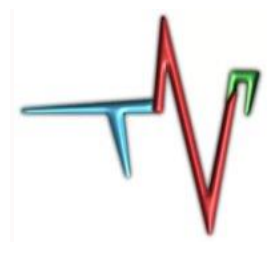




Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδας  
Σχολή Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας  
Τμήμα Νοσηλευτικής



Πτυχιακή εργασία

Διερεύνηση – Αποτύπωση Παραμέτρων Αυτοκτονικών  
Τάσεων στην Δυτική Ελλάδα και ο Ρόλος του Κοινοτικού Νοσηλευτή

Research into the Parameters of Suicidal  
Tendencies in Western Greece and the Role of the Communal Nurse



Φοιτήτριες : Αργυρώ Χαϊκάλη

Ειρήνη Νικολακοπούλου

Εισηγητής Καθηγητής : Περικλής Ρόμπολας

Πάτρα, Οκτώβριος 2016

*Αργυρώ,*

*Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον Εισηγητή Καθηγητή μας, για την πρόταση ενός εξαιρετικού θέματος και τις κατευθυντήριες γραμμές που έθεσε.*

*Ευχαριστώ ιδιαίτερω το Αρχηγείο της Ελληνικής Αστυνομίας, για τα στοιχεία του αρχείου της Στατιστικής Επετηρίδας της ηλεκτρονικής εφαρμογής του, τα οποία μας διέθεσαν.*

*Επίσης, ευχαριστώ την κόρη μου Μαριτίνα και τον Γεώργιο Κ. , για την συμπαράσταση και την υποστήριξη, που έδειξαν όλο αυτό το χρονικό διάστημα.*

*Ειρήνη,*

*Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον Εισηγητή Καθηγητή μας, για την πρόταση ενός εξαιρετικού θέματος και τις κατευθυντήριες γραμμές που έθεσε.*

*Επίσης, ευχαριστώ ιδιαίτερω την οικογένεια μου και τους φίλους μου, για την στήριξη τους καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών μου.*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η αυτοκτονική συμπεριφορά, είτε καταλήγει σε λήξη της ζωής είτε παραμένει στο στάδιο της απόπειρας, αποτελεί ένα φαινόμενο που λαμβάνει ανησυχητική αύξηση τα τελευταία χρόνια τόσο στη χώρα μας όσο και διεθνώς, ενώ η πρόκλησή του συνδέεται πολυπαραγοντικά τόσο με ενδογενή όσο και με ποικίλα ψυχοκοινωνικά αίτια.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας υπήρξε η διερεύνηση των περιστατικών αυτοκτονικής συμπεριφοράς στην Ελλάδα και, ειδικά, στη Δυτική Ελλάδα, μεταξύ των ετών 2013-2015 με έμφαση σε συγκεκριμένες παραμέτρους όπως η ηλικιακή ομάδα, το φύλο, τα αίτια και τα μέσα τέλεσης της αυτοκτονίας. Ακόμα, επιχειρείται να σκιαγραφηθεί ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή και οι δυνατότητες παρέμβασης της επαγγελματικής αυτής ομάδας για την βελτίωση των υπηρεσιών πρόληψης της αυτοκτονικής συμπεριφοράς.

**Μεθοδολογία:** Χρησιμοποιήθηκε βιβλιογραφική επισκόπηση των σύγχρονων πηγών με επικέντρωση στην άντληση και σύγκριση έγκυρων στατιστικών στοιχείων από τα αρχεία της ελληνικής αστυνομίας και σχετική ανάλυσή τους μετά την κατηγοριοποίηση ανά νομό και περιφέρεια.

**Αποτελέσματα:** Παρατηρήθηκε γενικότερη αύξηση του δείκτη αυτοκτονιών και αποπειρών αυτοκτονίας ιδιαίτερα τον τελευταίο χρόνο (2015) στη χώρα μας όπως και αριθμητική υπεροχή των αποπειρών έναντι των τελεσίδικων αυτοκτονιών ειδικά στους νομούς της Δυτικής Ελλάδας με τα υψηλότερα ποσοστά να εμφανίζονται στους νομούς Αιτωλοακαρνανίας και Αχαΐας. Ως προς το φύλο παρατηρήθηκε η υπεροχή του γυναικείου φύλου σε απόπειρες, αλλά υπεροχή των ανδρών σε αυτοκτονίες με χρήση πιο «σκληρών» μέσων όπως πυροβόλο όπλο ή αγχόνη και πιο ευάλωτη ηλικιακή ομάδα αυτή άνω των 41 ετών.

**Συμπεράσματα:** Εντοπίζεται έλλειμμα στην επίσημη καταγραφή παραμέτρων της αυτοκτονικής συμπεριφοράς (αιτίες, μέσα τέλεσης), ενώ προτείνεται η αναβάθμιση του ρόλου των κοινοτικών νοσηλευτών ως προς την αφύπνιση της κοινωνικής συνείδησης και την προώθηση της «διασυνδεδετικής» εργασίας μεταξύ νοσηλευτικής περίθαλψης, συμβουλευτικών υπηρεσιών και οικογενειών των θυμάτων.

**Λέξεις-κλειδιά:** Αυτοκτονία, Κοινοτικός Νοσηλευτής, απόπειρα, Αυτοκαταστροφικές τάσεις, Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Suicidal behaviour, either causing the end of life or remaining a simple attempt, has been growing during the last years both in Greece and in Europe with multiple causes both internal and psychosocial.

**Aim:** The aim of the current study has been to investigate suicides in Greece and, particularly, in Western Greece between the years 2013-2015. The research specifically aims at the comparative study of suicidal parameters such as sex, age group, reasons and means of the suicide attempts. Finally, there has been research emphasis on the role of community nurses in the prevention of suicides.

**Methodology:** Literature research has been used as well as statistical analysis of the official suicide reports taken by the Greek Police Head Quarters. Following the completion of data collection, there has been a categorization of results according to the different regions of the country and the suicidal parameters.

**Results:** It has been noticed a general increase in the rates of suicides and suicidal attempts, particularly in the year 2015 and, especially, in the regions of Aitoloakarnania and Achaia, as far as Western Greece is concerned. The sex analysis of the results has shown more women attempting suicides while more men finally accomplish to put an end in their lives by the more frequent use of guns or hanging. In addition, the most vulnerable age group was that over 41 years old.

**Conclusions:** There has been noticed a serious drawback in the official police information concerning suicide reasons and means of attempt which should be taken care of by the state police in order to enhance the prevention of suicides in the country. Moreover, the role of community nurses can be crucial in the raising of social awareness concerning suicides as well as the better interconnection between nursing care, counseling services and families of the victims.

**Keywords:** suicide, communal nurse, attempt, suicidal tendencies, psychosocial factors

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	3
ABSTRACT .....	4
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ .....	5
Εισαγωγή .....	8
Κεφάλαιο 1 <sup>ο</sup> Αυτοκτονίες.....	11
1.1 Αυτοκτονίες.....	11
1.2 Αίτια Αυτοκτονιών.....	12
1.3. Απόπειρα Αυτοκτονίας.....	14
1.4. Αυτοκτονικές Τάσεις .....	14
1.4.1.Εφαρμοσμένες Στρατηγικές Αντιμετώπισης των Αυτοκτονιών.....	15
1.4.2. Αντιμέτωπιση Ατόμου με Αυτοκτονικές Τάσεις.....	16
1.4.3. Αντιμέτωπιση των Αποπειραθέντων Ατόμων.....	18
Κεφάλαιο 2 <sup>ο</sup> Ο Ρόλος Εξωγενών και Ενδογενών Παραγόντων στην Αυτοκτονία .....	19
2.1 Κοινωνικοί Παράγοντες.....	20
2.2 Ψυχολογικοί Παράγοντες .....	21
2.3 Φυσιολογικοί Παράγοντες.....	22
2.4 Συσχετιζόμενοι Παράγοντες που Οδηγούν σε Ψυχοπαθολογία – Αυτοκτονία.....	23
2.4.1 Το φύλο .....	23
2.4.2 Οι Μέθοδοι (μέσα τέλεσης).....	24
2.4.3 Η Ηλικία.....	24
2.4.4 Η Φυλή .....	24
2.4.5 Η Οικογενειακή Κατάσταση .....	25
2.4.6 Η Απασχόληση.....	25
2.4.7 Οι Κλιματολογικές Συνθήκες.....	25
2.4.8 Η Σωματική Υγεία .....	25
2.4.9 Η Ψυχική Υγεία.....	26
2.4.10 Η Προηγούμενη Αυτοκαταστροφική Συμπεριφορά .....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 <sup>ο</sup> Απόπειρες Αυτοκτονίας στην Προεφηβική – Εφηβική Ηλικία .....	29
3.1 Επιδημιολογία.....	30
3.2 Αιτιολογία.....	30

3.3 Διαγνωστικά Κριτήρια - Διάγνωση.....	31
3.4 Παράγοντες Κινδύνου .....	32
3.5 Πορεία και Πρόγνωση .....	33
Κεφάλαιο 4 <sup>ο</sup> Απόπειρες Αυτοκτονίας στην Μέση και στην Τρίτη Ηλικία .....	34
4.1. Λόγοι που οδηγούν τις γυναίκες σε απόπειρες αυτοκτονίας.....	34
4.1.1. Εμμηνόπαυση.....	35
4.1.2. Χώρα Προέλευσης και Κοινωνικές Συνθήκες .....	36
4.2. Λόγοι που Οδηγούν τους Άνδρες σε Απόπειρες Αυτοκτονίας .....	37
4.2.1. Στρατός.....	37
4.2.2. Οικονομικά Βάρη .....	38
4.2.3. Παραβατικότητα και Κράτηση σε Σωφρονιστικά Ιδρύματα .....	39
4.3. Η ψυχοπαθολογία της Αυτοκτονίας στους Ηλικιωμένους .....	39
Κεφάλαιο 5 <sup>ο</sup> Σχετικές Έρευνες σε Πανελλαδικό και Διεθνές Επίπεδο .....	41
5.1. Πανελλαδικές Έρευνες .....	41
5.2. Διεθνείς Έρευνες .....	46
5.3. Βασικά συμπεράσματα από την ερευνητική ανασκόπηση .....	59
Κεφάλαιο 6 <sup>ο</sup> Ο Υποστηρικτικός Ρόλος του Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας στην Φροντίδα του Αυτοκτονικού Ασθενούς.....	62
6.1. Ο ρόλος του Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας (Εισαγωγή, Αρχές, Ιστορική Αναδρομή).....	62
6.2. Ο Ρόλος του Κοινωνικού Νοσηλευτή στην Κοινότητα.....	64
6.3. Νοσηλευτική Εκτίμηση του Αυτοκτονικού Ασθενούς.....	66
6.4. Ειδικές Οδηγίες Νοσηλευτικής Φροντίδας Ατόμων με Αυτοκαταστροφική Συμπεριφορά.....	68
Κεφάλαιο 7 <sup>ο</sup> Μεθοδολογία της Έρευνας.....	72
7.1. Σκοπιμότητα – Ερευνητική Υπόθεση .....	72
7.2. Επιλογή και Περιγραφή του Δείγματος .....	73
7.3. Δυσκολίες - Προβληματισμοί.....	74
7.4. Επεξεργασία Δεδομένων .....	74
Κεφάλαιο 8 <sup>ο</sup> Στατιστική Ανάλυση Δεδομένων - Αποτελέσματα Δυτικής Ελλάδος .....	75
8.1. Νομού Αχαΐας.....	75
8.1.1. Ηλικία .....	75
8.1.2. Φύλο.....	76
8.1.3. Αίτια/Λόγοι Απόπειρας και Αυτοκτονίας.....	76
8.1.4. Τρόποι (μέσο τέλεσης) Απόπειρας και Αυτοκτονίας .....	77
8.2. Νομού Ηλείας.....	77

8.2.1. Ηλικία .....	77
8.2.2. Φύλο.....	78
8.2.3. Αίτια.....	78
8.2.4. Τρόποι/μέσα τέλεσης.....	78
8.3. Νομού Αιτωλοακαρνανίας .....	79
8.3.1. Περιοχή Αιτωλίας .....	79
8.3.1.1. Ηλικία .....	79
8.3.1.2. Φύλο.....	79
8.3.1.3. Αίτια .....	80
8.3.1.4. Τρόπος/Μέσο Τέλεσης.....	80
8.3.2. Περιοχή Ακαρνανίας .....	81
8.3.2.1. Ηλικία .....	81
8.3.2.2. Φύλο.....	81
8.3.2.3. Αίτια .....	82
8.3.2.4. Μέσο τέλεσης.....	82
8.4. Αποτύπωση συνολικών στοιχείων Δυτικής Ελλάδος ανά έτος (2013-2015).....	83
Έτος 2013.....	83
Έτος 2014.....	87
Έτος 2015.....	90
Κεφάλαιο 9 <sup>ο</sup> Αναφορά στα Αποτελέσματα της Έρευνας και Συγκριτικές Μελέτες .....	95
Κεφάλαιο 10 <sup>ο</sup> Συγκριτική Παράθεση Δεδομένων σε Πανελλαδικό Επίπεδο .....	101
Κεφάλαιο 11 <sup>ο</sup> Συμπεράσματα και προτάσεις.....	106
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	112
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ .....	118

## Εισαγωγή

Η ανθρώπινη συμπεριφορά διέπεται από ορισμένες κατευθυντήριες γραμμές, οι οποίες αποτελούν αντικείμενο παρατήρησης, έρευνας και μελέτης του ανθρώπινου είδους. Ο μύχιος όμως εσωτερικός κόσμος των σκέψεων και του υποσυνειδήτου ενός ανθρώπου, θα αναβλύζει και θα γεννά πάντα μελέτες, θεωρίες και πληθώρα διατριβών, που θα αποσκοπούν στην προσπάθεια ανάλυσης και δόμησης του τρόπου λειτουργίας και ανάπτυξης των ανθρώπινων συναισθημάτων και της ψυχοκοινωνικής αλληλεπίδρασης με το περιβάλλον και το λοιπό κοινωνικό σύνολο. Το συνειδητό και το ασυνείδητο είναι δυο έννοιες οι οποίες η μια συμπληρώνει την άλλη και συνάμα αποτελούν δυο διαφορετικές εκφάνσεις της ανθρώπινης υπόστασης.

Καίτοι, οι έννοιες αυτές έχουν αναλυθεί από τους Αρχαίους Έλληνες και στο διάβα της ιστορίας από αρκετούς ερευνητές - μελετητές, η πρώτη συστηματική μελέτη, για την οποία έχουμε στοιχεία και αποτελέσματα έγινε από τον Sigmund Freud σε καταθλιπτικούς ενήλικες ασθενείς. Το σύνολο των αναλύσεων, μελετών και διατριβών, έχουν σαν πρωταρχικό στόχο να αποκωδικοποιήσουν τους λόγους για τους οποίους κάποιος άνθρωπος δίνει τέλος στην ζωή του, αυτοκτονώντας ή αποπειράται να προβεί σε τέτοιο εγχείρημα. Διαχρονικά, οι μέθοδοι αντιμετώπισης αυτών των ανθρώπων, μετουσιώθηκαν και εξελίχθησαν, ώστε να δύνανται πρωτίστως, να εντοπίζονται οι άνθρωποι με αυτοκτονικές τάσεις και δευτερευόντως να ακολουθούνται όλες εκείνες οι διαδικασίες, υποστηριζόμενες από ένα σύστημα Υγείας (υποδομές, φαρμακευτική αγωγή, ιατρική παρακολούθηση, κ.τ.λ.), ώστε να φτάνουν σε καταστολή των αιτιών των ατόμων που αποπειράθηκαν να θέσουν τέλος στην ζωή τους, μέχρι και στο να τους επαναφέρουν σε φυσιολογικούς ρυθμούς, εξαλείφοντας τις γενεσιουργούς αιτίες που τα οδήγησαν στην πράξη αυτή.

Η παρούσα έρευνα έρχεται να παρουσιάσει ομαδοποιημένα στατιστικά στοιχεία σχετικά με τις απόπειρες και τις τετελεσμένες αυτοκτονίες που έχουν καταγραφεί την τελευταία τριετία (2013-2015) στην Χώρα μας, καθώς επίσης να αναλύσει κατά τον μέγιστο τρόπο τις αιτίες, οι οποίες συμβάλλουν σε αυτό το εγχείρημα.

Η έρευνά μας χωρίζεται σε Α΄ μέρος το οποίο είναι η Θεωρητική Προσέγγιση και στο Β΄ μέρος το οποίο αποτελείται από την Ερευνητική Προσέγγιση.

Ειδικότερα το Α΄ μέρος (Θεωρητική Προσέγγιση) αποτελείται, διορθώνεται και αναλύεται, ως εξής:

Στο πρώτο κεφάλαιο, όπου αναφέρονται οι αυτοκτονίες, τα αίτια τους, καθώς επίσης και η αντιμετώπιση των αποπειραθέντων ατόμων και των ατόμων με αυτοκτονικές τάσεις.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, στο οποίο γίνεται μια λεπτομερή καταγραφή του ρόλου των εξωγενών και των ενδογενών παραγόντων στην αυτοκτονία, ενώ παράλληλα γίνεται μνεία στους συσχετιζόμενους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που οδηγούν σε ψυχοπαθολογία – αυτοκτονία.

Στο τρίτο και στο τέταρτο κεφάλαιο, όπου γίνεται προσπάθεια εύρεσης των λόγων που οδηγούν τα άτομα προεφηβικής – εφηβικής ηλικίας, καθώς επίσης και των ατόμων της μέσης – τρίτης ηλικίας, αντίστοιχα, στην σκέψη ότι η έσχατη λύση είναι τελικά να δώσουν τέλος στην ζωή τους.



Στο πέμπτο κεφάλαιο , όπου παρουσιάζονται σχετικές έρευνες σε Πανελλαδικό και Διεθνές Επίπεδο , καθώς επίσης και η ποσοστιαία καταγραφή των απόπειρων και των τετελεσμένων αυτοκτονιών, που έχουν καταγραφεί τα τελευταία έτη.

Στο έκτο κεφάλαιο, στο οποίο τονίζεται ο υποστηρικτικός ρόλος του νοσηλευτή Ψυχικής υγείας στην φροντίδα του αυτοκτονικού ασθενούς και ειδικές οδηγίες για την φροντίδα αυτών των ατόμων.

Εν συνεχεία το Β΄ μέρος (Ερευνητική Προσέγγιση) αποτελείται, διορθώνεται και αναλύεται, ως εξής:

Στο έβδομο κεφάλαιο, αναφορικά με την μεθοδολογία της Έρευνας, την σκοπιμότητα της έρευνας, την επιλογή-περιγραφή του δείγματος, καθώς επίσης και δυσκολίες – προβληματισμοί που ανέκυψαν κατά την έρευνα.

Στο όγδοο κεφάλαιο, όπου πραγματοποιείται στατιστική ανάλυση και Πινακοποίηση των δεδομένων – αποτελεσμάτων, ανά Νομό της Δυτικής Ελλάδος και συνολικά ανά Περιφέρεια.

Στο ένατο κεφάλαιο, εμφανίζεται η γενική αναφορά στα αποτελέσματα της έρευνας και η σχέση της με σχετικές συγκριτικές μελέτες.

Στο δέκατο κεφάλαιο, υπάρχει συγκριτική παράθεση δεδομένων σε Πανελλαδικό Επίπεδο.

Τέλος, στο ενδέκατο κεφάλαιο, αναφέρονται τα συμπεράσματα της παρούσας έρευνας , καθώς επίσης και προτάσεις σχετικά με την μείωση του φαινομένου.

ΜΕΡΟΣ Α

ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

## Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup> Αυτοκτονίες

### 1.1 Αυτοκτονίες

*«Αυτοκτονία είναι η συνειδητή πράξη αυτοεξαφάνισης, που γίνεται καλύτερα κατανοητή ως μια πολυδιάστατη διαταραχή ενός ατόμου με ανάγκες, που καθορίζει ένα θέμα για το οποίο η πράξη της αυτοκτονίας θεωρεί ότι είναι καλύτερη λύση»*

(Edwin Schneidman στο Kaplan, Sadock & Grebb, 2000, σελ. 2)

Στη διδακτορική διατριβή της Μεντή (2007:13) η αυτοκτονική συμπεριφορά ορίζεται ως: *«προσπάθεια εκούσιας διακοπής της ζωής του ίδιου του ατόμου»*. Κατά άλλους ορισμούς μελετητών, η αυτοκτονική συμπεριφορά γενικά ορίζεται ως η συμπεριφορά, κατά την οποία το άτομο θέλει να κάνει κακό στον εαυτό του με σκοπό να δώσει ένα τέλος στη ζωή του. Διαχωρίζεται στις απόπειρες αυτοκτονίας, κατά τις οποίες το άτομο δεν επιτυγχάνει τον τελικό του στόχο και τις ολοκληρωμένες αυτοκτονίες κατά τις οποίες επιτυγχάνεται ο στόχος αυτοκαταστροφής του. Ωστόσο, ένα άτομο μπορεί να ανήκει και στις δύο κατηγορίες πληθυσμών (Μεντή, 2007; Beratis, 1986).

Αν κανείς, στην προσπάθεια κατανόησης του φαινομένου, στραφεί σε μία καθαρά ψυχαναλυτική προσέγγιση της αυτοκτονίας θα μετέφερε ακριβώς τα ερμηνευτικά σχόλια του μεγάλου πατέρα της Ψυχανάλυσης, Sigmund Freud που έχουν ως εξής: *«Στην περίπτωση μίας αυτοκτονίας, έχει προηγηθεί σίγουρα μία μακρόχρονη μελαγχολία. Αναμφισβήτητα ο ηδονογόνος αυτοθασανισμός της Μελαγχολίας, που ξεκινάει από την παιδική ηλικία, σημαίνει ακριβώς όπως το αντίστοιχο φαινόμενο της ψυχαναγκαστικής νεύρωσης, την ικανοποίηση τάσεων μίσους, με αφετηρία πρωταρχική, φιλικά η συγγενικά πρόσωπα. Στην διάρκεια της ζωής και στην πορεία της μακρόχρονης μελαγχολίας, αρκεί ένα και μόνο εξωτερικό ερέθισμα, προκειμένου το πρωταρχικό να αντικατασταθεί από το δευτερεύον. Στην μακρόχρονη μελέτη μας, καταλήξαμε στο συμπέρασμα, ότι εάν δεν υπήρχε το πρωταρχικό, το δευτερεύον είναι τελείως αδύναμο να οδηγήσει κάποιον στην αυτοχειρία. Στην αυτοκτονία ο αυτόχειρας πάντα θέλει δι' αυτού τού τρόπου να εκδικηθεί ασυνείδητα, πάντα το πρωταρχικό, με αιτία το δευτερεύον. Με αφετηρία αυτό το συναίσθημα ο ασθενής καταφέρνει ακόμα στην συνέχεια δια του πλαγίου δρόμου της αυτοτιμωρίας να εκδικείται ΑΡΧΙΚΑ αγαπημένα πρόσωπα, με μέσον την ασθένεια το, στην οποία έχει περιπέσει, χωρίς να χρειάζεται να τούς δείχνει κατευθείαν την εχθρότητά του. Οποίοι άλλοι παράγοντες και εάν οδηγούν σε αυτήν την πράξη, η εκδίκηση είναι σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις συνοδευτικό στοιχείο, χωρίς την βοήθεια του οποίου, δεν θα ήταν δυνατή αυτή η αινιγματική, στο μυαλό της πλειοψηφίας των ανθρώπων, πράξη από έναν αυτόχειρα. Διότι η ανάλυση μας έχει διαφωτίσει, ότι κανένας δεν βρίσκει την ψυχική ενέργεια να θανατώσει τον εαυτό του, αν πρώτον, δεν συν-θανατώνει ταυτόχρονα ένα*

φιλικό του πρόσωπο με το οποίο έχει ταυτισθεί και εάν δεύτερον, με αυτόν τον τρόπο, δεν στρέφει εναντίον του μία επιθυμία θανάτου, η οποία απευθυνόταν σε ένα άλλο πρόσωπο, το οποίο όμως αδυνατεί να θανατώσει ο ίδιος. Έτσι το εκδικείται με την αυτό-θανάτωση, φορτώνοντας το άλλο πρόσωπο με ενοχές, όπως πιστεύει. Και αυτό περιέχει την εκδίκηση του αυτόχειρα. Η γνωστή φράση «θα τού δείξω εγώ αυτού», αυτήν την φορά αντί για βιαιοπραγία στον άλλον, στρέφεται με ακραία μορφή αυτοκτονίας στον ίδιο του τον εαυτό»(Σίγκμουντ Φρόιντ) .

Συνήθως, στο ευρύ κοινό με τον όρο «αυτοκτονία» εννοείται, συνήθως, η πράξη που οδηγεί στη λήξη της ζωής, τη θανάτωση, ωστόσο, ως αυτοκτονία δεν μπορεί να θεωρηθεί μόνο η πράξη αυτή στην οποία τελεσφορεί η προσπάθεια του αυτόχειρα, αλλά θεωρείται και η πράξη κατά την οποία κάποιος αποπειράθηκε να αυτοκτονήσει, αλλά εν τέλει δεν τα κατάφερε επιτυχώς. Η άντληση συστηματικών στοιχείων των τελευταίων δεκαετιών πιστεύεται ότι θα μπορούσε να ξεδιπλώσει τον μίτο της Αριάδνης και να διαφωτίσει τα γενεσιουργά αίτια που ώθησαν τους αυτόχειρες στην συγκεκριμένη πράξη. Επιπλέον έχει παρατηρηθεί το φαινόμενο, το γεγονός της επιτυχίας μιας αυτοκτονίας να συναρτάται με την κοινωνική αποδοχή ή μη της πράξης, την έλλειψη υποστηρικτικών κοινωνικών δομών, την υποβάθμιση των αξιών μιας ευνομούμενης Πολιτείας και άρα την απομόνωση του αυτόχειρα. Επιπρόσθετα, όταν κατά κόρον η όλη προαναφερόμενη διαδικασία, αυτοπροβάλλεται και εξυψώνεται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, είναι συνεπακόλουθο οι εν δυνάμει αυτόχειρες, να επικεντρωθούν στην επιθυμία τους για την πράξη αυτή, έχοντας λιγότερες αναστολές.

Την τελευταία χρονική περίοδο στην Ελλάδα και δει τα χρόνια αυτά, που η οικονομική κρίση μαστίζει όλες της δομές της υπάρχουσας κοινωνίας, οι πολίτες γίνονται κοινωνοί μιας τρομακτικής δημοσιότητας των αυτοχειριών, αγγίζοντας σημεία και πτυχές, που εξευτελίζουν την ανθρώπινη υπόσταση. Καίτοι αυτό, παραβιάζει τις περισσότερες φορές την κείμενη νομοθεσία, εξακολουθεί να υφίσταται καθώς κάθε ποινικά κολάσιμη πράξη είναι συνάμα και ελκυστική – ιδεατή, ενώ η αυτοκτονία μοιάζει στα μάτια του αποπειραθέντος ως «ένας φόνος χωρίς τιμωρία» (Μπόντζου, 2000). Επιπρόσθετα, ενυπάρχει και μία τάση μιμητισμού, ένας μυστικός «θαυμασμός» για εκείνους που έφτασαν στα «μύχια μιας απόδρασης» από τη ζωή και κατάφεραν να αποδράσουν, παράλληλα με μία ιδεολογική αντίθεση στο σύστημα και η γοητεία της επικείμενης δημοσιότητας που μπορεί να ακολουθήσει τη θεαματική έξοδο από τους τραγικούς δρόμους της αυτοκτονίας (Μουτούσης, 2000).

## **1.2 Αίτια Αυτοκτονιών**

Το μόνο βέβαιο είναι ότι, κατά την προσπάθεια της μελέτης και λεπτομερούς ανάλυσης μιας αυτοκτονίας ή μιας απόπειρας, το αίτιο δεν συμπίπτει πάντα με τον προφανή λόγο διότι τα βαθύτερα αίτια προκύπτουν από έναν συνδυασμό παραγόντων, των οποίων το ξεδιπλωμα συνιστά συχνά «γόρδιο δεσμό». Σε ποια ακριβώς στιγμή το πνεύμα ξεκινά να οδεύει προς το θάνατο; Τι ακριβώς σημαίνει μία αυτοκτονική πράξη; Αποτελεί μία «ηρωική έξοδο» μήπως από μία ζωή που εννοείται από τον αυτόχειρα ως αυτοτιμωρία ή μήπως, αποτελεί

αναγνώριση ήττας από μία ζωή που δεν μπορείς να κατανοήσεις; Θεωρείται ότι μόνο η διαχρονική μελέτη και ανάλυση του γεγονότος αυτού, προσφέρει την δυνατότητα κατηγοριοποίησης των ενδεχόμενων παραγόντων-αιτιών, που οδηγούν - κατευθύνουν τα άτομα αυτά. Η αυτοκτονία είναι μια πολύ-παραγοντική συμπεριφορά και θα επιχειρηθεί ακολούθως μία αναλυτική αναφορά σε παράγοντες που έχουν φανεί να επηρεάζουν προς αυτή την κατεύθυνση (Guthrie & Lewis, 2005):

➤ **Ψυχολογικοί παράγοντες**

Από πλήθος ερευνών έχει φανεί πως τη στιγμή που κάποιος αποφασίζει να αυτοκτονήσει είναι παρούσα μια διαταραχή σε ποσοστό τουλάχιστον 90% των περιπτώσεων με συνηθέστερη κατηγορία τις διαταραχές συναισθήματος (καταθλιπτική, διπολική κλπ) με ή χωρίς συνοσηρότητα. Από εκεί και πέρα κάθε παράγοντας που συμβάλει στην ύπαρξη της διαταραχής θεωρείται επιβαρυντικός και για την απόπειρα. Ο αμέσως επόμενος επιβαρυντικός παράγοντας είναι η χρήση ουσιών και πολύ περισσότερο η εξάρτηση από ουσίες.

➤ **Βιολογικοί παράγοντες**

Γενετικοί παράγοντες στο βαθμό που αυτοί επηρεάζουν την εμφάνιση διαταραχών που σχετίζονται με την αυτοκτονική συμπεριφορά αλλά και άλλοι βιολογικοί παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν όπως η χρόνια και η ανίατη ασθένεια. Η σχέση σωματικής νόσου και αυτοκτονίας είναι σημαντική, αφού 32% των ατόμων που αυτοκτονούν, δηλαδή σχεδόν το ένα τρίτο, βρίσκονται υπό ιατρική παρακολούθηση και αυτό φαίνεται συμπληρωματικά και από στατιστικές που υπογραμμίζουν ότι ένα μεγάλο μέρος των ατόμων που αυτοκτονούν έχουν υπάρξει υπό ιατρική παρακολούθηση στο διάστημα των έξι μηνών πριν δώσουν τέλος στη ζωή τους (Karlan, Sadock & Grebb, 2000, τόμος Β'). Ειδικότερα, αναφέρονται επτά διαφορετικά νοσήματα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ), μεταξύ των οποίων η επιληψία, τα αγγειακά και εγκεφαλικά επεισόδια, οι τραυματισμοί εγκεφάλου, η νόσος του Huntington και η σκλήρυνση κατά πλάκας που αυξάνουν τον κίνδυνο για αυτοκτονία σύμφωνα με τις διεθνείς μελέτες (Karlan, Sadock & Grebb, 2000, τόμος Β').

➤ **Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες**

Οικογενειακές σχέσεις, προσδοκίες, το γνωστικό σύστημα αυτοαναφοράς, ο ρόλος του ατόμου στην οικογένεια, οικογενειακή ιστορία, φτώχεια, ανεργία και όσοι παράγοντες μπορούν να σχετιστούν με διαταραχές από κοινωνική οπτική. Ιδιαίτερα η συναισθηματική αστάθεια που προκαλείται στο άτομο ως αποτέλεσμα της ανασφαλούς προσκόλλησης που αναπτύσσεται εντός των οικογενειακών του σχέσεων από μικρή ηλικία, όπως και η αυτοκτονική συμπεριφορά σε ασθενείς πρώτου βαθμού, δηλαδή, η πιθανότητα να εκδηλώνουν τάσεις αυτοκτονίας ή να έχουν αυτοκτονήσει άτομα του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος, αποτελούν παράγοντες υψηλού κινδύνου για την πρόκληση αυτοκτονικών τάσεων και στο ασθενές άτομο (Guthrie & Lewis, 2005:3).

### 1.3. Απόπειρα Αυτοκτονίας

Ο όρος «απόπειρα αυτοκτονίας» αναφέρεται σε μια ενέργεια του ανθρώπου που στρέφεται κατά της υγείας, της σωματικής ακεραιότητας και της ζωής του (π.χ. λήψη υπερβολικής δόσης φαρμάκων, πτώση από ύψος κλπ). Οι απόπειρες μπορεί να είναι προσχεδιασμένες ή παρορμητικές. Η δεύτερη περίπτωση είναι συχνή στην εφηβεία.

Τα άτομα τα οποία επιχειρούν να αυτοκτονήσουν, συχνά έχουν το αίσθημα της απομόνωσης από τους γύρω τους. Αυτό το αίσθημα μπορεί να απορρέει είτε από διάσταση απόψεων με τους συνομιλητές τους, είτε στην αποχή του ατόμου από το κοινωνικό περιβάλλον.

Κάθε απόπειρα αυτοκτονίας πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη. Ακόμα κι όταν δεν είναι θανατηφόρα, δε σημαίνει ότι ο κίνδυνος έχει περάσει. Οι άνθρωποι που αποπειράθηκαν κάποτε να αυτοκτονήσουν διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να το ξανακάνουν, ειδικά τον πρώτο χρόνο μετά την απόπειρα.

### 1.4. Αυτοκτονικές Τάσεις

Οι ρυθμοί της ζωής, η ολοένα αυξανόμενη αποστασιοποίηση μεταξύ των ανθρώπων και η επιβολή του μοντέλου της παγκοσμιοποίησης, αποτελούν τους κύριους ανασταλτικούς παράγοντες, οι οποίοι έχουν κατακερματίσει την ικανότητά μας να παρατηρούμε τις ενδείξεις, που μπορεί να παρουσιάζονται από άτομα με αυτοκτονικές τάσεις. Ένα άτομο που καλλιεργεί την ιδέα της αυτοκτονίας επιθυμεί τις περισσότερες φορές "χέρι βοήθειας", προσπαθώντας κατά τον δικό του τρόπο να το γνωστοποιήσει και να το παρουσιάσει, ώστε να εξωτερικεύσει τις σκέψεις του. Οι συνηθέστεροι τρόποι που υποδηλώνουν αυτοκτονικές τάσεις είναι οι εξής:

- Αναφέρεται άλλοτε συχνά και άλλοτε αποσπασματικά για την ιδέα της αυτοκτονίας.
- Ο ελεύθερος χρόνος του, επί το πλείστον, επικαλύπτεται από ενασχολήσεις οι οποίες έχουν σχέση με τον θάνατο, ενώ έχει αποστραφεί τις ασχολίες – δραστηριότητες που τον ευχαριστούσαν μέχρι πρότινος.
- Είναι ανήσυχος, θλιμμένος, μελαγχολικός η βρίσκεται σε κατάσταση πανικού.
- Δεν συναντά φίλους, απομονώνεται από τα μέλη της οικογένειάς του.
- Νιώθει αναξιότητα, ντροπή, παραίτηση και τα δείχνει με ποικιλοτρόπως.
- Προετοιμάζεται για τον επερχόμενο θάνατό του.
- Γίνεται κάτοχος ή συλλέγει όπλα, χάπια ή άλλα μέσα που μπορεί να προκαλέσουν θανατηφόρα βλάβη.
- Χαρίζει σημαντικά προσωπικά του αντικείμενα.
- Διακατέχεται από συχνές και μεγάλες συναισθηματικές διακυμάνσεις, ξαφνικές εκρήξεις οργής.
- Ξαφνικά, επισκέπτεται ή τηλεφωνεί σε σημαντικά πρόσωπα της ζωής του.
- Αυτοτραυματίζεται ποικιλοτρόπως, όπως π.χ. να χαράζεται σε διάφορα σημεία του σώματος, να καταναλώνει μεγάλες ποσότητες αλκοόλ, να κάνει χρήση ουσιών κ.ά.
- Εκτίθεται αδικαιολόγητα, σε επικίνδυνες καταστάσεις.

#### **1.4.1.Εφαρμοσμένες Στρατηγικές Αντιμετώπισης των Αυτοκτονιών**

Οι στρατηγικές για την πρόληψη της αυτοκτονίας μπορούν να διαιρεθούν σε δύο κατηγορίες: στην προσέγγιση της υγειονομικής περίθαλψης και στην προσέγγιση της δημόσιας υγείας. Η πρώτη προσέγγιση έχει ως στόχο τη βελτίωση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, την παρακολούθηση και αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών, αυτών που επιχειρούν αυτοκτονία, αλλά και γενικότερα των ατόμων με αυτοκτονικό ιδεασμό. Πρωταρχικός στόχος στο έργο της πρόληψης είναι η αύξηση της ευαισθητοποίησης του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης απέναντι στα άτομα που επιχειρούν αυτοκτονία και στην εξάλειψη των ταμπού που παρεμποδίζουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Η προσέγγιση της δημόσιας υγείας εστιάζει στον έλεγχο της πρόσβασης στα μέσα αυτοκτονίας, στην πολιτική που εφαρμόζουν τα ΜΜΕ αναφορικά με το ζήτημα, ενώ παράλληλα θεωρείται υπεύθυνη για την μεταβολή της καταδικαστικής στάσης της κοινωνίας απέναντι στις αυτοκτονίες.

Ο συγκερασμός των δύο προσεγγίσεων εξασφαλίζει μία αποτελεσματική και επιτυχημένη πρόληψη, η οποία περιλαμβάνει τα εξής :

- Δημόσιες εκπαιδευτικές εκστρατείες με στόχο την ενημέρωση, τη βελτίωση της αναγνώρισης του κινδύνου αυτοκτονίας σε πρώιμο στάδιο και την αναζήτηση βοήθειας για την κατανόηση των αιτιών και των παραγόντων κινδύνου, που θα αποτρέψουν την αυτοκτονική συμπεριφορά Σε ευρωπαϊκό επίπεδο όλες οι χώρες παρέχουν κάποιου είδους δημόσια εκπαίδευση επί του θέματος π.χ. προγράμματα πρόληψης στα σχολεία της Σουηδίας έχουν οδηγήσει στην ενθάρρυνση μείωσης της απόπειρας αυτοκτονίας.
- Σειρά από παρεμβάσεις που επικεντρώνονται στην κοινότητα ή τις φυλακές, όπου η επαφή με δυνητικά ευάλωτες ομάδες παρέχει μία ευκαιρία για τον εντοπισμό ατόμων υψηλού κινδύνου, την αξιολόγηση αυτών και τις κατευθυντήριες γραμμές για την μετέπειτα θεραπεία τους. Για τον λόγο αυτό οι επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης, ειδικά στις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης, πρέπει να εκπαιδεύονται στην αναγνώριση του κινδύνου πριν ακόμη διαπραχθεί η αυτοκτονία και να συνεργάζονται με τις υπάρχουσες υπηρεσίες ψυχικής υγείας π.χ. τα προγράμματα πρόληψης με στόχο την ενίσχυση επιμόρφωσης του υπεύθυνου προσωπικού μπορούν να οδηγήσουν σε μείωση των αυτοκτονιών, σε συγκεκριμένα περιβάλλοντα όπως ο στρατός, η αστυνομία ή τα καταστήματα κράτησης. Η πρακτική αυτή στέφθηκε με επιτυχία στη Νορβηγία και την Ουκρανία.
- Ο προσυμπτωματικός έλεγχος (screening) αποσκοπεί στον προσδιορισμό των ατόμων υψηλού κινδύνου, που εμφανίζουν την τάση για αυτοκτονία. Πέρα, όμως, από την αυτοκτονική συμπεριφορά, το κέντρο βάρους βρίσκεται σε ψυχικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη ή ακόμη η κατάχρηση ουσιών.
- Αναγνώριση και μείωση της διαθεσιμότητας στα αυτοκτονικά μέσα. Η νομοθετική μέριμνα είναι αναγκαία για τον περιορισμό εύρεσης των μέσων αυτών.
- Αρκετοί ερευνητές, ωστόσο, αναρωτιούνται, αν η παρέμβαση της νομοθεσίας από μόνη της θα καταφέρει να προκαλέσει αισθητή μείωση του φαινομένου. Η νομοθεσία μπορεί να βοηθήσει στον περιορισμό της

πρόσβασης μέσω που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην αυτοκτονία. Το βασικό ζητούμενο, όμως, είναι να περιοριστούν οι αιτίες που ενδεχομένως κάνουν το άτομο να θέλει να αυτοκτονήσει, και αυτό μπορεί να είναι πολύ πιο αποτελεσματικό από τον περιορισμό πρόσβασης στα μέσα.

➤ Ένταξη και εκπαίδευση των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης στο θέμα της πρόληψης, το οποίο θα πρέπει να προσεγγίζεται με σεβασμό και ιδιαίτερη προσοχή. Ο κ. Βανδώρος αναφέρει τις συνέπειες μιας λανθασμένης προβολής της αυτοκτονίας από τα ΜΜΕ: «Από συμπεριφορικής άποψης, η αναγγελία κάποιας αυτοκτονίας μπορεί να οδηγήσει σε νέες αυτοκτονίες. Πρόκειται για αυτό που αποκαλούμε “priming” στην συμπεριφορική επιστήμη. Δηλαδή μαθαίνοντας ότι κάποιος άλλος αυτοκτόνησε, κάποιος αποκτά νέο κίνητρο ή θάρρος να πραγματοποιήσει και ο ίδιος την ίδια πράξη. Είναι μια γενική ανθρώπινη τάση το να είναι πιο πιθανό να προβεί κανείς σε κάποια πράξη, όταν γνωρίζει ότι δεν είναι ο μόνος που το κάνει αυτό. Ειδικά μετά από αυτοκτονία κάποιου διάσημου, παρατηρείται μια προσωρινή αύξηση στις αυτοκτονίες. Συνεπώς, ο ρόλος των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης είναι σημαντικός, συνήθως στο να μην τονίζουν συγκεκριμένες περιπτώσεις αυτοκτονιών. Φυσικά η απόκρυψη ή η λογοκρισία δεν είναι ενδεδειγμένη, αλλά γενικότερα μπορούν να υποβαθμίζονται μεμονωμένα περιστατικά. Όταν φυσικά έχουμε γενικευμένα φαινόμενα π.χ. όπως γίνεται στην Ελλάδα, δυστυχώς, αυτόν τον καιρό λόγω της οικονομικής κρίσης, δεν πρέπει οι τάσεις αυτές να αποκρύπτονται. Αντιθέτως, πρέπει να λειτουργούν σαν σήμα κινδύνου για τους αρμόδιους φορείς».

➤ Βελτίωση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και προώθηση υποστηρικτικών λειτουργιών για τα άτομα που πλήττονται.

➤ Προώθηση της έρευνας σχετικά με την πρόληψη και ενθάρρυνση συλλογής δεδομένων πάνω στις αιτίες των αυτοκτονιών. (Σωτήρης Βανδώρος, Λέκτορας Οικονομικών Υγείας στο King's College του Λονδίνου, σε συνέντευξή του στο [naftemporiki.gr](http://naftemporiki.gr)).

#### **1.4.2. Αντιμετώπιση Ατόμου με Αυτοκτονικές Τάσεις**

Τα περισσότερα άτομα που κάνουν αυτοκτονικές σκέψεις περνούν κάποιου είδους κρίση. Η βοήθεια και η στήριξη της οικογένειας, των φίλων και των επαγγελματιών της ψυχικής υγείας αποτελούν συχνά ένα ιδιαίτερα σημαντικό μέρος της προσπάθειας αντιμετώπισης αυτής της κρίσης.

Για ένα άτομο με επανερχόμενες αυτοκτονικές σκέψεις είναι πάρα πολύ δύσκολο να δει κάποια αχτίδα φωτός στο τρομακτικό αδιέξοδο που βιώνει πως βρίσκεται. Όπου και αν στραφεί, θεωρεί πως το μόνο που αντικρίζει είναι ένα βαθύ σκοτάδι. Τις στιγμές εκείνες, του είναι αδύνατον να σκεφθεί πως, για όλες σχεδόν τις καταστάσεις, υπάρχει κάποιου είδους λύση. Για το λόγο αυτό, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να βρεθεί ένα χέρι βοήθειας που να του υπενθυμίσει πως υπάρχει κάποιος που ενδιαφέρεται και που βρίσκεται δίπλα του.

Ένα άτομο που σκέφτεται την αυτοκτονία νιώθει συχνά μόνο και απομονωμένο. Αυτό μπορεί να του δημιουργήσει μια αίσθηση ματαιότητας και πως κανείς δεν μπορεί να το βοηθήσει ή να καταλάβει τον τεράστιο ψυχικό του πόνο. Όταν κάποιος δεν μπορεί να βρει κάποιο τρόπο διαχείρισης αυτού του τεράστιου πόνου, τότε η αυτοκτονία φαντάζει ως η μόνη λύση.



Μερικές φορές, η απόφαση αυτή μπορεί να κάνει το εν λόγω άτομο να φαίνεται εξωτερικά πολύ ήρεμο. Η ηρεμία αυτή μπορεί να έχει πολλές αναγνώσεις και μία από αυτές μπορεί να είναι η σιωπηρή απόφαση πραγματοποίησης ενός αυτοκτονικού σχεδίου. Μια τέτοιου είδους αιφνίδια αλλαγή στη συμπεριφορά του ανθρώπου μας ή ένα ανεξήγητο αίσθημα ανησυχίας που μπορεί να καταλάβει τα άτομα του άμεσου περιβάλλοντός του θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη και να διερευνηθούν επισταμένως.

### **Θα πρέπει να κάνουμε κάτι άμεσα**

Εάν αναγνωρίσουμε κάποιες ενδείξεις πιθανής ύπαρξης αυτοκτονικών σκέψεων ή προθέσεων σε ένα άτομο του άμεσου περιβάλλοντός μας, θα πρέπει να ξεκινήσουμε άμεσα ένα διάλογο μαζί του. Το ενδιαφέρον και η διαθεσιμότητά μας μπορούν από μόνα τους να είναι αρκετά ώστε να σωθεί μια ζωή. Σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να θεωρήσουμε πως η κατάσταση θα βελτιωθεί από μόνη της χωρίς βοήθεια ή πως το άτομο θα ζητήσει βοήθεια από μόνο του όταν πραγματικά τη χρειασθεί.

### **Θα πρέπει να έχουμε συνείδηση των αντιδράσεών μας**

Οι πιο συνηθισμένες αντιδράσεις απέναντι σε καταστάσεις που δεν αντέχουμε συναισθηματικά είναι ο πανικός, η σημαντική υποβάθμιση της σημασίας τους ή ακόμα και η αγνόησή τους. Επίσης, μπορεί να θελήσουμε να βρούμε μια γρήγορη «λύση» που να κάνει τον άνθρωπό μας να νιώσει καλύτερα όσο το δυνατόν γρηγορότερα.

Εάν διαπιστώσουμε τέτοιου είδους αντιδράσεις στον εαυτό μας, θα πρέπει να ζητήσουμε τη βοήθεια κάποιου ατόμου που εμπιστευόμαστε και να μιλήσουμε μαζί του για το πώς νιώθουμε και το τι σκεφτόμαστε.

### **Θα πρέπει να είμαστε διαθέσιμοι**

Η αφιέρωση χρόνου στον άνθρωπο που βρίσκεται σε μια τέτοια κατάσταση είναι ιδιαίτερα σημαντική και δείχνει έγνοια και ειλικρινές ενδιαφέρον που τόσο ανάγκη έχει. Η διαθεσιμότητά μας, σε συνδυασμό με την ανθεκτικότητα, την υπομονή και τη διάθεσή μας να ακούσουμε όσα θα ήθελε να μοιραστεί μαζί μας, χωρίς επικρίσεις και χαρακτηρισμούς, διευκολύνει μια αμεσότερη και ειλικρινέστερη επικοινωνία.

### **Θα πρέπει να μιλήσουμε ανοιχτά για το ενδεχόμενο της αυτοκτονίας**

Ο μοναδικός τρόπος να διαπιστώσουμε εάν κάποιος σκέφτεται την αυτοκτονία ή προτίθεται να αυτοκτονήσει είναι να τον ρωτήσουμε ευθέως για αυτό, όσο δύσκολο και αν είναι. Θα πρέπει να του μιλήσουμε ανοιχτά για τους λόγους της ανησυχίας μας και να ακούσουμε προσεκτικά και χωρίς επικρίσεις τα όσα έχει να μας πει. Να ρωτήσουμε ευθέως όχι μόνο αν έχει πραγματικά πρόθεση να βάλει τέλος στη ζωή του αλλά και αν έχει κάνει συγκεκριμένα σχέδια για κάτι τέτοιο ή αν έχει ορίσει συγκεκριμένη μέρα και ώρα για το εγχείρημά του.

Ρωτώντας, έχουμε τη δυνατότητα να σχηματίσουμε καλύτερη εικόνα για το ενδεχόμενο ύπαρξης άμεσου κινδύνου ώστε να δράσουμε ανάλογα. Σε περίπτωση διαπίστωσης άμεσου κινδύνου, παροτρύνουμε το άτομο να επισκεφθεί κάποιον ειδικό και αναλαμβάνουμε να κλείσουμε ένα ραντεβού άμεσα.

Επίσης, ποτέ δεν ρωτάμε «γιατί», αφενός, γιατί δεν υπάρχει πάντα ένας ξεκάθαρος λόγος, αφετέρου, γιατί τέτοιου είδους ερωτήσεις μπορεί να εκληφθούν ως αμφισβήτηση, η δε λέξη «γιατί» ως έκφραση μιας

λανθάνουσας κατηγορίας ή μομφής. Η όποια ερώτηση προς αυτή την κατεύθυνση θα πρέπει να τεθεί περίπου ως εξής: π.χ. «Θα πρέπει να έχεις πολύ σοβαρούς λόγους για να νιώθεις τόσο άσχημα και για να κάνεις τέτοιες σκέψεις. Θα ήθελες μήπως να μιλήσεις για αυτό;».

#### **Ποτέ δεν κρατάμε μυστικές τις προθέσεις κάποιου να αυτοκτονήσει**

Σε καμία περίπτωση δεν δεχόμαστε να κρατήσουμε μυστικά τα σχέδια αυτοκτονίας κάποιου, ακόμα και αν υπάρχει πιθανότητα διάλυσης της σχέσης μας με το συγκεκριμένο άτομο. Η ζωή έχει πάντα προτεραιότητα. Είναι προτιμότερο να χάσουμε ένα φίλο που βρίσκεται εν ζωή παρά να βρεθούμε στη νεκρώσιμη ακολουθία του. Από την άλλη, η πιθανότητα αποκατάστασης της σχέσης αργότερα είναι μεγάλη όταν το άτομο συνειδητοποιήσει πως γινήκαμε η αφορμή να σωθεί η ζωή του.

#### **Παρηγορούμε και μεταδίδουμε ελπίδα**

Ποτέ δεν θα πρέπει να μειώσουμε τη σοβαρότητα των προβλημάτων που επικαλείται το άτομο που κινδυνεύει. Το σημαντικό δεν είναι το τι πιστεύουμε εμείς αλλά το να μπορέσουμε να ανατρέψουμε μια αδιέξοδη και ιδιαίτερα επικίνδυνη κατάσταση.

Η οποιαδήποτε προσπάθεια να πεισθεί το άτομο που νιώθει άσχημα ψυχικά πως υπερβάλλει και πως έχει κάθε λόγο να θέλει να ζήσει μπορεί να αυξήσει δραματικά τις ενοχές, το αίσθημα απελπισίας και την αίσθησή του πως κανείς δεν τον καταλαβαίνει. Αντ' αυτού, θα πρέπει να εστιασθούμε στο ότι υπάρχει βοήθεια, αρκεί να το θελήσει, πως η κατάθλιψη μπορεί να αντιμετωπισθεί αποτελεσματικά στην πλειοψηφία των περιπτώσεων και πως το ίδιο ισχύει και για τις αυτοκτονικές σκέψεις. Με άλλα λόγια, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να μπορέσουμε να εμπνεύσουμε ελπίδα για μια καλύτερη συνέχεια της ζωής.

Τέλος, όσο αφελές και αν φαίνεται, είναι σημαντικό να προσπαθήσουμε να αποσπάσουμε μια υπόσχεση από το άτομο με αυτοκτονικές σκέψεις πως δεν θα τις πραγματοποιήσει. Η αλήθεια είναι πως συχνά η υπόσχεση αυτή τηρείται, λειτουργώντας ως ενός είδους μαγική ασφαλιστική δικλείδα.

#### **Παραμένουμε διαθέσιμοι**

Επειδή οι αυτοκτονικές σκέψεις ενός ατόμου δεν εξαφανίζονται πριν νιώσει πως έχει γίνει κάποιου είδους αλλαγή στη ζωή του, η αίσθησή του πως υπάρχουν δίπλα του άτομα που είναι ενεργητικά διαθέσιμα διευκολύνει σε μεγάλο βαθμό τη διαχείριση των αυτοκτονικών ιδεασμών.

### **1.4.3. Αντιμετώπιση των Αποπειραθέντων Ατόμων**

Το νοσοκομείο αποτελεί προνομιακό χώρο για τη μελέτη του προβλήματος της αυτοκτονικής συμπεριφοράς ,καθώς πρακτικά το σύνολο των περιπτώσεων στις οποίες υπάρχουν αναζήτηση ιατρικής φροντίδας καταλήγουν στη γενική εφημερία. Ως γνωστόν, οι περιπτώσεις ατόμων με απόπειρα προσέρχονται στην εφημερία του νοσοκομείου κατά κανόνα με τη μορφή επείγοντος και σε πρώτο χρόνο αντιμετωπίζονται οι σωματικές συνέπειες της αυτοκαταστροφικής ενέργειας στα παιδιατρικά, παθολογικά και χειρουργικά τμήματα. Σε ελάχιστες περιπτώσεις η εισαγωγή θα γίνει απ' ευθείας στην ψυχιατρική κλινική . Μετά την αρχική

αντιμετώπιση, γίνεται η παραπομπή μέσω της Συμβουλευτικής-Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής, όπου συγκεκριμένα ψυχίατροι και παιδοψυχίατροι (εάν υπάρχουν) καλούνται να ανταποκριθούν με άμεσο τρόπο. Ο στόχος είναι μέσα από την πρώτη επαφή να γίνεται μια όσο το δυνατόν καλύτερη διαγνωστική εκτίμηση και ταυτόχρονα να δημιουργούνται οι προϋποθέσεις για μια θεραπευτική συνέχεια. Μια επιθυμητή λειτουργία δεν είναι πάντα εφικτή για διάφορους λόγους. Κλασικά, η παραπομπή γίνεται με πίεση χρόνου, την παραμονή ή και την ίδια την ημέρα του εξιτηρίου.

Το αίτημα από την πλευρά των παραπεμπόντων, αν και πειστικό, είναι συνήθως γενικό ή ασαφές, ενώ δεν υπάρχει πάντα ενημέρωση του ασθενούς και των συνοδών του. Πολλές φορές επίσης η ίδια η οικογένεια είναι απρόθυμη ή και αρνείται να «δει» τις ψυχολογικές διαστάσεις του προβλήματος, ενώ σε άλλες περιπτώσεις είναι ο/η ασθενής που δεν δέχεται τη συνεργασία. Συχνά διαπιστώνεται όμως ότι οι δυσκολίες και οι αρνήσεις, ιδιαίτερα από τη μεριά των αποπειραθέντων, έχουν να κάνουν με σύγκρουση με τους γονείς και το υπόλοιπο οικογενειακό περιβάλλον ή με τις όχι σωστές συνθήκες παραπομπής από την κλινική στην οποία νοσηλεύονται, ενώ κατά βάθος υπάρχει ανάγκη και αίτημα που πρέπει εμείς να βοηθήσουμε να εκφραστούν (Παπαγερίδου και συν., 2003). Άλλωστε, η χρόνια οικογενειακή σύγκρουση αναφέρεται μεταξύ των πιο σημαντικών κοινωνικών αιτιών για την απόπειρα αυτοκτονίας (Μουτούσης, 2000). Είναι επίσης γνωστό ότι και μετά την αρχική επαφή, λίγες είναι οι περιπτώσεις εκείνες στις οποίες θα υπάρξει θεραπευτική συνέχεια. Αυτό σημαίνει, μεταξύ άλλων, ότι ο περιορισμένος χρόνος της παρέμβασης θα πρέπει να αποτελέσει για το άτομο και την οικογένεια μια εμπειρία που, χωρίς πίεση, θα ευαισθητοποιηθεί, θα αναδεικνύει ζητήματα, αφήνοντας ανοιχτή την προοπτική για μια ενδεχόμενη επάνοδο- κάτι που από την εμπειρία μας βλέπουμε να συμβαίνει.

Τέλος, πρέπει να επισημανθεί η ιδιαιτερότητα στη Συμβουλευτική - Διασυνδεδετική Ψυχιατρική για ασθενείς στο νοσοκομείο, που προκύπτει από το γεγονός της «διασποράς» τους στις παιδιατρικές κλινικές και στις κλινικές ενηλίκων- κυρίως παθολογικές. Σε αντίθεση λοιπόν με τη Συμβουλευτική- Διασυνδεδετική Ψυχιατρική για παιδιά ή για ενηλίκους, εδώ η ψυχιατρική ομάδα έχει πολλούς «συνομιλητές» διάσπαρτους σε κλινικές και τμήματα με διαφορετικές νοσοτροπίες, ρυθμούς και βαθμό ευαισθητοποίησης στις ψυχικές πτυχές των προβλημάτων των ασθενών τους. Κάτι που σημαίνει ότι η συστηματοποίηση της «διασυνδεδετικής» εργασίας απαιτεί πολύ περισσότερο χρόνο και ενέργεια εκ μέρους της ψυχιατρικής ομάδας. Ταυτόχρονα, αυτό δίνει τη δυνατότητα για μια προσέγγιση όλου του ηλικιακού φάσματος.

## **Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup> Ο Ρόλος Εξωγενών και Ενδογενών Παραγόντων στην Αυτοκτονία**

Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, εκτιμάται ότι κάθε χρόνο 800.000 θάνατοι οφείλονται σε αυτοκτονίες, ενώ ο αριθμός των αποπειρών αυτοκτονίας είναι τουλάχιστον δεκαπλάσιος από τους θανάτους που αποδίδονται σε αυτοκτονία.

Η αυτοκτονική συμπεριφορά έχει πολλαπλή αιτιολογία. Τα ερεθίσματα που οδηγούν στην αυτοκτονική συμπεριφορά περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες, ενώ ιδιαίτερα σημαντική στην εκδήλωσή της είναι η συμβολή των φυσιολογικών - γενετικών παραγόντων. Παράλληλα, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους τα άτομα με αυτοκτονικό ιδεασμό νοσούν από κάποια ψυχική νόσο με το ποσοστό αυτό να ανέρχεται σε 90% αναφορικά με την καταθλιπτική διαταραχή, στην εκδήλωση των οποίων συμβάλλουν επίσης γενετικοί παράγοντες. Εκτιμάται ότι η κληρονομικότητα της αυτοκτονικής συμπεριφοράς κυμαίνεται από 21-50%, ενώ του ευρύτερου φαινοτύπου του αυτοκτονικού ιδεασμού κυμαίνεται από 30-55%.

## 2.1 Κοινωνικοί Παράγοντες

Σημαντική συμβολή στη μελέτη των κοινωνικών και πολιτισμικών επιδράσεων στην αυτοκτονία υπήρξε η θεωρία του Durkheim, ο οποίος θέλησε να εξετάσει τις αιτίες που επηρεάζουν μια ομάδα στο σύνολό της και όχι ατομικές περιπτώσεις. Συνέλεξε δεδομένα από διάφορες χώρες, που αφορούσαν 26.000 περιπτώσεις αυτοκτονιών τις οποίες ταξινόμησε με βάση κάποιους κοινωνικούς παράγοντες όπως είναι το θρήσκευμα, η οικογενειακή και η εργασιακή κατάσταση. Συμπερασματικά διέκρινε τέσσερις μορφές αυτοκτονίας, ήτοι (Karlan, Sadock & Grebb, 2000, τόμος Β', σελ. 8):

➤ **Εγωιστική αυτοκτονία:** Οι αυτοκτονίες αυτού του τύπου είναι προϊόντα της ανεπαρκούς ενσωμάτωσης. Σχετίζονται δηλαδή με τα άτομα που δεν συνδέονται στενά με κάποια κοινωνική ομάδα (αδυνατισμένοι κοινωνικοί δεσμοί). Χαρακτηριστικό δείγμα αποτελεί η έλλειψη συνοχής της οικογένειας, που οδηγεί στο συμπέρασμα ότι τα ανύπαντρα άτομα, οι διαζευγμένοι και οι χήροι είναι πιο ευάλωτοι στην αυτοκτονία από τα έγγαμα. Αυτού του τύπου η αυτοκτονία απεικονίζεται στα ποσοστά αυτοκτονιών σε συνάρτηση με τα ποσοστά που δείχνουν την ιδιαίτερη θρησκευτική ένταξη, την οικογενειακή κατάσταση και τα πολιτικά γεγονότα. Έτσι οι Προτεστάντες είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς λόγω της ανάθεσης της ευθύνης στο ίδιο το άτομο. Αντίθετα, οι κοινωνικοί δεσμοί στις Καθολικές κοινωνίες είναι πολύ έντονοι με αποτέλεσμα να κηδεμονεύεται το άτομο και να είναι στενά ενσωματωμένο στην κοινότητα.

➤ **Αλτρουιστική αυτοκτονία:** Πρόκειται για την περίπτωση υπερβολικής ενσωμάτωσης. Το άτομο ενδέχεται να προσφερθεί να σκοτωθεί για το «καλό» του κοινωνικού συνόλου, όπως οι καμικάζι της ιαπωνικής αυτοκρατορικής αεροπορίας στον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο ή άλλοι που ζωσμένοι πυρομαχικά, τα εκπυρσοκροτούν μέσα στο πλήθος και γίνονται μάρτυρες για χάρη της θρησκευτικής ή εθνικής κοινότητάς τους.

➤ **Φαταλιστική αυτοκτονία:** Αυτός ο τύπος αυτοκτονίας αφορά περιπτώσεις υπερβολικής ρύθμισης της ζωής των ατόμων από τους κοινωνικούς θεσμούς. Μοιραία, αναφέρει ο Durkheim, στις υπερβολικά αυταρχικές και καταπιεστικές κοινωνίες, όπου δεν υπάρχουν κοινωνικά κινήματα ικανά να επιφέρουν στοιχειώδεις αλλαγές, θα υπάρξουν άνθρωποι που θα προτιμήσουν να αυτοκτονήσουν παρά να ζήσουν σε τέτοιες κοινωνίες. Τέτοιες είναι π.χ. οι περιπτώσεις των φυλακισμένων που προτιμούν να κρεμαστούν στα κελιά τους παρά να υφίστανται

συνεχείς κακοποιήσεις και βασανιστήρια από φύλακες, συγκρατούμενους και ειδικούς βασανιστές.

➤ **Ανομική αυτοκτονία:** Ισχύει σε περιπτώσεις κατά τις οποίες το άτομο βρίσκεται απρόσμενα σε μια κατάσταση όπου η καθιερωμένη σχέση του με την κοινωνία και τους θεσμούς της «καταρρέει» ή διαταράσσεται. Ενδεικτικά τέτοιες καταστάσεις μπορεί να οφείλονται στην ανεργία, στην φτώχεια, στην μετανάστευση κ.ά., οι οποίες αποτελούν καταστάσεις που θέτουν εξαιρετικά απότομες αλλαγές στη σχέση του ατόμου με τις κοινωνικές δομές, δημιουργώντας αποδιοργάνωση, έντονο στρες και πιθανή απώλεια ελέγχου.

## 2.2 Ψυχολογικοί Παράγοντες

Η πρώτη σημαντική ψυχολογική θεώρηση στην αυτοκτονία είναι έργο του S. Freud, ο οποίος παρουσίασε τη θεωρία του σχετικά με το ένστικτο του θανάτου, σκοπός του οποίου είναι να ξεπεράσει τις αναστολές του ανθρώπου, να καταστρέψει, και να τον επαναφέρει στην κατάσταση της άψυχης, ανόργανης κατάστασης από την οποία προήλθε. Το ένστικτο του θανάτου συνυπάρχει πάντα με το ένστικτο της ζωής. Ο Freud υποστήριξε ότι η αυτοκτονία αποτελεί ουσιαστικά μια επιθυμία θανάτου στραμμένη προς τους άλλους και όχι αρχικά για το ίδιο το άτομο. Μοιάζει, δηλαδή, σύμφωνα με την ψυχανάλυση, ως λογικό επακόλουθο της επικράτησης στον ψυχισμό του ανθρώπου των επιθετικών, καταστρεπτικών ενορμήσεων (Μπόντζου, 2000). Αυτή η επιθυμία στη συνέχεια στρέφεται προς τον ίδιο τον εαυτό του, που έχει ουσιαστικά ταυτιστεί με το πρόσωπο εκείνο που το έχει βλάψει στη ζωή του. Γι' αυτόν το λόγο η αυτοκτονία αναφέρεται συχνά και ως ένας έμμεσος τρόπος τιμωρίας του προσώπου που έχει παίξει σημαντικό ρόλο στη ζωή του αυτόχειρα και τον έχει τραυματίσει συναισθηματικά με διάφορους τρόπους.

Τονίζεται ότι, σύμφωνα με την ψυχαναλυτική προσέγγιση, οι συναισθηματικές εμπειρίες της πρώιμης βρεφικής και παιδικής ηλικίας θέτουν τις βάσεις για την υγιή ψυχική ανάπτυξη του ατόμου. Η αρνητική επίδραση αυτών των εμπειριών προδιαθέτει το άτομο για ψυχική ανισορροπία, δυσπροσαρμοστικότητα και διαταραχή με έντονες συγκρούσεις ανάμεσα στα τρία δομικά στοιχεία της προσωπικότητας, το Εγώ, που αποτελεί το λογικό και συνειδητό τμήμα του εαυτού, το Εκείνο που φέρει στην επιφάνεια όλες τις ασυνείδητες επιθυμίες και απαγορευμένες ενορμήσεις και το Υπερεγώ, που ασκεί αυστηρό έλεγχο στο άτομο και μπλοκάρει τις επιθυμίες και τις παρορμήσεις του μέσα από τις κοινωνικές απαγορεύσεις και τις ηθικές επιταγές της εποχής και της κοινωνίας στην οποία ζει (Pervin & John, 2001).

Σε περιπτώσεις που το άτομο βρεθεί σε κατάσταση «κρίσης», καλείται να επιστρατεύσει όλες του τις δυνάμεις για να υποστηρίξει και να βοηθήσει τον εαυτό του. Εάν αυτές οι δυνάμεις είναι ανεπαρκείς, καθότι ποτέ δεν υποστηρίχθηκαν με κατάλληλους τρόπους στο παρελθόν τόσο από το οικογενειακό του περιβάλλον όσο και από τα βιώματα της παιδικής του ηλικίας, τότε το άτομο βιώνει μια κατάσταση έντονου στρες και ανασφάλειας. Στην συνέχεια απομονώνεται, αρχίζει να «παραιτείται» από την ζωή και τέλος καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η μόνη λύση που μπορεί να τον απαλλάξει από τον έντονο ψυχικό πόνο και την απελπισία που βιώνει, είναι να οδηγηθεί στην αυτοκτονία. Τέλος, καθοριστικό ρόλο στην απόσταση που τον

διαχωρίζει από τη σκέψη και την πράξη της αυτοκτονίας, παίζει ο τρόπος με τον οποίο κάθε άτομο έχει μάθει στη ζωή του να χειρίζεται καταστάσεις έντονης συναισθηματικής φόρτισης. Ο συνδυασμός έντονων κρίσεων – καταστάσεων που προκύπτουν στα άτομα, ο τρόπος που έχουν μάθει να αντιμετωπίζουν τυχόν δυσκολίες και η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης του ατόμου, οδηγεί σε συναισθήματα απόγνωσης, αίσθημα «αδιεξόδου», οι «κρίσεις» φαίνονται πιο έντονες, δυσεπίλυτες και η σκέψη της αυτοχειρίας δεν αργεί να φανεί στο προσκήνιο. Άλλωστε, νεώτερες διεθνείς μελέτες εντάσσουν την έντονη συναισθηματική αστάθεια στους δέκα κύριους παράγοντες μεγαλύτερης συσχέτισης με την αυτοκτονία (Guthrie & Lewis, 2005).

### 2.3 Φυσιολογικοί Παράγοντες

**Γενετικοί:** Οι γονιδιακοί μηχανισμοί της κληρονομικότητας γνωρισμάτων, καθώς και της μοριακής κληρονομικότητας αποτελούν θεμελιώδη λίθο στην καλπάζουσα ανάπτυξη της γενετικής. Ο πολυετής και επίπονος ερευνητικός οργανισμός του τελευταίου αιώνα έχει εντυπώσει πέρα από την κληρονομικότητα και στην μελέτη της συμπεριφοράς και της λειτουργίας των γονιδίων. Το εύρος των μελετών – διατριβών, πέραν αυτών στο κύτταρο και στον οργανισμό έχει εστιάσει και στον ευρύτερο πληθυσμό. Οι γενετικές διαδικασίες λειτουργούν σε συνεργασία με το περιβάλλον ενός ατόμου και επιχειρούν να επηρεάσουν την ανάπτυξη και την συμπεριφορά, διαδικασία που συχνά αναφέρεται ως "η φύση εναντίον της ανατροφής".

Ο ρόλος της γενετικής, αποδίδει με μεγάλη ακρίβεια τις γενεσιουργές αιτίες και αιτιοπαθογένεια των περισσότερων ψυχικών νοσημάτων. Ο Γερμανός ψυχίατρος Kraepelin, διαχώρισε τις μείζονες ψυχικές διαταραχές σε σχιζοφρενική και μανιοκαταθλιπτική ψύχωση (συναισθηματική διαταραχή), ενώ οι εμπειρικές παρατηρήσεις του ανέφεραν ότι οι διαταραχές αυτές εκδηλώνονταν συχνότερα στις οικογένειες των πασχόντων, με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί εύλογα το ερώτημα της γενετικής συμμετοχής.

Οι κλινικές - επιδημιολογικές μελέτες σε οικογένειες, σε δίδυμους και σε υιοθετημένους, καθώς και οι μελέτες συνδυασμού και σύνδεσης των ψυχικών διαταραχών με γενετικούς δείκτες στα πλαίσια της μοριακής γενετικής, θεωρούνται οι κατεξοχήν μέθοδοι για τη διερεύνηση της γενετικής συμμετοχής. Σε όλα τα στάδια του κύκλου της ζωής, οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας παρατηρείτε πιο συχνά σε άτομα που έχουν κάνει απόπειρες, παρά σε άτομα χωρίς απόπειρα. Απόρροια αρκετών μελετών – διατριβών είναι ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας στους πρώτους βαθμούς συγγενείς ψυχιατρικών ασθενών είναι σχεδόν (-8-) φορές μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο σε συγγενείς ομάδας ελέγχου. Σε αρκετές από αυτές τις περιπτώσεις που μελετήθηκαν και δη σε άτομα της εφηβικής ηλικίας, όπου μέλος της οικογένειας έχει αυτοκτονήσει, λειτούργησε καταλυτικά ως πρότυπο, με ότι μπορούσε αυτό να επακολουθήσει, για τα άτομα αυτά

Οι κύριοι γενετικοί παράγοντες, σε ένα άτομο που έχει αυτοκτονικές τάσεις, ήταν κυρίως αυτοί που συμμετέχουν στην μεταβίβαση της διπολικής διαταραχής, της σχιζοφρένειας και της εξάρτησης από το αλκοόλ, των ψυχικών δηλαδή διαταραχών που συνδέονται πιο συχνά με την αυτοκτονία. Σαφώς, γίνεται κατανοητό ότι δύναται να υπάρχει ένας γενετικός παράγοντας ανεξάρτητος από ή επιπλέον της γενετικής μεταβίβασης της

ψυχικής διαταραχής, με πιο πιθανό αυτόν της παρορμητικότητας, που ενδεχομένως συνδέεται με μια ανωμαλία του σεροτονινεργικού συστήματος του εγκεφάλου.

**Νευροχημεία:** Σε ομάδες ατόμων που πάσχουν από κατάθλιψη και έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν έχει βρεθεί ανεπάρκεια της σεροτονίνης, όπως εκτιμάται από την μείωση του μεταβολισμού του 5-υδροξυϊνδολοξικού οξέος (5-HIAA). Οι ασθενείς που χρησιμοποίησαν βίαιες μεθόδους (π.χ. πυροβόλα όπλα ή πτώση) είχαν χαμηλότερα επίπεδα 5-HIAA στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY) από ασθενείς που χρησιμοποίησαν μη βίαιη μέθοδο (υπερδοσολογία φαρμάκων) ή ασθενείς που δεν ήταν αυτοκαταστροφικοί.

Το θεωρητικό υπόβαθρο των συγκεκριμένων ευρημάτων στηρίζεται στην νευροχημική δυσλειτουργία που παρουσιάζεται στα άτομα που εμφανίζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία. Συγκεκριμένα, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι νευροδιαβιβαστές, όπως είναι, οι κατεχολαμίνες και πιο συγκεκριμένα η σεροτονίνη, το γ-αμινο-βουτυρικό οξύ (GABA) και η ντοπαμίνη που ταυτόχρονα ευθύνονται και για τη γένεση των κυματομορφών P200 και P300 των Ακουστικών Προκλητών Δυναμικών. Είναι, λοιπόν έκδηλο το γεγονός ότι αφού βασικό στοιχείο καταγραφής των Γνωστικών Προκλητών Δυναμικών είναι το επίπεδο εγρήγορσης και ο τρόπος λειτουργίας των εγκεφαλικών περιοχών, οι κυματομορφές που εκλύονται θα παρουσιάσουν και μεγαλύτερο λανθάνοντα χρόνο έκλυσης και μεγαλύτερο εύρος σε άτομα που η νευροχημεία του εγκεφάλου τους παρουσιάζει δυσλειτουργία σε αυτούς τους βασικούς νευροδιαβιβαστές.

## **2.4 Συσχετιζόμενοι Παράγοντες που Οδηγούν σε Ψυχοπαθολογία – Αυτοκτονία**

Συμφώνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, οι παράγοντες εκείνοι οι οποίοι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην δημιουργία ψυχοπάθειας και εν συνεχεία στην ώθηση ενός ατόμου στην απόπειρα αυτοκτονίας ή την αυτοκτονία εν τέλη, παρατίθενται ως ακολούθως:

### **2.4.1 Το φύλο**

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον τόσο ερευνητικά όσο και ιστορικά, αποτελεί ο παράγοντας του φύλλου του ατόμου. Κάνοντας μια ιστορική ανασκόπηση, βάση στατιστικών στοιχείων, συμπεραίνεται ότι το γυναικείο φύλλο υπερτερούσε αριθμητικά σε θεραπευτικά ιδρύματα, σανατόρια και έγκλειστα ιδρύματα, παρ' όλα αυτά, δεν υπάρχουν ασφαλή εξαγωγικά στατιστικά στοιχεία, ότι αυτό συνέβαινε, διότι η τότε καταγραφή των στοιχείων ήταν δύσκολη. Τονίζεται ότι οι γυναίκες παρουσίαζαν συχνότερες ψυχικές διαταραχές και γενικότερα αυτοκτονικές τάσεις. Μελέτες των τελευταίων δεκαετιών όμως έχουν αποδείξει ότι ο γενικός επιπολασμός των ψυχικών διαταραχών και ειδικότερα των διαταραχών της προσωπικότητας, δεν φαίνεται να ενέχει ουσιώδη ρόλο ούτε επηρεάζει κάποιο φύλλο ιδιαίτερα. Έχει παρατηρηθεί το φαινόμενο οι άντρες να αυτοκτονούν τρεις (-3-) φορές συχνότερα από ότι αυτοκτονούν οι γυναίκες. Το οξύμωρο είναι δε ότι οι γυναίκες επιχειρούν να αυτοκτονήσουν τέσσερις (-4-) φορές συχνότερα από τους άνδρες.

#### **2.4.2 Οι Μέθοδοι (μέσα τέλεσης)**

Ο υψηλότερος δείκτης αυτοκτονιών των ανδρών σε σχέση με των γυναικών συσχετίζεται με τις μεθόδους που επιλέγουν και χρησιμοποιούν για τον λόγο αυτό . Οι άνδρες χρησιμοποιούν "σκληρές μεθόδους", όπως απαγχονισμό, πυροβόλα όπλα ή πτώσεις από μεγάλα ύψη, ενώ οι γυναίκες αντίστοιχα τείνουν να χρησιμοποιούν πιο "ήπιες μεθόδους", όπως μεγάλες δόσεις ψυχοδραστικών φαρμάκων ή ενός δηλητηρίου, αν και αξίζει να σημειωθεί ότι τα τελευταία χρόνια έχουν ξεκινήσει να χρησιμοποιούν και οι γυναίκες τα πυροβόλα όπλα πιο πολύ απ' ότι παλαιότερα.

Η χρήση των όπλων, ως μέσο τέλεσης της αυτοκτονίας, έχει μειωθεί σε σημαντικό ποσοστό σε Πολιτείες όπου υπάρχουν σχετικοί Νόμοι για τον έλεγχο κατοχής τους.

#### **2.4.3 Η Ηλικία**

Ο δείκτης αυτοκτονίας αυξάνει ανάλογα με την ηλικία των ατόμων. Η σημασία της κρίσης της μέσης ηλικίας, υπογραμμίζεται από τους δείκτες αυτοκτονιών. Κατά μέσο όρο στους άνδρες οι αυτοκτονίες κορυφώνονται μετά την ηλικία των 45 ετών , ενώ αντίστοιχα στις γυναίκες μετά την ηλικία των 55 ετών. Τα ηλικιωμένα άτομα επιχειρούν λιγότερο να αυτοκτονήσουν απ' ότι νεότερα άτομα, αλλά έχουν μεγαλύτερη επιτυχία στον σκοπό τους. Οι αυτοκτονίες στα ηλικιωμένα άτομα αποτελούν περίπου το 25% του συνόλου των αυτοκτονιών.

Ο δείκτης αυτοκτονιών παρουσιάζει μια ταχεία αύξηση στα νεαρά άτομα. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι σε παγκόσμιο επίπεδο στους άνδρες ηλικίας 15-24 ετών, μεταξύ 1970 και 1980 , παρουσίασε αύξηση 40% και συνεχίζει να αυξάνει. Στους άνδρες ηλικίας 25-34 ετών, η αύξηση του δείκτη ήταν της τάξης του 30%.

Η αυτοκτονία στη ομάδα των ηλικιών μεταξύ 15-24 ετών, αποτελεί την 3η αιτία θανάτου, μετά τα ατυχήματα και τις ανθρωποκτονίες.

#### **2.4.4 Η Φυλή**

Ο δείκτης αυτοκτονιών στους Λευκούς είναι σχεδόν διπλάσιος από αυτόν στις υπόλοιπες φυλές, εάν και με την πάροδο των ετών οι αριθμοί αυτοί αμφισβητούνται, καθώς παρατηρείται μία αύξηση στους δείκτες των Μαύρων ατόμων.

Εξαιτίας του έντονου μεταναστατευτικού προβλήματος που επικρατεί πια στην σημερινή κοινωνία, παρατηρήθηκε αύξηση των αυτοκτονιών μεταξύ των μεταναστών, οι οποίοι αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν φτιάχνοντας αυτοσχέδιες θηλιές από μπλούζες ή κασκόλ, προκειμένου να απαγχονιστούν από κάποιο ψηλό σημείο (π.χ. δέντρο, δοκάρια κ.τ.λ.), λόγω την έντονης απόγνωσης και ανασφάλειας που βιώνουν.



#### **2.4.5 Η Οικογενειακή Κατάσταση**

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση, μικρότερη συχνότητα αυτοκτονίας και για τα δύο φύλλα έχουν οι παντρεμένοι (11/100.000 κατοίκους), διπλάσια συχνότητα οι άγαμοι και μεγαλύτερη οι διαζευγμένοι (40/100.000 κατοίκους). Ο γάμος, σε συνδυασμό με την ύπαρξη παιδιών, φαίνεται πως μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Η αυτοκτονία είναι πιο συχνή στα άτομα με θετικό οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας κι εδώ ανήκουν οι επετειακές αυτοκτονίες, όπου τα άτομα βάζουν τέλος στη ζωή τους την ίδια μέρα που αυτοκτόνησε κάποιο μέλος της οικογένειας τους.

#### **2.4.6 Η Απασχόληση**

Σε ότι αφορά την επαγγελματική απασχόληση, έχει παρατηρηθεί ότι η αυτοκτονία είναι πιο συχνή στα άτομα χωρίς απασχόληση. Γενικά, η εργασία προστατεύει από την σκέψη της αυτοκτονίας. Πράγματι, στην διάρκεια περιόδων όπου υφίσταται οικονομική ύφεση και ανεργία, ο δείκτης αυτοκτονιών παρουσιάζει σημαντική αύξηση, ενώ κατά τη διάρκεια περιόδων με οικονομική ανάπτυξη αλλά και κατά τη διάρκεια πολέμου, ο δείκτης παρουσιάζει μείωση (Kaplan, Sadock & Grebb, 2000, τόμ.Β', σελ. 4). Όπως έχει διαπιστωθεί, η ανεργία συνδέεται με μία σειρά από ανεπιθύμητες ενέργειες στο άτομο. Αξιοσημείωτα είναι τα ευρήματα μιας μελέτης που πραγματοποίησαν Ερευνητές από τη Ζυρίχη της Ελβετίας, που δημοσιεύτηκαν στο περιοδικό Lancet Psychiatry στις 10 Φεβρουαρίου 2015, όπου διαπιστώθηκε ότι 45.000 άνθρωποι αυτοκτονούν σε όλο τον κόσμο κάθε χρόνο, επειδή είναι άνεργοι.

#### **2.4.7 Οι Κλιματολογικές Συνθήκες**

Άξιο αναφοράς θεωρείται το γεγονός ότι κατά την διάρκεια της άνοιξης και του φθινοπώρου παρατηρείται μια μικρή αύξηση του αριθμού τους, ενώ αντίθετα οι αυτοκτονίες δεν παρουσιάζουν αύξηση κατά τον Δεκέμβριο και τις γιορτές.

#### **2.4.8 Η Σωματική Υγεία**

Οι σωματικές παθήσεις αποτελούν την δεύτερη αιτία αυτοκτονίας κι αυτό αφορά τον ανδρικό πληθυσμό. Η σωματική νόσος θεωρείται σημαντικός παράγοντας, που συμβάλλει στο 11-51% όλων των αυτοκτονιών και ότι ο κίνδυνος αυξάνει με την ηλικία. Θετική συσχέτιση με τον κίνδυνο της αυτοκτονίας έχει η παρακολούθηση για κάποιο σωματικό πρόβλημα πριν από αυτήν. Περίπου το 33% των ατόμων που αυτοκτονούν ήταν υπό ιατρική παρακολούθηση στο διάστημα 6 μηνών πριν δώσουν τέλος στην ζωή τους. Ενδεικτικά αναφέρονται νοσήματα που, ως γνωστόν, συνδέονται με διαταραχές της διάθεσης και αυξάνουν τον κίνδυνο για αυτοκτονία

, είναι: η επιληψία, η σκλήρυνση κατά πλάκας, οι τραυματισμοί του εγκεφάλου, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, η νόσος του Huntington, η άνοια και το AIDS. Παράγοντες που συνδέονται με νοσήματα και τα οποία συμβάλλουν τόσο στην αυτοκτονία, όσο και σε απόπειρες αυτοκτονίας είναι η απώλεια κινητικότητας, η παραμόρφωση (κυρίως σε γυναίκες) και ο χρόνιος μη ανακουφισμένος πόνος.

#### **2.4.9 Η Ψυχική Υγεία**

Ο ρόλος που διαδραματίζει η ψυχική διαταραχή στην αυτοκτονικότητα ενός ατόμου, είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας στους ψυχιατρικούς ασθενείς είναι τριπλάσιος έως δωδεκαπλάσιος απ' ό,τι στους μη ψυχιατρικούς. Ο βαθμός κινδύνου αυτοκτονίας ενός ψυχιατρικού ασθενή σε σχέση με κάποιον μη ψυχιατρικό, θα εξαρτηθεί από το φύλο, την ηλικία του, την ψυχιατρική διάγνωση και από αν υπάρχει προηγούμενη νοσηλεία. Ο βαθμός επικινδυνότητας για αυτοκτονία στους εξωτερικούς ασθενείς που δεν έχουν νωρίτερα νοσηλευθεί σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό είναι τριπλάσιος ως τετραπλάσιος, ενώ αν έχουν νοσηλευθεί σε κάποια φάση της ζωής τους, είναι πενταπλάσιος ως δεκαπλάσιος. Το γεγονός ότι άτομα με πολλαπλές εισαγωγές σε ψυχιατρικά τμήματα παρουσιάζουν μία υψηλότερη επίπτωση αποπειρών, επιβεβαιώνεται στην μελέτη της ψυχοπαθολογίας των αυτοκτονιών για τα έτη 1970-1984 στην νοτιοδυτική Πελοπόννησο. Σ' αυτή, τ' αποτελέσματα δείχνουν πως η χρονιότητα της ψυχικής νόσου φαίνεται να είναι υπεύθυνη για το πλείστον των αποπειρών κι επιβεβαιώνει την γενική παραδοχή ότι ψυχικά άρρωστα άτομα ρέπουν προς την απόπειρα.

Επιπρόσθετα, ένας επαρκής αριθμός από αυτά τα άτομα έχουν νωρίτερα αντιμετωπίσει μία οξεία στρεσογόνο κατάσταση, όπως την πρόσφατη απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, γεγονός που τα κάνει πιο τρωτά στην απόπειρα. Κάποια άτομα από αυτούς τους ψυχιατρικούς ασθενείς υπέφεραν από χρόνιες διαπροσωπικές συγκρούσεις, έτειναν να είναι αποξενωμένοι και πολλοί είχαν πολλαπλές εισαγωγές σε ψυχιατρικά νοσοκομεία. Σε πολλές επιτυχείς απόπειρες χρησιμοποιήθηκαν βίαια μέσα, σε αντίθεση με την ευρέως αποδεκτή άποψη ότι οι ψυχιατρικοί ασθενείς χρησιμοποιούν μόνο μη βίαιες μεθόδους, γεγονός που υπαινίσσεται την απελπισία τους. Οι μη ψυχιατρικοί ασθενείς που μελετήθηκαν φαίνεται πως ενεργούν απόπειρα αυτοκτονίας μετά από εξωτερική πίεση που δέχονται. Η πλειοψηφία τους ήταν θύματα χρόνιων ενδοπροσωπικών συγκρούσεων, ή σωματικών παθήσεων.

Τα άτομα αυτά εμφανίζονται πιο ολοκληρωμένες προσωπικότητες κι ένας σημαντικός αριθμός χρησιμοποίησε μη βίαιους μεθόδους αυτοκτονίας κι έτσι λιγότερο αποτελεσματικές, που δείχνει ότι τουλάχιστον ένα ποσοστό αυτών των προσώπων είχε μεγαλύτερη αμφιβολία για την πρόθεση για αυτοκτονία. Έτσι φαίνεται, πως η ύπαρξη ψυχικής διαταραχής αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες για πιθανή αυτοκτονία του ατόμου. Πιο αναλυτικά, τα άτομα που αυτοκτονούν σε μεγάλη πλειονότητα (80-90%) πάσχουν από ψυχικά νοσήματα, με πιο συχνά την κατάθλιψη, σχιζοφρένεια, διαταραχή προσωπικότητας, κατάχρηση αλκοόλ και τοξικών ουσιών. Όσον αφορά την κατάθλιψη, το 15% των

καταθλιπτικών τελικά θ' αυτοκτονήσει, ενώ ποσοστό 45-70% αυτών που αυτοκτονούν πάσχει από κατάθλιψη . Το 10% των σχιζοφρενικών ασθενών τερματίζει την ζωή του αυτοκτονώντας. Αλλά και οι περισσότερες από τις υπόλοιπες κατηγορίες ψυχικών διαταραχών, εμφανίζουν 19 αυξημένους δείκτες αυτοκτονιών έναντι του γενικού πληθυσμού, όπως ο αλκοολισμός, η κατάχρηση ουσιών, τα οργανικά ψυχοσύνδρομα, νευρωτικού τύπου διαταραχές, οι διαταραχές προσωπικότητας .

Η κατάθλιψη, σχετίζεται με σοβαρές απόπειρες αυτοκτονίας όσον αφορά την σοβαρότητα των σωματικών βλαβών και την σοβαρότητα της πρόθεσης. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας αυξάνει στη διάρκεια της καταθλιπτικής φάσης και μάλιστα πιο πολύ στην αρχή, παρά στο τέλος του επεισοδίου. Για τους ασθενείς που νοσηλεύονται, οι πρώτοι μήνες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, είναι υψηλού κινδύνου. Το 1/3 των ασθενών που νοσηλεύονται για κατάθλιψη αυτοκτονεί εντός του εξαμήνου μετά το εξιτήριο προφανώς λόγω υποτροπής. Οι ασθενείς που πάσχουν από ψυχωτική κατάθλιψη έχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο. Βελτίωση στη διάγνωση και θεραπεία της κατάθλιψης χαμηλώνει την επίπτωση της αυτοκτονίας . Η καταθλιπτική συμπτωματολογία που σχετίζεται με την αυτοκτονικότητα, περιλαμβάνει κυρίως ιδέες αναξιοτιμίας και απαισιοδοξίας, διαταραχές συγκέντρωσης της προσοχής, διαταραχές ύπνου, μείωση ενδιαφερόντων, παραμέληση του εαυτού, κοινωνική απομόνωση, απώλεια βάρους, ανησυχία, αισθήματα εχθρικότητας. Αισθήματα απελπισίας κι αδιεξόδου έχουν καθοριστικό ρόλο στην πραγματοποίηση αυτοκαταστροφικών πράξεων. Από πλευράς χαρακτηριστικών των καταθλιπτικών που αυτοκτονούν, φαίνεται πως είναι συχνότερα άντρες, μεγαλύτερης ηλικίας, άγαμοι ή διαζευγμένοι, που ζουν μόνοι, που έχουν πραγματοποιήσει απόπειρες στο παρελθόν, που δεν έχουν καλή συνεργασιμότητα σε θεραπευτικές παρεμβάσεις και λαμβάνουν ανεπαρκείς δόσεις αντικαταθλιπτικών φαρμάκων .

Οι σχιζοφρενικοί ασθενείς, τερματίζουν την ζωή τους με αυτοκτονία στο 10% περίπου, ενώ οι μισοί τουλάχιστον έχουν μία προηγούμενη απόπειρα . Οι παράγοντες κινδύνου για τους σχιζοφρενείς, είναι η νεαρή ηλικία, το αρρεν φύλο, οι προηγούμενες απόπειρες αυτοκαταστροφής κι η ύπαρξη πρόσφατης νοσηλείας σε ψυχιατρικό τμήμα .Ένας αριθμός 25% από τις αυτοκτονίες των σχιζοφρενών πραγματοποιούνται σε εξόδους για σαββατοκύριακο στη διάρκεια της νοσηλείας τους στο ψυχιατρικό τμήμα, ή σε αποδράσεις, ή στη διάρκεια της νοσηλείας τους. Το 50% των αυτοκτονιών συμβαίνει τις πρώτες εβδομάδες ή μήνες από την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Οι σχιζοφρενικοί που αυτοκτονούν, έχουν συχνά καταθλιπτική συμπτωματολογία, έχουν πάρει αντικαταθλιπτικά φάρμακα, αλλά είναι και ασθενείς με συχνές υποτροπές και επανεισαγωγές. Συνήθως, οι άνδρες σχιζοφρενείς χρησιμοποιούν βίαιους ή παράδοξους τρόπους αυτοκτονίας.

Η ύπαρξη διαταραχής προσωπικότητας προδιαθέτει σε αυτοκτονική συμπεριφορά ως εξής: προδιαθέτει σε μείζονες ψυχιατρικές διαταραχές όπως κατάθλιψη, εξάρτηση από αλκοόλ, προκαλεί δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις και την κοινωνική προσαρμογή, οδηγεί τα άτομα σε συγκρούσεις με τους γύρω τους. Σε ποσοστό 5% τα άτομα με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας, αυτοκτονούν. Η αυτοκτονία είναι 3 φορές πιο συχνή απ' ό,τι στον γενικό πληθυσμό στους κρατούμενους φυλακών. Σημαντική αναλογία των αλκοολικών, εμφανίζει αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας. Αυτοί οι ασθενείς εμφανίζουν μεγάλη πιθανότητα να

κάνουν χρήση κι άλλων ουσιών, να εκδηλώσουν μία παρορμητική, επιθετική συμπεριφορά και τελικά ν' αυτοκτονήσουν. Συχνά, παρατηρούνται συμπτώματα κατάθλιψης εβδομάδες ή και μήνες πριν την αυτοκτονία.

Περίπου οι μισοί απ' αυτούς που αυτοκτονούν έχουν βιώσει την απώλεια μιας σημαντικής συναισθηματικής σχέσης στη διάρκεια του προηγούμενου χρόνου. Το 80% περίπου των εξαρτημένων από αλκοόλ αυτοχείρων είναι άνδρες. Είναι άτομα μέσης ηλικίας, άγαμα, χωρίς φίλους, κοινωνικά απομονωμένα με σοβαρή χρήση αλκοόλ. Η αυτοκτονία των αλκοολικών είναι 11- 15 φορές συχνότερη απ' ότι στον γενικό πληθυσμό. Ο δείκτης αυτοκτονιών στους χρήστες ηρωίνης είναι εικοσαπλάσιος απ' ό,τι στον γενικό πληθυσμό.

Παράγοντες που προδιαθέτουν σε αυτοκτονική συμπεριφορά, ιδιαίτερα όταν τα άτομα βιώνουν δυσφορία, κατάθλιψη, ή μέθη είναι: η συνυπάρχουσα αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας, ο χαοτικός τρόπος ζωής, οι διαταραγμένες σχέσεις των εξαρτημένων ατόμων, η παρορμητικότητα, η διαθεσιμότητα των θανατηφόρων δόσεων διαφόρων ουσιών και η ενδοφλέβια χρήση . Έρευνα σ' ολόκληρο τον ελληνικό πληθυσμό, έδειξε ότι τα άτομα που κάνουν χρήση τοξικών ουσιών, παρουσιάζουν σε μεγαλύτερο βαθμό καταθλιπτική συμπτωματολογία και η συχνότητα των αυτοκαταστροφικών σκέψεών τους είναι σε θετική συσχέτιση με την σοβαρότητα της κατάχρησης . Ο συνηθέστερος τρόπος 21 αυτοκτονίας ή απόπειρας αυτοκτονίας σε ασθενείς που κάνουν κατάχρηση ουσιών ή αλκοόλ, είναι η υπέρβαση δοσολογίας φαρμάκων .

Τα άτομα με αγχώδεις διαταραχές εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας, όπως η διαταραχή πανικού. Μία αιτία, είναι η συννοσηρότητα με κατάθλιψη, χρήση ουσιών, διαταραχή προσωπικότητας. Τα άτομα με αγχώδεις διαταραχές μαζί με αυτά με οριακή διαταραχή προσωπικότητας, αποτελούν την πλειονότητα των ατόμων που κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας . Το άγχος και η παρορμητικότητα βρέθηκε ότι είχαν στενή σχέση με τον κίνδυνο για αυτοκτονία, ενώ ο θυμός με τον κίνδυνο βίαιης συμπεριφοράς . Η επιληψία, η σκλήρυνση κατά πλάκας, το AIDS, η θυρεοτοξίκωση, η συνδρομή Cushing, οι καρδιοαγγειακές παθήσεις, οι εγκεφαλικές αγγειακές, ο εγκεφαλικός όγκος, η άνοια, το έλκος, ο καρκίνος, η υπέρταση, η κίρρωση ήπατος είναι σωματικές παθήσεις με συχνή ψυχική εκδήλωση. Αυτές μπορεί να έχουν αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας, λόγω της χρονιότητάς τους, επειδή είναι επώδυνες νόσοι και λόγω της συνοδού κατάθλιψης (δευτερογενούς), ή λόγω της φαρμακευτικής αγωγής (ρεζερπίνη) .

#### **2.4.10 Η Προηγούμενη Αυτοκαταστροφική Συμπεριφορά**

Μια απόπειρα αυτοκαταστροφής στο παρελθόν είναι πιθανότατα ο πιο αξιόπιστος δείκτης ότι ένας ασθενής παρουσιάζει αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας. Το 19-25% αυτών που αυτοκτονούν έχει προηγούμενη απόπειρα αυτοκτονίας. Ένας από τους καλύτερους προγνωστικούς δείκτες για μελλοντική απόπειρα, είναι προηγούμενη απόπειρα . Υπολογίζεται ότι το 10% αυτών που αποπειρώνται αυτοκτονία, θ' αυτοκτονήσουν στα επόμενα 10 χρόνια . Στους καταθλιπτικούς ασθενείς, στο 40% αυτών που αυτοκτονούν υπάρχει τουλάχιστον μία προηγούμενη απόπειρα αυτοκαταστροφής. Ο κίνδυνος επανάληψης της απόπειρας είναι μεγαλύτερος κατά το τρίμηνο μετά την τελευταία απόπειρα. Το προφίλ των ατόμων που διαπράττουν σοβαρές απόπειρες

καθώς και τα χαρακτηριστικά όσων αυτοκτονούν στην Ελλάδα και στις χώρες του εξωτερικού, είναι τα ίδια.

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> Απόπειρες Αυτοκτονίας στην Προεφηβική – Εφηβική Ηλικία**

Η απόπειρα αυτοκτονίας στην προεφηβική και εφηβική ηλικία συνδέεται άμεσα με διαταραχές της διάθεσης που παρουσιάζονται σε αυτές τις ηλικίες, αποτελώντας αναμφισβήτητα μία δύσκολη και επίπονη κατάσταση διαταραγμένης διάθεσης, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την μειωμένη διάθεση του παιδιού για ευχάριστες δραστηριότητες, αθλητισμό, κοινωνικές συναναστροφές, σχολείο, εκπαίδευση και γενικότερα ένα αίσθημα αναξιοσύνης. Τα χαρακτηριστικά της μείζονος κατάθλιψης η οποία συνδέεται με διαταραχές της διάθεσης, παρουσιάζονται με παρόμοιο τρόπο σε παιδιά, έφηβους ή ενήλικες, απλά η έκφραση τους διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία και της ωριμότητα του κάθε ατόμου. Οι κοινωνικές πιέσεις όπως η κακοποίηση και παραμέληση μέσα στην οικογένεια, η χρόνια οικογενειακή σύγκρουση και η σχολική αποτυχία αναφέρονται ως κυριότερες αιτίες αυτοκτονικών τάσεων στην εφηβεία παράλληλα με γενετικούς παράγοντες ή γονείς προσβεβλημένους, επίσης, από αυτοκτονικές τάσεις (Μουτούσης, 2000).

Ακριβείς αριθμοί είναι εύλογο ότι δεν μπορούν να υπάρξουν, διότι για οικογενειακούς και κοινωνικούς λόγους η απόπειρα αποκρύπτεται ή αν αναγκαστικά φθάσει μέχρι τις ιατρικές υπηρεσίες η πραγματική πρόθεση αποσιωπάται και η περίπτωση καταγράφεται σαν φαρμακευτική δηλητηρίαση ή απλός τραυματισμός.

Ευρύ γνωστό τόσο στο κλινικό, όσο και στο οικογενειακό περιβάλλον, είναι το γεγονός ότι οι διαταραχές της διάθεσης εμφανίζονται στα παιδιά όλων των ηλικιών. Διαγιγνώσκονται όλο και πιο συχνά πια και αντιμετωπίζονται ποικιλοτρόπως.

Τα κριτήρια των εν λόγω διαταραχών στα παιδιά και στους έφηβους, αποτελούν αφενός την συναισθηματική δυσκολία, που βιώνουν, όπως για παράδειγμα είναι η κατάθλιψη και αφετέρου η ευφορία και η ευερεθιστότητα (Μεντή, 2007).

Άξιο αναφοράς θεωρείται και η λεγόμενη «εφηβική κρίση», η οποία περιγράφεται συχνά ως το αδιέξοδο στο οποίο περιέρχεται ένας έφηβος, εξαιτίας υπερβολικής πίεσης από το περιβάλλον του και της συναισθηματικής αστάθειας της ηλικίας του, χωρίς να παρουσιάζει σαφείς ψυχοπαθολογικές διαταραχές ή νευρωτική προσωπικότητα. Τα άτομα αυτά μπορούν να θεωρηθούν μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια ή απλώς ανώριμα σε αντίθεση με εφήβους που εμφανίζουν συχνούς και υποτροπιάζοντες αυτοκτονικούς ιδεασμούς (Kaplan, Sadock & Grebb, 2000, Τόμος Γ', σελ. 4).

Οι έφηβοι αποπειρώνται συνήθως να αυτοκτονήσουν με διάφορα σκευάσματα φαρμάκων και έχουν πολύ λιγότερη ψυχοπαθολογική επιβάρυνση, ενώ μάλιστα μετανιώνουν για την πράξη τους πολύ συχνότερα από άλλες ομάδες αποπειραθέντων. Κατά κανόνα στην εφηβεία υπάρχει έντονο εκλυτικό αίτιο. Χαρακτηριστική περίπτωση είναι εκείνη του κοριτσιού που ύστερα από αισθηματική απογοήτευση, παρεξηγήσεις με φίλους και παρόμοιες προστριβές με τους γονείς της, αποπειράται να αυτοκτονήσει. Η απόπειρα ή δεν λαμβάνεται

σοβαρά υπόψη, θεωρούμενη απλά ως «ψευδοαπόπειρα», ή οδηγεί σε παραπέρα ενδοοικογενειακή ένταση, τιμωρίες κ.τ.λ. με κίνδυνο να κορυφωθεί το αδιέξοδο για το κορίτσι και να αποπειραθεί ξανά. Γι' αυτό κάθε αναφορά, κάθε υπόνοια ή κάθε υποψία για απόπειρα αυτοκτονίας, θα πρέπει να λαμβάνεται πολύ σοβαρά υπόψη από το περιβάλλον και να αξιολογείται από ειδικούς. Ακόμα και αν αυτή η ένδειξη μοιάζει να είναι χειριστική ή αστεία ή χωρίς λόγο (Μεντή, 2007).

### **3.1 Επιδημιολογία**

Οι διαταραχές της διάθεσης αυξάνουν δεδομένου της αυξανόμενης ηλικίας. Η αυτοκτονία είναι σπάνια στα παιδιά στην προ-εφηβεία. Αποτελεί κυρίως πρόβλημα της εφηβείας, ιδιαίτερα μεταξύ των ηλικιών 15 και 19, καθώς επίσης και της ενηλικίωσης. Παρ' όλο που είναι πιο σπάνιο φαινόμενο στα παιδιά προσχολικής ηλικίας, μπορούν να εκδηλωθούν αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές και ιδεασμοί. Η συχνότητα μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής σε αυτή την ομάδα υπολογίζεται σε 0,3% στην κοινότητα και 0,9% σε κλινικό δείγμα.

Στα παιδιά σχολικής ηλικίας το ποσοστό της μείζονος κατάθλιψης στην κοινότητα υπολογίζεται στο 2%. Φαίνεται μεγαλύτερη συχνότητα στα αγόρια, σε αντίθεση με τα κορίτσια, εάν και αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι τα αγόρια υπερτερούν αριθμητικά των κοριτσιών στις ψυχιατρικές παραπομπές των κλινικών κέντρων. Σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα είναι πιο συχνή η δυσθυμική διαταραχή με συχνότητα 2,5% περίπου, σε σχέση με 2% για τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, ενώ στους εφήβους και στους ενήλικες λιγότερο συχνή σε ποσοστό 3,3% αντί 5% αντίστοιχα για την μείζονα. Όσοι φυσικά παρουσιάζουν αυτήν την διαταραχή έχουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, ευρισκόμενη τουλάχιστον 1 έτος σε δυσθυμία.

Στην εφηβεία περίπου το 5% των παιδιών στην κοινότητα εμφανίζουν μείζονα κατάθλιψη διαταραχή. Η συχνότητα αυτής της διαταραχής στα παιδιά και στους εφήβους είναι αρκετά υψηλότερη αυτής του γενικού πληθυσμού, ήτοι περίπου 20% των παιδιών και 40% των εφήβων είναι καταθλιπτικοί.

### **3.2 Αιτιολογία**

Όπως και για τις περισσότερες ψυχικές διαταραχές και σύνδρομα, έτσι και στις διαταραχές της διάθεσης δεν έχει αναφερθεί συγκεκριμένος αιτιολογικός παράγοντας. Υπάρχουν όμως ενδείξεις οι οποίες έχουν προκύψει από έρευνες που έχουν γίνει και συνεχίζουν να γίνονται, οι οποίες προτείνουν αρκετούς παράγοντες οι οποίοι φαίνονται να συμβάλλουν στην δημιουργία ή ανάπτυξη αυτών των διαταραχών. Το πλήθος όλων αυτών των παραγόντων έχει ομαδοποιηθεί σε 3 κατηγορίες, σε γενετικούς, σε νευροβιολογικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Φαίνεται επίσης ότι σημαντικό ρόλο παίζει και το οικογενειακό ιστορικό ασθενών με μονοπολική ή διπολική διαταραχή, μιας και παρατηρείται αυξημένη συχνότητα της αντίστοιχης διαταραχής μεταξύ συγγενών.

**Γενετικοί Παράγοντες:** Οι διαταραχές της διάθεσης στα παιδιά, στους εφήβους και στους ενήλικες, εμφανίζονται σύμφωνα με στατιστικές μελέτες με αυξημένη συχνότητα στην ίδια την οικογένεια. Τα παιδιά με ενήλικο ασθενή ή οι συγγενείς με παιδιά με διαταραχή, η επίπτωση των διαταραχών της διάθεσης καταγράφεται αυξημένη. Αναφέρεται πως όταν ο ένας γονιός πάσχει από καταθλιπτικά επεισόδια, διπλασιάζεται ο κίνδυνος το παιδί κάποια στιγμή να νοσήσει. Ενώ εάν υπάρχει η παρουσία και δύο καταθλιπτικών γονιών, τότε ο κίνδυνος εμφάνισης διαταραχής της διάθεσης στο παιδί, πριν την ενηλικίωση του, τετραπλασιάζεται, σε σχέση με τον κίνδυνο που έχουν τα παιδιά υγιών γονιών. Σύμφωνα με ενδείξεις ο αυξημένος αριθμός υποτροπών γονεϊκής κατάθλιψης, αυξάνει την πιθανότητα να νοσήσει το παιδί, κατά πάσα πιθανότητα λόγω γενετικής επιβάρυνσης της διαταραχής της διάθεσης στο οικογενειακό δέντρο του ίδιου του γονέα. Ενώ στα παιδιά που παρουσιάζουν μεγάλο αριθμό σοβαρών επεισοδίων, υπάρχουν ενδείξεις αυξανόμενης και επεκτεινόμενης στις προηγούμενες γενιές οικογενειακή μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής.

**Άλλοι Βιολογικοί Παράγοντες:** Βιολογικές ανωμαλίες έχουν προκύψει από μελέτες για την μείζονα καταθλιπτική διαταραχή στην προ-εφηβεία και των διαταραχών της διάθεσης στην εφηβεία. Τα παιδιά πριν την εφηβεία, τα οποία παρουσιάζουν καταθλιπτικά επεισόδια, εκκρίνουν περισσότερη αυξητική ορμόνη κατά την διάρκεια του ύπνου και λιγότερη αυξητική ορμόνη ως ινσουλινοεπαγόμενη υπογλυκαιμία, σε σχέση με τα φυσιολογικά και τα μη καταθλιπτικά παιδιά. Οξύμωρο δε είναι το γεγονός ότι οι απόψεις μεταξύ των ερευνητών δίστανται, σχετικά με την έκκριση της κορτιζόλης, κατά την διάρκεια μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, για την οποία άλλοι αναφέρουν υπερέκκριση και άλλοι φυσιολογική έκκριση.

Οι νευρολογικές μελέτες των διαταραχών της διάθεσης επικεντρώθηκαν κυρίως σε 4 περιοχές έρευνας: τις διαταραχές της νευροδιαβίβασης, τις διαταραχές της νευροφυσιολογικής λειτουργίας (ιδιαίτερα του ύπνου), τις διαταραχές της νευροενδοκρινικής λειτουργίας και την νευροαπεικόνιση της δομής και της λειτουργίας του εγκεφάλου.

**Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες:** Στην συγκεκριμένη κατηγορία εντάσσονται τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής, καθώς επίσης και οι ψυχολογικοί παράγοντες. Μέχρι πρότινος, οι ενδείξεις ότι η οικογενειακή κατάσταση των γονέων, το διαζύγιο, η γονεϊκή λειτουργία κ.τ.λ., έχουν ευθύνη σχετικά με την εκδήλωση καταθλιπτικών επεισοδίων στα παιδιά, είναι πενιχρές. Σημαντικές όμως είναι οι ενδείξεις ότι συγκεκριμένα τα αγόρια, τα οποία "έχασαν" τον πατέρα τους, ενώ ήταν σε ηλικία μικρότερη των 13 ετών, έχουν αυξημένη πιθανότητα να εμφανίσουν τέτοιους είδους διαταραχές.

Τυχόν ψυχοκοινωνικά ελλείμματα στα παιδιά που πάσχουν από κατάθλιψη, βελτιώνονται σημαντικά μετά από σταδιακή και σταθερή ύφεση της κατάθλιψης.

### **3.3 Διαγνωστικά Κριτήρια - Διάγνωση**

Τα διαγνωστικά κριτήρια για τις διαταραχές της διάθεσης σε όλο το ηλικιακό φάσμα, είναι σχεδόν ταυτόσημα, ωστόσο η έκφραση της διαταραγμένης διάθεσης ποικίλλει στα παιδιά ανάλογα με την ηλικία τους.

Παιδιά τα οποία βρίσκονται στην προ-εφηβεία, δηλαδή ηλικίες μεταξύ 9 και 13 ετών, με συμπτώματα κατάθλιψης, παρουσιάζουν συχνά συμπτώματα, τα οποία εμφανίζονται λιγότερο όταν μεγαλώσουν σε ηλικία, όπως οι αντίστοιχες με την διάθεση ψευδοακουστικές ψευδαισθήσεις, οι σωματικές ενοχλήσεις, η απομόνωση, η θλιμμένη συμπεριφορά και η μειωμένη αυτοεκτίμηση.

Παιδιά τα οποία βρίσκονται στην όψιμη εφηβεία, παρουσιάζουν διάχυτη ανηδονία, έντονη ψυχοκινητική επιβράδυνση, παραληρητικές ιδέες και αίσθημα απελπισίας.

Συμπτώματα που αξίζουν να αναφερθούν και τα οποία εμφανίζονται εξίσου συχνά ανεξαρτήτως ηλικίας και αναπτυξιακού επιπέδου είναι ο αυτοκτονικός ιδεασμός, η καταθλιπτική ή ευερέθιστη διάθεση, η αύπνια και η μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης.

Όσο αναφορά την διάγνωση λογικό και επόμενο είναι ότι οι γονείς, οι γιατροί, οι δάσκαλοι, και οι φίλοι, να μπορούν να είναι σε θέση να εντοπίσουν τα παιδιά που μπορεί να έχουν αυτοκτονικούς ιδεασμούς και πιθανά θα επιχειρήσουν αυτοκαταστροφική πράξη, ιδιαίτερα εκείνων των παιδιών που είχαν κάποια πρόσφατη και προφανή αλλαγή στη συμπεριφορά τους. Παιδιά και έφηβοι συχνά εμπιστεύονται μόνο συμμαθητές και φίλους τους, οι οποίοι θα πρέπει να ενθαρρύνονται να μην κρατήσουν ένα τέτοιο μυστικό που θα μπορούσε να οδηγήσει στο τραγικό θάνατο του φίλου τους.

Συχνά τα παιδιά που εκφράζουν προφανείς ή συγκεκαλυμμένες σκέψεις αυτοκτονίας, όπως «Μακάρι να μην είχα ποτέ γεννηθεί» ή «Θα ήθελα να πάω για ύπνο και να μην ξυπνήσω», βρίσκονται σε εμφανή κίνδυνο εμφάνισης αυτοκτονικής συμπεριφοράς, αλλά ακόμα και τα παιδιά με πιο ήπια σημάδια, όπως κοινωνική απόσυρση, απότομη επιδείνωση της επίδοσης στο σχολείο, ή αποχή από προηγούμενες αγαπημένες ασχολίες και χόμπυ, έχουν σαφείς παράγοντες κινδύνου εκδήλωσης αυτοκαταστροφικού ιδεασμού.

Οι επαγγελματίες ψυχικής Υγείας έχουν δύο βασικούς ρόλους: πρώτον την αξιολόγηση της ασφάλειας ενός αυτοκτονικού παιδιού και εκτίμησης ανάγκης για νοσηλεία και δεύτερον την θεραπεία υποκείμενων διαταραχών, όπως η κατάθλιψη ή η κατάχρηση ουσιών.

### **3.4 Παράγοντες Κινδύνου**

Υπάρχουν αρκετοί παράγοντες οι οποίοι αλληλεπιδρούν συνήθως πριν τις αυτοκτονικές σκέψεις και πριν καν ακόμα εξελιχθούν σε κάποια αυτοκτονική συμπεριφορά. Πολύ συχνά, υπάρχει μια υποκείμενη διαταραχή της ψυχικής υγείας και ένα ψυχοπιεστικό γεγονός που προκαλεί τη συμπεριφορά.

Τα στρεσογόνα γεγονότα περιλαμβάνουν:

- Η απώλεια (θάνατος) ενός αγαπημένου προσώπου
- Έμμονη ενασχόληση με νοσηρά θέματα και θέματα θανάτου
- Μια αυτοκτονία στο σχολικό περιβάλλον
- Απομάκρυνση ενός φίλου ή φίλης
- Δραματικές αλλαγές στη διάθεση



- Αλλαγές στην όρεξη
- Διαταραχές ύπνου
- Μια έντονη παρενόχληση (κάθε είδους) από το γνώριμο περιβάλλον, όπως οικογένεια, σχολείο ή τη γειτονιά, φίλους κ.α.
- Ταπείνωση, υποτίμηση από τα μέλη της οικογένειας ή από φίλους
- Θύμα εκφοβισμού στο σχολείο (bullying)
- Η αποτυχία επίδοσης στο σχολείο
- Πρόβλημα με τον Νόμο
- Η ένταση, το άγχος, νευρικότητα, ιδιαίτερα όταν εμφανίζονται ξαφνικά και χωρίς γνωστό παράγοντα.

Αποδεδειγμένα τα ψυχοπαιστικά γεγονότα, είναι πολλά και συχνά στην ζωή των παιδιών, παρ' όλα αυτά όμως σε εξαιρετικές περιπτώσεις μπορούν να οδηγήσουν σε αυτοκτονική συμπεριφορά εάν δεν υπάρχουν άλλα υποκείμενα προβλήματα τα οποία υποβόσκουν.

Τα πιο κοινά υποκρυπτόμενα προβλήματα είναι τα ακόλουθα:

- Κατάθλιψη: Οι έφηβοι οι οποίοι πάσχουν από κατάθλιψη έχουν διάφορα συναισθήματα απόγνωσης και αδυναμίας, τα οποία τους δυσκολεύουν να εξετάσουν εναλλακτικές λύσεις στα άμεσα προβλήματα τους.
- Αλκοόλ ή ναρκωτικά: Η χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών, εξαιτίας των παραισθησιογόνων συμπτωμάτων που δημιουργούν, μειώνει τις αναστολές στις επικίνδυνες συμπεριφορές που μπορούν να επιδείξουν και μειώνει την επίγνωση των συνεπειών.
- Κακός έλεγχος των παρορμήσεων.
- Ελλυπείς ή απουσία επικοινωνίας της οικογένειας με το παιδί. Τα παιδιά και έφηβοι που επιχειρούν απόπειρα αυτοκτονίας είναι συχνά θυμωμένοι με τα μέλη της οικογένειας τους ή φίλους, δεν είναι σε θέση να επεξεργαστούν την οργή τους, και τελικά την μετατρέπουν σε οργή ενάντια στον εαυτό τους. Μπορεί να επιθυμούν να χειραγωγήσουν ή να τιμωρήσουν τους άλλους ανθρώπους (Θα το μετανιώσετε μετά που θα με δείτε νεκρό).
- Μερικές φορές η αυτοκτονική συμπεριφορά είναι αποτέλεσμα μιμητισμού, όταν δηλαδή ένα παιδί μιμείται τις ενέργειες των άλλων. Για παράδειγμα, απόπειρες αυτοκτονίας διασήμων ειδώλων της νεολαίας, αλλά και άλλων γνωστών προσώπων, συχνά ακολουθούνται από αυτοκτονίες ή απόπειρες αυτοκτονίας παιδιών. Ομοίως, μιμητικές αυτοκτονίες συμβαίνουν μερικές φορές στα σχολεία. Η αυτοκτονία παιδιών είναι πιο πιθανό να επισυμβεί σε οικογένειες στις οποίες υπάρχουν διαταραχές της διάθεσης (κατάθλιψη) σε κάποιο μέλος, ειδικά μάλιστα αν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας ή άλλες βίαιες συμπεριφορές.

### **3.5 Πορεία και Πρόγνωση**

Η πορεία και η πρόγνωση των διαταραχών της διάθεσης στα παιδιά και στους εφήβους, εξαρτάται από την ηλικία στην οποία εμφανίστηκαν οι διαταραχές, την σοβαρότητα των επεισοδίων, καθώς επίσης και την

παρουσία συννοσηρών καταστάσεων. Συνήθως, κακό προγνωστικό δείκτη εμφανίζουν τα παιδιά τα οποία συν-εμφάνισαν πολλαπλές διαταραχές, οι οποίες είχαν έναρξη σε σχετικά νεαρή ηλικία. Κατά μέσο όρο η διάρκεια ενός επεισοδίου μείζονος κατάθλιψης στα παιδιά και στους εφήβους είναι περίπου 9 μήνες, με ποσοστό υποτροπής περίπου 40% για τα επόμενα 2 πρώτα χρόνια και 70% στα επόμενα 5 χρόνια.

Σχετικές μελέτες έχουν δείξει ότι καταθλιπτικά παιδιά τα οποία ζουν σε οικογενειακό περιβάλλον στο οποίο υπάρχουν πολλαπλές χρόνιες συγκρούσεις έχουν αυξημένο κίνδυνο υποτροπής. Ενώ η δυσθυμική διαταραχή, σε σχέση με τη μείζονα κατάθλιψη, παρουσιάζει μέση διάρκεια ενός επεισοδίου περίπου 4 έτη και η πρώιμη έναρξη της έχει σημαντικό κίνδυνο ανάπτυξης συνεμφάνισης μείζονος κατάθλιψης (70%), διπολικής διαταραχής (13%) και περιστασιακής κατάχρησης ουσιών (15%). Ο κίνδυνος αυτοκτονίας που αποτελεί το 12% της θνησιμότητας στην εφηβεία, είναι σημαντικός στους εφήβους με καταθλιπτικές διαταραχές. Σημαντικό είναι επίσης το γεγονός ότι από μελέτες παρατηρήθηκε ότι το 20% με 40% των παιδιών με μείζονα κατάθλιψη, θα αναπτύξουν διπολική διαταραχή τύπου I, σε διάστημα 5 ετών από την εμφάνιση της κατάθλιψης. Τα χαρακτηριστικά εκείνα της κατάθλιψης, τα οποία σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης διπολικής διαταραχής είναι η ψυχοκινητική επιβράδυνση, οι παραληρητικές ιδέες, σε συνδυασμό με οικογενειακό ιστορικό διπολικών διαταραχών.

## **Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup> Απόπειρες Αυτοκτονίας στην Μέση και στην Τρίτη Ηλικία**

### **4.1. Λόγοι που οδηγούν τις γυναίκες σε απόπειρες αυτοκτονίας**

Γενικά παρατηρείται ενδιαφέρον στη μελέτη του φύλου ως παράγοντα αύξησης των αυτοκτονιών σε σχέση πάντα με την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών και άλλων διαταραχών προσωπικότητας. Από μία πρώτη παρατήρηση ο γενικός επιπολασμός των ψυχικών διαταραχών και διαταραχών προσωπικότητας δεν φαίνεται να διαφέρει μεταξύ ανδρών και γυναικών. Ωστόσο, οι αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές εμφανίζονται πιο συχνά ανάμεσα σε γυναίκες, σε μία αναλογία 5:1 και, μάλιστα, όχι μόνο σε αναπτυγμένες αλλά και σε αναπτυσσόμενες χώρες. Στους άνδρες, πάλι, φαίνεται να υπερτερούν οι διαταραχές εξαιτίας της χρήσης ουσιών ή διαταραχές αντικοινωνικής προσωπικότητας (World Psychiatry, 2004). Αξιοσημείωτο είναι ότι οι διαφορές βάσει φύλου σχετίζονται και με την ηλικία. Στη μέση ηλικία είναι μεγαλύτερες, ενώ, αντίθετα, στους ηλικιωμένους όπως και στους εφήβους οι διαφορές σε αυτοκτονικές τάσεις βάσει φύλου δεν εμφανίζονται σημαντικές.

Αναφορικά με τους αιτιακούς παράγοντες που συνδέουν τις γυναίκες με υψηλότερο ποσοστό αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών, άρα και με μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονικών τάσεων, οι γενετικοί και βιολογικοί παράγοντες καταγράφονται να έχουν μία σημαντική σχέση. Ιδιαίτερα, ωστόσο, συνδέονται τα ζητήματα αυτά με ορμονικές αλλαγές, οι οποίες είναι εντονότερες κατά την αναπαραγωγική ηλικία και συνδέονται άλλοτε με τον τοκετό και τη γνωστή επιλόχειο κατάθλιψη και άλλοτε με τον εμμηνορρυσιακό

κύκλο, ενώ σημασία χρειάζεται να αποδίδεται και στους ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν τις διαφορές ανδρών και γυναικών στις καταθλιπτικές και αγχώδης διαταραχές. Για παράδειγμα, η ανεργία και η οικονομική κρίση είναι ένας σημαντικός παράγοντας που δεν φαίνεται να επηρεάζει μόνο τους άνδρες. Σύμφωνα με το διεθνές εγχειρίδιο ψυχιατρικής των Guthrie & Lewis (2005:3) ενώ φαίνεται ότι η ανεργία επηρεάζει τους άνδρες σε υψηλό βαθμό με κίνδυνο απόπειρας διπλάσιο από εκείνους που δεν εργάζονται, στις γυναίκες που παραμένουν άνεργες η σχέση μεταξύ ανεργίας και αυτοκτονίας εμφανίζεται πιο διαρκής και ισχυρή, αφού κίνδυνος αυτοκτονικής απόπειρας υπάρχει καθόλη τη διάρκεια του φάσματος της ανεργίας, το οποίο ευθύνεται και για την εμφάνιση καταθλιπτικών διαταραχών. Συμπερασματικά, το φύλο, ως μεταβλητή, είναι σημαντική κατά τη μελέτη των ψυχικών και άλλων διαταραχών όπως και της αυτοκτονίας και χρειάζεται ευρύτερη κατανόηση και βαθύτερη διερεύνηση ώστε να συνεκτιμηθεί η γενική του επίπτωση.

#### **4.1.1. Εμμηνόπαυση**

Σχετικά με την εμμηνόπαυση άλλες επιδημιολογικές μελέτες υποστηρίζουν τη συσχέτισή της με αυξημένη νοσηρότητα από κατάθλιψη, ενώ άλλες δεν την συνδέουν θετικά και αντίστοιχες διαφοροποιήσεις εμφανίζονται στη μεθοδολογία που χρησιμοποιείται ερευνητικά, αλλά και στους διαφορετικούς ορισμούς της εμμηνόπαυσης, περιορισμοί που τελικά δεν επιτρέπουν πάντα να εξαχθεί ένα ασφαλές συμπέρασμα (Harvard Review of Psychiatry, 2004, 6 (3), σελ.12). Επιπρόσθετα, αρκετές θεωρίες έχουν αναπτυχθεί που συνδυάζουν τις αλλαγές της διάθεσης και συχνές διαταραχές αυτής με την περίοδο πριν ή κατά την εμμηνόπαυση. Στο διάστημα αυτό οι γυναίκες εμφανίζονται περισσότερο ευάλωτες συναισθηματικά, οπότε το ενδιαφέρον για την αναζήτηση των σχετικών αιτιών οδηγεί σε νευροβιολογικές αιτίες για παράδειγμα, αλλαγές των ορμονών της αναπαραγωγής που φαίνονται να ευθύνονται και για τις αλλαγές της διάθεσης.

Άλλη σχετική αιτιολογική θεωρία γνωστή στην επιστημονική κοινότητα είναι η «θεωρία του ντόμινο» σύμφωνα με την οποία υπάρχει μία διαδοχική ακολουθία συμβάντων και οι περιεμμηνοπαυσιακές/εμμηνόπαυσιακές αλλαγές της διάθεσης είναι ένα μέρος αυτής της ακολουθίας. Έτσι, αρχικά εμφανίζονται σωματικά συμπτώματα εξαιτίας της μείωσης των οιστρογόνων, όπως είναι αγγειοκινητικά συμπτώματα, η μείωση του ύπνου και οι διάφορες περιεμμηνοπαυσιακές εξάρσεις, τα οποία, διαταράσσουν τον καθημερινό κύκλο της γυναίκας και, δευτερογενώς, προκαλούν άλλα συμπτώματα διάθεσης όπως είναι η δυσφορία και η δυσκολία συγκέντρωσης, η ευερεθιστικότητα (Καράγγιουλη & Χαϊνά, 2006).

Ακόμα, γνωστή είναι και η ψυχοκοινωνική θεωρία, η οποία αντιλαμβάνεται τα συμπτώματα της διάθεσης περισσότερο ως αποτέλεσμα αλλαγών στους κοινωνικούς ρόλους, στις σχέσεις με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, οι οποίες και μεταβάλλονται με την πάροδο της ηλικίας, στις αυξανόμενες ευθύνες φροντίδας για τους ηλικιωμένους γονείς, τις οποίες συχνά έχουν οι γυναίκες μέσης ηλικίας, στην «άδεια φωλιά», γνωστό σύμπτωμα μοναξιάς που εμφανίζεται όταν τα παιδιά φεύγουν από το πατρικό σπίτι για σπουδές ή λόγω γάμου, εργασίας κλπ., στα προβλήματα υγείας και το εντονότερο διαπροσωπικό στρες, τα οποία συμπύκνωση

χρονολογικά με τα χρόνια της εμμηνόπαυσης στις γυναίκες και έχουν ως αποτέλεσμα οι γυναίκες να είναι ιδιαίτερα ευάλωτες στην κατάθλιψη κατά τη χρονική αυτή περίοδο (Harvard Review of Psychiatry, 2004, 6 (3), σελ. 20).

#### **4.1.2. Χώρα Προέλευσης και Κοινωνικές Συνθήκες**

Συχνά αναφέρονται αυτοκτονίες στη διεθνή κοινότητα συνδεδεμένες με τη χώρα προέλευσης και τις κοινωνικές συνθήκες που επικρατούν, όπως για παράδειγμα στις Ισλαμικές χώρες, όπου οι απόπειρες αυτοκτονίας δεν οφείλονται στη βία και στη κακομεταχείριση. Αντίθετα, μοιάζουν με απελπισμένες προσπάθειες αντίστασης των γυναικών ενάντιο στα ήθη και στα έθιμα της ανδροκρατούμενης ισλαμικής κοινωνίας και μιας προ-ισλαμικής παράδοσης που ορίζει τη ζωή τους και κατά τη διάρκεια του γάμου τους, αλλά πολύ περισσότερο κι όταν χάσουν τους άνδρες τους στον πόλεμο.

Έτσι, οι γυναίκες αυτές παραμένουν εγκλωβισμένες, όπως για παράδειγμα στο Αφγανιστάν, όπου σύμφωνα με το νόμο ορίζεται από συγγενικά άτομα ποιος θα είναι ο άνδρας με τον οποίο οι γυναίκες αυτές θα παντρευτούν, συχνά και συγγενής. Πολλές φορές απειλούν να σκοτωθούν και οδηγούνται στην αυτοκτονία με την αυτοπυρπόληση να είναι ένας συνήθης τρόπος αντίστασης στα χαμένα δικαιώματά τους λόγω φύλου, ενώ οι ανθρωπιστικές οργανώσεις δεν προλαβαίνουν να τις βοηθήσουν ([www.in.gr](http://www.in.gr), [Online] «Για τις γυναίκες στο Αφγανιστάν: Λύτρωσή τους η φωτιά», Άρθρο του Ενρίκο Πιοβεζάνα).

Χρειάζεται να προστεθεί ότι τα ποσοστά κινδύνου για απόπειρα αυτοκτονίας αυξάνονται, επίσης, στους μετανάστες και στους πρόσφυγες και για το λόγο αυτό η κουλτούρα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη στην αξιολόγηση των αναγκών του ασθενή, αλλά και η πολιτισμική επάρκεια κυρίως του νοσηλευτή να θεωρείται απαραίτητο μέρος της εκπαίδευσής του (ΤΕΙ Αθήνας, Τμήμα Νοσηλευτικής Β. & Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, Τομέας Νοσηλευτικής, 2011). Σύμφωνα με στοιχεία του Ελληνικού Ιατρικού Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής του Αιγινήτειου Νοσοκομείου από το 2000 έως το 2004:

- Το 33% όσων από τους μετανάστες κατέφυγαν για βοήθεια έπασχε από συναισθηματικές διαταραχές.
- Το 31% από ψυχωσικές καταστάσεις.
- Το 28% από άγχος και σωματοποίηση.
- Το 2% από διαταραχές της προσωπικότητας.
- Το 2% από κατάχρηση ουσιών.

Μάλιστα, η αυτοκτονία καταγράφεται ως η δραματικότερη εξέλιξη των ψυχικών ασθενειών, ενώ αποτελεί την τελευταία αντίδραση σε μια μεγάλη πυραμίδα συμπτωμάτων που μπορεί να κυμαίνονται από ανορεξία, διαταραχές ύπνου, αγχώδεις διαταραχές, ευερεθιστότητα κλπ. Είναι σημαντικό ότι υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών αναφέρονται σε 2ης γενιάς μετανάστες, όπως επίσης και σε δια-κρατικά υιοθετημένα άτομα, μια ομάδα που έχει μελετηθεί γενικά πολύ λίγο, μολονότι αποτελεί «ευάλωτη κοινωνικά ομάδα» του πληθυσμού ((ΤΕΙ Αθήνας, Τμήμα Νοσηλευτικής Β. & Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, Τομέας Νοσηλευτικής, 2011).

Ακόμα, σε γενικές γραμμές χρειάζεται να υπογραμμιστεί ότι η μοναχική διαβίωση αναφέρεται ως ένας από τους σημαντικότερους διεθνείς παράγοντες για την πρόκληση απόπειρας αυτοκτονίας και την δημιουργία καταθλιπτικών διαταραχών στα άτομα (Guthrie & Lewis, 2005: 3), ενώ είναι αναμενόμενο να εμφανίζονται φαινόμενα μοναχισμού, αντικοινωνικότητας ή μη δυνατότητας προσαρμογής και ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων σε άτομα που προέρχονται από διαφορετική χώρα προέλευσης και δεν έχουν καταφέρει να ενσωματωθούν επιτυχημένα στον κοινωνικό ιστό της ελληνικής κοινωνίας.

## **4.2. Λόγοι που Οδηγούν τους Άνδρες σε Απόπειρες Αυτοκτονίας**

Σε διάφορα διεθνή ψυχιατρικά εγχειρίδια το άρρεν φύλο συγκαταλέγεται διαχρονικά στους παράγοντες που εμφανίζουν υψηλότερο βαθμό συσχέτισης με τις αυτοκτονικές τάσεις και απόπειρες διεθνώς, ενώ οι άνδρες εμφανίζονται να επιδιώκουν να δώσουν τέρμα στη ζωή τους με τρόπο πιο αποφασιστικό και βίαιο και τις περισσότερες φορές να το καταφέρνουν (Guthrie & Lewis, 2005). Τα πορίσματα αυτά είναι φυσικό να έχουν προσελκύσει το ενδιαφέρον της επιστημονικής έρευνας πάνω σε συγκεκριμένες ψυχοκοινωνικές μεταβλητές που μπορεί να επηρεάζουν το αυτοκτονικό προφίλ των ανδρών και να διαφοροποιούν τις αιτίες απόπειρας, τη συχνότητα και την ένταση της απόπειρας αυτοκτονίας ανάμεσα στα δύο φύλα. Παρακάτω, παρουσιάζονται ορισμένες από τις μεταβλητές αυτές ως αποτέλεσμα της σχετικής βιβλιογραφικής επισκόπησης.

### **4.2.1. Στρατός**

Τα στρατιωτικά αρχεία καταδεικνύουν ότι αρκετά είναι διαχρονικά τα ποσοστά αυτοτραυματισμών και αποπειρών αυτοκτονίας μεταξύ των στρατιωτών άλλοτε για λόγους ωφελιμιστικούς, δηλαδή, προκειμένου ο στρατευμένος να απαλλαγεί των στρατιωτικών του καθηκόντων, να πάρει αναβολή ή άδεια, χωρίς, ωστόσο οι απόπειρες αυτές να οδηγούν σε θάνατο. Εμφανίζουν, ωστόσο, την τάση να επαναλαμβάνονται, ιδιαίτερα όταν ο στρατευμένος επιτυγχάνει τον αρχικό του σκοπό χρησιμοποιώντας αυτό το μέσο (ΕΨΨΕΠ, 1998, σελ.72).

Ένας ακόμα καταγεγραμμένος λόγος, πέρα από τα ωφελιμιστικά αίτια, φαίνεται να οφείλεται σε έντονα οικογενειακά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι στρατευμένοι ενώ βρίσκονται μακριά από τις οικογένειές τους με αποτέλεσμα να επιβαρύνονται ψυχολογικά σημαντικά και να οδηγούνται σε απόπειρες αυτοκτονίας που κάποιες φορές σημειώνουν επιτυχία. Ακόμα, μέσα στο στράτευμα καταγράφονται περιστατικά απόπειρας λόγω χρήσης ουσιών, τοξικομανίας ή τοξικής μέθης, αλλά, κυρίως, λόγω ψυχικών ασθενειών, οι οποίες παρατηρούνται σχεδόν στα μισά από το σύνολο των καταγεγραμμένων περιστατικών (ποσοστό 40%) (ΕΨΨΕΠ, 1998, σελ.72).

Αναφέρονται, επίσης, συμπτώματα διαταραχών προσωπικότητας, νευρωσικοί λόγοι, συναισθηματικές συγκρούσεις όπως και προβλήματα με τη μονάδα κατάταξης, αλλά και οικονομικοί λόγοι, ενώ αρκετά υψηλό ποσοστό αποπειρών αυτοκτονίας (23%) πρέπει να σημειωθεί ότι παραμένει αδιευκρίνιστο ως προς τα αίτια

πρόκλησης των περιστατικών. Αντίστοιχα, ως προς τους τρόπους αυτοκτονίας αναφέρονται οι ασπιρίνες και τα ψυχοφάρμακα, κυρίως από στρατευμένους που πάσχουν από ψυχικό νόσο και τα γνωρίζουν διότι συνήθιζαν να τα παίρνουν και πριν την στρατιωτική τους θητεία, όπως και τα αιχμηρά αντικείμενα, κυρίως από τοξικομανείς, σε μεγαλύτερο ποσοστό, ενώ ακολουθούν τα πυροβόλα όπλα ή ο απαγχονισμός, ακόμα και περιπτώσεις πνιγμού στη θάλασσα (Ιατρική Επιθεώρηση Ενόπλων Δυνάμεων, 2003).

#### **4.2.2. Οικονομικά Βάρη**

Τα οικονομικά βάρη και τα οικονομικά προβλήματα που οδηγούν στην πτώση του επιπέδου ποιότητας ζωής και τελικά, στη φτώχεια, παραδοσιακά συνδέονται ως ψυχοκοινωνικοί παράγοντες με τις απόπειρες για αυτοκτονικές τάσεις και άλλες αυτοκαταστροφικές ενέργειες (Ιατρική Εταιρία Αθηνών, 1996). Με τη σειρά της η φτώχεια είναι συνδεδεμένη με την ανεργία, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, την έλλειψη στέγης, την περιθωριοποίηση και άλλους παράγοντες που δρουν συντελεστικά στις τάσεις αυτοκαταστροφής. Σε χώρες με σημαντικά προβλήματα φτώχειας όπως είναι η Βραζιλία, η Χιλή, η Ινδία και η Ζιμπάμπουε διαπιστώνονται διπλάσιες ψυχικές διαταραχές στον φτωχό από ό,τι στον πλούσιο πληθυσμό (Patel και συν., 1999 στο Καράγγιουλη & Χαϊνά, 2006). Ακόμα, στις ΗΠΑ, βρέθηκε ότι τα παιδιά των φτωχότερων οικογενειών κινδύνευαν από διαταραχές σε αναλογία 2:1 ως προς τις διαταραχές προσωπικότητας και 3:1 ως προς καταστάσεις συννοσηρότητας (Costello και συν., 1996 στο Καράγγιουλη & Χαϊνά, 2006), ενώ η πορεία των διαταραχών καθορίζεται από την κοινωνικοοικονομική θέση του ατόμου (Saraceno & Barbuì 1997 στο Καράγγιουλη & Χαϊνά, 2006). Τα σημαντικά αυτά ευρήματα φανερώνουν ότι τα άτομα με χαμηλό κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στα οικονομικά βάρη των θεραπειών και υπολείπονται σε μέσα για να αντιμετωπίσουν τη διαταραχή. Πολλές φορές, μάλιστα, αναζητούν στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας θεραπευτική αγωγή για σωματικά προβλήματα, ενώ ταυτόχρονα αποκαλύπτουν την ανάγκη τους για ψυχική αποκατάσταση.

Επιπρόσθετα, η αύξηση κατανάλωσης οινόπνευματος και άλλων ουσιών αυξάνεται όταν υπάρχουν οικονομικά βάρη, ενώ οι αυτοκτονικές τάσεις εμφανίζουν τα τελευταία χρόνια υψηλή καταγραφή ανάμεσα σε ανθρώπους που δεν έχουν κανένα ψυχιατρικό ή άλλο ιστορικό, αλλά διανύουν μία περίοδο έντονου στρες. Το έντονο και πρωτόγνωρο αυτό στρες είναι δυνατόν να προκαλείται σήμερα από τα οικονομικά βάρη και αδιέξοδα, από την ανεργία και τις συναφείς αιτίες που έχει επιφέρει η πολύχρονη κοινωνική και οικονομική κρίση. Σύμφωνα με τους Guthrie & Lewis (2005: 3), η ανεργία συνδέεται με υψηλό βαθμό συσχέτισης με τις αυτοκτονικές τάσεις, αφού στους άνεργους άνδρες ο κίνδυνος είναι διπλάσιος από εκείνους που εργάζονται με περισσότερες πιθανότητες εκδήλωσης αυτοκτονικής απόπειρας κυρίως κατά το πρώτο διάστημα της ανεργίας. Στο ψυχιατρικό εγχειρίδιο των Kaplan, Sadock & Grebb (2000:4) επίσης, υποστηρίζεται ότι η αυτοκτονία είναι πιο συχνή στα άτομα χωρίς απασχόληση και, κυρίως, κατά τη διάρκεια περιόδων με οικονομική ύφεση όπου ο αυτοκτονικός δείκτης παρουσιάζει αύξηση σε σχέση με περιόδους οικονομικής ανάπτυξης.

### **4.2.3. Παραβατικότητα και Κράτηση σε Σωφρονιστικά Ιδρύματα**

Όπως έχει διαπιστωθεί ερευνητικά η ποιότητα ζωής για τα άτομα που κρατούνται σε σωφρονιστικά ιδρύματα ανεξαρτήτως φύλου ή ηλικίας είναι ιδιαίτερα χαμηλή. Επιπλέον, η αντιλαμβανόμενη κατάσταση της υγείας τους είναι, επίσης, φτωχή με την έννοια ότι δεν έχουν πάντα σωστή αντίληψη των προβλημάτων υγείας που φέρουν ή τείνουν να τα υποτιμούν. Κατά συνέπεια τα επίπεδα νοσηρότητας που εμφανίζουν σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό είναι υψηλά (White & Whiteford, 2006).

Ειδικότερα, κατά την είσοδο στη φυλακή, ήδη, το ποσοστό νοσηρότητας από χρόνιες και μεταδοτικές ασθένειες είναι υψηλό. Ακόμα, εμφανίζουν σε μεγάλο βαθμό προβλήματα κατάχρησης ναρκωτικών ουσιών, αλκοόλ και καπνίσματος με περαιτέρω αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής τους. Συχνά υπάρχει ο κίνδυνος της μόλυνσης από ηπατίτιδα Β, ηπατίτιδα C και HIV όπως και ο κίνδυνος επιπολασμού αυτών που παραμένει επίσης πολύ υψηλός. Κατά συνέπεια, η συχνότητα ορισμένων διαταραχών προσωπικότητας, των αυτοκτονιών και των ψυχιατρικών διαταραχών είναι ιδιαίτερα αυξημένη.

Αξίζει να αναφερθεί ότι καθώς υπάρχουν συνοδευτικά προβλήματα υγείας παράλληλα με την κράτηση στις φυλακές, παρατηρείται η ποιότητα ζωής αυτών των κρατούμενων να είναι χειρότερη σε σχέση με τους υπόλοιπους κρατούμενους. Η ψυχική τους υγεία δέχεται δραματικές επιπτώσεις που επιδεινώνονται από διάφορους περιβαλλοντικούς παράγοντες όπως είναι η απομόνωση, οι κακές σχέσεις με συγκρατούμενους, η απουσία επαφής με την οικογένεια κλπ (Greenberg & Rosenheck, 2008).

Οι ανάγκες είναι διαφορετικές ανά ηλικία και ανά φύλο με τις γυναίκες και της μεγαλύτερης ηλικίας κρατούμενους να εμφανίζουν ακόμα χειρότερη ποιότητα ζωής από τους υπόλοιπους φυλακισμένους, αλλά και σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Για όλους τους παραπάνω λόγους η αύξηση των περιστατικών αυτοκτονιών και απόπειρας αυτοκτονιών σημειώνεται εντός των φυλακών, αλλά και εκτός των φυλακών για τις περιπτώσεις πρώην κρατούμενων, οι οποίοι, όπως έχει διαπιστωθεί ερευνητικά, επίσης, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο θανάτου λόγω υπερβολικής δόσης ναρκωτικών, καρδιαγγειακών παθήσεων και, τέλος, αυτοκτονίας (Τόγκας, Γκουβάς & Νικολόπουλος, 2014).

### **4.3. Η Ψυχοπαθολογία της Αυτοκτονίας στους Ηλικιωμένους**

Παρατηρείται ότι με την άνοδο της ηλικίας οι αυτοκτονίες παρουσιάζουν αύξηση, ενώ η μεγάλη ηλικία παρουσιάζεται διαχρονικά ως ένας εκ των δέκα σημαντικότερων παραγόντων για την πρόκληση απόπειρας αυτοκτονίας (Guthrie & Lewis, 2005:3). Σε ποσοστό 11-51% η σωματική νόσος έχει βρεθεί να συμβάλει στον κίνδυνο αυτοκτονιών, ενώ το ποσοστό αυτό αυξάνεται όσο μεγαλώνει και η ηλικία (Kaplan, Sadock & Grebb, 2000, τόμος Β', σελ. 4).

Ακόμα, ένας σημαντικός παράγοντας προδιάθεσης στην εξέλιξη της αυτοκτονίας φαίνεται να είναι οι ψυχικές ασθένειες που πλήττουν τα ηλικιωμένα άτομα. Συχνότερη είναι η εμφάνιση της διαταραχής της κατάθλιψης στο ιστορικό των ατόμων που αποπειρώνται ή τελικά, αυτοκτονούν σε μεγαλύτερη ηλικία με πρόσφατες μελέτες να εντοπίζουν σε δείγμα ανθρώπων άνω των 65 ετών ποσοστό κατάθλιψης στο 11,2% του πληθυσμού (Newman και συνεργάτες 1998 στο Καράγγιουλη & Χαϊνά, 2006). Είναι απογοητευτικό το γεγονός ότι οι καταθλιπτικές διαταραχές παραμένουν αδιάγνωστες μεταξύ των ηλικιωμένων ακόμη συχνότερα απ' ότι μεταξύ των νέων, διότι θεωρούνται, λανθασμένα, φυσικό επακόλουθο του γήρατος.

Ακόμα λιγότερο διερευνημένος είναι ο ρόλος των σωματικών ασθενειών στα ηλικιωμένα άτομα και η συσχέτισή τους με αυτοκτονικές τάσεις και απόπειρες. Δεν είναι ακριβώς γνωστό μέχρι σήμερα ποιες ασθένειες συνδέονται περισσότερο με την αυτοκτονία ούτε έχουν αποκωδικοποιηθεί ακριβώς οι τρόποι με τους οποίους οι σωματικές αυτές παθήσεις οδηγούν σε αυτή την κατάληξη. Μόνο ενδείξεις έχουμε που συνδέουν συγκεκριμένα σωματικά προβλήματα με κατάθλιψη, με διαταραχές προσωπικότητας και με αυξημένο, κατά συνέπεια, κίνδυνο για αυτοκτονία. Για παράδειγμα, η κατάθλιψη είναι ακόμη συχνότερη μεταξύ των ηλικιωμένων με σωματικές αναπηρίες (Katona & Livingston 2000 στο Καράγγιουλη & Χαϊνά, 2006). Επιπλέον, όπως έχει καταδειχθεί ερευνητικά, οι χρόνιες και ανίατες παθήσεις όπως είναι ο καρκίνος συνδέονται με στοιχεία της προσωπικότητας των ασθενών για παράδειγμα, εσωστρέφεια, κλείσιμο στον εαυτό και απόσυρση (Flanagan, 1997). Έτσι, είναι δυνατόν να θεωρήσουμε ότι τα χαρακτηριστικά αυτά της προσωπικότητας πιθανόν να οδηγούν σε αδιέξοδο το άτομο και, τελικά, σε τάση αυτοκτονίας καθώς η ηλικία μεγαλώνει και το ζήτημα της ασθένειας επιδεινώνεται. Μάλιστα, μέχρι σήμερα διάφορες στατιστικές έδειξαν ότι η ύπαρξη σοβαρών ασθενειών σε άτομα που αυτοκτόνησαν, παρατηρείται σε ποσοστό που κυμαίνεται από 34% έως 94%. (Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία, 1998).

Χαρακτηριστικό επίσης είναι το υψηλό ποσοστό αυτοκτονίας ασθενών που υποφέρουν από τον ιό HIV που αποτελεί χρόνια ασθένεια και ανίατη με πολύ ακριβή θεραπεία. Οι δυσκολίες της νόσου τροφοδοτούνται από τις κοινωνικές διακρίσεις και προκαταλήψεις σε βάρος των ασθενών, αλλά και των οικογενειών τους, και το ποσοστό αυτό εμφανίζεται μεγαλύτερο από οποιαδήποτε άλλη χρόνια νόσο και μπορεί να οδηγήσει τους ασθενείς, τελικά, σε αυτοκτονικές απόπειρες (Maj και συνεργάτες, 1994 στο Καράγγιουλη & Χαϊνά, 2006). Ακόμα, η άνοια, τα εγκεφαλικά επεισόδια, το AIDS και άλλες νόσοι που συχνά πλήττουν αυξητικά τις μεγαλύτερες ηλικίες καταγράφονται να αυξάνουν τον κίνδυνο για αυτοκτονία, αφού συνδέονται και με διαταραχές της διάθεσης (Kaplan, Sadock & Grebb, 2000, Τόμος Β', σελ. 4). Σύμφωνα με έρευνα που δημοσιεύτηκε στη Βρετανική Ιατρική Εφημερίδα το 2002, οι ασθένειες που επηρεάζουν την όραση, οι νευρολογικές παθήσεις και οι καρκίνοι είναι οι παθολογικές καταστάσεις που συσχετίζονται σε σημαντικό βαθμό με αυξημένο κίνδυνο για αυτοκτονία στα ηλικιωμένα άτομα. Παράλληλα βρέθηκε ότι οι σοβαρές σωματικές ασθένειες προδιαθέτουν περισσότερο τους άνδρες παρά τις γυναίκες στην αυτοκτονία (Waern et al., 2002). Στην ίδια έρευνα, φάνηκε ακόμα, ότι πολλοί ηλικιωμένοι, λίγο χρόνο πριν από την πράξη αυτοκτονίας τους, πηγαίνουν στο γιατρό τους αλλά αποτυγχάνουν να μιλήσουν για την απελπισία που τους



έχει κατακυριεύσει, ενώ παρατηρήθηκε ότι γενικότερα οι θεράποντες ιατροί δεν προσφέρουν την ψυχολογική υποστήριξη που χρειάζεται στα ηλικιωμένα άτομα που πάσχουν από σοβαρές σωματικές ασθένειες. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, ενώ το συγγενικό περιβάλλον ανιχνεύει σε αυτούς πιο συχνά τάσεις αυτοκτονίας, οι θεράποντες ιατροί να μην ανιχνεύουν τα αισθήματα αυτοκτονίας με τους ασθενείς τους (Waern et al., 2002).

Επικουρικά στα παραπάνω η αναθεωρημένη έκδοση της Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου του Χάρβαρντ στις Η.Π.Α., αναφέρει για το 2004, ένα ποσοστό μέχρι και 75% των ηλικιωμένων θυμάτων αυτοκτονίας που λέγεται ότι είχαν επισκεφτεί το γιατρό τους της πρωτοβάθμιας περίθαλψης μέσα σε διάστημα τριάντα ημερών πριν αυτοκτονήσουν (Harvard Review of Psychiatry, 2004, τόμος 4, σελ.13). Το γεγονός αυτό οδηγεί στη διαπίστωση ότι το πρόβλημα δεν είναι επαρκώς κατανοητό ούτε στον ιατρικό πληθυσμό, αλλά γενικότερα και στους επαγγελματίες υγείας, οπότε πρέπει να υπάρξουν ευρύτερες έρευνες και σχετική αφύπνιση των επαγγελματιών, κατάλληλη ενημέρωση και κατάρτιση στους τρόπους πρόληψης-παρέμβασης. Νεώτερες διεθνείς έρευνες, επίσης, επιβεβαιώνουν ότι ο κίνδυνος απόπειρας αυτοκτονίας είναι μεγαλύτερος όσο αυξάνεται η ηλικία στον πληθυσμό, δηλαδή στους ηλικιωμένους σε σχέση με τους νεώτερους, ιδιαίτερα όταν αυτό συνοδεύεται είτε από προβλήματα φυσικών, παθολογικών ασθενειών, είτε από ψυχολογικά προβλήματα, ιδιαίτερα διαταραχές της κατάθλιψης, είτε, τέλος, από αυξημένα οικογενειακά βάρη λόγω της ύπαρξης ψυχιατρικού περιστατικού μέσα στην οικογένεια (Suresh, Anish & George, 2015).

Ως προς τον τρόπο της αυτοκτονίας έχει βρεθεί ότι τα ηλικιωμένα άτομα, τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες, είναι πολύ πιθανότερο να χρησιμοποιήσουν πυροβόλα όπλα για να αυτοκτονήσουν και, μάλιστα, σε άνδρες το ποσοστό είναι υψηλότερο από ό,τι στις γυναίκες διεθνώς, ενώ οι γυναίκες φαίνεται να προτιμούν τις απόπειρες δηλητηριασμού (Harvard Review of Psychiatry, 2004, τόμος 4, τεύχος 2, σελ. 6 - 8). Ήδη, από τις αρχές της δεκαετίας του 1980 στις Η.Π.Α και σε άλλες χώρες παρατηρείται μία ανησυχητική αύξηση κατά 20% του ποσοστού αυτοκτονίας των ηλικιωμένων που πιθανόν να αντανάκλα την αύξηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων και ίσως και τη βελτιωμένη συλλογή και αναφορά δεδομένων. Ωστόσο, τα αίτια αποδίδονται περισσότερο στην πολιτική και οικονομική ανασφάλεια της περιόδου εκείνης, η οποία επαναλαμβάνεται στις μέρες μας, και είναι πιθανόν να ευθύνεται για την αύξηση των περιστατικών κατά την τελευταία δεκαετία όπως ακριβώς συνέβη στις Η.Π.Α. κατά τη διάρκεια της Μεγάλης Οικονομικής Κρίσης στη δεκαετία του 1930 (Harvard Review of Psychiatry, 2004, τόμος 4, τεύχος 2, σελ.8).

## **Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup> Σχετικές Έρευνες σε Πανελλαδικό και Διεθνές Επίπεδο**

### **5.1. Πανελλαδικές Έρευνες**

Τα τελευταία χρόνια οι έρευνες σχετικά με το φαινόμενο της αυτοκτονίας έχουν κεντρίσει το ενδιαφέρον των μελετητών περισσότερο ως αποτέλεσμα της οδυνηρής έξαρσης του φαινομένου της απόπειρας αυτοκτονίας στη χώρα μας. Ωστόσο, καθώς το φαινόμενο της κοινωνικής και οικονομικής κρίσης δεν έχει

ξεπεραστεί, οι ερευνητικές καταγραφές δεν είναι αρκετές πανελλαδικά για να αποτυπώσουν την έκταση του προβλήματος όπως και το ακριβές μέγεθος που έχει λάβει η αυτοκτονική συμπεριφορά στους νεοέλληνες. Έτσι, οι έρευνες, συνήθως, εστιάζουν σε κάποιες ειδικότερες περιφέρειες της χώρας, οι οποίες και συνδέονται περισσότερο με τον τόπο κατοικίας και τα ενδιαφέροντα των ερευνητών.

Ένας ακόμα σημαντικός περιορισμός που παρατηρείται είναι ότι οι σχετικές έρευνες μελετούν συγκεκριμένα στατιστικά δεδομένα αναφορικά με την αυτοκτονία. Για παράδειγμα, αρκετές αναφέρονται στη μελέτη της αυτοκτονίας σε σχέση με το φύλο και το βαθμό που αυτό επηρεάζει τον επιπολασμό, την αιτιολογία και την πορεία των ψυχικών διαταραχών. Διαπιστώνεται ότι το γυναικείο φύλο, για παράδειγμα, αποπειράται πιο συχνά να αυτοκτονήσει κατά αναλογία 4:1, η οποία, μάλιστα, στην εφηβεία αυξάνεται σε αναλογία 6:1 σε περιπτώσεις εφηβικής κρίσης όπως και σε αναλογία 12:1 σε περιπτώσεις υστερίας. Μελέτες ακόμα αφορούν στον προτιμώμενο τρόπο της απόπειρας αναφέροντας ότι οι έφηβοι αποπειρώνται με ψυχοφάρμακα ή αναλγητικά περισσότερο και συνήθως, μετανιώνουν πιο συχνά για την πράξη τους εκ των υστέρων, συγκριτικά με καταθλιπτικούς και σχιζοφρενείς που οδηγούνται σε σοβαρότερες απόπειρες, όπως και άνδρες μεγάλης ηλικίας, χήρους ή και διαζευγμένους (Ιεροδιάκονου & Φωτιάδης, 1991).

Οι πιο σύγχρονες σχετικές μελέτες χρονολογούνται στη χώρα μας από τα έτη 2007 και μετά, όταν παρουσιάζεται η παγκόσμια οικονομική ύφεση και αργότερα η οικονομική κρίση στην Ευρώπη που συμπαρασύρει και την Ελλάδα. Ακολούθως, περιγράφονται ορισμένες από αυτές όπως εντοπίστηκαν κατά τη βιβλιογραφική επισκόπηση.

Αναφορικά με τα αίτια των αυτοκτονιών και του αυξητικού τους αριθμού όχι μόνο στην Ελλάδα, αλλά και σε όλη την Ευρωζώνη, ιδιαίτερα διαφωτιστική είναι η έρευνα των Αντωνάκη & Collins (2014) από το Πανεπιστήμιο του Portsmouth. Οι δύο ερευνητές συνδέουν απευθείας την οικονομική κρίση και τη δημοσιονομική λιτότητα στην Ελλάδα με την αύξηση του αριθμού των αυτοκτονιών αναφερόμενοι σε μια «σύγχρονη ελληνική τραγωδία» (modern Greek tragedy). Ειδικότερα, φαίνεται ότι τα αυτοκτονικά επίπεδα στην Ελλάδα και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες έχουν σημειώσει μεγάλη άνοδο μετά την παγκόσμια ύφεση του 2008 και την ευρωπαϊκή κρίση χρέους του 2009. Παρόλα αυτά, προηγούμενες έρευνες για την επίπτωση της κρίσης στα επίπεδα αυτοκτονίας του ελληνικού πληθυσμού έχουν περιοριστεί στην απλή περιγραφή ή συσχετική ανάλυση των στοιχείων.

Η έρευνα των Antonakakis & Collins (2014), αντίθετα, βασισμένη σε στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, στοχεύει στην παροχή πολιτικής καθοδήγησης μέσω της ανίχνευσης συγκεκριμένων συμπεριφορών που σχετίζονται με μέτρα δημοσιονομικής λιτότητας και της ενημέρωσης των κρατών. Συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντική άνοδο των αυτοκτονιών σε ειδικές ηλικιακές κατηγορίες και φύλο με τους άνδρες και τα νέα άτομα να πλήττονται πιο σοβαρά λόγω ανεργίας όπως και οι ηλικίες άνω των 60 ετών – πιθανόν λόγω των διαρκών μειώσεων σε συντάξεις-, αλλά και κάτω των 24 ετών –πιθανόν λόγω της διπλάσιας καταγραφής ανεργίας στους νέους-. Επιπλέον, οι ερευνητές προτείνουν την αύξηση αντισταθμιστικών μέτρων και της κοινωνικής προστασίας καθώς φαίνεται ότι αυτή οδηγεί σε απευθείας μείωση των αυτοκτονικών

ποσοστών, ιδιαίτερα σε νέα άτομα και σε γυναίκες. Πρόκειται για στοιχεία που προσφέρουν σημαντική γνώση για τα σύγχρονα δημογραφικά στοιχεία που συνδέονται με τις αυτοκτονίες σε όλη την Ευρωζώνη και ιδιαίτερα στην Ελλάδα, αλλά και για τον πληθυσμό-στόχο στις κρατικές πρωτοβουλίες αναφορικά με την πρόληψη της αυτοκτονίας όπως και της οικονομικής μετανάστευσης (Antonakakis & Collins, 2014).

Στην έρευνα των Rachiotis, Stuckler, McKee και Hadjichristodoulou (2015), εντοπίζεται μία αντίφαση ανάμεσα στις συνέπειες της οικονομικής κρίσης στα επίπεδα αυτοκτονίας στην Ελλάδα και αναλύονται τα πρόσφατα στατιστικά στοιχεία για τις αυτοκτονίες προκειμένου να αναγνωριστεί ποιες πληθυσμιακές ομάδες είναι οι περισσότερο ευάλωτες όπως και η σχέση αυτών με τους οικονομικούς και εργασιακούς δείκτες που παρουσιάζει η χώρα. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε και αφορούσε αποκλειστικά την Ελλάδα και τα αυτοκτονικά επίπεδα που παρουσιάστηκαν στη χώρα σε μία μακρά χρονική περίοδο και, συγκεκριμένα, ανάμεσα στα έτη 2003 και 2012. Η έρευνα που αξιοποιήθηκε λήφθηκε από την Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, ενώ η ανάλυση των αποτελεσμάτων χωρίστηκε σε δύο χρονικές περιόδους, μία που διαρκεί από το 2003 έως και το 2010, πριν την περίοδο της δημοσιονομικής λιτότητας και μετά, στα έτη 2011-2012, κατά την περίοδο της δημοσιονομικής λιτότητας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη συγκριτική μελέτη των δύο διαφορετικών χρονικών περιόδων, ο μέσος γενικός όρος των αυτοκτονιών στην Ελλάδα ανέβηκε κατά 35% στα έτη μεταξύ 2010-2012, από το 3.37 στο 4.56 ανά 100.000 άτομα του πληθυσμού με μεγαλύτερη άνοδο στους άνδρες (από 5.75 στο 7.43/100.000) και μικρότερη άνοδο στις γυναίκες (από 1.17 στο 1.55/100.000). Αναφορικά με τις ηλικιακές κατηγορίες φαίνεται ότι οι ομάδες 20-59 και άνω των 60 είναι οι περισσότερο ευάλωτες τόσο στις γυναίκες όσο και στους άνδρες. Ενδιαφέρον ακόμα είναι το στατιστικό στοιχείο που προκύπτει από την έρευνα σύμφωνα με το οποίο, για κάθε επιπρόσθετη ποσοστιαία μονάδα της ανεργίας ανεβαίνει αντίστοιχα το επίπεδο των αυτοκτονιών κατά 0.19/100.000 ανάμεσα στους εργαζόμενους άνδρες. Συνεπώς, οι ερευνητές καταλήγουν σε μία σαφή αύξηση των αυτοκτονιών στην Ελλάδα σε άτομα εργασιακής ηλικίας, η οποία και συμπίπτει με την αύξηση των μέτρων λιτότητας και αποτελεί σοβαρή απειλή για την υγεία των ανθρώπων συσχετιζόμενη με την οικονομική πολιτική της χώρας (Rachiotis et al., 2015).

Ακόμα, με τη μέθοδο της ψυχολογικής αυτοψίας (psychological autopsy method) διάρκειας δύο ετών αναφορικά με τις ολοκληρωμένες αυτοκτονικές απόπειρες στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας, η έρευνα των Παρασχάκη και συν. (2015), έθεσε ως σκοπό να μελετήσει τα χαρακτηριστικά ενός δείγματος θυμάτων αυτοκτονιών από το Νοέμβριο 2007 έως και Οκτώβριο 2009, αφού συγκέντρωσε πληροφορίες από τους δικαστικούς φακέλους των θυμάτων όπως και μέσω συμπλήρωσης ερωτηματολογίου από συγγενείς. Συνολικά, 335 άτομα καταγράφηκαν ως θύματα αυτοκτονίας στην περίοδο αυτή. Η επικοινωνία έγινε με συγγενείς των περισσότερων θυμάτων και συνεντεύξεις αυτών σε πολύ μεγάλο ποσοστό (96,9%) (Paraschakis, Michopoulos, Christodoulou, Koutsaftis, Lykouras & Douzenis, 2015).

Όπως βρέθηκε, οι διαφορές των θυμάτων σε σχέση με το γενικό πληθυσμό ήταν στατιστικά σημαντικές ( $p < 0.001$ ) αναφορικά με το φύλο, το οικογενειακό και επαγγελματικό/εργασιακό τους επίπεδο. Σε αναλογία,

μάλιστα, όσον αφορά στο φύλο τους, τα θύματα ήταν 3:1 (3 άνδρες προς 1 γυναίκα). Διαπιστώθηκε ότι τα περισσότερα θύματα ήταν διαζευγμένα, χωρισμένα ή χωρίς σύντροφο και σε μία μεγαλύτερη αναλογία ήταν συνταξιούχοι ή άνεργοι. Ακόμα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ένα ποσοστό 26% των θυμάτων είχαν προηγούμενο ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας (64.4% μία φορά, 20.3% δύο φορές και ένα ποσοστό 15.3% τρεις ή περισσότερες φορές) (Paraschakis, Michopoulos, Christodoulou, Koutsaftis, Lykouras & Douzenis, 2015).

Επιπλέον, αποκαλύφθηκε, ως προς το ιατρικό ιστορικό των θυμάτων, ότι σχεδόν οι μισοί από τα θύματα (42.6%) έπαιρναν ψυχιατρικά φάρμακα, σημαντικά περισσότερες γυναίκες από άνδρες σύμφωνα με τα τεστ ανάλυσης αίματος. Επίσης, ένα 14.2% είχε εισαχθεί σε ψυχιατρική κλινική ή νοσοκομείο ένα χρόνο πριν το θανατηφόρο επεισόδιο. Σε ποσοστό 84.8%, οι θάνατοι επήλθαν στο σημείο της απόπειρας, ενώ 15.2% πέθαναν στο νοσοκομείο. Επιπλέον, τα αποτελέσματα έδειξαν ως προς τις αιτίες θανάτου ότι οι άνδρες προκάλεσαν το θάνατό τους κυρίως με αγχώνη ή με πυροβολισμό, ενώ οι γυναίκες προτιμούσαν να πηδήξουν από σημαντικό ύψος. Τέλος, σε αρκετά υψηλό ποσοστό (48.8%), τα θύματα είχαν εκφράσει στους συγγενείς τους την πρόθεσή τους να πεθάνουν και ένα 26.6% άφησε πίσω του κάποιο αυτοκτονικό σημείωμα (Paraschakis, Michopoulos, Christodoulou, Koutsaftis, Lykouras & Douzenis, 2015).

Σε έρευνα των ίδιων μελετητών ένα χρόνο πριν ξανά σε δείγμα Ελλήνων, θυμάτων αυτοκτονίας διαπιστώνεται ότι τα θύματα εναλλάσσουν τις αυτοκτονικές μεθόδους προκειμένου να πετύχουν το θάνατό τους (Paraschakis, Michopoulos, Douzenis, Christodoulou, Lykouras & Koutsaftis, 2014). Ειδικότερα, η έρευνα επικεντρώνει στις αιτίες/τρόπους της αυτοκτονίας και εξετάζει τη σχέση ανάμεσα στην τελευταία επιχειρούμενη μέθοδο αυτοκτονίας και στη μέθοδο που χρησιμοποιήθηκε κατά την τελική απόπειρα που οδήγησε στο θάνατο. Μελετώντας όλες τις περιπτώσεις αυτοκτονίας στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι ένα 24% των θυμάτων είχε ιστορικό προηγούμενης προσπάθειας αυτοκτονίας, ενώ η πλειοψηφία των αποπειραθέντων άλλαξε τον τρόπο αυτοκτονίας κατά την τελική πράξη από το δηλητηριασμό ή το κόψιμο των φλεβών σε απόπειρα με αγχώνη ή πηδημα από ύψος κατά την τελική επιτυχημένη τους απόπειρα, μέθοδοι οι οποίες οδηγούν με μεγαλύτερη βεβαιότητα σε ολοκληρωμένη προσπάθεια (θάνατο) (Paraschakis, Michopoulos, Douzenis, Christodoulou, Lykouras & Koutsaftis, 2014).

Επιπλέον, οι ίδιοι ερευνητές ασχολούνται και με άλλες πτυχές των αποπειραθέντων αυτοκτονίες όπως, για παράδειγμα, τα χαρακτηριστικά των μεταναστών που αυτοκτονούν σε ένα δείγμα θυμάτων αυτοκτονίας από την Ελλάδα. Οι ερευνητές υποστηρίζουν στην αρχική τους υπόθεση ότι οι μετανάστες έχουν υψηλότερο κίνδυνο για αυτοκτονική συμπεριφορά συγκριτικά με τον γηγενή πληθυσμό. Έτσι, σκοπός της έρευνας είναι να περιγράψει τα χαρακτηριστικά των ατόμων άλλης εθνικότητας που έχουν αυτοκτονήσει και να διερευνήσει τις διαφορές ανάμεσα σε αυτούς και τους Έλληνες. Μάλιστα, πρόκειται για την πρώτη συστηματική μελέτη στον ελληνικό χώρο αναφορικά με τους μετανάστες και τις απόπειρες αυτοκτονίας στην Ελλάδα κατά την περίοδο μεταξύ Νοεμβρίου 2007 και Οκτωβρίου 2009 (Paraschakis, Michopoulos, Christodoulou, Koutsaftis, Lykouras & Douzenis, 2014).

Από τα αποτελέσματα της ανωτέρω έρευνας προκύπτει ότι σχεδόν 10% από τα 11 εκατομμύρια πληθυσμού των ελλήνων είναι ξένης εθνικότητας. Σχεδόν οι μισοί από αυτούς ζουν στην Αθήνα και στα Προάστια της, μία περιοχή όπου ζει το 35% του συνολικού πληθυσμού της Ελλάδας. Στο συγκεκριμένο δείγμα, 15.8% των θυμάτων αυτοκτονίας ήταν ξένης εθνικότητας (53 περιπτώσεις). Από αυτούς 41 ήταν άνδρες (77.4%) και 12 γυναίκες (22.6%). Τα υψηλότερα επίπεδα αυτοκτονίας παρατηρήθηκαν ανάμεσα σε κατοίκους του Κουβέιτ (9.1%), της Σομαλίας (6.7%) και του Αφγανιστάν (0.9%), οι οποίοι προέρχονται από μεταναστευτικούς πληθυσμούς με πολύ λίγα μέλη. Αντίθετα, τα χαμηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας παρουσιάστηκαν σε άτομα από την Αίγυπτο (0.01%), την Ουκρανία (0.01%) και την Αλβανία (0.006%), μολονότι η τελευταία αλβανική εθνικότητα είναι και η μεγαλύτερη σε ποσοστό ξένη εθνικότητα στην Ελλάδα. Επιπλέον, σε σύγκριση με το αντίστοιχο δείγμα Ελλήνων, τα θύματα αυτοκτονίας των μεταναστών ήταν νεότεροι σε ηλικία (Μ.Ο. 38.7 έτη αντί για Μ.Ο. 54.9 έτη που παρατηρείται στους Έλληνες), πιο συχνά άνεργοι και με ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ. Ακόμα, η κύρια μέθοδος αυτοκτονίας ήταν ο απαγχονισμός, ενώ για τους Έλληνες το πήδημα από ύψος.

Σε γενικές γραμμές, τα συμπεράσματα της έρευνας δείχνουν ότι τα άτομα που ανήκουν σε μικρές και περιορισμένες σε εύρος εθνικές κοινότητες μοιάζουν να διατρέχουν τον υψηλότερο κίνδυνο θανάτου από αυτοκτονία ανάμεσα στους μετανάστες. Ακόμα, υπάρχουν συγκεκριμένες παράμετροι κατά τις οποίες τα θύματα αυτοκτονίας των μεταναστών διαφέρουν από τα θύματα αυτοκτονίας των Ελλήνων. Η αποκάλυψη των παραπάνω στατιστικών δεδομένων θα μπορούσε να βοηθήσει την αναγνώριση των περισσότερο ευάλωτων από αυτούς τους μετανάστες και να προτείνει πιο αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης της αυτοκτονίας μέσα στις κοινότητες των μεταναστών (Paraschakis, Michopoulos, Christodoulou, Koutsaftis, Lykouras & Douzenis, 2014).

Σε παιδιά και εφήβους οι έρευνες δείχνουν ότι οι περιπτώσεις ολοκληρωμένης αυτοκτονίας είναι σπανιότερες για τις ηλικίες κάτω των 12 ετών, ωστόσο οι έφηβοι, είναι πιο επιρρεπείς στην αυτοκτονική συμπεριφορά. Ως προς το φύλο, φαίνεται ότι η «πραγματική» απόπειρα αυτοκτονίας είναι περισσότερο συνηθισμένη στα αγόρια, όπου βιώνεται μία εντονότερη εσωτερική πίεση συχνότατα συνδεδεμένη με συμπτώματα ψυχοπαθολογίας, ενώ τα κορίτσια εκφράζουν πιο συχνά αυτοκτονική συμπεριφορά με τη μορφή, ωστόσο, μιας ύστατης έκκλησης για βοήθεια. Πράγματι, συχνότατα είναι στους έφηβους τα συμπτώματα συννοσηρότητας, δηλαδή, συνεμφάνισης ψυχοπαθολογικής συμπεριφοράς και ψυχικών διαταραχών με την αυτοκτονική συμπεριφορά, όπως κατάθλιψη, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, διατροφικές διαταραχές, μεθοριακή και άλλες διαταραχές προσωπικότητας, κατάχρηση ουσιών ή προβλήματα ταυτότητας. Τέλος, ως προς τους τρόπους αυτοκτονίας, συχνότερη εμφανίζεται η χρήση όπλων ή η δηλητηρίαση ή το κόψιμο των αγγείων του καρπού (Botsis, Soldatos & Stefanis, 1997)

Συμπληρωματικά, η διδακτορική έρευνα της Μεντή (2007) αναφορικά με τη διερεύνηση του φαινομένου της απόπειρας αυτοκτονίας σε νέους ανθρώπους και το συνδυασμό της αυτοκτονικής συμπεριφοράς με το κάπνισμα, ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, την ψυχοπαθολογία και άλλες συναφείς καταστάσεις έδωσε μερικά

ενδιαφέροντα αποτελέσματα. Η έρευνα χρησιμοποιεί ευρήματα από 76 άτομα ηλικίας 9-20 ετών, τα οποία νοσηλεύονταν για απόπειρα αυτοκτονίας σε συνδυασμό με 76 μάρτυρες που ταίριαζαν ηλικιακά με τους αποπειραθέντες, με βάση τα κριτήρια του DSM-IV Axis I και II και έδωσαν συνέντευξη για την χρήση νόμιμων και παράνομων ουσιών. Επίσης, χρησιμοποιήθηκαν 18 μάρτυρες με τις ίδιες ψυχιατρικές παθήσεις που διεγνώσθησαν σ' αυτούς με απόπειρα αυτοκτονίας, οι οποίοι εξετάστηκαν με βάση τα κριτήρια του DSM-IV και έδωσαν συνέντευξη για την χρήση νόμιμων και παράνομων ουσιών. Η στατιστική ανάλυση παλινδρόμησης/εξάρτησης εφαρμόστηκε για να προσδιορίσει το ανεξάρτητο αποτέλεσμα των παραγόντων κινδύνου πάνω στις απόπειρες αυτοκτονίας.

Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν μεγαλύτερη συχνότητα των παραγόντων κινδύνου στους ασθενείς με απόπειρα αυτοκτονίας, παρά στους μάρτυρες. Συγκεκριμένα, υπήρξε 18 φορές μεγαλύτερη συχνότητα των ψυχιατρικών παθήσεων στους ασθενείς με απόπειρα σε σχέση με τους κοινοτικούς μάρτυρες, 14 φορές μεγαλύτερη συχνότητα των άλλων καταστάσεων που αποτελούν εστία κλινικής προσοχής, ήταν 9.7 φορές πιο συχνό το κάπνισμα ανάμεσα σ' αυτούς με απόπειρα σε σχέση με τους κοινοτικούς μάρτυρες και 4.7 φορές πιο συχνά τα ψυχοκοινωνικά και περιβαλλοντικά προβλήματα. Από τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης η έρευνα καταλήγει ότι οι προεξέχοντες παράγοντες κινδύνου, ως ανεξάρτητες μεταβλητές, συνδέονται με την εξαρτώμενη μεταβλητή που είναι η απόπειρα αυτοκτονίας με τρόπο ανεξάρτητο κι αυτή η ανεξάρτητη σύνδεση επιμένει και μετά την προσαρμογή για το αποτέλεσμα άλλων παραγόντων. Συνεπώς, η ψυχοπαθολογία, οι επιβαρυντικοί ψυχοκοινωνικοί παράγοντες όπως και το κάπνισμα ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και το κάπνισμα είναι ανεξάρτητα συνδεδεμένοι παράγοντες στους νέους ανθρώπους κάτω των 20 ετών με αυξανόμενο κίνδυνο για σοβαρή απόπειρα αυτοκτονίας (Μεντή, 2007).

## **5.2. Διεθνείς Έρευνες**

Χρειάζεται να αναφερθεί ότι στις διεθνείς έρευνες οι καταγραφές διαφοροποιούνται συχνά ανάμεσα σε άτομα που κάνουν την απόπειρα πιστεύοντας και επιθυμώντας πραγματικά να δώσουν τέλος στη ζωή τους και σε άτομα που κάνουν την απόπειρα πιστεύοντας ότι δεν θα πεθάνουν. Στην δεύτερη περίπτωση η αυτοκτονία θεωρείται ως μία απεγνωσμένη προσπάθεια του ατόμου να επικοινωνήσει με το περιβάλλον του και να μεταδώσει κάποιο μήνυμα. Για το λόγο αυτό μέχρι πριν ορισμένα χρόνια, πολλές από τις απόπειρες αυτές δεν θεωρούνταν «πραγματικές», αφού δεν υπήρχε έστω και σε κάποιο βαθμό η αυτοκτονική διάθεση, δηλαδή η επιθυμία του θανάτου. Έκτοτε, τα ερευνητικά δεδομένα έχουν αλλάξει και στις σύγχρονες καταμετρήσεις συμπεριλαμβάνονται όλες οι απόπειρες αυτοκτονίας, ενώ κάθε είδος αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς αναγνωρίζεται, επίσης, ως μία απόπειρα αυτοκτονίας.

Γενικά, είναι δύσκολη η αποτύπωση του φαινομένου, διεθνώς, αφού ακόμα και στις συνθήκες που οι επιτυχημένοι αυτόχειρες και οι αποπειραθέντες αυτόχειρες διακρίνονται ως χωριστοί πληθυσμοί, τελικά σε ένα ποσοστό 10-15% εμφανίζεται να υπάρχει αλληλοκάλυψη και οι αποπειραθέντες αυτοκτονούν πραγματικά.

Επιπλέον, σε κάποια άτομα η αυτοκτονικότητα γίνεται τρόπος ζωής και αποπειρώνται για χρόνια να αυτοκτονήσουν κατά τρόπο που οι μελετητές έχουν ονομάσει ως ένα «πρότυπο αυτοκτονικής σταδιοδρομίας» παρουσιαζόμενο συνήθως σε περιπτώσεις Μεθοριακής Διαταραχής Προσωπικότητας με τους ασθενείς να καταφεύγουν σε ψυχιατρικά τμήματα νοσοκομείων και κλινικές αναζητώντας εναγωνίως κάποια θεραπεία (Harvard Review Psychiatry, 2004, 12, (1): 66-67).

Οι αναφορές σε διεθνείς έρευνες ξεκινούν με την φετινή παρουσίαση των επίσημων στοιχείων της Eurostat για τα έτη από 2011 έως και 2013 αναφορικά με τα ποσοστά θανάτου από αυτοκτονίες και, ειδικότερα, καταγραμμένα ως προς τη μεταβλητή του φύλου, αναλυτικά για κάθε μία από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Παράρτημα Ι). Ειδικότερα, για την Ελλάδα, τα ποσοστά αυτοκτονίας στους άνδρες διατηρούνται σε σταθερά αυξανόμενη τάση με 7.23 το 2011, 7.53 το 2012 και 7.93 το 2013. Το μεγαλύτερο ποσοστό σε θανάτους από αυτοκτονία σε άνδρες παρατηρείται στην Λιθουανία, όπου σημειώνεται 60.97 το 2011, 56.59 το 2012 και απότομη αύξηση σε 66.31 το 2013. Ακολουθεί δεύτερη η Ουγγαρία σε ποσοστό 42.22 το 2011, το οποίο παραμένει σταθερό στο 42.21 το 2012 και παρουσιάζει μείωση σε 36.7 το 2013. Στην τρίτη υψηλότερη θέση βρίσκεται η Λετονία με ποσοστό 41.83 το 2011, μειωμένο σε 41.56 το 2012 και 36.99 το 2013, ενώ τέταρτη εμφανίζεται η Σλοβενία με ποσοστό 39.25% το 2011, το οποίο αυξήθηκε ελαφρά σε 39.57% το 2012 και μειώθηκε σε 37.14% το 2013. Επόμενη είναι η Πολωνία με 29.73 το 2011 αυξανόμενο ελαφρά σε 30.78 το 2012 και 30.09 το 2013 όπως και η Φινλανδία με 27.63 το 2011, το οποίο μειώνεται σε 25.29 το 2012 και αυξάνεται λίγο το 2013 σε 25.41. Εντυπωσιακή είναι η εμφάνιση περιστατικών στο Λιχτενστάιν όπου από το υψηλό 30.64 το 2011 εμφανίζεται πολύ μεγάλη μείωση στο 10.12 το 2012 και αύξηση ξανά στο 14.92 το 2013. Επίσης, χώρες όπως η γειτονική μας Κύπρος διατηρούν τα ποσοστά περίπου σαν την Ελλάδα, δηλαδή, 7.07 το 2011, 7.54 το 2012 και άνοδο μεγαλύτερη της Ελλάδας σε 9.59 το 2013 (Eurostat, 2016a).

Για τις λοιπές χώρες με οικονομική ύφεση ή διάρκεια παραμονής σε μνημόνια με αυστηρή εφαρμογή μέτρων δημοσιονομικής πολιτικής παρατηρείται τα μεγαλύτερα ποσοστά σε αυτοκτονίες ανδρών να έχει εμφανίσει η Ιρλανδία με 20.47 το 2011, 20.55 το 2012 και μείωση σε 18.11 το 2013, ενώ η Ισπανία βρίσκεται χαμηλότερα στο 11 το 2011, αύξηση σε 12.28 το 2012 και περαιτέρω αύξηση 12.93 το 2013 (Eurostat, 2016a). Χρειάζεται να σημειωθεί ότι τα επίπεδα θανάτου από τη Eurostat για τον Ευρωπαϊκό πληθυσμό είναι προσαρμοσμένα σε μία μέση κατανομή όσον αφορά στην ηλικία. Μάλιστα, καθώς οι περισσότερες αιτίες θανάτου διαφέρουν σημαντικά ανάλογα με την ηλικία και το φύλο, οι σταθμισμένοι μέσοι όροι στα επίπεδα θανάτου έχουν μετρηθεί στη βάση του σταθμισμένου ευρωπαϊκού πληθυσμού (Παράρτημα Ι).

Η αναφορά της Eurostat (2016a) αντίστοιχα, στα ποσοστά αυτοκτονιών γυναικών για τη χώρα μας πέφτει στο 1.43 για το 2011, 1.56 για το 2012, δηλαδή να σημειώνει μικρή αύξηση και, 1.87, περαιτέρω αύξηση για το 2013. Αντίστοιχα, φαίνεται ότι το υψηλότερο ποσοστό σε αυτοκτονίες γυναικών κατέχει η Λιθουανία με 11.66 (2011), 10.06 (2012) και άνοδο 11.7 (2013). Ακολουθεί το Βέλγιο με ποσοστό 10.86 (2011), 9.75 (2012), 9.47 (2013), ενώ στην τρίτη υψηλότερη θέση από όλες τις χώρες της Ευρώπης βρίσκεται η Ουγγαρία με 10.68 (2011), 10.16 (2012) και 9.27 (2013) (Παράρτημα ΙΙ). Έτσι, για την Ελλάδα, η αναφορά σε ποσοστά γενικών

θανάτων από αυτοκτονία και για τα δύο φύλα πέφτει στο συνολικό 4.2 (2011) με μικρή αύξηση 4.41 (2012) και περεταίρω μικρή αύξηση 4.76 (2013), ενώ πρέπει να σημειωθεί ότι δεν διαφοροποιούνται τα ποσοστά αυτά ανάλογα με τις ηλικιακές κατηγορίες. Τέλος, συνολικά στην πρώτη θέση βρίσκεται η Ουγγαρία με 24.64 (2011), 24.11 (2012) και 21.22 (2013), αλλά και η Λετονία με 21.23 (2011), 21.82 (2012) και 19.05 (2013) που κρατά τη δεύτερη υψηλότερη θέση στην Ευρώπη συνολικά σε αυτοκτονίες ανεξάρτητα από το φύλο (Παράρτημα III).

Ως προς τα στατιστικά δεδομένα των χωρών που σχετίζονται με τις ηλικιακές κατηγορίες, παρατηρείται ότι στις ηλικίες από 15-19 ετών, η Ελλάδα εμφανίζει ποσοστό 1.95 (2011), το οποίο πέφτει σε 1.45 (2012) και σε 1.29 (2013). Το υψηλότερο ποσοστό σε αυτοκτονίες νέων ανθρώπων παρουσιάζει η Φινλανδία με 13.03 (2011), 13.57 (2012), το οποίο σημειώνει σημαντική πτώση 10.09 (2013). Ακολουθεί η Ιρλανδία με 11.81 (2011), η οποία, ωστόσο, σημειώνει σημαντικότερη πτώση 9.79 (2012) και περεταίρω σημαντική μείωση 7.6 (2013). Τρίτη χώρα σε υψηλά ποσοστά είναι η Εσθονία με 11.28 (2011), ένα ποσοστό, ωστόσο, το οποίο σημειώνει μεγάλη πτώση το 2012 (4.52), και ανεβαίνει πάλι σε 7.98 (2013). Σημαντικά υψηλά είναι τα ποσοστά και στην Λετονία, στη Λιθουανία, στην Πολωνία, στο Βέλγιο, στη Νορβηγία και στη Σλοβενία, χώρες εκ των οποίων, οι περισσότερες διατηρούν υψηλά ποσοστά και στους πίνακες που κατανέμουν τις αυτοκτονίες βάσει φύλου (Eurostat, 2016b) (Παράρτημα IV). Ενδιαφέρον στατιστικό δεδομένο για την κατηγορία των νέων ηλικιών (15-19 ετών) αποτελεί η Κύπρος, στην οποία ο δείκτης ήταν μηδενικός το 2011 για να αυξηθεί στο 4.97 το 2012 και να μειωθεί στο 3.53 το 2013. Επίσης, κατά το έτος 2011, μηδενικό δείκτη είχε σημειώσει στις αυτοκτονίες νέων ατόμων και το Λουξεμβούργο, ενώ το 2012 η άνοδος φτάνει στο 9.42, πολύ μεγαλύτερη από αυτή της Κύπρου με αρκετά μεγάλη πτώση σε 3.1. για το 2013. Ίσως αξίζει να αναφερθεί ότι οι χώρες του Νότιο-Ευρωπαϊκού άξονα διατηρούν τα μικρότερα ποσοστά (1.99 για την Ισπανία, 1.95 για την Ελλάδα, 2.06 για την Ιταλία, 1.42 για την Πορτογαλία μέσα στο 2011), ωστόσο, σε όλες παρουσιάζεται κλιμακωτή άνοδος των ποσοστών των αυτοκτονιών έως και το 2013 (Eurostat, 2016b) (Παράρτημα IV).

Αντίστοιχα, στην ηλικιακή κατηγορία των 50-54 ετών, μία πρώτη παρατήρηση είναι ότι όλοι οι δείκτες των κρατών-μελών είναι ανεβασμένοι σημαντικά. Μεταξύ αυτών, τα αρνητικά σκήπτρα κρατά η Ουγγαρία με ένα πολύ μεγάλο ποσοστό 47.03 (2011) το οποίο και πέφτει στο 39.67 (2012) και 34.07 (2013) παραμένοντας, ωστόσο, ιδιαίτερα υψηλό. Δεύτερη σε υψηλά ποσοστά είναι η Λιθουανία με ποσοστό 46.54 (2011) το οποίο φτάνει το ανησυχητικό 50.86 (2012) και καλπάζει στο 68.91 (2013) ξεπερνώντας κάθε άλλη χώρα. Πολύ υψηλά είναι και τα ποσοστά της Λετονίας, της Τσεχίας, του Βελγίου, της Γαλλίας και του Λουξεμβούργου, της Πολωνίας και της Σλοβενίας, ξανά, όπως και της Ρουμανίας, της Σλοβακίας, της Φινλανδίας και του Λιχτενστάιν, όλες με ποσοστά θανάτων από αυτοκτονία άνω του δείκτη 20.0 και σταδιακή άνοδο στα έτη μετά το 2011 έως και το 2013, κάτι που δείχνει και την μεγάλη εξάπλωση του φαινομένου στις ηλικίες αυτές σχεδόν σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες, είτε κεντρικές είτε περιφερειακές. Ειδικά για την Ελλάδα, ο δείκτης στις αυτοκτονίες των μεσηλικών αγγίζει το 7.12 (2011), ενώ μειώνεται σε 5.62 (2012) για να ανέβει και πάλι στο 6.57 (2013). Τα ποσοστά αυτά δεν είναι από τα μεγαλύτερα, ωστόσο παραμένουν ανησυχητικά και με σταθερή αύξηση, ενώ κινούνται περίπου παράλληλα με αυτά της Κύπρου (7.17 για το 2011 και 6.96 για το 2013) με τη διαφορά ότι το



2012 η Κύπρος κατόρθωσε να έχει μία πολύ σημαντική πτώση της τάξης του 1.75 (Eurostat, 2016b) (Παράρτημα IV).

Τέλος, για την ηλικιακή κατηγορία άνω των 85 ετών η Ελλάδα φτάνει το 6.28 (2011), 7.0 (2012) και 6.19 (2013) με τα ποσοστά της Κύπρου να είναι ακόμα υψηλότερα (9.54 για το 2011), αλλά να με τρόπο εντυπωσιακό να φαίνονται μηδενικά στα επόμενα χρόνια ως το 2013. Λιθουανία, Λετονία, Λουξεμβούργο, Γαλλία, Σλοβενία, Σερβία, Σουηδία, Αυστρία κατέχουν και στην κατηγορία αυτή τις υψηλότερες θέσεις με υψηλότερο το Λιχτενστάιν, 181.98, το οποίο όμως, με τρόπο εντυπωσιακό φαίνεται να μηδενίζεται στα επόμενα έτη έως το 2013. Χαμηλές παραμένουν η Τουρκία, η Μάλτα, αλλά και η Ιρλανδία (Παράρτημα IV). Να σημειωθεί ότι οι παραπάνω δείκτες αποτυπώνουν το μέσο όρο των θανάτων από αυτοκτονία όπως και των εκ προθέσεως αυτό-καταστροφικών συμπεριφορών μαζί ανά 100.000 άτομα σε κάθε ηλικιακή κατηγορία. Τα παραπάνω στοιχεία χρειάζεται να ερμηνεύονται με προσοχή καθώς οι μέθοδοι πρόκλησης της αυτοκτονίας ποικίλουν από χώρα σε χώρα και κατά την πάροδο των ετών. Επιπλέον, τα παραπάνω στοιχεία δεν περιλαμβάνουν τους θανάτους από γεγονότα που δεν έχουν αποσαφηνιστεί ως προς την πρόθεσή τους (μέρος των οποίων θα μπορούσαν να συνεκτιμηθούν ως αυτοκτονίες), αλλά και απόπειρες αυτοκτονιών που, όμως, δεν κατέληξαν σε θάνατο (Eurostat, 2016b).

Η ανωτέρω συνοπτική παρουσίαση των εκθέσεων της Ευρωπαϊκής Στατιστικής Υπηρεσίας για τις αυτοκτονίες στην τριετία 2011-2013 δεν αποτελεί παρά μόνο μία στατιστική καταγραφή, η οποία δεν μπορεί να αποτυπώσει τις πολυπαραγοντικές αιτίες του φαινομένου, αφού τα κοινωνικά, πολιτισμικά και οικονομικά δεδομένα ποικίλουν από τη μία ευρωπαϊκή χώρα στην άλλη. Μόνο γενικές υποθέσεις μπορούν να γίνουν ως προς την ερμηνεία των παραπάνω στατιστικών δεικτών είτε με αφορμή τη γεωγραφική θέση μιας χώρας, για παράδειγμα παρατηρούνται σχετικά μειωμένοι οι δείκτες αυτοκτονίας στις νότιες ευρωπαϊκές χώρες σε σχέση με τις χώρες της κεντρικής Ευρώπης είτε σε συνδυασμό με πιθανά δημογραφικά στοιχεία για παράδειγμα το αυξημένο ποσοστό μεταναστών σε χώρες όπως το Βέλγιο, το οποίο μπορεί να επηρεάζει τις αυτοκτονικές απόπειρες σε ομάδες μεταναστών, οι οποίες είναι πιο «ευάλωτες». Ακόμα, για παράδειγμα, οι υψηλοί αυτοκτονικοί δείκτες σε χώρες όπως η Ουγγαρία, όπως επισημαίνονται από τους πίνακες της Eurostat (2016a) πιθανόν μπορούν να συνδυαστούν και με έρευνες που έχουν ξεκινήσει στα τελευταία χρόνια να πραγματοποιούνται σε αντίστοιχες χώρες της κεντρικής Ευρώπης εστιάζοντας στην αύξηση αυτοκτονικών δεικτών λόγω της ανεργίας και της οικονομικής ύφεσης τόσο σε παλαιές όσο και σε νέες χώρες –μέλη (Duleba, Gonda, Rihmer & Dome, 2012). Σε κάθε περίπτωση, ωστόσο, οι παραπάνω αποτελούν μόνο υποκειμενικές εκτιμήσεις και υποθέσεις που απαιτούν συγκριτική έρευνα.

Περαιτέρω, αναζητήθηκαν μέσα από τη βιβλιογραφική επισκόπηση άλλες έρευνες που ερευνούν το φαινόμενο συνδυαστικά με διάφορα αίτια. Ειδικότερα, οι έρευνες διακρίνονται σε δύο βασικές κατηγορίες:

- Οι πρώτες που αφορούν τη μελέτη των αυτοκτονιών συνδυαστικά με την οικονομική ύφεση, την ανεργία, τη δημοσιονομική λιτότητα και τα αντίστοιχα μέτρα στις Ευρωπαϊκές χώρες και

- οι δευτερες που αφορουν τη μελετη των αυτοκτονιων σε σχεση με το άτομο, κυρίως με χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (θυμός, αυτό-καταστροφικές τάσεις), αλλά και με εξάρτηση από ουσίες, με το φύλο, την ηλικία, με τις ψυχικές ασθένειες και, κυρίως, τη σχιζοφρένεια και την κατάθλιψη, αλλά και με τη χρονική απόσταση από την προηγούμενη αποτυχημένη απόπειρα αυτοκτονίας κ.α..

Βέβαια, συχνές είναι οι περιπτώσεις όπου οι μεταβλητές αυτές από τις δύο κατηγορίες είναι αλληλοσυνδεόμενες, για παράδειγμα, η δημοσιονομική πολιτική και τα μέτρα λιτότητας φαίνεται να έχουν επίδραση σε μεταβλητές που σχετίζονται με την αυτοκτονία όπως είναι ο χρόνος τέλεσης, το φύλο ή η ηλικία (Antonakakis & Collins, 2015) γεγονός που αποδεικνύει πόσο πολύπλοκη είναι στην πραγματικότητα η ανάλυση του φαινομένου. Τα αποτελέσματα της βιβλιογραφικής αυτής επισκόπησης αναφέρονται πιο συγκεκριμένα αμέσως παρακάτω. Ακολουθώντας τις αρνητικές προβλέψεις από τη μελέτη τους το 2014 για τον ελληνικό πληθυσμό, οι Antonakakis & Collins (2015), επαναλαμβάνουν την έρευνά τους με αντικείμενο την επίδραση της δημοσιονομικής λιτότητας στους αυτοκτονικούς θανάτους και τη συλλογή εμπειρικών δεδομένων κατά μήκος όλης της «ευρωζωνικής περιφέρειας» (eurozone periphery) (Antonakakis & Collins, 2015).

Αναζητώντας τη σύνδεση μεταξύ κάποιων μακροοικονομικών φαινομένων και των αυτοκτονιών σε ορισμένες χώρες, οι ερευνητές διαπιστώνουν περιορισμένες έρευνες, ενώ ο ερευνητικός τους σκοπός είναι να πραγματοποιήσουν μία πρώτη συστηματική έρευνα με διακρατικά εμπειρικά στοιχεία για τους αυτοκτονικούς θανάτους σε πέντε διαφορετικές περιφερειακές χώρες της Ευρωζώνης (Ελλάδα, Ιρλανδία, Ιταλία, Πορτογαλία και Ισπανία κατά την χρονική περίοδο 1968-2012) ελέγχοντας ταυτόχρονα τις ποικίλες κοινωνικοοικονομικές διαφορές.

Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι οι επιδράσεις της δημοσιονομικής λιτότητας σχετίζονται με μεταβλητές όπως χρόνος, ηλικία και συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Ειδικότερα, η δημοσιονομική λιτότητα εμφανίζει βραχυχρόνια, μεσαία και μακροχρόνια αυξητικά αποτελέσματα αυτοκτονιών στον ανδρικό πληθυσμό στην ηλικιακή κατηγορία από 65 έως και 89 ετών στην Ευρώ-ζωνική περιφέρεια. Σύμφωνα με τους ερευνητές, τα αποτελέσματα αυτά είναι σε μεγάλο βαθμό ανησυχητικά και απαιτούν άμεσα εναλλακτικά μέτρα με πρωτοβουλία των κυβερνήσεων για τη βελτίωση της αγοράς εργασίας, η οποία θα υποστήριζε σημαντικά τη μείωση των αυτοκτονικών αριθμών στις ανωτέρω χώρες (Antonakakis & Collins, 2015).

Να σημειωθεί ότι άλλες διεθνείς σύγχρονες έρευνες συνδέουν, επίσης, την αυτοκτονική συμπεριφορά με την οικονομική ύφεση διερευνώντας τους πιθανούς μηχανισμούς που συνδέουν τα δύο φαινόμενα. Στην έρευνα των Haw, Hawton, Gunnell και Platt (2015) περιγράφεται η μεγάλη επίδραση της ύφεσης στην ανεργία και στην εργασιακή ανασφάλεια, ενώ άλλες σημαντικές συνέπειες συμπεριλαμβάνουν εκείνους που οδηγούνται σε ακραία επίπεδα λόγω των οικονομικών απωλειών τους, της χρεοκοπίας όπως και της απώλειας στέγης. Οι ερευνητές προτείνουν ότι αυτές οι συνθήκες μπορούν να οδηγήσουν άμεσα ή έμμεσα σε ψυχικά προβλήματα υγείας όπως κατάθλιψη, άγχος και σε αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ και, στη συνέχεια, σε αυτοκτονική συμπεριφορά. Άλλωστε, οι εξαρτώμενοι από το αλκοόλ φαίνεται να έχουν υψηλότερο κίνδυνο για

επίδειξη αυτοκτονικής συμπεριφοράς σε συνδυασμό με άλλα στοιχεία της συμπεριφοράς τους όπως είναι ο θυμός και η δυσκολία έκφρασης των συναισθημάτων (Sharma & Salim, 2014).

Σε αντιστάθμιση των παραπάνω, φαίνεται ότι οι χώρες με ενεργά προγράμματα απασχόλησης και εργασίας και διατήρηση κάποιων σταθερών κοινωνικών δαπανών για την κοινωνική προστασία και την πρόνοια, ακόμα και σε περιόδους ύφεσης, έχουν λιγότερο έντονες αυξήσεις ποσοστών στα επίπεδα αυτοκτονίας από εκείνες που «κόβουν» τις κοινωνικές δαπάνες και τις πρωτοβουλίες για ανεύρεση εργασίας για τους άνεργους. Επίσης, οι ερευνητές προτείνουν ότι άλλα μέτρα που είναι πιθανόν να βοηθήσουν περιλαμβάνουν τις στοχευμένες παρεμβάσεις για τους άνεργους ανθρώπους, τη συμμετοχή σε κοινωνικές οργανώσεις και την υπεύθυνη προβολή/αναφορά μέσω των μέσων μαζικής ενημέρωσης. Καλά οργανωμένες και επανδρωμένες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας και υπηρεσίες ψυχικής υγείας χρειάζονται ώστε να μπορούν να ανταπεξέλθουν στις αυξημένες απαιτήσεις σε περιόδους οικονομικής ύφεσης. Ωστόσο, αρκετές κυβερνήσεις, αντί για τέτοιες πρωτοβουλίες, έχουν στην πραγματικότητα, μειώσει τους διαθέσιμους οικονομικούς πόρους για την Υγεία, ως ένα ακόμα δημοσιονομικό μέτρο (Haw et al., 2015).

Οι τάσεις για αυξημένα επίπεδα αυτοκτονίας, όπως και η αναζήτηση των ατόμων εκείνων που βρίσκονται περισσότερο σε κίνδυνο, έχουν απασχολήσει και άλλους επιστήμονες ως αποτέλεσμα της οικονομικής ύφεσης του 2008 στην Ευρώπη. Ειδικότερα, οι αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής ύφεσης σε όλα τα προηγούμενα χρόνια όσον αφορά στα επίπεδα αυτοκτονίας έχουν αποδοθεί σε μεγάλο βαθμό στην ταχύτατη αύξηση της ανεργίας σε όλη την Ευρώπη μέσα σε ένα περιβάλλον ανεπαρκών προγραμμάτων κοινωνικής και εργασιακής προστασίας. Η έρευνα των Coore, Gunnell, Hollingworth, Hawton, Kapur, Fearn, Wells & Metcalfe (2014) εξετάζει τις τάσεις για αυτοκτονία σε Αγγλία και Ουαλία μετά την οικονομική ύφεση του 2008. Το δείγμα αποτελούν άνδρες και γυναίκες εργασιακής ηλικίας (16-64 ετών) για την περίοδο 2001-2011, δηλαδή, πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την οικονομική ύφεση. Σκοπός της έρευνας υπήρξε η αναγνώριση εκείνων των δημογραφικών ομάδων των οποίων τα επίπεδα αυτοκτονίας επηρεάστηκαν περισσότερο.

Ως προς τα αποτελέσματα, η έρευνα δεν κατέδειξε κάποια απευθείας σύνδεση ανάμεσα στα επίπεδα αυτοκτονίας στις γυναίκες και στους δείκτες οικονομικής ύφεσης. Τα εμπειρικά δεδομένα κατέδειξαν ότι στους άνδρες, στις ηλικίες από 16-34, αλλά και από 35-44, τα στατιστικά δεδομένα μετατράπηκαν από πτωτικά σε ανοδικά ανάμεσα στα έτη 2006 και 2010, ενώ οι αλλαγές αυτές συμπορεύονταν με τις έντονες αυξήσεις σε απολύσεις και στα επίπεδα ανεργίας στις αρχές του 2008 ακολουθώντας τα φαινόμενα της αλλαγής ιδιοκτησίας σπιτιών και της χρεοκοπίας που ξεκίνησαν περίπου το 2003. Μάλιστα, για τους άνδρες ηλικίας 35-44 ετών η αύξηση των αυτοκτονιών έδειχνε να συμπορεύεται με τις κορυφώσεις των οικονομικών δεικτών σε επίπεδα απολύσεων και μακροχρόνιας ανεργίας, ενώ σε γενικές γραμμές, αποτελούσαν τη βασική ηλικιακή ομάδα στην οποία μονότονα αυξάνονταν τα αυτοκτονικά επίπεδα μέσα στη δεκαετία (2001-2011) (Coore, Gunnell, Hollingworth, Hawton, Kapur, Fearn, Wells & Metcalfe, 2014).

Φάνηκε ακόμα, ότι οι αυτοκτονίες ανδρών σε Αγγλία και Ουαλία συνέβαιναν κυρίως, στις πιο στερημένες έως και μέτρια στερημένες κοινωνικά και οικονομικά περιοχές, ενώ στατικά και σημαντικά λιγότερα ήταν τα

επίπεδα αυτοκτονιών στις λιγότερο στερημένες περιοχές. Μετά την ύφεση εμφανίστηκαν σε μικρό ποσοστό κάποιες αυξήσεις αυτοκτονιών σε άνδρες που κατείχαν υψηλότερες διοικητικά και επαγγελματικά θέσει όπως και αυτοαπασχολούμενους σε μικρές επιχειρήσεις ή στην εκπαίδευση. Συμπερασματικά, από τη μελέτη των στατιστικών δεδομένων οι ερευνητές καταλήγουν ότι παράγοντες οικονομικών προβλημάτων εκτός των απολύσεων και της ανεργίας, οι οποίοι σχετίζονται με προσωπικά χρέη και απώλεια στέγης πιθανόν συμβάλουν σε αυξημένα επίπεδα αυτοκτονίας σε άνδρες της νεώτερης ηλικιακής κατηγορίας (κάτω των 35 ετών), ενώ για τους άνδρες ηλικίας 35-44 ετών η απώλεια της εργασίας και η μακροχρόνια ανεργία αποτελούν τους δύο σοβαρότερους παράγοντες κινδύνου για απόπειρα αυτοκτονίας (Coore, Gunnell, Hollingworth, Hawton, Karur, Fearn, Wells & Metcalfe, 2014).

Αρχικά, η οικονομική ύφεση στην Ευρώπη συνδέθηκε περισσότερο με βραχυχρόνιες αυξήσεις σε επίπεδα αυτοκτονίας σε πολλές χώρες, ενώ απουσίαζαν τα στατιστικά δεδομένα εκείνα που θα μπορούσαν να καταδείξουν τις μακροχρόνιες συνέπειες της ύφεσης στην αυτοκτονία όπως και στην γενικότερη αυτοκτονική συμπεριφορά των ανθρώπων ανεξάρτητα από την κατάληψη των αποπειρών. Με το σκοπό αυτό, αντίστοιχες μελέτες πραγματοποιήθηκαν στην Ιρλανδία, μία χώρα που μπήκε σε μνημόνιο και επίσημη περίοδο οικονομικής λιτότητας επίσημα. Συγκεκριμένα, η έρευνα των (Corcoran, Griffin, Arensman, Fitzgerald & Perry, 2015) διερευνά σε εθνικό επίπεδο τα ποσοστά θανάτου από αυτοκτονία αλλά και περιστατικών αυτοτραυματισμού που παρουσιάστηκαν στα νοσοκομεία ανάμεσα στα έτη 2008-2012. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι έως το τέλος του 2012, το επίπεδο αυτοκτονίας στους άνδρες ήταν κατά 57% υψηλότερο σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια, ενώ στις γυναίκες σχεδόν δεν είχε αλλάξει παραμένοντας χαμηλότερο από αυτό των ανδρών. Αντίστοιχα, τα επίπεδα αυτοτραυματισμού σε άνδρες και γυναίκες εμφανίστηκαν κατά 31% υψηλότερα στους άνδρες και 22% υψηλότερα στις γυναίκες, αντίστοιχα. Είχαν, δηλαδή, αυξηθεί σημαντικά οι αυτοτραυματικές συμπεριφορές και στα δύο φύλα ανεξάρτητα από το γεγονός ότι δεν κατέληξαν σε θάνατο. Οι άνδρες ηλικίας 25-64 ετών επηρεάστηκαν συνολικά αναφορικά με τις αυτοκτονίες και την αυτοτραυματική συμπεριφορά σε όλες τις ηλικίες με την μεγαλύτερη αρνητική επίδραση να φαίνεται στις ηλικίες μεταξύ 25-44 ετών. Αντίστοιχα, στις γυναίκες, η ηλικιακή ομάδα που είχε τις μεγαλύτερες συνέπειες ως προς την εκδήλωση αυτοκτονιών και αυτοτραυματικής συμπεριφοράς ήταν μικρότερη, δηλαδή ηλικίας μεταξύ 15-24 ετών. Συνολικά, οι ερευνητές καταλήγουν ότι τα πέντε χρόνια της οικονομικής ύφεσης και της λιτότητας στην Ιρλανδία έχουν μία σημαντική αρνητική επίπτωση στους δείκτες αυτοκτονίας των ανδρών όπως και στα επίπεδα αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς (self-harm) και στα δύο φύλα (Corcoran, Griffin, Arensman, Fitzgerald & Perry, 2015).

Στην έρευνα των Margerison-Ziko, Goldman-Mellor, Falconi & Downing (2016), η οποία πραγματοποιήθηκε μόλις φέτος αναφορικά με τη σχέση ανάμεσα στην μεγάλη οικονομική ύφεση και τις επιπτώσεις αυτής στην πνευματική και σωματική υγεία των πολιτών στα αναπτυγμένα κράτη διατυπώνεται η άποψη ότι η σφοδρότητα και η ξαφνική εμφάνιση της Μεγάλης Ύφεσης (Great Recession) (2007-2009) όπως και η πολυπαραγοντική αιτιακή της απόδοση δημιούργησαν τις προϋποθέσεις για την επιστημονική εξέταση και το

μεγάλο ενδιαφέρον αναφορικά με τις συνέπειες που έχει στην υγεία η μακροοικονομική πτώση. Ιδιαίτερα, τονίζονται οι παρατηρήσεις και άλλων ερευνητών για τις αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία και, κυρίως, στην πνευματική – ψυχική υγεία. Ακόμα, οι συνέπειες της ύφεσης φάνηκαν στην περαιτέρω αύξηση της υπογεννητικότητας και του ψυχολογικού στρες όπως και των αυτοκτονιών, μολονότι τα δυστυχήματα και τα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ στον ευρωπαϊκό πληθυσμό μειώθηκαν. Οι επιπτώσεις στην υγεία φάνηκαν να είναι μεγαλύτερες ανάμεσα στους άνδρες και μάλιστα, σε εθνικές ή φυλετικές μειονότητες. Διαπιστώθηκε πόσο σημαντικό είναι το γεγονός ότι κάποια δίκτυα κοινωνικής προστασίας σε ορισμένες Ευρωπαϊκές χώρες κατάφεραν να προστατεύσουν αυτούς τους πληθυσμούς από αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία τους. Ωστόσο, οι ερευνητές διατυπώνουν την εκτίμηση ότι χρειάζεται περισσότερος χρόνος και ακρίβεια στα εργαλεία της έρευνας προκειμένου να παρατηρηθούν οι πλήρεις επιπτώσεις της Ύφεσης.

Ήδη, οι Toffolutti & Suhrcke (2014) προσπάθησαν, δύο χρόνια νωρίτερα, επίσης, να διερευνήσουν την άμεση, βραχυπρόθεσμη συνέπεια της Μεγάλης Ύφεσης (Great Recession) στην Ευρωπαϊκή Ένωση διενεργώντας μία διακρατική ανάλυση. Οι ερευνητές προσπάθησαν να ανταποκριθούν στις αυξημένες ανησυχίες που είχαν αρχίσει να εκδηλώνονται με συγκεκριμένα στοιχεία σε χώρες της Ευρώπης, τα οποία αποτελούσαν την έμπρακτη απόδειξη για τα αρνητικά αποτελέσματα της πτωτικής οικονομίας στην υγεία και την ζωή των ανθρώπων.

Χρησιμοποιώντας πληροφορίες από 23 ευρωπαϊκές χώρες οι ερευνητές εξέτασαν τις βραχυπρόθεσμες συνέπειες της μακροοικονομικής πτώσης κατά τη διάρκεια της μεγάλης ύφεσης σε διάφορους δείκτες σχετικούς με συμπεριφορές υγείας, όπως και εάν οι συνέπειες αυτές διαφέρουν από χώρα σε χώρα ανάλογα με το επίπεδο κοινωνικής προστασίας που παρέχεται. Συνολικά, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι αύξηση 1% στο δείκτη ανεργίας συνδέεται με μία στατιστικά σημαντική άνοδο των επιπέδων αυτοκτονίας (34.1%) μολονότι οι θάνατοι από άλλες αιτίες (αυτοκινητιστικά δυστυχήματα, καρδιαγγειακές ασθένειες, χρόνιες ασθένειες του ήπατος/ηπατίτιδες, παρασιτικές μολύνσεις κλπ) φαίνονται να σημειώνουν πτώση. Σε γενικές γραμμές, οι αρνητικές συνέπειες ήταν πιο έντονες σε χώρες με χαμηλότερα επίπεδα κοινωνικής προστασίας. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι μία αρχική αύξηση στο επίπεδο ανεργίας των διαφόρων χωρών κατά την Μεγάλη Ύφεση παρουσίασε μία ευεργετική συνέπεια στο μέσο όρο της υγείας σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες, εκτός από τους θανάτους από αυτοκτονία. Οι επεκτάσεις των δικτύων κοινωνικής προστασίας φαίνεται να βοηθούν τις χώρες ώστε να κάνουν πιο «ήπιες» τις προσαρμογές του τομέα της υγείας στην οικονομική ύφεση περιορίζοντας έτσι τις καταστροφικές συνέπειες για τη ζωή των ανθρώπων (Toffolutti & Suhrcke, 2014).

Αντίστοιχα, σε έρευνα του 2012 που πραγματοποιήθηκε στην Ουγγαρία αναφορικά με τη σχέση μεταξύ οικονομικής ύφεσης, ανεργίας και αυτοκτονίας διαπιστώνεται ότι η αυτοκτονία είναι ένα εξαιρετικά πολύπλοκο φαινόμενο, αφού επηρεάζεται από διάφορους περιβαλλοντικούς και γενετικούς παράγοντες. Περαιτέρω, κάποιιοι από τους παράγοντες αυτούς είναι αλληλοσχετιζόμενοι, οπότε η ανεξάρτητη μεταβλητή αυτών παραμένει απροσδιόριστη και δύσκολο να διερευνηθεί μεθοδολογικά. Γενικά, φαίνεται ότι η ανεργία είναι ένας ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου τόσο για την αυτοκτονία όσο και για την κατάθλιψη. Από την

επιστημονική ανασκόπηση των πρώτων ερευνών επιβεβαιώνεται η αναλογική σχέση ανάμεσα στην αύξηση της ανεργίας και των αυτοκτονιών τόσο στις παλαιές όσο και στις νέες χώρες –μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Μολονότι οι ψυχιατρικές νόσοι και η κατάθλιψη αποτελούν τις βασικές αιτίες πρόκλησης αυτοκτονιών, οι επιστήμονες τονίζουν τη σημασία της κατανόησης και άλλων αιτιολογικών παραγόντων προκειμένου να συνεισφέρουν στην πρόληψη των αυτοκτονικών συμπεριφορών (Duleba, Gonda, Rihmer & Dome, 2012).

Πέρα από την οικονομική ύφεση, την κοινωνική και οικονομική κρίση και τις επιπτώσεις αυτών στην ανεργία, άλλες αιτιολογικές αποδόσεις της αυτοκτονίας σχετίζονται με ατομικά χαρακτηριστικά και στοιχεία της προσωπικότητας. Σχετικές διεθνείς έρευνες από το 2007 και μετά, ερευνούν συστηματικά τις επιδράσεις της φύσης αλλά και του κοινωνικού περιβάλλοντος στην αυτοκτονική συμπεριφορά όπως και το ρόλο των γονιδίων. Σχετικά με το θέμα αυτό, οι Wasserman, Geijer, Sokolowski, Rozanov & Wasserman (2007) δημοσιεύουν ορισμένα σημαντικά ευρήματα σχετικά με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και τους νευρολογικούς μεταβιβαστές. Οι ερευνητές αναφέρουν ότι η αυτοκτονία είναι ένα φαινόμενο που επηρεάζει σχεδόν ένα εκατομμύριο άτομα κάθε χρόνο ενώ, συχνά οι περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως οι αρνητικές εμπειρίες ζωής μπορεί να συμβάλουν σημαντικά στην αυτοκτονική συμπεριφορά. Ωστόσο, σε πολλές περιπτώσεις η έκθεση διαφορετικών ατόμων στις ίδιες στρεσογόνες περιβαλλοντικές καταστάσεις δεν οδηγεί σε αύξηση των αυτοκτονιών. Το γεγονός αυτό καταδεικνύει από μόνο του τη σημασία των ατομικών διαφορών στη μελέτη της αυτοκτονίας.

Όπως συμβαίνει και σε αρκετές μελέτες που εμπλέκουν συγκεκριμένα γονίδια στα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των ατόμων, έτσι και οι ανωτέρω ερευνητές καταλήγουν σε ένα γονίδιο υδροξυλάσης (tyrosine hydroxylase gene), το οποίο σε όλες τις γενετικές ποικιλίες σχετίζεται με επιθετικά στοιχεία και εχθρικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας όπως και ευαλωτότητα στο στρες. Η γενετική ποικιλία συγκεκριμένων γονιδίων διαδραματίζει σημαντικό ρόλο σε βασικούς μηχανισμούς της νευρικής μεταβίβασης, ενώ ο μεταφορέας σεροτονίνης και ο υποδοχέας 1<sup>A</sup> της σεροτονίνης, επίσης, συσχετίζονται με αυτοκτονική συμπεριφορά. Συνεπώς, η έρευνα προσανατολίζεται στην επέκταση της διερεύνησης των ανωτέρω νευροβιολογικών μηχανισμών συνδυαστικά με τις επιρροές του περιβάλλοντος (Wasserman, Geijer, Sokolowski, Rozanov & Wasserman, 2007).

Άλλη έρευνα των Giegling, Olgiati, Hartmann, Calati, Moller, Rujescu & Serretti (2009), υπήρξε, επίσης, προσανατολισμένη στη σχέση μεταξύ της προσωπικότητας και συγκεκριμένων χαρακτηριστικών της όπως ο θυμός, η επιθετικότητα και η παρορμητική συμπεριφορά σε σχέση με την αυτοκτονία, καταλήγει ότι τα παραπάνω είναι χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που συνδέονται με αυξημένα επίπεδα αυτοκτονικής συμπεριφοράς στους ανθρώπους και μπορούν να χρησιμεύσουν, παράλληλα, ως δείκτες πρόβλεψης μελλοντικής αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Ακόμα, δευτερογενής σκοπός της ίδιας έρευνας ήταν να συγκρίνει τα χαρακτηριστικά αυτά του θυμού και της επιθετικότητας με τις παρορμητικές απόπειρες αυτοκτονίας όπως και με τις περισσότερο ή λιγότερο βίαιες μεθόδους πρόκλησης αυτοκτονικού θανάτου. Η μέτρηση εκατόν έντεκα ατόμων με ιστορικό αυτοκτονικών αποπειρών όσον αφορά τις διαστάσεις του θυμού, της επιθετικότητας και

του ταμπεραμέντου/χαρακτήρα έδειξαν ότι υπήρχαν υψηλότερα επίπεδα επιθετικότητας σε άνδρες που ήταν οριακοί για διαταραχές προσωπικότητας, ενώ η αυτό-επιθετική συμπεριφορά συσχετιζόταν με χαμηλή αυτοκαθοδήγηση και υψηλή παρορμητικότητα. Σε γενικές γραμμές, φάνηκε ότι η παρορμητικότητα και η αποφυγή πρόκλησης βίαιης συμπεριφοράς είναι δύο διαστάσεις της προσωπικότητας που συνδέονται ανεξάρτητα με τάσεις αυτοεπιθετικότητας (self-aggressive tendencies). Ο θυμός και η αυτό-καθοδήγηση εμφανίζονται, επίσης, να έχουν κάποιες επιδράσεις στην απόπειρα αυτοκτονίας, μολονότι χρειάζεται περαιτέρω έρευνα (Giegling, Olgiati, Hartmann, Calati, Moller, Rujescu & Serretti, 2009).

Μάλιστα, η έρευνα των Conrad, Walz, Geiser, Imbierowicz, Liedtke & Wegener (2009), επιδιώκει να σκιαγραφήσει το ταμπεραμέντο και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ατόμων σε σχέση με την εκδήλωση αυτοκτονικού ιδεασμού (suicidal ideation) και αυτοκτονικών αποπειρών σε ασθενείς με κατάθλιψη. Οι ερευνητές ισχυρίζονται ότι για να εμποδίσουμε την αυτοκτονική συμπεριφορά είναι σημαντικό να κατανοήσουμε καλύτερα εκείνα τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που συνδέονται με τον αυτοκτονικό ιδεασμό και τις απόπειρες. Πολλοί από τα 394 υποκείμενα που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα είχαν σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους σημειώσει αυτοκτονικές απόπειρες (32 από τους ασθενείς με κατάθλιψη), ενώ οι περισσότεροι (133 ασθενείς) καταλαμβάνονταν από αυτοκτονικούς ιδεασμούς. Ωστόσο, οι περισσότεροι καταθλιπτικοί ασθενείς (229 άτομα) δεν είχαν κάποιο αυτοκτονικό ιδεασμό ούτε σκέφτονταν έντονα να βάλουν τέλος στη ζωή τους.

Από τα αποτελέσματα των αναλύσεων φάνηκε ότι οι δύο πρώτες κατηγορίες των ασθενών επεδείκνυαν υψηλότερα σκορ σε συναισθηματικό στρες και κατάθλιψη. Όσον αφορά σε χαρακτηριστικά προσωπικότητας, οι ασθενείς με αυτοκτονικούς ιδεασμούς παρουσίαζαν χαμηλότερη αυτό-καθοδήγηση σε σχέση τους ασθενείς χωρίς αυτοκτονικούς ιδεασμούς. Γενικά, τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι η υψηλή αποφυγή πρόκλησης βίας (high harm avoidance) αποτελεί ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που μπορεί να σχετίζεται με την απόπειρα αυτοκτονίας στις περιπτώσεις κατάθλιψης, ενώ η χαμηλή αυτό-καθοδήγηση μπορεί να σχετίζεται με αυτοκτονικούς ιδεασμούς. Καθώς οι διαστάσεις του ταμπεραμέντου, γενικότερα, αντιπροσωπεύουν τον «συναισθηματικό πυρήνα» του ατόμου, ενώ οι διαστάσεις του χαρακτήρα αντιπροσωπεύουν τον «γνωστικό πυρήνα» του ατόμου, οι ερευνητές υποστηρίζουν την εφαρμογή ενός συγκεκριμένου ψυχοβιολογικού μοντέλου του Cloninger (Cloninger's psychobiological model), προκειμένου να υποστηριχτεί η διάγνωση ανάμεσα σε ασθενείς που έχουν ιδεασμούς χωρίς να είναι αυτοκτονικοί, σε ασθενείς που σκέφτονται την αυτοκτονία και σε ασθενείς που αρχίζουν να καταδεικνύουν έμπρακτα αυτοκτονική συμπεριφορά (Conrad, Walz, Geiser, Imbierowicz, Liedtke & Wegener, 2009).

Σύγχρονη μελέτη των Lewitzka, Denzin, Sauer, Bauer & Jabs (2016) σχετικά με την ανίχνευση διαφορών προσωπικότητας σε άτομα που είχαν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν πρόσφατα (εντός ενός τριμήνου) έναντι των αποπειραθέντων αυτοκτονία σε περίοδο από έξι μήνες και προηγουμένως, έδειξε ότι οι δύο ομάδες δεν διέφεραν σημαντικά σε κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά ή σε τάσεις αυτοκτονικότητας. Ωστόσο, οι ασθενείς που βρίσκονταν στην πρώτη κατηγορία, δηλαδή είχαν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν εντός του

τελευταίου τριμήνου παρουσιάζονταν κατά πολύ περισσότερο σε κατάθλιψη και με χαμηλότερα επίπεδα επιμονής και εξάρτησης από αμοιβές. Οι ερευνητές καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η τάση αυτοκτονίας αποτελεί μία ατομική συμπεριφορά που προκαλείται από ένα πολύπλοκο δίκτυο εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων. Ενώ έχουν δημοσιευτεί αρκετές μελέτες για τη σημασία που έχει στην πρόληψη της αυτοκτονίας η αναγνώριση ορισμένων χαρακτηριστικών προσωπικότητας (π.χ. παρορμητικότητα, αποφυγή πρόκλησης βλάβης κλπ), δεν έχει ακόμα αποσαφηνιστεί εάν τα χαρακτηριστικά αυτά αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου, κατά την περίοδο που ακολουθεί μία αποτυχημένη απόπειρα αυτοκτονίας, ούτε εάν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας μπορούν, αντίστοιχα, να επηρεάζονται από καταθλιπτικά συμπτώματα των ασθενών. Σχετικά με αυτό οι ερευνητές προτείνουν την συστηματική παρακολούθηση των θεραπευτικών στρατηγικών σε άτομα που έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν ώστε να διαπιστωθεί ο βαθμός που αυτές οι θεραπείες επηρεάζουν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους και έχουν επίδραση στην αυτοκτονική τους συμπεριφορά (Lewitzka et al., 2016).

Ενδιαφέρον, επίσης, παρουσιάζει η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ αυτοκτονικής συμπεριφοράς και εξάρτησης από το αλκοόλ στην οποία εστιάζουν ορισμένες διεθνείς έρευνες. Από τις σχετικές αναλύσεις και το συνδυασμό των στοιχείων αυτοκτονικής συμπεριφοράς με την εξάρτηση από το αλκοόλ αλλά και τη σχέση αυτών με το θυμό και άλλες διαστάσεις της προσωπικότητας φάνηκε ότι οι εξαρτώμενοι από το αλκοόλ έχουν μεγαλύτερο ποσοστό αυτοκτονικών συμπεριφορών μη τελεσίδικων, οι οποίες, δηλαδή, δεν φτάνουν να είναι θανατηφόρες. Ωστόσο, δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία σχετικά με το θυμό όπως και άλλων χαρακτηριστικών προσωπικότητας και τη σχέση τους με την αυτοκτονική συμπεριφορά σε άτομα εξαρτώμενα από το αλκοόλ (Sharma & Salim, 2014).

Συνολικά, από ένα ποσοστό 80% των αποπειραθέντων αυτοκτονία αλκοολικών, το 56.7% είχαν σε υψηλό βαθμό το χαρακτηριστικό του θυμού και 60% επιδείκνυαν έντονη έκφραση του θυμού τους προς τα έξω. Βρέθηκε, ακόμα, μία σημαντική αρνητική σχέση ανάμεσα στην επίδειξη αυτοκτονικής συμπεριφοράς και στην έκφραση των συναισθημάτων (λεκτικά / σωματικά), ενώ, αντίθετα, σημαντική θετική σχέση βρέθηκε ανάμεσα στην έκφραση του θυμού προς τα μέσα και τον νευρωτισμό. Οι ερευνητές καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι ψυχολογικές μεταβλητές που συνδέονται με την αυτοκτονική συμπεριφορά είναι υπαρκτές και χρειάζονται μεγαλύτερη κατανόηση ιδιαίτερα σε αποπειραθέντες που εξαρτώνται παράλληλα από το αλκοόλ, ενώ υποστηρίζουν ότι αυτό εμπλέκεται με τους τρόπους αντιμετώπισης του νευρωτισμού, του ανοίγματος προς τους άλλους (openness), της συνειδητότητας (conscientiousness) και της συγκαταβατικότητας (agreeableness) προκειμένου να επέλθουν αλλαγές στην έκφραση του θυμού από τις συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες (Sharma & Salim, 2014).

Τέλος, όσον αφορά στην πρόληψη της αυτοκτονίας και της απόπειρας αυτοκτονίας γενικότερα, όπως και στους τρόπους παρέμβασης με σκοπό την πρόληψη σε συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού με υψηλή επικινδυνότητα για αυτοκτονία, η έρευνα του Δανού Nordentoft (2007) προσφέρει κάποιες σημαντικές και ενδιαφέρουσες στρατηγικές, οι οποίες έχουν εφαρμοστεί στη Δανία και θα μπορούσαν να χρησιμεύσουν ως



μοντέλα παρέμβασης και για άλλες χώρες. Όπως διαπιστώνεται αρχικά, οι αυτοκτονίες στη Δανία, τουλάχιστον έως το 2007, είχαν παρουσιάσει σημαντική μείωση μέσα σε μία περίοδο δύο δεκαετιών με μεγαλύτερη πτώση στις γυναίκες παρά στους άνδρες όπως και σε όλες τις ηλικιακές κατηγορίες εκτός από τους πολύ νέους άνδρες που παρουσίαζαν σταθερά ποσοστά, αλλά και τους πολύ ηλικιωμένους που παρουσίαζαν αυξημένα ποσοστά.

Όπως αποδείχθηκε, οι προληπτικές παρεμβάσεις απευθύνονταν σε όλο τον πληθυσμό, ενώ συνδυάστηκαν με επιλεκτικές παρεμβάσεις σε άτομα που ανήκαν σε ομάδες υψηλότερου κινδύνου για επίδειξη αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Παράλληλα, προτεινόταν ενδεδειγμένες παρεμβάσεις για άτομα που είχαν ήδη αρχίσει να επιδεικνύουν μορφές αυτό-καταστροφικής συμπεριφοράς προκειμένου να μην οδηγηθούν σε αυτοκτονικό επεισόδιο. Άλλωστε, σκοπός των ερευνητικών μελετών ήταν να καταδειχθεί ότι η επάρκεια εναλλακτικών μεθοδολογικών παρεμβάσεων μπορεί να σχετίζεται θετικά με τη μείωση των ποσοστών αυτοκτονίας στη χώρα. Επιπλέον, οι μελέτες που είχαν γίνει στη χώρα σχετικά με τη χρήση όπλων καταδείκνυαν ότι τα ποσοστά της αυτοκτονίας μειώνονται εάν υπάρχει περιορισμένη πρόσβαση σε θανατηφόρα μέσα. Ειδικότερα, η μειωμένη πρόσβαση σε βαρβιτουρικά, σε οικιακό υγραέριο και εξατμίσεις αυτοκινήτων με υψηλό περιεχόμενο σε μονοξείδιο του άνθρακα αποδεικνύεται ευεργετική για τη μείωση των επιπέδων αυτοκτονίας, ιδιαίτερα σε γυναίκες στην Δανία, μολοντί συνυπάρχουν και άλλοι κοινωνικοί παράγοντες που είναι σημαντικοί για τη ροπή προς την αυτοκτονία (Nordentoft, 2007).

Αναφορικά με τις πληθυσμιακές κατηγορίες που αναγνωρίζονται ως περισσότερο «ευάλωτες» στην αυτοκτονική συμπεριφορά συμπεριλαμβάνονται οι ψυχιατρικοί ασθενείς, τα άτομα που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών, άτομα που έχουν πρόσφατα διαγνωστεί με σοβαρές σωματικές ασθένειες, όλα τα άτομα που έχουν αποπειραθεί στο παρελθόν να αυτοκτονήσουν όπως και οι άστεγοι, οι φυλακισμένοι, άτομα που ζουν σε ιδρύματα και άλλες κατηγορίες κοινωνικά περιθωριοποιημένων ατόμων. Ειδικά η μελέτη του Nordentoft (2007), εστίασε σε άστεγους και ψυχιατρικά ασθενείς, πιο συγκεκριμένα, ασθενείς με σχιζοφρένεια και άλλες συναφείς ψυχικές διαταραχές. Αναφορικά με τους άστεγους βρέθηκε ότι περισσότερο ευάλωτοι είναι εκείνοι που έχουν τη μικρότερη διαμονή σε ξενώνες φιλοξενίας –λιγότερο από 11 ημέρες-. Αναφορικά με τους σχιζοφρενείς ασθενείς, οι παράγοντες που είχαν μεγαλύτερη θετική συσχέτιση με απόπειρα αυτοκτονίας ήταν το ανδρικό φύλο, η νεαρή ηλικία, η πρόσφατη διάγνωση της ασθένειας, οι πολλές εισαγωγές σε κλινικές κατά τη διάρκεια του έτους που προηγείται της απόπειρας, οι προηγούμενες ή πρόσφατες προσπάθειες αυτοκτονίας, η χρήση ναρκωτικών και εξαρτησιογόνων ουσιών, η συνύπαρξη κατάθλιψης, η φτωχή λήψη της φαρμακευτικής θεραπείας, η φτωχή θεραπευτική παρακολούθηση, τα υψηλά επίπεδα νοημοσύνης όπως και οι αυτοκτονικοί ιδεασμοί. Η μελέτη προτείνει ότι η πρόληψη της αυτοκτονίας στη σχιζοφρένεια και άλλες ψυχιατρικές παθήσεις χρειάζεται να επικεντρώσει στην αξιολόγηση του κινδύνου κατά την χρονική περίοδο της θεραπείας σε κλινική αλλά και κατά την πρώτη εβδομάδα μετά το εξιτήριο, ενώ ειδική προσοχή πρέπει να δοθεί σε ασθενείς που εμφανίζουν έναν ή και περισσότερους από τους προαναφερθέντες παράγοντες επικινδυνότητας (Nordentoft, 2007).

Ακόμα, ο κίνδυνος για επανάληψη της αυτοκτονικής συμπεριφοράς εμφανιζόταν κατά 16% αυξημένος, κυρίως σε άτομα που επαναλάμβαναν την πράξη παρά σε «αρχάριους». Μάλιστα, η μελέτη της εφαρμογής κάποιων ψυχολογικών θεραπειών όπως η γνωστική - συμπεριφορική θεραπεία του Beck σε νεαρούς ασθενείς εισαγμένους σε κλινική αποκατάστασης που έπασχαν από αυτοκτονικούς ιδεασμούς ή είχαν διαπράξει απόπειρα αυτοκτονίας έδειξε ότι η παρέμβαση έφερε σημαντική βελτίωση στα αποτελέσματα από τη συμπλήρωση ερωτηματολογίου για την Κατάθλιψη του Beck (Beck's Depression Inventory), την κλίμακα Αβοηθησίας (Hopelessness Scale) ή την κλίμακα μέτρησης της Αυτό-εκτίμησης του Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale).

Από τη μελέτη των επειγόντων περιστατικών φάνηκε ότι υπάρχουν πολλά άτομα στην κοινότητα που βιώνουν κάποια αυτοκτονική κρίση και ότι αυτές οι ομάδες ανθρώπων είναι παράλληλα και ομάδες-στόχος (target group) για ψυχιατρικά επείγοντα. Η καταγραφή περιστατικών εισαγωγής σε Νοσοκομείο της Κοπεγχάγης έδειξε ότι δεν καταγράφονται όλες οι απόπειρες αυτοκτονίας με αυτή την αιτία εισαγωγής, παρά μόνο σε ποσοστό 37% των εισαχθέντων ασθενών. Ως προς το σημείο, αυτό, μάλιστα, τονίζεται η σημασία βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών εισαγωγής στα νοσοκομεία ώστε να υπάρχει σαφής καταγραφή και έγκαιρη αναγνώριση όλων των περιστατικών ως απόπειρες αυτοκτονίας και να μην δίνονται άλλες αιτιολογίες. Αναφορικά με τις νοσηλευτικές και ιατρικές υπηρεσίες, φάνηκε ακόμα ότι σε όλα σχεδόν τα περιστατικά εισαγωγής μετά από απόπειρα αυτοκτονίας δόθηκε στους ασθενείς παραπεμπτικό για ψυχιατρική αξιολόγηση, ωστόσο, χρειάζεται παράλληλα συνοδεία των ασθενών στα ψυχιατρικά επείγοντα και παρακολούθησή τους με σκοπό να διαπιστώνεται εάν ο ασθενής πράγματι παρακολουθεί την προγραμματισμένη ψυχιατρική συνεδρία. Για παράδειγμα, άλλες έρευνες έχουν καταδείξει ότι μόνο τα 2/3 των ασθενών που έχουν παραπεμφθεί για ψυχιατρική αξιολόγηση με σκοπό την ψυχιατρική θεραπεία από τα εξωτερικά ιατρεία κλινικών έχουν τελικά λάβει και την προγραμματισμένη ψυχιατρική θεραπεία (Hawton et al., 1998; Hawton et al., 1999), οπότε προτείνεται η αναβάθμιση των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων ώστε να υιοθετούν μία συγκεκριμένη προσέγγιση προστασίας απέναντι σε ασθενείς που έχουν κάνει απόπειρα.

Καθώς η αυτοκτονία αναγνωρίζεται ως ένα πολύ μεγάλο πρόβλημα της δημόσιας υγείας, οι κρατικοί φορείς πρέπει να το θέσουν ανάμεσα στις υψηλές προτεραιότητές τους με έμφαση στην πρόληψη και ενίσχυση της έρευνας διότι συγκεκριμένα στοιχεία απαιτούν μετά-ανάλυση ώστε να συγκεντρωθούν τα δεδομένα των πιο πρόσφατων ερευνών και να συντονιστούν οι παρεμβάσεις στους χώρους υγείας κάτι που απουσιάζει ακόμα και από χώρες με πολύ δυνατό ερευνητικό έργο όπως για παράδειγμα, η Δανία, στην οποία ωστόσο, ακόμα δεν έχει πραγματοποιηθεί μετα-ανάλυση των δεδομένων για διάφορα στοιχεία όπως για παράδειγμα, για την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων ή για τον καθορισμό των παραγόντων που αυξάνουν τον κίνδυνο επανάληψης της αυτοκτονικής απόπειρας (Nordentoft, 2007).

### 5.3. Βασικά Συμπεράσματα από την Ερευνητική Ανασκόπηση

Συμπερασματικά, οι έρευνες έδειξαν μία σαφή υπεροχή των ανδρών σε όλες τις χώρες της Ευρωζώνης όσον αφορά στις απόπειρες αυτοκτονίας, όπως και των νεότερων και μεγαλύτερων ηλικιών (Eurostat, 2016b), ενώ στη χώρα μας τα ποσοστά της αυτοκτονίας βαίνουν αυξανόμενα όχι όμως, στο μεγάλο ποσοστό που εμφανίζονται σε χώρες της κεντρικής Ευρώπης (Eurostat, 2016a). Ως προς τις αιτίες αυτών των συμπεριφορών φαίνεται ότι τόσο στη χώρα μας όσο και σε όλη την Ευρώπη εμφανίζεται σημαντική επίδραση της δημοσιονομικής λιτότητας στην αυτοκτονική συμπεριφορά των ατόμων, κυρίως σε σχέση με μεταβλητές όπως ο χρόνος ή η ηλικία με περισσότερο ευάλωτες να εμφανίζονται τις υψηλότερες ηλικιακές ομάδες των ανδρών (Antonakakis & Collins, 2015). Βρέθηκε ακόμα ότι η ύφεση έχει επιδράσεις στην ανεργία, στην εργασιακή ανασφάλεια, στην δημιουργία χρεών και στην απώλεια στέγης με εμφάνιση ψυχικών προβλημάτων στα άτομα και κυρίως, κατάθλιψη, κατανάλωσης αλκοόλ, αλλά και αυτοκτονικής συμπεριφοράς (Haw et al, 2015; Sharma & Salim, 2014). Ειδικότερα, η σχέση αυτοκτονικής συμπεριφοράς και επίδρασης αλκοόλ φαίνεται να επηρεάζεται συνδυαστικά και από συγκεκριμένα στοιχεία προσωπικότητας όπως είναι ο θυμός και η δυσκολία έκφρασης των συναισθημάτων στο άτομο (Sharma & Salim, 2014).

Σε σχέση με το φύλο και τις διαφοροποιήσεις που προκύπτουν από αυτό στην αυτοκτονία έρευνες δείχνουν ότι οι αυξήσεις σε απολύσεις και η μακροχρόνια ανεργία επιβεβαιώνονται να σχετίζονται θετικά με τις αυτοκτονίες ιδιαίτερα στους άνδρες παρά στις γυναίκες όπως το ίδιο συμβαίνει και με τα προσωπικά χρέη και την απώλεια στέγης ειδικά σε ηλικίες κάτω των 35 ετών (Coore et al., 2014). Αύξηση, επίσης, σημειώνεται και στις αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές και στα δύο φύλα (Corcoran et al., 2015), όπως και σε άνδρες φυλετικών μειονοτήτων σε χώρες που πλήττονται από την οικονομική ύφεση σε συνδυασμό με άλλα προβλήματα ψυχικής υγείας, ψυχολογικό στρες και υπογεννητικότητα (Margerison-Ziko et al., 2016).

Ενδιαφέρον εύρημα είναι ακόμα εκείνο που συνδέει την τελεσίδικη αυτοκτονία με προηγούμενη αυτοκτονική συμπεριφορά και απόπειρες σε ένα μεγάλο ποσοστό (Lewitzka, Denzin, Sauer, Bauer & Jabs, 2016; Nordentoft, 2007). Ακόμα, με εισαγωγή σε κλινικές ή προηγούμενες αναφορές των θυμάτων σε συγγενείς και άτομα του στενού τους κύκλου για την πρόθεσή τους να πεθάνουν (Nordentoft, 2007). Άλλες σημαντικές μεταβλητές που συνδέονται θετικά με την εκδήλωση αυτοκτονιών αναφέρονται να είναι η χρήση ναρκωτικών και εξαρτησιογόνων ουσιών, η συνύπαρξη κατάθλιψης, η φτωχή λήψη της φαρμακευτικής θεραπείας, η φτωχή θεραπευτική παρακολούθηση, τα υψηλά επίπεδα νοημοσύνης όπως και οι αυτοκτονικοί ιδεασμοί (Nordentoft, 2007). Η αυτοκτονία στους εφήβους, επίσης, όπως φάνηκε παραπάνω και από τα ελληνικά δεδομένα, συνδέεται με κάποιες από τις παραπάνω μεταβλητές όπως είναι κατάθλιψη ή λήψη ουσιών (Botsis, Soldatos & Stefanis, 1997), αλλά και συνδυασμό ψυχοκοινωνικών προβλημάτων μαζί με κάπνισμα ή λήψη ουσιών (Μεντή, 2007).

Ειδικότερα για την Ελλάδα, οι σύγχρονες έρευνες:

α) Επιβεβαιώνουν τη σημαντική άνοδο των αυτοκτονιών σε συγκεκριμένες ηλικιακές κατηγορίες (νέα άτομα κάτω των 24 ετών και μεγαλύτερα άτομα άνω των 60 ετών), αλλά και ως προς συγκεκριμένο φύλο (περισσότεροι άνδρες έναντι των γυναικών).

β) Συνδέουν άμεσα την αύξηση των αυτοκτονιών με την οικονομική κρίση και τις συνέπειες αυτής (μακροχρόνια ανεργία, χρέη, απολύσεις, εργασιακή ανασφάλεια) κάνοντας συχνά λόγο για μια «σύγχρονη ελληνική τραγωδία».

γ) Συνδέουν τη χρήση ουσιών –νόμιμων και παράνομων- , τα διάφορα ψυχοκοινωνικά προβλήματα και την ψυχοπαθολογία των εφήβων με περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας σε νέα άτομα κάτω των 24 ετών.

Όπως διαπιστώνεται σε μελέτες που έγιναν αναδρομικά σε βάθος χρόνου έως και το 2003, ο μέσος όρος αυτοκτονιών στην Ελλάδα ανέβηκε κατά 35% μετά το 2010, επίσης περισσότερο στους άνδρες παρά στις γυναίκες. Παράλληλα διαπιστώνεται ότι κάθε επιπρόσθετη άνοδος της ανεργίας ανά μία ποσοστιαία μονάδα οδηγεί σε αντίστοιχη άνοδο του επιπέδου αυτοκτονιών κατά 0.19/100.000 γενικό πληθυσμό, αποτέλεσμα που επιβεβαιώνει για άλλη μια φορά την απευθείας θετική σχέση μεταξύ των μέτρων λιτότητας και της απειλής στην υγεία των ανθρώπων (Rachiotis et al., 2015). Πιο συγκεκριμένα, στη διετία μεταξύ 2007-2009, στην περιοχή της Αθήνας μόνο, καταγράφονται 335 περιπτώσεις θυμάτων αυτοκτονίας, άνδρες οι περισσότεροι (3:1 αναλογία) με προηγούμενο ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας, στην πλειονότητά τους συνταξιούχοι ή άνεργοι (Paraschakis et al., 2015).

Ενδιαφέρουσα είναι, ακόμα, η θετική σύνδεση που προκύπτει μεταξύ της αυτοκτονίας και συγκεκριμένων παραμέτρων που τονίζονται και σε διεθνείς έρευνες όπως για παράδειγμα, η ύπαρξη ψυχικών ασθενειών στο άτομο, η λήψη φαρμάκων, τα οποία γίνονται και βασικό αυτοκτονικό αίτιο κυρίως στις γυναίκες, η πρόκληση θανάτου κυρίως με αγχόνη ή πυροβολισμό στους άνδρες όπως και η υψηλότερη επικινδυνότητα για αυτοκτονική συμπεριφορά σε μετανάστες, ειδικότερα σε εκείνους που προέρχονται από μικρότερες εθνικές μειονότητες στην Ελλάδα όπως Σομαλοί ή Αφγανοί (Paraschakis et al., 2015).

Επιπλέον, στους έφηβους και προ-έφηβους (9-20 ετών) προεξέχοντες παράγοντες κινδύνου, όπως είναι η ψυχοπαθολογία του εφήβου, οι επιβαρυντικοί ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και το κάπνισμα ή η χρήση ουσιών –νόμιμων και παράνομων- είναι ανεξάρτητα συνδεδεμένοι παράγοντες με αυξανόμενο κίνδυνο για σοβαρή απόπειρα αυτοκτονίας, ενώ η σύνδεση μεταξύ των μεταβλητών αυτών και της αυτοκτονίας επιμένει ακόμα και μετά την προσαρμογή για το αποτέλεσμα άλλων παραγόντων (Μεντή, 2007, Botsis et al., 1997).

Τέλος, ως προς τα μέτρα παρέμβασης και τις αντίστοιχες προτάσεις για πρόληψη του φαινομένου, οι περισσότερες έρευνες σε διεθνές πλαίσιο, αλλά και στην Ελλάδα, διαπιστώνουν τις εμφανείς αρνητικές επιδράσεις των παραπάνω δεδομένων στην κοινωνική προστασία των ανθρώπων και στη δημόσια υγεία. Οι ερευνητές προτείνουν κατάλληλες κυβερνητικές παρεμβάσεις με καλύτερα οργανωμένες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας και ενίσχυση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας αντί για μείωση των διαθέσιμων οικονομικών πόρων για την Υγεία (Haw et al., 2015). Προτείνεται, ακόμα, η ανάπτυξη και ενίσχυση κοινωνικών δικτύων προστασίας για τις ευάλωτες ομάδες καθώς αυτά έχουν αποδειχθεί πολύ αποτελεσματικά σε χώρες

που λειτουργούν καλά (Margerison-Ziko et al., 2016). Για παράδειγμα, βρέθηκε ότι η μεγαλύτερη σε διάρκεια παραμονή αστέγων σε ξενώνες φιλοξενίας μειώνει τα αυτοκτονικά ποσοστά σε αυτή την ευάλωτη κατηγορία του πληθυσμού στη Δανία, αντίθετα, περισσότερο ευάλωτοι είναι εκείνοι που έχουν τη μικρότερη διαμονή σε ξενώνες φιλοξενίας έως και λίγες μέρες μέσα σε ένα χρόνο (Nordentoft, 2007). Η επέκταση των δικτύων κοινωνικής προστασίας προτείνεται και από άλλες διεθνείς έρευνες με έμφαση, αφού οι επιπτώσεις της Μεγάλης Ύφεσης στις συμπεριφορές υγείας σε όλες τις χώρες κρίνονται σοβαρές και διαφέρουν ανάλογα με την κοινωνική προστασία που παρέχεται, ενώ τα ενισχυμένα κοινωνικά δίκτυα μπορούν να βοηθήσουν ώστε οι προσαρμογές στην υγεία να είναι πιο ήπιες και με λιγότερες καταστροφικές συνέπειες (Toffotutti & Suhracke, 2014).

Στοχευμένες αναφορές γίνονται σχετικά με την αναβάθμιση των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων ώστε να υιοθετούν μία συγκεκριμένη προσέγγιση προστασίας απέναντι σε ασθενείς που έχουν κάνει απόπειρα και να παρακολουθούν αν πράγματι προχωρούν σε ψυχιατρική αξιολόγηση και θεραπεία σύμφωνα με την αρχική παραπομπή τους (Nordentoft, 2007). Συγκεκριμένα, οι υπηρεσίες και οι λειτουργοί της υγείας χρειάζεται να τηρούν και να ανανεώνουν τα αρχεία εισαγωγής στις κλινικές με πραγματικά στοιχεία όσον αφορά τις αιτίες εισαγωγής που θα αποτυπώνουν με τρόπο διαυγή την έκταση του προβλήματος αντί να το αποκρύπτουν. Ακόμα, απαραίτητο είναι για το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό στο χώρο της ψυχικής υγείας και, γενικότερα, της περίθαλψης, να ενημερώνονται μέσα από ενισχυμένες και διαρκείς επιστημονικές έρευνες και να είναι πολύ προσεκτικοί με συγκεκριμένους παράγοντες οι οποίοι αυξάνουν τον κίνδυνο επανάληψης μιας αυτοκτονικής συμπεριφοράς τόσο κατά τον χρόνο εισαγωγής του ασθενούς στο νοσοκομείο όσο και κατά την πρώτη χρονική περίοδο από την έξοδό του από το νοσοκομείο (Nordentoft, 2007).

Ελληνικές έρευνες, επίσης, προτείνουν την νοσηλεία εφήβων σε νοσοκομεία για όσο καιρό χρειαστεί μέχρι να ξεφύγουν από τον κίνδυνο, αφού οι στρατηγικές της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας πρόληψης στοχεύουν στη μείωση των ποσοστών αυτοκτονίας στους νέους ανθρώπους που αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου αυτοκτονίας (Botsis, Soldatos & Stefanis, 1997). Προτείνεται, ακόμα, η συνέχιση προγραμμάτων για την πρόληψη του φαινομένου μέσα από την πρωτοβάθμια φροντίδα, για παράδειγμα, οργάνωση σχολικών προγραμμάτων που έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά μεν, αλλά σε περιορισμένο εύρος εφήβων και, πιθανόν, χρειάζονται βελτιώσεις (Karagiouli, 2006).

Τέλος, οι ερευνητές ισχυρίζονται ότι για την εμπόδιση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς είναι σημαντική η προηγούμενη καλύτερη κατανόηση εκείνων των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας που συνδέονται με τον αυτοκτονικό ιδεασμό και τις απόπειρες (Congrad, Walz, Geiser, Imbierowicz, Liedtke & Wegener, 2009). Πράγματι, έχουν δημοσιευτεί αρκετές μελέτες για τη σημασία που έχει στην πρόληψη της αυτοκτονίας η αναγνώριση ορισμένων χαρακτηριστικών προσωπικότητας όπως παρορμητικότητα, αποφυγή πρόκλησης βλάβης στους άλλους, χαμηλή ανταπόκριση σε εξωτερικούς ενισχυτές, επιβραβεύσεις κλπ., αλλά και θυμός, επιθετικότητα και παρορμητική συμπεριφορά, τα οποία, συνδέονται με αυξημένα επίπεδα αυτοκτονικής συμπεριφοράς στους ανθρώπους (Giegling, Olgiati, Hartmann, Calati, Moller, Rujescu & Serretti, 2009), όπως

και η μελέτη της πιθανότητας τα χαρακτηριστικά αυτά να τροποποιούνται μετά από κάποια «αποτυχημένη» , αρχική αυτοκτονική απόπειρα ή ενόσω το άτομο βρίσκεται σε θεραπεία (Lewitzka, Denzin, Sauer, Bauer & Jabs, 2016).

## **Κεφάλαιο 6° Ο Υποστηρικτικός Ρόλος του Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας στην Φροντίδα του Αυτοκτονικού Ασθενούς**

### **6.1. Ο ρόλος του Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας (Εισαγωγή, Αρχές, Ιστορική Αναδρομή)**

Η ιστορία της Νοσηλευτικής χρονολογείται από την αρχαιότητα, όταν οι θεραπεινίδες περιέθαλπαν και φρόντιζαν τους ασθενείς, ενώ η Ψυχιατρική Νοσηλευτική, ιδιαίτερα, αναγνωρίστηκε ως επιστήμη στα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα, όταν το ανθρωπιστικό ρεύμα του Ευρωπαϊκού και Αμερικανικού Διαφωτισμού διαμόρφωσε θετικές εξελίξεις για την περίθαλψη των ψυχιατρικών ασθενών (Σταθαρού, Berk & Μάλαμα, 2005). Ειδικότερα, η καταγωγή της επαγγελματικής Νοσηλευτικής και της εκπαίδευσης νοσηλευτών αποδίδεται στη Florence Nightgale (1820-1919), η οποία και αγωνίστηκε ώστε οι νοσοκομειακοί λειτουργοί να μην είναι απλά ανειδίκευτες γυναίκες, αλλά να ιδρυθεί επίσημα η πρώτη σχολή για νοσηλεύτες. Αντίστοιχα, ο ρόλος των νοσηλευτών ψυχικής υγείας διαφοροποιήθηκε στις χώρες σημειώνοντας ιδιαίτερη εξέλιξη στις Η.Π.Α. λόγω των προσφορότερων κοινωνικών και οικονομικών συνθηκών. Στόχος ήταν η οργάνωση ενός συστήματος υγείας ικανού να παρέχει ποιοτική φροντίδα στους ψυχικά πάσχοντες, μολονότι στα χρόνια πριν το 1882 οι ψυχιατρικοί νοσηλευτές είχαν χαμηλό γόητρο και αναγνώριση από τους συναδέλφους τους, οι οποίοι αμφισβητούσαν τα κριτήρια εκπαίδευσής τους και δεν τους επιτρεπόταν να εργάζονται σε γενικά νοσοκομεία (Σταθαρού, Berk & Μάλαμα, 2005).

Με τον όρο «Αγωγή υγείας» νοείται η διαδικασία που βοηθάει τα άτομα να παίρνουν αποφάσεις που προασπίζουν και προάγουν τη σωματική, ψυχική και κοινωνική τους ευεξία (American Joint Committee on Health Education Terminology, 1973). Συνεπώς, ως δραστηριότητα, η αγωγή υγείας παρέχει γνώσεις υγείας, όπως π.χ κάποια σχετικά μόνιμη αλλαγή στις ικανότητες ενός ατόμου. Μπορεί να προκαλέσει αλλαγές στη κατανόηση ή τον τρόπο σκέψης, στις πεποιθήσεις ή στάσεις, στη συμπεριφορά και τον τρόπο ζωής, καθώς και να διευκολύνει την απόκτηση δεξιοτήτων (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή, 2005).

Σε μία σύντομη ιστορική αναδρομή της εξέλιξης της ψυχιατρικής νοσηλευτικής στην Ελλάδα, παρατηρείται ότι την απαρχή της ψυχιατρικής νοσηλευτικής σημειώνει η Ζωή Τσουκαλά-Κακαρούκα, η οποία το 1945 επιστρέφοντας από την μετεκπαίδευσή της στον Καναδά διαπιστώνει τις ελλείψεις αναφορικά με την παρουσία ψυχιατρικών νοσηλευτών και αναλαμβάνει να εκπαιδεύσει τις μαθήτριες της στη Σχολή Επισκεπτριών Αδελφών και Νοσοκόμων στο Δημόσιο Ψυχιατρείο, ενώ σταδιακά, οι πρώτες απόφοιτοι

διορίζονται σε οργανικές θέσεις στο Δημόσιο Ψυχιατρείο προάγοντας αξίες όπως ο ανθρωπισμός και η συναδελφσύνη, αλλά και παραδίδοντας με τη σειρά τους μαθήματα Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής στο μόνιμο προσωπικό. Το έργο της Τσουκαλά συνεχίστηκε από την Αφροδίτη Ραγιά (1965), μετεκπαιδευθείσα, επίσης, στο εξωτερικό που συνέχισε το έργο της εκπαίδευσης στη νοσηλευτική ψυχικής υγείας μίας σειράς επαγγελματιών όπως νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί και εργοθεραπευτές. Με το νόμο 1579/1985 θεσπίζεται η ειδίκευση στην Ψυχιατρική Νοσηλευτική σε διάφορα νοσοκομεία της χώρας και το 1990 ιδρύεται τμήμα χορήγησης ανάλογου μεταπτυχιακού τίτλου από το Πανεπιστήμιο Αθηνών (Σταθαρού, Berk & Μάλαμα, 2005).

Τηρώντας τις βασικές αρχές της αγωγής υγείας, ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας οφείλει να εστιάζει στους ανθρώπους και στη δράση. Άλλωστε, γενικοί στόχοι είναι να πείσει τους ανθρώπους να υιοθετούν και να διατηρούν υγιείς τρόπους διαβίωσης, να χρησιμοποιούν με σύνεση τις υπηρεσίες φροντίδων υγείας που τους παρέχονται και να παίρνουν οι ίδιοι αποφάσεις, είτε ατομικές είτε συλλογικές, ώστε να βελτιώνουν το επίπεδο υγείας τους, αλλά και το περιβάλλον (WHO 1969). Ειδικότερα, όσον αφορά στην ψυχική υγεία, ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας χρειάζεται να επικοινωνεί με τον ασθενή, να εκτιμά τα προβλήματά του, να παρεμβαίνει και να αξιολογεί τα αποτελέσματα της παρέμβασής του, όπως επίσης, να συνεργάζεται, να συντονίζει τις δράσεις του και να οργανώνει διάφορες πρωτοβουλίες (Mackay, Paterson & Casselis, 2005). Μία άλλη σημαντική πρόκληση του ρόλου αφορά στην ανταπόκριση σε αλλαγές του θεραπευτικού περιβάλλοντος, το οποίο παρακολουθώντας τις διεθνείς εξελίξεις στη σύγχρονη φροντίδα του ασθενούς με ψυχικό νόσημα, γίνεται όλο και πιο απαιτητικό (Cleary, 2004).

Πιο αναλυτικά, σε μονάδες αντιμετώπισης οξέων περιστατικών, όπως είναι και η αυτοκτονική απόπειρα, οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας αντιμετωπίζουν σημαντικές ανάγκες και δυσκολίες κατά την εργασία τους, τα οποία έχουν γίνει αντικείμενο της παγκόσμιας έρευνας στο σύγχρονο κόσμο (Haddad, Plummer, Taverner, Gray, Lee, Payne & Knight, 2005; Walker, Barker & Pearson, 2000). Απαιτείται συγκεκριμένη εκπαίδευση σε τεχνικές επικοινωνίας και διαχείρισης των κρίσιμων περιστατικών, ικανότητα διαχείρισης ζητημάτων διεπαγγελματικής συνεργασίας όπως και ζητήματα αυτονομίας του νοσηλευτικού επαγγέλματος, ενώ κατά τη φροντίδα του ασθενούς προκύπτουν ζητήματα που άπτονται του ηθικού κώδικα της νοσηλευτικής ή εγείρουν ζητήματα νομοθετικής κάλυψης για τους επαγγελματίες νοσηλευτές προβληματίζοντας και περιορίζοντας τους ψυχιατρικούς νοσηλευτές στο έργο τους (O'Brien & Cole, 2004).

Συγκεκριμένα, για την Ελλάδα παρατηρείται έλλειψη συστηματικής εκπαίδευσης του ψυχιατρικού νοσηλευτικού προσωπικού σε όλα τα ανωτέρω σημαντικά ζητήματα, ενώ τα τελευταία χρόνια, το ψυχιατρικό σύστημα στη χώρα μας υφίσταται σημαντικές αλλαγές με έμφαση στην εξω-νοσοκομειακή και αποκαταστασιακή φροντίδα του ψυχικά ασθενούς. Έτσι, τα ψυχιατρικά νοσοκομεία μετατρέπονται σε «Τμήματα Βραχείας Νοσηλείας» και συμπεριλαμβάνουν τμήματα οξέων περιστατικών, στα οποία οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν ασθενείς σε κρίση με τις ίδιες περίπου συνθήκες, τα ίδια καθήκοντα και τις ίδιες υποχρεώσεις προς τον ψυχικά ασθενή χωρίς ταυτόχρονα να ορίζεται με ακρίβεια ο νοσηλευτικός ρόλος σε

κάθε περίπτωση ούτε να εντοπίζονται τα ιδιαίτερα προβλήματα που ανακύπτουν όταν ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας καλείται να προσφέρει εξειδικευμένη φροντίδα σε έναν ασθενή (Madianos, 2002; Κούκια & Γκόνης, 2010).

Η μελέτη των Κούκια και Γκόνη (2010) αναδεικνύει τις βασικές εκπαιδευτικές ελλείψεις των νοσηλευτών, την ανυπαρξία πρωτοκόλλων, την ελλιπή νομοθετική τους κάλυψη όπως και την περιορισμένη αυτονομία τους στην αντιμετώπιση των περιστατικών, τα οποία και λειτουργούν ως στρεσογόνοι παράγοντες για τους ίδιους εμποδίζοντας τη συστηματική αξιολόγηση του νοσηλευτικού τους έργου όπως και των καθορισμό σαφών πλαισίων κατά την άσκηση του ρόλου τους (Κούκια & Γκόνης, 2010; Cleary, 2004). Συμπερασματικά, η βάση της νοσηλευτικής φροντίδας χρειάζεται αναστοχασμό και επαναπροσδιορισμό των ρόλων των νοσηλευτών μέσα στα νοσοκομεία, ενώ πρόκληση αποτελεί η παροχή δυνατότητας στο ψυχιατρικό νοσηλευτικό προσωπικό να συμβάλει αποφασιστικά στη διαμόρφωση του συστήματος υγείας με ανθρωπιστικά κριτήρια παροχής υπηρεσίας προς τους ασθενείς και τις οικογένειές τους προσαρμοσμένης στα ιδιαίτερα οδυνηρά χαρακτηριστικά της ψυχιατρικής νόσου (Cleary, 2003).

## **6.2. Ο Ρόλος του Κοινωνικού Νοσηλευτή στην Κοινότητα.**

Η έννοια της κοινότητας έχει αποσπάσει πολλούς διαφορετικούς ορισμούς, ενώ γίνεται συνήθως κατανοητή με διπλό τρόπο: α) με την έννοια της γεωγραφικής κοινότητας ορισμένης από ένα σύνολο προσώπων που κατοικούν σε μία ορισμένη περιοχή και συνδέονται μεταξύ τους με δεσμούς ισχυρούς και έχουν ως βάση της κοινωνικής τους ζωής την περιοχή αυτή που κατοικούν και δραστηριοποιούνται και β) με την έννοια της συναισθηματικής κοινότητας ορισμένης από ένα σύνολο ατόμων που αισθάνονται πολύ κοντά ο ένας με τον άλλο διότι έχουν οικεία ενδιαφέροντα και κανόνες συμπεριφοράς που ρυθμίζουν τις μεταξύ τους σχέσεις. Σε κάθε περίπτωση, η έννοια της κοινότητας παρουσιάζει ως κοινό στοιχείο τον δεσμό των μελών της και το αίσθημα του «κοινωνείν», ότι, δηλαδή, μοιράζονται κάτι κοινό (Κυδωνόπουλος & Αβενίδου, 2009).

Στη χώρα μας, ο όρος «κοινότητα» ως διοικητική μονάδα δηλώνει την πρώτη βαθμίδα τοπικής αυτοδιοίκησης, ενώ τα βασικά χαρακτηριστικά της αναφέρονται τόσο στο περιβάλλον όσο και στον πληθυσμό. Τα μέλη της κοινότητας συνδέονται μεταξύ τους με κάποια αίσθηση ταυτότητας και έχουν κοινές αξίες, ενώ αποδέχονται και ακολουθούν τους ίδιους τρόπους συμπεριφοράς απέναντι στα άλλα μέλη και απέναντι στα μη μέλη. Η κοινότητα, μέσω μιας κοινής γλώσσας και κοινά αποδεκτών κανόνων, ασκεί εξουσία πάνω στα μέλη της, παράγει κοινωνικά την επόμενη γενιά των μελών της (Καλοκαιρινού- Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή, 2005).

Η Κοινωνική Νοσηλευτική διεθνώς ξεκίνησε σχεδόν ταυτόχρονα με την άσκηση της Νοσηλευτικής στα νοσοκομεία, όπως για παράδειγμα στην Αγγλία, όπου, ήδη, από τον 19ο αιώνα, εμφανίζονται νοσηλεύτριες διάφορων κλάδων (σχολικές κλπ.) που ασχολούνταν κυρίως με τη φροντίδα του ασθενούς ανθρώπου στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Lancaster 1996). Για τη χώρα μας, η Κοινωνική Νοσηλευτική ξεκίνησε επίσης, στο δεύτερο μισό του 19<sup>ου</sup> αιώνα, ως ξεχωριστή επαγγελματική οντότητα και με βασική ενασχόληση την



φροντίδα των ασθενών σε οργανωμένα νοσηλευτικά ιδρύματα (Λανάρα, 1995). Μέχρι τη δεκαετία του 1980, ο επισκέπτης υγείας ήταν εκείνος που κυρίως, ασκούσε το νοσηλευτικό επάγγελμα στην κοινότητα ασχολούμενος είτε με θέματα δημόσιας υγείας αλλά και με θέματα νοσηλείας στο σπίτι, ενώ με την ίδρυση των Κέντρων Υγείας (Ν. 1397/83), εκτός από τους επισκέπτες υγείας, διορίζονται και νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, αλλά και μαιές / μαιευτές με αντίστοιχο ρόλο (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή 2005).

Σύμφωνα με τον Αμερικανικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών η Κοινοτική Νοσηλευτική ορίζεται ως κλάδος της Νοσηλευτικής Επιστήμης με ειδικές γνώσεις και δεξιότητες για τη αντιμετώπιση των αναγκών υγείας των ατόμων, οικογενειών, κοινοτήτων που βρίσκονται στο φυσικό τους περιβάλλον όπως το σπίτι, το σχολείο και ο χώρος εργασίας τους. Μάλιστα, οι βασικοί της σκοποί περιγράφονται ως (Μάργαρη και συν., 1999):

- α) η πρόληψη ασθενειών, αναπηριών και προώρου θανάτου,
- β) η φροντίδα και αποκατάσταση του αρρώστου,
- γ) η παρακολούθηση του ατόμου, της οικογένειας, της κοινότητας, του περιβάλλοντος και
- δ) η ενίσχυση και η διδασκαλία όλων των ατόμων, οικογενειών ή ομάδων για υγιεινή διαβίωση.

Καθώς, ο στόχος της Κοινοτικής Νοσηλευτικής είναι η βελτίωση της υγείας του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας, έμφαση αποδίδεται στη διατήρηση και προαγωγή της υγείας και στην πρόληψη της νόσου στο σύνολο του πληθυσμού της κοινότητας. Ειδικότερα, ο ρόλος του Κοινοτικού Νοσηλευτή στην κοινότητα είναι να αποτελεί ενεργό μέλος της ομάδας υγείας και να συντονίζει διάφορες δράσεις, να συνεργάζεται με άλλες ειδικότητες και συναδέλφους προκειμένου να κινητοποιήσουν τον πληθυσμό, να ευαισθητοποιήσουν για τις ανάγκες υγείας και να πείσουν τους πολίτες της Κοινότητας να συμμετέχουν σε προγράμματα υγείας. Τελικός σκοπός της δράσης του Κοινοτικού Νοσηλευτή είναι να εξαπλωθεί η ατομική ευθύνη για τη φροντίδα της υγείας, γνωστή και με τον όρο «αυτό - φροντίδα» , η οποία, ως ιδέα, κερδίζει όλο και περισσότερο έδαφος τα τελευταία χρόνια (Μάργαρη και συν., 1999).

Ακόμα, οι ευθύνες του Κοινοτικού Νοσηλευτή, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO 1985) περιλαμβάνουν (Nies & McEwen, 2001):

- Την ενθάρρυνση της συμμετοχής της κοινότητας.
- Τη συνεργασία με άτομα, οικογένειες και την κοινότητα.
- Την ενδυνάμωση ατόμων, οικογενειών και της κοινότητας.
- Την καθοδήγηση και την υποστήριξη άλλων εργαζόμενων.
- Τον συντονισμό δραστηριοτήτων ανάπτυξης της κοινότητας που σχετίζεται με την υγεία, σε συνεργασία με τους υπεύθυνους για το κοινωνικό και οικονομικό σκέλος των προγραμμάτων.

Μάλιστα, για την πραγματοποίηση των παραπάνω αρμοδιοτήτων και ευθυνών κρίνονται απαραίτητες συγκεκριμένες δραστηριότητες του κοινοτικού νοσηλευτή όπως είναι η παροχή σωματικής και ψυχολογικής φροντίδας σε περιπτώσεις ασθένειας ή και υγείας, η αξιολόγηση της κατάστασης υγείας, η παροχή φροντίδας όπου ενδείκνυται σε περιπτώσεις ασθένειας ή ατυχήματος και σχετική καθοδήγηση του ασθενούς και των

οικείων του ατόμων, όπως και η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και της οικογένειας και η συμβουλευτική εργασία και βοήθεια για τη δημιουργία και διατήρηση υγιεινού περιβάλλοντος (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή, 2005).

Μάλιστα, η συμβουλευτική εργασία χρειάζεται να προσανατολίζεται προς τη συνεχιζόμενη βοήθεια αγωγής υγείας, την απόκτηση υγιεινών συνηθειών ζωής από τον ασθενή όπως κατάλληλης διατροφής κλπ., αλλά και προς την παροχή φροντίδας αποκατάστασης κατά το διάστημα και μετά από ατύχημα ή ψυχική νόσο. Για τη βέλτιστη υλοποίηση των ανωτέρω στόχων της νοσηλευτικής φροντίδας απαιτείται διαρκής συμμετοχή και συνεργασία με τη θεραπευτική ομάδα για την εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος του ασθενούς, όπως και συντονισμός των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και παρακίνηση των ασθενών κατ' οίκον και των συγγενών αυτών να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας όταν τις χρειάζονται. Τέλος, αξίζει να τονιστεί η σημασία της συμμετοχής του κοινοτικού νοσηλευτή σε δραστηριότητες της κοινότητας για κινητοποίηση του πληθυσμού προκειμένου να ενδιαφερθεί για θέματα υγείας, αλλά και η παρακολούθηση των επιστημονικών εξελίξεων στο χώρο της Κοινοτικής Νοσηλευτικής και της Υγείας μέσα από διαρκή εκπαίδευση και κατάρτιση (Κυδωνόπουλος & Αβενίδου, 2009).

Επιπλέον, χρειάζεται να διαθέτει πέρα από τις νοσηλευτικές γνώσεις και δεξιότητες, αλλά και την ενημέρωση για όλα τα μέσα και τις πηγές που διατίθενται στην κοινότητα, ορισμένα ιδιαίτερα ατομικά χαρακτηριστικά και δεξιότητες επικοινωνίας όπως είναι (Μάργαρη και συν., 1999):

- Ικανότητα επικοινωνίας και συνεργασίας με άλλους ανθρώπους.
- Ικανότητα να προγραμματίζει, να ιεραρχεί και να αντιμετωπίζει τα προβλήματα.
- Ικανότητα διδασκαλίας και καθοδήγησης .

Μάλιστα, οι ηθικές αρχές για την εφαρμογή της Κοινοτικής Νοσηλευτικής διατυπώνονται επίσημα και εκφράζονται μέσα από τον «Κώδικα νοσηλευτικής δεοντολογίας» (Π) 216/2001, άρθρο 23) στον οποίο και αναφέρονται αναλυτικά οι υποχρεώσεις του νοσηλευτή στο πλαίσιο της Κοινοτικής Νοσηλευτικής ως εξής: «Ο νοσηλευτής οφείλει, στο πλαίσιο της Κοινοτικής Νοσηλευτικής, έχει τις διαγνωστικές, θεραπευτικές και υποστηρικτικές νοσηλευτικές υπηρεσίες του σε στενή συνεργασία με την ομάδα υγείας, το φορέα στο πλαίσιο του οποίου γίνεται η παροχή, καθώς και τις δημόσιες αρχές για την προστασία της δημόσιας υγείας» (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή, 2005).

### **6.3. Νοσηλευτική Εκτίμηση του Αυτοκτονικού Ασθενούς**

Κύριος σκοπός αντιμετώπισης του αυτοκτονικού ασθενούς στο νοσηλευτικό τμήματα είναι η διάσωση της ζωής του. Το νοσηλευτικό προσωπικό, συνεπώς, δεν πρέπει να παρασύρεται από προσωπικές τους εντυπώσεις, συναισθήματα αποτροπιασμού ή περιφρόνησης γύρω από το άτομο και την πράξη του, προκαταλήψεις ή στερεότυπα για το άτομο που προσέρχεται έχοντας αποπειραθεί αυτοκτονία, διότι έτσι θέτει σε κίνδυνο την

ίδια του τη ζωή. Ιδιαίτερη φροντίδα χρειάζεται όσον αφορά στο χώρο τοποθέτησης του αυτοκτονικού ασθενούς μακριά από βλαβερά αντικείμενα ή αφήνοντάς τον μόνο.

Ιδιαίτερα σημαντική είναι όχι μόνο η λήψη μέτρων για την άμεση παρεμπόδιση επανάληψης της αυτοκτονικής απόπειρας από τον ασθενή ενώ νοσηλεύεται, αλλά και η παράλληλη διερεύνηση των τρόπων με τους οποίους θα σημειωθεί βελτίωση της ποιότητας ζωής του ώστε να επεκταθεί η διάρκεια αυτής. Πιο συγκεκριμένα, ο νοσηλευτής κατά την εκτίμηση του αυτοκτονικού ασθενούς εξετάζει τους εξής παράγοντες (Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Ν.Α. Κυκλάδων, 2015):

- Την παρουσία σημείων που υποδηλώνουν τάση αυτοκτονίας.
- Τα μέσα με τα οποία το άτομο ζήτησε βοήθεια.
- Το αυτοκτονικό σχέδιο.
- Την ψυχική του κατάσταση.
- Τα υποστηρικτικά του πρόσωπα και
- Τον τρόπο ζωής του.

Συνεπώς, ο νοσηλευτής επιδιώκει τη βοήθεια του ατόμου να ευρύνει τον τρόπο θεώρησης των προβλημάτων του και να αντιληφθεί ότι υπάρχουν εναλλακτικές λύσεις. Απαιτείται η ηθική του ενίσχυση και η εμπύχωσή του ώστε να αναζητήσει ελπίδα και σκοπό στη ζωή του.

Συγκεκριμένες πληροφορίες γύρω από το ιστορικό του ασθενούς είτε από τον ίδιο είτε από τους οικείους του, αλλά και προσεκτικές παρατηρήσεις της συμπεριφοράς του μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά την νοσηλευτική εκτίμηση προκειμένου να προγραμματιστεί και η κατάλληλη φροντίδα. Έτσι, η περίπτωση που προϋπάρχει ιστορικό προηγούμενων αποπειρών αυτοκτονίας είναι σημαντική και πρέπει να μην παραβλέπεται, καθώς όπως έχει καταδειχθεί και παραπάνω στα ερευνητικά δεδομένα, αυξάνει κατά πολύ τον κίνδυνο εκδήλωσης νέας αυτοκτονικής συμπεριφοράς είτε κατά την παραμονή του ασθενούς στην κλινική είτε κατά ή αμέσως μετά την έξοδό του. Ακόμα, ο νοσηλευτής εκτιμά την πιθανότητα του ασθενούς που καταβάλλεται από αυτοκτονικούς ιδεασμούς, εκφράζει ανοικτά την επιθυμία να πεθάνει, αναφέρει το θάνατο με κάθε ευκαιρία ή είναι σκεπτικός και εκφράζει σποραδικές σκέψεις γύρω από την ιδέα του θανάτου.

Υποπτες κρίνονται και οι ερωτήσεις του ασθενούς που υποδηλώνουν σκέψεις αυτοκτονίας ή τυχόν νέα σχέδια για παράδειγμα όταν οι ασθενείς ρωτούν το νοσηλευτικό προσωπικό για τη φαρμακευτική τους θεραπεία, τη δοσολογία που παίρνουν ή πότε αυτή θα απέβαινε τυχόν επικίνδυνη. Πολλές φορές το αυτοκτονικό άτομο εκφράζει έντονο φόβο για το σκοτάδι ή αϋπνίες, κλαίει συχνά και δείχνει καταθλιπτικό, αρέσκεται σε απομόνωση από τους άλλους αναζητώντας μοναχικούς χώρους εντός της κλινικής ή του νοσοκομείου, δείχνει την ανησυχία ή την απελπισία του. Άλλοτε πάλι, εκδηλώνεται ενοχικό γύρω από την πράξη του ή γύρω από μία φανταστική πράξη και εκδηλώνει αισθήματα περιφρόνησης για τον εαυτό του και ότι δεν αξίζει να ζει. Μερικές φορές ακόμα, φαντασιώνεται και φτάνει σε βαθμό να πιστεύει ότι έχει κάποια σοβαρή σωματική ασθένεια, η οποία το οδηγεί στο θάνατος όπως ο καρκίνος και, συνεπώς, θα ήταν καλύτερα να τερματίσει τη ζωή του νωρίτερα.

Οι φαντασιώσεις στον αυτοκτονικό ασθενή είναι συχνές και χρειάζεται οπωσδήποτε να εκτιμώνται προσεκτικά από τον νοσηλευτή. Πολλές φορές, μάλιστα, συμπεριφέρεται παράξενα ισχυριζόμενος ότι ακούει φωνές που τον προτρέπουν ή τον ενθαρρύνουν να τερματίσει τη ζωή του, ενώ είναι φορές που διαδίδει περίεργα πράγματα όπως ότι βασανίζεται σε αυτή τη ζωή, ότι πρέπει να «φύγει» διότι καταδιώκεται ή ότι δεν μπορεί άλλο να ζει «τιμωρημένος». Ακόμα, κατά την εκτίμηση του αυτοκτονικού ασθενούς ύποπτες είναι και οι απότομες μεταβολές του συναισθήματος και της διάθεσης που παρατηρούνται με έντονες μεταπτώσεις από μία μεγάλη περίοδο κατάθλιψης σε ξαφνικές εκδηλώσεις ευτυχίας ή ανακούφισης χωρίς να υπάρχει κάποιος φανερός λόγος για αυτή την αλλαγή, μεταβολές οι οποίες μπορεί να μεταδίδουν ένα άδηλο μήνυμα, ότι, δηλαδή, ο ασθενής υπερέβη τους φόβους και την αμφιθυμία του και πήρε την απόφαση να προβεί σε νέα προσπάθεια τερματισμού της ζωής του. Συνοδευτικά με τις παραπάνω αντιδράσεις ο αυτοκτονικός ασθενής μπορεί να συλλέγει αντικείμενα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για πρόκληση βλάβης, όπως τενεκεδένια κουτιά, σπάγκους, κορδόνια παπουτσιών, ζώνες ή να αρχίζει να μοιράζει τα ατομικά του είδη σε οικείους του ή τους νοσηλευτές και το προσωπικό. Η αρχική εκτίμηση της κατάστασής του, επομένως, δεν μπορεί να μην συμπεριλαμβάνει όλες τις παραπάνω και άλλες σημαντικές αυτοκτονικές συμπεριφορές και να αξιολογεί το βαθμό της σοβαρότητάς τους (Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Ν.Α. Κυκλάδων, 2015).

Στη συνέχεια, κατά τον προγραμματισμό της φροντίδας του ασθενούς, είναι σημαντικό για το νοσηλευτή να φροντίζει ώστε να μην συμμετέχει μόνο εκείνος, αλλά και ο ίδιος ο αυτοκτονικός ασθενής, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, όπως και τα σημαντικά πρόσωπα που επιδρούν στην ζωή του αποπειραθέντα. Ειδικότερα, η φροντίδα του αυτοκτονικού ασθενούς χρειάζεται να στοχεύει (Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Ν.Α. Κυκλάδων, 2015) :

- Στην προστασία του αρρώστου.
- Στην αύξηση της αυτοεκτίμησης.
- Στην ενίσχυση των προσαρμοστικών μηχανισμών.
- Στην αναγνώριση του υποκειμενικού του προβλήματος.
- Στην ενεργοποίηση του περιβάλλοντος και
- Στην εκπαίδευση του ίδιου του ασθενούς για την προσωπική του φροντίδα.

#### **6.4. Ειδικές Οδηγίες Νοσηλευτικής Φροντίδας Ατόμων με Αυτοκαταστροφική Συμπεριφορά**

Είναι εξαιρετικά σημαντικό στα πλαίσια της αρχικής εκτίμησης του ασθενούς, αλλά και κατά τη διάρκεια της παραμονής του στο νοσοκομείο και της φροντίδας του να λαμβάνεται σοβαρά κάθε πιθανή απειλή για πρόκληση βλάβης στον εαυτό του ή για διακοπή της ζωής του, ενώ είναι προτιμότερο να υπάρχει ανοικτή συζήτηση με τον ασθενή για τις σκέψεις του γύρω από την αυτοκτονία παρά να αποφεύγεται η απευθείας συζήτηση με το φόβο μιας νέας επανάληψης της πράξης. Σε κάθε περίπτωση η συζήτηση με τον ασθενή για την αυτοκτονία δεν σημαίνει ότι θα την προκαλέσει εκ νέου, ούτε ότι η αποφυγή κάθε συζήτησης για αυτήν

σημαίνει ότι θα την αποτρέψει από το να επαναληφθεί. Μάλιστα, ορισμένες φορές, η ερώτηση του ασθενούς αναφορικά με τους λόγους που επέλεξε να αυτοκτονήσει την συγκεκριμένη στιγμή μπορεί να δώσει φως στη σημασία που έχει η αυτοκτονία για τον ασθενή και ίσως έτσι δοθούν πληροφορίες που οδηγούν σε κάποιες βοηθητικές παρεμβάσεις (Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας ΝΑ Κυκλάδων, 2015).

Ως προς τη λήψη πρακτικών μέτρων συνίσταται ο έλεγχος του ασθενούς ανά τακτά χρονικά διαστήματα, περίπου ανά δεκαπέντε λεπτά εάν είναι δυνατόν, ιδιαίτερα εάν το νοσοκομείο είναι μεγάλο και η προσπάθεια παραμονής του ασθενούς σε κοινούς χώρους αντί να απομονώνεται. Συνηθίζεται η τοποθέτηση του ασθενούς σε προσιτό δωμάτιο για εύκολη παρατήρηση, δηλαδή κοντά στο νοσηλευτικό παρατηρητήριο και με έναν ακόμη άρρωστο μαζί. Ακόμα, αφαιρούνται από την κατοχή του ασθενούς τα όποια φάρμακα ή άλλα βλαπτικά είδη ή αποφασίζεται να μεταφερθεί σε ένα πιο ασφαλές μέρος όταν είναι δυνατόν να έχει πρόσβαση σε αυτά. Μάλιστα, αν οι αυτοκτονικοί ιδεασμοί ή οι τάσεις για νέα απόπειρα αυτοκτονίας έχουν εκδηλωθεί μετά την είσοδο του ασθενούς στο νοσοκομείο συνίσταται να ανιχνεύεται προσεκτικά και το δωμάτιό του, ωστόσο με διακριτικότητα και σεβασμό και, αφού του ζητείται άδεια για τον έλεγχο των προσωπικών του αντικειμένων.

Σε γενικές γραμμές, ενδείκνυται η προσεκτική παρατήρηση και ο έλεγχος της ασφάλειας του περιβάλλοντος χώρου. Πιθανοί τρόποι αυτό-καταστροφικής συμπεριφοράς μπορούν να επέλθουν με διάφορα αντικείμενα όπως είναι κορδόνια παπουτσιών, ζώνες, επιδέσμους, καλώδια, εργαλεία, ξυραφάκια μέσα σε βιβλία, σπέρτα, τα οποία κρύβονται εύκολα και μπορούν να χρησιμεύσουν στους ασθενείς για να βάλουν φωτιά στον εαυτό τους, χάπια, τα οποία συχνά κρύβονται με πλαστικό περιτύλιγμα μέσα σε ένα κομμάτι κέικ ή άλλο φαγώσιμο, ακόμα και λάμπες φωτισμού που μπορεί να σπαστούν και να χρησιμοποιηθούν για αυτοτραυματισμό, ακόμα και το σπινάλ του μπλοκ των σημειώσεων. Αυτοκτονικές συμπεριφορές μπορούν να προκύψουν και στο μπάνιο, όπου χρειάζεται φροντίδα και παρακολούθηση του ασθενούς, αφού μπορεί να πνιγούν στην μπανιέρα ή να καταπιούν χλωρίνη ή άλλο απορρυπαντικό που θα αρπάξουν κρυφά από το τροχοφόρο του προσωπικού καθαριότητας (Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας ΝΑ Κυκλάδων, 2015).

Επιπλέον, οι αντιδράσεις του ασθενούς παρακολουθούνται προσεκτικά. Για παράδειγμα, χρειάζεται να καθησυχάζεται όταν νιώθει ενοχή ή ντροπή για την παροχή βοήθειας που λαμβάνει ώστε να αποδεχθεί σταδιακά τον εαυτό του και την ανάγκη του για φροντίδα στην παρούσα φάση. Από την άλλη πλευρά, χρειάζεται να καλύπτονται οι άμεσες και βασικές του ανάγκες όπως παροχή ενός μπάνιου ή καθαρών ρούχων, προσφορά φαγητού, εξασφάλιση του καλού του ύπνου κλπ. όταν εκδηλώνει δυσφορία για κάτι. Απαιτείται ενθάρρυνση του ασθενούς ώστε να συνεχίζει τις καθημερινές δραστηριότητες και την αυτό-φροντίδα όσο περισσότερο μπορεί.

Οι ανάγκες του ασθενούς χρειάζεται να διερευνώνται και να ιεραρχούνται. Η συζήτηση με αυτόν εξυπηρετεί τον νοσηλευτή να αντιληφθεί τον πιο έντονη ανάγκη του για παράδειγμα, να δει τα παιδιά του ή ένα φιλικό του πρόσωπο και η προσπάθεια για κάλυψη αυτής του της ανάγκης με στάση ενδιαφέροντος και όχι με τιμωρητική προσέγγιση, επικρίσεις κλπ. Από την άλλη πλευρά, εάν κάποια οικογενειακά μέλη ή άλλα πρόσωπα του οικείου περιβάλλοντος επιδεικνύουν θυμό, αδιαφορία ή συγχυστική συμπεριφορά που θα

βλάψει τον ασθενή, είναι καλό να συζητείται μαζί του με ποια μέλη της οικογένειας και φίλους θα πρέπει να έρχεται σε επαφή, ενώ και το νοσηλευτικό προσωπικό χρειάζεται να προετοιμάζεται ώστε να αντιμετωπίσει αυτούς τους ανθρώπους που πιθανόν εμφανιστούν στο νοσοκομείο/κλινική με απρόβλεπτες ή επιβλαβείς συμπεριφορές. Και ενώ η κάλυψη των βασικών και πιο πιεστικών αναγκών του ασθενούς όχι μόνο σε πρακτικό αλλά και σε συναισθηματικό επίπεδο είναι σημαντικό να φροντίζεται, ωστόσο, το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να αποφεύγει τις υπερβολικές, μη ρεαλιστικές υποσχέσεις προς τον ασθενή, οι οποίες απλώς μειώνουν την αξιοπιστία των νοσηλευτών, αλλά, αντίθετα, απαιτείται να απευθύνονται σε αυτόν ρεαλιστικά και με ειλικρίνεια. Εάν κάποιες περιέργες συμπεριφορές επιμένουν, πιθανόν απαιτείται η συζήτηση μεταξύ των μελών του προσωπικού υγείας για το αν θα ζητηθεί από τον ασθενή να γίνει συμβόλαιο μη διάπραξης αυτοκτονίας.

Καταλήγοντας, αξίζει να σημειωθεί ότι για την συστηματική φροντίδα του αυτοκτονικού ασθενούς χρειάζεται μετά την αρχική εκτίμηση, η οργάνωση σχεδίου φροντίδας για τον ασθενή, η συζήτηση μαζί του σχετικά με όλα του τα προβλήματα, η ιεράρχηση των προβλημάτων του από το νοσηλευτικό προσωπικό και η δημιουργία ενός καταλόγου με τους εναλλακτικούς τρόπους που μπορούν να αντιμετωπίσουν το κάθε του πρόβλημα. Το τελικό σχέδιο για τον ασθενή χρειάζεται να σημειώνεται, ενώ καταγράφεται κάθε φορά το άτομο που είναι υπεύθυνο και για ποια ενέργεια. Ακολουθεί συζήτηση για το σχέδιο φροντίδας που έχει καταστρωθεί μαζί με τον ασθενή και προγραμματισμός της συνέχισης της παρακολούθησης. Είναι, τέλος καλό για τους νοσηλευτές, να εξετάζουν τα δικά τους συναισθήματα, να μιλούν για αυτά και να τα μοιράζονται ώστε να κατανοούν πώς αυτά επηρεάζουν την κλινική τους εργασία (Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας ΝΑ Κυκλάδων, 2015).

ΜΕΡΟΣ Β

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

## Κεφάλαιο 7<sup>ο</sup> Μεθοδολογία της Έρευνας

### 7.1. Σκοπιμότητα – Ερευνητική Υπόθεση

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση και αποτύπωση των παραμέτρων αυτοκτονικών τάσεων στην Ελλάδα μέσα σε τρία συνεχόμενα έτη (2013-2015). Ειδικότερος σκοπός της έρευνας είναι να καταγραφούν τα δημογραφικά δεδομένα σχετικά με τα άτομα που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν ή/και αυτοκτόνησαν σύμφωνα με τα δεδομένα της Γενικής Αστυνομικής Διεύθυνσης (Γ.Α.Δ) στους νομούς της Ελλάδας με έμφαση στους νομούς της Δυτικής Ελλάδας (Νομός Αχαΐας, Νομός Ηλείας, Νομός Αιτωλοακαρνανίας και αναλυτικά Αιτωλίας και Ακαρνανίας), όπου και ο τόπος καταγωγής και εργασίας των ερευνητών.

Ακόμα, δευτερογενής σκοπός της έρευνας είναι τα δεδομένα που συλλέγονται ανά τρόπο αυτοκτονίας (αυτοκτονική απόπειρα, αυτοκτονία) να συγκριθούν μεταξύ τους όσον αφορά στις παραμέτρους του φύλου και της ηλικίας των θυμάτων, όπως και ανά αίτιο (άγνωστοι λόγοι, αισθηματικοί, ασθένειας, οικογενειακοί, οικονομικοί) και του τρόπου (μέσου) πρόκλησης (αγχόνη, άλλος τρόπος, δηλητήριο, κατακρήμνιση, μάχαιρα, πνιγμός, πυροβόλο όπλο).

Ειδικότερα, τα ερευνητικά ερωτήματα επιδιώκουν να δώσουν απάντηση σε ζητήματα όπως:

1. Σε ποιο βαθμό παρουσιάζονται απόπειρες αυτοκτονιών τα τελευταία τρία έτη (2013, 2014, 2015) στους διάφορους νομούς της χώρας μας και πώς αυτές συγκρίνονται με τις αντίστοιχες αυτοκτονίες;
2. Ποια είναι τα ποσοστά εμφάνισης των βασικών παραμέτρων των αυτοκτονιών και των αποπειρών αυτοκτονίας, τα οποία σχετίζονται με το φύλο, την ηλικία, τον λόγο/αιτία και τον τρόπο (μέσο) της αυτοκτονίας;
3. Προκύπτει από τα αποτελέσματα ότι οι διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών είναι σημαντικές και, εάν ναι, ποιο από τα δύο φύλα κάνει τις περισσότερες απόπειρες, ποιο σημειώνει το μεγαλύτερο ποσοστό «επιτυχίας», για ποιο λόγο/αιτία και ποιους τρόπους (μέσα) πρόκλησης του αυτοκτονικού θανάτου χρησιμοποιεί περισσότερο;
4. Πώς οι παραπάνω παράμετροι αποτυπώνονται ειδικότερα στην περιοχή της Δυτικής Ελλάδας (νομοί Αχαΐας, Ηλείας και Αιτωλοακαρνανίας) και ποιες σημαντικές διαφοροποιήσεις προκύπτουν ανά Νομό ως προς τα ανωτέρω στοιχεία;

Η αρχική υπόθεση της έρευνας ήταν ότι ο αριθμός των αποπειρών αυτοκτονίας και των ολοκληρωμένων αυτοκτονιών θα παρουσιάζεται αυξανόμενος μέσα στην τριετία, η οποία συνοδεύεται από βαθιά οικονομική ύφεση στη χώρα μας και αυξητικά επίπεδα ανεργίας και φτώχειας, ενώ κυρίαρχος λόγος (αιτία) θα είναι ο οικονομικός, αφού το άτομο, στο αδιέξοδο των οικονομικών προβλημάτων βρίσκει σωτηρία στο να τα παρατήσει δίνοντας τέλος στην ζωή του. Δηλαδή, θα υπάρχει μία θετική σχέση μεταξύ προστιθέμενου έτους



και ανόδου του ποσοστού των αυτοκτονιών, αλλά και μία αντίστοιχη θετική σχέση ανάμεσα στην όξυνση της κοινωνικής και οικονομικής κρίσης και των αυτοκτονικών παραμέτρων σε όλη τη χώρα.

Μία δεύτερη υπόθεση της έρευνας ήταν σχετική με το φύλο αναμένοντας ότι οι άνδρες αποπειραθέντες, ακολούθως και με τα διεθνή στατιστικά δεδομένα όπως και με τις πρόσφατες εκθέσεις της Eurostat (2016) για τον ευρωπαϊκό χώρο, θα ήταν αριθμητικά περισσότεροι από τις γυναίκες, αλλά και στις μέσες και μεγαλύτερες ηλικίες επιδεικνύοντας, ταυτόχρονα και μία επιλογή των πιο σκληρών μέσων αυτοκτονίας. Μία πιθανή αιτιολόγηση της υπόθεσης αυτής βρίσκεται πιθανόν στο γεγονός ότι το ανδρικό φύλο επωμίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό τις οικονομικές και κοινωνικές ευθύνες για την επιβίωση της οικογένειας, αλλά και βιώνει συχνότερα και εντονότερα αισθήματα ματαιώσης, ενοχής, θυμού και αποτυχίας από τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης (χρέη, ανεργία, μακροχρόνια ανεργία, εργασιακή ανασφάλεια, απώλεια στέγης κλπ), αφού δεν μπορεί να ανταποκριθεί στον στερεότυπο κοινωνικό ρόλο του που παραμένει πιο έντονα παραδοσιακός στην Ελλάδα σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

## **7.2. Επιλογή και Περιγραφή του Δείγματος**

Η επιλογή της έρευνας όπως και του συγκεκριμένου δείγματος έγινε λόγω της επαγγελματικής ενασχόλησης ενός εκ των ερευνητών με το συγκεκριμένο ζήτημα. Καθώς υπηρετεί, ταυτόχρονα, ως αστυνομικός στην Πάτρα, στη Γενική Περιφερειακή Αστυνομική Διεύθυνση Δυτικής Ελλάδας, ο ερευνητής έχει στη δικαιοδοσία του τους Νομούς Αχαΐας, Ηλείας και Αιτωλοακαρνανίας. Μεταξύ ενός ευρέως φάσματος αρμοδιοτήτων συμπεριλαμβάνεται και η καθημερινή αναφορά του ερευνητή προς τις Προϊστάμενες Υπηρεσίες για τυχόν αυτοκτονίες (απόπειρες ή τετελεσμένες) που έχουν γίνει στις περιοχές δικαιοδοσίας αυτού (Νομούς Αχαΐας, Ηλείας και Αιτωλοακαρνανίας). Επιπλέον, εποπτεύει μέσω των αρμοδίων υφιστάμενων Υπηρεσιών την ορθή καταχώρηση των στοιχείων για τις αυτοκτονίες που πραγματοποιούνται στην σχετική ηλεκτρονική εφαρμογή της ΕΛ.ΑΣ. και συγκεκριμένα στην στατιστική επετηρίδα.

Η επαγγελματική ενασχόληση του ενός εκ των ερευνητών, του επέτρεψε να σκεφτεί ότι το θέμα των αυτοκτονιών με έμφαση στους νομούς της Δυτικής Ελλάδας θα είναι αρκετά πρωτότυπο, αφού ποτέ ξανά δεν έχει υπάρξει τόσο λεπτομερής αναφορά των στατιστικών στοιχείων, ανά Νομό, ανά φύλο, ανά ηλικιακή ομάδα, ανά τρόπο τέλεσης, ανά λόγο τέλεσης κτλ. Επιπλέον, υπήρχε η αρχική επιδίωξη να συνδυαστεί το ερευνητικό ζήτημα της πτυχιακής εργασίας με τα επαγγελματικά ενδιαφέροντα και την επαγγελματική ταυτότητα των ερευνητών καθώς μία τέτοια έρευνα θα μπορούσε ακόμα και να αξιοποιηθεί προς παρουσίαση τόσο μέσα στην τοπική Αστυνομική Διεύθυνση ή σε άλλες Διευθύνσεις, όσο και σε διάφορα επιστημονικά περιοδικά.

Συγκεκριμένα, τα στοιχεία ελήφθησαν από την στατιστική επετηρίδα της Ελληνικής Αστυνομίας, η οποία εφαρμογή βρίσκεται μέσα στο ηλεκτρονικό σύστημα της ΕΛ.ΑΣ. που ονομάζεται «Police on line». Εκεί καταγράφονται αναλυτικά οι απόπειρες αυτοκτονίας ή οι τετελεσμένες αυτοκτονίες. Η κάθε μία αστυνομική

διεύθυνση καταχωρεί και αναφέρει τα δικά της περιστατικά αυτοκτονιών. Με τον τρόπο αυτό ο ερευνητής μπόρεσε να συγκεντρώσει και συνολικά στατιστικά στοιχεία από όλη την Ελλάδα, πέραν της Δυτικής Ελλάδας.

Η αναγκαιότητα διερεύνησης του ανωτέρω ζητήματος και μάλιστα, αναλυτικά σε τοπικό επίπεδο σε διαφορετικούς νομούς της περιφέρειας Δυτικής Ελλάδας αξιολογήθηκε ως υψηλή από το γεγονός ότι, αφενός μεν παρουσιάζεται σχετικό ερευνητικό έλλειμμα, αφετέρου, η προσεκτική και επαρκής μελέτη των παραγόντων οι οποίοι ευθύνονται στην οδήγηση ενός ανθρώπου σε απόπειρα ή αυτοκτονία είναι δυνατόν να επιφέρει λύσεις και προτάσεις σε ζητήματα που σχετίζονται με τη μείωση των αυτοκτονικών περιστατικών.

### **7.3. Δυσκολίες - Προβληματισμοί**

Καθώς το δείγμα βρίσκεται στην ηλεκτρονική στατιστική επετηρίδα της Ελληνικής Αστυνομίας, όπου κάθε συμβάν τετελεσμένης αυτοκτονίας ή απόπειρας εξετάζεται και καταγράφεται, μία αρχική δυσκολία ήταν η λήψη της σχετικής άδειας για την ανωτέρω έρευνα με έγγραφη αίτηση του ερευνητή στο Αρχηγείο της Ελληνικής Αστυνομίας προκειμένου να εγκριθεί η άδεια άντλησης των σχετικών στατιστικών στοιχείων. Η διαδικασία αυτή ήταν κάπως χρονοβόρα και έπρεπε να είναι αρκετά εμπειριστατωμένος ο λόγος και ο τελικός σκοπός της έρευνας. Επιπλέον, σημαντικές δυσκολίες προέκυψαν μετά την λήψη αδειοδότησης κατά την συλλογή και, κυρίως, κατά την επεξεργασία των στοιχείων διότι η καταχώρησή τους στο σύστημα υφίσταται ανά αστυνομικά τμήματα σε όλη την ελληνική επικράτεια και όχι ανά νομούς. Συνεπώς χρειάστηκε προσωπική ενασχόληση προκειμένου να κατηγοριοποιηθούν τα δεδομένα με διαφορετικό τρόπο που θα επιτρέπει τη σχετική με το θέμα αποκωδικοποίηση και ανάλυσή τους.

### **7.4. Επεξεργασία Δεδομένων**

Η επεξεργασία των δεδομένων περιελάμβανε την επεξεργασία των στοιχείων ανά αστυνομικό τμήμα, την κατηγοριοποίηση των στοιχείων με πρόσθεση όλων των στοιχείων των συνολικών αστυνομικών τμημάτων ανά νομό ώστε να εξαχθούν αποτελέσματα για κάθε νομό της Δυτικής Ελλάδας ξεχωριστά και χρήση Η/Υ για την συστηματοποίηση των στοιχείων με το πρόγραμμα excel.

Πιο αναλυτικά, κάθε αστυνομικό τμήμα σε όλη την Ελλάδα έχει συγκεκριμένες τοπικές-εδαφικές αρμοδιότητες. Είναι, δηλαδή, υπεύθυνο το εκάστοτε τμήμα να αναφέρει τις απόπειρες ή τις τετελεσμένες αυτοκτονίες που έλαβαν χώρα στην περιοχή ευθύνης του καθώς, επίσης, και να κάνει μια σηματική αναφορά στο ηλεκτρονικό σύστημα της ΕΛ.ΑΣ., το οποίο αποτελείται από ένα εσωτερικό δίκτυο διακίνησης αλληλογραφίας και καταχώρησης δεδομένων. Εκεί, κάθε αστυνομικό τμήμα υποχρεούται να αναφέρει όλες τις λεπτομέρειες σχετικά με την κάθε απόπειρα και αυτοκτονία ξεχωριστά (δηλαδή, απόπειρα, τετελεσμένη αυτοκτονία, πλήρη στοιχεία του ατόμου, ηλικία, φύλο, τρόπος τέλεσης, μέσο τέλεσης κλπ).

Οι ερευνητές, αφού συγκέντρωσαν τα περιστατικά ανά αστυνομικό τμήμα, έφτιαξαν έναν σκελετό με τα ζητούμενα στοιχεία και προχώρησε σε προσθέσεις των δεδομένων από τα διαφορετικά αστυνομικά τμήματα κάθε νομού. Για παράδειγμα, συγκέντρωση των δεδομένων από τα 11 συνολικά αστυνομικά τμήματα του νομού Αχαΐας, από τα 12 αστυνομικά τμήματα του νομού Ηλείας και από τα 12 αστυνομικά τμήματα του νομού Αιτωλοακαρνανίας. Τα δεδομένα καταγράφηκαν σε φόρμες excel αντίστοιχα για κάθε έτος, ενώ η ίδια διαδικασία ακολουθήθηκε ανά νομό για όλη την Ελλάδα.

## **Κεφάλαιο 8<sup>ο</sup> Στατιστική Ανάλυση Δεδομένων - Αποτελέσματα Δυτικής Ελλάδος**

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων της Δυτικής Ελλάδος, τόσο για το νομό Αχαΐας, όπως και για τους άλλους νομούς (νομός Ηλείας, Νομός Αιτωλοακαρνανίας), προκύπτει μέσα από την αποτύπωση των στοιχείων που έγινε κατά Διεύθυνση Γ.Α.Δ ή Αστυνομική Διεύθυνση (Α.Δ.). Παρουσιάζεται ανά νομό και ως προς τις ακόλουθες κατηγορίες (ηλικία, φύλο, αιτία, τρόπο απόπειρας και αυτοκτονίας), αλλά και με ομαδοποίηση ανά έτος (2013-2015).

### **8.1. Νομού Αχαΐας**

#### **8.1.1. Ηλικία**

Αναφορικά με τις απόπειρες αυτοκτονίες το έτος 2013 για το νόμο Αχαΐας προκύπτουν συνολικά 10 και συγκεκριμένα, 2 σε νεώτερες ηλικίες (0-22 ετών), 1 στις ηλικίες 23-30 ετών, 3 στις ηλικίες 31-40 ετών και 4 στις ηλικίες 41 ετών και άνω με συνολικό ποσοστό 1,56% επί του συνόλου των νομών της Ελλάδος. Αναφορικά με τις αυτοκτονίες, παρατηρούνται συνολικά 21 και, ειδικότερα, μηδενικές στις ηλικίες 0-22 ετών, 3 στις ηλικίες 23-30 ετών, 3 στις ηλικίες 31-40 ετών και 15 στις ηλικίες από 41 ετών και άνω με συνολικό ποσοστό 3.71% επί του συνόλου.

Αντίστοιχα για το 2014, καταγράφονται 3 απόπειρες κάτω των 22 ετών, 3 μεταξύ 23-30 και 7 σε ηλικίες 41 ετών και άνω, συνολικά 13 απόπειρες. Ακόμα, για τις αυτοκτονίες, καταγράφονται συνολικά 15 περιστατικά, από τις οποίες οι 4 είναι σε ηλικίες 23-30, ενώ η 1 σε ηλικίες 31-40 και οι 10 σε ηλικίες άνω των 41 ετών. Παρατηρείται, επομένως, μία αύξηση στις απόπειρες αυτοκτονίας, όχι μεγάλη, και αντίστοιχα, μία μείωση στις αυτοκτονίες σε 15 από 21 που ήταν την προηγούμενη χρονιά.

Ακόμα, για το 2015, καταγράφονται στο νομό 24 απόπειρες, από τις οποίες οι περισσότερες (15) είναι σε ηλικίες άνω των 41 ετών και οι 4 σε ηλικίες 31-40 ετών, ενώ οι 3 κάτω των 22 ετών και οι 2 μεταξύ 23-30 ετών. Αντίστοιχα, στις αυτοκτονίες, καταγράφονται 11 με τις 8 πάλι σε ηλικίες άνω των 41 ετών και 2 στις ηλικίες 39-40, αλλά και 1 στην ηλικία 23-30. Δηλαδή, συγκριτικά με τα προηγούμενα έτη, οι απόπειρες ξεπερνούν αυτές

και των δύο προηγούμενων ετών, και, μάλιστα, σημειώνουν σημαντική άνοδο, ενώ είχαν μειωθεί το έτος 2014. Τα περιστατικά των αυτοκτονιών, ωστόσο, μειώνονται ελαφρά από τα προηγούμενα χρόνια, αλλά και πάλι παρατηρείται ότι ο πιο «ευάλωτος» ηλικιακά πληθυσμός είναι στις ηλικίες από 41 ετών και άνω.

### **8.1.2. Φύλο**

Για το έτος 2013, αναφορικά με το φύλο προκύπτει ότι στις απόπειρες αυτοκτονίας εμφανίζονται συνολικά 10 και συγκεκριμένα, 4 στους άνδρες και 6 στις γυναίκες, ενώ στις αυτοκτονίες ο συνολικός αριθμός είναι 21 με φανερή υπεροχή των ανδρών (17) έναντι των γυναικών (4).

Για το έτος 2014, οι απόπειρες που σημειώνονται είναι συνολικά 13 και ειδικότερα, 9 σε άνδρες και 4 σε γυναίκες. Οι αυτοκτονίες, αντίστοιχα, είναι 15 με τις 14 σε άνδρες και μόνο 1 σε γυναίκα. Αρχικά παρατηρείται μία αύξηση των αποπειρών και μία μείωση των αυτοκτονιών σε σχέση με το 2013. Ακόμα, παρατηρείται η συνεχιζόμενη υπεροχή των ανδρών στους δυσάρεστους δείκτες έναντι των γυναικών τόσο στις απόπειρες όσο και πολύ περισσότερο στις αυτοκτονίες.

Τέλος, για το έτος 2015, εμφανίζονται 24 συνολικά καταγραφές σε απόπειρες, 17 σε άνδρες και 7 σε γυναίκες, ενώ για τις αυτοκτονίες που είναι στο σύνολό τους 11, οι 8 σημειώνονται σε άνδρες και οι 3 σε γυναίκες, δηλαδή, η υπεροχή των ανδρών έναντι των γυναικών συνεχίζει από τα προηγούμενα έτη και, μάλιστα, όχι μόνο σε αυτοκτονίες, αλλά και σε απόπειρες.

### **8.1.3. Αίτια/Λόγοι Απόπειρας και Αυτοκτονίας**

Το έτος 2013, ως προς τις απόπειρες, παρατηρείται ότι οι περισσότερες καταγράφονται για άγνωστους λόγους (5), ενώ 1 για λόγους αισθηματικούς, 1 για λόγους ασθένειας, 0 για λόγους οικογενειακούς και 3 για λόγους οικονομικούς (συνολικά 10 καταγραφές). Αντίστοιχα, στις αυτοκτονίες, το σύνολο των περιστατικών που καταγράφεται κάποιος λόγος είναι 21 και συγκεκριμένα, 15 απόπειρες για άγνωστους λόγους, 1 για αισθηματικούς λόγους, 2 για λόγους ασθένειας, 2 για λόγους οικογενειακούς και 1 για λόγους οικονομικούς.

Το έτος 2014, ως προς τις απόπειρες καταγράφονται 13 στο σύνολό τους, οι 9 για άγνωστους λόγους, οι 2 για αισθηματικούς λόγους, η 1 για λόγους ασθενείας και η 1 για λόγους οικονομικούς. Παρουσιάζεται, γενικά, αύξηση από το έτος 2013, ενώ οι περισσότερες συνεχίζουν να καταγράφονται στην κατηγορία «άγνωστοι λόγοι». Αναφορικά με τις αυτοκτονίες, παρατηρείται ότι είναι 15 σε σύνολο και από αυτές οι 12 για άγνωστους λόγους, 1 για αισθηματικούς, 1 για ασθένεια και 1 για οικογενειακούς. Υπάρχει μείωση από τον καταγεγραμμένο αριθμό του 2013, αλλά οι περισσότερες παραμένουν αδιευκρίνιστες ως προς τις αιτίες τους.

Το έτος 2015, οι απόπειρες που σημειώνονται είναι 24 με 19 για άγνωστους λόγους, 1 για αισθηματικούς, 2 λόγω ασθένειας και 2 για οικονομικούς. Οι αυτοκτονίες, αντίστοιχα, είναι 11 με τις 9 να παραμένουν αδιευκρίνιστες («άγνωστοι λόγοι») και 4 λόγω ασθένειας. Καταγράφεται, συνεπώς, αύξηση στις απόπειρες από

το προηγούμενο έτος και, περεταίρω μείωση στις αυτοκτονίες, ωστόσο, στην πλειονότητά τους παραμένουν αδιευκρίνιστες.

#### **8.1.4. Τρόποι (μέσο τέλεσης) Απόπειρας και Αυτοκτονίας**

Ως προς τις απόπειρες για το έτος 2013, καταγράφονται συνολικά 10 διαφορετικοί τρόποι και συγκεκριμένα 1 με αγχόνη, 6 με άλλο τρόπο, 0 με δηλητήριο, 2 με κατακρήμνιση, 0 με μαχαίρι, 1 με πνιγμό και 0 με πυροβόλο όπλο. Αντίστοιχα, για τις αυτοκτονίες το ίδιο έτος, καταγράφονται συνολικά 21 τρόποι και ειδικότερα, 10 με αγχόνη, 3 με άλλο τρόπο, 1 με δηλητήριο, 3 με κατακρήμνιση, 0 με μαχαίρι, 1 με πνιγμό και 3 με πυροβόλο όπλο.

Για το έτος 2014, σημειώνονται 8 απόπειρες με άλλο τρόπο, 1 με κατακρήμνιση, 2 με μαχαίρι και 2 με πυροβόλο όπλο, συνολικά 13, ενώ 15 είναι οι αυτοκτονίες, οι περισσότερες από αγχόνη (6) και στη συνέχεια, από πυροβόλο όπλο (5), 1 από κατακρήμνιση και 1 από πνιγμό, ενώ 2 παραμένουν αδιευκρίνιστες ως προς τον τρόπο («άλλος τρόπος»).

Για το 2015 καταγράφονται 24 απόπειρες, 5 με κατακρήμνιση, 2 με μαχαίρι, 2 με αγχόνη και 2 με δηλητήριο, ενώ οι 13 παραμένουν αδιευκρίνιστες ως προς τους λόγους που τις προκάλεσαν. Αντίστοιχα, στις αυτοκτονίες, σημειώνονται 11 και είναι οι 5 από αγχόνη και οι 3 από κατακρήμνιση, ενώ άλλες 3 από πυροβόλο όπλο, στοιχεία που παραλληλίζονται με των προηγούμενων ετών όπου η αγχόνη, τα πυροβόλα όπλα και η κατακρήμνιση παραμένουν τα προτιμώμενα μέσα για να τελειώσει κάποιος τη ζωή του.

## **8.2. Νομού Ηλείας**

### **8.2.1. Ηλικία**

Για το 2013, στην ηλικιακή κατηγορία από 0-22 παρουσιάζεται μόνο μία απόπειρα, ενώ μηδενικές είναι οι απόπειρες για τις ηλικίες 23-30 και 31-40. Άνω των 41 ετών τέλος, υπάρχουν 3 καταγραφές, με συνολικό ποσοστό 0,62% και αντίστοιχα, στις αυτοκτονίες σημειώνονται 15 (ποσοστό 2,65%) με μηδενικά ποσοστά κάτω των 22 ετών, 2 για τις ηλικίες 23-30 και 1 για τις ηλικίες 31-40. Μεγαλύτερο ποσοστό 12 περιπτώσεων καταγράφεται για την ηλικιακή ομάδα των 41 και άνω.

Για το έτος 2014, στην Ηλεία πραγματοποιούνται 5 απόπειρες (3 σε ηλικίες 41 και άνω, 1 σε ηλικίες 0-22 και 1 σε ηλικίες 23-30), ενώ στις αυτοκτονίες σημειώνονται 4 από τις οποίες οι 3 σε ηλικίες άνω των 41 ετών.

Για το έτος 2015 στην Ηλεία παρατηρείται ότι οι απόπειρες είναι 5, δηλαδή όπως και τα προηγούμενα έτη περίπου και μάλιστα, και οι πέντε καταγραφές είναι σε ηλικίες από 41 ετών και άνω. Ακόμα, στις αυτοκτονίες,

παρατηρείται σημαντική άνοδος σε σχέση με τις απόπειρες (13) και, μάλιστα, όλες σημειώνονται επίσης, στις ηλικίες 41 ετών και άνω.

### **8.2.2. Φύλο**

Ως προς το φύλο για το 2013 τόσο ως προς τις απόπειρες προηγούνται οι άνδρες (4/0) σε σύνολο 4 αποπειρών αυτοκτονιών όσο και ως προς τις αυτοκτονίες (12/3) σε σύνολο 15 αυτοκτονιών.

Για το 2014 οι απόπειρες είναι συνολικά 5 με σημαντική υπεροχή των γυναικών (4/1), ενώ οι τετελεσμένες αυτοκτονίες είναι συνολικά 4 και συμβαίνουν αποκλειστικά σε άνδρες (4/0).

Για το 2015, τέλος, 5 είναι οι απόπειρες (3 σε γυναίκες και 2 σε άνδρες), ενώ οι αυτοκτονίες είναι 13 και στη συντριπτική τους πλειοψηφία συμβαίνουν σε άνδρες (11/13), ενώ στις γυναίκες είναι 2.

### **8.2.3. Αίτια**

Στο νομό Ηλείας ως προς τα αίτια, το 2013 έχουμε συνολικά 4 καταγραφές, 3 για άγνωστους λόγους και 1 για οικονομικούς όσον αφορά στις απόπειρες αυτοκτονίας. Όσον αφορά στις αυτοκτονίες, οι λόγοι είναι 15, από αυτούς οι 8 άγνωστοι, οι 3 λόγω ασθένειας, οι 2 οικογενειακοί και οι 2 οικονομικοί.

Για το 2014 συνολικά οι καταγραφές στις απόπειρες είναι 5 εκ των οποίων οι 3 για άγνωστους λόγους και οι 2 για οικογενειακούς. Ακόμα, στις αυτοκτονίες οι καταγραφές είναι 4 και είναι οι λόγοι άγνωστοι και για τις 4 κάτι που σημαίνει ότι σε σχέση με το προηγούμενο έτος οι καταγραφές των αιτιών μειώνονται σημαντικά, άρα, ως προς το στοιχείο αυτό, δεν τηρούνται το ίδιο αναλυτικά αρχεία.

Για το 2015, αντίστοιχα, στην Ηλεία έχουμε 5 καταγραφές ως προς τις απόπειρες, από τις οποίες οι 2 για άγνωστους λόγους, 2 για οικογενειακούς λόγους και 1 για οικονομικούς λόγους. Αντίστοιχα, στις τελεσμένες αυτοκτονίες οι καταγραφές είναι 13 και από αυτές οι 9, δηλαδή οι περισσότερες, είναι για άγνωστους λόγους, ενώ 3 για οικογενειακούς και 1 για οικονομικούς.

### **8.2.4. Τρόποι/μέσα τέλεσης**

Στο νομό Ηλείας για το 2013 αναφορικά με τις απόπειρες αυτοκτονίας καταγράφονται συνολικά 4 τρόποι, 1 με δηλητήριο και 1 με μαχαίρι, ενώ άλλοι δύο με άλλους τρόπους. Για πραγματικές αυτοκτονίες, αντίστοιχα, καταγράφονται 15 τρόποι, 5 με αγχόνη, 4 με δηλητήριο και 4 με άλλο τρόπο, ενώ 2 με πυροβόλο όπλο.

Για το 2014 παρατηρούνται 5 καταγραφές σε απόπειρες από τις οποίες οι 4 είναι με άλλο τρόπο, δηλαδή άγνωστο, και η 1 με μαχαίρι. Στις αυτοκτονίες οι καταγραφές είναι 4 από τις οποίες οι 2 με άλλο τρόπο και οι 2 με πυροβόλο όπλο, γεγονός που σημαίνει ότι οι καταγραφές έχουν μειωθεί ως προς το μέσο τέλεσης της αυτοκτονίας σημαντικά, ενώ οι τρόποι παραμένουν αδιευκρίνιστοι σε μεγάλο βαθμό. Ακόμα, στις ελάχιστες

αναφορές του τρόπου που γίνονται, το πυροβόλο όπλο εμφανίζεται σταθερά ως ένα προτιμώμενο μέσο τέλεσης αυτοκτονίας.

Για το 2015 καταγράφονται 5 απόπειρες στην Ηλεία και οι 4 από τις 5 σημειώνεται να γίνονται με άλλο τρόπο, ενώ η 1 με δηλητήριο. Αντίστοιχα, στις αυτοκτονίες έχουμε περισσότερες καταγραφές (13) ως προς τα μέσα τέλεσης με τις περισσότερες (6) να γίνονται με πυροβόλο όπλο, 3 με αγχόνη και 3 με τρόπο άλλο (άγνωστο), ενώ 1 πραγματοποιείται με δηλητήριο. Παρουσιάζεται μία αύξηση της χρήσης των πυροβόλων όπλων σε σχέση με τα προηγούμενα έτη, ενώ σταθερά στις αυτοκτονίες παρατηρείται να προτιμάται η αγχόνη και τα όπλα όπως και το δηλητήριο. Ακόμα, να σημειωθεί ότι στις 13 αυτοκτονίες οι 3 γίνονται με μέσα που παραμένουν άγνωστα.

### **8.3. Νομού Αιτωλοακαρνανίας**

#### **8.3.1. Περιοχή Αιτωλίας**

##### **8.3.1.1. Ηλικία**

Για το έτος 2013, στο νομό Αιτωλίας, αντίστοιχα, σημειώνονται συνολικά μόνο 3 απόπειρες, 2 σε ηλικίες 23-30 ετών και 1 σε ηλικία 31-40 ετών. Όσον αφορά στις αυτοκτονίες, σημειώνονται συνολικά 4, από τις οποίες οι 3 είναι σε ηλικίες 41 ετών και άνω και η 1 σε ηλικίες 23-30 ετών.

Για το έτος 2014 σημειώνονται 2 απόπειρες και οι 2 σε ηλικίες 23-30 ετών, ενώ στις τελεσμένες αυτοκτονίες στην Αιτωλία παρουσιάζονται 5 και, μάλιστα, όλες σε ηλικίες άνω των 41 ετών.

Τέλος, για το έτος 2015 σημειώνονται 5 απόπειρες αυτοκτονίας με τις 3 από αυτές σε ηλικίες κάτω των 22 ετών, 1 σε ηλικίες από 31-40 και 1 σε ηλικίες από 41 ετών και άνω. Για τις αυτοκτονίες, αντίστοιχα, οι καταγραφές είναι 2, από τις οποίες η 1 σε ηλικίες 23-30 και η 1 σε ηλικίες 41 και άνω.

Συμπερασματικά, μολονότι η Αιτωλία είναι ένας νομός με τις λιγότερες καταγραμμένες περιπτώσεις τόσο σε απόπειρες όσο και σε αυτοκτονίες σε σχέση με τους άλλους νομούς της Δυτικής Ελλάδας, ωστόσο, φαίνεται ότι στις αυτοκτονίες, οι περισσότερες κάθε έτος γίνονται από τις ηλικίες άνω των 41 ετών και αυτό είναι σταθερό φαινόμενο. Ακόμα, να παρατηρηθεί ότι η επόμενη πιο «ευάλωτη» κατηγορία είναι εκείνη των 23-30 ετών, ενώ αξιοσημείωτο είναι ότι το 2015 εμφανίζεται αύξηση στο νομό όσον αφορά στα ποσοστά ατόμων κάτω των 22 ετών, τουλάχιστον ως προς τις απόπειρες αυτοκτονίας.

##### **8.3.1.2. Φύλο**

Αναφορικά με το φύλο, στο νομό Αιτωλίας υπάρχουν για το 2013 μόνο 3 καταγραφές σε απόπειρες, και οι 3 από γυναίκες, ενώ σε αυτοκτονίες οι καταγραφές είναι 4, και οι 4 σημειώνονται από άνδρες.

Το 2014 οι απόπειρες που καταγράφονται είναι 2, 1 για άνδρα και 1 για γυναίκα ενώ στις αυτοκτονίες έχουμε 5 καταγραφές και όλες τελούνται από άνδρες.

Για το 2015 οι καταγραφές είναι 5 στις απόπειρες με τις 3 σε άνδρες και τις 2 σε γυναίκες, ενώ οι καταγραφές στις αυτοκτονίες είναι 2, 1 σε γυναίκα και 1 σε άνδρα. Συνεπώς, σταθερά ως προς το φύλο υπερέχουν οι άνδρες, ιδιαίτερα στις αυτοκτονίες με εξαίρεση το 2015 όπου υπάρχει μείωση των αυτοκτονιών και μοιράζονται εξίσου ανάμεσα στα δύο φύλα.

### **8.3.1.3. Αίτια**

Ως προς τα αίτια, για το έτος 2013, καταγράφονται 3 μόνο στις απόπειρες αυτοκτονίας, εκ των οποίων 1 για αισθηματικούς λόγους και άλλα δύο για άγνωστους λόγους, ενώ στις αυτοκτονίες, υπάρχουν 4 καταγραφές, ωστόσο οι λόγοι παραμένουν άγνωστοι για όλες.

Το 2014 στα αίτια η Αιτωλία είχε 2 καταγραφές στις απόπειρες και οι 2 για άγνωστους λόγους. Αντίστοιχα, στις αυτοκτονίες είχε 5 καταγραφές, επίσης και οι 5 για άγνωστους λόγους, γεγονός που σημαίνει ότι για τη χρονιά αυτή δεν γνωρίζουμε καθόλου τις αιτίες πρόκλησης αυτοκτονικών τάσεων στο νομό Αιτωλίας.

Το 2015, τέλος, υπάρχουν καταγραμμένες 5 απόπειρες από τις οποίες μόνο 1 για άγνωστους λόγους, 2 λόγω ασθένειας και 1 για λόγους οικονομικούς. Οι αυτοκτονίες που καταγράφονται ως προς τις αιτίες τους είναι, αντίστοιχα, 2 από τις οποίες η 1 για άγνωστους λόγους και η 1 για ασθένεια.

### **8.3.1.4. Τρόπος/Μέσο Τέλεσης**

Αναφορικά με τον τρόπο, το 2013, καταγράφονται 3 περιστατικά στις απόπειρες, τα οποία δεν κατατάσσονται σε καμία από τις υπάρχουσες κατηγορίες («άλλος τρόπος»), ενώ στις αυτοκτονίες καταγράφονται 4 τρόποι, 3 με αγχόνη και 1 με πνιγμό.

Το 2014 καταγράφονται 2 μέσα τέλεσης σε απόπειρες στην Αιτωλία, 1 παραμένει άγνωστο και 1 με πυροβόλο όπλο και ακόμα, 5 μέσα τέλεσης σε αυτοκτονίες, 1 με πυροβόλο όπλο και 2 με αγχόνη, ενώ τα άλλα 2 με τρόπο άλλο (άγνωστο).

Το 2015 στην Αιτωλία καταγράφηκαν 5 μέσα τέλεσης στις απόπειρες από τα οποία τα 2 με δηλητήριο και τα 3 με άλλο (άγνωστο) τρόπο. Στις αυτοκτονίες, επίσης, καταγράφηκαν 2 μέσα τέλεσης, 1 με αγχόνη και 1 με πυροβόλο όπλο.



## 8.3.2. Περιοχή Ακαρνανίας

### 8.3.2.1. Ηλικία

Το 2013 από τα 47 περιστατικά αποπειρών αυτοκτονίας στο Νομό Ακαρνανίας, τα 12 σημειώθηκαν σε ηλικίες από 0-22 ετών, ενώ τα 20 σε ηλικίες άνω των 41 ετών. Ακόμα, 9 σε ηλικίες 31-40 ετών και 6 σε ηλικίες 23-30 ετών. Αντίστοιχα, από τα 9 περιστατικά αυτοκτονιών τα 7 σε ηλικίες άνω των 41 ετών και τα 2 σε ηλικίες μεταξύ 31-40, ποσοστά που συμφωνούν και με άλλες έρευνες για την αύξηση των αυτοκτονιών στις μεγαλύτερες ηλικίες που έχουν αυξημένες ευθύνες (οικογενειακές, οικονομικές κ.α.) και, άρα, υφίστανται με πιο δραματικό τρόπο τις συνέπειες της οικονομικής ύφεσης.

Το 2014 στις απόπειρες αυτοκτονίας σημειώνονται στην Ακαρνανία 24, υπάρχει, δηλαδή, σημαντική πτώση από το 2013, από τις οποίες οι 9 σε ηλικίες άνω των 41 ετών και οι 8 σε ηλικίες κάτω των 22 ετών, δηλαδή, στις δύο ηλικιακές ομάδες που είναι οι περισσότερο ευάλωτες. Ακόμα 4 σε ηλικίες 23-30 και 3 σε ηλικίες 31-40. Αντίστοιχα, στις αυτοκτονίες παρατηρούνται 11 καταγραφές, σημειώνοντας ελαφρά άνοδο σε περιστατικά από το 2013, από τις οποίες οι 9, δηλαδή, η μεγάλη πλειοψηφία, είναι σε ηλικίες άνω των 41 ετών και 2 σε ηλικίες 23-30 και 1 σε ηλικίες 31-40.

Το 2015 σημειώνονται 34 καταγραφές αποπειρών, δηλαδή σημειώνεται νέα άνοδος από το προηγούμενο έτος, με τις 9 να πραγματοποιούνται σε ηλικίες κάτω των 22 ετών και 3 σε ηλικίες 23-30 ετών, 1 σε ηλικίες 31-40 ετών, ενώ οι περισσότερες (21) σε ηλικίες άνω των 41 ετών. Αντίστοιχα, στις αυτοκτονίες η Ακαρνανία σημειώνει 9, με ελαφρά πτώση από το 2014, και από αυτές οι 5, δηλαδή πάνω από τις μισές, σε ηλικίες άνω των 41 ετών, ενώ οι 4 σε ηλικίες 23-30 ετών.

Σε γενικές γραμμές οι απόπειρες είναι κάθε χρονιά περισσότερες από τις αυτοκτονίες, ενώ οι πιο «ευάλωτες» ομάδες είναι οι 41 και άνω, ειδικά για τις αυτοκτονίες, ενώ στις απόπειρες δεύτερα σε σειρά συχνότητας είναι τα ποσοστά στους νέους και έφηβους και το γεγονός αυτό χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή κατά την ανάλυση όπως και περεταίρω διερεύνηση συνδυαστικά με τους λόγους πρόκλησης της αυτοκτονικής συμπεριφοράς όπως και τους τρόπους πρόκλησης αυτής.

### 8.3.2.2. Φύλο

Το 2013, στην Ακαρνανία καταγράφονται 20 απόπειρες σε άνδρες και 27 σε γυναίκες, δηλαδή, συνολικά 47 απόπειρες, ενώ στις αυτοκτονίες 7 σε άνδρες και 2 σε γυναίκες, δηλαδή, συνολικά 9 περιστατικά αυτοκτονίας.

Το 2014 έχουμε 24 καταγραφές σε απόπειρες με 16 γυναίκες και 8 άνδρες και σε αυτοκτονίες παρουσιάζονται 11 καταγραφές με τις 9 σε άνδρες και τις 2 σε γυναίκες.

Το 2015 οι καταγραφές σε απόπειρες είναι 34 με τις 30 να πραγματοποιούνται από γυναίκες και τις 4 από άνδρες, ενώ οι αυτοκτονίες είναι 9 και, μάλιστα, είναι όλες σε άνδρες.

Συμπερασματικά για το νομό Ακαρνανίας και για τα τρία έτη θα υποστηρίζαμε ότι, όπως και σε άλλους νομούς συμβαίνει, οι άνδρες υπερτερούν των γυναικών σε αυτοκτονίες, ενώ οι γυναίκες σε απόπειρες. Επίσης, οι απόπειρες αυτοκτονίας συνολικά, είναι αρκετά περισσότερες από τις τεκμηριωμένες αυτοκτονίες και στα δύο φύλα.

### **8.3.2.3. Αίτια**

Για το 2013 στην Ακαρνανία, από τα 47 περιστατικά που καταγράφονται σε απόπειρες, τα 31 παραμένουν αδιευκρίνιστα («άγνωστοι λόγοι»), ενώ τα 2 για λόγους αισθηματικούς, 2 για λόγους ασθένειας, 6 για λόγους οικογενειακούς και 6 για λόγους οικονομικούς. Αντίστοιχα, στις αυτοκτονίες, οι άγνωστοι λόγοι είναι συνολικά 7, 1 αυτοκτονία καταγράφεται για λόγο αισθηματικό και 1 για λόγο οικογενειακό. Παρατηρείται, δηλαδή, και πάλι, στην πλειοψηφία τους τόσο οι απόπειρες όσο και οι αυτοκτονίες να παρουσιάζουν υψηλό ποσοστό άγνωστων λόγων, πολλές φορές και το υψηλότερο.

Για το έτος 2014, στην Ακαρνανία έχουμε 24 καταγραφές σε απόπειρες από τις οποίες 8 για άγνωστα αίτια και 7 για ασθένεια, ενώ 5 για λόγους αισθηματικούς και 2 για οικογενειακούς όπως και άλλες 2 για οικονομικούς λόγους. Στις αυτοκτονίες, που εμφανίζονται λιγότερες από τις απόπειρες ως προς την καταγραφή αιτίων αλλά και σε αριθμό κάθε χρόνο, υπάρχουν 11 καταγραφές με τις 8 για άγνωστους λόγους και 2 για ασθένεια, όπως και 1 για αισθηματικούς. Καμία για λόγους οικογενειακούς ή οικονομικούς.

Για το 2015 τα αίτια των αποπειρών εμφανίζονται να είναι 34 από τα οποία τα 16 για άγνωστους λόγους, 5 για αισθηματικούς, 7 για ασθένεια και 5 για οικογενειακούς, ενώ 1 για οικονομικούς λόγους. Αντίστοιχα, στις αυτοκτονίες, τα αίτια που είναι καταγραμμένα είναι 9 με τα 4 για άγνωστους λόγους και τα 2 για αισθηματικούς, ενώ τα 3 για λόγους ασθένειας. Κανένας λόγος δεν είναι οικογενειακός και κανένας λόγος δεν εμφανίζεται ως οικονομικός.

Συνολικά, σε όλα τα έτη ο οικονομικός λόγος παραμένει εξαιρετικά μειωμένος ή σχεδόν ανύπαρκτος, ειδικά στις τελεσμένες αυτοκτονίες. Παρατηρείται ότι, τόσο σε απόπειρες όσο και σε αυτοκτονίες, περισσότερο εμφανίζονται οι λόγοι ασθένειας και οι αισθηματικοί ή κάποιοι οικογενειακοί λόγοι. Ωστόσο, είναι ιδιαίτερα μεγάλα τα ποσοστά σε άγνωστες αιτίες, οι οποίες δεν έχουν ανιχνευτεί και αυτό περιορίζει την οποιαδήποτε ασφαλή γενίκευση των αποτελεσμάτων διότι μπορεί οι οικονομικοί ή άλλοι λόγοι να «υποκρύπτονται» μέσα σε αυτήν την ανεξιχνίαστη ως προς τα αίτια κατηγορία.

### **8.3.2.4. Μέσο τέλεσης**

Για το 2013, στις απόπειρες, από τις 47 καταγραφές, οι 30 είναι αδιευκρίνιστες ως προς τον τρόπο υπό την γενική κατηγορία «άλλος τρόπος», ενώ οι 12 είναι από δηλητήριο και 1 από κατακρήμνιση, 2 από μάχαιρα και 1 από πυροβόλο όπλο. Αντίστοιχα, στις αυτοκτονίες, υπάρχουν 9 καταγραφές, 2 από αγχόνη, 2 με άλλο τρόπο –

αδιευκρίνιστο-, 1 με δηλητήριο και 4 από πυροβόλο όπλο. Παρατηρείται, συνεπώς, ένας σημαντικός αριθμός αυτοκτονιών να μην έχει ξεκάθαρα καταγραμμένο το λόγο για τον οποίο συντελέστηκε –το ίδιο ισχύει και για τις απόπειρες - , ενώ, αναφορικά με τις αυτοκτονίες, συχνά παρουσιάζεται σε μεγαλύτερο βαθμό από τις απόπειρες η χρήση πυροβόλου όπλου ή αγχόνης.

Το 2014, ο νομός Ακαρνανίας παρουσιάζει 24 καταγραφές στις απόπειρες από τις οποίες οι 19 με άλλο τρόπο, 1 με αγχόνη, 1 με δηλητήριο, 1 με κατακρήμνιση και 2 με μαχαίρι. Στις αυτοκτονίες, αντίστοιχα, οι καταγραφές είναι 11 και οι 6 από αυτές με αγχόνη, δηλαδή, πάνω από τις μισές, ενώ 1 με κατακρήμνιση και 1 με πυροβόλο όπλο. Τέλος, 1 καταγράφεται να έχει γίνει με άλλο τρόπο.

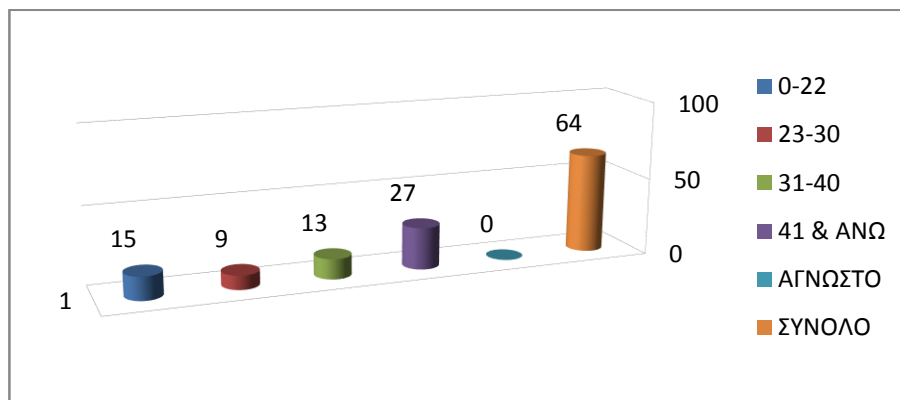
Το 2015 οι τρόποι στις απόπειρες αυτοκτονίας καταγράφονται να είναι 34 και πάλι, από αυτούς η μεγάλη πλειοψηφία (26) είναι στην κατηγορία «άλλος τρόπος», 2 είναι με δηλητήριο και 5 με μαχαίρι, ενώ 1 με πυροβόλο όπλο. Πολύ λιγότερες καταγραφές για τις αυτοκτονίες (9) από τις οποίες οι 4 , δηλαδή, σχεδόν οι μισές, με άλλο τρόπο, 3 με πυροβόλο όπλο και 1 με αγχόνη, ενώ άλλη 1 με δηλητήριο.

Συμπερασματικά, σε όλα τα έτη τα μέσα τέλεσης που καταγράφονται στην Ακαρνανία, τόσο στις απόπειρες όσο και στις τελεσμένες αυτοκτονίες, σε ένα μεγάλο ποσοστό δεν είναι γνωστά , γεγονός που θα έπρεπε προφανώς, να βελτιωθεί κατά την τήρηση των αρχείων, αφού ο νομός είναι υψηλής επικινδυνότητας σε σχέση και με τους υπόλοιπους της Δυτικής Ελλάδος.

#### 8.4. Αποτύπωση συνολικών στοιχείων Δυτικής Ελλάδος ανά έτος (2013-2015)

##### Έτος 2013

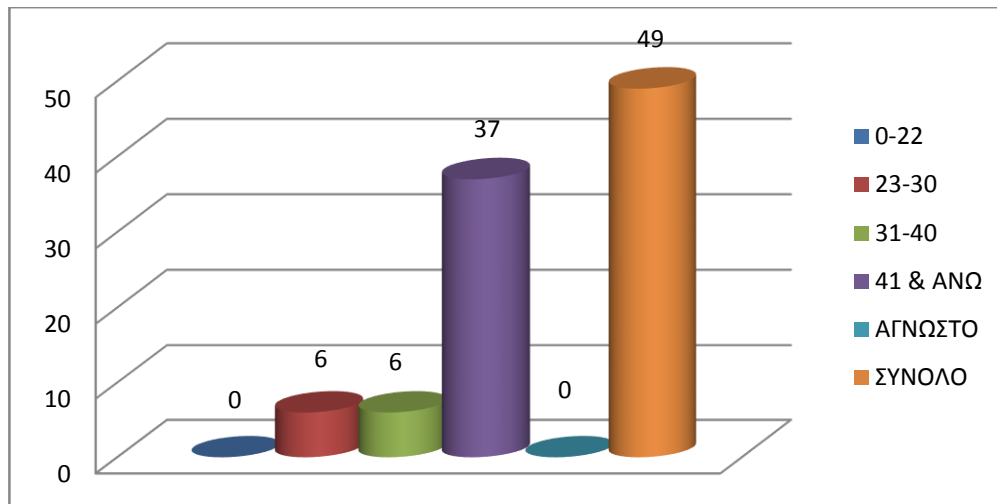
Συνολικά για το 2013 στην Δυτική Ελλάδα σημειώνονται 64 απόπειρες από τις 642 σε όλη την Ελλάδα, δηλαδή ένα ποσοστό 9.97%, με 15 απόπειρες στις ηλικίες κάτω των 20 ετών, 9 στις ηλικίες 23-30, 13 στις ηλικίες 31-40 και 27 στις ηλικίες 41 και άνω. Τα αποτελέσματα φαίνονται και στον παρακάτω πίνακα.



Γράφημα 1. Ηλικίες αποπειραθέντων έτους 2013

Αντίστοιχα, σημειώνονται 49 αυτοκτονίες από τις 566 σε όλη την Ελλάδα, δηλαδή ένα ποσοστό 8.66% επί του συνόλου, από τις οποίες μηδενικές είναι αυτές στις ηλικίες κάτω των 20 ετών, 6 στις ηλικίες 23-30 και 6

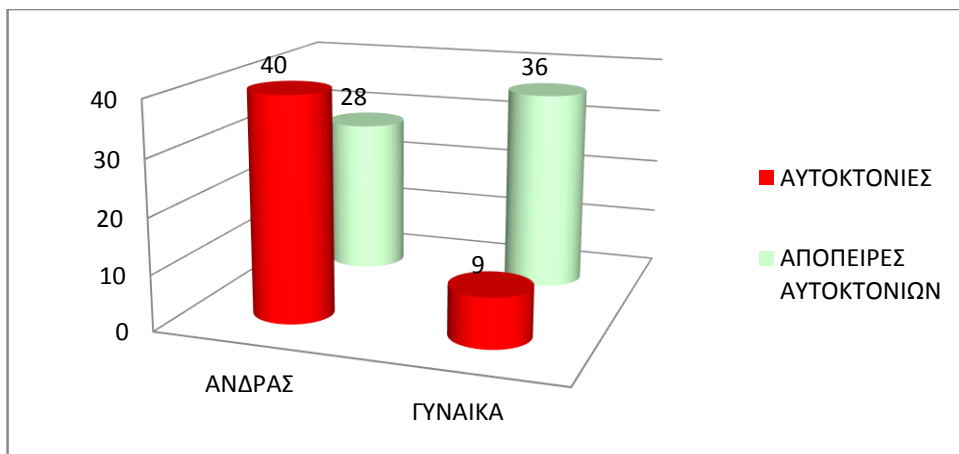
στις ηλικίες 31-40, ενώ οι 37 αυτοκτονίες, δηλαδή η πλειονότητά τους, συμβαίνουν σε ηλικίες άνω των 41 ετών. Τα αποτελέσματα αναπαρίστανται γραφικά στον πίνακα που ακολουθεί.



**Γράφημα 2.** Ηλικίες ατόμων που αυτοκτόνησαν έτους 2013

Να σημειωθεί ότι περισσότερο «ευάλωτος» σε απόπειρες φαίνεται να είναι ο νομός Ακαρνανίας με 47 απόπειρες, οι οποίες μαζί με τις 3 του νομού Αιτωλίας φτάνουν συνολικά τις 50 απόπειρες στον νομό Αιτωλοακαρνανίας (7,79% επί του συνόλου των αποπειρών στην Ελλάδα για το 2013) και ακολουθεί ο νομός Αχαΐας με 10 απόπειρες, ενώ λιγότερες είναι αυτές στην Ηλεία (4). Ωστόσο, ως προς τις τελεσμένες αυτοκτονίες, ο νομός Αχαΐας φτάνει τις 21 αυτοκτονίες (3,71% επί του συνόλου), ακολουθεί η Ηλεία με 15 (2,65%) και μετά η Ακαρνανία με 9 και η Αιτωλία με 4, δηλαδή συνολικά και οι δύο νομοί 13 (2,30%).

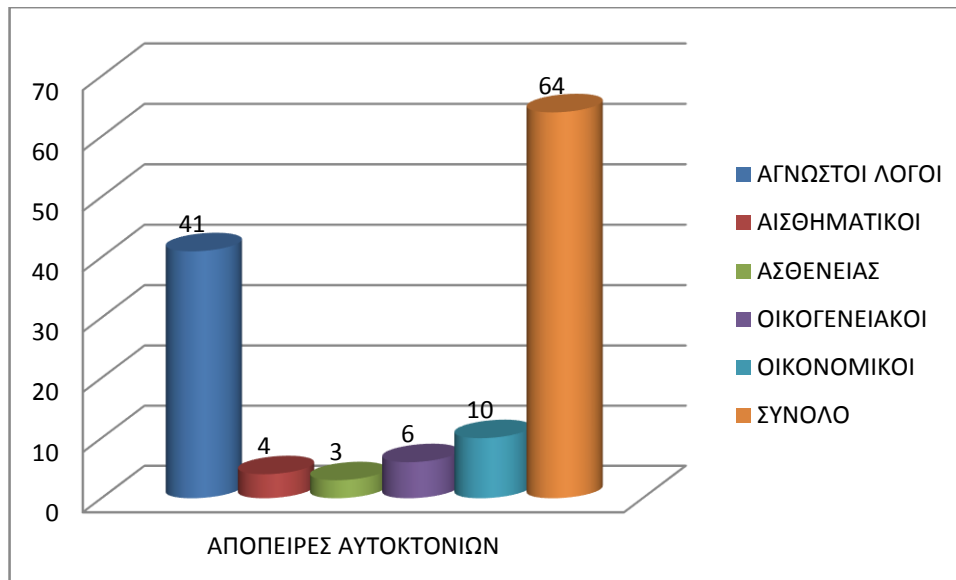
Ως προς το φύλο τελεσμένων και αποπειρών αυτοκτονίας παρατηρείται σαφής υπεροχή των ανδρών, ιδιαίτερα στις αυτοκτονίες (40 περιστατικά), αλλά και στις απόπειρες (28 περιστατικά) έναντι 9 αυτοκτονιών των γυναικών και 36 αποπειρών, αντίστοιχα.



**Γράφημα 3.** Απόπειρες και Τελεσμένες αυτοκτονίες ανά φύλο έτους 2013

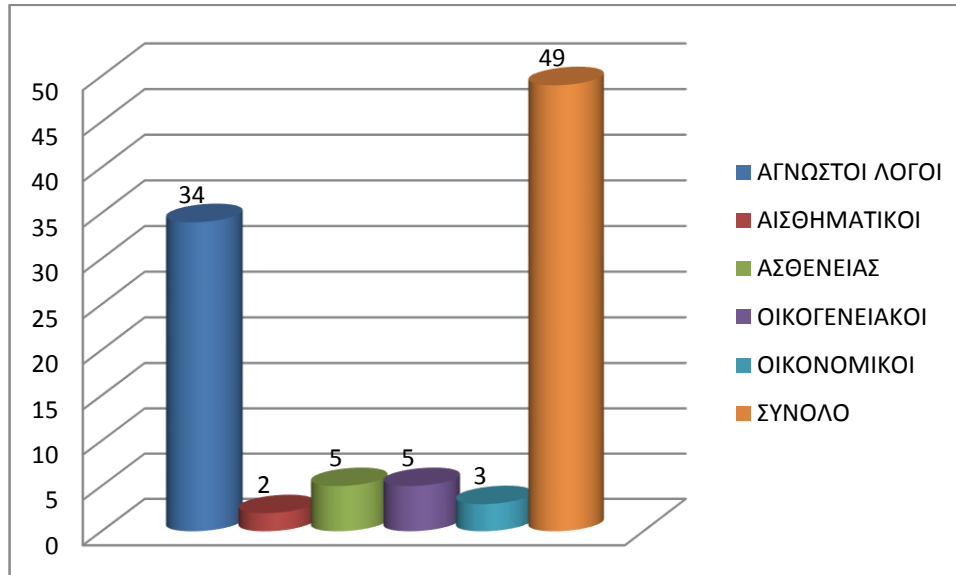
Ως προς τους λόγους της αυτοκτονίας, όπως αποτυπώνεται και στον παρακάτω πίνακα για το έτος 2013 στους νομούς Δυτικής Ελλάδας εμφανίζονται συνολικά 64 λόγοι απόπειρας αυτοκτονίας με το μεγαλύτερο

ποσοστό (41) να πραγματοποιούνται για άγνωστους λόγους, ενώ οι 10 συμβαίνουν για οικονομικούς λόγους, 6 για οικογενειακούς, 4 για αισθηματικούς και 3 για ασθένειες.



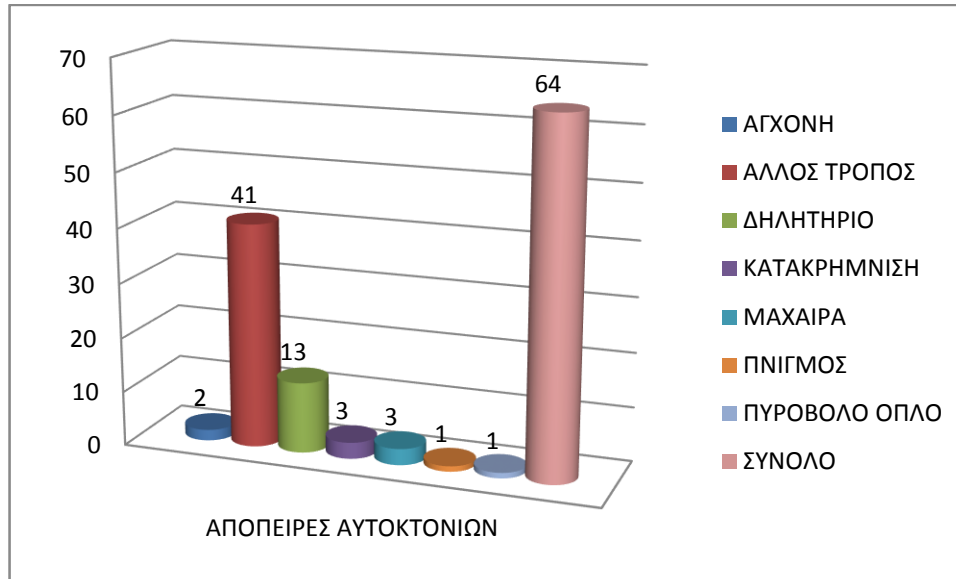
**Γράφημα 4.** Λόγοι Αποπειρών Αυτοκτονίας έτους 2013

Αντίστοιχα, ως προς τους λόγους αυτοκτονίας καταγράφονται συνολικά 49 με το μεγαλύτερο ποσοστό (34) για άγνωστους λόγους, 5 για λόγους ασθένειας ή οικογενειακούς, 3% για λόγους οικονομικούς και 2 για λόγους αισθηματικούς όπως αποτυπώνεται και στον παρακάτω πίνακα.



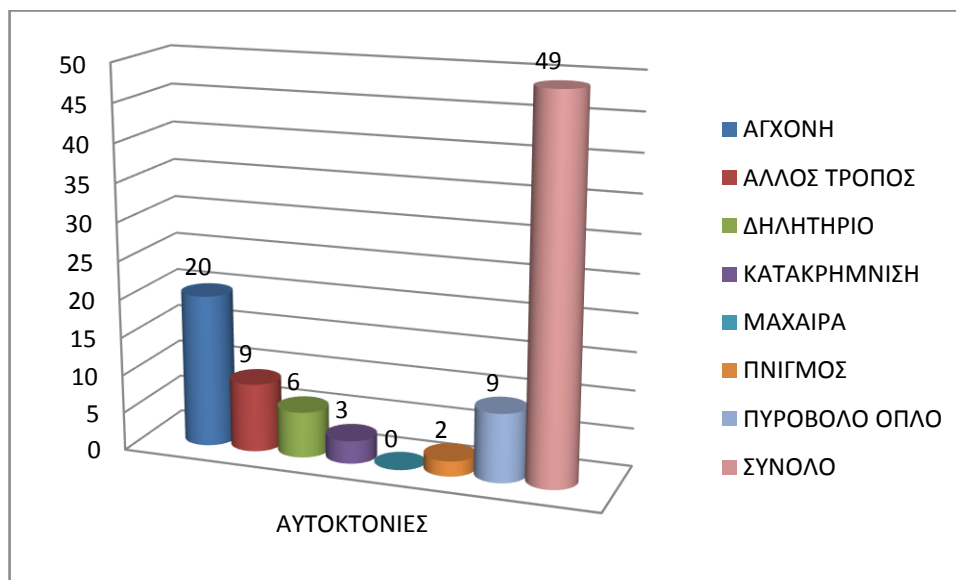
**Γράφημα 5.** Λόγοι Τετελεσμένων Αυτοκτονιών έτους 2013

Επίσης, σχετικά με τους τρόπους απόπειρας αυτοκτονίας καταγράφονται για το 2013 συνολικά 64 με τους 12 να προκαλούνται από δηλητήριο, 3 με κατακρήμνιση, 3 με μαχαίρι και 2 με αγχόνη, 1 με πνιγμό και 1 με πυροβόλο όπλο (παρακάτω πίνακας).



**Γράφημα 6.** Μέσο Τέλεσης Απόπειρων Αυτοκτονιών έτους 2013

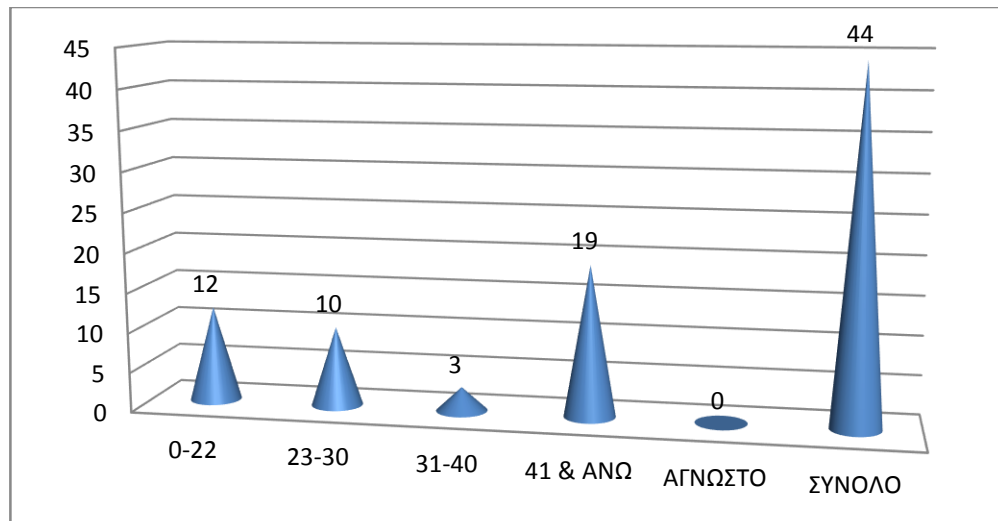
Αντίστοιχα, στις αυτοκτονίες οι τρόποι που καταγράφονται είναι συνολικά 49 και συγκεκριμένα, 20 με αγχόνη, 9 με πυροβόλο όπλο αλλά και 9 με άλλο τρόπο και ακολούθως, 6 με δηλητήριο και 3 με κατακρήμνιση όπως και 2 με πνιγμό, όπως αποτυπώνεται και στον παρακάτω πίνακα.



**Γράφημα 7.** Μέσο Τέλεσης Τετελεσμένων Αυτοκτονιών έτους 2013

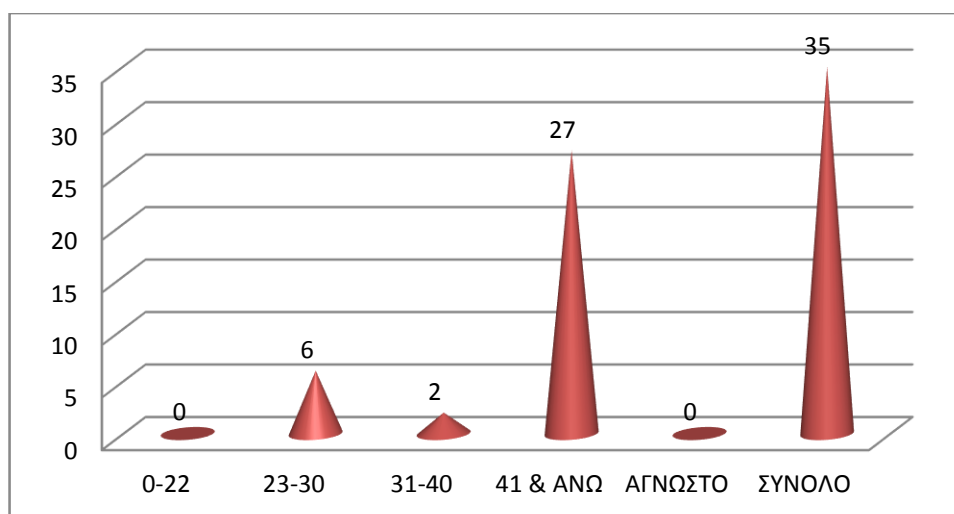
## Έτος 2014

Για το 2014, οι απόπειρες που σημειώνονται είναι συνολικά 44 (ποσοστό 7,60% επί του συνόλου) και, ειδικότερα, 26 απόπειρες, δηλαδή οι περισσότερες της Δυτικής Ελλάδος, στο νομό Αιτωλοακαρνανίας (4,49%), ακολουθεί η Αχαΐα με 13 (ποσοστό 2,25%), και ο νομός Ηλείας με 5 (0,86%). Από όλες τις απόπειρες στη Δυτική Ελλάδα, συνολικά, οι περισσότερες (19) σημειώνονται σε ηλικίες 41 και άνω. Αντίστοιχα, 12 σε μικρότερες ηλικίες (0-22) και 10 στις ηλικίες 23-30. Τέλος, 3 απόπειρες σημειώθηκαν στις ηλικίες 31-40.



Γράφημα 8. Ηλικίες αποπειραθέντων έτους 2014

Αναφορικά με τις τελεσμένες αυτοκτονίες σημειώνονται 35 συνολικά (ποσοστό 6,81% επί του συνόλου της επικράτειας) και, ειδικότερα, 16 (3,11%) στην Αιτωλοακαρνανία, 15 (2,92%) στην Αχαΐα και 4 (0,78%) στην Ηλεία. Εξ αυτών, οι 27 από τις 35 αυτοκτονίες, δηλαδή οι περισσότερες σε αριθμό, συμβαίνουν σε ηλικίες από 41 ετών και άνω, ενώ οι 6 στις ηλικίες 23-30, άλλες 2 στις ηλικίες 31-40, ενώ μηδενικές εμφανίζονται στις μικρότερες ηλικίες 0-22 ετών.

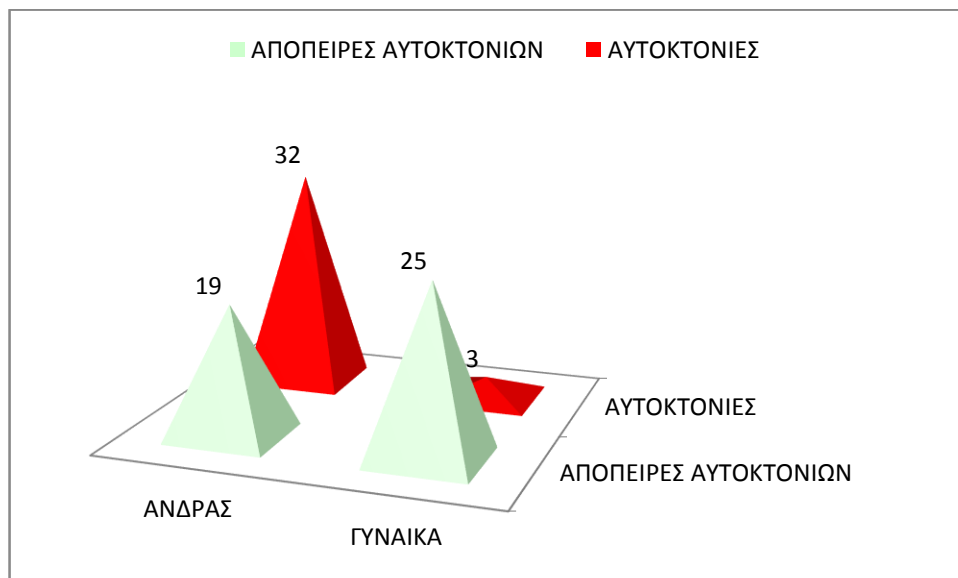


Γράφημα 9. Ηλικίες ατόμων που αυτοκτόνησαν έτους 2014

Συγκριτικά τα ποσοστά στους νομούς της Δυτικής Ελλάδας καταδεικνύουν παρόμοια αναλογία με αυτήν του 2013, δηλαδή, τα «σκήπτρα» σε απόπειρες αυτοκτονίας κατέχει και πάλι η Ακαρνανία (24 απόπειρες), αν και αυτές έχουν μειωθεί αρκετά από το προηγούμενο έτος που έφταναν τις 47 απόπειρες και ακολουθεί η Αχαΐα (13), ενώ στην Ηλεία εμφανίζονται 5 και στην Αιτωλία 2.

Όταν όμως πρόκειται για αυτοκτονίες, τα ποσοστά στην Αχαΐα ανεβαίνουν (15 αυτοκτονίες) σε σχέση με την Ακαρνανία (11 αυτοκτονίες) και χαμηλότερα είναι για την Ηλεία (4 αυτοκτονίες) και για την Αιτωλία (5 αυτοκτονίες) με την τελευταία να εμφανίζει λιγότερες απόπειρες αλλά περισσότερες τελικές αυτοκτονίες. Δηλαδή, ενώ εμφανίζονται μειώσεις από το προηγούμενο έτος, ο νομός Αχαΐας είναι πιο επικίνδυνος για τελεσμένες αυτοκτονίες και ο νομός Ακαρνανίας παρουσιάζεται σταθερά περισσότερο επικίνδυνος σε απόπειρες.

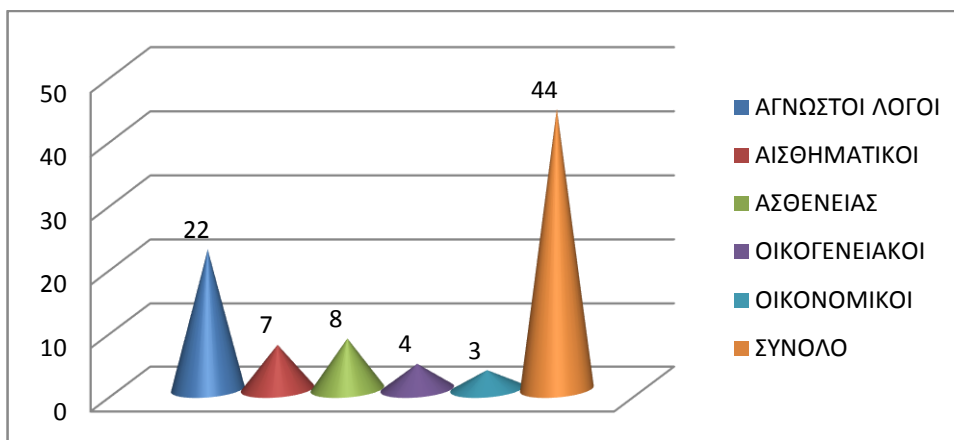
Ως προς το φύλο, στις απόπειρες σημειώνονται συνολικά 44 στον αριθμό, στις οποίες και υπερτερούν οι γυναίκες (25) έναντι των ανδρών (19) κάτι που αντιστρέφεται στις αυτοκτονίες όπου σημειώνονται λιγότερες, συνολικά 35 στον αριθμό, με μεγάλη «υπεροχή» του αριθμού των ανδρών (32) έναντι των γυναικών (3).



**Γράφημα 10.** Απόπειρες και Τελεσμένες αυτοκτονίες ανά φύλο έτους 2014

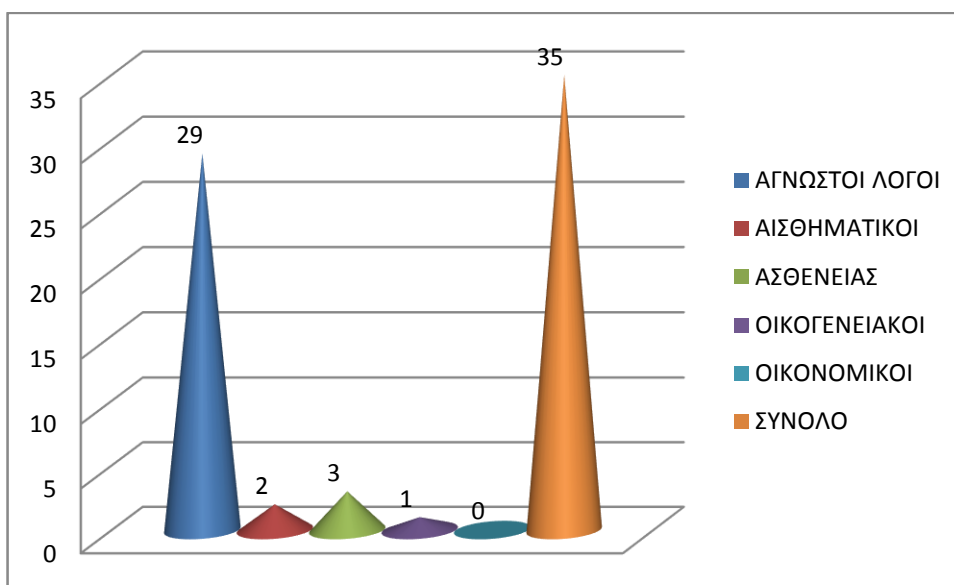
Οι λόγοι απόπειρας που καταγράφονται είναι συνολικά 44 με τους 22 από αυτούς, δηλαδή, τους μισούς να παραμένουν άγνωστοι. Ακόμα, οι 8 είναι λόγω ασθένειας, οι 7 για λόγους αισθηματικούς, οι 4 για λόγους οικογενειακούς και οι 3 για λόγους οικονομικούς.





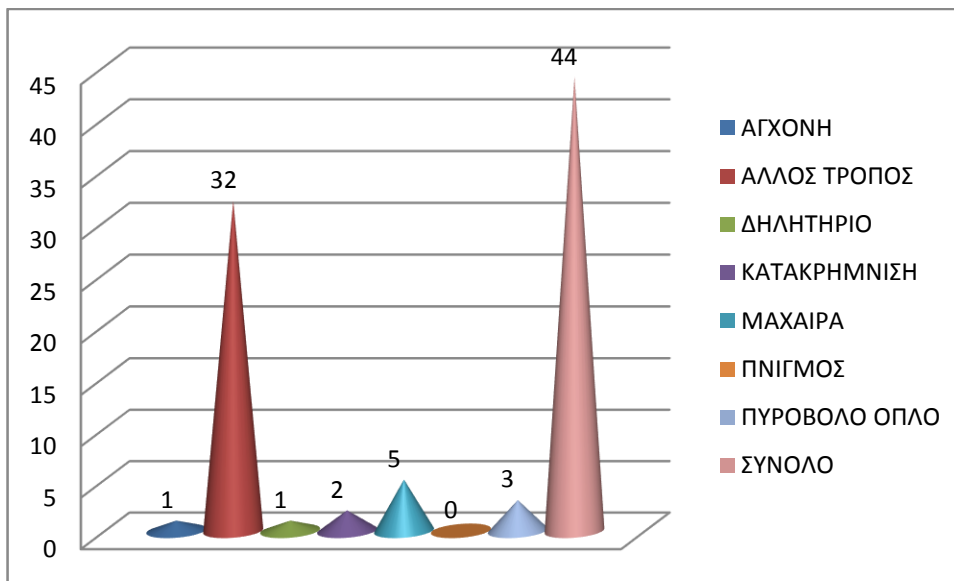
**Γράφημα 11.** Λόγοι Αποπειρών Αυτοκτονίας έτους 2014

Για τις αυτοκτονίες το 2014, προκύπτει ότι καταγράφονται συνολικά 35 λόγοι, οι οποίοι, στη συντριπτική πλειοψηφία τους (29) παραμένουν άγνωστοι. Από τις υπόλοιπες καταγραφές προκύπτει ότι 3 άτομα αυτοκτόνησαν λόγω ασθένειας, 2 άτομα λόγω αισθηματικών προβλημάτων και 1 άτομο για λόγους οικογενειακούς. Τέλος, από τις 35 καταγραφές αυτοκτονιών στη Δυτική Ελλάδα το 2014 καμία δεν φάνηκε να έγινε για λόγους οικονομικούς.



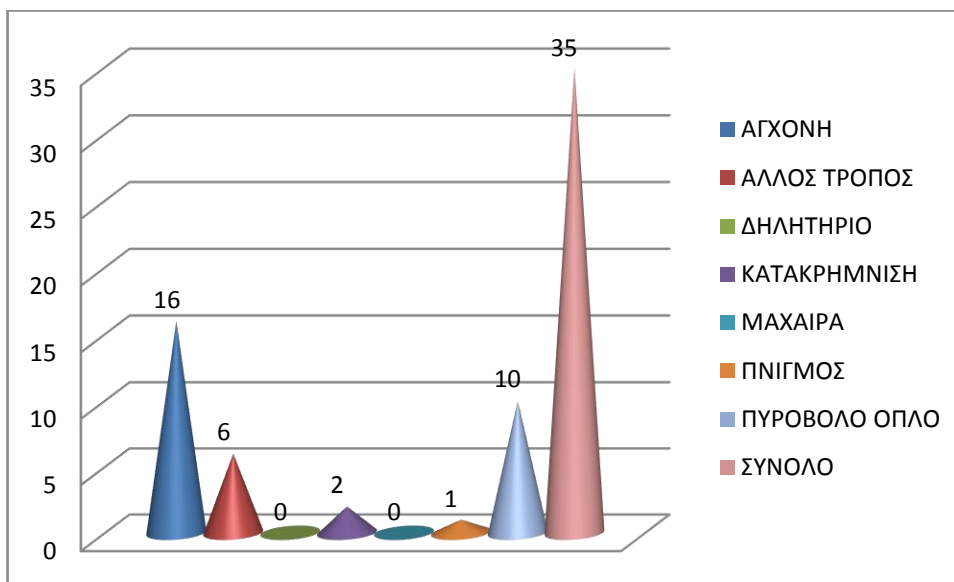
**Γράφημα 12.** Λόγοι Τετελεσμένων Αυτοκτονιών έτους 2014

Ως προς το μέσο τέλεσης της απόπειρας αυτοκτονίας γίνονται 44 καταγραφές και υπερτερεί σαφώς ο άλλος τρόπος (32/44), δηλαδή, πρακτικά, δεν γίνεται ακριβώς γνωστό με ποιο μέσο τέλεσης διαπράχθηκε η απόπειρα, ενώ πέντε είναι με μαχαίρι, 3 με πυροβόλο όπλο, 2 με κατακρήμνιση και 1 με δηλητήριο.



Γράφημα 13. Μέσο Τέλεσης Απόπειρων Αυτοκτονιών έτους 2014

Ως προς το μέσο τέλεσης της αυτοκτονίας γίνονται 35 καταγραφές και υπερτερεί σαφώς η αγχόνη, ακολουθεί το πυροβόλο όπλο (10), με άλλο τρόπο σημειώνονται 6 αυτοκτονίες, 2 με κατακρήμνιση και 1 με πνιγμό.

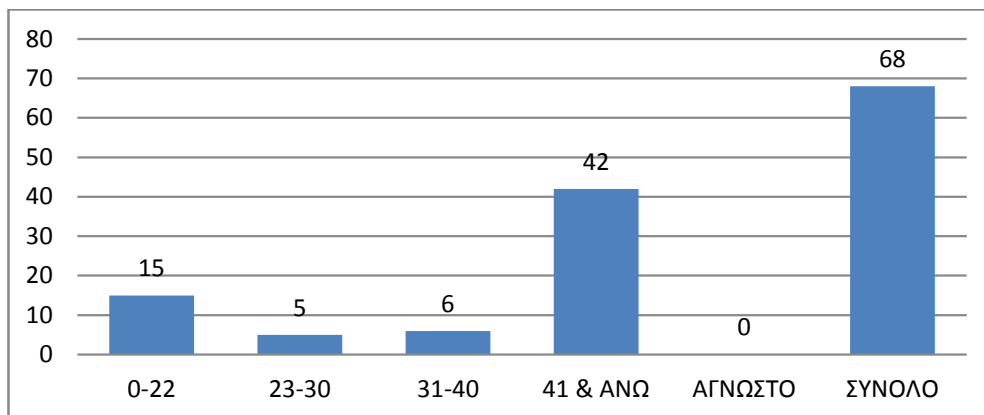


Γράφημα 14. Μέσο Τέλεσης Τετελεσμένων Αυτοκτονιών έτους 2014

### Έτος 2015

Για το έτος 2015 σημειώνονται 68 συνολικά απόπειρες στη Δυτική Ελλάδα (ποσοστό 8,84% επί του συνόλου της επικράτειας) και ειδικότερα, 39 (5,07%) στην Αιτωλοακαρνανία που προηγείται σημαντικά όλων των άλλων νομών της Δυτικής Ελλάδος, ακολουθεί με 24 (3,12%) η Αχαΐα και με 5 (0,65%) η Ηλεία. Από αυτές, οι 42, δηλαδή η μεγάλη πλειοψηφία, σημειώνονται σε ηλικίες 41 ετών και άνω. Επόμενη ηλικιακή κατηγορία

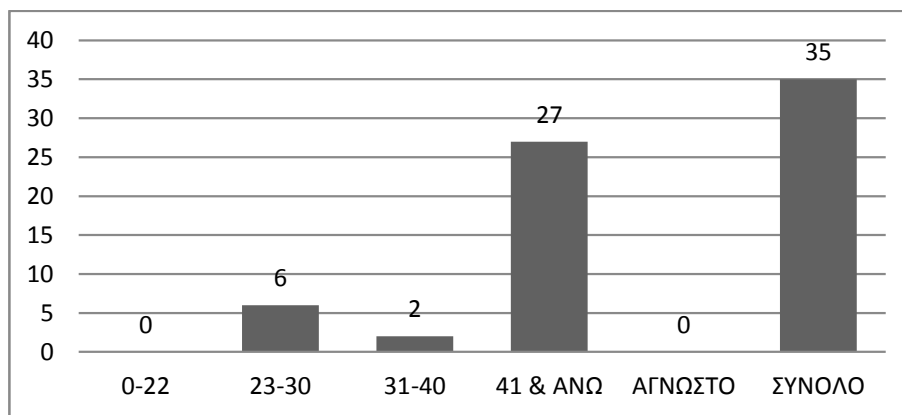
είναι οι νέοι κάτω των 22 ετών με 15 απόπειρες σε όλη τη Δυτική Ελλάδα, 6 στις ηλικίες 31-40 και 5 στις ηλικίες 23-30. Συνεπώς, οι ηλικίες άνω των 41 παρουσιάζονται να είναι οι περισσότερο «ευάλωτες» σε αυτοκτονική συμπεριφορά όπως και κατόπιν, οι νεότεροι άνθρωποι (έφηβοι και νέοι κάτω των 22 ετών). Τα ποσοστά αυτά των αποπειρών ανά ηλικία αποτυπώνονται στον παρακάτω πίνακα.



**Γράφημα 15.** Ηλικίες αποπειραθέντων έτους 2015

Αντίστοιχα, στις τελεσμένες αυτοκτονίες, υπάρχει καταγραφή 35 περιπτώσεων (ποσοστό 5,71% επί του συνόλου) και ειδικότερα, 11 στην Αιτωλοακαρνανία (1,79%), 11 στην Αχαΐα (1,79%) και 13 στην Ηλεία (2,12%) όπου παρατηρείται σημαντική αύξηση σε σχέση με τα προηγούμενα έτη με αποτέλεσμα ο νομός Ηλείας το 2015 να ξεπερνά σε αυτοκτονίες την Αιτωλοακαρνανία και την Αχαΐα, ενώ συνήθιζε να έχει τα μικρότερα ποσοστά στα προηγούμενα έτη.

Από το σύνολο των αυτοκτονιών της Δυτικής Ελλάδος, μάλιστα, παρατηρείται ως προς τις ηλικιακές ομάδες ότι οι περισσότερες (27) σημειώνονται και πάλι σε ηλικίες άνω των 41 ετών. Ακόμα, οι αυτοκτονίες είναι 6 στις ηλικίες 23-30, 2 στις ηλικίες 31-40 και μηδενικές στους νέους κάτω των 22 ετών, οι οποίοι, για άλλη μία χρονιά παρατηρείται ότι εμφανίζουν μεγαλύτερες τάσεις σε απόπειρες, πιθανόν παρορμητικές και μη σχεδιασμένες που δεν καταλήγουν σε θάνατο, ωστόσο δεν οδηγούνται σε καμία τελεσμένη αυτοκτονία. Τα ποσοστά αυτά των αυτοκτονιών ανά ηλικία αποτυπώνονται στον πιο κάτω πίνακα.

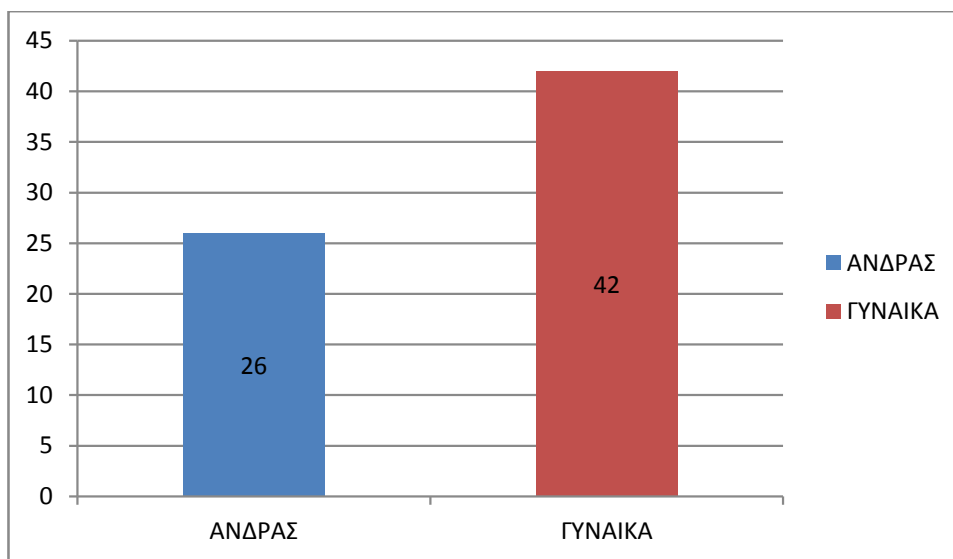


**Γράφημα 16.** Ηλικίες ατόμων που αυτοκτόνησαν έτους 2015

Συγκριτικά με τα ποσοστά αποπειρών και αυτοκτονιών στους νομούς της Δυτικής Ελλάδας για το 2015, να σημειωθεί και εδώ ότι υπερέχει για άλλη μία χρονιά στις απόπειρες σταθερά σε αριθμό η Ακαρνανία (34), αλλά σημαντική είναι και η άνοδος της Αχαΐας (24), ενώ πιο χαμηλά, όπως και στα προηγούμενα έτη βρίσκονται οι απόπειρες στην Αιτωλία (5) και στην Ηλεία (5). Αντίστοιχα, και στις αυτοκτονίες παρατηρείται η ίδια πάλι αναστροφή, δηλαδή, όπως και τα προηγούμενα χρόνια, υπερέχει η Αχαΐα με 11 αυτοκτονίες έναντι της Ακαρνανίας με 9 αυτοκτονίες και 2 στην Αιτωλία, που παραμένει αρκετά χαμηλά.

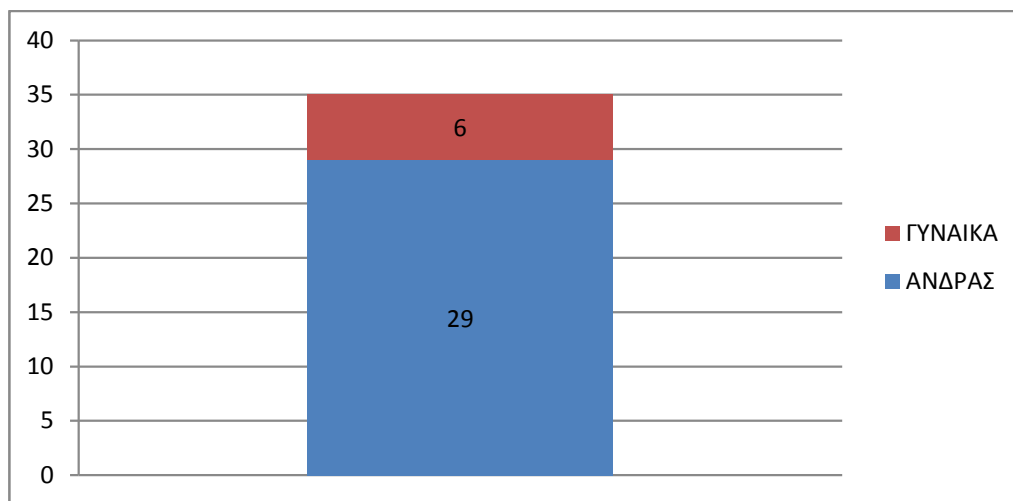
Παρατηρείται ότι η Αχαΐα, αν και πρώτη σε αυτοκτονίες, παρουσιάζει μικρή βελτίωση από τα προηγούμενα έτη, ωστόσο, το 2015 η Ηλεία σημειώνει 13 αυτοκτονίες σε σχέση με τις 5 απόπειρες που έχουν τελεσθεί στην περιοχή και αυτή είναι μία σημαντική άνοδος των ποσοστών αυτοκτονίας στην Ηλεία σε σχέση με τα προηγούμενα έτη που πρέπει να προσεχτεί.

Ανά φύλο, στις απόπειρες καταγράφονται στη Δυτική Ελλάδα συνολικά 68 και από αυτές παρατηρείται σαφής υπεροχή των γυναικών για το 2015 (42 γυναίκες) έναντι των ανδρών (26 άνδρες), όπως συνέβαινε και στα προηγούμενα έτη. Τα στατιστικά δεδομένα σχετικά με τις απόπειρες ανά φύλο αποτυπώνονται στον ακόλουθο πίνακα.



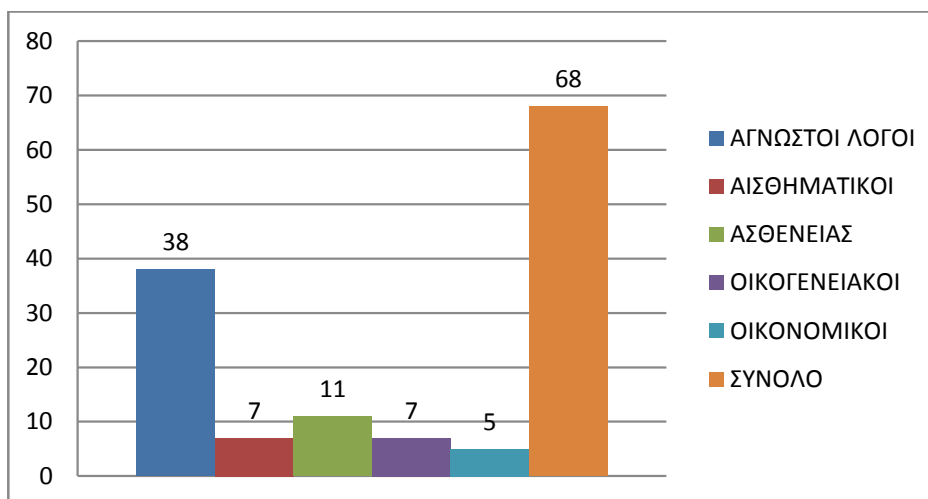
**Γράφημα 17.** Απόπειρες αυτοκτονίες ανά φύλο έτους 2015

Στις αυτοκτονίες, ωστόσο, εμφανίζεται σημαντικά μικρότερος αριθμός από τις απόπειρες ως προς το φύλο, όπως συμβαίνει και στα προηγούμενα έτη. Έτσι, σημειώνονται συνολικά 35 αυτοκτονίες και για τα δύο φύλα. Μάλιστα, τα δεδομένα αντιστρέφονται και οι άνδρες έχουν τη σαφή υπεροχή (29 άνδρες) έναντι των γυναικών (6 γυναίκες) όπως συνέβαινε και στα προηγούμενα έτη, κάτι που σημαίνει ότι οι γυναίκες είναι πιο επισφαλείς στο να κάνουν απόπειρα, μία ή και περισσότερες, ενώ οι άνδρες είναι πιο επισφαλείς στο να τερματίσουν τη ζωή τους όταν επιχειρούν να αυτοκτονήσουν. Τα στατιστικά δεδομένα ως προς τις τελεσμένες αυτοκτονίες ανά φύλο αποτυπώνονται και στον παρακάτω πίνακα.



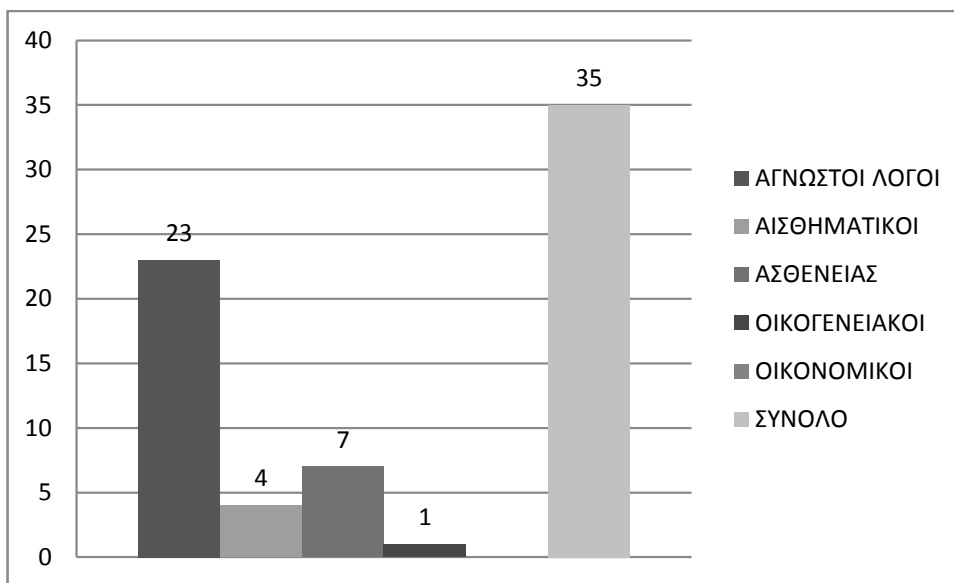
**Γράφημα 18.** Τελεσμένες αυτοκτονίες ανά φύλο έτους 2015

Περιγράφοντας τα αίτια της απόπειρας αυτοκτονίας για τη Δυτική Ελλάδα το 2015, παρατηρείται ότι για άλλη μία χρονιά (3<sup>η</sup> στη σειρά), τις περισσότερες φορές οι αιτίες παραμένουν άγνωστες. Έτσι, σε σύνολο 68 αποπειρών, οι 38 ήταν για λόγους άγνωστους, 11 λόγω ασθένειας, 7 λόγω οικογενειακών ζητημάτων, 7 για λόγους αισθηματικούς και 5 για λόγους οικονομικούς. Οι τελευταίοι, οικονομικοί λόγοι, εμφανίζονται σταθερά λιγότεροι όπως και σε όλες τις άλλες καταγραφές των προηγούμενων ετών.



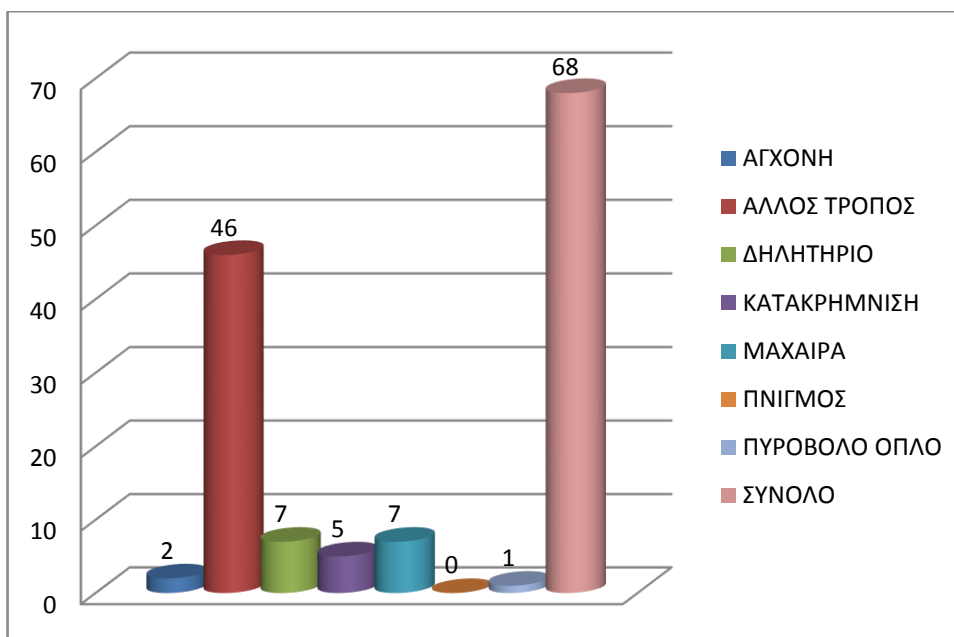
**Γράφημα 19.** Λόγοι Αποπειρών Αυτοκτονίας έτους 2015

Ως προς τα αίτια των αυτοκτονιών, να αναφερθεί ότι στη Δυτική Ελλάδα το 2015 υπάρχουν 35 αναφορές από τις οποίες οι 23 (συντριπτική πλειοψηφία και πάλι) είναι για άγνωστους λόγους, 7 για ασθένεια, 4 για αισθηματικούς και 1 για λόγους οικονομικούς.



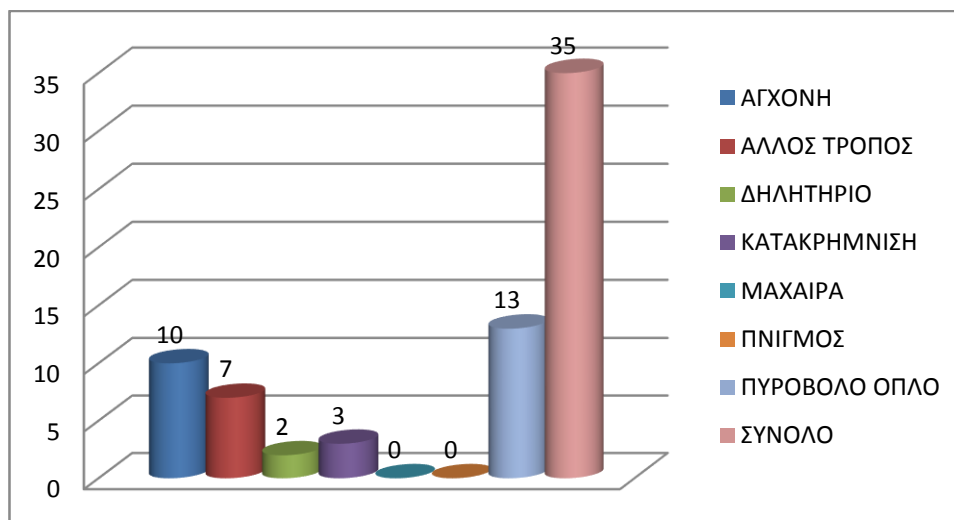
**Γράφημα 20.** Λόγοι Τετελεσμένων Αυτοκτονιών έτους 2015

Τέλος, αναφορικά με το μέσο τέλεσης απόπειρας, στο σύνολο των 68 καταγεγραμμένων περιστατικών αναφέρονται 46 με άλλο τρόπο (δηλαδή, δεν είναι γνωστό το ακριβές μέσο τέλεσης), και ακολουθούν σε πολύ μικρότερα ποσοστά, 7 με δηλητήριο, 7 με αγχόνη, 5 με κατακρήμνιση και 1 με πυροβόλο όπλο.



**Γράφημα 21.** Μέσο Τέλεσης Απόπειρων Αυτοκτονιών έτους 2015

Ως προς τα μέσα τέλεσης αυτοκτονίας στο σύνολο των 35 καταγραφών υπερτερεί με 13 καταγραφές η χρήση πυροβόλου όπλου, με 10 η αγχόνη και με 3 η κατακρήμνιση, ενώ 2 θάνατοι προήλθαν από δηλητήριο. Ακόμα, 7 αυτοκτονίες παραμένουν αδιευκρίνιστες ως προς το μέσο τέλεσης της αυτοκτονίας.



Γράφημα 22. Μέσο Τέλεσης Τετελεσμένων Αυτοκτονιών έτους 2015

## Κεφάλαιο 9<sup>ο</sup> Αναφορά στα Αποτελέσματα της Έρευνας και Συγκριτικές Μελέτες

Τα αποτελέσματα της έρευνας ειδικά για τη Δυτική Ελλάδα μέσα στην τριετία (2013-2015) έδειξαν ότι για το έτος 2013 το ποσοστό των αποπειρών αυτοκτονίας αλλά και των αυτοκτονιών ήταν περίπου το ίδιο κυμαινόμενο σε αρκετά υψηλά επίπεδα (64 απόπειρες αυτοκτονίας και 49 αυτοκτονίες, αντίστοιχα). Ωστόσο, στο επόμενο έτος (2014) παρουσιάστηκε σημαντική μείωση τόσο στις απόπειρες αυτοκτονίας (συνολικά 44 από 64 του προηγούμενου έτους) όσο και στις αυτοκτονίες (συνολικά 35 από 49 του προηγούμενου έτους). Παρατηρείται, όμως, ότι τα χαμηλότερα αυτά ποσοστά δεν διατηρούνται για την επόμενη χρονιά.

Αντίθετα, το έτος 2015, οι απόπειρες αυτοκτονίας ανέρχονται σε 68, νούμερο που πλησιάζει και υπερβαίνει τα νούμερα του 2013, ενώ οι αυτοκτονίες διατηρούνται στα ίδια χαμηλότερα επίπεδα του 2014 (35 αυτοκτονίες το 2015 όπως 35 και το 2014). Συνεπώς, παρατηρείται μία σταθερή διατήρηση μειωμένων επιπέδων αυτοκτονίας μέσα στα τρία έτη, ενώ στις απόπειρες, ο αριθμός δεν σταθεροποιείται και αυξάνεται και πάλι από το 2014 στο 2015. Μολοντί αυτό είναι πιθανόν τυχαίο δείγμα, χρειάζεται, κατά τη γνώμη μας, να συνεκτιμηθούν οι λόγοι για τους οποίους οι απόπειρες αυτοκτονίας –πιθανόν ως πράξεις παρορμητικές και αιφνίδιες- παρουσιάζονται αρκετά πιο αυξημένες από τις αυτοκτονίες κάθε έτος. Υπενθυμίζεται ότι και η επίσημη έκθεση της Eurostat για τα έτη μεταξύ 2011-2013 έδειξε ανεβασμένους τους δείκτες των αυτοκτονιών σε όλα τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και, κυρίως για τους άνδρες, κατά την τριετία που προηγείται της παρούσας έρευνας (2013-2015). Επιπλέον, έχει τονιστεί και σε άλλες έρευνες για την Ελλάδα ότι 26% των θυμάτων που έχουν φτάσει σε τελεσίδικη αυτοκτονία, έχουν προηγούμενο ιστορικό αυτοκτονίας (Paraschakis et al., 2015) εύρημα που προωθεί την γενικότερη άποψη ότι οι απόπειρες χρειάζεται να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη, ακόμα κι όταν δεν είναι θανατηφόρες καθώς υπάρχει ο αυξανόμενος κίνδυνος επανάληψης ειδικά κατά τον πρώτο χρόνο μετά την απόπειρα (Guthrie & Lewis, 2005).

ΕΤΟΣ	ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ	ΤΕΤΕΛΕΣΜΕΝΕΣ
2013	64	49
2014	44	35
2015	68	35

Πίνακας 1: Αυτοκτονίες (απόπειρες και τετελεσμένες) τριετίας 2013-2015

Ακόμα, όσον αφορά στις ηλικιακές κατηγορίες που εμπλέκονται σε κάθε απόπειρα ή αυτοκτονία ανά έτος, παρατηρείται σταθερά το φαινόμενο οι νέοι κάτω των 24 ετών να εμφανίζουν σημαντικό τμήμα σε απόπειρες αυτοκτονίας σε όλα τα έτη (15 το 2013, 12 το 2014 και 15 το 2015), ενώ στις αυτοκτονίες, σε όλες τις χρονιές, η ηλικιακή αυτή κατηγορία παρουσιάζει μηδενικά ποσοστά, ειδικά στους νομούς της Δυτικής Ελλάδας. Πρόκειται για ένα ενδιαφέρον εύρημα που θα μπορούσε να υποκινήσει την περαιτέρω έρευνα στη Δυτική Ελλάδα με σκοπό τη συγκεκριμένη διερεύνηση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς σε εφήβους και τους λόγους που οδηγούν τους έφηβους σε παρόμοιες πράξεις όπως και τα μέσα που χρησιμοποιούν για να το πετύχουν. Υπάρχει εδώ και αρκετά χρόνια σημαντικός προβληματισμός για την αύξηση αυτοκτονικών τάσεων στους νέους με τις παρορμητικές απόπειρες αυτοκτονίας να είναι πιο συχνές στην εφηβεία σε συνδυασμό με οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας, το οποίο λειτουργεί στα νέα άτομα ως πρότυπο συμπεριφοράς (Botsis, Soldatos & Stefanis, 1997).

Ένα ακόμα σημαντικό εύρημα ανάλογα με τις ηλικιακές ομάδες και τα ποσοστά αποπειρών αυτοκτονίας, αλλά και αυτοκτονιών, είναι αυτό που αφορά στην μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα. Παρατηρείται, λοιπόν, ότι στην ηλικιακή κατηγορία από 41 ετών και άνω, εμφανίζονται σταθερά σε όλες τις χρονιές τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονικής συμπεριφοράς τόσο όσον αφορά στις απόπειρες (27 από τις 64 το 2013, 19 από τις 44 το 2014 και 42 από τις 68 το 2015) παρουσιάζοντας, μάλιστα, σημαντική αύξηση σε αριθμό κάθε έτος, φτάνοντας το 2015 τα 2/3 των αποπειρών αυτοκτονίας να πραγματοποιούνται από άτομα άνω των 40 ετών. Αντίστοιχα εμφανίζονται τα αποτελέσματα και στις τελεσμένες αυτοκτονίες στη Δυτική Ελλάδα, αφού και εκεί τη μεγαλύτερη αντιπροσώπευση κάθε χρόνο έχει η ίδια ηλικιακή ομάδα των 41 ετών και άνω (37 από τις 64 το 2013, 27 από τις 35 το 2014 και 27 από τις 35 το 2015). Επίσης, η ηλικιακή ομάδα των 31-40 παρουσιάζει μείωση σε απόπειρες αυτοκτονίας όπως και σε αυτοκτονίες μεταξύ των ετών 2013-2015, ενώ η ηλικιακή ομάδα των 23-30 φαίνεται να είναι πιο «ευάλωτη», τόσο όσον αφορά στις απόπειρες όσο και αναφορικά με τις αυτοκτονίες.



ΕΤΟΣ	ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ				ΤΕΤΕΛΕΣΜΕΝΕΣ			
	0-22	23-30	31-40	41& άνω	0-22	23-30	31-40	41& άνω
2013	15	9	13	27	0	6	6	37
2014	12	10	3	19	0	6	2	27
2015	15	5	6	42	0	6	2	27

Πίνακας 2: Αυτοκτονίες ανά ηλικιακή ομάδα (απόπειρες και τετελεσμένες) τριετίας 2013-2015

Τα ανωτέρω ευρήματα της δικής μας ανάλυσης συμβαδίζουν με τις διεθνείς και ελληνικές έρευνες που παρουσιάζουν άνοδο του γενικού αυτοκτονικού δείκτη σε προηγούμενα έτη (για παράδειγμα μεταξύ 2010-2012), αλλά και άνοδο σε άτομα άνω των 22 ετών, δηλαδή εργασιακής ηλικίας περισσότερο συνδεδεμένη πιθανόν με την οικονομική ύφεση και τα μέτρα λιτότητας που έχουν σοβαρές επιπτώσεις και στις θέσεις εργασίας (Rachiotis et al., 2015). Αρκετά χρόνια πίσω, έρευνες των Ιεροδιακόνου & Φωτιάδη (1991) είχαν δείξει σοβαρότερες απόπειρες αυτοκτονίας σε άνδρες μεγάλης ηλικίας, χήρους ή διαζευγμένους, επίσης. Ακόμα, υπενθυμίζεται η πρόσφατη έκθεση της Eurostat (2016b) που δείχνει σταθερή αύξηση των αυτοκτονικών τάσεων στους δείκτες μεσηλικών στην Ελλάδα όπως και σε όλα τα κράτη –μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Επιπλέον, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας ανά φύλο, δείχνουν ότι στις απόπειρες αυτοκτονίας παρατηρείται σαφής υπεροχή των γυναικών για το 2015 έναντι των ανδρών, όπως συνέβαινε και στα προηγούμενα έτη (2013, 2014) σε όλους τους νομούς της Δυτικής Ελλάδας ιδιαίτερα και πανελλαδικά μόνο για το έτος 2015. Αντίθετα, όταν πρόκειται για τελεσμένες αυτοκτονίες τα ποσοστά αντιστρέφονται και ο αριθμός γενικά γίνεται αρκετά μικρότερος και στα δύο φύλα, όμως, πολύ υψηλότερος στους άνδρες από ό,τι στις γυναίκες –στη Δυτική Ελλάδα και πανελλαδικά-. Τα ποσοστά αυτά συμβαδίζουν με τα στατιστικά δεδομένα άλλων σύγχρονων μελετών που έχουν γίνει στην Ελλάδα και τα οποία διαχρονικά παρουσιάζουν τους άνδρες να εμφανίζουν άνοδο στους αυτοκτονικούς δείκτες και μάλιστα, μεγαλύτερη από αυτή των γυναικών (Rachiotis et al., 2015). Ίσως, μάλιστα, να πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι εάν υπάρχει οικονομική ύφεση και άρα, υψηλότερη ανεργία, η σχέση τους με την αύξηση των δεικτών αυτοκτονίας στους άνδρες γίνεται ακόμα πιο ισχυρή, αφού τα οικονομικά βάρη φαίνονται να είναι πιο «βαριά» στους ώμους των ανδρών (Sadlock & Grebb, 2005).

ΕΤΟΣ	ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ		ΤΕΤΕΛΕΣΜΕΝΕΣ	
	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
2013	28	36	40	9
2014	19	25	32	3
2015	26	42	29	6

Πίνακας 3: Αυτοκτονίες ανά φύλο (απόπειρες και τετελεσμένες) τριετίας 2013-2015

Ωστόσο, συγκριτικά με τα αίτια της αυτοκτονικής συμπεριφοράς, η παρούσα έρευνα δεν μπορεί να συνδέσει τα οικονομικά αίτια με τις αυτοκτονίες σε έναν μεγάλο βαθμό συσχέτισης, διότι η καταγραφή - καταχώρηση των συμβάντων (αποπειρών ή τετελεσμένων), γίνονται από την Ελληνική Αστυνομία σε πρώιμο στάδιο, ήτοι 1-2 ώρες μετά το συμβάν, με αποτέλεσμα, τα πληροφοριακά στοιχεία που σχετίζονται με αυτές τις ενέργειες να είναι σε στάδιο προκαταρκτικής εξέτασης. Ως εκ τούτου, τόσο για το έτος 2013, όσο και για το 2014 όπως και για 2015 οι αιτίες που καταγράφονται επίσημα από την ελληνική αστυνομία παραμένουν σε μεγάλο ποσοστό –συχνά και στο μεγαλύτερο ποσοστό- αδιευκρίνιστες (κατηγορία: «άλλη αιτία»), και ιδιαίτερα στις απόπειρες. Για παράδειγμα, το 2015 εμφανίζονται 5 οικονομικά αίτια στο σύνολο των 68 αποπειρών αυτοκτονίας στη Δυτική Ελλάδα. Για τον λόγο αυτό, τα ευρήματα αυτά δεν συμβαδίζουν με τις αρχικές μας υποθέσεις για σύνδεση των αυτοκτονιών και του γενικότερου δείκτη των αυτοκτονικών τάσεων με τη βαριά οικονομική ύφεση και τη δημοσιονομική λιτότητα της χώρας που έχει επιφέρει μακρόχρονη ανεργία, αυξημένες απολύσεις, χρέη των νοικοκυριών κλπ., λόγω της αδυναμίας λεπτομερής περιγραφής των αιτιών κατά την καταγραφή τους στο ηλεκτρονικό σύστημα. Ευκολονόητο λοιπόν είναι το συμπέρασμα ότι η παρούσα έρευνα δεν μπορεί να αντικατοπτρίσει με αληθοφάνεια τις αιτιάσεις των αυτοκτονικών συμπεριφορών όπως εμφανίζονται από τις σύγχρονες ελληνικές έρευνες που καταδεικνύουν σημαντική αύξηση των αυτοκτονιών σε άνδρες με οικονομικά βάρη (Καράγγιουλη & Χαϊνά, 2006), αλλά και σύνδεσή τους με την βαθιά οικονομική ύφεση (Antonakakis & Collins, 2014).

ΕΤΟΣ	ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ					ΤΕΤΕΛΕΣΜΕΝΕΣ				
	ΑΓΝΩΣΤΟΙ ΛΟΓΟΙ	ΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΙ	ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ	ΑΓΝΩΣΤΟΙ ΛΟΓΟΙ	ΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΙ	ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ
2013	41	4	3	6	10	34	2	5	5	3
2014	22	7	8	4	3	29	2	3	1	0
2015	38	7	11	7	5	23	4	7	1	0

**Πίνακας 4:** Αυτοκτονίες ανά αίτιο-λόγο (απόπειρες και τετελεσμένες) τριετίας 2013-2015

Αυτό έχει ως συνέπεια τα συγκριμένα στοιχεία της έρευνας μας, να μην συμφωνούν με αντίστοιχα ευρήματα τόσο στις χώρες της ευρωπαϊκής περιφέρειας, που επίσης ο δείκτης αυτοκτονίας φαίνεται να συνδέεται θετικά με τις συνέπειες από την οικονομική κρίση (Antonakakis & Collins, 2015) όσο και στην Αγγλία

και Ουαλία όπου η άνοδος των αυτοκτονιών στους άνδρες συνδέεται άμεσα με τις αυξανόμενες απολύσεις για τα έτη 2006-2010 (Coore et al., 2014), αλλά και άλλες χώρες όπως η Ουγγαρία που έχουν προσέλθει πιο πρόσφατα στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ωστόσο αντιμετωπίζουν οξύτατα προβλήματα αυτοκτονιών (Eurostat, 2016b) που, επίσης, φαίνονται να συμβαδίζουν με την οικονομική ύφεση και την ανεργία στην Ουγγαρία (Duleba et al., 2012).

Έτσι, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δεν μπορούν να γενικευτούν με ασφάλεια ως προς αυτή τη μεταβλητή (οικονομικοί λόγοι) της αυτοκτονικής συμπεριφοράς, επειδή, ακριβώς βρίσκονται σε υψηλό ποσοστό στις καταγραφές της ελληνικής αστυνομίας εκείνες οι απόπειρες και τελεσίδικες αυτοκτονίες που τα αίτιά τους μένουν αδιευκρίνιστα, λόγω των όσων προαναφέρθηκαν, και πιθανόν, εντός αυτών να βρίσκονται και υποκρυπτόμενοι οικονομικοί λόγοι. Αντίθετα, στις απόπειρες φαίνεται να υπερτερούν λόγοι κυρίως, οικογενειακοί, αισθηματικοί στη συνέχεια, ενώ συχνά γίνεται αναφορά και σε ασθένειες. Ως προς αυτές τις μεταβλητές και τη σειρά με την οποία παρουσιάζονται στα αποτελέσματα υπάρχει συσχέτιση θετική με άλλες μελέτες που δείχνουν ότι, για παράδειγμα, η οικογενειακή σύγκρουση όταν είναι χρόνια αποτελεί μία από τις πιο σημαντικές αιτίες απόπειρας αυτοκτονίας (Μουτούσης, 2000) και απαιτεί την υποστήριξη αυτών των οικογενειών που είναι απρόθυμες να αναγνωρίσουν τις ψυχολογικές διαστάσεις του προβλήματος παρουσιάζοντας διάφορες δυσκολίες και αρνήσεις (Παπαγερίδου και συν., 2003).

Ακόμα, αναφορικά με την αιτία της ασθένειας, σε όλες τις σύγχρονες ψυχιατρικές μελέτες και αναφορές φαίνεται ότι η κακή σωματική υγεία προκαλεί αιτία πρόκλησης αυτοκτονίας σε ποσοστό που κυμαίνεται από 11-51%. Ειδικότερα, όταν υπάρχει απώλεια κινητικότητας, χρόνιος πόνος ή παραμορφώσεις (στις γυναίκες, κυρίως), αλλά και σκλήρυνση κατά πλάκας, επιληψία, άνοια, εγκεφαλικά επεισόδια ή και AIDS (Sadock & Grebb, 2005). Επιπρόσθετα, σύνδεση υπάρχει πιο έντονη και με χαρακτηριστικά της προσωπικότητας όπως είναι η εσωστρέφεια και η υψηλή αποφυγή πρόκλησης βλάβης σε άλλους που ταιριάζουν με την ψυχαναλυτική ερμηνεία της προσωπικότητας, όπως έχει συζητηθεί και στο θεωρητικό μέρος. Πρόκειται για μία ψυχαναλυτική ερμηνεία της αυτοκτονίας ως επικράτησης στον ψυχισμό του ανθρώπου των επιθετικών και καταστρεπτικών του ενορμήσεων (Μπόντζου, 2000). Άλλωστε, στα ψυχιατρικά βιβλία μελέτης, η έντονη συναισθηματική αστάθεια, δηλαδή κάθε διαταραχή του συναισθήματος ή της διάθεσης, εντάσσεται μεταξύ των 10 κύριων παραγόντων που εμφανίζουν μεγαλύτερη συσχέτιση με την αυτοκτονία (Guthrie & Lewis, 2005).

Ακόμα, σύνδεση της αυτοκτονίας υπάρχει θεωρητικά και με τη σχιζοφρένεια, με τη διπολική διαταραχή, με την οριακή διαταραχή προσωπικότητας, αλλά και με την κατάθλιψη (Sadock & Grebb, 2005; Kaplan, Sadock & Grebb, 2000; Guthrie & Lewis, 2005), δηλαδή, με ψυχικές ασθένειες και ψυχοπαθολογικές συμπεριφορές, συχνές και στους ηλικιωμένους, για τις οποίες δεν είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε κανένα στοιχείο από τα στατιστικά δεδομένα της ελληνικής αστυνομίας, αφού η κατηγορία «ασθένεια» είναι πολύ γενική και δεν έχει διαφοροποιήσεις ως προς το είδος της ασθένειας ή την κατηγορία αυτής (σωματική, ψυχική κλπ.). Η διαπίστωση αυτή δεν είναι ιδιαίτερα διαφωτιστική για την παρούσα μελέτη, αλλά και γενικότερα για την πρόληψη της αυτοκτονίας, αφού υποστηρίζεται ότι μόνο με την αναγνώριση των πραγματικών αιτιών της

αυτοκτονικής συμπεριφοράς μπορούν, στη συνέχεια, αυτά να περιοριστούν σε επίπεδο πρόληψης και, αντίστοιχα, να περιοριστούν και οι δείκτες αυτοκτονίας (Lewitzk et al., 2016).

Τέλος, ένα σημαντικό εύρημα στα δεδομένα της παρούσας έρευνας είναι εκείνο που σχετίζεται με τα μέσα τέλεσης της απόπειρας ή της τελεσίδικης αυτοκτονίας και δείχνει ότι τόσο το 2013 όσο και στα επόμενα έτη έως το 2015, στα μέσα τέλεσης της απόπειρας υπερτερεί το δηλητήριο, ενώ συχνή είναι και η χρήση μαχαιριού, ενώ λιγότερες απόπειρες γίνονται με αγχόνη ή κατακρήμνιση. Αντίθετα, στις τελεσίδικες αυτοκτονίες εμφανίζονται σε υψηλότερο βαθμό τα πυροβόλα όπλα ή η αγχόνη και η κατακρήμνιση και λιγότερο ο πνιγμός ή η χρήση μαχαιριού. Τα ευρήματα αυτά, εάν συνδυαστούν και με τα ευρήματα του φύλου που δείχνουν υψηλότερα ποσοστά ανδρών σε τελεσίδικες αυτοκτονίες και γυναικών σε απόπειρες, μπορούν να θεωρηθούν ότι επιβεβαιώνουν στατιστικές αναφορές στους άνδρες να χρησιμοποιούν πιο «σκληρές» μεθόδους αυτοκτονίας και στις γυναίκες να χρησιμοποιούν πιο «ήπιες» μεθόδους απόπειρας αυτοκτονίας, αν και η χρήση πυροβόλων όπλων από γυναίκες δείχνει να έχει αυξηθεί τα τελευταία έτη διεθνώς (Guthrie & Lewis, 2005).

ΕΤΟΣ	ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ						ΤΕΤΕΛΕΣΜΕΝΕΣ							
	ΑΓΧΟΝΗ	ΑΛΛΟΣ ΤΡΟΠΟΣ	ΔΗΛΗΤΗΡΙΟ	ΚΑΤΑΚΡΗΜΝΙΣΗ	ΜΑΧΑΙΡΑ	ΠΝΙΓΜΟΣ	ΠΥΡΟΒΟΛΟ ΟΠΛΟ	ΑΓΧΟΝΗ	ΑΛΛΟΣ ΤΡΟΠΟΣ	ΔΗΛΗΤΗΡΙΟ	ΚΑΤΑΚΡΗΜΝΙΣΗ	ΜΑΧΑΙΡΑ	ΠΝΙΓΜΟΣ	ΠΥΡΟΒΟΛΟ ΟΠΛΟ
2013	2	41	13	3	3	1	1	20	9	6	3	0	2	9
2014	1	32	1	2	5	0	3	16	6	0	2	0	1	10
2015	2	46	7	5	7	0	1	10	7	2	3	0	0	13

Πίνακας 5: Αυτοκτονίες ανά τρόπο τέλεσης (απόπειρες και τετελεσμένες) τριετίας 2013-2015

Δεν είναι διαφωτιστικό για τη μελέτη το γεγονός ότι σε όλους τους νομούς ανά έτος ένα πολύ μεγάλο ποσοστό καταλαμβάνει και η κατηγορία «άλλος τρόπος» που ουσιαστικά αφήνει το μέσο τέλεσης αδιευκρίνιστο. Συνοπτικά, έως και το 2015, το μέσο τέλεσης παραμένει σε μεγάλο βαθμό αδιευκρίνιστο, λιγότερο για τις αυτοκτονίες, αλλά πολύ περισσότερο για τις απόπειρες όπου παρατηρείται ότι π.χ. για τη Δυτική Ελλάδα στις 68 συνολικά απόπειρες το έτος 2015, οι 46, δηλαδή πάνω από τις μισές, έχουν καταγραφεί ότι πραγματοποιήθηκαν με κάποιο άλλο τρόπο (άγνωστο), ενώ το ποσοστό αυτό στις αυτοκτονίες μειώνεται σε

10 από 35 την ίδια χρονιά. Αυτό συμβαίνει εξαιτίας της πρώιμης αναφοράς – καταχώρησης στο ηλεκτρονικό σύστημα της Ελληνικής Αστυνομίας, με αποτέλεσμα τα στοιχεία που προκύπτουν μέχρι εκείνη την στιγμή να μην είναι πλήρως διαφωτιστικά ως προς τις λεπτομέρειες των αποπειρών και των τετελεσμένων αυτοκτονιών. Έτσι, ωστόσο, δεν είναι δυνατόν να αναγνωριστούν με ακρίβεια τα αυτοκτονικά μέσα και να μειωθούν σε διαθεσιμότητα σε επίπεδο πρόληψης της αυτοκτονικής συμπεριφοράς από το κράτος ούτε και να μελετηθούν ως προς την εναλλαγή τους από χρονιά σε χρονιά κάτι που θα ήταν πραγματικά χρήσιμο για την πολιτεία, αφού από τις έρευνες φαίνεται ότι τα άτομα που καταλήγουν σε τελεσίδικη αυτοκτονία έχουν εμφανίσει ευρεία εναλλαγή μεθόδων στο παρελθόν (Paraschakis et al., 2014).

## Κεφάλαιο 10<sup>ο</sup> Συγκριτική Παράθεση Δεδομένων σε Πανελλαδικό Επίπεδο

Για το έτος 2013, εάν δούμε συνολικά τα στατιστικά στοιχεία που αφορούν σε απόπειρες αυτοκτονίες σε όλους τους νομούς της Ελλάδος, θα παρατηρήσουμε ότι πρώτος σε απόπειρες έρχεται ο νομός Αττικής, με 231 (ποσοστό 35,98%) απόπειρες από το σύνολο των 642 αποπειρών σε όλη την Ελλάδα και ακολουθεί ο νομός Θεσσαλονίκης με 89 απόπειρες (13,86%). Αξιοσημείωτο είναι ότι τρίτος στη σειρά είναι ο νομός Αιτωλοακαρνανίας με 50 απόπειρες συνολικά (ποσοστό 7,79%). Στη συνέχεια, για τους υπόλοιπους νομούς σημειώνεται μια σημαντική πτωτική διαφορά σε σχέση με τους τρεις πρώτους. Έτσι, στο νομό Κιλκίς εμφανίζονται 18 απόπειρες (2,80%), στο νομό Ηρακλείου Κρήτης 17 απόπειρες (2,65%). Τέλος, για όλους τους υπόλοιπους νομούς τα ποσοστά «πέφτουν» κάτω του 2% για παράδειγμα, ο νομός Τρικάλων με 13 απόπειρες (2,02%), ο νομός Λάρισας με 11 απόπειρες (1,71%), ο νομός Αχαΐας με 10 απόπειρες (1,56%), ο νομός Χανίων με 9 απόπειρες (ποσοστό 1,40%), ο νομός Σερρών με 8 (1,25%), ο νομός Ηλείας με 4 απόπειρες (0,62 %) κλπ. Να σημειωθεί ότι υπάρχουν και νομοί με μηδενικές καταγραφές σε απόπειρες για το 2013, για παράδειγμα, οι νομοί Ευρυτανίας, Καρδίτσας, Καστοριάς και Κεφαλληνίας (Παράρτημα, IV: ANA NOMO ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ 2013).

Αντίστοιχα, στις αυτοκτονίες σημειώνει, επίσης, η πρωτεύουσα το μεγαλύτερο νούμερο, δηλαδή 184 αυτοκτονίες στο Νομό Αττικής επί του συνόλου των 566 αυτοκτονιών που έχουν καταγραφεί σε όλη την Ελλάδα (ποσοστό 32,51% επί του συνόλου της επικράτειας), ενώ δεύτερη σε σειρά ακολουθεί η συμπρωτεύουσα με 38 αυτοκτονίες (6,71%), σημαντικά λιγότερες από του νομού Αττικής, ωστόσο. Ακολουθεί τρίτος σε σειρά ο νομός Αχαΐας με 21 αυτοκτονίες (3,71%) και αμέσως μετά ο νομός Λάρισας με 20 αυτοκτονίες (3,53%). Ο νομός Ηρακλείου ακολουθεί με 18 αυτοκτονίες (3,18%) και έπειτα ο νομός Ηλείας με 15 αυτοκτονίες (2,65%) και στη συνέχεια ο νομός Μεσσηνίας με 14 αυτοκτονίες (2,47%). Ακολουθούν ο νομός Αιτωλοακαρνανίας με 13 (2,3 %), ο νομός Καβάλας με 11 (1,94%) και ο νομός Μαγνησίας με 11 αυτοκτονίες, επίσης (1,94%), αλλά και ο νομός Ημαθίας με 11 αυτοκτονίες (1,94%). Τέλος, στους υπόλοιπους νομούς, οι αριθμοί είναι μονοψήφιοι, για παράδειγμα στο νομό Κορινθίας 9 αυτοκτονίες (1,59%) κλπ. Να σημειωθεί ότι

μηδενικές αυτοκτονίες εμφανίζουν μόνο δύο νομοί, ο νομός Σάμου και ο νομός Ευρυτανίας (Παράρτημα, IV: ANA NOMO ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ 2013).

Ως προς το φύλο, οι απόπειρες που καταγράφονται από την ελληνική αστυνομία είναι συνολικά 642, από τις οποίες 339 σε άνδρες και 303 σε γυναίκες, ενώ στις αυτοκτονίες, οι οποίες είναι λιγότερες σε αριθμό (566), οι συντριπτικά περισσότερες πραγματοποιούνται από άνδρες (453) και οι λιγότερες (113) από γυναίκες. Παρατηρείται, δηλαδή, ότι, συνολικά για την ελληνική επικράτεια, οι άνδρες υπερτερούν τόσο σε απόπειρες όσο και σε αυτοκτονίες, κάτι που δεν ίσχυε για τη Δυτική Ελλάδα. Ωστόσο, όταν εξετάζεται το θέμα των τελεσμένων αυτοκτονιών, τα ποσοστά εκπροσώπησής τους είναι πολύ μεγαλύτερα από των γυναικών σε σχέση με τις απόπειρες (Παράρτημα, IV: ANA NOMO ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ 2013).

Ως προς την εξέταση των αιτιών των αυτοκτονιών, υπάρχουν 642 καταγραφές σε απόπειρες για όλη την Ελλάδα και από αυτές οι 358 είναι για άγνωστα αίτια. Ακολούθως, οι 92 είναι για λόγους ασθένειας, οι 76 για λόγους οικογενειακούς, οι 67 για λόγους αισθηματικούς και τέλος, οι 49 για λόγους οικονομικούς. Αντίστοιχα, στις αυτοκτονίες που σημειώνονται να είναι λιγότερες από τις απόπειρες (566) καταγράφονται 396 για άγνωστους λόγους και 84 για ασθένεια, 25 για λόγους οικογενειακούς, 15 για αισθηματικούς και 46 για οικονομικούς. Συνεπώς, η ασθένεια προβάλλεται ως ο πιο ισχυρός λόγος τόσο για τις απόπειρες όσο και για τις αυτοκτονίες, ωστόσο, στις αυτοκτονίες για το 2013, ο δεύτερος σημαντικότερος λόγος σε όλη την Ελλάδα φαίνεται να είναι ο οικονομικός (Παράρτημα, IV: ANA NOMO ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ 2013).

Ακόμα, ως προς το μέσο τέλεσης στις απόπειρες αυτοκτονίας, παρατηρούμε να γίνονται 642 καταγραφές με τις 389 με άγνωστο τρόπο, ενώ από τις υπόλοιπες που το μέσο τέλεσης αναγνωρίζεται συγκεκριμένα, υπερισχύει το μαχαίρι (79 περιπτώσεις) και ακολουθεί το δηλητήριο (70 περιπτώσεις), ενώ έπειτα είναι η κατακρήμνιση (48 περιπτώσεις), στη συνέχεια η αγχόνη (33 περιπτώσεις) και σε χαμηλότερο αριθμό το πυροβόλο όπλο (16 περιπτώσεις) και ο πνιγμός (7 περιπτώσεις). Ειδικά στη Δυτική Ελλάδα από τις 64 καταγραφές οι 41 είναι με «άλλο τρόπο» όσον αφορά στις απόπειρες, ενώ αμέσως μετά εμφανίζεται το δηλητήριο με αρκετά σημαντικό ποσοστό (Παράρτημα, IV: ANA NOMO ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ 2013)..

Αντίστοιχα, στις αυτοκτονίες, σημειώνονται 566 καταγραφές από τις οποίες οι 105 είναι με άλλο, αδιευκρίνιστο τρόπο. Οι περισσότερες αυτοκτονίες σημειώνονται με αγχόνη (221 περιπτώσεις), ενώ ακολουθεί το πυροβόλο όπλο (109 περιπτώσεις) και έπειτα η κατακρήμνιση (89 περιπτώσεις). Πιο χαμηλά βρίσκεται η αυτοκτονία με δηλητήριο (16 περιπτώσεις σε όλη την Ελλάδα) ή με μαχαίρι (14 περιπτώσεις) ή με πνιγμό (12 περιπτώσεις). Ειδικά για τη Δυτική Ελλάδα, στους αυτοκτονικούς τρόπους σημειώνονται 49 και από αυτούς οι 20 είναι με αγχόνη, ενώ σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό προτιμάται ο τρόπος το πυροβόλου όπλου και έπειτα του δηλητηρίου (Παράρτημα, IV: ANA NOMO ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ 2013). Συνεπώς, παρατηρείται πανελλαδικά η ευρεία χρήση μαχαιριού, δηλητηρίου και κατακρήμνισης σε απόπειρες όπως και λιγότερο αγχόνης σε απόπειρες, ενώ σε αυτοκτονίες εμφανίζονται να χρησιμοποιούνται περισσότερο αγχόνη, πυροβόλο όπλο και ύστερα κατακρήμνιση πανελλαδικά (Παράρτημα, IV: ANA NOMO ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ 2013)..

**Για το έτος 2014** σημειώνονται σε όλη την Ελλάδα 579 απόπειρες από τις οποίες οι 203 (35,06%) στο νομό Αττικής και οι 61 (10,54%) στο νομό Θεσσαλονίκης. Σημειώθηκαν 29 (5,01%) στο νομό Ξάνθης, 26 (4,49%) στο νομό Αιτωλοακαρνανίας, 20 (3,45%) στο νομό Κιλκίς, 15 απόπειρες (2,59%) στο νομό Ηρακλείου, 13 (2,25%) στο νομό Αχαΐας και 12 (2,07%) στο νομό Κυκλάδων όπως και 12 (2,07%) στο νομό Λάρισας, 11 (1,90%) στο νομό Πέλλας, αλλά και 5 (0,86%) στο νομό Ηλείας, ενώ σε όλους τους άλλους νομούς οι αριθμοί είναι μονοψήφιοι και μηδενικές οι απόπειρες στους νομούς Φλώρινας, Κεφαλληνίας, Θεσπρωτίας και Ευρυτανίας (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V: ANA NOMO ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ 2014).

Επίσης, ανά ηλικιακή ομάδα, εκείνο που είναι αξιοσημείωτο είναι το μεγαλύτερο ποσοστό αποπειρών που σημειώνεται στις ηλικίες άνω των 41 ετών (310 από τις 579 συνολικά), ενώ ακολουθεί η ηλικιακή ομάδα των 31-40 ετών (107 απόπειρες), έπειτα η ηλικιακή ομάδα των νέων κάτω των 22 ετών (87 απόπειρες) και τελευταία η ηλικιακή ομάδα μεταξύ 23-30 ετών (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V: ANA NOMO ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ 2014).

Αντίστοιχα, στις αυτοκτονίες σημειώνονται συνολικά 514, από τις οποίες οι 143 (27,82%) στο νομό Αττικής, οι 43 (8,37%) στο νομό Θεσσαλονίκης, ενώ 18 (3,50%) στο νομό Ηρακλείου, 17 (3,31%) στο νομό Λάρισας, 16 (3,11%) στο νομό Αιτωλοακαρνανίας, 15 (2,92%) στο νομό Αχαΐας, 13 (2,53%) στους νομούς Μεσσηνίας, Ροδόπης, 12 (2,33%) στο νομό Μαγνησίας και από 10 (1,95%) στους νομούς Σερρών, Τρικάλων και Χανίων και 4 στο νομό Ηλείας (0,78%). Μηδενικές είναι οι αυτοκτονίες στους νομούς Γρεβενών και Χίου, δηλαδή, μόνο σε δύο νομούς από τους 54 της Ελλάδος (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V: ANA NOMO ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ 2014).

Συμπερασματικά, παρατηρείται ότι συνολικά, απόπειρες και αυτοκτονίες εμφανίζουν μία μείωση από το 2013, ενώ τόσο σε απόπειρες όσο και σε αυτοκτονίες τα πρωτεία κρατά η Αττική, αφού φιλοξενεί και σχεδόν τα 2/3 του πληθυσμού της Ελλάδος. Κάθε χρόνο ακολουθεί η συμπρωτεύουσα, ωστόσο, με σημαντικά πιο χαμηλά ποσοστά από ό,τι ο νομός Αττικής. Ακόμα, κάποιοι νομοί, όπως ο νομός Ηρακλείου στην Κρήτη, αλλά και οι νομοί Αιτωλοακαρνανίας, κυρίως, όπως και Αχαΐας, για τη Δυτική Ελλάδα εμφανίζουν κάθε χρόνο υψηλό αριθμό περιστατικών και στις δύο αυτοκτονικές συμπεριφορές, δηλαδή και στις απόπειρες και στις αυτοκτονίες. Ακόμα, σε αρκετά σημαντικά ποσοστά βρίσκεται ο νομός Λάρισας, Τρικάλων, Μαγνησίας, Μεσσηνίας, ενώ παρατηρείται ότι στις απόπειρες, για το 2014, σημαντική άνοδο των περιστατικών εμφανίζουν και οι Κυκλάδες, αλλά και οι νομοί Ξάνθης, Κιλκίς και Πέλλας, δηλαδή, και άλλοι νομοί της Μακεδονίας και της Β. Ελλάδος, γενικότερα.

Ως προς τις ηλικιακές ομάδες, από τις 514 αυτοκτονίες οι 402 σημειώνονται στην ηλικία άνω των 41 ετών και οι 53 στις ηλικίες 31-40 ετών και ακόμα, 38 στις ηλικίες 23-30 ετών και οι λιγότερες στους νέους κάτω των 22 ετών (21 αυτοκτονίες). Αυτό σημαίνει ότι στις αυτοκτονίες τα μεγαλύτερα ποσοστά όπως και στις απόπειρες έχει η μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα. Αμέσως μετά ακολουθεί η ηλικιακή ομάδα 31-40 τόσο σε απόπειρες όσο και σε αυτοκτονίες, ενώ η μικρότερη ηλικιακή ομάδα έχει σαφώς μεγαλύτερα ποσοστά στις απόπειρες παρά στις αυτοκτονίες (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V: ANA NOMO ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ 2014).

Ως προς το φύλο παρατηρούνται 579 καταγραφές σε απόπειρες συνολικά από τις οποίες οι 309 σε άνδρες και οι 270 σε γυναίκες. Αντίστοιχα, στις αυτοκτονίες 514 σε αριθμό, από τις οποίες 425 σε άνδρες και 89 σε

γυναίκες. Συνεπώς, πανελλαδικά, όπως και στο προηγούμενο έτος παρατηρείται μεγαλύτερο ποσοστό στους άνδρες, τόσο σε απόπειρες όσο και σε αυτοκτονίες, ενώ η διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών γίνεται πολύ μεγαλύτερη στις τελεσμένες αυτοκτονίες όπου οι άνδρες αποτελούν τη μεγάλη πλειοψηφία (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V: ANA NOMO ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ 2014).

Ως προς το αίτιο πραγματοποιούνται πανελλαδικά 579 καταγραφές σε απόπειρες και από αυτές οι 293 γίνονται για άγνωστους λόγους, ενώ 89 για λόγους ασθένειας, 79 για λόγους οικογενειακού, 76 για λόγους αισθηματικούς και 42 για λόγους οικονομικούς σύμφωνα με τις αστυνομικές καταγραφές. Αντίστοιχα, στις τελεσμένες αυτοκτονίες σημειώνονται 514 καταγραφές, από τις οποίες οι 357 για άγνωστους λόγους, οι 77 για λόγους ασθένειας, οι 35 για λόγους οικονομικούς, οι 27 για λόγους οικογενειακού και οι 18 για λόγους αισθηματικούς (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V: ANA NOMO ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ 2014). Συμπερασματικά, παρατηρείται ότι ως προς τους λόγους των αυτοκτονιών, οι οικονομικοί λόγοι εμφανίζονται κάπως αυξημένοι σε σχέση με την προηγούμενη χρονιά, ωστόσο και πάλι είναι πολύ λίγοι συγκριτικά με το σύνολο των καταγραφών και αυτό πιθανόν, αποδίδεται στο ότι το μεγαλύτερο μέρος τους παραμένει αδιευκρίνιστο ως προς τα αίτια.

Τέλος, ως προς το μέσο τέλεσης απόπειρας ή αυτοκτονίας πανελλαδικά και συγκριτικά με τους διάφορους νομούς παρατηρείται ότι στο σύνολο της επικράτειας εμφανίζονται 579 καταγραφές σε απόπειρες από τις οποίες οι 394 με «άλλο τρόπο», οι 72 με μαχαίρι, οι 39 με αγκόνη, οι 32 με δηλητήριο, οι 27 με κατακρήμνιση, οι 12 με πυροβόλο όπλο και οι 3 με πνιγμό. Αντίστοιχα, στις τελεσμένες αυτοκτονίες καταγράφονται 514 μέσα από τα οποία τα 100 με άλλο τρόπο, τα 221 με αγκόνη, τα 99 με πυροβόλο όπλο, τα 58 με κατακρήμνιση και 12 με μαχαίρι, 12 με πνιγμό και 12 με δηλητήριο. Για τη Δυτική Ελλάδα, ειδικότερα, στις απόπειρες αυτοκτονίας οι περισσότεροι τρόποι είναι «άλλοι» χωρίς να γνωρίζουμε ποιοι ακριβώς, ενώ, αμέσως μετά, περισσότερο χρησιμοποιείται το μαχαίρι και το πυροβόλο όπλο. Αντίστοιχα, στις αυτοκτονίες υπερισχύει σημαντικά η αγκόνη και το πυροβόλο όπλο (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V: ANA NOMO ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ 2014).

**Για το έτος 2015** σημειώνονται 769 απόπειρες σε όλη την Ελλάδα, από τις οποίες οι 214 στο νομό Αττικής (27, 83%) και οι 119 (15,47%) στο νομό Θεσσαλονίκης. Ακολουθεί τρίτος σε σειρά ο νομός Ξάνθης με 67 (8,71%). Τα αμέσως υψηλότερα ποσοστά, αλλά με σημαντική διαφορά προς τα κάτω έχει ο νομός Αιτωλοακαρνανίας, όπου σημειώνονται 39 απόπειρες (5,07%) και 24 (3,12%) στο νομό Αχαΐας, 17 (2,21%) ο νομός Κυκλάδων και το Κυκλίκι, 16 (2,08%) ο νομός Πέλλας, ενώ από 12 (1,56%) οι νομοί Λάρισας, Μαγνησίας και Κοζάνης. Τέλος, 10 απόπειρες (1,30%) στο νομό Ιωαννίνων, 5 απόπειρες (0,65%) στο νομό Ηλείας και σε όλους τους άλλους νομούς τα νούμερα είναι μονοψήφια. Οι νομοί Κεφαλληνίας, Ευρυτανίας, Λευκάδας και Χίου είναι μηδενικοί και αυτό αποτελεί ένα στοιχείο άξιο μελέτης καθώς κάποιοι από αυτούς τα τελευταία έτη δεν εμφανίζουν καθόλου απόπειρες σταθερά. Ακόμα, παρατηρείται ότι το 2015 η αύξηση των αποπειρών είναι αισθητά μεγαλύτερη από τα προηγούμενα έτη. Μάλιστα, από τις 769 απόπειρες οι 395 εμφανίζονται στις ηλικίες άνω των 41 ετών και οι 150 στην αμέσως προηγούμενη ηλικιακή ομάδα (39-40 ετών), ενώ υψηλό είναι



το ποσοστό στους νέους ανθρώπους, 129 απόπειρες σε ηλικίες κάτω των 22 ετών. Μικρότερο το ποσοστό στις ηλικίες 23-30. (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VI: ANA NOMO ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ 2015).

Αντίστοιχα, στις αυτοκτονίες παρατηρούνται 613 καταγεγραμμένες επίσημα από τις οποίες οι 175 (28,55%) στο νομό Αττικής και 38 (6,20%) στο νομό Θεσσαλονίκης. Το ποσοστό είναι εξίσου ανεβασμένο σε σχέση με τα προηγούμενα έτη. Αμέσως μετά σε σειρά ακολουθεί ο νομός Ηρακλείου με 31 αυτοκτονίες (5,06%) και 21 (3,43%) στο νομό Εύβοιας, αλλά και στο νομό Έβρου. Ακολουθεί ο νομός Δωδεκανήσου με 19 (3,10%). Για τη Δυτική Ελλάδα παρατηρείται σημαντική πτώση με 11 αυτοκτονίες (1,79%) σε Αιτωλοακαρνανία και Αχαΐα, ενώ ταυτόχρονα σημαντική αύξηση στο νομό Ηλείας με 13 αυτοκτονίες (2,12 %), ποσοστό σχεδόν 3 φορές μεγαλύτερο από το έτος 2014. Οι νομοί Γρεβενών, Ζακύνθου και Λευκάδας παρουσιάζουν μηδενικές αυτοκτονίες. Παρατηρείται συνολικά αύξηση του αριθμού των ατόμων με αυτοκτονική συμπεριφορά σε όλη την Ελλάδα, αλλά και διεύρυνση του φαινομένου σε νομούς που δεν παρουσίαζαν υψηλά ποσοστά στο παρελθόν όπως είναι τα ελληνικά νησιά του Αιγαίου, νομοί Κυκλάδων και Δωδεκανήσου (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VI: ANA NOMO ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ 2015).

Αναφερόμενοι στο φύλο παρατηρούνται συνολικά 68 καταγεγραμμένες απόπειρες, από τις οποίες οι 42 σε γυναίκες και οι 26 σε άνδρες. Στις αυτοκτονίες, σημειώνονται 35, οι 29 σε άνδρες και οι 6 σε γυναίκες. Παρατηρείται ότι το γυναικείο φύλο για πρώτη χρονιά εμφανίζει μεγαλύτερο ποσοστό σε απόπειρες, από το παρελθόν, μολονότι στις τελεσμένες αυτοκτονίες οι άνδρες είναι αυτοί που έχουν τα μεγαλύτερα ποσοστά, σταθερά όπως και στα προηγούμενα χρόνια (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VI: ANA NOMO ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ 2015).

Αναφορικά με τα αίτια απόπειρας παρατηρείται μία καταγραφή 769 στις απόπειρες, με τα 356 να παραμένουν αδιευκρίνιστα, 116 λόγω ασθένειας, 112 για οικογενειακούς λόγους και 101 για αισθηματικούς λόγους, αλλά και 84 για οικονομικούς. Στις αυτοκτονίες, αντίστοιχα, υπάρχουν 613 καταγραφές με τις 415 αδιευκρίνιστες ως προς τους λόγους, 130 λόγω ασθένειας και ακολούθως, σε μικρότερο ποσοστό για οικονομικούς λόγους (34) ή για αισθηματικούς (18) και οικογενειακούς (16). Συνολικά, οι οικονομικοί λόγοι εμφανίζονται κάπως περισσότερο από τα προηγούμενα έτη, ωστόσο οι αναφορές σε αυτούς δεν είναι υψηλές. Για άλλη μία φορά τα συμπεράσματα δεν μπορούν να είναι ακριβή, αφού έχουμε τα περισσότερα αίτια αδιευκρίνιστα τόσο σε απόπειρες όσο και σε αυτοκτονίες (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VI: ANA NOMO ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ 2015).

Τέλος, ανά τρόπο απόπειρας, σημειώνεται πανελλαδικά ένα ποσοστό 63,72% με άλλο τρόπο, και ακολούθως 10,53% με μάχαιρα, 10,01% με κατακρήμνιση, 7,02% με δηλητήριο, 5,59% με αγχόνη και 2,34% με πυροβόλο όπλο, ενώ ένα 0,78% με πνιγμό. Τα αποτελέσματα αυτά συμβαδίζουν και με αυτά της Δυτικής Ελλάδας όπου εκτός από το συντριπτικό 67,65% εμφανίζεται ο «άλλος τρόπος», το 10,29% είναι με μάχαιρα ή δηλητήριο και 7,35% με κατακρήμνιση και 2,94% με αγχόνη. Αντίστοιχα, στις τελεσμένες αυτοκτονίες, πανελλαδικά υπερτερεί το μέσο της αγχόνης (43,56%), ακολούθως άλλος τρόπος (22,84%), ακολουθεί το πυροβόλο όπλο (16,97%) και έπειτα η κατακρήμνιση (11,09%), ενώ λιγότερο προτιμάται από τα θύματα ο πνιγμός (2,77%), το δηλητήριο (1,79%) και η μάχαιρα (0,98%). (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VI: ANA NOMO ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ 2015).

Αντίστοιχα, στη Δυτική Ελλάδα υπερτερεί το πυροβόλο όπλο με ποσοστό 37,14% και δεύτερος προτιμώμενος τρόπος είναι η αγχόνη (28,57%), η οποία πανελλαδικά προηγείται στις τελεσμένες αυτοκτονίες ενώ, εκτός από 20.00% των θανάτων που προκαλούνται με άλλο τρόπο, αδιευκρίνιστο, το 8,57% προκαλείται με κατακρήμνιση στη Δυτική Ελλάδα και το 5,71% με δηλητήριο. Η μάχαιρα και ο πνιγμός, τέλος, έχουν μηδενικά ποσοστά, πιθανόν διότι θεωρούνται μέσα που δεν μπορούν να προκαλέσουν με σιγουριά το θάνατο. Ακόμα, είναι ανησυχητική η σημαντική αύξηση των πυροβόλων όπλων, ακόμα και στις απόπειρες, αλλά πολύ περισσότερο στις τελεσμένες αυτοκτονίες και, ειδικά, στη Δυτική Ελλάδα (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VI: ANA NOMO ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ 2015).

## **Κεφάλαιο 11° Συμπεράσματα και προτάσεις**

Σκοπό της παρούσας εργασίας αποτέλεσε η διερεύνηση και αποτύπωση των παραμέτρων αυτοκτονικών τάσεων στην Ελλάδα μέσα σε τρία συνεχόμενα έτη (2013-2015). Ειδικότερος σκοπός της έρευνας ήταν να καταγραφούν τα δημογραφικά δεδομένα σχετικά με τα άτομα που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν ή/και αυτοκτόνησαν σύμφωνα με τα δεδομένα της Γενικής Αστυνομικής Διεύθυνσης (Γ.Α.Δ) στους νομούς της Ελλάδας με έμφαση στους νομούς της Δυτικής Ελλάδας (Νομός Αχαΐας, Νομός Ηλείας, Νομός Αιτωλοακαρνανίας και αναλυτικά Αιτωλίας και Ακαρνανίας), όπου και ο τόπος καταγωγής και εργασίας των ερευνητών.

Ακόμα, δευτερογενής σκοπός της έρευνας ήταν τα δεδομένα που συλλέγονταν κάθε φορά ανά είδος αυτοκτονικής συμπεριφοράς (αυτοκτονική απόπειρα, αυτοκτονία) να συγκριθούν μεταξύ τους όσον αφορά στις παραμέτρους του φύλου και της ηλικίας των θυμάτων, όπως και ανά αίτιο (άγνωστοι λόγοι, αισθηματικοί, ασθένειας, οικογενειακοί, οικονομικοί) αλλά και ανά μέσο τέλεσης της αυτοκτονικής συμπεριφοράς (αγχόνη, άλλος τρόπος, δηλητήριο, κατακρήμνιση, μάχαιρα, πνιγμός, πυροβόλο όπλο). Θεωρούμε ότι η ανάλυση και συζήτηση των αποτελεσμάτων κάλυψε σε μεγάλο βαθμό την παραπάνω σκοποθεσία.

Ειδικότερα, τα ερευνητικά ερωτήματα που είχαν τεθεί για την παρούσα έρευνα επιδίωκαν να διαφωτίσουν: (α) σε ποιο βαθμό παρουσιάζονται απόπειρες αυτοκτονιών τα τελευταία τρία έτη (2013, 2014, 2015) στους διάφορους νομούς της χώρας μας και πώς αυτές συγκρίνονται με τις αντίστοιχες αυτοκτονίες, (β) ποια είναι τα ποσοστά εμφάνισης των βασικών παραμέτρων των αυτοκτονιών και των αποπειρών αυτοκτονίας, τα οποία σχετίζονται με το φύλο, την ηλικία, τον λόγο/αιτία και τον τρόπο (μέσο) της αυτοκτονίας, (γ) αν προκύπτει από τα αποτελέσματα ότι οι διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών είναι σημαντικές και, εάν ναι, ποιο από τα δύο φύλα κάνει τις περισσότερες απόπειρες, ποιο σημειώνει το μεγαλύτερο ποσοστό «επιτυχίας», για ποιο λόγο/αιτία και ποιους τρόπους (μέσα) πρόκλησης του αυτοκτονικού θανάτου χρησιμοποιεί περισσότερο και (δ) με ποιο τρόπο οι παραπάνω παράμετροι αποτυπώνονται ειδικότερα στην περιοχή της

Δυτικής Ελλάδας (νομοί Αχαΐας, Ηλείας και Αιτωλοακαρνανίας), αλλά και ποιες σημαντικές διαφοροποιήσεις προκύπτουν ανά νομό ως προς τα ανωτέρω στοιχεία.

Ακόμα, η αρχική υπόθεση της παρούσας έρευνας ήταν ότι ο αριθμός των αποπειρών αυτοκτονίας και των ολοκληρωμένων αυτοκτονιών θα παρουσιάζεται αυξανόμενος μέσα στην τριετία, η οποία συνοδεύεται από βαθιά οικονομική ύφεση στη χώρα μας και αυξητικά επίπεδα ανεργίας και φτώχειας, ενώ κυρίαρχος λόγος (αιτία) θα είναι ο οικονομικός, αφού το άτομο, στο αδιέξοδο των οικονομικών προβλημάτων βρίσκει σωτηρία στο να τα παρατήσει δίνοντας τέλος στην ζωή του. Η παραπάνω υπόθεση επιβεβαιώθηκε μόνο ως προς το πρώτο της σκέλος, δηλαδή, πράγματι, φάνηκε να υπάρχει μία θετική σχέση μεταξύ προστιθέμενου έτους και ανόδου του ποσοστού των αυτοκτονιών. Αντίθετα, δεν επιβεβαιώθηκε ως προς το δεύτερο σκέλος της, δηλαδή ύπαρξη θετικής σχέσης ανάμεσα στην όξυνση της κοινωνικής και οικονομικής κρίσης και των αυτοκτονικών παραμέτρων με έμφαση στους νομούς της Δυτικής Ελλάδας, αλλά και πανελλαδικά, εξαιτίας της αδυναμίας λεπτομερής περιγραφής των αιτιών κατά την καταγραφή τους στο ηλεκτρονικό σύστημα που κατέχει η Ελληνική Αστυνομία, καθόσον η εν λόγω καταχώρηση γίνεται σε πρώιμο στάδιο και τα στοιχεία δεν είναι επαρκή.

Μία δεύτερη υπόθεση της έρευνας ήταν σχετική με το φύλο αναμένοντας ότι οι άνδρες αποπειραθέντες, ακολούθως και με τα διεθνή στατιστικά δεδομένα όπως και με τις πρόσφατες εκθέσεις της Eurostat (2016) για τον ευρωπαϊκό χώρο, θα ήταν αριθμητικά περισσότεροι από τις γυναίκες, επιδεικνύοντας, ταυτόχρονα και μία επιλογή των πιο «σκληρών» μέσων αυτοκτονίας. Πράγματι, η υπόθεση αυτή σε γενικές γραμμές επιβεβαιώθηκε σχεδόν σε όλους τους νομούς της Δυτικής Ελλάδας, όπου οι γυναίκες υπερτερούν στις απόπειρες, όμως οι άνδρες στις αυτοκτονίες. Μία πιθανή αιτιολόγηση της υπόθεσης αυτής βρίσκεται πιθανόν στο γεγονός ότι το ανδρικό φύλο επωμίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό τις οικονομικές και κοινωνικές ευθύνες για την επιβίωση της οικογένειας, αλλά και βιώνει συχνότερα και εντονότερα αισθήματα ματαίωσης, ενοχής, θυμού και αποτυχίας από τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης (χρέη, ανεργία, μακροχρόνια ανεργία, εργασιακή ανασφάλεια, απώλεια στέγης κλπ), αφού δεν μπορεί να ανταποκριθεί στον στερεότυπο κοινωνικό ρόλο του που παραμένει πιο έντονα παραδοσιακός στην Ελλάδα σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

Αντίστοιχα, η επιλογή των πιο «σκληρών» μέσων από τους άνδρες μόνο έμμεσα μπορεί να επιβεβαιωθεί, ωστόσο, δηλαδή από τη σύγκριση με τα μέσα τέλεσης όπου παρατηρούνται πιο «σκληρά» μέσα στις αυτοκτονίες (πυροβόλο όπλο, αγχόνη) εκεί, δηλαδή, όπου οι άνδρες είναι και περισσότεροι. Ακόμα, αναμενόταν ότι οι αυτοκτονικές συμπεριφορές θα ήταν αυξανόμενες στις μέσες και μεγαλύτερες ηλικίες, κάτι που επιβεβαιώθηκε για τις ηλικίες 41 και άνω, δηλαδή, για μεσήλικες και ηλικιωμένα άτομα. Ιδιαίτερα σημαντική, φάνηκε επίσης, η συμμετοχή των νέων κάτω των 22 σε απόπειρες κυρίως και αυτό το δεδομένο χρήζει μεγάλης προσοχής και εξειδικευμένης κατά τη γνώμη μας ανάλυσης.

Σημαντικοί περιορισμοί παρουσιάζονται ως προς την διεξαγωγή συμπερασμάτων και αυτοί πρέπει να επισημανθούν. Σχετίζονται, κυρίως, με την ανάλυση των στατιστικών πινάκων της ελληνικής αστυνομίας και όχι με την παράλληλη χρήση ερωτηματολογίων ή άλλων ερευνητικών εργαλείων που θα μπορούσαν να

διαφωτίσουν καλύτερα τα δεδομένα μας. Ο πρώτος περιορισμός, επομένως, συνοψίζεται στο τμήμα της μεθοδολογικής προσέγγισης και του τρόπου έρευνας που ακολουθήθηκε, ο οποίος, από τη φύση του δεν προσφέρει ευρύτερες επιλογές ανάλυσης. Ακόμα, ένας δεύτερος περιορισμός σχετίζεται με τον τρόπο επεξεργασίας των αποτελεσμάτων που δυσκόλεψε τους ερευνητές, αφού η καταχώρηση των δεδομένων στο σύστημα της ελληνικής αστυνομίας υφίσταται ανά αστυνομικά τμήματα σε όλη την ελληνική επικράτεια και όχι ανά νομούς.

Συνεπώς χρειάστηκε προσωπική ενασχόληση προκειμένου να κατηγοριοποιηθούν τα δεδομένα με διαφορετικό τρόπο που θα επιτρέπει τη σχετική με το θέμα αποκωδικοποίηση και ανάλυσή τους. Ακόμα, η επεξεργασία των δεδομένων περιελάμβανε την επεξεργασία των στοιχείων ανά αστυνομικό τμήμα προσωπικά από τον ερευνητή, την κατηγοριοποίηση των στοιχείων και μετά την πρόσθεση όλων των στοιχείων των συνολικών αστυνομικών τμημάτων ανά νομό ώστε να εξαχθούν αποτελέσματα για κάθε νομό της Δυτικής Ελλάδας ξεχωριστά όπως και τη χρήση Η/Υ για την συστηματοποίηση των στοιχείων με το πρόγραμμα excel. Πρόκειται για μία χρονοβόρα και δύσκολη διαδικασία που είναι ανοικτή σε τυχόν παραποιήσεις ή λάθη. Όλοι οι παραπάνω περιορισμοί αισθανόμαστε ότι δυσκόλεψαν σε μεγάλο βαθμό και την ανάλυση, αλλά και περιορίζουν την εξαγωγή γενικευμένων συμπερασμάτων από τη μελέτη μας.

Σε γενικές γραμμές ορισμένες από τις διαπιστώσεις στην παρούσα μελέτη υπήρξαν πραγματικά χρήσιμες και θεωρούμε ότι θα είναι διαφωτιστικές ακόμα και για μία παρουσίασή τους εντός της ελληνικής αστυνομίας, η οποία αποτελεί το χώρο εργασίας του ενός εκ των ερευνητών, αλλά και για τυχόν αξιοποίησή τους σε επίπεδο ενημέρωσης και επιμόρφωσης των συναδέλφων αστυνομικών. Έτσι, αξίζει να αναφερθεί μεταξύ των πιο σημαντικών ευρημάτων:

- Η γενικότερη αύξηση του δείκτη αυτοκτονιών και αποπειρών αυτοκτονίας ανά έτος μελέτης και κυρίως, τον τελευταίο χρόνο (2015).
- Η αριθμητική υπεροχή των αποπειρών έναντι των τελεσίδικων αυτοκτονιών σε όλη των Ελλάδα, αλλά και στους νομούς της Δυτικής Ελλάδας ειδικότερα.
- Η εμφάνιση των υψηλότερων ποσοστών σε απόπειρες όσο και σε αυτοκτονίες στο νομό Αττικής συγκριτικά με όλους τους νομούς της Ελλάδας και δευτερευόντως, στο νομό Θεσσαλονίκης, ωστόσο με σημαντική διαφορά από την Αττική.
- Η εμφάνιση υψηλών ποσοστών των νομών Αιτωλοακαρνανίας και Αχαΐας κάθε χρόνο (2013, 2014 και μικρή πτώση το 2015) τόσο σε απόπειρες όσο και σε αυτοκτονίες σε σχέση με τους πανελλαδικούς δείκτες με πολύ χαμηλότερα ποσοστά στην Ηλεία, στοιχείο που προβληματίζει σημαντικά.
- Η υπεροχή του γυναικείου φύλου σε απόπειρες, αλλά με σταθερή υπεροχή των ανδρών σε αυτοκτονίες σε όλους τους νομούς της Δυτικής Ελλάδος.
- Αντίθετα, η υπεροχή του ανδρικού φύλου τόσο σε απόπειρες όσο και σε τελεσμένες αυτοκτονίες σε πανελλαδικά αποτελέσματα με πολύ μεγαλύτερες διαφορές «υπέρ» των ανδρών στις αυτοκτονίες από ό,τι στις απόπειρες. Αυτό το δεδομένο διαφοροποιείται από διεθνείς έρευνες που δείχνουν διαχρονικά τις γυναίκες να

υπερέχουν σε απόπειρες όχι όμως, και σε αυτοκτονίες. Ωστόσο, ανατροπή εμφανίζεται στην Ελλάδα το 2015 όπου, σε αντίθεση με τα προηγούμενα χρόνια, οι γυναίκες υπερτερούν των ανδρών σε απόπειρες. Το δεδομένο αυτό χρειάζεται περεταίρω διερεύνηση πιθανόν και συνδυαστικά με την οικονομική ύφεση και την επέκταση της ανεργίας, αφού διεθνείς έρευνες υποστηρίζουν ότι τα αποτελέσματα της μακροχρόνιας ανεργίας πλήττουν εξίσου και τις γυναίκες και όχι μόνο τους άνδρες και, μάλιστα, σε όλη τη διάρκεια του φάσματος της ανεργίας και όχι μόνο στην πρώτη περίοδο αυτής όπου οι άνδρες είναι περισσότερο «ευάλωτοι» σε αυτοκτονική συμπεριφορά (Sadock & Grebb, 2005).

- Η χρήση πιο «σκληρών» μέσων όπως πυροβόλο όπλο ή αγχόνη ή κατακρήμνιση σε αυτοκτονίες, ενώ η συχνότερη χρήση πιο «ήπιων» μέσων όπως δηλητήριο σε απόπειρες. Επίσης, η έμμεση σύνδεση των πιο «σκληρών» μέσων με άνδρες και των πιο «ήπιων» μέσων με γυναίκες, κυρίως για τη Δυτική Ελλάδα, και σε συνδυασμό με την ανάλυση των πινάκων για τα μέσα τέλεσης απόπειρας και, αντίστοιχα, τα μέσα τέλεσης αυτοκτονίας. Ειδικά η χρήση πυροβόλου όπλου είναι εξαιρετικά ανησυχητική διότι έχει αυξηθεί σημαντικά το τελευταίο έτος (2015) κυρίως στη Δυτική Ελλάδα, αλλά και πανελλαδικά.
- Ακόμα, η μεγαλύτερη εμφάνιση αυτοκτονιών σε άτομα άνω των 41 ετών, δηλαδή μέσης και ανώτερης ηλικίας σε όλες τις αυτοκτονικές συμπεριφορές, αλλά ιδιαίτερα, στις αυτοκτονίες τόσο για τη Δυτική Ελλάδα όσο και πανελλαδικά.
- Η μεγάλη εμφάνιση αμέσως μετά της ηλικιακής κατηγορίας 31-40 ετών πανελλαδικά σε απόπειρες και αυτοκτονίες.
- Η ανησυχητική εμφάνιση σημαντικού ποσοστού αυτοκτονικής συμπεριφοράς σε ηλικίες κάτω των 22 ετών, δηλαδή των νέων ανθρώπων και εφήβων με μεγαλύτερη συμμετοχή σε απόπειρες αυτοκτονίας αλλά πολύ λιγότερο σε αυτοκτονίες πανελλαδικά. Μάλιστα, το ποσοστό αυτό συμμετοχής νέων κάτω των 22 σε τελεσμένες αυτοκτονίες στη Δυτική Ελλάδα εμφανίζεται μηδενικό. Μολονότι αυτό είναι ένα ευχάριστο εύρημα, αποτελεί παράλληλα, και στοιχείο προβληματισμού και θεωρούμε ότι τονίζει την ανάγκη μεγαλύτερης διερεύνησης του φαινομένου της αυτοκτονικής συμπεριφοράς των εφήβων και των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της τόσο πανελλαδικά όσο και πιο συγκεκριμένα, για τη Δυτική Ελλάδα.
- Η έλλειψη επίσημων καταγεγραμμένων πληροφοριών για τα μέσα τέλεσης στο μεγαλύτερο ποσοστό αποπειρών όσο και αυτοκτονιών –περισσότερο σε απόπειρες και λιγότερο σε αυτοκτονίες- γεγονός που παρατηρείται πανελλαδικά αλλά, κυρίως, στη Δυτική Ελλάδα, όπου η κατηγορία «άλλος τρόπος» συμπληρώνεται τις περισσότερες φορές με αποτέλεσμα το μέσο τέλεσης να παραμένει αδιευκρίνιστο.
- Η συχνότερη αναφορά σε ασθένειες, ως προς τα αίτια της αυτοκτονικής συμπεριφοράς, όπως και σε οικογενειακούς λόγους, στη συνέχεια σε αισθηματικούς λόγους και λιγότερο σε οικονομικούς λόγους, τόσο πανελλαδικά όσο και στη Δυτική Ελλάδα, ένα εύρημα που είναι «οξύμωρο» για την εποχή μας και πιθανόν χρειάζεται να διερευνηθεί περεταίρω για να διασταυρωθεί η ακρίβεια των δεδομένων αυτών λαμβάνοντας υπόψη ότι πρόκειται για επίσημες καταγραφές της ελληνικής αστυνομίας και πώς αυτές μπορούν να βελτιωθούν, όπως και την πιθανή αμυντική συμπεριφορά των οικείων ατόμων των θυμάτων όταν δίνουν

πληροφορίες προς τους αστυνομικούς φοβούμενοι, ίσως, τη διαρροή πληροφοριών μέσα στις «κλειστές» κοινωνίες της ελληνικής περιφέρειας ή προσπαθώντας να συγκαλύψουν κάποιες αλήθειες.

- Η αντίστοιχη έλλειψη επίσημων καταγεγραμμένων πληροφοριών για τα αίτια της απόπειρας ή της τελεσμένης αυτοκτονίας γεγονός που παρατηρείται πανελλαδικά αλλά, κυρίως, και στη Δυτική Ελλάδα, όπου η κατηγορία «άλλος λόγος» συμπληρώνεται στις περισσότερες των περιπτώσεων, ειδικά σε απόπειρες αυτοκτονίας, με αποτέλεσμα η αιτία της αυτοκτονικής συμπεριφοράς να παραμένει αδιευκρίνιστη.

Μάλιστα, σχετικά με την βελτίωση των υπηρεσιών της καταγραφής και ακριβούς αποτύπωσης των στατιστικών δεδομένων της αστυνομίας, τη διεύρυνση των στρατηγικών πρόληψης σε επίπεδο πολιτείας και της κοινωνικής προστασίας, αλλά και την αναβάθμιση της θέσης του κοινοτικού νοσηλευτή σε ζητήματα αυτοκτονίας αναφέρονται παρακάτω ορισμένες σκέψεις και προτάσεις.

Αρχικά, σε επίπεδο καταγραφής και μόνο, η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας καταδεικνύει την ανάγκη αναλυτικότερης καταγραφής των περιστατικών αυτοκτονίας και την απόδοση μεγαλύτερης σημασίας στις απόπειρες. Τα αστυνομικά τμήματα χρειάζεται να επιδείξουν περισσότερη προσοχή και επιμονή, όπως και συστηματικότερη διερεύνηση σε επίπεδο οικογένειας, αποτύπωσης συμβάντος κατά τις πρώτες ώρες τέλεσης ώστε να υπάρχει σαφής καταγραφή όλων των παραμέτρων της αυτοκτονίας. Τα μεγάλα ποσοστά «άγνοιας» όσον αφορά τόσο στα αίτια της αυτοκτονικής συμπεριφοράς πανελλαδικά, όπως και στην Δυτική Ελλάδα, όσο και στα μέσα τέλεσης, δεν βοηθούν το έργο της πολιτείας όσον αφορά στην κοινωνική προστασία και την πρόληψη των περιστατικών. Αντίθετα, η καταγραφή είναι τυπική και υπάρχει ο αυξανόμενος κίνδυνος επανάληψης της πράξης τουλάχιστον ενός 10% των αποπειραθέντων μέσα στον πρώτο χρόνο με «επιτυχία» τέλεσης αυτοκτονίας την επόμενη φορά.

Καθώς οι στρατηγικές για την πρόληψη της αυτοκτονίας μπορούν να διαιρεθούν σε δύο κατηγορίες: στην προσέγγιση της υγειονομικής περίθαλψης και στην προσέγγιση της δημόσιας υγείας, θα μπορούσε, από την άποψη της υγειονομικής περίθαλψης, να συμβάλει σημαντικά στο έργο της πολιτείας για την πρόληψη, τόσο η βελτίωση των διοικητικών υπηρεσιών των νοσοκομείων, μέσα από την προσεκτικότερη τήρηση των αρχείων εισαγωγής και την παρακολούθηση των ασθενών με αυτοκτονική συμπεριφορά όσο και η αναβάθμιση της ίδιας της ποιότητας της υγειονομικής φροντίδας με την άμεση παραπομπή των ασθενών για ψυχιατρική διάγνωση και τον έλεγχο των νοσηλευτών ότι οι παραπομπές αυτές πραγματοποιούνται, αλλά και ότι τηρούνται οι θεραπείες, αφού εγκριθούν από την ψυχιατρική κλινική των νοσοκομείων.

Για να συμβούν τα παραπάνω με επιτυχία, πέρα από τη συνδρομή της πολιτείας με προώθηση της έρευνας για πρόληψη και συλλογή δεδομένων με αξιοποίησή τους –ειδικά όσον αφορά στα αίτια της αυτοκτονικής συμπεριφοράς πανελλαδικά και σε τοπικό επίπεδο- απαιτείται και η συστηματοποίηση της «διασυνδεδετικής» εργασίας μεταξύ νοσηλευτικής περίθαλψης, συμβουλευτικών υπηρεσιών και ψυχιατρικών υπηρεσιών στους ασθενείς στα νοσοκομεία.

Επιπλέον, πρωταρχικής σημασίας είναι η αύξηση της ευαισθητοποίησης του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης απέναντι στα άτομα που επιχειρούν αυτοκτονία, η ιδιαίτερη φροντίδα των νέων-εφήβων και των

ατόμων που εμφανίζουν αυτοκτονικό ιδεασμό και η εξάλειψη των ταμπού που παρεμποδίζουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Όπως αναφέρει σε σύγχρονες ελληνικές έρευνες το ίδιο το νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων, συχνά λείπει η απαραίτητη επιμόρφωση, η επιστημονική κατάρτιση, η γνώση της απαιτούμενης εξειδικευμένης προσέγγισης για τους αυτοκτονικούς ασθενείς, ιδιαίτερα όταν υπάρχει συνοδευτικά κάποια ψυχική νόσος. Ακόμα, τίθενται θέματα ηθικών αρχών στην καθημερινή νοσηλευτική πρακτική του αυτοκτονικού ασθενούς και της οικογένειάς του, λήψης πρωτοβουλιών από τους νοσηλευτές, αλλά και ζητήματα νομικά κωλύματα, τα οποία το νοσηλευτικό προσωπικό από μόνο του αδυνατεί να επιλύσει στην παρούσα κατάσταση και επίπεδο εκπαίδευσης.

Ως προς τα παραπάνω, ο κοινοτικός νοσηλευτής είναι δυνατόν να αξιοποιηθεί αποτελεσματικότερα και να συμβάλει στην πρόληψη και αντιμετώπιση περιστατικών αυτοκτονίας μέσα από θέσεις εκπαιδευτικές για την επιμόρφωση συναδέλφων νοσηλευτών, οικογενειών και συγγενών των ατόμων με αυτοκτονική συμπεριφορά όπως και τη διασφάλιση της καλύτερης επικοινωνίας μεταξύ των δύο μερών κατά την νοσηλεία του ασθενούς στο νοσοκομείο, αλλά και μετά την έξοδό του από αυτό.

Ιδιαίτερα, οι οικογένειες των θυμάτων συνήθως παραμένουν αβοήθητες μετά από το περιστατικό και τη απομάκρυνση του αυτοκτονικού ασθενούς από την κλινική, ενώ χρειάζονται συνεχή υποστήριξη μετά την απόπειρα και σαφή ενημέρωση για τους φορείς που υπάρχουν στην κοινότητα και μπορούν να στηρίξουν την οικογένεια, όπως και συμβουλευτική για να αναγνωρίσουν τις ψυχολογικές διαστάσεις του προβλήματος και την κρισιμότητα της δικής τους συμπεριφοράς απέναντι στον αποπειραθέντα. Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή, με οργάνωση κατ' οίκον επισκέψεων και συμβουλευτικών συνεδριών όπως και παρακολούθηση των ατόμων με αυτοκτονικές τάσεις και μετά την απόπειρα, θα μπορούσε να συντελέσει στην μείωση των περιστατικών επανάληψης της αυτοκτονικής συμπεριφοράς στην τοπική κοινότητα σε μεγάλο βαθμό.

Τέλος, ο κοινοτικός νοσηλευτής θα ήταν δυνατόν να συνδράμει ουσιαστικά από την πλευρά της προσέγγισης της πρόληψης των αυτοκτονιών μέσω της δημόσιας υγείας, η οποία και εστιάζει στον έλεγχο της πρόσβασης στα μέσα αυτοκτονίας, στην πολιτική που εφαρμόζουν τα ΜΜΕ αναφορικά με το ζήτημα, αλλά και στη μεταβολή της καταδικαστικής στάσης της κοινωνίας απέναντι στις αυτοκτονίες. Όπως αναφέρεται στο θεωρητικό μέρος, είναι σημαντική η ένταξη και εκπαίδευση των ΜΜΕ στο θέμα της πρόληψης και για το λόγο αυτό θα μπορούσαν οι νοσηλευτές να οργανώσουν με τη συνδρομή της πολιτείας πιο έντονες εκπαιδευτικές εκστρατείες και μία σειρά παρεμβάσεων στην κοινότητα με στοχευμένες δράσεις. Η εργασία τους θα μπορούσε να αποδώσει τόσο στον ευαίσθητο χώρο της εκπαίδευσης και των σχολείων, όπου μαθητές, φοιτητές και εκπαιδευτικοί χρειάζεται να αντιληφθούν τους πολύπλοκους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που συνδέονται με την αυτοκτονική συμπεριφορά και να ενισχυθούν ψυχολογικά μέσα από προγράμματα προώθησης της αυτοεκτίμησης και πρόληψης των ψυχικών διαταραχών.

Εν κατακλείδι, οι κοινοτικοί νοσηλευτές θα μπορούσαν να φανούν ωφέλιμοι και για την εκπαίδευση των ειδικών σωμάτων όπως και των υπηρεσιών της αστυνομίας όσον αφορά στον προσυμπτωματικό έλεγχο και στην αναγνώριση των ατόμων υψηλού κινδύνου στον πληθυσμό, στην προσεκτικότερη καταγραφή των μέσων

τέλεσης των αυτοκτονικών περιστατικών με σκοπό τη μείωση της διαθεσιμότητας σε αυτοκτονικά μέσα, στην καλύτερη ενημέρωση και στη συνεργασία ανάμεσα στα αστυνομικά τμήματα και στους τοπικούς φορείς κοινωνικής προστασίας, ώστε να λαμβάνονται πιο σοβαρά υπόψη οι απόπειρες, ιδιαίτερα στους νέους ανθρώπους, αλλά και στους μεσήλικες και ο ρόλος της αστυνομικής υπηρεσίας να μην είναι απλά κατασταλτικός και απογραφικός, αλλά πραγματικά ενσωματωμένος μέσα στο έργο της κοινωνικής προστασίας και, κυρίως, αποτελεσματικός.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **Ελληνόγλωσσα**

Αρχεία Νευροψυχολογικής Ιατρικής - ΕΨΨΕΠ (1998). Τόμος 5, Τεύχος 3(19), Ιούλιος-Σεπτέμβριος.

Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία (1998). *Περιλήψεις από το 15ο Συνέδριο Ψυχιατρικής*, 29 Απρίλη – 3 Μαΐου 1998, Ξενοδοχείο «Πόρτο-Μυρίνα» Λήμνου.

Ιατρική Επιθεώρηση Ενόπλων Δυνάμεων (2003). Τόμος 37, Τεύχη 1-2, Ιανουάριος-Απρίλιος 2003.

Ιατρική Εταιρεία Αθηνών (1996). *Πρακτικά από το 22ο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο με θέμα «ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ»*, Αθήνα, 27 -30 Νοεμβρίου.

Ιεροδιάκονου, Χ.Σ., Φωτιάδης, Κ. (1991). *Ψυχιατρική*. Θεσσαλονίκη: Μαστορίδης.

Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α., Σούρτζη, Π. (2005). *Κοινωνική Νοσηλευτική*. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.

Karlan, H. I., Sadock, B. J., Grebb, J. A. (2000). *Ψυχιατρική*. Τόμοι Β' & Γ', 7<sup>η</sup> έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

Καράγγιουλη, Ε., Χαϊνά, Ν. (2006). *Απόπειρες αυτοκτονίας: Συγκριτική έρευνα και καταγραφή των ποσοστών εμφάνισης ατόμων με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά στις περιοχές Ηρακλείου Κρήτης και Χαλκίδας*, Πτυχιακή Εργασία, ΑΤΕΙ Κρήτης, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας.



- Κούκια, Ευμ., Γκόνης, Ν. (2010). Ανάγκες εκπαίδευσης και περιορισμοί ρόλου του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε τμήματα βραχείας νοσηλείας σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 9 (3), 344-358, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2010.
- Κυδωνόπουλος, Κ., Αβενίδου, Ειρ. (2009). *Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στην Οικογένεια*. Πτυχιακή Εργασία. ΑΠΘ. Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας. Τμήμα Νοσηλευτικής.
- Μάργαρη, Ν., Μαργαρίδου-Τιμπλαλέξη, Β., Παπαθανασίου- Αλεξόγλου, Α. (1999). *Ο ρόλος του Κοινωνικού Νοσηλευτή*. Πτυχιακή Εργασία. Θεσσαλονίκη: Αλεξάνδρειο Τεχνολογική Εκπαιδευτικό Ίδρυμα.
- Μεντή, Αικ, Χ. (2007). *Κάπνισμα, Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες, Ψυχοπαθολογία και άλλες συναφείς καταστάσεις σε νέους με απόπειρα αυτοκτονίας*. Διδακτορική Διατριβή. Πανεπιστήμιο Πατρών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής.
- Μουτούσης, Μ. (2000) Οι τραγικοί δρόμοι της αυτοκτονίας, εφημερίδα «*Ελευθεροτυπία*», τεύχος 90, Σάββατο 9 Δεκεμβρίου.
- Μπόντζου, Κ. (2000). Αυτοκτονία – Τα μύχια μιας απόδρασης, εφημερίδα «*Ελευθεροτυπία*», τεύχος 90, Σάββατο 9 Δεκεμβρίου.
- Nies, M.A., McEwen, M. (2001). *Κοινωνική Νοσηλευτική-Παράγοντας της Υγείας των Πληθυσμών*. 3<sup>η</sup> έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις.
- Σταθαρού, Α., Berk, Α., Μάλαμα, Σ. (2005). Επαγγελματική ταυτότητα του νοσηλευτή ψυχικής υγείας: Συγκριτικά δεδομένα ΗΠΑ – Ελλάδος, *Ψυχιατρική*, 16 (3), 247-256.
- ΤΕΙ Αθήνας, Τμήμα Νοσηλευτικής & Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, Τομέας Νοσηλευτικής (2011) *Πρακτικά Διαπολιτισμικής Ημερίδας με θέμα: «Διαπολιτισμική Φροντίδα Υγείας και Μετανάστες»*. Αθήνα, 2 Ιανουαρίου, Εκδόσεις Βήτα.
- Τόγκας, Κ., Γκουβάς, Σ., Νικολόπουλος, Ν. (2014). Σχετιζόμενοι με την Υγεία – Ποιότητα Ζωής κρατουμένων – βιβλιογραφική ανασκόπηση, *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 6 (2), 54- 62.
- Guthrie, E., Lewis, S. (2005). *Ψυχιατρική*, επιμ. Ελληνικής έκδοσης Κ.Ρ. Σολδάτος & Π. Σακκάς. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνου.

Harvard Review of Psychiatry (2004). «Καταθλιπτικά συμπτώματα κατά την περιεμμηνόπαυσιακή περίοδο: επικράτηση, εκτίμηση και οδηγίες θεραπείας», Ελληνική έκδοση, Τόμος 6, Τεύχος 3, σελ.12.

Harvard Review of Psychiatry (2004). «Η αυτοκτονία στους ηλικιωμένους: ανασκόπηση», Ελληνική έκδοση, Τόμος 4, Τεύχος 2, σελ.6-8.

Harvard Review of Psychiatry (2004). Ελληνική έκδοση. Τόμος 12 – Τεύχος 1, Σεπτέμβριος – Οκτώβριος.

Harvard Review of Psychiatry (2004). Ελληνική Έκδοση. Τόμος 12, Τεύχος 1, «Σχεδόν ερωτευμένοι με την εύκολη λύση του θανάτου: Το νόημα της χρόνιας αυτοκτονικότητας στη Μεθοριακή Διαταραχή Προσωπικότητας», σελ.: 66-67.

Harvard Review of Psychiatry (2003). Ελληνική έκδοση. Τόμος 10 – Τεύχος 6, Ιούλιος – Αύγουστος.

Pervin, L. A., John, O.P. (2001). *Θεωρίες Προσωπικότητας: Έρευνα και εφαρμογές*. Αθήνα: Τυπωθήτω – Γιώργος Δαρδανός.

### **Ξενόγλωσση**

American Joint Committee on Health Education Terminology (1974). New Definitions: Report of the 1972–1973 Joint Committee on Health Education Terminology, *Journal of School Health*, 44 (1), 33-37.

Antonakakis, N., Collins, A. (2014). The impact of fiscal austerity on suicide: on the empirics of a modern Greek tragedy, *Social Science Medicine*, 112, 39-50.

Antonakakis, N., Collins, A. (2015). The impact of fiscal austerity on suicide mortality: Evidence across the “Eurozone periphery”, *Social Science Medicine*, 145, 63-78.

Beratis S. (1986). Suicide in southwestern Greece 1979-1984. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, November, 74(5): 433-9.

Botsis, A., Soldatos, C.R., Stefanis, C.N. (1997). *Suicide: Biopsychosocial Approaches*, Elsevier.

- Cleary M. (2003). The challenges of mental health care reform for contemporary mental health nursing practice: Delivery of nursing care, *International Journal of Mental Health Nursing*, 12(3): 213-222.
- Cleary M. (2004). The realities of mental health nursing in acute inpatient environments, *International Journal of Mental Health Nursing*, 13(1): 53-60.
- Conrad R, Walz F, Geiser F, Imbierowicz K, Liedtke R, Wegener I. (2009). Temperament and character personality profile in relation to suicidal ideation and suicide attempts in major depressed patients, *Psychiatry Res.*, 170 (2-3), 212-7. doi: 10.1016/j.psychres.2008.09.008. Epub 2009 Nov 8.
- Coope, C., Gunnell, D., Hollingworth, W., Hawton, K., Kapur, N., Fearn, V., Wells, C., Metcalfe, C. (2014). Suicide and the 2008 economic recession: who is most at risk? Trends in suicide rates in England and Wales 2001-2011, *Social Science Medicine*, 117, 76-85 doi: 10.1016/j.socscimed.2014.07.024. Epub 2014 Jul 15.
- Corcoran, P., Griffin, E., Arensman, E., Fitzgerald, AP., Perry, I.J. (2015). Impact of the economic recession and subsequent austerity on suicide and self-harm in Ireland: An interrupted time series analysis, *International Journal of Epidemiology* 44 (3), 969-77. doi: 10.1093/ije/dyv058. Epub 2015 Jun 16.
- Duleba, T., Gonda, X., Rihmer, Z., Dome, P. (2012). Economic recession, unemployment and suicide, *Neuropsychopharmacology Hangarian*, 14 (1), 41 – 50
- Flanagan, C. (1997). *Introduction to Psychology*, chapter: Biopsychology, London: LETTS Educational.
- Giegling I, Olgiati P, Hartmann AM, Calati R, Möller HJ, Rujescu D, Serretti A. (2009). Personality and attempted suicide: Analysis of anger, aggression and impulsivity, *Journal of Psychiatry Res*, 43 (16):1262-71. doi: 10.1016/j.jpsychires.2009.04.013. Epub 2009 May 28.
- Greenberg, G.A., Rosenheck, R.A. (2008). Jail incarceration, homelessness and mental health: A national study. *Psychiatric Service*, 59:170-7.
- Haddad M, Plummer S, Taverner A, Gray R, Lee S, Payne F & Knight D. (2005). District nurses' involvement and attitudes to mental health problems: a three-area cross-sectional study, *Journal of Clinical Nursing* , 14(8): 976-985.

Haw, C., Hawton, K., Gunnell, D., Platt, S. (2015). Economic recession and suicidal behaviour: Possible mechanisms and ameliorating factors, *International Journal of Social Psychiatry*, 61 (1), 73-81. doi: 10.1177/0020764014536545. Epub 2014 Jun 4.

Lewitzka, U., Denzin, S., Sauer, C., Bauer, M, Jabs, B. (2016). Personality differences in early versus late suicide attempters, *BMC Psychiatry*, 9 (16), 282. doi: 10.1186/s12888-016-0991-6.

Mackay I, Paterson B & Casselis C. (2005). Constant or specific observations of inpatients presenting aggression or violence: nurses' perceptions of the rules of engagement, *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 12(4): 464-471.

Madianos M. (2002). Deinstitutionalization and the closure of public mental hospitals: the pragmatics of psychiatric reform in Greece, *International Journal of Mental Health*, 31: 66-75.

Margerison-Zilko, C., Goldman-Mellor, S., Falconi, A., Downing, J. (2016). Health Impacts of the Great Recession: A Critical Review, *Current Epidemiology Rep.*, 3 (1):81-91. Epub 2016 Feb 3.

Nordentoft, M. (2007). Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups, *Danish Medical Bulletin*, 54 (4), 306-69.

O'Brien L., Cole R. (2004). Mental health nursing practice in acute psychiatric close-observation areas., *International Journal of Mental Health Nursing*, 13: 89-99.

Paraschakis, A., Michopoulos, I., Douzenis, A., Christodoulou, C., Lykouras, L., Koutsaftis, F. (2014). Switching suicide methods in order to achieve lethality: a study of Greek suicide victims, *Death Studies*, 38(6-10), 438-42. doi: 10.1080/07481187.2013.780111. Epub 2013 Nov 13

Paraschakis, A., Michopoulos, I., Christodoulou, C., Koutsaftis, F., Lykouras, L. & Douzenis, A. (2014). Characteristics of immigrant suicide completers in a sample of suicide victims from Greece. *International Journal of Social Psychiatry*, 60 (5), 462-7. doi: 10.1177/0020764013496081. Epub 2013 Aug 7

Paraschakis, A., Michopoulos, I., Christodoulou, C., Koutsaftis, F., Lykouras, L, Douzenis, A. (2015). A 2-year psychological autopsy study of completed suicides in the Athens greater area, Greece. *Psychiatry Investigation*, 12(2), 212-7. doi: 10.4306/pi.2015.12.2.212. Epub 2015 Jan 20.

Rachiotis, G., Stuckler, D., McKee, M., Hadjichristodoulou, C. (2015). What has happened to suicides during the Greek economic crisis? Findings from an ecological study of suicides and their determinants (2003-2012), *BMJ Open*, 25, 5 (3): e007295. doi: 10.1136/bmjopen-2014-007295.

Sharma, M.K, Salim, A. (2014). Suicidal behavior among alcohol dependents: Relationship with anger and personality dimensions, *Independent Psychiatry Journal*, 23 (1), 61-4. doi: 10.4103/0972-6748.144971.

Suresh Kumar, P. N, Anish, P.K., George B. (2015). Risk factors for suicide in elderly in comparison to younger age groups, *Indian Psychiatry*, 57(3), 249-54 doi: 10.4103/0019- 5545.166614.

Toffolutti, V., Suhcke, M. (2014). Assessing the short term health impact of the Great Recession in the European Union: a cross-country panel analysis, *Preventive Medicine*, 64, 54-62 doi: 10.1016/j.ypmed.2014.03.028. Epub 2014 Apr 6

Waern, M., Rubenowitz, E., Runeson, B., Skoog, I., Wilhelmson, K., Allebeck, P. (2002). Burden of illness and suicide in elderly people: case-control study, *British Medical Journal*, 324 (7350), p. 1355.

Walker L, Barker P & Pearson P. (2000). The required role of the psychiatric-mental health nurse in primary health-care: an augmented Delphi study, *Nursing Inquiry*, 7(2): 91-102.

Wasserman D, Geijer T, Sokolowski M, Rozanov V, Wasserman J. (2007). Nature and nurture in suicidal behavior, the role of genetics: some novel findings concerning personality traits and neural conduction, *Physiological Behaviour*, 92 (1-2), 245-249. Epub 2007 May 25

White, P., Whiteford, H. (2006). *Prisons: Mental Health Institutions of the 21st Century*. MJA, 185, 302-303.

WHO – World Health Organization (1969). *The International Health Regulations (1969)*. Alert, response, and capacity building under the International Health Regulations (IHR).

## Ιστοσελίδες

*Eurostat (2016a) Death due to suicide by sex.* Accessed at: <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tps00122> on 2<sup>nd</sup> August 2016.

*Eurostat (2016b) Suicide death rate, by age group.* Accessed at: [http://ec.europa.eu/eurostat/search?p\\_auth=vw53V5yG&p\\_p\\_id=estatsearchportlet\\_WAR\\_estatsearchportlet&p\\_p\\_lifecycle=1&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&\\_estatsearchportlet\\_WAR\\_estatsearchportlet\\_action=search&text=Suicide+death+rate%2C+by+age+group](http://ec.europa.eu/eurostat/search?p_auth=vw53V5yG&p_p_id=estatsearchportlet_WAR_estatsearchportlet&p_p_lifecycle=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_estatsearchportlet_WAR_estatsearchportlet_action=search&text=Suicide+death+rate%2C+by+age+group) on 2<sup>nd</sup> August 2016

International Association for Suicide Prevention (IASP) (2016) από : <http://www.iasp.info/wspd/index.php>

Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας ΝΑ Κυκλάδων (2015) Ανακτήθηκε στο: <https://www.kinitimonada.wordpress.com> στις 23 Αυγούστου 2016

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι - Eurostat : Death due to suicide by sex – Males

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ – Eurostat: Death due to suicide by sex – Females

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ- Eurostat: Death due to suicide by age

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙV- ΑΝΑ ΝΟΜΟ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ 2013

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V – ΑΝΑ ΝΟΜΟ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ 2014

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VI – ΑΝΑ ΝΟΜΟ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ 2016

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ ΓΡΑΦΗΜΜΑΤΩΝ

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

