



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών
— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ: ΑΠΑΡΤΙΩΜΕΝΗ
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΖΕΜΠΗ ΜΑΡΙΑ (Α.Μ.: 7450032100004)

"Κλινικά και ψυχοπαθολογικά χαρακτηριστικά ασθενών με απόπειρα
αυτοκτονίας που εκτιμήθηκαν από την ομάδα της Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής
Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου"

Μέλη Επιτροπής:

Α. Παπαδοπούλου, MD, PhD, Ψυχίατρος Διευθύντρια ΕΣΥ (Επιβλέπουσα)

Ε. Ρίζος, Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ

Β. Ευσταθίου, Επίκουρη Καθηγήτρια Ψυχολογίας της Υγείας ΕΚΠΑ

Αθήνα, 2024

Περίληψη

Εισαγωγή: Η απόπειρα αυτοκτονίας αποτελεί ένα από τα πιο σοβαρά προβλήματα υγείας, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Πολλές θεωρίες έχουν αναπτυχθεί προκειμένου να εντοπιστούν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση αυτοκτονικής συμπεριφοράς, ο προσδιορισμός των οποίων θα μπορούσε να έχει προγνωστική αξία και να συμβάλλει στην πρόληψη και αντιμετώπιση της αυτοκαταστροφικότητας.

Σκοπός: Η παρούσα εργασία αποσκοπεί να μελετήσει τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που όπως προκύπτει από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, έχουν συσχετιστεί σε μεγάλο βαθμό με την αυτοκτονική συμπεριφορά και συγκεκριμένα πρόκειται για τις έννοιες της μοναξιάς, της αντοχής στον πόνο, της απελπισίας και της κατάθλιψης σε ασθενείς με πρόσφατη απόπειρα αυτοκτονίας. Η μελέτη έχει ως στόχο να διερευνήσει εάν οι παραπάνω μεταβλητές σχετίζονται τόσο μεταξύ τους όσο και με την εκδήλωση αυτοκτονικής συμπεριφοράς.

Μέθοδος: Μελετήθηκαν συνολικά 83 άτομα με πρόσφατη απόπειρα αυτοκτονίας (32 άνδρες και 51 γυναίκες) ηλικίας 18-93 ετών, νοσηλευόμενοι στις κλινικές του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου «Αττικών». Τα ψυχομετρικά εργαλεία που χορηγήθηκαν ήταν: η κλίμακα αυτοκτονικής πρόθεσης (Suicide Intent Scale, SIS), η κλίμακα κατάθλιψης (Beck Depression Inventory, BDI), η κλίμακα απελπισίας (Beck Hopelessness Scale, BHS), η κλίμακα μοναξιάς (Revised UCLA Loneliness Scale), η κλίμακα φόβου του πόνου (Fear of Pain Questionnaire, FPQ) και ένα σύντομο ερωτηματολόγιο δημογραφικών και κλινικών στοιχείων. Όλες οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν μέσω του στατιστικού πακέτου SPSS-28.

Αποτελέσματα: Σύμφωνα με τα αποτελέσματα ανευρέθηκε ότι υψηλότερη αυτοκτονική πρόθεση σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, μοναξιάς και χαμηλότερα επίπεδα φόβου του πόνου. Επίσης, στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση ανέκυψε μεταξύ του αισθήματος μοναξιάς, απελπισίας και ύπαρξης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Ακολούθως, προέκυψε ότι όσο μεγαλύτερη είναι η απελπισία τόσο χαμηλότερα τα επίπεδα φόβου του πόνου και μεγαλύτερο το αίσθημα μοναξιάς και υψηλότερα τα επίπεδα κατάθλιψης. Τέλος, οι βίαιες απόπειρες αυτοκτονίας οι οποίες επιλέγονταν από άνδρες, συσχετίστηκαν με υψηλότερη αυτοκτονική πρόθεση και με χαμηλότερο φόβο του πόνου στα άτομα αυτά.

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης ενισχύουν την άποψη ότι υπάρχουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με αύξηση της πιθανότητας εκδήλωσης αυτοκτονικής συμπεριφοράς και συνεπώς ο εντοπισμός των οποίων μπορεί να συμβάλλει στον σχεδιασμό ειδικών και στοχευμένων κλινικών παρεμβάσεων. Περισσότερες μελέτες είναι ανάγκη να πραγματοποιηθούν, ώστε να μελετηθούν και άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με την αυτοκτονική πρόθεση αλλά και να μελετηθούν πιο διεξοδικά οι υπάρχοντες και συγκεκριμένα ο μηχανισμός που λειτουργεί ο φόβος του πόνου, διότι αποτελεί μία σημαντική παράμετρο για την αυτοκτονική συμπεριφορά.

Λέξεις - Κλειδιά: αυτοκτονία, απόπειρα αυτοκτονίας, φύλο, μέθοδοι απόπειρας, αυτοκτονική συμπεριφορά.

Abstract

Introduction: Suicide attempt is one of the most serious health problems, according to the World Health Organization. Various theories have been developed to identify specific characteristics which are risk factors for suicidal behavior and their identification could have prognostic value and contribution to both prevention and treatment of suicidal behavior.

Objective: The present study aims to investigate these characteristics that according to literature have been most associated with suicidal behavior, specifically loneliness, fear of pain, hopelessness and depression in patients with recent suicide attempt. The purpose of this paper is to examine whether each of these variables is related to each other and to suicidal behavior.

Material and Method: A total of 83 patients (32 men and 51 women) in the age range of 18 to 93, hospitalized at the clinics of Attikon University General Hospital with recent suicide attempt were studied. Participants completed the Suicide Intent Scale (SIS), Beck Depression Inventory (BDI), Beck Hopelessness Scale (BHS), Revised UCLA Loneliness Scale (UCLA), Fear of Pain Questionnaire (FPQ) and a short demographic and clinical questionnaire. Thereafter, the data were analyzed through the statistical processing program of the Statistical Social Science Package (SPSS-28).

Results: Statistical analyses showed that there is a significant association between high suicidal intent and higher levels of depression, loneliness and lower levels of fear of pain. In addition, a significant statistical correlation was found regarding to high feelings of loneliness, hopelessness and the presence of depressive symptoms. Subsequently, it was found that higher levels of hopelessness were

significantly correlated with lower levels of fear of pain and higher feeling of loneliness and higher levels of depression. Finally, violent methods of attempting suicide chosen by men, were associated with higher suicidal intent and lower fear of pain in these individuals.

Conclusions: The findings of the present study support the fact that there are specific characteristics associated with an increasing likelihood of suicidal behavior and their early detection may contribute to facilitate clinical interventions. Further research is worthwhile to examine other factors related to suicidal intention and to study in greater detail the specific ones, in particular the mechanism by which fear of pain works, because it is an important parameter for suicidal behavior.

Keywords: suicide, suicide attempt, gender, suicide methods, suicidal behavior.

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	2
Πρόλογος.....	8
Εισαγωγή.....	9
Αυτοκτονική συμπεριφορά και απελπισία.....	10
Αυτοκτονική συμπεριφορά και μοναξιά.....	11
Αυτοκτονική συμπεριφορά και κατάθλιψη.....	12
Αυτοκτονική συμπεριφορά και αντοχή στον πόνο.....	13
Ερευνητικοί Στόχοι.....	14
Ερευνητικές Υποθέσεις.....	15
Μέθοδος.....	16
Συμμετέχοντες.....	16
Ερευνητική Διαδικασία.....	18
Ερευνητικά Εργαλεία.....	18
Θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας.....	23
Στατιστική Ανάλυση.....	24
Αποτελέσματα.....	26
Περιγραφικοί Στατιστικοί Δείκτες.....	26
Έλεγχος Ερευνητικών Ερωτημάτων και Υποθέσεων.....	29
Συζήτηση.....	44

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, ΜΟΝΑΞΙΑ, ΑΠΕΛΠΙΣΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΟΧΗ ΣΤΟΝ ΠΟΝΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΠΟΠΕΙΡΑ
ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Περιορισμοί.....	51
Μελλοντικές Προεκτάσεις.....	51
Βιβλιογραφία.....	53

Πρόλογος

Η παρούσα εργασία πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικόν σε συνεργασία με το τμήμα Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής της Β΄ Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής. Στο σημείο αυτό θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους με βοήθησαν στην εκπόνηση της εργασίας αυτής. Πρώτα από όλα, θα ήθελα να ευχαριστήσω την κ. Α. Παπαδοπούλου, Ψυχίατρο, Διευθύντρια ΕΣΥ, για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε να αναλάβω και να πραγματοποιήσω την παρούσα εργασία. Η καθοδήγησή της καθ' όλη τη διάρκεια της ερευνητικής και συγγραφικής διαδικασίας υπήρξε πολύτιμη. Θα ήθελα ακόμα να ευχαριστήσω τον κ. Ε. Ρίζο, Καθηγητή Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ, για την πολύπλευρη υποστήριξη, την έμπνευση, τις συμβουλές και για όσα διδαχθήκαμε από εκείνον στην κλινική πρακτική της Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής. Επίσης, ένα μεγάλο ευχαριστώ στην κ. Β. Ευσταθίου, Επίκουρη Καθηγήτρια Ψυχολογίας της Υγείας ΕΚΠΑ, που χωρίς την βοήθειά της δεν θα κατάφερα να φέρω εις πέρας την παρούσα εργασία. Η υποστήριξη και η συμβολή της καθ' όλη τη διάρκεια της διεξαγωγής της εργασίας ήταν ιδιαίτερος σημαντική για την ολοκλήρωσή της. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους συγγενείς, φίλους και συναδέλφους που με στήριξαν συναισθηματικά καθ' όλη τη διάρκεια της ερευνητικής και συγγραφικής διαδικασίας.

Εισαγωγή

Η απόπειρα αυτοκτονίας αποτελεί αδιαμφισβήτητα μία πολύ επικίνδυνη διάσταση της ανθρώπινης συμπεριφοράς και αποτελεί ένα από τα πιο σοβαρά προβλήματα υγείας, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας με επτακόσιες χιλιάδες περίπου άτομα να αυτοκτονούν το χρόνο (WHO, 2019). Διάφορες θεωρίες έχουν αναπτυχθεί προκειμένου να εντοπιστούν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που οδηγούν τα άτομα στο να προβούν σε μία τέτοια πράξη, εκείνα που αποτελούν δηλαδή παράγοντες κινδύνου. Πρόκειται για χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την αυτοκτονική συμπεριφορά και που όταν είναι παρόντα, τότε το άτομο θα προβεί σε απόπειρα αυτοκτονίας (Joiner, 2005). Ένα είδος ευαλωτότητας με άλλα λόγια, στην αυτοκτονική συμπεριφορά, ο προσδιορισμός της οποίας θα μπορούσε να έχει προγνωστική αξία και να συμβάλει στην πρόληψη και αντιμετώπιση της αυτοκαταστροφικότητας. Τέλος, σημαντικό ρόλο στην αυτοκτονικότητα φαίνεται ότι διαδραματίζουν και ορισμένοι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, η ανεργία, το διαζύγιο, η χηρεία και ο τόπος διαμονής του ατόμου αλλά και κάποια κλινικά χαρακτηριστικά όπως η μέθοδος της απόπειρας, το ιστορικό ψυχιατρικής διαταραχής και η ύπαρξη συννοσηρότητας (Haw et al., 2015· Malone et al., 2003· Rodríguez-Cintas et al., 2018· Turecki & Brent 2016).

Στην παρούσα έρευνα μελετήθηκαν αυτά τα χαρακτηριστικά που όπως προκύπτει από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, έχουν συσχετιστεί σε μεγάλο βαθμό με την αυτοκτονική συμπεριφορά και συγκεκριμένα πρόκειται για τις έννοιες της μοναξιάς, της αντοχής στον πόνο, της απελπισίας και της κατάθλιψης σε ασθενείς με πρόσφατη απόπειρα αυτοκτονίας.

Αυτοκτονική συμπεριφορά και απελπισία

Η απελπισία αποτελεί μία σημαντική γνωστική αδυναμία που συνδέεται με τον κίνδυνο αυτοκτονίας (Abramson et al., 1989). Συγκεκριμένα, θεωρείται ότι αντικατοπτρίζει ένα γνωστικό μοντέλο που αποτελείται από αρνητικές σκέψεις για το μέλλον και αδυναμία του ατόμου να βελτιώσει τις προοπτικές του γι' αυτό.

Σύμφωνα με τον Shneidman (1989), η αυτοκτονία για το άτομο που βιώνει έντονα το αίσθημα της απελπισίας, είναι η ενσυνείδητη πράξη καταστροφής του εαυτού που βρίσκεται σε πολλαπλή κακουχία, στο οποίο η διακοπή της ζωής εκλαμβάνεται ως η καλύτερη και εφικτή λύση. Υπό αυτό το πρίσμα, η αυτοκτονία δεν είναι μια τυχαία ή χωρίς νόημα πράξη, αλλά ένας τρόπος απόδρασης από μια κατάσταση ή κρίση. Η ύπαρξη ιστορικού αποπειρών ή οικογενειακού ιστορικού αποπειρών φαίνεται να εντείνει το αίσθημα της απελπισίας (Forman et al., 2004· Schiebusch & Wessels, 1988). Επίσης κατά τον Haw (2015), υψηλότερο αίσθημα απελπισίας συναντάται σε βίαιες μεθόδους απόπειρας όπου συνυπάρχει μεγαλύτερη αυτοκτονική πρόθεση.

Η απελπισία αναφέρεται ως προγνωστικός παράγοντας για απόπειρα αυτοκτονίας και η αξιολόγησή της μπορεί να βοηθήσει στην αναγνώριση των ατόμων με αυξημένο κίνδυνο (Kuo et al., 2004· Forman et al., 2004). Σύμφωνα με τον Mann (2003), η απελπισία αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα αυτοκτονικότητας, συνεπώς άτομα με το χαρακτηριστικό της απελπισίας παρουσιάζουν ευαλωτότητα στην παρουσία κάποιου ψυχοπιεστικού παράγοντα, η οποία φαίνεται να συνδέεται με μειωμένη νοραδρενεργική νευροδιαβίβαση.

Η ύπαρξη υψηλού αισθήματος απελπισίας που συνοδεύει ψυχοπιεστικές καταστάσεις, είναι προβλεπτική για την αυτοκτονία και συχνά συνιστά

χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που συνδέεται με την κατάθλιψη, η οποία σχετίζεται επίσης με την αυτοκτονικότητα (Beck et al., 1990· Burr et al., 2018).

Αυτοκτονική συμπεριφορά και μοναξιά

Η μοναξιά είναι ένα υποκειμενικό αίσθημα σχετιζόμενο με την αποξένωση και την απομόνωση και αποτελεί έναν από τους βασικούς παράγοντες που οδηγεί το άτομο στην αυτοκτονία.

Πιο συγκεκριμένα, ο όρος μειωμένη αίσθηση του ανήκειν αναφέρεται στα άτομα που νιώθουν πως είναι αποσυνδεδεμένα από τους άλλους, μη αποδεκτά, βιώνουν μοναξιά, κοινωνική απομόνωση και αισθάνονται βάρος για τους δικούς τους ανθρώπους αναπτύσσοντας έτσι μία αντιλαμβανόμενη αίσθηση επιβάρυνσης (Shneiderman, 1998· Stravynski & Boyer, 2001). Βιώνουν δυσαρέσκεια από τις κοινωνικές τους σχέσεις εάν αυτές υπάρχουν και νιώθουν ότι κανένας δεν τους καταλαβαίνει πραγματικά. Επίσης, φαίνεται να έχουν λίγες κοινωνικές επαφές και φιλίες, ιδίως στενές και να διαφοροποιούνται από τους άλλους, κοντινούς τους ανθρώπους (Bell, 1993).

Κατά τους Joiner και Rudd (1996), υπάρχει ισχυρή σύνδεση μεταξύ αισθήματος μοναξιάς και απελπισίας υπό την έννοια ότι η μοναξιά συνδέεται με λόγους για να ζει κανείς, με υποστηρικτικό δίκτυο που όταν αυτό δεν υπάρχει δημιουργείται στο άτομο μειωμένη αίσθηση του ανήκειν και κατ' επέκταση μία αντιλαμβανόμενη αίσθηση επιβάρυνσης που με τη σειρά της οδηγεί στο αίσθημα της απελπισίας. Αναφορικά με την αίσθηση επιβαρυντικότητας, τα άτομα θεωρούν τον εαυτό τους βάρος για τους άλλους ή την κοινωνία εν γένει, πιστεύοντας πως αξίζει περισσότερο ο θάνατός τους παρά η ζωή τους. Ωστόσο, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η αίσθηση της επιβάρυνσης είναι αντιλαμβανόμενη και συνήθως αποτελεί λανθασμένη πεποίθηση (Joiner, 2005).

Τέλος, αξίζει να επισημανθεί ότι η απουσία αίσθησης του ανήκειν και η μοναξιά αποτελούν παράγοντα κινδύνου για απόπειρα αυτοκτονίας, ανεξαρτήτως ύπαρξης κοινωνικού δικτύου. Ως μοναξιά δεν νοείται απαραίτητα το να είναι κανείς μόνος, καθώς μπορεί η αίσθηση αυτή να υπάρχει ανεξάρτητα από την παρουσία κοινωνικών σχέσεων. Εμφανίζεται και βιώνεται επειδή οι υπάρχουσες σχέσεις, δεν ικανοποιούν ποσοτικά και κυρίως ποιοτικά το άτομο (McWhirter, 1990).

Αυτοκτονική συμπεριφορά και κατάθλιψη

Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά εμφανίζεται σε έδαφος ψυχικών διαταραχών και συγκεκριμένα έχει διαπιστωθεί ότι έως και το 93% των ατόμων που αυτοκτονούν πληρούν τα κριτήρια για μία ψυχική διαταραχή όπως είναι οι διαταραχές της διάθεσης, που είναι και οι συχνότερες (Henriksson et al., 1993). Πιο αναλυτικά, η κατάθλιψη είναι η ψυχιατρική διαταραχή η οποία έχει συνδεθεί περισσότερο με την αυτοκτονικότητα και σχετίζεται με σοβαρές απόπειρες αυτοκτονίας (Hawton et al., 2013· Lepine & Briley, 2011). Ο επιπολασμός ζωής της αυτοκτονίας στην κατάθλιψη είναι 15% ενώ φαίνεται να υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της βαρύτητας της συναισθηματικής διαταραχής και του σχετικού κινδύνου (Beghi et al., 2013).

Υπάρχουν κάποιες διαπροσωπικές πτυχές της κατάθλιψης, δηλαδή μεταβλητές που σχετίζονται με την κατάθλιψη και όταν συνυπάρχουν το άτομο οδηγείται τελικά σε απόπειρα αυτοκτονίας και πρόκειται για την απελπισία και την αυτό αναφερόμενη μοναξιά (Burr et al., 2018· Coyne, 1976). Σύμφωνα με τους Dyer και Kreitman (1984), στους ασθενείς με κατάθλιψη η αυτοκτονική πρόθεση είναι αυξημένη όταν συνυπάρχει αυξημένο αίσθημα απελπισίας. Αναφορικά με τη μοναξιά, κατά τους Wang et al., (2018) και Shaw et al., (2021), το αίσθημα αυτό καθορίζεται από τον τρόπο που τα άτομα αντιλαμβάνονται την κοινωνική τους υποστήριξη, η οποία

κρίνεται ανεπαρκής και γι' αυτό συνήθως συνοδεύεται από αισθήματα απελπισίας και ανηδονίας, συσχέτιση που όπως έχει διαπιστωθεί επιδεινώνει την καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Η κατάθλιψη επίσης, φαίνεται να συνδέεται με συγκεκριμένους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες που έχουν σταθερά αναγνωριστεί ως σημαντικοί παράγοντες για την εξήγηση της μεταβλητότητας των ποσοστών επιπολασμού της κατάθλιψης, με κυριότερους τη μεγαλύτερη ηλικία, το ανδρικό φύλο, την ανεργία και το κάπνισμα (Akhtar-Danesh & Landeen, 2007· Halder & Mahato, 2016).

Αυτοκτονική συμπεριφορά και αντοχή στον πόνο

Τα άτομα που προβαίνουν σε απόπειρα αυτοκτονίας έχουν αποκτήσει μία εξοικείωση-αντοχή στον πόνο, ικανότητα που αναπτύσσεται από την επαναλαμβανόμενη έκθεση και εξοικείωση σε επώδυνα και προκλητικά γεγονότα (Smith et al., 2016).

Πιο αναλυτικά, όσον αφορά την εξοικείωση στον πόνο, τα άτομα αυτά παρουσιάζουν μία αφοβία ως προς τον πόνο και κατ' επέκταση την αυτοκτονία μέσω της επαναλαμβανόμενης και αυτοπροκαλούμενης υποβολής τους σε επίπονες διαδικασίες και πράξεις, επώδυνες εμπειρίες, έκθεση σε κίνδυνο ή πολλαπλές απόπειρες αυτοκτονίας, με αποτέλεσμα να συνηθίζουν τον φόβο και τον σωματικό πόνο (Orbach et al., 1996· Smith et al., 2016· Van Orden et al., 2008). Κατά τους Wei et al., (2013) και Orbach (1994), εντοπίζονται διαφορές ανάλογα το φύλο, με τους άντρες να επιλέγουν πιο βίαιες μεθόδους και κατ' επέκταση να εμφανίζουν χαμηλότερο φόβο του πόνου, επομένως και υψηλότερη αυτοκτονική πρόθεση σε σύγκριση με τις γυναίκες.

Η ανοχή στο σωματικό πόνο προκύπτει από την αλληλεπίδραση των βιολογικών/γενετικών προδιαθέσεων με την επανειλημμένη έκθεση σε επώδυνα και προκλητικά γεγονότα ζωής (Smith et al., 2012· Smith & Cukrowicz, 2010). Τέτοια γεγονότα διευκολύνουν την εξοικείωση με τον φόβο και τον πόνο που συνεπάγεται η αυτοκτονία. Έτσι, το άτομο προοδευτικά οδηγείται σε αφοβία και αυξημένη αντοχή-αναισθησία στον πόνο και κατ' επέκταση σε εξασθενημένο φόβο θανάτου (Gutierrez, King & Chaziuddin, 1996· Minear & Brush, 1981· Orbach, Feshbach, Carlson & Ellenberg, 1984).

Κατά τον Shneidman (1980), παρατηρείται μία στένωση της σκέψης του ατόμου όσον αφορά την εμπειρία του κόσμου και του εαυτού του ως αποτέλεσμα της μοναξιάς, της έλλειψης ενδιαφέροντος που βιώνει από τον περίγυρο και που στρέφεται σε αδιαφορία για τον εαυτό και το σώμα του, συναισθήματα που επιτείνουν ακόμη περισσότερο την αδιαφορία του για τον πόνο. Τέλος, σύμφωνα με τους McNeil και Rainwater (1998), έχει διαπιστωθεί ότι η κατάθλιψη συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα πόνου σε σχέση με άλλες παθολογίες, όπου σύμφωνα με κλινικές μελέτες ο χαμηλότερος φόβος του πόνου σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Τα αποτελέσματα ενίσχυσαν την άποψη ότι η ικανότητα για αντοχή στον πόνο και κατ' επέκταση η αφοβία να περάσει στην πράξη, είναι απαραίτητη για να οδηγήσει το άτομο σε αυτοκτονική συμπεριφορά, τεκμηριώνοντας έτσι την κλινική της συνάφεια (Van Orden et al., 2008).

Ερευνητικοί Στόχοι

Λαμβάνοντας λοιπόν υπόψιν τα παραπάνω και με δεδομένο ότι κατά την ανασκόπηση δεν ανευρέθησαν σχετικές έρευνες στην ελληνική βιβλιογραφία που να μελετούν συγχρόνως όλους αυτούς τους παράγοντες, σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας είναι η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της κατάθλιψης, της

απελπισίας, της μοναξιάς και του φόβου του πόνου με την αυτοκτονική πρόθεση στα άτομα με πρόσφατη απόπειρα αυτοκτονίας. Η μελέτη αυτών των στοιχείων μπορεί να συμβάλλει τόσο στη διευκόλυνση του έργου των ειδικών ψυχικής υγείας για την αξιολόγηση των παραγόντων κινδύνου αυτοκτονίας όσο και των κλινικών παρεμβάσεων στη συνέχεια. Επίσης, ένα ερευνητικό ερώτημα που τίθεται είναι κατά πόσο δημογραφικοί και κλινικοί παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, η μέθοδος της απόπειρας βίαιη/μη βίαιη, παρουσιάζουν κάποια συσχέτιση ως προς την αυτοκτονική πρόθεση, την κατάθλιψη, τη μοναξιά, την απελπισία και το φόβο του πόνου. Τέλος, ένα ακόμη ερευνητικό ερώτημα που προκύπτει είναι κατά πόσο οι παράγοντες κατάθλιψη, απελπισία, μοναξιά και φόβος του πόνου σχετίζονται μεταξύ τους στα άτομα με πρόσφατη απόπειρα αυτοκτονίας.

Ερευνητικές Υποθέσεις

Υπόθεση 1: Υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης θα συσχετίζονται με υψηλότερη αυτοκτονική πρόθεση.

Υπόθεση 2: Υψηλότερα επίπεδα μοναξιάς θα συσχετίζονται με υψηλότερη αυτοκτονική πρόθεση.

Υπόθεση 3: Υψηλότερα επίπεδα απελπισίας θα συσχετίζονται με υψηλότερη αυτοκτονική πρόθεση.

Υπόθεση 4: Χαμηλότερα επίπεδα φόβου του πόνου θα συσχετίζονται με υψηλότερη αυτοκτονική πρόθεση.

Μέθοδος

Συμμετέχοντες

Οι συμμετέχοντες της έρευνας ήταν ασθενείς που νοσηλεύονταν στις κλινικές του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αττικών έπειτα από απόπειρα αυτοκτονίας, ηλικίας 18 έως 93 ετών. Η συλλογή του δείγματος έγινε με βάση τη δειγματοληψία της διαθεσιμότητας και πραγματοποιήθηκε σε διάστημα επτά μηνών. Κριτήρια συμμετοχής στην έρευνα ήταν α) πρόσφατη απόπειρα αυτοκτονίας (ως πρόσφατη απόπειρα αυτοκτονίας ορίζεται η απόπειρα που έγινε έως και 72 ώρες πριν την αξιολόγηση), β) ηλικίας μεγαλύτερης των 18 ετών, γ) να μην πάσχουν από ψυχιατρική διαταραχή που να τους εμποδίζει να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια (παραδείγματος χάρη ενεργό ψυχωσικό επεισόδιο) ή έκπτωση επιπέδου συνείδησης. Από τα 97 άτομα που νοσηλεύτηκαν μετά από απόπειρα αυτοκτονίας στο διάστημα της μελέτης, τα τέσσερα αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα, τα δύο κατέληξαν πριν προλάβουν να εκτιμηθούν, άλλα δύο εξήλθαν λάθρα και τα υπόλοιπα έξι δεν πληρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής στην έρευνα (τρία άτομα είχαν έκπτωση επιπέδου συνείδησης και τρία άτομα ήταν ηλικίας κάτω των 18 ετών), οπότε τελικά στην έρευνα συμμετείχαν 83 άτομα. Η αξιολόγηση των συμμετεχόντων πραγματοποιήθηκε σε ιδιαίτερα σύντομο χρονικό διάστημα από την απόπειρα και συγκεκριμένα λιγότερο των 48 ωρών, με εξαίρεση δύο περιπτώσεις που η αξιολόγηση έγινε μετά από περίπου 72 ώρες σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στην μονάδα εντατικής θεραπείας. Για την περαιτέρω διερεύνηση των χαρακτηριστικών της αυτοκτονικής πρόθεσης, του φόβου του πόνου, της μοναξιάς, της κατάθλιψης και της απελπισίας έγινε ομαδοποίηση σε σχέση με τις διαγνωστικές κατηγορίες των ασθενών με πρόσφατη απόπειρα αυτοκτονίας. Η διάκριση αυτή ανάλογα με το ιστορικό ψυχιατρικής διαταραχής έγινε σε τρεις ομάδες, τις Διαταραχές της Διάθεσης

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, ΜΟΝΑΞΙΑ, ΑΠΕΛΠΙΣΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΟΧΗ ΣΤΟΝ ΠΟΝΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

(Καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές), τις Ψυχωσικές διαταραχές και τις Άλλες διαταραχές (διαταραχές προσωπικότητας και προσαρμογής και ψυχική διαταραχή οφειλόμενη σε χρήση ουσιών). Αναλυτικότερα, στην έρευνα συμμετείχαν 83 άτομα με μέση ηλικία τα 43,7 έτη. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (N=51) σε ποσοστό 61,4% έναντι των ανδρών (N=32) σε ποσοστό 38,6%, άγαμοι (36,1%), χωρίς παιδιά (60,2%) και άνεργοι (41,0%). Το 14,5% έμενε μόνο του και το 51,8% είχε φυσιολογικό BMI. Το 57,8% των συμμετεχόντων κάπνιζε και το 66,3% έπινε αλκοόλ, με το 61,8% να κάνει ήπια χρήση. Ο μέσος όρος ετών εκπαίδευσης ήταν 9,6 και η πλειονότητα του δείγματος (88,8%) διέμενε εντός Αττικής. Όλοι οι συμμετέχοντες ήταν εσωτερικοί ασθενείς. Το 77,1% των συμμετεχόντων έπαιρναν φαρμακευτική αγωγή, με συχνότερη Βενζοδιαζεπίνες /Αγχολυτικά/Υπναγωγά, σε ποσοστό 64,1%. Επίσης, το 32,5% των συμμετεχόντων είχε ιστορικό αποπειρών και το 6,0% οικογενειακό ιστορικό αποπειρών. Ο διάμεσος αριθμός ψυχιατρικών νοσηλειών ήταν 2 (ενδ. εύρος : 1 – 3) όπως και ο διάμεσος αριθμός αποπειρών. Το 77,1% είχε μη βίαιη απόπειρα και το 97,6% είχε αποπειραθεί με μία μέθοδο. Η κύρια μέθοδος που καταγράφηκε συχνότερα ήταν η δηλητηρίαση από φαρμακευτικές ουσίες σε ποσοστό 78,3%. Η αναφερόμενη αιτία απόπειρας στο 47% των συμμετεχόντων ήταν η νόσος/προβλήματα υγείας και στο 36,1% τα διαπροσωπικά προβλήματα/διαπληκτισμός /χωρισμός/απόγνωση. Στο 10,8% των περιπτώσεων είχε γίνει χρήση αλκοόλ κατά την παρούσα απόπειρα και στο 13,3% χρήση ουσιών. Διαταραχές της διάθεσης είχε στο παρελθόν το 56,6% των ασθενών, Ψυχωσικές το 16,9% και Άλλες διαταραχές το 26,5%. Αναφορικά με την συμπτωματολογία, το 92,8% των συμμετεχόντων είχε καταθλιπτικές εκδηλώσεις στο παρόν και το 39,8% διαταραχές ύπνου. Συννοσηρότητα είχε το 60,2% των συμμετεχόντων, με συχνότερες τις παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος (30,1%), τις ενδοκρινικές και

μεταβολικές παθήσεις (26,5%) και τη χρήση ουσιών (16,9%). Τέλος, το 7,2% των συμμετεχόντων νοσηλεύτηκε στη ΜΕΘ, με διάμεση διάρκεια νοσηλείας 4 ημέρες (ενδ. εύρος : 2 – 14 ημέρες).

Ερευνητική Διαδικασία

Η εν προκειμένω έρευνα αποτελεί μια συγχρονικού τύπου μελέτη. Για την διαδικασία συλλογής των δεδομένων έγινε ατομική χορήγηση των ερωτηματολογίων στο χώρο του νοσοκομείου κατά τη διάρκεια της νοσηλείας των συμμετεχόντων λόγω της απόπειρας αυτοκτονίας. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τους σκοπούς της μελέτης, η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική, ελήφθη έγγραφη συγκατάθεση και παράλληλα τηρήθηκε η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα. Όλη η διαδικασία διέπεται εξ' ολοκλήρου από τις αρχές του Κώδικα Ηθικής-Δεοντολογίας.

Ερευνητικά Εργαλεία

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη μέθοδο συμπλήρωσης των κάτωθι ερωτηματολογίων:

Σύντομο ερωτηματολόγιο Δημογραφικών και Κλινικών Στοιχείων

Ζητήθηκαν πληροφορίες σχετικά με την ηλικία, το φύλο, τον τόπο διαμονής, το επίπεδο εκπαίδευσης, την οικογενειακή κατάσταση, την επαγγελματική κατάσταση, το ύψος, το βάρος, το κάπνισμα, τη χρήση αλκοόλ, τον αριθμό ψυχιατρικών νοσηλείων, τη φαρμακευτική αγωγή, το ιστορικό αποπειρών, τη μέθοδο της απόπειρας, το οικογενειακό ιστορικό αποπειρών, την αιτία και τον τόπο της απόπειρας, τη χρήση αλκοόλ και ουσιών κατά την απόπειρα, το ιστορικό ψυχιατρικής διαταραχής, την παρούσα συμπτωματολογία, τη συννοσηρότητα, τη διάρκεια της νοσηλείας και τη νοσηλεία στη ΜΕΘ.

Κλίμακα Πρόθεσης Αυτοκτονίας – SIS (Suicide Intent Scale), (Κονταξάκης, 2006)· (Beck et al., 1974).

Η SIS (Beck et al., 1974) είναι ένα ερωτηματολόγιο που εκτιμά τη σοβαρότητα της αυτοκτονικής πρόθεσης κατά την διάρκεια της απόπειρας, δηλαδή την πρόθεση να είναι επιτυχής η απόπειρα, εξετάζοντας παραμέτρους της συμπεριφοράς του ασθενούς πριν, κατά την διάρκεια και μετά από την απόπειρα αυτοκτονίας. Στα πρώτα εννέα (1-9) λήμματα, τα οποία και συμπληρώνονται από τον συνεντευκτή, καταγράφονται και εκτιμώνται ποικίλες εκφάνσεις των συνθηκών της απόπειρας, καθώς και η πιθανή προετοιμασία και οι ενέργειες, ώστε η απόπειρα να αποκαλυφθεί ευκολότερα ή να αποκρυφτεί περισσότερο χρόνο από το περιβάλλον. Οι πληροφορίες που χρησιμοποιούνται για την συμπλήρωση των συγκεκριμένων λημμάτων λαμβάνονται τόσο από τον αποπειραθέντα, όσο και από του οικείου. Το δεύτερο τμήμα της κλίμακας είναι αυτοσυμπληρούμενο, αποτελείται από έξι (10-15) λήμματα και περιλαμβάνει στοιχεία σχετικά με τις προσδοκίες για το μοιραίο της αυτοκαταστροφικής πράξης, την επίγνωση για την αποτελεσματικότητα της μεθόδου, την σοβαρότητα της απόπειρας, την υποκειμενική θέση απέναντι στον θάνατο, την εκτίμηση για την πιθανή ιατρική διάσωση και το αναστρέψιμο των βλαβών, καθώς και το βαθμό προμελέτης (Κόλλιας, 2006). Τα συνολικά 15 λήμματα αθροίζονται και βαθμολογούνται από 0 έως 2, με διακύμανση της συνολικής βαθμολόγησης από 0 έως 30, ενώ υπάρχουν 5 ακόμη λήμματα τα οποία δεν βαθμολογούνται και αναφέρονται στην αντίδραση του ασθενούς μετά την απόπειρα, στις σκέψεις του για τον θάνατο, ενώ καταγράφουν προηγούμενες απόπειρες, καθώς και την χρήση αλκοόλ και φαρμάκων κατά την διάρκεια της απόπειρας. Η κλίμακα αυτή έχει μεταφραστεί και προσαρμοστεί στα ελληνικά, έχει χορηγηθεί σε πολλές έρευνες στην Ελλάδα που

αφορούσαν ασθενείς με πρόσφατη απόπειρα αυτοκτονίας και έχει μελετηθεί σε ψυχιατρικούς ασθενείς που νοσηλεύτηκαν μετά από απόπειρα (Κονταξάκης, 2006).

Κλίμακα της κατάθλιψης του Beck – BDI (Beck Depression Inventory), (Τζέμος, 1987)· (Beck et al., 1961).

Η BDI (Beck et al., 1961) είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, το οποίο χορηγείται τόσο σε ψυχιατρικούς, όσο και σε μη ψυχιατρικούς ασθενείς.

Περιλαμβάνει 21 λήμματα τα οποία περιγράφουν συμπτώματα και χαρακτηριστικές συμπεριφορές της κατάθλιψης: 1. Συναίσθημα, 2. Απαισιοδοξία, 3. Αίσθημα

αποτυχίας, 4. Απώλεια ικανοποίησης, 5. Αίσθημα ενοχής, 6. Αίσθημα τιμωρίας, 7.

Μίσος για τον εαυτό, 8. Αυτομομφή, 9. Αυτοκτονική επιθυμία, 10. Κλάμα, 11.

Ευερεθιστότητα, 12. Κοινωνική απόσυρση, 13. Αναποφασιστικότητα, 14. Διαταραχή

της εικόνας του σώματος, 15. Μείωση της εργατικότητας, 16. Διαταραχή του ύπνου,

17. Αίσθημα κόπωσης, 18. Μειωμένη όρεξη, 19. Απώλεια βάρους, 20.

Υποχονδριακές ενασχολήσεις, 21. Απώλεια της Libido. Η βαθμολόγηση των

λημμάτων αυτών, ανάλογα με την βαρύτητα, είναι κλιμακούμενη από 0 έως 3, με

μέγιστη συνολική βαθμολογία 63 που προκύπτει από το άθροισμα όλων των

λημμάτων. Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης

υποδηλώνει. Πιο συγκεκριμένα, το κατώτερο σκορ κατάθλιψης είναι από μηδέν έως

9, από 10 έως 18 θεωρείται ήπια, από 19 έως 29 μέτρια και από 30 και πάνω σοβαρή,

υποδηλώνοντας τα ανώτατα επίπεδα κατάθλιψης. Η κλίμακα αυτή είναι σταθμισμένη

στον ελληνικό πληθυσμό (Τζέμος, 1987), με υψηλό δείκτη εγκυρότητας και

αξιοπιστίας (Cronbach's $\alpha = 0,84$) και χρησιμοποιείται ευρέως για ερευνητικούς

σκοπούς.

Κλίμακα απελπισίας του Beck – BHS (Beck Hopelessness Scale), (Christodoulou et al., 2017)· (Beck et al., 1974).

Η BHS (Beck et al., 1974) είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο που αξιολογεί την απελπισία. Αποτελείται από 20 ερωτήσεις, στις οποίες η απάντηση μπορεί να είναι είτε «Σωστό» είτε «Λάθος». Το ερωτηματολόγιο αξιολογεί τρεις πλευρές της απελπισίας: σκέψεις για το μέλλον, απώλεια κινήτρων και προσδοκίες. Οι προτάσεις βαθμολογούνται από 0 έως 1, με μέγιστη συνολική βαθμολογία 20. Στην συγκεκριμένη κλίμακα η υψηλότερη βαθμολογία που προκύπτει απ' το άθροισμα των λημμάτων υποδηλώνει υψηλότερα επίπεδα απελπισίας. Για τον υπολογισμό της αυτοεκτίμησης λαμβάνονται υπόψιν τα λήμματα με αντίστροφη βαθμολόγηση (reverse items) τα οποία είναι 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 και 19 (Christodoulou et al., 2017). Πιο συγκεκριμένα, το κατώτερο σκορ απελπισίας είναι από μηδέν έως 3, από 4 έως 8 θεωρείται ήπια, από 9 έως 14 μέτρια και από 15 έως 20 σοβαρή, υποδηλώνοντας τα ανώτατα επίπεδα απελπισίας. Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και προσαρμοστεί στα ελληνικά από τους Christodoulou et al., 2017. Σε άτομα που αξιολογήθηκαν μετά από πρόσφατη απόπειρα αυτοκτονίας, η BHS έδειξε καλή εσωτερική συνοχή (Cronbach's $\alpha = 0,80$) (Christodoulou et al., 2017). Σε αυτή την ομάδα ασθενών επιβεβαιώθηκε επίσης η εγκυρότητα του ερωτηματολογίου καθώς συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με το ερώτημα «2» της BDI (αρνητικές σκέψεις για το μέλλον, Spearman's $\rho=0,47$, $p<0,001$), το ερώτημα «9» της BDI (αυτοκτονικές σκέψεις, Spearman's $\rho=0,48$, $p<0,001$) καθώς και με τη συνολική βαθμολογία της BDI (Spearman's $\rho=0,54$, $p<0,001$).

Κλίμακα Μοναξιάς – Revised UCLA loneliness scale, (Καφέτσιος, 2012)· (Russell, 1996).

Η UCLA (Russell, 1996) αξιολογεί τα συναισθήματα μοναξιάς και κοινωνικής απομόνωσης και αποτελείται από 20 ερωτήσεις – προτάσεις εκ των οποίων οι 10 είναι εκφρασμένες θετικά και οι 10 αρνητικά. Τα ερωτήματα βασίζονται στη μελέτη του τρόπου με τον οποίο τα μοναχικά άτομα περιέγραφαν τα συναισθήματα τους, από παλαιότερη έρευνα. Οι προτάσεις βαθμολογούνται από 1 (ποτέ) έως 4 (συχνά) και η συνολική βαθμολογία προκύπτει από την άθροιση των βαθμών μετά από αντιστροφή των αρνητικά διατυπωμένων προτάσεων (reverse items) τα οποία είναι 1, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 19 και 20. Το συνολικό αποτέλεσμα παίρνει τιμές από 20 μέχρι 80 (Καφέτσιος, 2012). Πιο συγκεκριμένα, το κατώτερο σκορ μοναξιάς είναι από 20 έως 34, από 35 έως 49 θεωρείται μέτρια και από 50 έως 80 υψηλή, υποδηλώνοντας τα ανώτατα επίπεδα μοναξιάς. Η κλίμακα μετρά την προσωπική αντίληψη της μοναξιάς και προσαρμόστηκε στα ελληνικά σε δείγμα 232 ατόμων από τον γενικό πληθυσμό (Καφέτσιος, 2012). Η κλίμακα έχει καλή εγκυρότητα και καλή αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας στο ελληνικό δείγμα (δείκτης Cronbach's $\alpha = 0,87$).

Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου – FPQ (Fear of pain Questionnaire), (Gouva et al., 2014)· (McNeil & Rainwater, 1998).

Η FPQ (McNeil & Rainwater, 1998) εκτιμά το βαθμό του φόβου που προκαλεί μια επίπονη κατάσταση. Πρόκειται για την τρίτη έκδοση μιας αυτοσυμπληρούμενης κλίμακας, η οποία αποτελείται από 30 προτάσεις που περιγράφουν επώδυνες καταστάσεις σε μια κλίμακα που κυμαίνεται από το 1 (καθόλου) έως το 5 (υπερβολικά), βασισμένη στο επίπεδο του φόβου του πόνου. Παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και αξιοπιστία.

Οι McNeil and Rainwater (1998), βρήκαν, για παράδειγμα ότι τα άτομα που αναφέρουν υψηλά επίπεδα φόβου του πόνου, αποφεύγουν περισσότερο τα επώδυνα ερεθίσματα, από ότι τα άτομα που βρίσκονται σε χαμηλότερο επίπεδο φόβου όπως μετρήθηκαν με το FPQ-III (Williams et al., 2008). Η βαθμολόγηση της κλίμακας γίνεται με το άθροισμα των εκτιμήσεων για κάθε επίπονη εμπειρία. Το συνολικό αποτέλεσμα παίρνει τιμές από 30 μέχρι 150 (Gouna et al., 2014). Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο μεγαλύτερος κρίνεται ο φόβος. Η κλίμακα της μέτρησης του φόβου του πόνου απαρτίζεται και από τρεις υποκλίμακες. Η πρώτη υποκλίμακα περιλαμβάνει το φόβο που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο (Minor Pain subscale), η δεύτερη υποκλίμακα μετράει το επίπεδο του φόβου που προέρχεται από δριμύ πόνο (Severe Pain subscale) και η τρίτη υποκλίμακα δηλώνει το βαθμό του φόβου σε σχέση με τον πόνο που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale). Κάθε υποκλίμακα περιέχει 10 προτάσεις. Επίσης, η συνολική βαθμολογία μπορεί να ληφθεί και με το άθροισμα των επιμέρους υποκλιμάκων (Gouna et al., 2014). Ο δείκτης Cronbach's alpha του FPQ-III στο ελληνικό δείγμα είναι 0,845. Το FPQ-III έχει, διεθνώς, χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μελέτες σχετικές με το συναίσθημα του φόβου του πόνου, που καταδεικνύουν την διαμεσολάβηση του φόβου στην ένταση και στην ποιότητα των επώδυνων ερεθισμάτων, τόσο σε άτομα με χρόνιο πόνο, όσο και σε άτομα που δεν έχουν.

Θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας

Σύμφωνα με τις αρχές της ηθικής και δεοντολογίας όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τον σκοπό και τη διαδικασία συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων. Η συμμετοχή των ατόμων στην έρευνα ήταν εθελοντική και σε περίπτωση δημοσίευσης τα στοιχεία τους θα είναι ανώνυμα.

Στατιστική Ανάλυση

Με τη χρήση του κριτηρίου Kolmogorov-Smirnov ελέγχθηκαν οι κατανομές των ποσοτικών μεταβλητών ως προς την κανονικότητα της κατανομής τους. Για εκείνες που κατανέμονταν κανονικά χρησιμοποιήθηκαν οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) για την περιγραφή τους, ενώ για εκείνες που δεν κατανέμονταν κανονικά χρησιμοποιήθηκαν επιπλέον και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range). Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των κατηγορικών και των διατάξιμων μεταβλητών. Για τη σύγκριση ποσοστών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's χ^2 test. Για τη σύγκριση της κλίμακας αυτοκτονικής πρόθεσης μεταξύ δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Για τη σύγκριση της κλίμακας αυτοκτονικής πρόθεσης μεταξύ περισσότερων από δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal-Wallis. Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι $0,05/\kappa$ (κ = αριθμός των συγκρίσεων). Για τη σύγκριση της ηλικίας μεταξύ δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test. Για τη σύγκριση της ηλικίας μεταξύ περισσότερων από δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA). Για τον έλεγχο της σχέσης δύο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (ρ). Ο συντελεστής θεωρείται πολύ υψηλός όταν είναι άνω του 0,9, υψηλός όταν είναι 0,7-0,9, μέτριος όταν είναι 0,5-0,7, χαμηλός όταν είναι 0,3-0,5 και πολύ χαμηλός όταν είναι κάτω του 0,3 (Mukaka, 2012). Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, ΜΟΝΑΞΙΑ, ΑΠΕΛΠΙΣΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΟΧΗ ΣΤΟΝ ΠΟΝΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

διάφορες κλίμακες από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Εξαιτίας της ασυμμετρίας των κατανομών των κλιμάκων λογαριθμικοί μετασχηματισμοί στην ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης. Η αξιοπιστία των κλιμάκων ελέγχθηκε με τη χρήση του συντελεστή εσωτερικής συνάφειας Cronbach's-alpha. Τιμές άνω του 0,7 υποδηλώνουν αποδεκτή αξιοπιστία. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Όλες οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν μέσω του στατιστικού πακέτου SPSS έκδοση 28 (Statistical Package for the Social Sciences-SPSS).

Αποτελέσματα

Περιγραφικοί Στατιστικοί Δείκτες

Στον ακόλουθο πίνακα περιγράφεται η μέθοδος απόπειρας ανά φύλο, όπου το ποσοστό βίαιης μεθόδου ήταν σημαντικά υψηλότερο στους άντρες σε σύγκριση με τις γυναίκες (40,6% έναντι 11,8%, $\chi^2(1) = 9,28, p = 0,002$) (Πίνακας 1).

Πίνακας 1

Μέθοδος Απόπειρας Ανά Φύλο

Μέθοδος Πρόσφατης Απόπειρας	Φύλο		χ^2 τιμή	p		
	Άντρες	Γυναίκες				
Βίαη	f 13	% 40,6	f 6	% 11,8	9,28**	0,002
Μη Βίαη	f 19	% 59,4	f 45	% 88,2		

Σημείωση: * $p < ,05$ ** $p < ,01$ *** $p < ,001$

Η ηλικία δεν βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη μέθοδο της πρόσφατης απόπειρας, ούτε στους άντρες ($t(30) = 0,12, p = ,908$) ούτε στις γυναίκες ($t(49) = -1,77, p = ,083$), όπως φαίνεται και στον πίνακα 2.

Πίνακας 2

Ηλικία Ανά Μέθοδο Απόπειρας Και Ανά Φύλο

Φύλο	Μέθοδος Πρόσφατης Απόπειρας	Ηλικία			t τιμή	p
		f	M	SD		
Άντρες	Βίαη	13	45,7	20,7	0,12	0,908
	Μη Βίαη	19	46,5	19,3		
Γυναίκες	Βίαη	6	56,5	22,8	-1,77	0,083
	Μη Βίαη	45	40,2	21,0		

Σημείωση: * $p < ,05$ ** $p < ,01$ *** $p < ,001$

Παρόμοια ήταν η ηλικία ανάλογα με την κύρια μέθοδο πρόσφατης απόπειρας, $F(5,77)=1,59, p = ,172$ (Πίνακας 3).

Πίνακας 3

Ηλικία Ανά Κύρια Μέθοδο Πρόσφατης Απόπειρας

Κύρια μέθοδος Πρόσφατης Απόπειρας	Ηλικία				
	<i>f</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i> τιμή	<i>p</i>
Δηλητηρίαση από φαρμακευτικές ουσίες (φαρμακευτικές απόπειρες)	65	42,2	20,4	1,59	0,172
Κατάποση καυστικών υγρών/ξένου σώματος (χλωρίνη, απορρυπαντικό, νεφτι, μπαταρίες)	6	49,8	23,4		
Πτώση από ύψος	2	37,0	26,9		
Αυτοτραυματισμός/διατομή	7	43,0	18,3		
Πρόκληση αυτοκιν/κου δυστυχήματος	2	58,5	9,2		
Εισπνοή καπνού	1	93,0	-		

*Σημείωση: * $p < ,05$ ** $p < ,01$ *** $p < ,001$*

Στον πίνακα 4 δίνονται περιγραφικά μέτρα και οι συντελεστές αξιοπιστίας των υπό μελέτη κλιμάκων. Η συνολική βαθμολογία στην κλίμακα πόνου (FPQ) ήταν 33,23 μονάδες ($SD = 5,8$ μονάδες). Στην κλίμακα μοναξιάς (UCLA) η μέση βαθμολογία ήταν 77,11 ($SD = 3,72$ μονάδες), στην κλίμακα αυτοκτονικής πρόθεσης (SIS) η μέση βαθμολογία ήταν 15,45 ($SD = 7,41$ μονάδες), στην κλίμακα κατάθλιψης (BDI) η μέση βαθμολογία ήταν 53,11 ($SD = 9,37$ μονάδες) και στην κλίμακα απελπισίας (BHS) η μέση βαθμολογία ήταν 19,88 ($SD = 0,53$ μονάδες). Οι συντελεστές αξιοπιστίας ήταν όλοι άνω του 0,7, υποδηλώνοντας αποδεκτή αξιοπιστία όλων των υπό μελέτη κλιμάκων. Επίσης, βάσει του κριτηρίου για έλεγχο κανονικότητας, Kolmogorov-Smirnov, οι κλίμακες δεν κατανέμονταν κανονικά, καθώς $p < ,001$ για όλες. Το 98,8% των συμμετεχόντων ($n = 82$) είχε σοβαρά επίπεδα κατάθλιψης και το υπόλοιπο 1,2% ($n = 1$) είχε μέτρια επίπεδα κατάθλιψης. Όλοι είχαν σοβαρά επίπεδα απελπισίας (100%, $n = 83$) και μοναξιάς (100%, $n = 83$) όπως φαίνεται στον πίνακα 5.

Πίνακας 4

Περιγραφικά Μέτρα Και Συντελεστές Αξιοπιστίας Κλιμάκων

	Αριθμός προτάσεων	Min	Max	M (SD)	Διάμεσος(ενδ. εύρος)	Alpha	p Kolmogorov – Smirnov v test
Φόβος για Ελαφρύ Πόνο (FPQ)	10	10,00	10,00	10 (0)	10 (10 – 10)	-	-
Φόβος για Δριμύ Πόνο (FPQ)	10	10,00	28,00	13,1 (5,46)	10 (10 – 17)	,93	< ,001
Φόβος για Πόνο Ιατρικών Παρεμβάσε ων (FPQ)	10	10,00	14,00	10,13 (0,56)	10 (10 – 10)	,71	< ,001
Συνολική βαθμολογία (FPQ)	30	30,00	51,00	33,23 (5,8)	30 (30 – 37)	,91	< ,001
Κλίμακα μοναξιάς (UCLA)	20	67,00	80,00	77,11 (3,72)	80 (73 – 80)	,90	< ,001
Κλίμακα Αυτοκτονικ ής πρόθεσης (SIS)	15	2,00	30,00	15,45 (7,41)	16 (9 – 21)	,94	< ,001
Κλίμακα κατάθλιψης (BDI)	21	27,00	63,00	53,11 (9,37)	55 (48 – 61)	,96	< ,001
Κλίμακα απελπισίας (BHS)	20	17,00	20,00	19,88 (0,53)	20 (20 – 20)	,71	< ,001

Πίνακας 5

Επίπεδα κατάθλιψης, απελπισίας και μοναξιάς συμμετεχόντων

		f	%
Επίπεδα κατάθλιψης (BDI)	Καθόλου	0	0,0
	Ήπια	0	0,0
	Μέτρια	1	1,2
	Σοβαρά	82	98,8
Επίπεδα απελπισίας (BHS)	Καθόλου	0	0,0
	Ήπια	0	0,0

	Μέτρια	0	0,0
	Σοβαρά	83	100,0
Επίπεδα μοναξιάς (UCLA)	Χαμηλά	0	0,0
	Μέτρια	0	0,0
	Υψηλά	83	100,0

Έλεγχος Ερευνητικών Ερωτημάτων και Υποθέσεων

Ερευνητική Υπόθεση 1: Υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης θα συσχετίζονται με υψηλότερη αυτοκτονική πρόθεση.

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος συσχέτισης Spearman (ρ) μεταξύ των δύο μεταβλητών. Από την ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων, διαπιστώθηκε ότι η κλίμακα αυτοκτονικής πρόθεσης συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την κλίμακα κατάθλιψης. Υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης σχετίζονταν με σημαντικά υψηλότερη αυτοκτονική πρόθεση ($\rho = ,67, p < ,001$). Τα αποτελέσματα αποτυπώνονται αναλυτικά παρακάτω (Πίνακας 6).

Πίνακας 6

Συντελεστές Συσχέτισης Spearman Μεταξύ Των Κλιμάκων Κατάθλιψης Και Αυτοκτονικής Πρόθεσης

		Κλίμακα Αυτοκτονικής πρόθεσης (SIS)
Κλίμακα κατάθλιψης (BDI)	ρ	,67***
	p	<,001

Σημείωση: * $p < ,05$ ** $p < ,01$ *** $p < ,001$

Ερευνητική Υπόθεση 2: Υψηλότερα επίπεδα μοναξιάς θα συσχετίζονται με υψηλότερη αυτοκτονική πρόθεση.

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος συσχέτισης Spearman (ρ) μεταξύ των δύο μεταβλητών. Από την ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων, διαπιστώθηκε ότι η κλίμακα αυτοκτονικής πρόθεσης συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την κλίμακα

μοναξιάς. Υψηλότερη αυτοκτονική πρόθεση σχετίζονταν με σημαντικά υψηλότερη μοναξιά ($rho = ,42, p < ,001$). Τα αποτελέσματα αποτυπώνονται αναλυτικά παρακάτω (Πίνακας 7).

Πίνακας 7

Συντελεστές Συσχέτισης Spearman Μεταξύ Των Κλιμάκων Μοναξιάς Και Αυτοκτονικής Πρόθεσης

		Κλίμακα Αυτοκτονικής πρόθεσης (SIS)	
Κλίμακα μοναξιάς (UCLA)	<i>rho</i>	,42***	
		<i>p</i>	<,001

Σημείωση: * $p < ,05$ ** $p < ,01$ *** $p < ,001$

Ερευνητική Υπόθεση 3: Υψηλότερα επίπεδα απελπισίας θα συσχετίζονται με υψηλότερη αυτοκτονική πρόθεση.

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος συσχέτισης Spearman (*rho*) μεταξύ των δύο μεταβλητών. Από την ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων, διαπιστώθηκε ότι η κλίμακα αυτοκτονικής πρόθεσης δεν συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την κλίμακα απελπισίας ($rho = ,11, p > ,05$). Τα αποτελέσματα αποτυπώνονται αναλυτικά παρακάτω (Πίνακας 8).

Πίνακας 8

Συντελεστές Συσχέτισης Spearman Μεταξύ Των Κλιμάκων Απελπισίας Και Αυτοκτονικής Πρόθεσης

		Κλίμακα Αυτοκτονικής πρόθεσης (SIS)	
Κλίμακα απελπισίας (BHS)	<i>rho</i>	,11	
		<i>p</i>	,320

Σημείωση: * $p < ,05$ ** $p < ,01$ *** $p < ,001$

Ερευνητική Υπόθεση 4: Χαμηλότερα επίπεδα φόβου του πόνου θα συσχετίζονται με υψηλότερη αυτοκτονική πρόθεση.

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος συσχέτισης Spearman (ρ) μεταξύ των δύο μεταβλητών. Από την ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων, διαπιστώθηκε ότι η κλίμακα αυτοκτονικής πρόθεσης συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την κλίμακα φόβου του πόνου. Υψηλότερη αυτοκτονική πρόθεση σχετίζονταν με σημαντικά λιγότερο φόβο συνολικό για τον πόνο ($\rho = -.67, p < .001$), λιγότερο φόβο για πόνο ιατρικών παρεμβάσεων ($\rho = -.42, p < .001$) και λιγότερο φόβο για δριμύ πόνο ($\rho = -.67, p < .001$). Τα αποτελέσματα αποτυπώνονται αναλυτικά παρακάτω (Πίνακας 9).

Πίνακας 9

Συντελεστές Συσχέτισης Spearman Μεταξύ Των Κλιμάκων Φόβου Του Πόνου Και Αυτοκτονικής Πρόθεσης

		Κλίμακα Αυτοκτονικής πρόθεσης (SIS)
Συνολική βαθμολογία (FPQ)	ρ	-.67***
	p	<.001
Φόβος για Πόνο Ιατρικών Παρεμβάσεων (FPQ)	ρ	-.42***
	p	<.001
Φόβος για Δριμύ Πόνο (FPQ)	ρ	-.67***
	p	<.001

Σημείωση: * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Ερευνητικό Ερώτημα 1: Κατά πόσο οι παράγοντες κατάθλιψη, απελπισία, μοναξιά και φόβος του πόνου σχετίζονται μεταξύ τους στα άτομα με πρόσφατη απόπειρα αυτοκτονίας;

Οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman (ρ) μεταξύ των υπό μελέτη κλιμάκων δίνονται στον πίνακα 10. Υψηλότερες τιμές στην κλίμακα απελπισίας σχετίζονταν με σημαντικά υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης ($\rho = .37, p = .001$), υψηλότερα επίπεδα μοναξιάς ($\rho = .40, p < .001$), λιγότερο φόβο συνολικό για τον πόνο ($\rho = -.23, p = .037$), λιγότερο φόβο για πόνο ιατρικών παρεμβάσεων ($\rho = -$

,32, $p = ,003$) και λιγότερο φόβο για δριμύ πόνο ($rho = -,22, p = ,043$). Υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης σχετίζονταν με σημαντικά υψηλότερα επίπεδα μοναξιάς ($rho = ,50, p < ,001$), λιγότερο φόβο συνολικό για τον πόνο ($rho = -,61, p < ,001$), λιγότερο φόβο για πόνο ιατρικών παρεμβάσεων ($rho = -,39, p < ,001$) και λιγότερο φόβο για δριμύ πόνο ($rho = -,61, p < ,001$). Περισσότερη μοναξιά σχετίζονταν με σημαντικά λιγότερο φόβο συνολικό για τον πόνο ($rho = -,57, p < ,001$), λιγότερο φόβο για πόνο ιατρικών παρεμβάσεων ($rho = -,38, p < ,001$) και λιγότερο φόβο για δριμύ πόνο ($rho = -,57, p < ,001$). Οι κλίμακες του πόνου ήταν σημαντικά, θετικά συσχετισμένες μεταξύ τους, όπως ήταν αναμενόμενο ($p < ,001$).

Πίνακας 10

Συντελεστές Συσχέτισης Spearman Μεταξύ Των Κλιμάκων

		1	2	3	4	5	6
1	Κλίμακα απελπισίας (BHS)	rho 1,00 p -					
2	Κλίμακα κατάθλιψης (BDI)	rho ,37** p ,001	1,00				
3	Κλίμακα μοναξιάς (UCLA)	rho ,40*** p <,001	,50*** <,001	1,00			
4	Συνολική βαθμολογία (FPQ)	rho -,23* p ,037	-,61*** <,001	-,57*** <,001	1,00		
5	Φόβος για Πόνο Ιατρικών Παρεμβάσεων (FPQ)	rho -,32** p ,003	-,39*** <,001	-,38*** <,001	,56*** <,001	1,00	
6	Φόβος για Δριμύ Πόνο (FPQ)	rho -,22* p ,043	-,61*** <,001	-,57*** <,001	1,00*** <,001	,55*** <,001	1,00

Σημείωση: * $p < ,05$ ** $p < ,01$ *** $p < ,001$

Ερευνητικό Ερώτημα 2: Κατά πόσο δημογραφικοί και κλινικοί παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, η μέθοδος της απόπειρας βίαη/μη βίαη, παρουσιάζουν κάποια σχέση με την αυτοκτονική πρόθεση, την κατάθλιψη, τη μοναξιά, την απελπισία και το φόβο του πόνου;

Διερεύνηση σχέσης της κλίμακας αυτοκτονικής πρόθεσης με τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Διερευνήθηκε η σχέση της κλίμακας αυτοκτονικής πρόθεσης με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, όπου και εντοπίστηκε σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα πρόθεσης, υποδηλώνοντας ότι μεγαλύτερη πρόθεση είχαν οι άντρες ($U = 345, p < ,001$), όσοι ήταν άγαμοι/χήροι/διαζευγμένοι ($U = 466,5, p = ,003$), όσοι έμεναν μόνοι τους ($U = 166, p = ,001$), όσοι δεν ήταν εργασιακά ενεργοί ($U = 400,5, p = ,041$) και όσοι ήταν καπνιστές ($U = 619,5, p < ,001$). Τα αποτελέσματα αποτυπώνονται αναλυτικά παρακάτω (Πίνακας 11).

Πίνακας 11

Βαθμολογία Στην Κλίμακα Αυτοκτονικής Πρόθεσης Ανάλογα Με Τα Δημογραφικά Στοιχεία Των Συμμετεχόντων

		Κλίμακα Αυτοκτονικής πρόθεσης (SIS)			Τιμή κριτηρίου U	p
		f	$M (SD)$	Διάμεσος (ενδ. εύρος)		
Φύλο	Άντρες	32	19,94 (5,01)	21 (16 – 23)	345***	<,001
	Γυναίκες	51	12,63 (7,3)	12 (5 – 19)		
Οικογενειακή κατάσταση	Μόνος/ Χήρος/ Διαζευγμένος	55	17,2 (6,48)	18 (13 – 22)	466,5**	,003
	Παντρεμένος	28	12 (8)	10,5 (4 – 17,5)		
	Συμβίωση/ Σχέση					
Ύπαρξη παιδιών	Όχι	50	14,68 (7,69)	16 (7 – 22)	715	,305
	Ναι	33	16,61 (6,9)	18 (12 – 21)		
Μένω μόνος	Όχι	71	14,41 (7,07)	16 (9 – 20)	166**	,001
	Ναι	12	21,58 (6,53)	23 (21 – 25,5)		
Ενεργή εργασιακή κατάσταση	Όχι	65	16,42 (6,95)	17 (12 – 21)	400,5*	,041
	Ναι	18	11,94 (8,13)	11,5 (5 – 20)		
Κάπνισμα	Όχι	35	13,51 (7,79)	15 (6 – 21)	619,5*	,042
	Ναι	48	16,85 (6,85)	17,5 (13,5 – 22)		
Χρήση Αλκοόλ	Όχι	28	14,86 (7,59)	16 (9,5 – 21)	713	,582
	Ναι	55	15,75 (7,36)	16 (9 – 22)		
Αν ναι, επίπεδο	Ήπια	34	14,97 (7,61)	16 (9 – 20)	291,5	,256
	Μέτρια/ Βαριά	21	17 (6,94)	18 (15 – 22)		

					Τιμή κριτηρίου <i>H</i>	<i>p</i>
Επίπεδα BMI	Λιποβαρείς	18	12,06 (8,12)	11 (5 – 19)	4,28	,118
	Φυσιολογικοί	43	16,72 (6,67)	17 (14 – 21)		
	Υπέρβαροι/ Παχύσαρκοι	22	15,73 (7,64)	16 (9 – 22)		

Σημείωση: Η τιμή κριτηρίου Mann-Whitney συμβολίζεται με *U* και η τιμή του κριτηρίου Kruskal-Wallis με *H*

p* < ,05 *p* < ,01 ****p* < ,001

Επίσης, η κλίμακα αυτοκτονικής πρόθεσης συσχετίστηκε με τα κλινικά στοιχεία των συμμετεχόντων και τα αποτελέσματα δίνονται στον πίνακα 12. Εντοπίστηκε σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα πρόθεσης, υποδηλώνοντας ότι μεγαλύτερη πρόθεση είχαν οι συμμετέχοντες που έπαιρναν φαρμακευτική αγωγή ($U = 364, p = ,008$), όσοι είχαν ιστορικό αποπειρών ($U = 549,5, p = ,044$), όσοι έκαναν την πρόσφατη απόπειρα με βίαιη μέθοδο ($U = 212, p < ,001$), όσοι είχαν στην παρούσα απόπειρα ψυχωσικές εκδηλώσεις ($U = 471, p = ,026$), όσοι είχαν στην παρούσα απόπειρα αγχώδεις εκδηλώσεις ($U = 324, p < ,001$), όσοι είχαν κάποια συννοσηρότητα ($U = 589, p = ,028$) και συγκεκριμένα όσοι είχαν αλκοολισμό ($U = 136, p = ,033$). Η χρήση ουσιών και οι καταθλιπτικές εκδηλώσεις στο παρόν δεν σχετίζονταν με την αυτοκτονική πρόθεση, όπως και η χρήση αλκοόλ και ουσιών κατά την πρόσφατη απόπειρα. Εντοπίστηκε ακόμη, σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα πρόθεσης, υποδηλώνοντας ότι μεγαλύτερη πρόθεση είχαν οι συμμετέχοντες που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ ($U = 58, p = ,002$). Σημαντική διαφορά στην αυτοκτονική πρόθεση βρέθηκε και ανάλογα με την κύρια μέθοδο πρόσφατης απόπειρας ($H = 23,08, p < ,001$) και με το ιστορικό των διαταραχών ($H = 10,15, p = ,006$). Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni, βρέθηκε ότι όσοι είχαν σαν κύρια μέθοδο τη δηλητηρίαση από φαρμακευτικές ουσίες είχαν σημαντικά

χαμηλότερη πρόθεση σε σύγκριση με όσους επέλεξαν μέθοδο

αυτοτραυματισμού/διατομής ($p = ,001$). Μεταξύ των υπολοίπων μεθόδων δεν

βρέθηκαν σημαντικές διαφορές ως προς την αυτοκτονική πρόθεση. Επίσης, τα άτομα

με Ψυχωσικές διαταραχές καθώς και εκείνα με διαταραχές της Διάθεσης είχαν

σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή υψηλότερη πρόθεση, σε σύγκριση με τα

άτομα με Άλλες διαταραχές ($p = ,005$ και $p = ,005$ αντίστοιχα). Μεταξύ Ψυχωσικών

διαταραχών και διαταραχών της Διάθεσης δεν υπήρξε σημαντική διαφορά.

Πίνακας 12

Βαθμολογία Στην Κλίμακα Αυτοκτονικής Πρόθεσης Ανάλογα Με Τα Κλινικά Στοιχεία Των Συμμετεχόντων

		Κλίμακα Αυτοκτονικής πρόθεσης (SIS)			Τιμή κριτηρίου <i>U</i>	<i>p</i>
		<i>f</i>	<i>M (SD)</i>	Διάμεσος (ενδ. εύρος)		
Φαρμακευτική αγωγή	Όχι	19	11,16 (8,67)	8 (3 – 19)	364**	,008
	Ναι	64	16,72 (6,54)	17 (13 – 21,5)		
Ιστορικό Αποπειρών	Όχι	56	14,3 (7,89)	15,5 (7 – 21)	549,5*	,044
	Ναι	27	17,81 (5,72)	19 (16 – 22)		
Μέθοδος Πρόσφατης Απόπειρας	Βίαη	19	21,58 (6,03)	23 (20 – 25)	212***	<,001
	Μη Βίαη	64	13,63 (6,8)	16 (7,5 – 19)		
Χρήση αλκοόλ κατά την παρούσα απόπειρα	Όχι	74	15,14 (7,25)	16 (9 – 21)	238,5	,166
	Ναι	9	18 (8,62)	21 (16 – 24)		
Χρήση ουσιών κατά την παρούσα απόπειρα	Όχι	72	15,26 (7,26)	16 (9,5 – 21)	334	,404
	Ναι	11	16,64 (8,61)	18 (7 – 24)		
<i>Παρούσα συμπτωματολογία</i>						
Καταθλιπτικές εκδηλώσεις	Όχι	6	14 (7,85)	16 (7 – 17)	202	,609
	Ναι	77	15,56 (7,41)	16 (10 – 21)		
Ψυχωσικές εκδηλώσεις	Όχι	60	14,22 (7,91)	15 (7 – 21)	471*	,026
	Ναι	23	18,65 (4,67)	18 (16 – 22)		
Αγχώδεις εκδηλώσεις	Όχι	60	17,35 (6,75)	18 (14,5 – 22)	324***	<,001
	Ναι	23	10,48 (6,83)	11 (3 – 16)		
Επιθετικότητα	Όχι	79	15,53 (7,53)	16 (9 – 22)	124,5	,476
	Ναι	4	13,75 (4,5)	16 (11,5 – 16)		
Διαταραχές ύπνου	Όχι	50	15,12 (7,45)	16 (10 – 22)	742	,439
	Ναι	33	15,94 (7,42)	18 (9 – 21)		

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, ΜΟΝΑΞΙΑ, ΑΠΕΛΠΙΣΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΟΧΗ ΣΤΟΝ ΠΟΝΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Συννοσηρότητα	Όχι	33	13,15 (7,78)	12 (7 – 20)	589*	,028		
	Ναι	50	16,96 (6,81)	17 (14 – 22)				
Αλκοολισμός	Όχι	76	15 (7,25)	16 (9 – 21)	136*	,033		
	Ναι	7	20,29 (7,93)	23 (16 – 26)				
Χρήση ουσιών	Όχι	69	14,97 (7,53)	16 (9 – 21)	368	,161		
	Ναι	14	17,79 (6,51)	17,5 (16 – 23)				
Νοσηλεία στη ΜΕΘ	Όχι	77	14,83 (7,31)	16 (9 – 21)	58**	,002		
	Ναι	6	23,33 (2,66)	23 (23 – 25)				
					<i>Τιμή Κριτηρίου</i>			
					<i>H</i>	<i>p</i>		
<i>Ιστορικό ψυχιατρικής διαταραχής</i>	Ψυχωσικές διαταραχές	14	17,86 (3,90) ³	18 (16 – 21)	10,15**	,006		
	Διαταραχές της Διάθεσης	47	16,77 (7,37) ³	18 (10 – 23)				
	Άλλες διαταραχές	22	11,09 (7,62) ^{1,2}	11,5 (3 – 16)				
Κύρια μέθοδος Πρόσφατης Απόπειρας	Δηλητηρίαση από φαρμακευτικές ουσίες (φαρμακευτικές απόπειρες)	65	13,72 (6,8) ⁴	16 (8 – 19)	23,08***	<,001		
	Κατάποση καυστικών υγρών/ξένου σώματος (χλωρίνη, απορρυπαντικό, νεφτι, μπαταρίες)	6	16,83 (6,97)	18,5 (14 – 22)				
	Πτώση από ύψος	2	26,5 (2,12)	26,5 (25 – 28)				
	Αυτοτραυματισμός/διατομή	7	22 (4,24) ¹	23 (22 – 25)				
	Πρόκληση αυτοκιν/κου δυστυχήματος	2	27,5 (3,54)	27,5 (25 – 30)				
	Εισπνοή καπνού	1	27 (-)	27 (27 – 27)				

Σημείωση: Η τιμή κριτηρίου Mann-Whitney συμβολίζεται με U και η τιμή του κριτηρίου Kruskal-Wallis με H

p < ,05 **p < ,01 *p < ,001*

^{1,2,3,4}σημαντική διαφορά μεταξύ των κατηγοριών, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni

Μεγαλύτερη ηλικία και μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας σχετιζόταν με υψηλότερη αυτοκτονική πρόθεση, Spearman's $\rho = ,56, p < ,001$ και $\rho = ,52, p < ,001$, όπως φαίνεται στον πίνακα 13.

Πίνακας 13

Συντελεστές Συσχέτισης Spearman Της Κλίμακας Αυτοκτονικής Πρόθεσης Με Ποσοτικά Χαρακτηριστικά

	Κλίμακα Αυτοκτονικής πρόθεσης (SIS)	
Ηλικία	ρ	,56***
	p	<,001
Έτη Εκπαίδευσης	ρ	-,14
	p	,215
BMI (kgr/ m2)	ρ	,10
	p	,356
Ηλικία έναρξης	ρ	-,13
	p	,377
Αριθμός Ψυχιατρικών Νοσηλειών	ρ	,06
	p	,727
Αριθμός Αποπειρών	ρ	-,29
	p	,141
Διάρκεια νοσηλείας	ρ	,52***
	p	<,001

Σημείωση: * $p < ,05$ ** $p < ,01$ *** $p < ,001$

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή την κλίμακα αυτοκτονικής πρόθεσης. Σαν ανεξάρτητες εισήχθησαν τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία των συμμετεχόντων καθώς και οι κλίμακες φόβου για τον πόνο, κατάθλιψης και μοναξιάς. Η ανάλυση έγινε με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method), από την οποία προέκυψε ότι η κατάθλιψη, ο φόβος για τον πόνο, η μέθοδος πρόσφατης απόπειρας ως προς το αν ήταν βίαιη ή μη και το αν νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ σχετιζόνταν ανεξάρτητα με την κλίμακα αυτοκτονικής πρόθεσης, $F(4, 78) = 62,15, R^2 = ,75, p < ,001$ (Πίνακας 14). Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι υψηλότερος φόβος για τον πόνο σχετιζόταν με σημαντικά χαμηλότερη πρόθεση. Αντίθετα, υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης σχετιζόνταν με σημαντικά υψηλότερη πρόθεση. Οι συμμετέχοντες που έκαναν μη βίαιη πρόσφατη

απόπειρα είχαν σημαντικά χαμηλότερη πρόθεση ενώ εκείνοι που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ είχαν σημαντικά μεγαλύτερη πρόθεση.

Πίνακας 14

Αποτελέσματα Πολυπαραγοντικής Γραμμικής Παλινδρόμησης Με Εξαρτημένη Μεταβλητή Την Κλίμακα Αυτοκτονικής Πρόθεσης (Μέθοδος Διαδοχικής Ένταξης-Αφαίρεσης)

	$\beta+$	SE++	Beta	t	p
Συνολική βαθμολογία φόβου του πόνου (FPQ)	-0,021	0,004	-0,40	-5,09	<,001
Κλίμακα κατάθλιψης (BDI)	0,016	0,002	0,48	6,31	<,001
Μέθοδος Πρόσφατης Απόπειρας (Μη βίαη Vs βίαη)	-0,106	0,043	-0,15	-2,48	,015
Νοσηλεία στη ΜΕΘ (ναι vs όχι)	0,150	0,069	0,13	2,18	,032

Σημείωση: Η ανάλυση έγινε με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Συσχέτιση των κλιμάκων φόβου για τον πόνο, μοναξιάς, κατάθλιψης και απελπισίας με το ιστορικό ψυχιατρικής διαταραχής των συμμετεχόντων

Η βαθμολογία στην κλίμακα φόβου για δριμύ πόνο διέφερε σημαντικά μεταξύ των διαφόρων διαταραχών, $H = 12,02$, $p = ,002$ (Πίνακας 15). Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι ασθενείς με Ψυχωσικές διαταραχές είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας λιγότερο φόβο, σε σύγκριση με τους ασθενείς με Άλλες διαταραχές, $p = ,002$. Η βαθμολογία στην κλίμακα φόβου για πόνο ιατρικών παρεμβάσεων δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των διαφόρων διαταραχών, $H = 5,62$, $p = ,060$, ενώ η συνολική βαθμολογία φόβου για τον πόνο διέφερε σημαντικά μεταξύ των διαφόρων διαταραχών, $H = 12,06$, $p = ,002$. Μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι ασθενείς με Ψυχωσικές διαταραχές είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας λιγότερο φόβο για τον πόνο συνολικά, σε σύγκριση με τους ασθενείς με Άλλες διαταραχές, $p = ,002$. Η βαθμολογία στην κλίμακα μοναξιάς διέφερε σημαντικά μεταξύ των διαφόρων

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, ΜΟΝΑΞΙΑ, ΑΠΕΛΠΙΣΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΟΧΗ ΣΤΟΝ ΠΟΝΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

διαταραχών, $H = 11,09$, $p = ,004$. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι ασθενείς με Ψυχωσικές διαταραχές είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας περισσότερη μοναξιά, σε σύγκριση με τους ασθενείς με Άλλες διαταραχές, $p = ,003$. Η βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης διέφερε σημαντικά μεταξύ των διαφόρων διαταραχών, $H = 27,80$, $p < ,001$. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι ασθενείς με Ψυχωσικές διαταραχές καθώς και εκείνοι με διαταραχές της Διάθεσης είχαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες, υποδηλώνοντας περισσότερη κατάθλιψη, σε σύγκριση με τους ασθενείς με Άλλες διαταραχές, $p < ,001$ και για τις δύο συγκρίσεις. Η βαθμολογία στην κλίμακα απελπισίας διέφερε σημαντικά μεταξύ των διαφόρων διαταραχών, $H = 14,56$, $p = ,001$. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι ασθενείς με διαταραχές της Διάθεσης είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία, υποδηλώνοντας περισσότερη απελπισία, σε σύγκριση με τους ασθενείς με Άλλες διαταραχές, $p = ,001$.

Πίνακας 15

Ο Φόβος Του Πόνου, Η Μοναξιά, Η Κατάθλιψη Και Η Απελπισία Ανάλογα Με Το Ιστορικό Ψυχιατρικής Διαταραχής Των Ασθενών (Διαταραχές της Διάθεσης, Ψυχωσικές Και Άλλες Διαταραχές)

	Ιστορικό ψυχιατρικής διαταραχής										
	Ψυχωσικές διαταραχές ^α			Διαταραχές της Διάθεσης ^β			Άλλες διαταραχές ^γ			Τιμή Κριτηρίου <i>H</i>	<i>p</i>
	<i>f</i>	<i>M</i> (<i>SD</i>)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	<i>f</i>	<i>M</i> (<i>SD</i>)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	<i>f</i>	<i>M</i> (<i>SD</i>)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)		
Φόβος για Δριμύ Πόνο (FPQ)	14	10(0) ^γ	10 (10 – 10)	47	12,53 (4,72)	10 (10 – 14)	22	16,27 (7,06) ^α	12 (10 – 24)		
Φόβος για Πόνο Ιατρικών Παρεμβά	14	10 (0)	10 (10 – 10)	47	10,06 (0,32)	10 (10 – 10)	22	10,36 (0,95)	10 (10 – 10)	5,62	,060

σεων (FPQ)											
Συνολική βαθμολογία (FPQ)	14	30 (0) ^γ	30 (30 – 30)	47	32,6 (4,92)	30 (30 – 34)	22	36,64 (7,63) ^α	32 (30 – 44)	12,06**	,002
Κλίμακα μοναξιάς (UCLA)	14	79,36 (1,65) ^γ	80 (80 – 80)	47	77,47 (3,21)	79 (74 – 80)	22	74,91 (4,58) ^α	73 (72 – 80)	11,09**	,004
Κλίμακα κατάθλιψης (BDI)	14	59,21 (4,06) ^γ	60,5 (56 – 62)	47	55,79 (6,61) ^γ	57 (52 – 62)	22	43,5 (9,97) ^{α,β}	43,5 (34 – 52)	27,80***	<,001
Κλίμακα απελπισίας (BHS)	14	20 (0)	20 (20 – 20)	47	20 (0) ^γ	20 (20 – 20)	22	19,55 (0,96) ^β	20 (20 – 20)	14,56**	,001

Σημείωση: Η τιμή του κριτηρίου Kruskal-Wallis συμβολίζεται με Η

^{α,β,γ} σημαντικές διαφορές μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni

* $p < ,05$ ** $p < ,01$ *** $p < ,001$

Πολυπαραγοντικές αναλύσεις για τις κλίμακες φόβου του πόνου, μοναξιάς, κατάθλιψης και απελπισίας

Αρχικά, έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική κλίμακα φόβου για τον πόνο. Σαν ανεξάρτητες εισήχθησαν τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία των συμμετεχόντων καθώς και οι κλίμακες απελπισίας, κατάθλιψης και μοναξιάς. Η ανάλυση έγινε με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method), από την οποία προέκυψε ότι η κλίμακα κατάθλιψης, η κλίμακα μοναξιάς και το φύλο σχετίζονταν ανεξάρτητα με την κλίμακα φόβου για τον πόνο, $F(3, 79) = 33,80$, $R^2 = ,55$, $p < ,001$ (Πίνακας 16). Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και υψηλότερα επίπεδα μοναξιάς σχετίζονταν με σημαντικά λιγότερο φόβο για τον πόνο. Οι γυναίκες είχαν σημαντικά μεγαλύτερο φόβο για τον πόνο σε σύγκριση με τους άντρες.

Πίνακας 16

Αποτελέσματα Πολυπαραγοντικής Γραμμικής Παλινδρόμησης Με Εξαρτημένη Μεταβλητή Την Κλίμακα Φόβου Για Τον Πόνο (Μέθοδος Διαδοχικής Ένταξης-Αφαίρεσης)

$\beta+$	SE++	Beta	t	p
----------	------	------	---	---

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, ΜΟΝΑΞΙΑ, ΑΠΕΛΠΙΣΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΟΧΗ ΣΤΟΝ ΠΟΝΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Κλίμακα κατάθλιψης (BDI)	-0,003	0,001	-0,42	-4,37	<,001
Κλίμακα μοναξιάς (UCLA)	-0,006	0,002	-0,33	-3,62	,001
Φύλο (γυναίκες vs άντρες)	0,026	0,011	0,19	2,38	,020

Σημείωση: Η ανάλυση έγινε με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Εν συνεχεία, έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική κλίμακα κατάθλιψης. Σαν ανεξάρτητες εισήχθησαν τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία των συμμετεχόντων καθώς και οι κλίμακες απελπισίας και μοναξιάς. Η ανάλυση έγινε με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method), από την οποία προέκυψε ότι η κλίμακα μοναξιάς, η ηλικία, το φύλο, η κλίμακα απελπισίας, το αν ήταν ενεργοί εργασιακά, το αν κάπνιζαν και το αν είχαν διαταραχές της Διάθεσης και Ψυχωσικές διαταραχές στο ιστορικό τους σχετίζονταν ανεξάρτητα με την κλίμακα κατάθλιψης, $F(8, 74) = 22,58, R^2 = ,68, p < ,001$ (Πίνακας 17). Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι μεγαλύτερη ηλικία, υψηλότερα επίπεδα απελπισίας και μοναξιάς σχετίζονταν με σημαντικά υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης. Οι γυναίκες είχαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης σε σύγκριση με τους άντρες. Όσοι κάπνιζαν και όσοι είχαν στο ιστορικό τους διαταραχές της Διάθεσης και Ψυχωσικές διαταραχές είχαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης σε σύγκριση με όσους είχαν Άλλες διαταραχές, ενώ όσοι ήταν ενεργοί εργασιακά είχαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης.

Πίνακας 17

Αποτελέσματα Πολυπαραγοντικής Γραμμικής Παλινδρόμησης Με Εξαρτημένη Μεταβλητή Την Κλίμακα Κατάθλιψης (Μέθοδος Διαδοχικής Ένταξης-Αφαίρεσης)

	$\beta+$	SE++	Beta	t	p
Κλίμακα μοναξιάς (UCLA)	0,006	0,002	0,27	3,38	,001
Ηλικία	0,001	0,000	0,18	2,14	,035
Φύλο (γυναίκες vs άντρες)	-0,040	0,012	-0,22	-3,31	,001
Κλίμακα απελπισίας (BHS)	0,027	0,012	0,16	2,21	,030
Ενεργή εργασιακή κατάσταση (ναι vs όχι)	-0,042	0,015	-0,20	-2,80	,007
Κάπνισμα (ναι vs όχι)	0,020	0,012	0,12	1,89	,045

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, ΜΟΝΑΞΙΑ, ΑΠΕΛΠΙΣΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΟΧΗ ΣΤΟΝ ΠΟΝΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Ιστορικό ψυχιατρικής διαταραχής					
Διαταραχές της Διάθεσης vs Άλλες διαταραχές	0,056	0,016	0,32	3,60	,001
Ψυχωσικές διαταραχές vs Άλλες διαταραχές	0,063	0,020	0,27	3,21	,002

Σημείωση: Η ανάλυση έγινε με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Έπειτα, έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική κλίμακα απελπισίας. Σαν ανεξάρτητες εισήχθησαν τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία των συμμετεχόντων καθώς και η κλίμακα μοναξιάς. Η ανάλυση έγινε με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method), από την οποία προέκυψε ότι η κλίμακα μοναξιάς και το αν είχαν καταθλιπτικές εκδηλώσεις στο παρόν σχετίζονταν ανεξάρτητα με την κλίμακα απελπισίας, $F(2, 80) = 11,28, R^2 = ,20, p < ,001$ (Πίνακας 18). Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι υψηλότερη μοναξιά σχετιζόταν με σημαντικά υψηλότερη απελπισία. Όσοι είχαν καταθλιπτικές εκδηλώσεις στο παρόν είχαν σημαντικά περισσότερη απελπισία.

Πίνακας 18

Αποτελέσματα Πολυπαραγοντικής Γραμμικής Παλινδρόμησης Με Εξαρτημένη Μεταβλητή Την Κλίμακα Απελπισίας (Μέθοδος Διαδοχικής Ένταξης-Αφαίρεσης)

	$\beta+$	$SE++$	$Beta$	t	p
Κλίμακα μοναξιάς (UCLA)	0,001	0,000	0,42	4,27	<,001
Καταθλιπτικές εκδηλώσεις (ναι vs όχι)	0,010	0,005	0,22	2,20	,031

Σημείωση: Η ανάλυση έγινε με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Τέλος, έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική κλίμακα μοναξιάς. Σαν ανεξάρτητες εισήχθησαν τα δημογραφικά και κλινικά στοιχεία των συμμετεχόντων. Η ανάλυση έγινε με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method), από την οποία προέκυψε

ότι η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση και το ιστορικό ψυχιατρικής διαταραχής σχετίζονταν ανεξάρτητα με την κλίμακα μοναξιάς, $F(4, 78) = 8,35$, $R^2 = ,26$, $p < ,001$ (Πίνακας 19). Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι μεγαλύτερη ηλικία σχετιζόταν με σημαντικά περισσότερη μοναξιά. Όσοι είχαν στο ιστορικό τους Ψυχωσικές διαταραχές ένιωθαν σημαντικά περισσότερη μοναξιά σε σύγκριση με όσους είχαν Άλλες διαταραχές, ενώ όσοι ήταν παντρεμένοι/σε συμβίωση ή σε σχέση ένιωθαν σημαντικά λιγότερη μοναξιά σε σύγκριση με όσους ήταν μόνοι/χήροι ή διαζευγμένοι.

Πίνακας 19

Αποτελέσματα Πολυπαραγοντικής Γραμμικής Παλινδρόμησης Με Εξαρτημένη Μεταβλητή Την Κλίμακα Μοναξιάς (Μέθοδος Διαδοχικής Ένταξης-Αφαίρεσης)

	$\beta+$	$SE++$	$Beta$	t	p
Ηλικία	0,0003	0,0001	0,29	2.62	,011
Ιστορικό ψυχιατρικής διαταραχής					
Διαταραχές της Διάθεσης vs Άλλες διαταραχές	0,006	0,005	0,14	1,14	,259
Ψυχωσικές διαταραχές vs Άλλες διαταραχές	0,020	0,006	0,36	3,17	,002
Οικογενειακή κατάσταση (Παντρεμένος/ Συμβίωση/ Σχέση vs Μόνος/ Χήρος/ Διαζευγμένος)	-0,011	0,004	-0,24	-2,50	,015

Σημείωση: Η ανάλυση έγινε με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας ήταν η διερεύνηση δείγματος ασθενών που έχουν προβεί σε μία πρόσφατη απόπειρα αυτοκτονίας και η αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ της κατάθλιψης, της απελπισίας, της μοναξιάς και του φόβου του πόνου με την αυτοκτονική πρόθεση και της σύνδεσής τους με συγκεκριμένα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών αυτών.

Με βάση τα αποτελέσματα, η ερευνητική υπόθεση ότι τα υψηλά επίπεδα αυτοκτονικής πρόθεσης θα συσχετίζονται με υψηλά επίπεδα κατάθλιψης όπως αναμενόταν επιβεβαιώθηκε. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, υπάρχει αδιαμφισβήτητα ισχυρή σύνδεση μεταξύ κατάθλιψης και αυτοκτονικότητας (Beck et al., 1990· Burr et al., 2018). Η κατάθλιψη είναι η ψυχιατρική διαταραχή η οποία έχει συνδεθεί περισσότερο με την αυτοκτονικότητα και σχετίζεται με σοβαρές απόπειρες αυτοκτονίας όσον αφορά την σοβαρότητα των σωματικών βλαβών και την σοβαρότητα της πρόθεσης (Hawton et al., 2013· Lepine & Briley, 2011). Η κατάθλιψη επίσης, βρέθηκε να συνδέεται με συγκεκριμένους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες που έχουν σταθερά αναγνωριστεί ως σημαντικοί παράγοντες για την εξήγηση της μεταβλητότητας των ποσοστών επιπολασμού της κατάθλιψης, με κυριότερους τη μεγαλύτερη ηλικία, το ανδρικό φύλο, την ανεργία και το κάπνισμα (Akhtar-Danesh & Landeen, 2007· Halder & Mahato, 2016).

Επιπροσθέτως, η ερευνητική υπόθεση ότι τα υψηλότερα επίπεδα αυτοκτονικής πρόθεσης θα συσχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα μοναξιάς επίσης επιβεβαιώθηκε από τα αποτελέσματα της έρευνας. Κατά τον Joiner (2005), το αίσθημα της μοναξιάς και της αντιλαμβανόμενης επιβάρυνσης ακόμα και αν αποτελεί

λανθασμένη πεποίθηση οδηγεί τα άτομα στο να πιστέψουν πως αξίζει περισσότερο ο θάνατός τους παρά η ζωή τους και έτσι να προβούν σε αυτοκτονική συμπεριφορά. Το αίσθημα μοναξιάς όπως ήταν αναμενόμενο, εντοπίστηκε αυξημένο σε όσους ήταν μόνοι, διαζευγμένοι ή χήροι και βρέθηκε να αυξάνει όσο αυξάνει η ηλικία.

Σχετικά με την υπόθεση ότι υψηλότερα επίπεδα αυτοκτονικής πρόθεσης θα συσχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα απελπισίας δεν επιβεβαιώθηκε από τα αποτελέσματα της έρευνας. Το συγκεκριμένο εύρημα έρχεται σε αντιπαράθεση με τα βιβλιογραφικά ευρήματα. Το γεγονός αυτό, μπορεί να οφείλεται αφενός στο ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων δεν είχε ιστορικό προηγούμενων αποπειρών ή οικογενειακό ιστορικό αποπειρών, παράγοντες που φαίνεται να επιτείνουν το αίσθημα της απελπισίας και αφετέρου σε ένα μεγάλο μέρος του δείγματος η αναφερόμενη αιτία της απόπειρας ήταν διαπληκτισμός με σύντροφο δηλαδή διαπροσωπικοί λόγοι που ενέχουν συμπεριφορές χειραγώγησης του περιβάλλοντος και όχι ισχυρή αυτοκτονική πρόθεση, επομένως και απελπισία (Forman et al., 2004· Schlebusch & Wessels, 1988). Ένας ακόμη λόγος που μπορεί να συνετέλεσε σε αυτό το αποτέλεσμα αφορά τη μέθοδο της απόπειρας. Αναλυτικότερα, η υψηλότερη αυτοκτονική πρόθεση έχει συσχετιστεί με βίαιες μεθόδους απόπειρας όπου συνυπάρχει μεγαλύτερο αίσθημα απελπισίας ενώ στην παρούσα μελέτη η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος χρησιμοποίησε τη μέθοδο της αυτοδηλητηρίασης με φαρμακευτικές ουσίες, που συνεπάγεται χαμηλή αυτοκτονική πρόθεση, κατ' επέκταση και αίσθημα απελπισίας (Haw et al., 2015). Ωστόσο, ένα σημαντικό εύρημα ήταν η ύπαρξη ισχυρής σύνδεσης μεταξύ αισθήματος μοναξιάς και απελπισίας, γεγονός που επιβεβαιώνεται και από τη βιβλιογραφία. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τους Joiner και Rudd (1996), η μοναξιά συνδέεται με λόγους για να ζει κανείς, με υποστηρικτικό δίκτυο που όταν αυτό δεν υπάρχει δημιουργείται στο άτομο μειωμένη αίσθηση του ανήκειν και κατ'

επέκταση μία αντιλαμβανόμενη αίσθηση επιβάρυνσης που με τη σειρά της οδηγεί στο αίσθημα της απελπισίας. Τα ευρήματα αυτά σχετικά με την απελπισία και τη μοναξιά, συνάδουν με την αυξανόμενη βιβλιογραφία σχετικά με τις διαπροσωπικές πτυχές της κατάθλιψης, δηλαδή τις μεταβλητές που σχετίζονται με την κατάθλιψη όπως η απελπισία και η αυτό αναφερόμενη μοναξιά (Coyne, 1976· Shaw et al., 2021· Wang et al., 2018). Ένα ακόμη σημαντικό εύρημα που επιβεβαιώνεται και από τη βιβλιογραφία είναι η ισχυρή συσχέτιση των καταθλιπτικών εκδηλώσεων με την απελπισία. Πιο συγκεκριμένα, στους ασθενείς με κατάθλιψη η αυτοκτονική πρόθεση φαίνεται να είναι αυξημένη όταν συνυπάρχει αυξημένο αίσθημα απελπισίας (Beck, 1963· Dyer & Kreitman, 1984).

Τέλος, η ερευνητική υπόθεση ότι τα υψηλά επίπεδα αυτοκτονικής πρόθεσης θα συσχετίζονται με χαμηλά επίπεδα φόβου του πόνου όπως αναμενόταν επιβεβαιώθηκε. Πράγματι, τα άτομα που προβαίνουν σε απόπειρα αυτοκτονίας έχουν αποκτήσει μία εξοικείωση-αντοχή στον πόνο, ικανότητα που αναπτύσσεται από την επαναλαμβανόμενη έκθεση σε επώδυνα γεγονότα, συμπεριλαμβανομένων προηγούμενων αποπειρών αυτοκτονίας, με αποτέλεσμα να συνηθίζουν τον φόβο και τον σωματικό πόνο (Smith et al., 2016· Orbach et al., 1996). Αυτό το στοιχείο επιβεβαιώθηκε και στην παρούσα έρευνα με τους συμμετέχοντες που ανέφεραν ότι έχουν ιστορικό αποπειρών να εμφανίζουν και υψηλότερη αυτοκτονική πρόθεση. Μάλιστα σημειώνεται ότι το φύλο μπορεί να είναι καθοριστικός παράγοντας για την αυτοκτονική συμπεριφορά. Πιο αναλυτικά, οι γυναίκες είχαν σημαντικά μεγαλύτερο φόβο για τον πόνο σε σύγκριση με τους άντρες, οι οποίοι επέλεξαν βίαιες μεθόδους απόπειρας σε σύγκριση με τις γυναίκες όπου το ποσοστό ήταν σημαντικά χαμηλότερο (Ojima et al., 2004· Kupferschmid et al., 2013· Wei et al., 2013). Η υψηλότερη αυτοκτονική πρόθεση συσχετίστηκε με βίαιες μεθόδους απόπειρας, στοιχείο που κατ'

επέκταση συνδέεται με χαμηλότερο φόβο του πόνου στα άτομα αυτά, με μελέτες να διαπιστώνουν πράγματι ότι οι αποπειραθέντες που χρησιμοποίησαν βίαιες μεθόδους ανέφεραν ότι αισθάνονταν πολύ λιγότερο σωματικό πόνο από εκείνους που χρησιμοποίησαν μη βίαιες μεθόδους (Orbach et al., 1996· Orbach, 1994· Sendbuehler, 1979). Στην παρούσα μελέτη, τα άτομα με βίαιες και μη βίαιες απόπειρες δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ τους ως προς την ηλικία, εύρημα αντίστοιχο με την πλειοψηφία των κλινικών μελετών. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα ποσοστά των ψυχικών διαταραχών ήταν αρκετά υψηλά επομένως υπήρχε και σοβαρή ψυχοπαθολογία, η οποία είναι πιθανό να ευθύνεται για το γεγονός ότι στο συγκεκριμένο πληθυσμό άτομα μικρότερης ηλικίας προβαίνουν σε βίαιες απόπειρες, με αποτέλεσμα να μην καταγράφεται τελικά διαφορά στην ηλικία μεταξύ των βίαιων και μη βίαιων αποπειρών. Επίσης, τα άτομα που επέλεξαν ως μέθοδο απόπειρας τη βία, είχαν όπως είναι φυσικό μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας και σε κάποιες περιπτώσεις υπήρξε παραμονή στη ΜΕΘ, γεγονός που συνδέεται με υψηλή αυτοκτονική πρόθεση (Quesada-Franco et al., 2022· Wolk-Wasserman, 1985).

Από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψε ότι ο χαμηλότερος φόβος του πόνου σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με μεγαλύτερο αίσθημα μοναξιάς και με καταθλιπτική συμπτωματολογία, εύρημα που είναι σύμφωνο με την υπάρχουσα βιβλιογραφία. Πράγματι, οι ασθενείς με διαταραχές διάθεσης παρουσιάζουν μειωμένη ευαισθησία στον πόνο (Hall & Stride 1954· Ben-Tovim & Schwartz 1981). Πιο συγκεκριμένα, κλινικές μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι η κατάθλιψη συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα πόνου σε σχέση με άλλες παθολογίες και καταγράφουν ότι το αίσθημα του πόνου, δηλαδή το πόσο έντονα βιώνεται καθώς και η αντιμετώπιση της επώδυνης εμπειρίας σχετίζονται με άλλες παραμέτρους όπως η κατάθλιψη (McNeil & Rainwater, 1998· Merskey, 1965· Pilowsky & Basset, 1982· Spear, 1967). Έχει

προταθεί ότι το υψηλότερο επίπεδο αντοχής ή αλλιώς η μη ευαισθητοποίηση στον πόνο στις διαταραχές της διάθεσης θα μπορούσε να εξηγηθεί λόγω αδιαφορίας στα εξωτερικά ερεθίσματα, το επακόλουθο μιας νοοτροπίας άρνησης και απόσυρσης που επιφέρει το αίσθημα μοναξιάς και η μειωμένη αίσθηση του ανήκειν που βιώνει το άτομο. Με βάση αυτή την προσέγγιση, επηρεάζεται η εμπειρία του κόσμου και του εαυτού του ως αποτέλεσμα της απομάκρυνσης, της αποστασιοποίησης, της συναισθηματικής έλλειψης ενδιαφέροντος από τον περίγυρο και κατ' επέκταση για τον εαυτό και το σώμα του, συναισθήματα που μπορεί να επιτείνουν ακόμη περισσότερο την αδιαφορία του για τον πόνο (Petrie, 1979· Shneidman, 1980· Orbach et al., 1993· Van der Kolk et al., 1993).

Υψηλές τιμές καταγράφηκαν στην κλίμακα κατάθλιψης και απελπισίας, που σύμφωνα με τη βιβλιογραφία ένας πιθανός παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει τις εκτιμήσεις είναι ο χρόνος της αξιολόγησης (Chu et al., 2017). Στην παρούσα έρευνα, η αξιολόγηση πραγματοποιούταν σε σύντομο χρονικό διάστημα από την απόπειρα. Η αξιολόγηση της αυτοκτονικότητας πολύ κοντά στην απόπειρα παρέχει πληροφορίες σημαντικές για τα επίπεδα της κατάθλιψης, της αυτοκτονικής πρόθεσης και της απελπισίας πριν να κινητοποιηθούν οι μηχανισμοί άμυνας που θα μπορούσαν να οδηγήσουν στην υποτίμηση από την πλευρά του ασθενούς της σημασίας της απόπειρας για την ψυχική κατάστασή του (Apter et al., 1989). Επίσης, οι ασθενείς εκείνη την ώρα έχοντας διαπράξει την πλέον απελπισμένη ενέργεια, βρίσκονται στο νοσοκομείο και πιθανώς αισθάνονται πως έχουν ντροπιαστεί μπροστά σε συγγενείς και φίλους αλλά μπροστά και στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό στο οποίο καλούνται να εξηγήσουν (Jobes, 2012· Shea, 1999). Το γεγονός αυτό, μπορεί να οδηγήσει στο να υπερισχύσει το καταθλιπτικό συναίσθημα και μία στρέβλωση της πραγματικότητας, ανεξαρτήτως διάγνωσης. Αρκετές μελέτες αναφέρουν

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, ΜΟΝΑΞΙΑ, ΑΠΕΛΠΙΣΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΟΧΗ ΣΤΟΝ ΠΟΝΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

νευροβιολογικές παραμέτρους και ειδικότερα διεργασίες του κεντρικού νευρικού συστήματος που προδιαθέτουν τα άτομα να ενεργούν παρορμητικά και επιθετικά μπροστά στη δυσφορία, την απελπισία και τον αναδυόμενο αυτοκτονικό ιδεασμό σε πλαίσιο μιας καταθλιπτικής κατάστασης (Conwell et al., 2011· Mann et al., 1999). Αντιστοίχως, κατά τον Joiner (2005), στα πλαίσια της στρέβλωσης της πραγματικότητας και της αμφιθυμίας, παρατηρείται και η απουσία αίσθησης του ανήκειν, αίσθηση που είναι όμως αντιλαμβανόμενη και αποτελεί συνήθως λανθασμένη πεποίθηση. Επίσης, ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών αυτών έπειτα νοσηλεύτηκε στην ψυχιατρική κλινική, γεγονός που υποδηλώνει υψηλότερα επίπεδα ψυχοπαθολογίας, όπως επιβεβαιώνεται και από τη βιβλιογραφία όταν ακολουθεί νοσηλεία σε δεύτερο χρόνο, σε αυτούς τους ασθενείς εντοπίζονται πιο υψηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας (Levenson et al., 1990). Σε όλα αυτά μπορεί επιπλέον να συνυπολογιστεί ότι αφορμή να προβούν οι ασθενείς αυτοί σε απόπειρα αυτοκτονίας ήταν κάποιο ψυχοπιεστικό γεγονός, είτε νόσος είτε διαπροσωπικά προβλήματα όπως πένθος ή χωρισμός, επομένως παρουσίαζαν καταθλιπτικό συναίσθημα ανεξαρτήτως διάγνωσης (Beautrais, 2002).

Αναφορικά με το ιστορικό της ψυχιατρικής διαταραχής, υψηλές τιμές κατάθλιψης καταγράφηκαν τόσο στις διαταραχές της Διάθεσης όσο και στις Ψυχωσικές διαταραχές, γεγονός που ενισχύει τη γνώση από την προϋπάρχουσα βιβλιογραφία πως η κατάθλιψη φαίνεται ότι συνδέεται με την αυτοκτονικότητα ανεξάρτητα από την υποκείμενη ψυχοπαθολογία (Hawton & Van Heeringen, 2002· Mann et al., 1999). Ειδικότερα, στην ψύχωση ένας από τους ισχυρότερους παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία είναι η κατάθλιψη (Hawton et al., 2005· Yung et al., 2004). Επίσης, η απελπισία καταγράφηκε σε υψηλές τιμές σε ασθενείς με διαταραχές της Διάθεσης, καταδεικνύοντας την ισχυρή συσχέτιση των καταθλιπτικών

εκδηλώσεων με την απελπισία (Burr et al., 2018· Mann, 2003). Ο φόβος του πόνου βρέθηκε σε χαμηλές τιμές στις Ψυχωσικές διαταραχές, κάτι που πιθανόν να συνδέεται με τα γνωσιακά ελλείμματα, καθώς και με την αμφιθυμία και την ευμεταβλητότητα που παρατηρούνται στους ασθενείς αυτούς (Sass, 2007). Στον ίδιο πληθυσμό, η μοναξιά βρέθηκε σε υψηλές τιμές, καταδεικνύοντας τις απομακρυσμένες κοινωνικές σχέσεις, τη μειωμένη λειτουργικότητα και το αίσθημα αποκλεισμού που βιώνουν οι ασθενείς αυτοί (Michalska da Rocha et al., 2017). Η αυτοκτονική πρόθεση βρέθηκε σε υψηλές τιμές στις διαταραχές της Διάθεσης και στις Ψυχωσικές διαταραχές, εύρημα που πιθανόν να σχετίζεται με το γεγονός ότι η κατάθλιψη αποτελεί έναν από τους ισχυρότερους παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία τόσο στις διαταραχές της διάθεσης όσο και στην ψύχωση (Hawton et al., 2013· Hawton et al., 2005).

Η ύπαρξη συννοσηρότητας αποτελεί κι αυτή παράγοντα κινδύνου τόσο για τις απόπειρες αυτοκτονίας, όσο και για την αυτοκτονία, με υψηλότερη πρόθεση να εντοπίζεται σε όσους καπνίζουν και κάνουν κατάχρηση αλκοόλ. Αναλυτικότερα, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, οι ασθενείς με εξάρτηση από το αλκοόλ έχουν σχεδόν 10 φορές περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν από αυτοκτονία ενώ το κάπνισμα σε χρόνια χρήση προκαλεί σεροτονινεργική υπολειτουργία που φαίνεται να σχετίζεται με βίαιη αυτοκτονική συμπεριφορά (Malone et al., 2003· Rodríguez-Cintas et al., 2018· Yuodelis-Flores & Ries, 2015).

Τέλος, σημαντικό ρόλο στην αυτοκτονικότητα φαίνεται ότι διαδραματίζουν και ορισμένοι κοινωνικοοικονομικοί και δημογραφικοί παράγοντες, όπως η ανεργία, το διαζύγιο, η χηρεία και ο τόπος διαμονής του ατόμου. Οι αλλαγές που επιφέρει η οικονομική κρίση, όπως η απώλεια της κατοικίας, καθώς και το στρες που συνοδεύει τις αλλαγές αυτές φαίνεται να αυξάνουν τα ποσοστά αυτοκτονιών στους άνδρες και ιδιαίτερα όσο αυξάνει η ηλικία (Turecki & Brent 2016· Haw et al., 2015).

Περιορισμοί

Αναμφίβολα όπως κάθε άλλη έρευνα έτσι και η παρούσα έχει αρκετούς περιορισμούς. Αρχικά, το δείγμα ήταν σχετικά μικρό (N=83) και η συλλογή του δείγματος έγινε με βάση τη δειγματοληψία της διαθεσιμότητας. Επίσης, η συγκεκριμένη έρευνα περιορίστηκε μόνο σε άτομα με πρόσφατη απόπειρα αυτοκτονίας χωρίς να περιλαμβάνει ομάδα ελέγχου. Τέλος, περιορισμό αποτέλεσε και το γεγονός ότι δεν υπήρχε σταθμισμένο στα ελληνικά ένα εργαλείο που να μελετά τον φόβο του πόνου συγκεκριμένα στα άτομα με απόπειρα αυτοκτονίας αλλά αυτός προσεγγίστηκε πιο γενικά σε διάφορες εν δυνάμει επώδυνες συνθήκες.

Μελλοντικές Προεκτάσεις

Αξίζει να γίνουν περαιτέρω μελέτες οι οποίες θα διερευνήσουν κι άλλους παράγοντες που σχετίζονται ή διαμεσολαβούν στην αυτοκτονικότητα. Επίσης, θα ήταν ωφέλιμο να μελετηθεί περισσότερο διεξοδικά η αντοχή στον πόνο και ιδιαίτερα ο μηχανισμός που λειτουργεί καθώς αποτελεί μία παράμετρο που παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον και χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Η μελέτη αυτών των στοιχείων μπορεί να συμβάλει τόσο στον έγκαιρο εντοπισμό των παραγόντων κινδύνου αυτοκτονίας σε επίπεδο πρόληψης όσο και στη διευκόλυνση του έργου των ειδικών ψυχικής υγείας σε επίπεδο κλινικών παρεμβάσεων. Επίσης, η βαθύτερη κατανόηση των παραπάνω μεταβλητών και της σχέσης που αυτές παρουσιάζουν με την αυτοκτονικότητα μπορεί να δώσει χρήσιμες κατευθύνσεις για τη θεραπευτική αντιμετώπιση της αυτοκαταστροφικότητας εν γένει. Τα συγκεκριμένα ευρήματα μπορούν να βοηθήσουν την ανάπτυξη στοχευμένων παρεμβάσεων έτσι ώστε με τις κατάλληλες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις να περιοριστούν οι θάνατοι από απόπειρες ή από αυτοκτονίες. Εν κατακλείδι, ίσως αξίζει να διερευνηθεί περαιτέρω

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, ΜΟΝΑΞΙΑ, ΑΠΕΛΠΙΣΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΟΧΗ ΣΤΟΝ ΠΟΝΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

γιατί η απελπισία δεν βρέθηκε να συσχετίζεται σημαντικά με την αυτοκτονική πρόθεση και ποιοι άλλοι παράγοντες θα μπορούσαν να διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο.

Βιβλιογραφία

- Abramson, L.Y., Metalsky, G.I., Alloy, L.B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96(2), 358–372.
<https://doi.org/10.1037/0033-295X.96.2.358>
- Akhtar-Danesh, N., & Landeen, J. (2007). Relation between depression and sociodemographic factors. *International Journal of Mental Health Systems*, 1(1), 4. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-1-4>
- Apter, A., Plutchik, R., Sevy, S., Korn, M., Brown, S., Van Praag, H. (1989). Defense mechanisms in risk of suicide and risk of violence. *American Journal of Psychiatry*, 146(8), 1027–1031. <https://doi.org/10.1176/ajp.146.8.1027>
- Beautrais, A. L. (2002). A case–control study of suicide and attempted suicide in older adults. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(1), 1–9.
<https://doi.org/10.1521/suli.32.1.1.22184>
- Beck, A.T., Brown, G., Berchick, R.J., Stewart, B.L., Steer, R.A. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 147(2), 190-195.
<https://doi.org/10.1176/ajp.147.2.190>
- Beck, A. T. (1963) Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9(4), 324-335.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1963.01720160014002>
- Beghi M., Rosenbaum, J. F., Cerri, C., Cornaggia, C. M. (2013). Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempts: a literature review. *Neuropsychiatric Disease Treatment*, 9, 1725-1736.
<https://doi.org/10.2147/NDT.S40213>

- Bell, B. (1993). Emotional loneliness and the perceived similarity of ones ideas and interests. *Journal of Social Behavior and Personality*, 8(2), 273-280.
- Ben-Tovim, D. I. & Schwartz, M. S. (1981). Hypoalgesia in depressive illness. *British Journal of Psychiatry*, 138(1), 37-39.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1192/bjp.138.1.37>
- Burr, E. M., Rahm-Knigge, R. L., & Conner, B. T. (2018). The Differentiating Role of State and Trait Hopelessness in Suicidal Ideation and Suicide Attempt. *Archives of Suicide Research*, 22(3), 510–517.
<https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1366960>
- Christodoulou, C., Efstathiou, V., Michopoulos, I., Ferentinos, P., Korkoliakou, P., Gkerekou, M., Bouras, G., Papadopoulou, A., Papageorgiou, C. Douzenis, A. (2017). A case-control study of hopelessness and suicidal behavior in the city of Athens, Greece. The role of the financial crisis. *Psychology, Health & Medicine*, 22(7), 772–777. <http://dx.doi.org/10.1080/13548506.2016.1164872>
- Chu, C., Van Orden, K. A., Ribeiro, J. D., Joiner, T. E. (2017). Does the timing of suicide risk assessments influence ratings of risk severity? *Professional Psychology: Research and Practice*, 48(2), 107-114.
- Conwell, Y., Van Orden, K., & Caine, E. D. (2011). Suicide in Older Adults. *Psychiatric Clinics of North America*, 34(2), 451–468.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.02.002>
- Coyne, J. C. (1976). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry*, 39(1), 28-40. <https://doi.org/10.1080/00332747.1976.11023874>

- Dyer, J. A., & Kreitman, N. (1984). Hopelessness, depression and suicidal intent in parasuicide. *The British Journal of Psychiatry*, *144*(2), 127–133. <https://doi.org/10.1192/bjp.144.2.127>
- Forman, E.M., Berk, M.S., Henriques, G.R., Brown, G.K., Beck, A.T. (2004). History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, *161*(3), 437–443. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.3.437>
- Gouva, M., Dragioti, E., Paschou, A. (2014). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the Fear of Pain, *Interscientific health care*.
- Gutierrez, P., King, C., & Ghaziuddin, N. (1996). Adolescent attitudes about death in relation to suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *26*, 8–18.
- Halder, S. & Mahato, A. K. (2016). Socio-demographic and clinical characteristics of patients who attempt suicide: A hospital-based study from Eastern India. *East Asian Archives of Psychiatry*, *26*, 98-103.
- Hall, K. R. L., & Stride, E. (1954). The varying response to pain in psychiatric disorders: A study in abnormal psychology. *British Journal of Medical Psychology*, *27*(1-2), 48-60. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1954.tb00848.x>
- Hawton, K., Casañas, I., Comabella, C., Haw, C., Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *147*(1-3), 17–28. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.004>
- Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., Deeks, J. (2005). Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *British Journal Psychiatry*, *187* (1), 9–20. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.1.9>

Hawton, K., & Van Heeringen, K. (2002). *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester: Wiley.

Haw, C., Casey, D., Holmes, J., & Hawton, K. (2015). Suicidal Intent and Method of Self-Harm: A Large-scale Study of Self-Harm Patients Presenting to a General Hospital. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45(6), 732–746.

<https://doi.org/10.1111/sltb.12168>

Henriksson, M. M., Aro, H. M., Marttunen, M. J., Heikkinen, M. E., Isometsa, E. T., Kuoppasalmi, K. I., Lonnqvist, J. K. (1993). Mental disorders and comorbidity in suicide. *American Journal of Psychiatry*, 150(6), 935–940.

<https://doi.org/10.1176/ajp.150.6.935>

Jobes, D. A. (2012). The Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS): An Evolving Evidence-Based Clinical Approach to Suicidal Risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(6), 640–653.

<https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00119.x>

Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press. Joiner, T. E., Jr., Sachs-Ericsson, N. J., Wingate, L. R., Brown, J. S., Anestis, M. D., & Selby, E. A. (2007). Childhood physical and sexual abuse and lifetime number of suicide attempts: A persistent and theoretically important relationship. *Behavior Research and Therapy*, 45(3), 539–547.

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.04.007>

Joiner, T. E. & Rudd, M. D. (1996). Disentangling the Interrelations Between Hopelessness, Loneliness, and Suicidal Ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(1). <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1996.tb00253.x>

- Καφέτσιος, Κ. (2012) Κλίμακα μοναξιάς (The UCLA Loneliness Scale). Στο Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., Ρούσση, Π. (2012). *Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα*. Αθήνα: Πεδίο.
- Κόλλιας, Κ. (2006). Κλίμακες αυτοκτονικής πρόθεσης, στο Η ψυχομετρία της κατάθλιψης και της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Προσυνεδριακό Δήμερο Εκπαιδευτικό Σεμινάριο, Συντονισμός – Επιμέλεια: Β. Κονταξάκης, 19ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Αθήνα.
- Κονταξάκης, Β. (2006). *Η συμβολή της ψυχομετρίας στην πρόληψη των αυτοκτονιών*. Επιμέλεια Έκδοσης Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία, Αθήνα.
- Kuo, W.H., Gallo, J., & Eaton, W. (2004). Hopelessness, depression, substance disorder, and suicidality. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(6), 497-501. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0775-z>
- Kupferschmid, S., Gysin-Maillart, A., Bühler, S. K., Steffen, T., Michel, K., Schimmelmann, B. G., Reisch, T. (2013). Gender differences in methods of suicide attempts and prevalence of previous suicide attempts. *Zeitschrift für Kinder Jugendpsychiatrie Psychotherapie*, 41(6), 401-405.
- Lépine, J.P. & Briley, M. (2011). The increasing burden of depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 7(1), 3-7. <https://doi.org/10.2147/NDT.S19617>
- Levenson, J. L., Hamer, R. M., & Rossiter, L. F. (1990). Relation of psychopathology in general medical inpatients to use and cost of services. *American Journal of Psychiatry*, 147(11), 1498–1503. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.11.1498>
- Malone, K. M., Waternaux, C., Haas, G. L., Cooper, T. B., Li, S., & Mann, J. J. (2003). Cigarette Smoking, Suicidal Behavior, and Serotonin Function in

- Major Psychiatric Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 160(4), 773–779. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.4.773>
- Mann, J. J., (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, 4(10), 819–828. <https://doi.org/10.1038/nrn1220>
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 181–189. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.2.181>
- McNeil, D. W., & Rainwater, A. J., (1998), Development of the fear of pain questionnaire- III. *Journal of Behavioral Medicine*; 21(4):389–410. <https://doi.org/10.1023/a:1018782831217>
- McWhirter, B. T. (1990). Loneliness: A Review of Current Literature, With Implications for Counseling and Research. *Journal of Counseling & Development* 68(4), 417–422. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1990.tb02521.x>
- Merskey, H. (1965). The characteristics of persistent pain in psychological illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 9(3), 291-298. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(65\)90054-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(65)90054-1)
- Michalska da Rocha, B., Rhodes, S., Vasilopoulou, E., & Hutton, P. (2017). Loneliness in Psychosis: A Meta-analytical Review. *Schizophrenia Bulletin*, 44(1), 114–125. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx036>
- Miner, J. D., & Brush, L. R. (1981). The correlations of attitudes towards suicide with death anxiety, religiosity, and personal closeness to suicide. *Omega: Journal of Death and Dying*, 11(4), 317–324. doi:10.2190/YP62- 4U57-V8CJ-XYNH

- Mukaka, M. (2012). Statistics Corner: A guide to appropriate use of Correlation coefficient in medical research. *Malawi medical journal: the journal of Medical Association of Malawi*, 24, 69-71.
- Ojima, T., Nakamura, Y., Detels, R. (2004). Comparative study about methods of suicide between Japan and the United States. *Journal of Epidemiology*, 14(6), 187-192. <http://dx.doi.org/10.2188/jea.14.187>
- Orbach, I., Palgi, Y., Stein, D., Har-Even, D., Lotem-Peleg, M., Asherov, J., & Elizur, A. (1996). Tolerance for physical pain in suicidal subjects. *Death Studies*, 20, 327–341. <http://dx.doi.org/10.1080/07481189608252786>
- Orbach, I., Stein, D., Palgi, Y., Asherov, J., Har-Even, D., & Elizur, A. (1996). Perception of physical pain in accident and suicide attempt patients: Self-preservation versus self-destruction. *Journal of Psychiatric Research*, 30, 307–320. [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956\(96\)00008-8](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956(96)00008-8)
- Orbach, I. (1994). Dissociation, physical pain, and suicide: A hypothesis. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 24, 68-79. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1994.tb00664.x>
- Orbach, I., Palgi, Y., Stein, D., Har-Even, D., Lotem-Peleg, M., & Asherov, J. (1993). Pain tolerance in suicidal psychiatric, and normal subjects. *Ramat-Gan: Department of Psychology, Bar-Ilan University*.
- Orbach, I., Feshbach, S., Carlson, G., & Ellenberg, L. (1984). Attitudes toward life and death in suicidal, normal, and chronically ill children: An extended replication. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(6), 1020 – 1027. doi:10.1037/0022-006X.52.6.1020
- Petrie, A. (1979). Individuality in pain and suffering. Chicago: *University of Chicago Press*.

- Pilowsky, I., & Bassett, D. L., (1982). Pain and depression. *British Journal of Psychiatry*, *141*(1), 30-36. <https://doi.org/10.1192/bjp.141.1.30>
- Quesada-Franco, M., Braquehais, M. D., Valero, S., Beneria, A., Ramos-Quiroga, J. A., Baca-Garcia, E., Pintor-Perez, L. (2022). A comparison of medically serious suicide attempters admitted to intensive care units versus other medically serious suicide attempters. *BMC Psychiatry*, *22* (1).
- Rodríguez-Cintas, L., Daigre, C., Braquehais, M. D., Palma-Alvarez, R. F., Grau-López, L., Ros-Cucurull, E., Rodrigues-Mantos, L., Abad, A.C. Roncero, C. (2018). Factors associated with lifetime suicidal ideation and suicide attempts in outpatients with substance use disorders. *Psychiatry Research*, *262*, 440–445. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.021>
- Sass, L. (2007). Contradictions of emotion in schizophrenia. *Cognition & Emotion*, *21*(2), 351–390. <https://doi.org/10.1080/02699930600593313>
- Sendbuehler, J. M., Kincel, R. L., Beausejour, P. A. M., & Nemeth, G. (1979). Attempted suicide varieties of pre-suicidal and past suicidal states. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, *3*, 87-94.
- Schlebusch, L., & Wessels, W. H. (1988). Hopelessness and low-intent in parasuicide. *General Hospital Psychiatry*, *10*(3), 209–213. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(88\)90021-7](https://doi.org/10.1016/0163-8343(88)90021-7)
- Shaw, R. J., Cullen, B., Graham, N., Lyall, D. M., Mackay, D., Okolie, C., Pearsall, R., Ward, J., John, A., Smith, D. J. (2020). Living Alone, loneliness and lack of emotional support as predictors of suicide and self-harm: A nine-year follow up of the UK Biobank Cohort. *Journal of Affective Disorders*, *279*, 316–23. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.026>
- Shea, S. C. (1999). *The practical art of suicide assessment: A guide for mental health*

professionals and substance abuse counselors. John Wiley & Sons Inc;

Hoboken, New Jersey.

Shneidman, E. S. (1998). *The suicidal mind*. New York, NY: *Oxford University Press*.

Shneidman, S. (1989). Approaches and commonalities of suicide, In: Diekstra RFW, Maris RW (eds) *Suicide and its prevention*. *World Health Organization*, 14-36.

Smith, P. N., Stanley, I. H., Joiner, T. E., Sachs-Ericsson, N. J., & Van Orden, K. A. (2016). An Aspect of the Capability for Suicide—Fearlessness of the Pain Involved in Dying—Amplifies the Association Between Suicide Ideation and Attempts. *Archives of Suicide Research*, *20(4)*, 650–662. doi:10.1080/13811118.2016.1162245

Smith, A. R., Ribeiro, J. D., Mikolajewski, A., Taylor, J., Joiner, T. E., & Iacono, W. G. (2012). An examination of environmental and genetic contributions to the determinants of suicidal behavior among male twins. *Psychiatry Research*, *197(1–2)*, 60–65. doi:10.1016/j.psychres.2012.01.010

Smith, P. N., & Cukrowicz, K. C. (2010). Capable of suicide: A functional model of the acquired capability component of the interpersonal-psychological theory of suicide. *Suicide & Life Threatening Behavior*, *40(3)*, 266–275. doi:10.1521/suli.2010.40.3.266

Spear, F. G. (1967). Pain in psychiatric patients. *Journal of Psychosomatic Research*, *11(2)*, 187-193. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90006-2](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90006-2)

Stravynski, A., & Boyer, R. (2001). Loneliness in relation to suicide ideation and parasuicide: A population-wide study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *31(1)*, 32–40. <https://doi.org/10.1521/suli.31.1.32.21312>

- Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227–1239. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)
- Τζέμος, Ι. (1987). *Η Σταθεροποίηση του ερωτηματολογίου του Beck σε Ελληνικό πληθυσμό*. Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα.
- Van der Kolk, B. A., Perry, J. C., & Herman, J. L. (1993, in press). Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148(12), 1665-1671. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.12.1665>
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Gordon, K. H., Bender, T. W., & Joiner, T. E., Jr. (2008). Suicidal desire and the capability for suicide: Tests of the interpersonal- psychological theory of suicidal behavior among adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 72– 83. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.72>
- Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B., Ma, R., Johnson, S. (2018). Associations between Loneliness and Perceived Social Support and Outcomes of Mental Health Problems: A Systematic Review. *BMC Psychiatry*, 18, 1 –16. <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-018-1736-5>
- Wei, S., Yan, H., Chen, W., Liu, L., Bi, B., Li, H., Qin, X. (2013). Gender-specific differences among patients treated for suicide attempts in the emergency departments of four general hospitals in Shenyang, China. *General Hospital Psychiatry* 35(1), 54-58. <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2012.10.007>
- WHO. (2019). National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. Geneva: World Health Organization.
- Wolk-Wasserman, D. (1985). The intensive care unit and the suicide attempt patient. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71(6), 581–595.

<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1985.tb02552.x>

Yung, A. R., Phillips, L. J., Yuen, H. P., & McGorry, P. D. (2004). Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: psychopathology and clinical features. *Schizophrenia Research*, 67(2-3), 131–142. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(03\)00192-0](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(03)00192-0)

Yuodelis-Flores, C., & Ries, R. K. (2015). Addiction and suicide: A review. *The American Journal on Addictions*, 24(2), 98–104. <http://dx.doi.org/10.1111/ajad.12185>

Παράρτημα

Σύντομο Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών και Κλινικών Στοιχείων

- Ημερομηνία:
- Ονοματεπώνυμο:
- Φύλο:
- Ηλικία:
- Τόπος Κατοικίας:
- Επίπεδο Εκπαίδευσης:(σε έτη)
- Οικογενειακή κατάσταση:
Μόνος Παντρεμένος Συμβίωση Χήρος Διαζευγμένος Σχέση
- Ύπαρξη παιδιών: Όχι Ναι Αν ναι, αριθμός:
- Μένω με: Γονείς Σύζυγο Σύζυγο και παιδιά Σύντροφο Μόνος Άλλο
- Επάγγελμα:
Εργαζόμενος

Εργάτης

Ιδ. Υπάλληλος

Δημ. Υπάλληλος

Ελ. Επαγγελματίας

Ανώτερο στέλεχος

Άνεργος

Μαθητής/Φοιτητής

Συνταξιούχος

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, ΜΟΝΑΞΙΑ, ΑΠΕΛΠΙΣΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΟΧΗ ΣΤΟΝ ΠΟΝΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Οικιακά

•Υψος:

•Βάρος:

•Κάπνισμα: Όχι Ναι Ηλικία έναρξης.....

•Χρήση Αλκοόλ:

Όχι

Ναι Ήπια Μέτρια Βαριά

• Βάση παρακολούθησης:

Εσωτερικός ασθενής Εξωτερικός Ασθενής

• Αριθμός Ψυχιατρικών Νοσηλειών:

.....

•Φαρμακευτική αγωγή:

•Ιστορικό Αποπειρών: Όχι Ναι

•Αριθμός Αποπειρών:

•Μέθοδος Προηγούμενων αποπειρών:

•Οικογενειακό Ιστορικό αποπειρών:

•Πρόσφατη Απόπειρα: Όχι Ναι

•Μέθοδος Πρόσφατης Απόπειρας:

Βίαη Μη Βίαη

.....

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, ΜΟΝΑΞΙΑ, ΑΠΕΛΠΙΣΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΟΧΗ ΣΤΟΝ ΠΟΝΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

•Αναφερόμενη αιτία απόπειρας:

.....

•Τόπος απόπειρας:

•Χρήση αλκοόλ κατά την παρούσα απόπειρα: Όχι Ναι

•Χρήση ουσιών κατά την παρούσα απόπειρα: Όχι Ναι

•Ιστορικό ψυχιατρικής διαταραχής:

•Παρούσα συμπτωματολογία:

•Συννοσηρότητα:

•Διάρκεια νοσηλείας:

•Νοσηλεία στη ΜΕΘ: Όχι Ναι