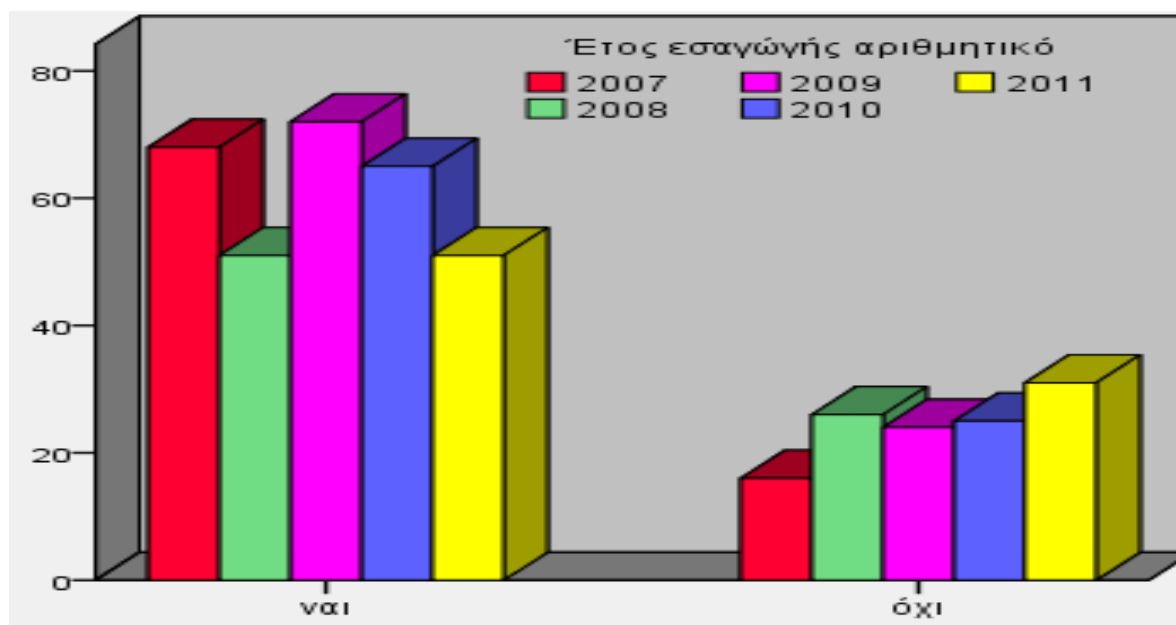
Στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,041$) βρέθηκε να υπάρχει μεταξύ των ετών προσέλευσης και της έκβασης των ασθενών (Πίνακας 4). Το έτος 2009 βρέθηκε το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών ($n=89$, 84%) να έχουν φύγει από το νοσοκομείο μέσα στο 1^ο 24ωρο, ενώ το 2011 μόνο το 60% ($n=55$) έφυγαν το 1^ο 24ωρο και το 36,3% ($n=33$) έφυγαν τα επόμενα 24ωρα (Γράφημα 5).

Γράφημα 5. Διαφορές μεταξύ έκβασης και ετών προσέλευσης



Όσον αφορά στην έκφραση μεταμέλειας των ασθενών μετά την πράξη τους, βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,044$) σε ότι αφορά στην απάντησή τους και στο έτος προσέλευσης αυτών (Πίνακας 4). Πιο συγκεκριμένα το 2007 και το 2009 φαίνεται να εμφανίζεται το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (81% και 75%) που αναφέρουν ότι μετάνιωσαν για την πράξη τους, ενώ το 2011 βρέθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών (37,8%) που δεν εκφράζουν μεταμέλεια (Γράφημα 6).

Γράφημα 6. Διαφορές μεταξύ αναφερόμενης μεταμέλειας και ετών προσέλευσης



Πίνακας 4. Διαφορές δημογραφικών και άλλων χαρακτηριστικών δείγματος σε σχέση με το έτος προσέλευσης

| Μεταβλητή (Χαρακτηριστικά δείγματος) | | ΕΤΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ | | | | | Τιμή |
|---|----------|----------------|------------|------------|------------|------------|--------|
| | | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | p<0,05 |
| Φύλο | Αντρες | 27 (27%) | 19 (21,8%) | 28 (26,4%) | 37 (34,6%) | 21 (23,1%) | 0,68 |
| | Γυναίκες | 73 (73%) | 68 (78,2%) | 78 (73,6%) | 70 (65,4%) | 70 (76,9%) | |
| Ηλικία (έτη) | 15-25 | 43 (43%) | 23 (26,4%) | 38 (35,8%) | 25 (23,4%) | 22 (24,2%) | 0,020* |
| | 26-36 | 15 (15%) | 12 (13,8%) | 24 (22,6%) | 22 (20,6%) | 20 (22%) | |
| | 37-47 | 13 (13%) | 22 (25,3%) | 20 (18,9%) | 22 (20,6%) | 22 (24,2%) | |
| | 48-58 | 13 (13%) | 14 (16,1%) | 11 (10,4%) | 17 (15,9%) | 16 (16,6%) | |
| | 59-69 | 5 (5%) | 6 (6,9%) | 5 (4,7%) | 13 (12%) | 6 (6,6%) | |
| | >70 | 11 (11%) | 10 (11,5%) | 8 (7,5%) | 8 (7,5%) | 5 (5,5%) | |

| | | | | | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------|
| Οικογενειακή κατάσταση | έγγαμος | 30 (31,6%) | 23 (30,3%) | 30 (32,3%) | 29 (32,2%) | 25 (32,1%) | 0,007* |
| | άγαμος | 37 (38,9%) | 33 (43,4%) | 45 (48,4%) | 29 (32,2%) | 24 (30,8%) | |
| | διαζευγμένος | 3 (3,2%) | 5 (6,6%) | 5 (5,4%) | 12 (13,3%) | 11 (14,1%) | |
| | Χήρος/α | 9 (9,5%) | 8 (10,5%) | 3 (3,2%) | 7 (7,8%) | 2 (2,6%) | |
| | συμβίωση | 16 (16,8%) | 7 (9,2%) | 10 (10,8%) | 13 (14,4%) | 16 (20,5%) | |
| Παιδιά | ναι | 34 (36,6%) | 22 (31,9%) | 26 (32,1%) | 34 (44,2%) | 30 (45,5%) | 0,116 |
| | όχι | 59 (63,4%) | 47 (68,1%) | 55 (67,9%) | 43 (55,8%) | 36 (54,5%) | |
| Εργασιακή απασχόληση | Εργαζόμενος | 35 (35%) | 22 (25,3%) | 26 (24,5%) | 34 (31,8%) | 30 (33%) | 0,046* |
| | Άνεργος | 23 (23%) | 33 (37,9%) | 48 (45,3%) | 41 (38,3%) | 38 (41,8%) | |
| | Φοιτητής | 5 (5%) | 8 (9,2%) | 6 (5,7%) | 3 (2,8%) | 2 (2,2%) | |
| | Μαθητής | 23 (23%) | 10 (11,5%) | 15 (14,2%) | 12 (11,2%) | 12 (13,2%) | |
| | Συνταξιούχοι | 14 (14%) | 14 (16,1%) | 11 (10,4%) | 17 (15,9%) | 9 (9,9%) | |
| Εθνικότητα | Ελληνική | 80 (80%) | 77 (88,5%) | 89 (84%) | 95 (88,5%) | 77 (84,6%) | 0,356 |
| | Άλλη | 20 (20%) | 10 (11,5%) | 17 (16%) | 12 (11,2%) | 14 (15,5%) | |
| Προηγούμενο ιστορικό απόπειρας | Ναι | 36 (36%) | 36 (41,4%) | 32 (30,2%) | 34 (31,8%) | 27 (29,7%) | 0,158 |
| | όχι | 64 (64%) | 51 (58,6%) | 74 (69,8%) | 73 (68,2%) | 64 (70,3%) | |
| Τρόπος απόπειρας | Λήψη tb | 84 (21,8%) | 68 (17,7%) | 90 (23,4%) | 80 (20,8%) | 63 (16,4%) | 0,138 |
| | Λήψη tbμε αλκοόλ | 3 (9,7%) | 6 (19,4%) | 4 (12,9%) | 8 (25,8%) | 10 (32,3%) | |
| | Λήψη καυστικών ουσιών/υγρών | 3 (11,5%) | 5 (19,2%) | 8 (30,8%) | 7 (26,9%) | 3 (11,5%) | |
| | Πτώση από ύψος | 5 (25%) | 3 (15%) | 2 (10%) | 5 (25%) | 5 (25%) | |
| | Αυτοτραυματισμός | 5 (18,5%) | 4 (14,8%) | 7 (7,4%) | 7 (25,9%) | 9 (33,3%) | |
| | Λήψη iv ινσουλίνης | - | 1 (50%) | - | - | 1 (50%) | |
| Αναφερόμενος λόγος απόπειρας | Διαπληκτισμός με σύντροφο/σύζυγο | 27 (27%) | 15 (17,2%) | 11 (10,4%) | 23 (21,5%) | 20 (22%) | |
| | Διαπληκτισμός με | 12 (12%) | 4 (4,6%) | 3 (2,8%) | 4 (3,7%) | 4 | |

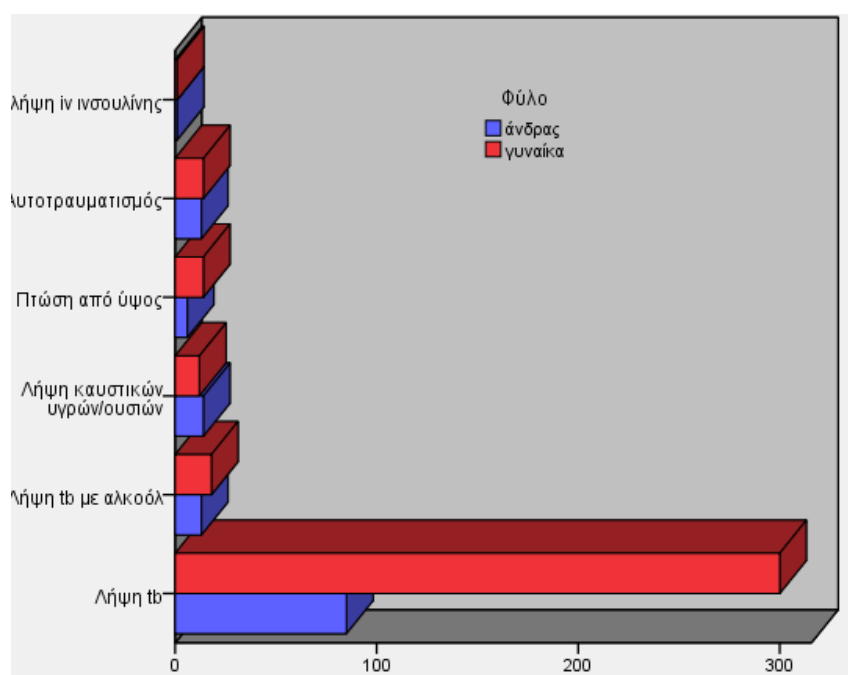
| | | | | | | | |
|----------------------------|--|----------|------------|------------|------------|------------|--------|
| | γονείς | | | | | (4,4%) | |
| | Διαπληκτισμός με παιδιά | 2 (2%) | 2 (2,3%) | 3 (2,8%) | 1 (0,9%) | 1 (1,1%) | |
| | Οικονομικά θέματα | 4 (4%) | 3 (3,4%) | 6 (5,7%) | 9 (8,4%) | 16 (17,6%) | |
| | Θέματα υγείας ιδίου | 1 (1%) | 3 (3,4%) | 1 (0,9%) | 8 (7,5%) | 1 (1,1%) | |
| | Θέματα υγείας οικείου προσώπου | 1 (1%) | - | - | 1 (0,9%) | 2 (2,2%) | 0,004* |
| | Απώλεια αγαπημένου προσώπου | 3 (3%) | 5 (5,7%) | 3 (2,8%) | 3 (2,8%) | 5 (5,5%) | |
| | Ψυχοπιεστικό γεγονός | 27 (27%) | 31 (35,6%) | 41 (38,7%) | 29 (27,1%) | 17 (1,1%) | |
| | Χειριστικού τύπου | - | 1 (1,1%) | 9 (8,5%) | 2 (1,9%) | 1 (1,1%) | |
| | Αυτοκτονικός ιδεασμός | 8 (8%) | 6 (6,9%) | 10 (9,4%) | 10 (9,3%) | 6 (6,6%) | |
| Μετανοεί για την πράξη του | ναι | 68 (81%) | 51 (66,2%) | 72 (75%) | 65 (72%) | 51 (62,2%) | 0,044* |
| | όχι | 16 (19%) | 26 (33,8%) | 24 (25%) | 25 (27,8%) | 31 (37,8%) | |
| Συνοσηρότητα | ναι | 46 (46%) | 53 (60,9%) | 51 (48,1%) | 53 (49,5%) | 37 (40,7%) | 0,211 |
| | όχι | 54 (54%) | 34 (39,1%) | 55 (51,9%) | 54 (50,5%) | 54 (59,3%) | |
| Εκβαση | Έξοδος από το νοσοκομείο το 1 ^ο 24ωρο | 79 (79%) | 66 (75,9%) | 89 (84%) | 76 (71%) | 55 (74,3%) | 0,041* |
| | Έξοδος από το νοσοκομείο το 2 ^ο 24ωρο | 7 (7%) | 7 (8%) | 7 (6,6%) | 14 (13,1%) | 14 (15,4%) | |
| | Έξοδος επόμενα 24ωρα | 14 (14%) | 13 (14,9%) | 9 (8,5%) | 16 (15%) | 19 (20,9%) | |
| | Διασωλήνωση και μεταφορά στη ΜΕΘ | - | 1 (1,1%) | 1 (0,9%) | - | 1 (1,1%) | |
| | Έξοδος λάθρα | - | - | - | 1 (0,9%) | 2 (2,2%) | |

Όσον αφορά στο φύλο βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, με την ηλικία ($p=0,010$), με τη συνοσηρότητα ($p=0,020$), με τον τρόπο απόπειρας ($p<0,000$) και με το λόγο απόπειρας (0,044) (Πίνακας 5).

Το μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 15-25 έτη ($n=122$, 34%) και 37-47 έτη ($n=74$, 20.6%), ενώ το αντίστοιχο των ανδρών ανήκει στις ηλικιακές ομάδες 15-25 έτη ($n=29$, 22%) και 25-36 έτη ($n=29$, 22%) (Πίνακας 5).

Βρέθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών ($n=76$, 57,6%) που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν είχαν συνοσηρότητα ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών ($n=195$, 54,3%) δε είχαν (Πίνακας 5).

Γράφημα 7. Διαφορά μεταξύ αναφερόμενων τρόπων απόπειρας και φύλου



Επιπλέον όσον αφορά στον τρόπο απόπειρας, βρέθηκε ότι μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών ($n=85$, 64,4%) και το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών ($n=300$, 83,6%) χρησιμοποίησαν ως τρόπο αυτοκτονίας τη λήψη ταμπλετών, ενώ όσον αφορά στους υπόλοιπους τρόπους που χρησιμοποίησαν βρέθηκε ότι μεγάλο ποσοστό των ανδρών έχει επιλέξει ως τρόπο αυτοκτονίας τη λήψη καυστικών ουσιών/υγρών ($n=14$, 10,5%), ενώ η λήψη αλκοόλ σε συνδυασμό με ταμπλέτες ($n=18$, 5%), η πτώση από

ύψος (n=14, 3,9%) και ο αυτοτραυματισμός (n=14, 3,9%) είναι οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενοι τρόποι για τις γυναίκες (Πίνακας 5 και Γράφημα 7).

Ο πιο συχνός λόγος αυτοκτονίας που αναφέρουν οι γυναίκες (n=111, 30,9%) αλλά και για τους άνδρες (n=34, 25,8%) είναι το ψυχοπιεστικό γεγονός όπως φαίνεται στον Πίνακα 5. Επίσης ο διαπληκτισμός με παιδιά αναφέρεται από τις γυναίκες (n=9, 2,5%), ενώ δεν αναφέρεται από τους άνδρες. Παρατηρούνται διαφορές ανάμεσα στα ποσοστά ανδρών και γυναικών όσον αφορά στους λοιπούς λόγους απόπειρας όπως φαίνεται στον Πίνακα 5.

Δεν εμφανίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις υπόλοιπες μεταβλητές (χαρακτηριστικά του δείγματος) σε σχέση με το φύλο.

Πίνακας 5. Διαφορές δημογραφικών και άλλων χαρακτηριστικών δείγματος σε σχέση με το φύλο

| Μεταβλητή (Χαρακτηριστικά δείγματος) | | Φύλο | | Τιμή p<0,05 |
|---|----------------------------------|------------|-------------|----------------|
| | | Άνδρας | Γυναίκα | |
| Ηλικία (έτη) | 15-25 | 29 (22%) | 122 (34%) | 0,010* |
| | 26-36 | 29 (22%) | 12 (17,8%) | |
| | 37-47 | 25 (18,9%) | 74 (20,6%) | |
| | 48-58 | 19 (14,4%) | 52 (14,5%) | |
| | 59-69 | 17 (12,9%) | 18 (5%) | |
| | >70 | 13 (9,8%) | 29 (8,1%) | |
| Τρόπος απόπειρας | Λήψη tb | 85 (64,4%) | 300 (83,6%) | 0,000* |
| | Λήψη tbμε αλκοόλ | 13 (9,8%) | 18 (5%) | |
| | Λήψη καυστικών ουσιών/υγρών | 14 (10,6%) | 12 (3,3%) | |
| | Πτώση από ύψος | 6 (4,5%) | 14 (3,9%) | |
| | Αυτοτραυματισμός | 13 (9,8%) | 14 (3,9%) | |
| | Λήψη iv ινσουλίνης | 1 (0,8%) | 1 (0,3%) | |
| Αναφερόμενος λόγος απόπειρας | Διαπληκτισμός με σύντροφο/σύζυγο | 24 (18,2%) | 72 (20,1%) | |
| | Διαπληκτισμός με γονείς | 2 (1,5%) | 25 (7%) | |
| | Διαπληκτισμός με παιδιά | - | 9 (2,5%) | |
| | Οικονομικά θέματα | 10 (7,6%) | 28 (7,8%) | |

| | | | | |
|--------------|--------------------------------|------------|-------------|--------|
| | Θέματα υγείας ιδίου | 7 (5,3%) | 7 (1,9%) | 0,044* |
| | Θέματα υγείας οικείου προσώπου | 1 (0,8%) | 3 (0,8%) | |
| | Απώλεια αγαπημένου προσώπου | 7 (5,3%) | 12 (3,3%) | |
| | Ψυχοπιεστικό γεγονός | 34 (25,8%) | 11 (30,9%) | |
| | Χειριστικού τύπου | 3 (2,3%) | 10 (2,8%) | |
| | Αυτοκτονικός ιδεασμός | 13 (9,8%) | 27 (7,5%) | |
| Συνοσηρότητα | ναι | 46 (57,6%) | 164 (45,7%) | 0,020* |
| | όχι | 56 (42,4%) | 195 (54,3%) | |

Από την ανάλυση των δεδομένων, βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ηλικιακών ομάδων και του τρόπου απόπειρας ($p=0,001$) καθώς και του αναφερόμενου λόγου απόπειρας ($p<0,000$) όπως φαίνεται στον Πίνακα 6.

Συγκεκριμένα βρέθηκε η λήψη ταμπλετών να αποτελεί το 65,7%-89,4% του τρόπου επιλογής όσον αφορά την απόπειρα, ενώ η πτώση από ύψος δεν ανήκει στους τρόπους επιλογής των ηλικιακών ομάδων 37-47 έτη ($n=2$, 0,4%), 59-69 έτη ($n=1$, 0,2%) και >70 έτη ($n=3$, 0,6%). Λήψη ινσουλίνης είναι μια μέθοδος που έχει επιλεγεί από άτομα των ηλικιακών ομάδων 59-69 έτη ($n=1$, 0,2%) και >70 έτη ($n=1$, 0,2%) και όχι από τις υπόλοιπες ομάδες. Οι διαφορές που εμφανίζονται ανά ηλικιακή ομάδα στον επιλεγόμενο τρόπο απόπειρας, φαίνονται στον Πίνακα 6.

Σε σχέση με τον αναφερόμενο λόγο απόπειρας φαίνεται ότι το ψυχοπιεστικό γεγονός καλύπτει το μεγαλύτερο ποσοστό για όλες τις ομάδες. Παρόλα αυτά στην ομάδα 15-26 έτη φαίνεται να αναφέρεται στο μεγαλύτερο ποσοστό της ομάδας ($n=57$, 37,7%). Στην ομάδα 48-58 έτη βρέθηκε το ίδιο ποσοστό ατόμων ($n=15$, 21,1%) να αναφέρει ως λόγους απόπειρας τόσο το διαπληκτισμό με σύντροφο/σύζυγο όσο και το ψυχοπιεστικό γεγονός. Οι διαφορές στα ποσοστά του αναφερόμενου λόγου ανά ηλικιακή ομάδα φαίνονται στον Πίνακα 6. Δεν εμφανίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις υπόλοιπες μεταβλητές (χαρακτηριστικά του δείγματος) σε σχέση με τις ηλικιακές ομάδες.

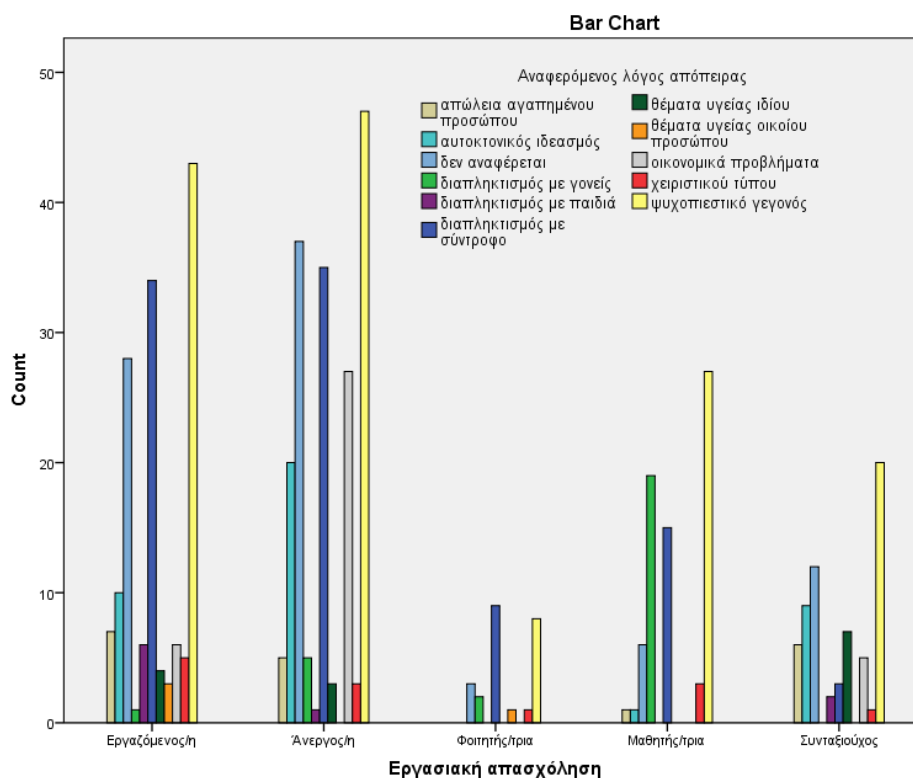
Πίνακας 6. Διαφορές δημογραφικών και άλλων χαρακτηριστικών δείγματος σε σχέση με τις ηλικιακές ομάδες

| Μεταβλητή (Χαρακτηριστικά δείγματος) | | Ηλικιακές ομάδες | | | | | | Τιμή p<0,05 |
|---|-------------------------------------|------------------|---------------|------------|------------|------------|---------------|----------------|
| | | 15-25 | 26-36 | 37-47 | 48-58 | 59-69 | >70 | |
| Τρόπος απόπειρας | Λήψη tb | 135 (89,4%) | 65 (69,9%) | 80 (80,8%) | 50 (70,4%) | 23 (65,7%) | 32 (76,2%) | 0,001* |
| | Λήψη tbμε αλκοόλ | 1 (0,7%) | 9 (9,7%) | 9 (9,3%) | 8 (11,3%) | 3 (8,6%) | 1 (76,2%) | |
| | Λήψη καυστικών ουσιών/υγρών | 5 (3,3%) | 7 (7,5%) | 4 (4%) | 4 (5,6%) | 3 (8,6%) | 3 (7,1%) | |
| | Πτώση από ύψος | 3 (2%) | 6 (6,5%) | 2 (0,4%) | 5 (1%) | 1 (0,2%) | 3 (0,6%) | |
| | Αυτοτραυματισμός | 7(4,6%) | 6 (6,5%) | 4 (4%) | 4 (5,6%) | 4 (11,4%) | 2 (4,8%) | |
| | Λήψη iv ινσουλίνης | - | - | - | - | 1 (0,2%) | 1 (02%) | |
| Αναφερόμενος λόγος απόπειρας | Διαπληκτισμός με σύντροφο/σύζυγο | 42 (27,8%) | 22 (23,7%) | 13 (13,1%) | 15 (21,1%) | 3 (8,6%) | 1 (2,4%) | 0,000* |
| | Διαπληκτισμός με γονείς | 25 (16,5%) | 1 (1,1%) | 1 (1%) | - | - | - | |
| | Διαπληκτισμός με παιδιά | - | 1 (1,1%) | 4 (4%) | 2 (2,6%) | - | 2 (4,8%) | |
| | Οικονομικά θέματα | 2 (1,3%) | 9 (9,7%) | 10 (10,1%) | 10(14,1%) | 4 (11,4%) | 3 (7,1%) | |
| | Θέματα υγείας ιδίου | - | - | 3 (3%) | 3 (4,2%) | 2 (5,7%) | 6 (14,3%) | |
| | Θέματα υγείας οικείου προσώπου | 1 (0,7%) | - | 1 (1,4%) | 1 (2,8%) | 1 (2,9%) | - | |
| | Απώλεια αγαπημένου προσώπου | 3 (2%) | 4 (4,3%) | 4 (4%) | 2 (2,8%) | 1 (2,9%) | 5 (11,9%) | |
| | Ψυχοπιεστικό γεγονός | 57 (37,7%) | 27 (29%) | 21 (21,2%) | 15 (21,2%) | 12 (34,3%) | 13 (31%) | |
| | Χειριστικού τύπου | 4 (2,6%) | 3 (3,2%) | 3 (3%) | 2 (2,8%) | - | 1 (2,4%) | |
| | Αυτοκτονικός ιδεασμός | 4 (2,6%) | 8 (8,6%) | 9 (9,1%) | 9 (12,7%) | 6 (17,1%) | 7 (16,7%) | |

Επίσης στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε να υπάρχει μεταξύ της εργασιακής απασχόλησης και του λόγου απόπειρας (p=0,006). Το 14,8% (n=27) των ανέργων αναφέρουν οικονομικούς λόγους και το 25,7% (n=47)

της ίδιας ομάδας αναφέρουν ψυχοπαιστικά προβλήματα ενώ αντιστοίχως για τους εργαζόμενους 4,1% (n=6) και 29,3% (n=43). Οι διαφορές είναι εμφανείς στο Γράφημα 8.

Γράφημα 8. Διαφορά μεταξύ αναφερόμενων λόγων απόπειρας και εργασιακής απασχόλησης



6.3 Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις των δημογραφικών και άλλων παραμέτρων του δείγματος σε σχέση με τα έτη προσέλευσης

Από την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων δεν βρέθηκε να υπάρχουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση του έτους προσέλευσης με τα περισσότερα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά του δείγματος. Βρέθηκε όμως να υπάρχουν στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις μεταξύ έτους προσέλευσης ασθενών και των μεταβλητών που αφορούν στο τρόπο απόπειρας ($p=0,014$, $\eta^2=0,110$), στο αν

μετανοεί για την πράξη του ($p=0,044$, $r_h=0,097$) καθώς επίσης και στην έκβαση ($p=0,004$, $r_h=0,130$) (Πίνακας 7).

Πίνακας 7. Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταβλητών χαρακτηριστικών του δείγματος και έτους προσέλευσης

| Μεταβλητές | Spearman's rho | Έτος εισαγωγής αριθμητικό |
|------------------|-------------------------|---------------------------|
| Γρόπος απόπειρας | Correlation Coefficient | 0,110* |
| | Sig. (2-tailed) | 0,014 |
| | N | 491 |
| Μετανοεί Α φάση | Correlation Coefficient | 0,097* |
| | Sig. (2-tailed) | 0,044 |
| | N | 429 |
| Έκβαση | Correlation Coefficient | 0,130** |
| | Sig. (2-tailed) | 0,004 |
| | N | 491 |

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Βρέθηκε να υπάρχουν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις του φύλου με κάποια χαρακτηριστικά του δείγματος. Βρέθηκε όμως να υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση του φύλου και της ομαδοποιημένης συνοσηρότητας ($p=0,019$, $r_h=0,105$), που δείχνει ότι η εμφάνιση συνοσηρότητας αναφέρεται περισσότερο στον γυναικείο πληθυσμό. Ενώ βρέθηκε να υπάρχει αρνητική συσχέτιση του φύλου με τον τρόπο απόπειρας ($p=0,000$, $r_h=-0,205$), τον αναφερόμενο λόγο απόπειρας ($p=0,044$, $r_h=-0,090$) την έκφραση μεταμέλειας ($p=0,031$, $r_h=-0,104$) καθώς και τη σύσταση για ψυχιατρική παρακολούθηση ($p=0,000$, $r_h=-0,189$) (Πίνακας 8). Στις συγκεκριμένες περιπτώσεις η αύξηση στην τιμή του φύλου είναι αντιστρόφως ανάλογη με την αύξηση στην τιμή των αντίστοιχων μεταβλητών. Δηλαδή οι άνδρες φαίνεται να επιλέγουν πιο βίαιους τρόπους απόπειρας σε σχέση με τις γυναίκες, οι γυναίκες αναφέρουν ως λόγους αυτοκτονίας τους διαπληκτισμούς και τα οικονομικά σε σχέση με τους άντρες που αναφέρουν περισσότερο τα οικονομικά

θέματα, τα θέματα υγείας αλλά και κυρίως ψυχοπιεστικά γεγονότα, φαίνεται οι άντρες να μην εκφράσουν μεταμέλεια σε σχέση με τις γυναίκες και τέλος στις γυναίκες δε βρέθηκε να συστήθηκε ψυχιατρική παρακολούθηση σε σχέση με τους άντρες.

Πίνακας 8. Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταβλητών χαρακτηριστικών του δείγματος και του φύλου

| Μεταβλητές | Spearman's rho | Φύλο |
|--------------------------------------|-------------------------|----------|
| Ομαδοποιημένη Συνοσηρότητα | Correlation Coefficient | 0,105* |
| | Sig. (2-tailed) | 0,019 |
| | N | 491 |
| Τρόπος απόπειρας | Correlation Coefficient | -0,205** |
| | Sig. (2-tailed) | 0,000 |
| | N | 491 |
| Αναφερόμενος λόγος απόπειρας | Correlation Coefficient | -0,091* |
| | Sig. (2-tailed) | 0,044 |
| | N | 491 |
| Μετανοεί Α φάση | Correlation Coefficient | -0,104* |
| | Sig. (2-tailed) | 0,031 |
| | N | 429 |
| Σύσταση για ψυχιατρική παρακολούθηση | Correlation Coefficient | -0,189** |
| | Sig. (2-tailed) | 0,000 |
| | N | 486 |

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Όσον αφορά στις ηλικιακές ομάδες, βρέθηκε να υπάρχουν τόσο θετικές όσο και αρνητικές στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με ορισμένα χαρακτηριστικά του δείγματος. Στον Πίνακα 9 φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση της ηλικίας με τον τρόπο απόπειρας ($p=0,001$, $r_h=0,143$), δηλαδή όσο αυξανόταν η ηλικία τόσο πιο βίαιοι τρόποι επιλέγονταν, τον αναφερόμενο λόγο απόπειρας ($p=0,000$, $r_h=0,186$), δηλαδή όσο αυξάνονταν η ηλικία τόσο ο αναφερόμενος λόγος πλησίαζε τα θέματα υγείας αλλά και τα ψυχοπιεστικά γεγονότα, την μεταμέλεια ($p=0,000$, $r_h=0,219$), δηλαδή όσο αυξάνονταν η ηλικία

τόσο φαίνεται να εξέφραζαν μεταμέλεια και τέλος την έκβαση ($p=0,000$, $r_h=-0,241$)

δηλαδή όσο αυξάνοταν η ηλικία τόσο η έκβαση γινόταν χειρότερη.

Επίσης βρέθηκε να υπάρχουν αρνητικά στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις των ηλικιακών ομάδων με το προηγούμενο αναφερόμενο ιστορικό απόπειρας ($p=0,027$, $r_h=-0,100$), την προηγούμενη ψυχιατρική παρακολούθηση ($p=0,000$, $r_h=-0,303$), την ομαδοποιημένη συνοσηρότητα ($p=0,000$, $r_h=-0,383$). Δηλαδή οι μεγαλύτερες ηλικίες φαίνεται να είχαν προηγούμενο ιστορικό αποπειρας, να τους συστήθηκε ψυχιατρική παρακολούθηση και τέλος οι μικρότεροι σε ηλικία δεν φαίνεται να εμφανίζουν προβλήματα συνοσηρότητας. (Πίνακας 9).

Πίνακας 9. Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταβλητών χαρακτηριστικών του δείγματος και των ηλικιακών ομάδων

| Μεταβλητές | Spearman's rho | Ηλικιακές ομάδες |
|--|---|--------------------------|
| Προηγούμενο αναφερόμενο ιστορικό απόπειρας | Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N | -0,100* 0,027 491 |
| Προηγούμενη ψυχιατρική παρακολούθηση | Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N | -0,303** 0,000 489 |
| Ομαδοποιημένη Συνοσηρότητα | Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N | -0,383** 0,000 491 |
| Τρόπος απόπειρας | Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N | 0,143** 0,001 491 |
| Αναφερόμενος λόγος απόπειρας | Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N | 0,186** 0,000 491 |
| Μετανοεί Α φάση | Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N | 0,219** 0,000 429 |
| Έκβαση | Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N | 0,241** 0,000 491 |

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Τέλος βρέθηκε να εμφανίζεται στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με τον τρόπο απόπειρας και τον αναφερόμενο λόγο απόπειρας ($p=0,009$, $r_h=0,118$) καθώς και την έκβαση ($p=0,000$, $r_h=0,240$). Επομένως όσο αυξάνεται η τιμή της μεταβλητής «τρόπος απόπειρας», τόσο αυξάνεται η τιμή των μεταβλητών «αναφερόμενος λόγος απόπειρας» και «έκβαση». Δηλαδή όσοι επέλεξαν λιγότερο βίαιους τρόπους για να αυτοκτονίσουν ο λόγος απόπειρας ήταν θέμα διαπληκτισμού αλλά και καλύτερη έκβαση είχαν(Πίνακας 10).

Πίνακας 10. Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταβλητών χαρακτηριστικών του δείγματος και τρόπου απόπειρας

| Μεταβλητές | Spearman's rho | Τρόπος απόπειρας |
|------------------------------|-------------------------|------------------|
| Αναφερόμενος λόγος απόπειρας | Correlation Coefficient | 0,118** |
| | Sig. (2-tailed) | 0,009 |
| | N | 491 |
| Έκβαση | Correlation Coefficient | 0,240** |
| | Sig. (2-tailed) | 0,000 |
| | N | 491 |

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

7. Συζήτηση

Η ανάλυση του συνόλου των πληροφοριών αυτής της αναδρομικής μελέτης, θα επιχειρήσει να αναδείξει τις αιτίες πρόκλησης των αυτοκτονικών περιστατικών, μέσα στα πλαίσια μιας πλέον ρευστής με αυξητική τάση περιρρέουσας κοινωνικοοικονομικής ατμόσφαιρας.

Από τη μελέτη φάνηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά στο έτος εισαγωγής των ασθενών στο ΤΕΠ τόσο με την ηλικία των ασθενών ($p=0,020$), όσο με την κοινωνική κατάσταση ($p=0,007$), αλλά και την εργασιακή κατάσταση ($p=0,046$).

Επίσης στατιστικά σημαντική διαφορά εμφανίζεται στον αναφερόμενο λόγο απόπειρας ($p=0,004$) και το έτος εισαγωγής. Το 2009 φαίνεται να νοσηλεύονται ασθενείς με απόπειρες που σχετίζονται με οικονομικά θέματα τα οποία κορυφώνονται το 2011.

Σύμφωνα με τη μελέτη των Μπούρα και Λυκούρα η σχέση ανάμεσα στην εργασία και στους δείκτες υγείας του πληθυσμού έχει αποδειχθεί πολλάκις και αποδεικνύεται ακόμη ιδιαιτέρως ισχυρή (επίσημη καταγραφή, της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας [197], αύξησης των δεικτών ανεργίας στην Ελλάδα, 12,4% τον Οκτώβριο 2010). Η εργασιακή ασφάλεια ευνοεί την υγεία, την ευημερία και την εργασιακή ικανοποίηση, ενώ η ανεργία και η ανασφάλεια εντείνουν το άγχος και αυξάνουν τον κίνδυνο σωματικών και ψυχικών ασθενειών [82].

Το ίδιο αποτυπώνεται και στην παρούσα μελέτη όπου εμφανίζεται αυξητική τάση στα ποσοστά των ανέργων που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν (37,3%) (Πίνακας 1) συγκριτικά με τις υπόλοιπες ομάδες εργασιακής απασχόλησης (Γράφημα 3). Μεγαλύτερο ποσοστό προσέλευσης ανέργων παρατηρείται το έτος 2009 ($n=48$, 45,3%) όπως και το 2010 ($n=41$, 38,3%) συγκριτικά με τις υπόλοιπες ομάδες εργασιακής απασχόλησης.

Επίσης το 2007 ($n=35$, 35%), το 2010 ($n=34$, 31,8%), αλλά και το 2011 ($n=30$, 33%) εμφανίζονται μεγαλύτερα ποσοστά προσέλευσης από την ομάδα των εργαζομένων στο ΤΕΠ με διάγνωση εισαγωγής απόπειρα αυτοκαταστροφής/αυτοκτονίας. Τα ποσοστά των ατόμων αυτών τα οποία μολονότι εργάζονται βιώνουν την εργασιακή ανασφάλεια και τη συρρίκνωση του μισθού τους, πιθανότατα εξακολουθούν και υφίστανται τις πιέσεις της οικονομικής καθημερινότητας τόσο στο γενικότερο κλίμα, όσο και των προσωπικών τους προτεραιοτήτων.

Εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι το έτος 2010 έχουμε το μεγαλύτερο ποσοστό ($n=17$, 16%) εμφάνισης της ομάδας των συνταξιούχων στο ΤΕΠ σε σχέση με όλες τις υπόλοιπες χρονιές (Γράφημα 3). Τα άτομα αυτής της ομάδας, στα οποία

ανήκουν μεγαλύτερες ηλικίες και ίσως και με κάποια συνοδά προβλήματα υγείας, ενδεχομένως να μην είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν τις νέες εξελίξεις της γενικότερης κοινωνικοοικονομικής αναταραχής. Στεσογόνο παράγοντα ίσως αποτελεί το γεγονός ότι οι ίδιοι δύσκολα πια μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες τους, αλλά και το ότι αδυνατούν να φανούν χρήσιμοι στα παιδιά και τον κοινωνικό τους περίγυρο.

Επίσης στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε να υπάρχει μεταξύ της εργασιακής απασχόλησης και του λόγου απόπειρας ($p=0,006$). Το 14,8% ($n=27$) των ανέργων αναφέρουν οικονομικούς λόγους και το 25,7% ($n=47$) της ίδιας ομάδας αναφέρουν ψυχοπιεστικά προβλήματα, ενώ αντιστοίχως για τους εργαζόμενους 4,1% ($n=6$) και 29,3% ($n=43$). Καλό θα ήταν να σημειωθεί ότι στα ψυχοπιεστικά προβλήματα μπορεί να περιλαμβάνονται και οικονομικά προβλήματα κάτι το οποίο θα μπορούσε να μην έχει καταγραφεί με ακρίβεια κατά τη λήψη ιστορικού (π.χ. γιατί ο ασθενής δεν θέλησε να αναφερθεί συγκεκριμένα). Οι διαφορές είναι εμφανείς στο Γράφημα 8.

Στην παρούσα μελέτη, βρέθηκε οι άγαμοι να κατέχουν το υψηλότερο ποσοστό απόπειρας αυτοκτονίας (34,2%), οι διαζευγμένοι το 7,3%, οι χήροι το 5,9% και εκείνοι οι οποίοι συμβιώνουν το 12,6%, σε αντίθεση με τους έγγαμους το 27,9% εκ των οποίων το 23,5% έχει τουλάχιστον 1 παιδί (Πίνακας 1). Οι περισσότεροι άγαμοι ($n=45$, 48,4%) προσήλθαν το έτος 2009 και οι περισσότεροι έγγαμοι ($n=30$, 31,6% και $n=30$, 32,3%) προσήλθαν τα έτη 2007 και 2009 αντίστοιχα (Γράφημα 2).

Σε αντίστοιχη μελέτη των Κούρτη Α. και συν. εμφανίζεται όσον αφορά στη συσχέτιση αυτοκτονιών με οικογενειακή κατάσταση, το υψηλότερο ποσοστό αυτοκτονιών να ανήκει στην κατηγορία των διαζευγμένων/χήρων ($p<0,05$) [198].

Πιθανότατα μετά το τέλος του 2009, όταν η χώρα ξεκινούσε να αντιμετωπίζει τα πιο σοβαρά οικονομικά και εργασιακά θέματα, η κάθε οικογένεια πλέον ήρθε αντιμέτωπη με τη δυσβάσταχτη καθημερινότητά της. Έτσι λοιπόν όσοι βρέθηκαν έγγαμοι ή έστω να συμβιώνουν πιθανότατα υπήρξαν λιγότερο ευάλωτοι από τις υπόλοιπες ομάδες.

Κατά τη διεθνή βιβλιογραφία επιβεβαιώνεται η θεώρηση ότι ο γάμος που ενδυναμώνεται από την ύπαρξη παιδιών, ελαττώνει σημαντικά την πιθανότητα αυτοκτονίας ή γενικότερης αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.

Αντίθετα, η μοναχική διαβίωση και η κοινωνική απομόνωση αυξάνουν τον κίνδυνο [199-202].

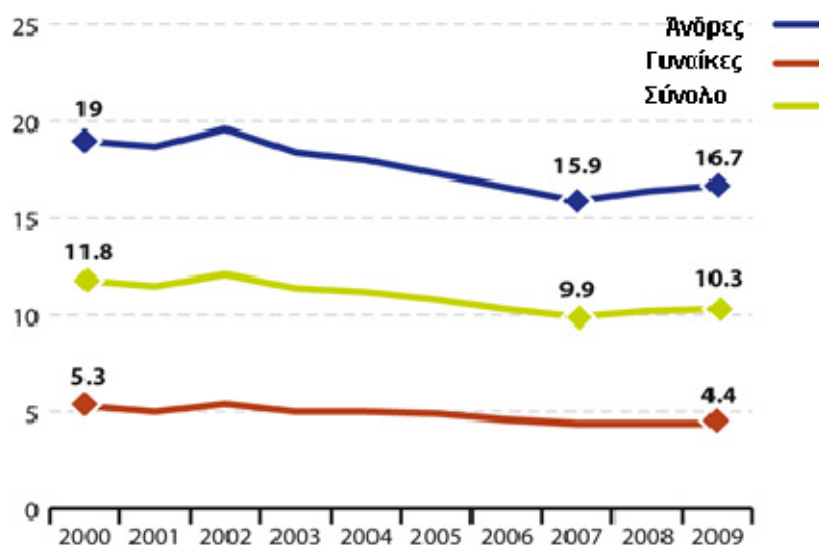
Σε ότι αφορά το φύλο αν και οι γυναίκες επιχειρούν συχνότερα απόπειρες αυτοκτονίας, οι άντρες αυτοκτονούν τελικά σε πολύ μεγαλύτερα ποσοστά στο δυτικό κόσμο [48].

Σύμφωνα και τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης στην οποία φάνηκε ότι οι γυναίκες είναι εκείνες οι οποίες αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν με ποσοστό 73,1% στο σύνολό τους, ενώ οι άνδρες κατέχουν μόλις το 26,9%.

Σε μελέτη της Eurostat αναφορικά έως το 2009 το ποσοστό αυτοκτονιών στους άνδρες είναι μεγαλύτερο από αυτό στις γυναίκες [203].

Γράφημα 9. Ποσοστό αυτοκτονιών, ΕΕ-27,

Αυτοκτονίες ανά 100.000 άτομα



Πηγή: Eurostat (κωδικός ηλεκτρονικών δεδομένων: hlth_cd_asdr)

Όσον αφορά στον τρόπο απόπειρας, βρέθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών (n=85, 64,4%) και το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών (n=300, 83,6%) χρησιμοποίησαν ως τρόπο αυτοκτονίας τη λήψη ταμπλετών. Ο παρορμητισμός μιας απόπειρας αυτοκαταστροφής μπορεί να φαίνεται και από τον τρόπο ο οποίος επιλέγεται. Η λήψη ταμπλετών, στις οποίες πολύ πιθανό να έχουν άμεση πρόσβαση όλοι, υπερτερεί έναντι άλλων μεθόδων.

Όσον αφορά στους υπόλοιπους τρόπους που χρησιμοποιήσαν βρέθηκε ότι μεγάλο ποσοστό των ανδρών έχει επιλέξει ως τρόπο αυτοκτονίας τη λήψη καυστικών ουσιών/υγρών (n=14, 10,5%), ενώ η λήψη αλκοόλ σε συνδυασμό με ταμπλέτες (n=18, 5%), η πτώση από ύψος (n=14, 3,9%) και ο αυτοτραυματισμός (n=14, 3,9%) είναι οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενοι τρόποι για τις γυναίκες (Πίνακας 5 και Γράφημα 7).

Ο πιο συχνός λόγος απόπειρας αυτοκτονίας που αναφέρουν οι γυναίκες (n=111, 30,9%) αλλά και για τους άνδρες (n=34, 25,8%) είναι το ψυχοπιεστικό γεγονός όπως φαίνεται στον Πίνακα 5. Επίσης ο διαπληκτισμός με παιδιά αναφέρεται από τις γυναίκες (n=9, 2,5%), ενώ δεν αναφέρεται από τους άνδρες. Ενδεχομένως ο διαπληκτισμός με τα παιδιά να καθιστά από μόνος του ένα πολύ σημαντικό λόγο απόπειρας από τις γυναίκες περισσότερο, καθώς απο τη φύση τους αντιμετωπίζουν τις καταστάσεις από μία πιο συναισθηματική σκοπιά.

Παρατηρούνται διαφορές ανάμεσα στα ποσοστά ανδρών και γυναικών όσον αφορά στους λοιπούς λόγους απόπειρας όπως φαίνεται στον Πίνακα 5. Όσοι επέλεξαν λιγότερο βίαιους τρόπους για να αυτοκτονίσουν ο λόγος απόπειρας ήταν θέμα διαπληκτισμού αλλά και καλύτερη έκβαση είχαν (Πίνακας 10).

Οι άνδρες λοιπόν φαίνεται να επιλέγουν πιο βίαιους τρόπους απόπειρας σε σχέση με τις γυναίκες, οι γυναίκες αναφέρουν ως λόγους αυτοκτονίας τους διαπληκτισμούς και τα οικονομικά σε σχέση με τους άντρες που αναφέρουν περισσότερα τα οικονομικά θέματα, τα θέματα υγείας αλλά και κυρίως ψυχοπιεστικά γεγονότα.

Το γεγονός ότι οι γυναίκες επιχειρούν συχνότερα απόπειρες αυτοκτονίας, ενώ οι άντρες αυτοκτονούν τελικά πιθανότατα έχει να κάνει με το γεγονός πως ο άνδρας για πολιτισμικούς λόγους συνδέεται συχνότερα με πιο βίαιες αυτοκτονικές απόπειρες οι οποίες είναι και πιο αποτελεσματικές, ενώ οι γυναίκες χρησιμοποιούν συχνότερα μεθόδους χαμηλής αποτελεσματικότητας [48].

Οι θάνατοι από αυτοκτονία έχουν αυξηθεί κατά 45% μεταξύ του 2007 και του 2011, μολοντί ήταν χαμηλό το αρχικό ποσό. Αυτή η αύξηση ήταν αρχικά πιο έντονη για τους άνδρες, αλλά τα δεδομένα του 2011 από την Ελληνική Στατιστική Αρχή δείχνουν επίσης μια μεγάλη αύξηση για τις γυναίκες [204].

Σε μελέτη της Eurostat φαίνεται το μεγαλύτερο ποσοστό αυτοκτονιών να απαντάται στα άτομα ηλικίας 85 ετών και άνω [203]. Τα αποτελέσματα της δικής μας μελέτης

έρχονταισε αντίθεση, όπου η ηλικιακή ομάδα που κατέχει τα ηνία στην απόπειρα αυτοκαταστροφής είναι εκείνη των 26-47 ετών.

Το έτος 2007 φαίνεται να προσέρχονται στο ΤΕΠ του νοσοκομείου περισσότερα άτομα (n=43, 43%) που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 15-25 ετών, το έτος 2009 φαίνεται η ομάδα 26-36 ετών να εμφανίζει τη μεγαλύτερη συχνότητα προσέλευσης (n=24, 22,6%), ενώ η ηλικιακή ομάδα 37-47 έτη εμφανίζει μεγαλύτερη προσέλευση το 2008 (n=22, 25,3%), 2010 (n=22, 20,6%) και 2011 (n=22, 24,2%) (Γράφημα 1).

Το μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 15-25 έτη (n=122, 34%) και 37-47 έτη (n=74, 20.6%), ενώ το αντίστοιχο των ανδρών ανήκει στις ηλικιακές ομάδες 15-25 έτη (n=29, 22%) και 26-36 έτη (n=29, 22%) (Πίνακας 5).

Τα έτη 2007 και 2009 οι κοινωνικοοικονομικές ανακατατάξεις πλήττον έμμεσα αλλά ουσιαστικά και τις νεαρότερες ηλικίες. Η ηλικιακή ομάδα των 15-25 ετών αντιμετωπίζει την οικονομική στενότητα της οικογένειας, της έλλειψης ποιοτικού χρόνου με τους γονείς, καθώς εκείνοι με τη σειρά τους προσπαθούν να καλύψουν βασικές ανάγκες που πολλές φορές περιορίζονται στις προτεραιότητες και μόνο. Από την άλλη τα νεαρότερα άτομα γίνονται δέκτες ενδεχομένως των εντάσεων που μπορεί να δημιουργεί αυτή η καθημερινότητα στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Επιπρόσθετα βιώνουν τη στρεσογόνο κατάσταση των εκάστοτε εξετάσεων και την πιθανή αποτυχία που μπορεί να ενέχουν.

Όσον αφορά στις ηλικίες 26-36 πιθανότατα η μεγαλύτερη συχνότητα προσέλευσης για τα έτη 2008, 2010 και 2011 συνδέεται με τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης. Τα άτομα αυτής της ηλικίας βιώνουν τη δυσκολία εύρεσης εργασίας και κατ'επέκταση επαγγελματικής ή/και προσωπικήςαποκατάστασης. Η διάθεση για δημιουργικότητα και όραμα αντικαθίστανται από αβεβαιότητα, απαισιοδοξία και ματαίωση.

Αντίστοιχα τα άτομα ηλικίας 37-47 οι οποίοι μολονότι μπορεί να εργάζονται, να έχουν δημιουργήσει οικογένεια, παιδιά μπορεί να βρίσκονται σε οικονομικό αδιέξοδο, είτε βιώνουν την απώλεια εργασίας ή και ακόμη και την απώλεια στέγης. Επιπλέον ένα διαζύγιο ή η απώλεια οικείου προσώπου από μόνα τους αντιστοιχούν σε βαρύτατα ψυχοπνευματικά γεγονότα τα οποία θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε κατάθλιψη, απελπισία, τάση για αυτοκαταστροφή.

Οι καταγραφές δείχνουν σαφή δείματα. Μεταξύ των ενηλίκων, το ποσοστό της ανεργίας βρέθηκε να είναι 27% το Νοέμβριο του 2012 σε σύγκριση με 20,8% το

Νοέμβριο του 2011 και 12,0% το Μάιο του 2010 [205]. Η ανεργία στους νέους αυξήθηκε επίσης από 18.6% το Μάιο του 2008 και 40,1% το Μάιο του 2011, έως περίπου 55% στο Νοέμβριο του 2012 [205,206]. Εκτός από την ανεργία, η μείωση των ωρών εργασίας λόγω της μερικής απασχόλησης στις συνθήκες εργασίας είναι μια άλλη σημαντική παρενέργεια της οικονομικής κρίσης [205]. Επιπλέον, η αυξημένη συχνότητα εμφάνισης της απώλειας στέγης προφανέστατα, ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα. Με βάση τα επίσημα στοιχεία, κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης, ο αριθμός των Ελλήνων και μεταναστών αστέγων αυξήθηκε εντυπωσιακά το 2011 (2781 άστεγοι το 2009 έναντι 11.000 το 2011). Η πλειοψηφία των αστέγων ήταν Έλληνες πολίτες και ζούσαν σε μεγάλες πόλεις, κυρίως στην Αθήνα και τον Πειραιά [207].

Όπως στη μελέτη του Σταυρινού [48] φαίνεται τις περισσότερες επιτυχημένες αυτοκτονίες να τις κατέχουν οι άντρες με ιστορικό κατάθλιψης μετά τα 60 έτη [57,208], έτσι και στη μελέτη μας βρέθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών (n=76, 57,6%) που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν είχαν συνοσηρότητα ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών (n=195, 54,3%) δε είχαν (Πίνακας 5). Ακόμη οι μεγαλύτερες ηλικίες φαίνεται να είχαν προηγούμενο ιστορικό αποπειρας, ενώ σύμφωνα με τον Πίνακα 9 οι μικρότεροι σε ηλικία δεν φαίνεται να εμφανίζουν προβλήματα συνοσηρότητας.

Επίσης, όσο αυξανόταν η ηλικία τόσο πιο βίαιοι τρόποι επιλέγονταν, όσο αυξανόταν η ηλικία τόσο ο αναφερόμενος λόγος πλησίαζε τα θέματα υγείας αλλά και τα ψυχοπιεστικά γεγονότα, όσο αυξανόταν η ηλικία τόσο φαίνεται να εξέφραζαν μεταμέλεια και τέλος όσο αυξανόταν η ηλικία τόσο η έκβαση γινόταν χειρότερη. Συνεκδοχικά μπορούμε να καταλήξουμε ότι άνδρες μεγαλύτερης ηλικίας, με συνοδά προβλήματα υγείας, παρότι μετανιώνουν για την πράξη τους, έχουν όμως επιλέξει πιο βίαιους τρόπους με αποτέλεσμα η έκβαση να είναι χειρότερη.

Το έτος 2009 βρέθηκε το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (n=89, 84%) να έχουν φύγει από το νοσοκομείο μέσα στο 1^ο 24ωρο, ενώ το 2011 μόνο το 60% (n=55) έφυγαν το 1^ο 24ωρο και το 36,3% (n=33) έφυγαν τα επόμενα 24ωρα (Γράφημα 5).

Ο χρόνος εξόδου από το νοσοκομείο έχει να κάνει πιθανότατα με τον τρόπο αυτοκαταστροφής. Όσο πιο βίαιος με περισσότερες επιπτώσεις για το ίδιο το άτομο τόσο μεγαλύτερος ο χρόνος νοσηλείας.

Πιο συγκεκριμένα το 2007 και το 2009 φαίνεται να εμφανίζεται το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (81% και 75%) που αναφέρουν ότι μετάνιωσαν για την πράξη τους, ενώ το 2011 βρέθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών (37,8%) που δεν εκφράζουν μεταμέλεια (Γράφημα 6).

Φαίνεται οι άντρες να μην εκφράσουν μεταμέλεια σε σχέση με τις γυναίκες και τέλος στις γυναίκες δε βρέθηκε να συστήθηκε ψυχιατρική παρακολούθηση σε σχέση με τους άντρες.

Σύμφωνα με επίσημες καταγραφές, οι αυτοκτονίες στην Ελλάδα έχουν αυξηθεί κατά 17% από το 2007 έως το 2009, με ανεπίσημα στοιχεία που παραπέμπουν σε μια αύξηση 25% κατά την περίοδο 2009-2010. Το Υπουργείο Υγείας της Ελλάδος για το 2011 αναφέρει μια αύξηση των αυτοκτονιών κατά 40% [72,84,133,134,209-212] και μια μελέτη διαπιστώνει αύξηση του 36% μεταξύ 2009 και 2011 όσων δήλωσαν ότι αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν εντός του μήνα πριν από την έρευνα [84,115]. Επομένως ακόμη και η πρόθεση μεταμέλειας κατέχει πολύ σημαντικό ρόλο ως προς το πώς αισθάνεται αυτός που αποπειράται. Από τα έτη σε σχέση με την έκφραση μεταμέλειας φαίνεται ότι το 2007 σχετικά με την οικονομική κρίση, όπου τα πράγματα άρχιζαν να διαφαίνονται δυσοίωνα καταγράφεται μικρότερο ποσοστό αυτοκτονιών. Όσο πλησιάζουμε όμως στην κορύφωση (2011), όπου σχεδόν όλοι οι Έλληνες με τον όποιο τρόπο έχουν επηρεαστεί, φαίνεται ίσως και η μεγαλύτερη απελπισία να απαλλαγούν από αυτό που δε μπορούν να αντιμετωπίσουν. Σε μια σύνδεση μεταξύ μείζονος κατάθλιψης και οικονομικής κρίσης έως το 2011 βρέθηκε ότι ήταν 2,6 φορές πιο πιθανό για τους Έλληνες να υποστούν μείζονα κατάθλιψη σε σύγκριση με το 2008 [80].

8. Συμπεράσματα / Προτάσεις

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως υγεία ορίζεται όχι μόνο η απουσία νόσου, αλλά και η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας [213].

Γίνεται πλέον αντιληπτό ότι η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της θα επηρεάσουν τη σωματική και ψυχική υγεία [82].

Η πράξη της αυτοκτονίας αποτελεί ένα πολύπλευρο θέμα που καθορίζεται από πολλούς παράγοντες. Η θεώρηση αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική κυρίως όσον αφορά τους τομείς της πρόληψης και της πρόβλεψης αυτής. Όπως χαρακτηριστικά τονίζεται, είναι απαραίτητο: α. Να δημιουργηθούν κατάλληλοι φορείς όπου το άτομο σε κατάσταση «κρίσης» μπορεί να απευθυνθεί ζητώντας βοήθεια. β. Να γίνεται έγκαιρη διάγνωση του βαθμού επικινδυνότητας κάθε περίπτωσης προκειμένου ο πάσχων να «παρακολουθείται» άμεσα μέχρι να ξεπεραστεί ο κίνδυνος. γ. Να υπάρχει άμεση πληροφόρηση και εκπαίδευση όλων των κοινωνικών ομάδων έτσι ώστε να είναι εφικτός ο εντοπισμός, η υποστήριξη αλλά και η παραπομπή σε ειδικό φορέα ατόμων που βρίσκονται σε υψηλό βαθμό επικινδυνότητας [55].

Η εργασία ασκεί προστατευτική επίδραση, ενώ η ανεργία αυξάνει τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Αυτό ενδεχομένως οφείλεται στα συνεπακόλουθα προβλήματα της ανεργίας (τη φτώχεια, τον κοινωνικό αποκλεισμό, τα οικογενειακά προβλήματα, την απελπισία που νιώθει ένας άνθρωπος που δεν μπορεί να βρει δουλειά ή που χάνει τη δουλειά του). Σε αυτό το σημείο, υπογραμμίζουν οι ειδικοί, ότι η κρίση έρχεται να συμβάλει καταλυτικά στους αυξημένους αριθμούς των αυτοκτονιών [47].

Τα άτομα που έχουν στο ιστορικό τους απόπειρες αυτοκτονίας ή/και αυτοτραυματισμού, εντάσσονται στην ομάδα υψηλού κίνδυνου να θέσουν τέλος στην ζωή τους αυτοκτονώντας, εφόσον υπολογίζεται ότι ο κίνδυνος επιτυχούς αυτοκτονίας είναι 64 φορές μεγαλύτερος σε αυτά, απ' ότι στον γενικό πληθυσμό [199].

Όπως είναι αυτονόητο μια αποτυχημένη απόπειρα αυξάνει κατακόρυφα την πιθανότητα μιας δεύτερης [48].

Η πλειοψηφία των θεμάτων σχετικά με την ανάκτηση από μια απόπειρα αυτοκτονίας ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα της πρόθεσης αυτοκτονίας, θεωρείται ότι η απόπειρα αυτοκτονίας τους, θα μπορούσε να είχε προληφθεί. Τονίζεται δε ότι τα μέλη της οικογένειας και οι κοντινοί αγαπημένοι θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην πρόληψη της απόπειρας αυτοκτονίας τους. Έτσι, μπορεί να είναι ευεργετική η συμμετοχή της οικογένειας και της κοινωνίας σε μεγαλύτερο βαθμό, σε μια

προσπάθεια να μειωθεί η συχνότητα των αυτοκτονιών με την παροχή καλύτερης εκπαίδευσης [214].

Καλύτερη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, των οικογενειών των ομάδων οι οποίοι είναι επιρρεπείς να αποπειραθούν να αυτοκτονήσουν, ή και που ήδη έχουν αποπειραθεί, και ευαισθητοποίησης της κοινωνίας.

Όλες οι αυτοκτονίες δεν μπορούν να αποτραπούν, ωστόσο, στην πλειοψηφία τους μπορεί να προληφθούν. Παρεμβάσεις και μέτρα που μπορούν να ληφθούν σε κοινοτικό και εθνικό επίπεδο και να συμβάλλουν στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του προβλήματος είναι [215]:

- Εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας και διεπαγγελματική συνεργασία για την αναγνώριση των αυτοκτονικών τάσεων [216]
- Οργάνωση υπηρεσιών «παρέμβασης σε κρίση», όπως είναι οι μονάδες τηλεφωνικής βοήθειας και οι κινητές μονάδες [7,217]
- Έγκαιρη παραπομπή σε ψυχιατρικές υπηρεσίες ατόμων με αυτοκτονικό ιδεασμό και τάσεις αυτοκτονικές [217]
- Εκτίμηση του βαθμού της αυτοκτονικής πρόθεσης των ατόμων που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν [218,219]
- Συστηματική παρακολούθηση (follow up) των αποπειραθέντων [219]
- Σύνδεση μεταξύ υπηρεσιών ψυχικής υγείας της κοινότητας και σχολείων για την έγκαιρη εντόπιση εφήβων υψηλού κινδύνου στο σχολικό περιβάλλον [219]
- Φροντίδα και υποστήριξη σε ηλικιωμένους που ζουν μόνοι ή πρόσφατα έχασαν το σύντροφό τους [220]
- Υποστήριξη των πληθυσμών σε κίνδυνο (π.χ. άνθρωποι με κατάθλιψη, ηλικιωμένοι, έφηβοι σε κρίση) [221]
- Μείωση της διαθεσιμότητας και της πρόσβασης στα μέσα της αυτοκτονίας (φάρμακα, τοξικές ουσίες, όπλα) [221]
- Ενίσχυση των δικτύων υποστήριξης των επιζώντων μετά από απόπειρα αυτοκτονίας [219]
- Ψυχοκοινωνική υποστήριξη και έγκαιρη επισήμανση της κατάθλιψης και των αυτοκτονικών τάσεων σε άτομα με χρόνια, καταληκτικά νοσήματα [219]
- Ευρεία ενημέρωση του κοινού για τη διαχείριση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς [219]
- Ενημέρωση των πολιτών από τους επαγγελματίες υγείας για τη σωστή χρήση των μέσων μαζικής ενημέρωσης σε σχέση με θέματα αυτοκαταστροφής [222]

– Ευρεία δημοσιότητα στην κοινότητα για τις γραμμές βοήθειας, τα κέντρα πρόληψης κρίσης και τα κέντρα που παρέχουν βοήθεια στα άτομα με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και τις οικογένειές τους [222].

Με βάση την εμπειρία από προηγούμενες οικονομικές κρίσεις όσον αφορά τις επιπτώσεις τους στην υγεία των χωρών της Ευρώπης, η έρευνα έχει δείξει ότι εκεί είχε σημειωθεί αύξηση των αυτοκτονιών σε τέτοιες περιόδους, ως εκ τούτου, το ζήτημα των αυτοκτονιών κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, θεωρείται από τους συγγραφείς της συγκεκριμένης μελέτης ένα ανησυχητικό ζήτημα που απαιτεί περισσότερο εστιασμένη προσοχή [223].

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή

Η αυτοκτονία είναι ένα πρόβλημα το οποίο αφορά όλες τις χώρες του κόσμου και παρόλο που σπάνια αποτελεί αντικείμενο συζήτησης τόσο στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (ΜΜΕ) όσο και στις καθημερινές κουβέντες των ανθρώπων, ωστόσο δεν είναι καθόλου σπάνιο, αντιθέτως παίρνει όλο και μεγαλύτερες διαστάσεις [1,2].

Είναι αξιοσημείωτο δε ότι τα παραπάνω στοιχεία αφορούν άτομα που αυτοκτόνησαν, ενώ λαμβάνοντας υπόψη τα δεδομένα για τις απόπειρες αυτοκτονίας, ο αριθμός των αποπειραθέντων ασθενών αυξάνεται έως και 20 φορές [4,5].

Υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο γίνονται 10 με 20 εκατομμύρια μη θανάσιμες απόπειρες αυτοκτονίας [6]. Η αυτοκτονία είναι η πιο αποτρέψιμη αιτία θανάτου μεταξύ των κορυφαίων 20 σημαντικότερων αιτιών θνησιμότητας σε παγκόσμιο επίπεδο για όλες τις ηλικίες [155].

Σύμφωνα με μελέτες του WorldHealthOrganization (WHO) και του CentersforDiseaseControlandPrevention (CDCP), παράγοντες κινδύνου που ενισχύουν την αυτοκτονική συμπεριφορά είναι δημογραφικοί (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση), ψυχιατρικοί (σωματική και ψυχική υγεία, προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας), βιολογικοί παράγοντες, στρεσογόνα γεγονότα ζωής, καθώς επίσης πολιτιστικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις [4,5].

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή των ατόμων που εισήχθησαν σε τριτοβάθμιο γενικό νοσοκομείο της Αθήνας με διάγνωση απόπειρας αυτοκαταστροφής, κατά την 5ετία 2007-2011 και η συσχέτιση των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών τους, με τις μεταβαλλόμενες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες της περιόδου.

Υλικό και Μέθοδος

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με έντυπο καταγραφής σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία και περιείχε στοιχεία του ιατρικού φακέλου (**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: Α.ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**).

Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 491 ασθενείς που προσήλθαν στο ΤΕΠ 3βάθμιου γενικού νοσοκομείου της Αθήνας κατά την 5ετία 2007-2011 με διαγνώσεις εισαγωγής: απόπειρα αυτοκαταστροφής, ή αυτοτραυματισμός, ή την φαρμακευτική δηλητηρίαση και εξετάστηκαν κατά το πρώτο 24ωρο της νοσηλείας. Η μελέτη αποτελεί μια αναδρομική καταγραφή στοιχείων, η συλλογή των οποίων έγινε μέσα

από το αρχείο του ψυχιατρικού φακέλου των ασθενών από την ίδια την ερευνήτρια, με την καθοδήγηση και τη βοήθεια των ψυχιάτρων του αντίστοιχου τμήματος.

Δεν υπήρχαν κριτήρια εξαίρεσης ασθενών από τη μελέτη. Όσοι από τους ασθενείς προσήλθαν στο ΤΕΠ του νοσοκομείου με τις τρεις προαναφερόμενες διαγνώσεις, εισήχθησαν στη μελέτη.

Αποτελέσματα

Αν και δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά ($p>0,05$) μεταξύ των ανδρών και γυναικών σε σχέση με το έτος προσέλευσης, οι γυναίκες είναι περισσότερες σε σχέση με τους άνδρες σε ότι αφορά την προσέλευσή τους στο ΤΕΠ με διάγνωση απόπειρα αυτοκαταστροφής ή αυτοκτονίας (Πίνακας 4).

Η ηλικία βρέθηκε να έχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,020$) όσον αφορά τη συχνότητα σε σχέση με το έτος προσέλευσης (Πίνακας 4). Βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,007$) στην οικογενειακή κατάσταση και τα έτη προσέλευσής τους.

Στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,046$) βρέθηκε να εμφανίζεται μεταξύ εργασιακής απασχόλησης και ετών προσέλευσης (Πίνακας 4). Επίσης εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι το έτος 2010 έχουμε το μεγαλύτερο ποσοστό ($n=17, 16\%$) εμφάνισης της ομάδας των συνταξιούχων στο ΤΕΠ σε σχέση με όλες τις υπόλοιπες χρονιές (Γράφημα 3).

Ισχυρά στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,004$) φαίνεται να εμφανίζεται στον αναφερόμενο λόγο απόπειρας και το έτος προσέλευσης (Πίνακας 4), καθώς και τα οικονομικά θέματα ($n=16, 17,6\%$) να πρωτοστατούν ως αναφερόμενοι λόγοι το 2011 με μικρή διαφορά (Γράφημα 4).

Το μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 15-25 έτη ($n=122, 34\%$) και 37-47 έτη ($n=74, 20,6\%$), ενώ το αντίστοιχο των ανδρών ανήκει στις ηλικιακές ομάδες 15-25 έτη ($n=29, 22\%$) και 25-36 έτη ($n=29, 22\%$) (Πίνακας 5).

Ο πιο συχνός λόγος αυτοκτονίας που αναφέρουν οι γυναίκες ($n=111, 30,9\%$) αλλά και για τους άνδρες ($n=34, 25,8\%$) είναι το ψυχοπιεστικό γεγονός (Πίνακας 5).

Συμπεράσματα

Η ανάλυση του συνόλου των πληροφοριών αυτής της αναδρομικής μελέτης, θα επιχειρήσει να αναδείξει τις αιτίες πρόκλησης των αυτοκτονικών περιστατικών,

μέσα στα πλαίσια μιας πλέον ρευστής με αυξητική τάση περιρρέουσας κοινωνικοοικονομικής ατμόσφαιρας.

Από τη μελέτη φάνηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά στο έτος εισαγωγής των ασθενών στο ΤΕΠ τόσο με την ηλικία των ασθενών ($p=0,020$), όσο με την κοινωνική κατάσταση ($p=0,007$), αλλά και την εργασιακή κατάσταση ($p=0,046$).

Επίσης στατιστικά σημαντική διαφορά εμφανίζεται στον αναφερόμενο λόγο απόπειρας ($p=0,004$) και το έτος εισαγωγής. Το 2009 φαίνεται να νοσηλεύονται ασθενείς με απόπειρες που σχετίζονται με οικονομικά θέματα τα οποία κορυφώνονται το 2011.

Το γεγονός ότι οι γυναίκες επιχειρούν συχνότερα απόπειρες αυτοκτονίας, ενώ οι άντρες αυτοκτονούν τελικά πιθανότατα έχει να κάνει με το γεγονός πως ο άνδρας για πολιτισμικούς λόγους συνδέεται συχνότερα με πιο βίαιες αυτοκτονικές απόπειρες οι οποίες είναι και πιο αποτελεσματικές, ενώ οι γυναίκες χρησιμοποιούν συχνότερα μεθόδους χαμηλής αποτελεσματικότητας [43].

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως υγεία ορίζεται όχι μόνο η απουσία νόσου, αλλά και η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας [189]. Γίνεται πλέον αντιληπτό ότι η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της θα επηρεάσουν τη σωματική και ψυχική υγεία [77]. Δυστυχώς η άνοδος της ανεργίας συνοδεύεται και από την καταγραφή της δραματικής ανόδου των αυτοκτονιών, τετελεσμένων και αποπειρών, σε όλη τη χώρα [119].

Τα άτομα που έχουν στο ιστορικό τους απόπειρες αυτοκτονίας ή/και αυτοτραυματισμού, εντάσσονται στην ομάδα υψηλού κίνδυνου να θέσουν τέλος στην ζωή τους αυτοκτονώντας, εφόσον υπολογίζεται ότι ο κίνδυνος επιτυχούς αυτοκτονίας είναι 64 φορές μεγαλύτερος σε αυτά, απ' ό τι στον γενικό πληθυσμό [183]. Όπως είναι αυτονόητο μια αποτυχημένη απόπειρα αυξάνει κατακόρυφα την πιθανότητα μιας δεύτερης [43].

Με βάση την εμπειρία από προηγούμενες οικονομικές κρίσεις όσον αφορά τις επιπτώσεις τους στην υγεία των χωρών της Ευρώπης, η έρευνα έχει δείξει ότι εκεί είχε σημειωθεί αύξηση των αυτοκτονιών σε τέτοιες περιόδους, ως εκ τούτου, το ζήτημα των αυτοκτονιών κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, θεωρείται από τους συγγραφείς της συγκεκριμένης μελέτης ένα ανησυχητικό ζήτημα που απαιτεί περισσότερο εστιασμένη προσοχή [223].

Όλες οι αυτοκτονίες δεν μπορούν να αποτραπούν, ωστόσο, στην πλειοψηφία τους μπορεί να προληφθούν [191].

ABSTRACT

Introduction

Suicide is a problem for all countries of the world and although it is rarely discussed in both the media (SMEs) as well as in everyday conversations of people, but it is not rare at all, instead getting bigger and bigger dimensions [1,2].

It is noteworthy that the above figures are related to people who have committed suicide while taking into account the data on suicide attempts, the number of patients that attempted to suicide increases up to 20 times [4,5].

It is estimated that each year become 10-20 million non-fatal suicide attempts [6]. Suicide is the most preventable cause of death among the top 20 leading causes of mortality worldwide for all ages [155].

According to studies by the World Health Organization (WHO) and the Centers for Disease Control and Prevention (CDCP), risk factors that enhance suicidal behavior are demographic (age, sex, marital status), psychiatric (mental and physical health, previous suicide attempts), biological factors, stressful life events, as well as cultural and religious beliefs [4,5].

Aim

The purpose of this study is the registration of persons that were introduced to tertiary general hospital in Athens with a diagnosis of suicide attempt during the 5 years from 2007 to 2011 and the association of demographic and clinical characteristics, with the changing socio-economic conditions of the period.

Material and Method

The data collection was performed with registration form in accordance with the existing literature and the data that were contained in medical records **(APPENDIX: A. TOOL DATA COLLECTION)**.

The sample of the study consisted of 491 patients who went to the Emergency Department (ED) of tertiary general hospital of Athens during the 5 years 2007-2011 with diagnoses import: attempted self-destruction or self-inflicted injury, or drug intoxication and were examined during the first 24 hours of hospitalization. The study is a retrospective record data, the collection of which was through the file folder of psychiatric patients by the same researcher, with the guidance and assistance of psychiatrists of the corresponding section. There were no exemption criteria of patients from the study. Those patients went to the hospital's ED with those three diagnoses were introduced into the study.

Results

Although the statistically significant difference ($p > 0,05$) is not clear between men and women in relation to the year of turnout, women are more than men regarding their arrival to the ED with a diagnosis of suicide attempt or suicide (Table 4).

Age was found to have a statistically significant difference ($p = 0,020$) regarding the frequency in relation to the year of attendance (Table 4). Statistically significant difference ($p = 0,007$) was found in marital status and years of their arrival.

Statistically significant difference ($p = 0,046$) was found to appear between work time and attendance age (Table 4). Also impressive is the fact that in 2010 we have the largest percentage ($n = 17, 16\%$) of occurrence of the group of pensioners in the ED compared with all other years (Figure 3).

Strong statistically significant difference ($p = 0,004$) seems to occur in referenced attempts and year of attendance (Table 4) as well as economic issues ($n = 16, 17,6\%$) referred to as leading reasons in 2011 with a small difference (Figure 4).

The larger percentage of women attempted suicide belongs to the age group 15-25 years ($n = 122, 34\%$) and 37-47 years ($n = 74, 20.6\%$), while the while the corresponding for men belongs to the age group 15-25 years ($n = 29, 22\%$) and 25 to 36 years ($n = 29, 22\%$) (Table 5).

The most common reason for suicide reported by women ($n = 111, 30,9\%$) and men ($n = 34, 25,8\%$) is the stressful event (Table 5).

Conclusions

The analysis of all the information of this retrospective study, will attempt to highlight the causes of suicidal incidents, within a more fluid and still rising climate of socio-economic atmosphere. The study revealed a statistically significant difference in the year of admission to the ED with both patient age ($p = 0,020$), as the social situation ($p = 0,007$), and the work situation ($p = 0,046$).

Also statistically significant difference appears in referred attempts ($p = 0,004$) and the year of attendance. In the year of 2009 seems to be hospitalized patients with attempts related to economic issues which culminate in 2011.

The fact that women attempt suicide more frequently, while men commit suicide ultimately probably has to do with the fact that man for cultural reasons often is associated with violent suicidal attempts that are more effective, while women often use low-efficacy methods [43].

According to the World Health Organization as definition of health is not merely the absence of disease but a state of complete physical, mental and social well-being [189]. It is now understood that the economic crisis and its consequences will affect the physical and mental health [77]. Unfortunately, the rise in unemployment is

accompanied by the recording of a dramatic rise in suicides and attempted suicides, throughout the country [119].

Individuals who have their historical suicide attempts and / or self-harm, will fall into a high risk group to end their lives by suicide, since it is estimated that the risk of successful suicide is 64 times higher in them than in the general population [183]. It is obvious that a failed attempt dramatically increases the likelihood of a second [43].

Based on experience from previous economic crises regarding their impact on health in countries of Europe, research has shown that there had been noted an increase in suicides in such periods, therefore the issue of suicides during the economic crisis in Greece, is considered by the authors of the current paper to be an alarming issue requiring more focused attention [223].

All suicides can not be averted, however, most of them can be prevented [191].

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Μάνου, Ν. (1997), Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής, Θεσσαλονίκη: University Studio Press
2. Σίμος, Γ. (2010), Γνωστική συμπεριφορική θεραπεία. Ένας οδηγός για την κλινική πράξη, Αθήνα: Πατάκης
3. <http://www.psychologynet.gr/article.php?item=79>
4. World Health Organization. Suicide prevention (SUPRE) Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2007
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
5. Centers for Disease Control and Prevention. Advance report of final mortality statistics. Monthly Vital Statist Report 1993, 41:1–52
6. Bertolote JM. Fleischmann A (October 2002). “Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective”. World Psychiatry 1 (3): 181-5
7. Stone G. Suicide and attempted suicide. PGW, New York, 2001
8. <http://www.tovima.gr/default>
9. Γαβριήλ Ιωάννα (1986, Πανεπιστήμιο Πατρών), Η αυτοκτονία στην Πελοπόννησο: Επιδημιολογία, Ψυχοπαθολογία, Κοινωνικοί Παράγοντες
10. Hawton K. van Heeringen K (April 2009). “Suicide”. Lancet 373 (9672): 1372-81
11. Ψυχιατρική 2013, 24:55–60
12. “Indian woman commits sati suicide”. Bbc. Co. uk. 2002-08-07
13. Aggarwal, N (2009). “Rethinking suicide bombing.” Crisis 30 (2): 94-7
14. Aquinas, T. Summa Theologica, New York: Benziger Brothers, 1947
15. Burton, R. The anatomy of Melancholy, London: Chatto and Windus, 1881
16. Donne, J. Biathanatos, New York: Fascimile Text Society, 1930
17. Rousseau, J. J. La Nouvelle Heloisey, : Lettres 21 et 22 Paris, 1761
18. Hume, D. An Essay on Suicide, Yellow Springs, Ohio: Kahoe and Co., Yellow Springs, 1929
19. Merian. Sur la Crainte de la Mort, Sur le Mepris de la Mort, Sur le Suicide, Memoire. In volume XIX of Histoire de l' Academie Riyale des Sciences et Belles-Lettres de Berlin, pp. 385, 392, and 403, 1763
20. Kant, I. The Metaphysic of Ethics, (Transl.) T. And T. Clark, Edinburgh, 1871
21. Beratis S. Suicide in southwestern Greece 1979-1984. Acta Psychiatr Scand. 1986 Nov; 74(5): 433-9
22. Κοινωνικές αιτίες της αυτοκτονίας, EmileDurkheim, εκδ. Γερ. Αναγνωστίδη, σελ, 18
23. Tantam M A, Whittaker J: Personality disorder and self-wounding. Br J Psychiatry 1992, 161: 451-464
24. Shneidman E: Definition of Suicide. Wiley, New York, 1985
25. Gullota, edited by Thomas P: Bloom, Martin (2002). The encyclopedia of primary prevention and health promotion
26. Emile Durkheim Le Suicide (1897) A Study in Sociology

27. Sigmund Freud *Beyond the Pleasure Principle*, 1920
28. O'Connor, Rory; Sheehy, Noel (29 Jan 2000). Understanding suicidal behaviour. Leicester: BPS Books. pp. 33-37. ISBN978-1-85433-290-5
29. Stephanie Langlois, Peter Morrison (January 2002). [www.statcan.ca/English/freepub "Suicide deaths and attempts"]. HealthReports, vol. 13, no 2
30. Παπαστάμου, 2000
31. Baumeister, Scher, 1987
32. Mann, J.J., et al., Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry*, 1999. 156(2): p. 181-9
33. Harkavy -Friedman, J.M., et al., Suicidal behavior in schizophrenia and schizoaffective disorder: examining the role of depression. *Suicide Life Threat Behav*, 2004. 34(1): p. 66-76
34. Harkavy-Friedman, J.M., et al., Suicidal behavior in schizophrenia: characteristics of individuals who had and had not attempted suicide. *Am J Psychiatry*, 1999. 156(8): p. 1276-8
35. Butterworth et al., 2009
36. Lewis et al., 2003
37. Sareen et al., 2011
38. Jenkins R, Bhugra D, Bebbington P et al. Debt, income and mental disorder in the general population. *Psychol Med* 2008;38:1485-93
39. Beck, A.T., et al., The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol*, 1974. 42(6): p. 861-5
40. Beck, A.T., et al., Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*, 1990. 147(2): p. 190-5
41. Drake, R.E. and P.G. Cotton, Depression, hopelessness and suicide in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 1986. 148: p. 554-9
42. Nordentoft, M., et al., OPUS study: suicidal behaviour, suicidal ideation and hopelessness among patients with first-episode psychosis. One-year follow-up of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry Suppl*, 2002. 43: p. s98-106
43. Aguilar, E.J., et al., Hopelessness and first-episode psychosis: longitudinal study. *Acta Psychiatr Scand*, 1997. 96(1): p. 25-30
44. Cohen, L.S., R.M. Winchel, and M. Stanley, Biological markers of suicide risk and adolescent suicide. *Clin Neuropharmacol*, 1988. 11(5): p. 423-35
45. Αργύριος Μπίρης, Κατάθλιψη, Αυτοκτονία και Στατιστική, 2004
46. Shafii, M., et al., Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *Am J Psychiatry*, 1985. 142(9): p. 1061
47. <http://www.prismanews.gr/index.php/crete/item/2507>
48. Στέφανος Σταυρινός, Αυτοκτονία, Η πύλη της ψυχολογίας. <http://e-psychology.gr/grief-depression/526-autoktonia>
49. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev* 2008, 30:133-154

50. Κονταξάκης ΒΠ, Χριστοδούλου ΓΝ, Χαβάκη–Κονταξάκη ΜΙ, Στεφανής ΚΝ. Απόπειρες αυτοκαταστροφής: Συγκριτική διερεύνηση ασθενών με μείζονα κατάθλιψη ή σχιζοφρένεια. Θέματα Προληπτικής Ψυχιατρικής, Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα, 1994
51. Pjevac, M (2012 Oct). "Neurobiology of suicidal behavior". *Psychiatria Danubina* 24 Suppl 3:S336-41
52. Dwivedi. Yogesh (2012). *The neurobiological basis of suicide*. Boca Raton. FL: Taylor & Francis/CRC Press. Page 166
53. Autry. AE (2009 Nov 1). "Epigenetics in suicide and depression". *Biological Psychiatry* 66 (9): 8 12-3
54. N. Retterstol: SUICIDE: AEUROPEANPERSPECTIVE, CambridgeUniversityPress, Cambridge, 1993
55. <http://www.healthnewsflash.com/conditions/suicide.php>
56. http://el.wikipedia.org/wiki/κατάλογος_χωρών_ανά_ποσοστό_αυτοκτονίας
57. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (July 2006). "Homicides and suicides?National Violent Death Reporting System, United States, 2003?2004". *MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.* 55 (26): 721?4. PMID 16826158
58. Atkinson, R. L., Atkinson, R. C, Smith, E. E., & Bem, D. J., Eds., "Introduction to psychology", 10th edition, 1990
59. Ιεροδιακόνου, Χ., Φωτιάδη, Χ. και Δημητρίου, Ε., "Ψυχιατρική", 1988
60. Νέστορος, Ι. Ν. και Βαλλιανάτου, Ν. Γ., "Συνθετική ψυχοθεραπεία με στοιχεία ψυχοπαθολογίας", 1990
61. Παπαδόπουλου, Ν. Γ., "Ψυχολογία", Β' έκδοση, 1992
62. Παπαδόπουλου, Ν. Γ., "Ψυχολογία -Σύγχρονα θέματα, Γ' έκδοση, 1991
63. Bazas, T.? Jemos, J.? Στεφανής, Κ.? etal. (1979). Επίπτωση και Εποχιακά-Μεταβολή της θνησιμότητας αυτοκτονιών στην Ελλάδα. *ΠεριεκτικήΨυχιατρικής*, 20, 15-20
64. Πετρίδου Ε., Παπαδόπουλος FC, Φραγκάκης CE, Skalkidou A., Τριχόπουλος, Δ.. (2002). Ένας ρόλος της ηλιοφάνειας στην ενεργοποίηση της αυτοκτονίας. *Επιδημιολογία* 13, 106-109
65. <http://www.defencenet.gr> 09/12/2011
66. protothema.gr 02/11/2011
67. <http://www.efsyn.gr/?p=32457>
68. Γεώργιος Κουφάρης,(2010) , «Η παγκόσμια οικονομική κρίση και οι χρηματιστηριακές αγορές». *Περιοδικό Χρήμα*, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2010
69. European Commission, (2009) , «Economic and Financial Affairs: Economic crisis in Europe: Causes, consequences and responses». *European Economy*, Brussels. Pp.1-87, Tab. Graph. Bibliogr
70. <http://www.oneman.gr/keimena/diabasma/article1494033.ece>
71. www.psyche.gr/suicide.htm
72. Stuckler, D. et al (2011) Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *The Lancet* 2011;378:124-5. Vol 378

73. <http://www.encephalos.gr/48-2-02g.htm>
74. Eurostat, 2010
75. Τράπεζα της Ελλάδος, 2010
76. Eurostat, 2011
77. Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2011
78. Madianos M, Madianou-Gefou D, Stefanis CN. Changes in suicidal behavior among nation-wide general population samples across Greece. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993;243:171-8
79. Madianos M, Economou M, Alexiou T et al. Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011;46:943-52
80. Economou M, Madianos M, Peppou L et al. Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece
81. Έρευνα εργατικού δυναμικού της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας. Δελτίο τύπου 16-12-2010
82. Εγκέφαλος 2011, 48(2):54-61
83. Αθηνάϊκό Πρακτορείο Ειδήσεων - Μακεδονικό Πρακτορείο Ειδήσεων, 15-1-2011
84. Economou M, Madianos M, Theleritis C, Peppou LE, Stefanis CN. Increased suicidality and economic crisis in Greece. *Lancet* 2011, 378:1459
85. Murphy GC, Athanasou JA. The effects of unemployment on mental health. *JOccupOrganPsychol* 1999; 72:83-99
86. Paul K., & Moser K, Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *JVocationalBehavior* 2009; 74:264-282
87. Λιαρόπουλος,(2010) , «Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας», Διεθνή Συστήματα Υγείας. Β τόμος. Εκδόσεις Βήτα medicalarts, Αθήνα
88. Meltzer H, Bebbington P, Brugha T et al. The relationship between personal debt and specific common mental disorders. *Eur J Public Health* (in press)
89. Wang JL, Smailes E, Sareen J et al. The prevalence of mental disorders in the working population over the period of global economic crisis. *Can J Psychiatry* 2010;55:598-605
90. Kessler et al, 2003
91. Παγκόσμιος Οργανισμός υγείας, 2011
92. Artazcoz L, Benach J, Borrell C et al. Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *Am J Public Health* 2004;94:82-8
93. Berk M, Dodd S, Henry M. The effect of macroeconomic variables on suicide. *Psychol Med* 2006;36:181-9
94. Men T, Brennan P, Boffetta P et al. Russian mortality trends for 1991-2001: analysis by cause and region. *BMJ* 2003;327:964
95. Lee S, Guo WJ, Tsang A et al. Evidence for the 2008 economic crisis exacerbating depression in Hong Kong. *J Affect Disord* 2010; 126:125-33
96. Taylor MP, Pevalin DJ, Todd J. The psychological costs of unsustainable housing commitments. *Psychol Med* 2007;37:1027-36

97. Brown S, Taylor K, Price SW. Debt and distress: evaluating the psychological cost of credit. *J Econ Psychol* 2005;26:642-63
98. BarrB, Taylor-RobinsonD, Scott-SamuelAetal. Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. *BMJ* 2012;345:e5142
99. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M et al. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet* 2009;374:315-23
100. Economou A, Nikolaou A, Theodossiou I. Are recessions harmful to health after all? Evidence from the European Union. *JEcon Studies* 2008;35:368-84
101. Edwards R. Who is hurt by procyclical mortality? *Soc Sci Med* 2008;67:2051-8
102. Kondo N, Subramanian SV, Kawachi I et al. Economic recession and health inequalities in Japan: analysis with a national sample, 1986-2001. *JEpidemiolCommunHealth* 2008;62:869-75
103. World Health Organization. Financial crisis and global health: report of a high-level consultation. Geneva: World Health Organization, 2009
104. Hong J, Knapp M, McGuire A. Income-related inequalities in the prevalence of depression and suicidal behaviour: a 10-year trend following economic crisis. *World Psychiatry* 2011;10:40-4
105. Werner EE. Journeys from childhood to midlife: risk, resilience, and recovery. *Pediatrics* 2004;114:492
106. Durlak JA, Wells AM. Primary prevention mental health programs for children and adolescents: a meta-analytic review. *Am J Commun Psychol* 1997;25:115-52
107. Solantaus T, Leinonen J, Punamäki RL. Children's mental health in times of economic recession: replication and extension of the family economic stress model in Finland. *Dev Psychol* 2004;40:412-29
108. Conger RD, Ge X, Elder GH, Jr. et al. Economic stress, coercive family process, and developmental problems of adolescents. *Child Dev* 1994;65:541-61
109. Marmot MG, Bell R. How will the financial crisis affect health? *BMJ* 2009;338:b1314
110. Paananen R, Gissler M. Cohort Profile: the 1987 Finnish Birth Cohort. *Int J Epidemiol* 2012;41:941-5
111. Ευρωπαϊκή Επιτροπή (βάση δεδομένων CARE), Eurostat (κωδικός ηλεκτρονικών δεδομένων: tsdtr420)
112. Eurostat (κωδικός ηλεκτρονικών δεδομένων: tsdsc100, tsdsc270, tsdsc280, tsdsc310, tsdsc350, ilc_pees01)
113. Eurostat (κωδικός ηλεκτρονικών δεδομένων: tsdsc330)
114. Eurostat (κωδικός ηλεκτρονικών δεδομένων: tsdec410)
115. Marina Economou, Michael Madianos, Lily Evangelia Peppou, Christos Theleritis, Athanasios Patelakis, Costas Stefanis, Suicidal ideation

- and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis, *World Psychiatry* 2013;12:53–59
116. Gavrilova NS, Semyonova VG, Evdokushkina GN et al. The response of violent mortality to economic crisis in Russia. *PopulRes Policy Rev* 2000;19:397-419
 117. Gunnell D, Harbord R, Singleton N et al. Factors influencing the development and amelioration of suicidal thoughts in the general population. Cohort study. *Br J Psychiatry* 2004;185:385-93
 118. Chang SS, Gunnell D, Sterne JAC et al. Was the economic crisis 1997-1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. *SocSciMed* 2009;68:1322-31
 119. Hellenic Statistical Authority. Research on Labour Force: May2012, Piraeus
 120. Kelly S. Don't stop thinking about tomorrow: the changing face of retirement — the past, the present, the future. Sydney: AMP. NATSEM, 2009
 121. Sargent-Cox K, Butterworth P, Anstey KJ. The global financial crisis and psychological health in a sample of Australian older adults: a longitudinal study. *SocSciMed* 2011;73:1105-12
 122. Catalano R. The health effects of economic insecurity. *Am J Public Health* 1991;81:1148-52
 123. <http://alexmts.wordpress.com/2014/04/28>
 124. ΕΘΝΟΣ
08/12<http://www.ethnos.gr/article.asp?catid=22768&subid=2&pubid=63601823>
 125. <http://www.newsbomb.gr/koinwnia/story/255348/stoheia-%E2%80%93-sok-3124-ellines-aytoktonisan-mesa-se-tria-hronia>
 126. Nock MK, Borges G, Bromet EJ et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans, and attempts in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry* 2008;192: 98-105
 127. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *ArchGenPsychiatry* 1999;56:617-26
 128. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M et al. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *PsycholMed* 2003;33:395-405
 129. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry* 2000;157:1925-32
 130. Gunnell D, Lopatzidis A, Dorling D et al. Suicide and unemployment in young people. Analysis of trends in England and Wales, 1921-1995. *Br J Psychiatry* 1999;175:263-70
 131. McMillan KA, Enns MW, Asmundson GJ et al. The association between income and distress, mental disorders, and suicidal ideation and attempts:

- findings from the Collaborative Psychiatric Epidemiology Surveys. *J Clin Psychiatry* 2010;71:1168-75
132. World Health Organization. Impact of economic crises on mental health. Geneva: WorldHealthOrganization, 2011
 133. Kentikelenis A, Papanicolas I. Economic crisis, austerity and the Greek public health system. *Eur J Public Health* 2012;22:4-5
 134. Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I et al. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet* 2011; 378:1457-8
 135. Economou M, Madianos M, Peppou LE et al. Suicidality and the economic crisis in Greece. *Lancet* 2012;380:337
 136. Zacharakis CA, Madianos M, Papadimitriou GN et al. Suicide in Greece 1980-1995: patterns and social factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:471-6
 137. World Health Organization. Suicide rates in Greece. www.who.int
 138. Gordon RS. An operational classification of disease prevention. *Public Health Rep.* 1983;98:107-9. [PMCID: PMC1424415] [PubMed: 6856733]
 139. Mrazek PJ, Haggerty RJ. Reducing risks for mental disorder: Frontiers for preventive intervention research. Washington, DC: National Academy Press; 1994
 140. Brown GK, Have T, Henriques GR, Xie SX, Hollander JE, Beck AT. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: A randomized controlled trial. *JAMA.* 2005;294:563-70. [PubMed: 16077050]
 141. Kleinman M, William EB. In: Reducing Suicide: A National Imperative. Sara KG, Terry CP, editors. Washington, D.C: Joseph Henry Press (National Academies Press); 2002. p. 496
 142. Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. *DanMedBull.* 2007;54:306-69.[PubMed: 18208680]
 143. Bertolote JM, Fleischmann A. Suicidal behavior prevention: WHO perspectives on research. *Am J Med Genet C Semin Med Genet.* 2005;133:8-12. [PubMed: 15645530]
 144. Goldney RD. Suicide prevention: A pragmatic review of recent studies. *Crisis.* 2005;26:128-40. [PubMed: 16276756]
 145. Beautrais AL. National strategies for the reduction and prevention of suicide. *Crisis.* 2005;26:1-3. [PubMed: 15762077]
 146. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: A systematic review. *JAMA.* 2005;294:2064-74. [PubMed: 16249421]
 147. Hawton K. A national target for reducing suicide. *Br Med J.* 1998;317:156-7
 148. Hepp U, Schnyder U. Can suicidality be cured.? Suicide prevention in the G.P's practice. *Praxis (Bern 1994)* 2004;93:1817-23. [PubMed: 15559906]
 149. Beskow J: Depression and suicide. *Pharmacopsychiatry* 1990, 23,(Suppl 1): 3

150. Barber M E, Marzuk P M, Leon A C & Portera L: Aborted suicide attempts: A new classification of suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 1998, 155: 385-389
151. Hawton K, Catalan J, editors: *Attempted Suicide*. Oxford University Press, Oxford, 1982
152. Perlin S, editor: *A Handbook For The Study Of Suicide*. Oxford University Press, Oxford, 1975
153. Perry J C: Depression in borderline personality disorder: Lifetime prevalence at interview and longitudinal course of symptoms. *Am J Psychiatry* 1985, 142: 15
154. Farmer R, Hirsch S, editors: *The Suicide Syndrome*. Croom Helm, London, 1980
155. Kreitman N, editor: *Parasuicide*. Wiley, New York, 1977
156. Ryle A: *Very Brief Psychotherapeutic interventions with deliberate selfharmers*. Cognitive Analytic Therapy, Developments in Theory and Practice. 1995
157. Tsuang M T, Simpson J C, Flemming J A: Epidemiology of suicide. *Int Rev Psychiatry* 1992, 4: 117
158. Bebbington PE, Minot S, Cooper C et al. Suicidal ideation, selfharm and attempted suicide: results from the British psychiatric morbidity survey 2000. *EurPsychiatry* 2010;25:427-31
159. Wahlbeck K, McDaid D. Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. *WorldPsychiatry* 2012;11:139-45
160. Finlay-Jones and Brown, 1981
161. Miller and Ingham, 1983
162. Brown et al., 1995
163. Farmer and McGuffin, 2003
164. Kendler et al., 2003
165. Vijayakumar L. Indian research on suicide. *Indian J Psychiatry*. 2010;52:291–6. [PMCID: PMC3146189]
166. Prasad J, Abraham VJ, Minz S, Abraham S, Joseph A, Muliylil JP, et al. Rates and factors associated with suicide in Kaniyambadi block, Tamil Nadu, South India, 2000-2002. *IntJSocPsychiatry*. 2006;52:65–71. [PubMed: 16463596]
167. <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/activities/prevention-of-mental-disorders-and-suicide>
168. Hasin και συν. 2011
169. Conger και συν. 1990, 2002
170. Choi and Marks, 2008
171. Robila and Krishnakumar, 2005
172. Παγκόσμια Τράπεζα, 2000
173. HEN synthesis report July 2012 For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? WHO

174. Moller-Leimkuhler A. The gender gap in suicide and premature death or: why are so men so vulnerable? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003;253:1-8
175. Conger RD, Elder GH, Lorenz FO et al. Linking economic hardship to marital quality and instability. *J Marriage Fam* 1990;52: 643-55
176. Conger RD, Wallace LE, Sun Y et al. Economic pressure in African American families: a replication and extension of the family stress model. *DevPsychol* 2002;38:179-93
177. Vijayakumar L. Suicide prevention: the urgent need in developing countries. *World Psychiatry* 2004;3:158-9
178. Vinokur AD, Price RH, Caplan RD. Hard times and hurtful partners: how financial strain affects depression and relationship satisfaction of unemployed persons and their spouses. *JPersSocPsychol* 1996;71:166-79
179. Hraba J, Lorenz FO, Pechacova Z. Family stress during the Czech transformation. *JMarriageFam* 2000;62:520-31
180. Kinnunen U, Pulkkinen L. Linking economic stress to marital quality among Finnish marital couples: mediator effects. *JFamIssues* 1998;19:705-24
181. Robila M, Krishnakumar A. Effects of economic pressure on marital conflict in Romania. *J Fam Psychol* 2005;19:246-51
182. Kwon HK, Rueter MA, Lee MS et al. Marital relationships following the Korean economic crisis: applying the family stress model. *J Marriage Fam* 2003;65:316-25
183. Uutela A. Economic crisis and mental health. *CurrOpinPsychiatry* 2010;23:127-30
184. Lahelma E, Kivelä K, Roos E et al. Analysing changes of health inequalities in the Nordic welfare states. *Soc Sci Med* 2002;55:609- 25
185. Hintikka J, Saarinen PI, Viinamäki H. Suicide mortality in Finland during an economic cycle, 1985-1995. *Scand J Public Health* 1999; 27:85-8
186. Ostamo A, Lönnqvist J. Attempted suicide rates and trends during a period of severe economic recession in Helsinki, 1989-1997. *SocPsychiatryPsychiatrEpidemiol* 2001;36:354-60
187. Zimmerman SL. States' spending for public welfare and their suicide rates, 1960 to 1995: what is the problem? *JNervMentDis* 2002;190:349-60
188. Brezo J, Paris J, Tremblay R et al. Personality traits as correlates of suicide attempts and suicidal ideation in young adults. *Psychol Med* 2006;36:180-206
189. Suominen K, Isometsa E, Suokas J et al. Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *AmJPsychiatry* 2004;161:562-3
190. Kawachi I. Social capital and community effects on population and individual health. *AnnNYAcadSci* 1999;896:120-30
191. Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K et al. Social capital, income inequality and mortality. *AmJPublicHealth* 1997;87:1491-8

192. Duberstein P, Conwell Y, Connor K et al. Poor social integration and suicide: fact or artifact? *PsycholMed* 2004;34:1331-7
193. Durkheim E. *Le suicide. Etude de sociologie*. Paris: Les Presses universitaires de France, 1897
194. Sonneck G, Etzersdorfer E, Nagel-Kuess S. Imitative suicide on the Viennese subway. *Soc Sci Med* 1994;38:453-7
195. Niederkrotenthaler T, Sonneck G. Assessing the impact of media guidelines for reporting on suicides in Austria: interrupted time series analysis. *Aust NZJP sychiatry* 2007;41:419-28
196. Hawton K, Williams K. The connection between media and suicidal behaviour warrants serious attention. *Crisis* 2001;22:137-40
197. Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2010
198. Κούρτης Α., Πατσίκας Ε., Καραουλάνη Π., Παυλίδης Ι., Πετρίκης Π., Ζλατάνος Δ., Σαΐτης Μ., Αδαμοπούλου Α., Γαρυφαλλός Γ. Κέντρο Ψυχικής Υγείας Β/Δ Τομέα Θεσσαλονίκης Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ασθενών με ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας ή/και αυτοτραυματισμού
199. Dublin L: *Suicide: A Sociological and Statistical Study*. Ronald, New York, 1963
200. Beck A T, Steer R A, Kovacs M & Garrison B: Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry* 1985, 142: 559-563
201. Kreitman N, editor: *Suicide, age and marital status*. *Psychol Med* 1988, 18: 121
202. Weishaar M E, Beck A T: Hopelessness and suicide. *IntRevPsychiatry* 1992, 4: 177.]
203. Eurostat (κωδικός ηλεκτρονικών δεδομένων: hlth_cd_asdr)
204. Greece's health crisis: from austerity to denialism Alexander Kentikelenis, Marina Karanikolos, Aaron Reeves, Martin McKee, David Stuckler *Lancet* 2014; 383: 748–53
205. Hellenic Statistical Authority. Labour Force Survey, November 2012, issued on February 14, 2013. Piraeus: Hellenic Statistical Authority; 2013. Available at: http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A0101/PressReleases/A0101_SJO02_DT_MM_112012_01_F_GR.pdf
206. Eurostat. Euro area unemployment rate at 11.8%, EU27 at 10.7% issued by Eurostat Press Office on January 2013. Luxembourg: European Commission, Eurostat; November 2012.
207. Stamatis GA. Homeless in Greece in the current financial crisis. What perspectives? 2012. Available at: <http://crisis.med.uoa.gr/elibrary/13.pdf>
208. U.S. Suicide Rate Increasing Newswise, Retrieved on October 21, 2008
209. Liaropoulos L. Greek economic crisis: not a tragedy for health. *British Medical Journal* 2012;345:e7988

210. Fountoulakis KN, Grammatikopoulos IA, Koupidis SA, Siamouli M, Theodorakis PN. Health and the financial crisis in Greece. *Lancet* 2012;379:1001–2
211. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet* 2013;381:1323–31
212. Stuckler D, McKee M. There is an alternative: public health professionals must not remain silent at a time of financial crisis. *European Journal of Public Health* 2012;22:2–3
213. <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
214. Suicide prevention is possible: A perception after suicide attempt Indian J Psychiatry. 2012 Apr-Jun; 54(2): 172–176
215. Αγορίτσα Κουλούρη, Αυτοκαταστροφική Συμπεριφορά και Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ* 2009, 48(3): 292–299
216. Μαδιανός Μ. Εισαγωγή στην κοινωνική Ψυχιατρική. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 2000
217. Λιάκος Α. Εισαγωγή.. Στο: Lemperiere T. Feline. Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής ενηλίκων. Β' τόμος (Επιμ. ελληνικής έκδοσης: Σακελλαρόπουλος Π). Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 1995
218. Diekstra RFW. Suicide and Para suicide. Duphar Laboratories Limited, Great Britain, 1991
219. Kneisl CR, Riley EA. Suicide and self-destructive behavior. In: Wilson HS, Kneisl CR (eds) *Psychiatric nursing*. RedwoodCity, NewYork, 1992
220. Smith JC, Mercy JA, Conn JM. Marital status and the risk of suicide. *AmJPublicHealth* 1988, 78:78–80
221. <http://www.who.int>. Accessed: May 24, 2008
222. Katsumata Y, Matsumoto T, Kitani M, Takeshima T. Electronic media use and suicidal ideation in Japanese adolescents. *PsychiatryClinNeurosci* 2008, 62:744–746
223. Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review Effie Simou*, Eleni Koutsogeorgou

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

A. ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Στοιχεία ιατρικού φακέλου, τα οποία συλλέχτηκαν και επεξεργάστηκαν:

1. ΕΤΟΣ/ΜΗΝΑΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ:
2. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΤΕΠ ΩΣ:
Εξωτερικός ασθενής, Μεταφορά από ψυχιατρική κλινική
3. ΦΥΛΟ
Ανδρας Γυναίκα
4. ΗΛΙΚΙΑ: 15-25 26-36 37-47 48-58
 59-69 >70
5. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:
Έγγαμος/η, Άγαμος/η, Διαζευγμένος/η, Χήρος/α,
 συζεί/ύπαρξη συντρόφου
6. ΤΕΚΝΑ Ναι Όχι
7. ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ Ελληνική Άλλη
8. ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ
Εργαζόμενος/η, Άνεργος/η, Φοιτητής/τρια
Μαθητής/τρια, Άεργος/η, Συνταξιούχος
9. ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΠΟΠΕΙΡΑΣ
Ναι Όχι
10. Πόσες φορές (νούμερο)
11. Λήψη προηγούμενης φαρμακευτικής αγωγής: Ναι Όχι
12. Προηγούμενη ψυχιατρική παρακολούθηση: Ναι Όχι
13. Προηγούμενη νοσηλεία σε ψυχιατρική κλινική: Ναι Όχι
14. ΣΥΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ (νοσήματα)
15. ΤΡΟΠΟΣ ΑΠΟΠΕΙΡΑΣ: Λήψη tb, Λήψη tb με αλκοόλ,
 Λήψη καυστικών υγρών/ουσιών, Πτώση από ύψος,
 Αυτοτραυματισμός, Λήψη iv ινσουλίνης

16. ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΟΣ ΛΟΓΟΣ ΑΠΟΠΕΙΡΑΣ: Διαπληκτισμός με σύντροφο, Διαπληκτισμός με γονείς, Διαπληκτισμός με παιδιά, Οικονομικά προβλήματα, Θέματα υγείας ίδιου, Θέματα υγείας οικείου προσώπου, απώλεια αγαπημένου προσώπου, Ψυχοπιεστικό γεγονός, Χειριστικού τύπου, Δεν αναφέρεται, Αυτοκτονικός ιδεασμός
17. ΔΕΥΤΕΡΟΣ ΛΟΓΟΣ ΑΠΟΠΕΙΡΑΣ: Διαπληκτισμός με σύντροφο, Διαπληκτισμός με γονείς, Διαπληκτισμός με παιδιά, Οικονομικά προβλήματα, Θέματα υγείας ίδιου, Θέματα υγείας οικείου προσώπου, απώλεια αγαπημένου προσώπου, Ψυχοπιεστικό γεγονός, Χειριστικού τύπου, Δεν αναφέρεται, Αυτοκτονικός ιδεασμός
18. ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ/ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ (Α φάση) Ναι Όχι
19. ΜΕΤΑΝΟΕΙ(Α Φάση) Ναι Όχι
20. ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ/ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ (Β φάση) Ναι Όχι
21. ΜΕΤΑΝΟΕΙ(Β Φάση) Ναι Όχι
22. ΕΚΒΑΣΗ
- a. Έξοδος από το νοσοκομείο 1^ο24ωρο ,
 - b. Έξοδος από το νοσοκομείο 2^ο 24ωρο,
 - c. Έξοδος επόμενα 24h,
 - d. Διασωλήνωση και μεταφορά στη ΜΕΘ,
 - e. Θάνατος,
 - f. Έξοδος Λάθρα
23. ΣΥΣΤΑΣΗ ΓΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΣΕ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΒΑΣΗ
Ναι Όχι
24. ΣΥΣΤΑΣΗ ΓΙΑ ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
Ναι Όχι
25. ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
Ναι Όχι

B. ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ)
- World Health Organization (WHO)
- Centers for Disease Control and Prevention (CDCP)
- Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ)
- Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (ΜΜΕ)
- Tablets (Tb)
- Intravenous (IV)
- Cancer (Ca)
- Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδας(ΓΣΕΕ)
- Ανώτατη Διοίκηση Ενώσεων Δημοσίων υπαλλήλων (ΑΔΕΔΥ)
- Ευρωπαϊκή Ένωση(ΕΕ)
- Emergency Department (ED)
- Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)