ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
Σχολή Επιστημών Υγείας
Τμήμα Ιατρικής
Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στις Κλινικές-
Κλινικοεργαστηριακές Ιατρικές Ειδικότητες
Ψυχιατρική Κλινική
Διευθύντρια: Καθηγήτρια Σταυρούλα Μπεράτη

**Κάπνισμα, Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες,
Ψυχοπαθολογία και Άλλες Συναφείς Καταστάσεις
σε Νέους με Απόπειρα Αυτοκτονίας**

ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ Χ. ΜΕΝΤΗ
ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΟΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΠΑΤΡΑ 2007

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
Σχολή Επιστημών Υγείας
Τμήμα Ιατρικής
Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στις Κλινικές-
Κλινικοεργαστηριακές Ιατρικές Ειδικότητες
Ψυχιατρική Κλινική
Διευθύντρια: Καθηγήτρια Σταυρούλα Μπεράτη

**Κάπνισμα, Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες,
Ψυχοπαθολογία και Άλλες Συναφείς Καταστάσεις
σε Νέους με Απόπειρα Αυτοκτονίας**

ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ Χ. ΜΕΝΤΗ
ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΟΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΠΑΤΡΑ 2007

Αφιερώνεται στην οικογένειά μου

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Σταυρούλα Μπεράτη	Καθηγήτρια Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Πατρών Επιβλέπουσα Καθηγήτρια Μέλος τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής
Νικόλαος Μπεράτης	Ομότιμος Καθηγητής Παιδιατρικής Πανεπιστημίου Πατρών Μέλος τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής
Απόστολος Βαγενάκης	Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας Πανεπιστημίου Πατρών Μέλος τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής

ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Σταυρούλα Μπεράτη	Καθηγήτρια Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Πατρών Επιβλέπουσα Καθηγήτρια Μέλος τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής
Νικόλαος Ζούμπος	Καθηγητής Παθολογίας-Αιματολογίας Πανεπιστημίου Πατρών Μέλος επταμελούς εξεταστικής επιτροπής
Διονύσιος Τσαμπάος	Καθηγητής Δερματολογίας Πανεπιστημίου Πατρών Μέλος επταμελούς εξεταστικής επιτροπής
Αναστασία Βαρβαρήγου	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής Πανεπιστημίου Πατρών Μέλος επταμελούς εξεταστικής επιτροπής
Σοφία Γεωργίου	Επίκουρη Καθηγήτρια Δερματολογίας Πανεπιστημίου Πατρών Μέλος επταμελούς εξεταστικής επιτροπής
Ελισάβετ Χρόνη	Επίκουρη Καθηγήτρια Νευρολογίας Πανεπιστημίου Πατρών Μέλος επταμελούς εξεταστικής επιτροπής
Φίλιππος Γουρζής	Λέκτορας Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Πατρών Μέλος επταμελούς εξεταστικής επιτροπής

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	9
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ ΓΕΝΙΚΑ.....	13
ΟΡΙΣΜΟΣ.....	13
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	13
ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ.....	15
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΚΑΝΟΥΝ ΣΟΒΑΡΕΣ ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ	22
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΥΤΩΝ ΠΟΥ ΑΥΤΟΚΤΟΝΟΥΝ	22
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΥΤΩΝ ΠΟΥ ΚΑΝΟΥΝ ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ	23
ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΕΦΗΒΟΙ ΚΑΙ ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ.....	31
ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΕΣ.....	31
ΟΡΙΣΜΟΣ.....	31
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	31
ΑΙΤΙΕΣ ΑΥΞΗΣΗΣ ΤΗΣ ΝΕΑΝΙΚΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ.....	32
ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 6-12 ΧΡΟΝΩΝ	32
ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	34
ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ.....	39
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΥΤΩΝ ΜΕ ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ.....	44
ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ	45
ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΡΟΠΕΣ ΣΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ.....	46
ΠΡΟΛΗΨΗ.....	46
ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ.....	49
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΜΕΛΕΤΗΣ	55
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ	55

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	63
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	63
Επιδημιολογικά ευρήματα	63
Συμφωνία μεταξύ των εξεταστών	69
Κάπνισμα τσιγάρου, νόμιμες και παράνομες ουσίες.....	69
Ψυχιατρικές παθήσεις	70
Άλλες καταστάσεις που μπορεί να αποτελέσουν εστία κλινικής προσοχής	70
Ψυχοκοινωνικά και περιβαλλοντικά προβλήματα	71
Μεταβλητές με ανεξάρτητο αποτέλεσμα	74
Κλίμακα Πρόθεσης και Κλίμακα Κινδύνου-Διάσωσης.....	74
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	77
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	81
SUMMARY	83
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	85
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ - ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ.....	97

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η αυτοκτονική συμπεριφορά παιδιών και εφήβων συνιστά ένα σοβαρό πρόβλημα ψυχικής υγείας διεθνώς. Έχει αναγνωρισθεί η ύπαρξη συννοσηρότητας της αυτοκτονικής συμπεριφοράς των νέων με ψυχοκοινωνικούς παράγοντες κινδύνου και ψυχοπαθολογία. Η παρούσα διδακτορική διατριβή εκπονήθηκε στην Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών. Το αντικείμενο που πραγματεύεται αφορά την ύπαρξη προεξαρχόντων παραγόντων κινδύνου σε νέους με απόπειρα αυτοκτονίας που έχουν νοσηλευτεί και την επίδραση αυτών των παραγόντων στον κίνδυνο για αυτοκτονία τόσο ανεξάρτητα όσο και σε συνδυασμό μεταξύ τους.

Θα ήθελα με την ευκαιρία αυτή να ευχαριστήσω θερμά τα μέλη της Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής των οποίων η παρουσία με τιμά: Την Καθηγήτριά μου κυρία Σταυρούλα Μπεράτη, Καθηγήτρια Ψυχιατρικής, Παιδοψυχιατρικής και Ψυχανάλυσης, διευθύντρια της Ψυχιατρικής Κλινικής και επιβλέπουσα καθηγήτρια, για την ανάθεση της εργασίας, τη συνεχή στήριξη και σημαντική καθοδήγηση που μου παρείχε και την εμπιστοσύνη με την οποία με περιέβαλε. Τον Ομότιμο Καθηγητή Παιδιατρικής κύριο Νικόλαο Μπεράτη, για την επιστημονική καθοδήγηση που μου παρείχε σε δύσκολα στάδια της εργασίας και την αμέριστη προσοχή του και συμπαράσταση. Τον Ομότιμο Καθηγητή Παθολογίας κύριο Απόστολο Βαγενάκη για τη βοήθεια που προσέφερε με τη συμμετοχή του στην επιστημονική επιτροπή, ώστε να επιτευχθεί ο τελικός στόχος της ολοκλήρωσης της παρούσης μελέτης.

Ιδιαίτερως ευχαριστώ επίσης: τον κύριο Κωνσταντίνο Ασημακόπουλο, Διδάκτορα Ψυχίατρο, Επιμελητή της Ψυχιατρικής Κλινικής για τις χρήσιμες συμβουλές και υποδείξεις του. Την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής και Νεογνολογίας κυρία Αναστασία Βαρβαρήγου για την προσφορά της στην εργασία μέσω της ουσιαστικής συμβολή της στην στατιστική επεξεργασία του υλικού της διατριβής. Την Επίκουρο Καθηγήτρια Ψυχιατρικής κυρία Νικολέττα Λέκκα για την προσφορά της ως δεύτερου εξεταστή. Τον Διδάκτορα Μηχανικό Η/Υ και Πληροφορικής κύριο Χρήστο Γκουμόπουλο για την ηλεκτρονική επεξεργασία των δεδομένων και την ηθική του συμπαράσταση ως συζύγου μου, που βοήθησε να

διατηρηθεί η πίστη στην παρούσα προσπάθεια. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους ασθενείς και τους γονείς τους που δέχτηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη αυτή.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ ΓΕΝΙΚΑ

ΟΡΙΣΜΟΣ

Αυτοκτονική συμπεριφορά είναι η προσπάθεια εκούσιας διακοπής της ζωής του ιδίου του ατόμου. Έχουν περιγραφεί δύο κύριες κατηγορίες αυτοκτονικής συμπεριφοράς: οι ολοκληρωμένες αυτοκτονίες κατά τις οποίες οι ενέργειες του ατόμου καταλήγουν στο θάνατό του και οι απόπειρες αυτοκτονίας. Ένα άτομο μπορεί να ανήκει και στις δύο κατηγορίες πληθυσμών [14].

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Σε χώρες της βορείου Ευρώπης, οι δείκτες των αυτοκτονιών είναι υψηλότεροι, ενώ σε χώρες της νοτιο-δυτικής Ευρώπης και Λατινικής Αμερικής οι δείκτες είναι χαμηλότεροι [127].

Αυτοκτονικοί δείκτες απ' όλο τον κόσμο για κάθε 100 000 κατοίκους ετησίως, WHO (2005)

Χώρα	Έτος	Ανδρών	Γυναικών	Συνολικός
Λιθουανία	2003	74.3	13.9	42.1
Ρωσία	2002	69.3	11.9	38.7
Σλοβενία	2003	45.0	12.0	28.1
Ουγγαρία	2003	44.9	12.0	27.7
Εσθονία	2002	47.7	9.8	27.3
Ουκρανία	2002	46.7	8.4	26.1
Ιαπωνία	2002	35.2	12.8	23.8
Φινλανδία	2003	31.9	9.8	20.6
Κροατία	2003	31.4	8.4	19.5
Ελβετία	2001	26.5	10.6	18.4
Αυστρία	2003	27.1	9.3	17.9
Γαλλία	2001	26.6	9.1	17.6
Πολωνία	2002	26.6	5.0	15.5
Βουλγαρία	2003	21.0	7.3	14
Δανία	2000	20.2	7.2	13.6
Γερμανία	2001	20.4	7.0	13.5

Χώρα	Έτος	Ανδρών	Γυναικών	Συνολικός
Σουηδία	2001	18.9	8.1	13.4
Αυστραλία	2001	20.1	5.3	12.7
Ιρλανδία	2001	21.4	4.1	12.7
Καναδάς	2001	18.7	5.2	11.9
Νέα Ζηλανδία	2000	19.8	4.2	11.9
Πορτογαλία	2002	18.9	4.9	11.7
Λουξεμβούργο	2003	18.5	3.5	10.9
Νορβηγία	2002	16.1	5.8	10.9
ΗΠΑ	2001	17.6	4.1	10.7
Ολλανδία	2003	12.7	5.9	9.2
Ισπανία	2002	12.6	3.9	8.2
Ιταλία	2001	11.1	3.3	7.1
Ηνωμένο Βασίλειο	2002	10.8	3.1	6.9
Αργεντινή	1996	9.9	3.0	6.4
Ελλάδα	2002	4.7	1.2	2.9
Αρμενία	2003	3.2	0.5	1.8

Όπως προκύπτει από την WHO [127] κι' άλλες μελέτες [9, 14, 50], η συχνότητα των αυτοκτονιών στην Ελλάδα είναι πολύ χαμηλή σε σύγκριση με τις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες.

Η πρώτη μελέτη στην Ελλάδα έγινε για τα έτη 1928-1937 από τον Bakatsoulas και ανακοινώθηκε το 1965: γι' αυτήν την περίοδο, η ετήσια αυτοκτονική αναλογία ήταν 4.8/100 000 κατοίκους στην Πελοπόννησο και 5.3/100 000 κατοίκους σε ολόκληρη την χώρα [50]. Η Ελλάδα έχει χαμηλό δείκτη αυτοκτονίας και πιθανή εξήγηση γι' αυτό όπως και για άλλες χώρες με χαμηλό δείκτη είναι ότι υπάρχουν ανασταλτικοί παράγοντες, όπως το ζεστό οικογενειακό περιβάλλον και οι ισχυροί συναισθηματικοί δεσμοί μεταξύ των μελών της οικογένειας [14, 50, 135].

Η επιδημιολογία διαφέρει όσον αφορά τους δύο πληθυσμούς με ολοκληρωμένη αυτοκτονία και με απόπειρα αυτοκτονίας. Σε αντίθεση με τις ολοκληρωμένες αυτοκτονίες που παραμένουν σταθερές, οι απόπειρες αυτοκτονίας έχουν αυξηθεί [130]. Έρευνες που αφορούν ολόκληρο τον πληθυσμό της Ελλάδας, αναφέρονται στη σχέση κατάθλιψης και αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς [87, 88, 89]. Σύμφωνα με τις έρευνες αυτές παρατηρείται αύξηση του αριθμού των ατόμων

που πάσχουν από μείζονα κατάθλιψη, επίσης άτομα που κάνουν χρήση τοξικών ουσιών παρουσιάζουν σε μεγαλύτερο βαθμό καταθλιπτική συμπτωματολογία, το 20% των εφήβων και το 35.7% των νέων ενηλίκων έχουν σαφή καταθλιπτική συμπτωματολογία και ιδιαίτερα αυτοί που έχουν αποπειραθεί αυτοκτονία [87]. Σε μελέτη που έγινε τα έτη 1979-1983 στην νοτιοδυτική Ελλάδα, η ετήσια αναλογία αυτοκτονιών ήταν 5/100 000 κατοίκους, σταθερά χαμηλή [50].

Γενικά, η συχνότητα των αυτοκτονιών στην Ελλάδα είναι μικρότερη από αυτή που παρατηρείται πριν από τον πόλεμο κι επίσης κατά την διάρκεια του πολέμου παρατηρήθηκε και στην Ελλάδα το παγκόσμιο φαινόμενο της μείωσης των αυτοκτονιών [130].

Υπάρχουν όμως και σαφείς ενδείξεις ότι πολλές αυτοκτονίες δεν δηλώνονται ή δεν καταγράφονται, τόσο στην Ελλάδα όσο και σε ξένες χώρες [130].

ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Οι συσχετιζόμενοι παράγοντες είναι: η ηλικία, το φύλο, οι μέθοδοι αυτοκτονίας, η φυλή, η οικογενειακή κατάσταση, η απασχόληση, η εποχιακή κατανομή, η περιοχή διαμονής, η σωματική και ψυχική υγεία και η προηγούμενη αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.

1. Η ΗΛΙΚΙΑ

Ο δείκτης αυτοκτονιών, αυξάνει με την ηλικία σ' όλο τον κόσμο, ενώ επίσης παρουσιάζει μία ταχεία αύξηση στα νέα άτομα [70]. Σε μελέτη στην νοτιοδυτική Ελλάδα το χρονικό διάστημα 1979-1984 με ολοκληρωμένες απόπειρες σ' όλες τις ηλικίες, βρέθηκε σημαντική αύξηση του δείκτη στους άνδρες μετά τα 65 χρόνια αλλά όχι και στις γυναίκες [14] και το ποσοστό είναι μεγαλύτερο ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές [14, 50].

2. ΤΟ ΦΥΛΟ

Οι άντρες διαπράττουν ολοκληρωμένη αυτοκτονία σε ποσοστό διπλάσιο σε σχέση με τις γυναίκες, όπως έχει παρατηρηθεί στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες [14,

95, 130]. Οι γυναίκες διαπράττουν συχνότερα απόπειρα αυτοκτονίας και οι παράγοντες από το οικογενειακό περιβάλλον τις επηρεάζουν περισσότερο [14].

3. ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στα φύλα όσον αφορά την μέθοδο αυτοκτονίας. Οι άνδρες χρησιμοποιούν πυροβόλα όπλα, απαγχονισμό ή πτώσεις, ενώ οι γυναίκες μεγάλες δόσεις φαρμάκων [70]. Από μελέτη στην Ελλάδα για το χρονικό διάστημα 1981-1989 προκύπτει πως οι πιο συχνοί τρόποι αυτοκτονίας στους άνδρες είναι: απαγχονισμός, πυροβόλα όπλα, λήψη ουσιών και ο πνιγμός. Στις γυναίκες, οι πιο συχνοί τρόποι είναι: απαγχονισμός, πνιγμός, λήψη ουσιών και πτώση από ύψος [130]. Στην νότια Ελλάδα τα έτη 1979-1983 η πιο συχνή μέθοδος αυτοκτονίας και για τα δύο φύλα, βρέθηκε ο απαγχονισμός [50].

4. ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι θρησκευτικές και κοινωνικές αντιλήψεις που επικρατούν σε κάθε λαό παίζουν σημαντικό ρόλο στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζεται η αυτοκτονική συμπεριφορά. Σε ανατολικούς πολιτισμούς που επηρεάζονται από θρησκείες όπως ο Βουδισμός και ο Βραχμανισμός, η αυτοκτονική συμπεριφορά αποτελεί μια αποδεκτή λύση στον ανθρώπινο πόνο, ενόσω σε πολλούς δυτικούς πολιτισμούς είναι είτε ανεκτή φιλοσοφικά, είτε μη αποδεκτή και καταδικασμένη [45].

5. Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση, μικρότερη συχνότητα αυτοκτονίας και για τα δύο φύλλα έχουν οι παντρεμένοι και μεγαλύτερη οι χωρισμένοι [50]. Αυτοκτονούν πιο συχνά οι χήροι, ή οι διαζευγμένοι [50, 70, 130]. Ο γάμος, σε συνδυασμό με την ύπαρξη παιδιών, φαίνεται πως μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Ο δείκτης στους άγαμους είναι διπλάσιος απ' ότι στους έγγαμους. 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 οικογένειάς τους [70].

6. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ

Σε σχέση με την επαγγελματική απασχόληση, έχει παρατηρηθεί ότι η αυτοκτονία είναι πιο συχνή στα άτομα χωρίς απασχόληση. Γενικά, η εργασία προστατεύει από την αυτοκτονία. Μεταξύ διάφορων επαγγελματιών, μελέτες παρουσιάζουν τους γιατρούς να εμφανίζουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο για αυτοκτονία και μάλιστα αυτοί που αυτοκτονούν, πάσχουν από ψυχική διαταραχή [70].

7. Η ΕΠΟΧΗ ΤΟΥ ΕΤΟΥΣ

Στη διάρκεια της άνοιξης και του φθινοπώρου παρατηρείται μία ελαφριά αύξηση του αριθμού των αυτοκτονιών [70].

8. Ο ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

Στην Ελλάδα, οι αυτοκτονίες είναι αναλογικά αυξημένες στις αγροτικές περιοχές σε σχέση με τις αστικές και ημιαστικές, ενώ στις περισσότερες ξένες χώρες παρατηρείται το αντίθετο [14, 50, 130]. Η διαφορά στις αγροτικές περιοχές αφορά τους άντρες και τις γυναίκες ηλικίας 45-64 χρόνων [50]. Η πιο συχνή μέθοδος αυτοκτονίας στην Ελλάδα στις αγροτικές περιοχές είναι ο απαγχονισμός, για το χρονικό διάστημα 1981-1989 και για τα δύο φύλα [130].

9. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Οι σωματικές παθήσεις αποτελούν την δεύτερη αιτία αυτοκτονίας κι αυτό αφορά τον ανδρικό πληθυσμό [14].

10. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Ο ρόλος που διαδραματίζει η ψυχική διαταραχή στην αυτοκτονικότητα ενός ατόμου, είναι ιδιαίτερα σημαντικός [1, 132]. 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 [70].

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 [51]. 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 μετά από εξωτερική πίεση. 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 [51].

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 [70, 130]. Όσον αφορά την κατάθλιψη, το 15% των καταθλιπτικών τελικά θ' αυτοκτονήσει, ενώ ποσοστό 45-70% αυτών που αυτοκτονούν πάσχει από κατάθλιψη [130]. Το 10% των σχιζοφρενικών ασθενών τερματίζει την ζωή του αυτοκτονώντας. Αλλά και οι περισσότερες από τις υπόλοιπες κατηγορίες ψυχικών διαταραχών, εμφανίζουν

αυξημένους δείκτες αυτοκτονιών έναντι του γενικού πληθυσμού, όπως ο αλκοολισμός, η κατάχρηση ουσιών, τα οργανικά ψυχοσύνδρομα, νευρωτικού τύπου διαταραχές, οι διαταραχές προσωπικότητας [2, 76, 96, 132].

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 [70].

Η καταθλιπτική συμπτωματολογία που σχετίζεται με την αυτοκτονικότητα, περιλαμβάνει κυρίως ιδέες αναξιότητας 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 [106, 132].

Οι σχιζοφρενικοί ασθενείς, τερματίζουν την ζωή τους με αυτοκτονία στο 10% περίπου, ενώ οι μισοί τουλάχιστον έχουν μία προηγούμενη απόπειρα [70].

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 [70, 132]. 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 [40, 132].

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 [132].

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 [70].

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 [70]. Η αυτοκτονία των αλκοολικών είναι 11-15 φορές συχνότερη απ' ό,τι στον γενικό πληθυσμό [132].

Ο δείκτης αυτοκτονιών στους χρήστες ηρωίνης είναι εικοσαπλάσιος απ' ό,τι στον γενικό πληθυσμό [132]. 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 [70].

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 [130]. Ο συνηθέστερος τρόπος

αυτοκτονίας ή απόπειρας αυτοκτονίας σε ασθενείς που κάνουν κατάχρηση ουσιών ή αλκοόλ, είναι η υπέρβαση δοσολογίας φαρμάκων [132].

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 [11, 132].

Το άγχος και η παρορμητικότητα βρέθηκε ότι είχαν στενή σχέση με τον κίνδυνο για αυτοκτονία, ενώ ο θυμός με τον κίνδυνο βίαιης συμπεριφοράς [6].

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) [132].

11. ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Μια απόπειρα αυτοκαταστροφής στο παρελθόν αποτελεί δείκτη ότι ο ασθενής παρουσιάζει αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας [70]. Το 19-25% αυτών που αυτοκτονούν έχει προηγούμενη απόπειρα αυτοκτονίας [130]. Ο καλύτερος προγνωστικός δείκτης για μελλοντική απόπειρα, είναι προηγούμενη απόπειρα [81, 91]. Υπολογίζεται ότι το 10% αυτών που αποπειρώνται αυτοκτονία, θ' αυτοκτονήσουν στα επόμενα 10 χρόνια [130]. 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 [70].

Το προφίλ των ατόμων που διαπράττουν σοβαρές απόπειρες καθώς και τα χαρακτηριστικά όσων αυτοκτονούν στην Ελλάδα και στις χώρες του εξωτερικού, είναι τα ίδια [130].

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΚΑΝΟΥΝ ΣΟΒΑΡΕΣ ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ

- 1) άνδρες άνω των 45 ετών
- 2) χήροι ή διαζευγμένοι
- 3) ζουν μόνοι ή σε απομόνωση (φυλακισμένοι)
- 4) έχουν προβλήματα στην εργασία τους
- 5) έχουν μειωμένη θρησκευτική πίστη
- 6) προμελετούν την απόπειρα
- 7) αποπειρώνται έξω από το σπίτι
- 8) είναι μόνοι κατά την απόπειρα
- 9) δεν ζητούν βοήθεια μετά την απόπειρα
- 10) παίρνουν μέτρα ώστε να μην τους βρουν μετά την απόπειρα
- 11) δεν μετανοούν για την απόπειρα
- 12) κάνουν πιο συχνά διαθήκη πριν από την απόπειρα
- 13) αφήνουν πιο συχνά σημείωμα σχετικό με την απόπειρα
- 14) χρησιμοποιούν πιο συχνά βίαιες μεθόδους
- 15) έχουν αποπειραθεί ξανά στο παρελθόν
- 16) πάσχουν από σοβαρό ψυχικό ή σωματικό νόσημα (κατάθλιψη, σχιζοφρένεια, διαταραχές της προσωπικότητας, κατάχρηση τοξικών ουσιών)
- 17) παρουσιάζουν επιβραδυμένη συμπεριφορά
- 18) παραπονούνται για απώλεια ενέργειας-κούραση
- 19) παίρνουν τακτικά υπνωτικά
- 20) έχουν υποβληθεί σε ψυχιατρική εξέταση στο παρελθόν
- 21) έχουν προηγούμενη νοσηλεία σε ψυχιατρική κλινική

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΥΤΩΝ ΠΟΥ ΑΥΤΟΚΤΟΝΟΥΝ

- 1) άνδρες
- 2) χήροι-διαζευγμένοι
- 3) εύποροι ή πολύ φτωχοί
- 4) κοινωνικά απομονωμένοι
- 5) άτομα μεγάλης ηλικίας
- 6) έχουν ξαναποπειραθεί στο παρελθόν

- 7) πάσχουν από ψυχικά νοσήματα (κατάθλιψη, σχιζοφρένεια, διαταραχή προσωπικότητας, κατάχρηση τοξικών ουσιών)
- 8) πάσχουν από χρόνια επώδυνα νοσήματα
- 9) έχουν χάσει γονέα στα πρώτα παιδικά χρόνια
- 10) έχουν μειωμένου βαθμού θρησκευτική πίστη

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΥΤΩΝ ΠΟΥ ΚΑΝΟΥΝ ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

Τα ευρήματα είναι από δύο μελέτες στον Ελλαδικό χώρο που αφορούσαν απόπειρες που είχαν εισαχθεί στα νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης κατά την χρονική περίοδο Απριλίου 1971-Μαρτίου 1972 [66] και Σεπτεμβρίου 1982-Αυγούστου 1984 [38] και συμφωνούν σε γενικές γραμμές με τα ευρήματα των ξένων μελετών:

- 1) το 60% περίπου ήταν άγαμες γυναίκες, ηλικίας κάτω των 25 χρόνων
- 2) 66% ανήκαν στις χαμηλές κοινωνικές τάξεις
- 3) 82% αποπειράθηκαν στο σπίτι τους
- 4) σε ποσοστό 64% υπήρχε κάποιος μέσα στο σπίτι κατά την ώρα της απόπειρας
- 5) μόνο το 22% ζήτησε βοήθεια
- 6) 55% έδρασαν παρορμητικά
- 7) μόνο το 19% άφησε σημείωμα σχετικό με την απόπειρα
- 8) ποσοστό 52% χρησιμοποίησαν κυρίως ψυχιατρικά φάρμακα ή αναλγητικά
- 9) λίγοι (8%) χρησιμοποίησαν μικτή μέθοδο
- 10) αρκετοί (24%) είχαν λάβει ταυτόχρονα και αλκοολούχα ποτά
- 11) 41% των αποπειραθέντων είχε συμβουλευθεί στο παρελθόν ψυχίατρο
- 12) 37% είχε κάνει στο παρελθόν κι άλλη απόπειρα
- 13) 58% δήλωσαν ότι είχαν μετανιώσει για την απόπειρα
- 14) οι αποπειραθέντες έπασχαν από νευρωτική κατάθλιψη σε ποσοστό 25.5% από ενδογενή μελαγχολία 7.3%, 4% από σχιζοφρένεια, 14.2% από άλλες νευρωτικές διαταραχές, 14.6% από διαταραχές της προσωπικότητας και 3.3% είχε εξάρτηση από τοξικές ουσίες.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Οι αιτίες που οδηγούν στην αυτοκτονία παρουσιάζουν μεγάλη ομοιότητα παγκοσμίως, όπως και τα χαρακτηριστικά αυτών που αυτοκτονούν [130]. Στην αιτιοπαθογένεια της αυτοκτονικής συμπεριφοράς συμμετέχουν βιολογικοί (γενετικοί, νευροχημικοί), ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες, όλοι σημαντικοί, χωρίς ο καθένας να θεωρείται καθοριστικός [135].

Κοινωνικοί παράγοντες : Στην θεωρία του Durkheim που αναπτύχθηκε στην πραγματεία του με θέμα την αυτοκτονία, αναφέρονται τρεις κατηγορίες αυτοκτονιών: α) εγωιστική, όπου τα άτομα δεν σχετίζονται στενά με κάποια κοινωνική ομάδα β) αλτρουιστική, όπου τα άτομα σχετίζονται στενά με την κοινωνική ομάδα στην οποία ανήκουν κι από εκεί πηγάζει η επιρρέpeιά τους γ) ανομική, όταν διαταράσσεται η σύνδεση των ατόμων με την κοινωνική ομάδα στην οποία ανήκουν, όπως προκύπτει για παράδειγμα από την κοινωνική αστάθεια και την οικονομική καταστροφή [70].

Ψυχολογικοί παράγοντες : Ο S. Freud στο άρθρο του «Πένθος και Μελαγχολία» διατύπωσε την άποψη ότι η αυτοκτονία αντιστοιχεί σε επιθετικότητα που στρέφεται ενάντια σ' ένα ενδοβλημένο και αμφιθυμικά επενδεδυμένο αντικείμενο αγάπης [70].

Γενετικοί παράγοντες : Μελετήθηκε ο ρόλος των γενετικών παραγόντων στην αιτιοπαθογένεια και την εκδήλωση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Για τον λόγο αυτό, χρησιμοποιήθηκαν μελέτες οικογενειών, μελέτες διδύμων και μελέτες υιοθεσίας. Παρατηρήθηκε πως σε μεμονωμένες οικογένειες πολλά μέλη τους αυτοκτόνησαν, με αυξημένη πιθανότητα να είναι σε φάση διαταραχής του συναισθήματος [91, 134].

Υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν πως το οικογενειακό ιστορικό αποπειρών αυτοκτονίας αποτελεί δείκτη δυνητικής αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς σε ασθενείς με συναισθηματική διαταραχή [134]. Άλλες μελέτες δεν το υποστηρίζουν, γι' αυτό θεωρείται πως η προδιάθεση για την εκδήλωση κατάθλιψης διαφέρει από την προδιάθεση για αυτοκτονικότητα [134]. Φαίνεται πως η

αυτοκαταστροφικότητα έχει περισσότερες πιθανότητες να εκδηλωθεί, όταν υπάρχει γενετική ευαλωτότητα και για αυτοκαταστροφή και για συναισθηματική διαταραχή [134].

Σε εφήβους που αυτοκτόνησαν, σε σχέση με εφήβους χωρίς αυτοκτονική συμπεριφορά, βρέθηκε θετικό οικογενειακό ιστορικό για συναισθηματική διαταραχή, αντικοινωνική συμπεριφορά, χρήση ουσιών, αυτοκαταστροφικότητα. Σε άτομα καταθλιπτικά που προβαίνουν σε απόπειρα αυτοκαταστροφής βρέθηκε πως είχαν σε ποσοστό 16-41% θετικό οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας. Οι μελέτες που υποστηρίζουν τον κίνδυνο εκδήλωσης αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς σε ασθενείς με συναισθηματική διαταραχή όταν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας, λένε ότι η ύπαρξη θετικού ιστορικού αυτοκτονίας κυρίως βίαιης, αυξάνει την πιθανότητα εκδήλωσης αυτοκαταστροφής βίαιης σε άνδρες ανεξαρτήτου τύπου συναισθηματικής διαταραχής και σε γυναίκες διπολικού τύπου. Η επιλογή του ίδιου τρόπου απόπειρας αυτοκτονίας ανάμεσα στα μέλη μιας οικογένειας, θεωρείται μιμητική συμπεριφορά. Σε αλκοολικούς με ατομικό ιστορικό αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, αυξάνεται η συχνότητα αυτοκαταστροφής όταν έχουν ένα γονέα αλκοολικό και με συναισθηματική διαταραχή [134].

Πιθανόν υπάρχουν γενετικοί παράγοντες που συμμετέχουν στη μεταβίβαση των ψυχικών διαταραχών που συνδέονται πιο συχνά με την αυτοκτονία, δηλ. της διπολικής διαταραχής I, της σχιζοφρένειας και της εξάρτησης από το αλκοόλ. Μπορεί να υπάρχει ένας γενετικός παράγοντας ανεξάρτητος από την γενετική μεταβίβαση της ψυχικής διαταραχής, αλλά πιθανή είναι και η ύπαρξη ενός γενετικού παράγοντα της παρορμητικότητας, που ενδεχομένως συνδέεται με μία ανωμαλία του σεροτονινεργικού συστήματος του εγκεφάλου, συγκεκριμένα με ανεπάρκεια αυτού. Ως παράδειγμα, αναφέρονται ασθενείς που εμφανίζουν ανεπαρκή έλεγχο των ενορμήσεων: πυρομανείς, βίαιοι παραπτωματικοί, με εξάρτηση από αλκοόλ [134].

Σε σχέση με την ύπαρξη ανεξάρτητου γενετικού παράγοντα στην αιτιοπαθογένεια και εκδήλωση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, η υπόθεση Kety αναφέρει την ύπαρξη πιθανού γενετικού παράγοντα αυτοκαταστροφικότητας, που ισοδυναμεί με την αδυναμία ελέγχου της παρορμητικής συμπεριφοράς [134].

Στις μελέτες διδύμων, διαπιστώθηκε υψηλότερος βαθμός συμφωνίας αυτοκαταστροφής στους μονοζυγωτικούς διδύμους, που φέρουν το ίδιο γενετικό υλικό, σε

σύγκριση με τους διζυγωτικούς που έχουν κοινά μόνο τα μισά γονίδιά τους [62, 68, 108, 129], ενώ φαίνεται πως δεν υπάρχουν σαφείς διαφορές στην επίδραση του περιβάλλοντος ανάμεσά τους [102]. Δεν θα πρέπει να παραγνωρίζεται και ο ρόλος των περιβαλλοντικών παραγόντων στην έκφραση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς, αλλιώς θα περίμενε κανείς συμφωνία 100% στους μονοζυγωτικούς διδύμους [71]. Επίσης, ψυχολογικοί παράγοντες μπορεί να συμβάλλουν στην εκδήλωση του κινδύνου αυτοκαταστροφής και κάποια ψυχοπιεστικά γεγονότα που αποτελούν παράγοντα κινδύνου για το ένα μέλος διδύμων, μπορεί να μην είναι ίδιας βαρύτητας για το άλλο μέλος [73].

Στις μελέτες υιοθεσίας στη Δανία, βρέθηκε μεγαλύτερη συχνότητα αυτοκτονιών στους βιολογικούς συγγενείς των υιοθετημένων (4.5%), παρά στους βιολογικούς συγγενείς των μαρτύρων (0.7%) ενώ δεν αναφέρθηκε αυτοκτονία στους θετούς συγγενείς σε καμιά απ' τις δύο ομάδες. Για την σύνδεση της κατάθλιψης με την αυτοκτονικότητα, υιοθετημένοι με κατάθλιψη συγκρίθηκαν κατά ηλικία και φύλο με υιοθετημένους υγιείς. Στους βιολογικούς συγγενείς αυτών με κατάθλιψη, βρέθηκε 3.7% επίπτωση αυτοκαταστροφής, ενώ στους βιολογικούς συγγενείς αυτών χωρίς κατάθλιψη, το ποσοστό αυτοκαταστροφής ήταν 0.3%. Στους θετούς συγγενείς, στους πρώτους ήταν 0.5% και στους δεύτερους 1.2% [134].

Συνοψίζοντας, τα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς αυτοκαταστροφής που μεταβιβάζονται γενετικά, είναι πιθανά τα εξής:

- 1) η αυτοκαταστροφικότητα να έχει σχέση με την κατάθλιψη (για την οποία υπάρχουν μελέτες για την ύπαρξη γενετικών παραγόντων στην εκδήλωσή της), καθώς κατά την διάρκεια της κατάθλιψης εμφανίζεται υψηλή επικράτηση αυτοκτονικότητας κι επίσης η καταθλιπτική συμπτωματολογία προηγείται συνήθως της αυτοκτονικότητας. Οι περισσότερες μελέτες, συμφωνούν στην συχνότερη εμφάνιση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς σε ασθενείς με διπολική διαταραχή, εμφανίζουν δε το πρώτο καταθλιπτικό επεισόδιο σε νεαρότερη ηλικία κι εκδηλώνουν πολλές υποτροπές.
- 2) να μεταβιβάζονται γενετικά τα χαρακτηριστικά εκείνα της προσωπικότητας που προδιαθέτουν το άτομο στην αυτοκαταστροφή.

3) να είναι ανεξάρτητη από τις ψυχιατρικές καταστάσεις που συνοδεύουν την αυτοκτονική συμπεριφορά και να εκδηλώνεται στη βάση κληρονομούμενης βιολογικής απόκλισης [134].

Νευροχημικοί παράγοντες : Τα τελευταία 30 χρόνια έχουν γίνει μελέτες για την αναζήτηση βιολογικών παραμέτρων στην αυτοκτονία, γιατί οι μέχρι τώρα παράγοντες που θεωρείται ότι προδιαθέτουν σ' αυτήν (ατομικό ιστορικό ψυχικής νόσου, οικογενειακό ιστορικό απόπειρας, άρρεν φύλο, προχωρημένη ηλικία, μοναχικός τρόπος διαβίωσης, αλκοολισμός, θάνατος προσφιλούς προσώπου), δεν ερμηνεύουν πλήρως την πιθανότητα εμφάνισής της [137]. Οι κυριότερες βιολογικές παράμετροι που προσεγγίζουν τον κίνδυνο αυτοκτονικής συμπεριφοράς, είναι: 1) η σεροτονινεργική ή νοραδρενεργική μεταβίβαση και 2) η έκκριση κορτιζόλης ή θυρεοειδοτρόπου ορμόνης [70, 75, 85, 137].

Ο κυριότερος μεταβολίτης της σεροτονίνης είναι το 5HIAA (5 υδροξυινδολοξικό οξύ). Ένζυμο για τον καταβολισμό της σεροτονίνης που υπάρχει στα αιμοπετάλια και τους εγκεφαλικούς νευρώνες, είναι η μονο-αμινο-οξειδάση (ΜΑΟ). Χαμηλή δραστηριότητα της ΜΑΟ στα αιμοπετάλια έχει συνδυασθεί με αυξημένη ροπή για αυτοκτονία και με αυτοκτονία με βίαιες μεθόδους [137].

Από μελέτες προκύπτει η ύπαρξη συσχέτισης μιας ανεπάρκειας του σεροτονινεργικού συστήματος του ΚΝΣ και πτωχού ελέγχου των ενορμήσεων [70]. Ανεπάρκεια της σεροτονίνης όπως προκύπτει από την μείωση του μεταβολισμού του 5HIAA και τα χαμηλότερα επίπεδα 5HIAA στο ΕΝΥ, απαντάται σε βίαιες αυτοκτονίες [7, 70, 137].

Τα γονίδια που ελέγχουν την σύνθεση και τον μεταβολισμό της σεροτονίνης φαίνεται πως εμφανίζουν τροποποιήσεις σε άτομα με χαμηλές συγκεντρώσεις 5HIAA στο ΕΝΥ. Όμως, οι γενετικοί παράγοντες που καθορίζουν τις ατομικές διαφορές στη σεροτονινεργική δραστηριότητα, παραμένουν άγνωστοι [134].

Στη μελέτη του Asberg το 1976 σε μελαγχολικούς ασθενείς βρέθηκε πως η συχνότητα εμφάνισης αυτοκτονικής συμπεριφοράς στους ασθενείς αυτούς είναι σημαντικά υψηλότερη σ' όσους έχουν χαμηλές συγκεντρώσεις του 5HIAA στο ΕΝΥ, σε σχέση με αυτούς που οι συγκεντρώσεις στο ΕΝΥ του 5HIAA είναι υψηλές [137]. Επίσης και σε άλλες ψυχικές διαταραχές που τα επίπεδα 5HIAA στο ΕΝΥ είναι

χαμηλά, επιβεβαιώθηκε η σχέση μεταξύ του 5HIAA και της αυτοκτονικής συμπεριφοράς [26, 97, 137].

Όσον αφορά τον μεταβολίτη της νοραδρεναλίνης στο ENY, υπάρχουν λίγες μελέτες, ενώ για τον μεταβολίτη της ντοπαμίνης, το ομοβανιλλικό οξύ (HVA) σε μελαγχολικούς κυρίως παρατηρείται σχέση ανάμεσα στα χαμηλά επίπεδά του στο ENY και στην αυτοκτονική συμπεριφορά [137]. Βρέθηκε πως χαμηλά επίπεδα ομοβανιλλικού στο ENY είχαν αυτοί που αποπειράθηκαν ν' αυτοκτονήσουν με βίαιους τρόπους, ενώ όσοι πήραν για ν' αυτοκτονήσουν υψηλές δόσεις φαρμάκων, είχαν αυξημένα επίπεδα HVA στο ENY [137].

Πριν από σαράντα χρόνια, στη μελέτη Bunney σε μελαγχολικούς που έκαναν απόπειρα ή τελικά αυτοκτόνησαν, βρέθηκε πως είχαν αυξημένη αποβολή στα ούρα μεταβολιτών της κορτιζόλης. Το 1982 βρέθηκε ανωμαλία στη δοκιμασία καταστολής με δεξαμεθαζόνη (DST - Dexamethasone Suppression Test) μεταξύ αυτοκτονικών και μη αυτοκτονικών μελαγχολικών ασθενών. Αφορούσε το 60% των μελαγχολικών ασθενών κι ακόμη, η παθολογική δοκιμασία βρέθηκε πως αφορά κι άλλες ψυχιατρικές παθήσεις: σχιζοφρένεια, αλκοολισμό, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, ανοϊκή διαταραχή.

Επειδή από μελέτες φαίνεται πως οι μελαγχολικοί που είχαν στο παρελθόν αποπειραθεί ν' αυτοκτονήσουν με βίαιους τρόπους είχαν υψηλότερα επίπεδα κορτιζόλης στο πλάσμα μετά από χορήγηση δεξαμεθαζόνης, φαίνεται πως πιθανό η απορρύθμιση στον άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια είναι περισσότερο καθοριστική βίαιης αυτοκτονικής συμπεριφοράς [137].

Σε μελαγχολικούς, βρέθηκε μειωμένη απάντηση TSH στην ενδοφλέβια χορήγηση TRH, ενώ σε μελαγχολικούς ασθενείς είναι ελαττωμένες οι συγκεντρώσεις της μελατονίνης στον ορό και τείνουν στα φυσιολογικά, όταν σε αυτούς παρουσιάζεται αυτοκτονική συμπεριφορά [13, 137].

Η σημασία των βιολογικών δεικτών στον ενδεχόμενο κίνδυνο αυτοκτονίας είναι ότι υπάρχουν βιολογικοί παράμετροι που μπορούν να προσδιορίσουν στο σύνολο των ψυχιατρικών ασθενών τον κίνδυνο της αυτοκτονίας και μάλιστα το αν είναι αυτή επιτυχημένη [137]. Έτσι άτομα που έχουν αποπειραθεί ήδη ν' αυτοκτονήσουν, στη διάρκεια ενός έτους μετά την αυτοκτονία είναι σε αυξημένο κίνδυνο και μάλιστα αυτοί με επίπεδα 5HIAA και HVA στο ENY χαμηλότερα του

μέσου όρου των τιμών των μελαγχολικών. Συμπερασματικά, οι βιολογικοί δείκτες, φαίνεται πως συνδέονται με τις περιπτώσεις αποτυχημένης αλλά σοβαρής απόπειρας αυτοκτονίας ή και βίαιης θανατηφόρας απόπειρας, ενώ αυτές οι βιολογικές παράμετροι απουσιάζουν τελείως στις περιπτώσεις που υπάρχει μόνο απλός αυτοκτονικός ιδεασμός [137].

Τίθεται το ερώτημα εάν υπάρχει κοινό βιοχημικό υπόστρωμα στην επιθετικότητα και στην έκφραση αυτοκτονικής συμπεριφοράς:

1) 30% αυτών που εκδηλώνουν αυτοκτονική συμπεριφορά έχουν στο ιστορικό τους βίαιες συμπεριφορές προς τους άλλους κι αντιστρόφως

2) οι πρώτες μελέτες για την σχέση χαμηλών τιμών ΗΙΑΑ στο ΕΝΥ και αυτοκτονικής συμπεριφοράς (Asperg), συνδέουν τα χαμηλά επίπεδα της 5ΗΙΑΑ στο ΕΝΥ με προηγούμενες απόπειρες, που έγιναν με βίαιες μεθόδους.

3) μελέτη Brown σε άτομα με διαταραχές προσωπικότητας όπου κανείς δεν είχε ιστορικό συναισθηματικής διαταραχής: βρέθηκε πως υπάρχει μία τριπαραμετρική συσχέτιση: οι υψηλές τιμές επιθετικότητας, το θετικό ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας και τα χαμηλά επίπεδα 5ΗΙΑΑ στο ΕΝΥ.

4) μελέτη Van Praag σε ασθενείς με σχιζοφρενική διαταραχή και αυτοκτονία, για τα επίπεδα 5ΗΙΑΑ στο ΕΝΥ: βρέθηκε πως οι σχιζοφρενικοί ασθενείς με απόπειρα αυτοκτονίας, είχαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα 5ΗΙΑΑ στο ΕΝΥ, ενώ δεν υπήρχε διαφορά σε σχιζοφρενικούς μη αυτοκτονικούς ασθενείς και σε φυσιολογικούς μάρτυρες. Το ίδιο παρατήρησαν και σε άλλες ψυχικές διαταραχές (κατάθλιψη, αλκοολισμός) που οι ασθενείς έκαναν απόπειρα αυτοκτονίας: οι ασθενείς με απόπειρα είχαν χαμηλότερα επίπεδα 5ΗΙΑΑ στο ΕΝΥ σε σχέση μ'αυτούς χωρίς απόπειρα. Η σεροτονινεργική δυσλειτουργία βρέθηκε και σε ασθενείς με κρίσεις πανικού ή άλλες αγχώδεις διαταραχές οι οποίες παρουσίασαν αύξηση της συχνότητας αυτοκτονικών και βίαιων συμπεριφορών [69, 77, 133].

Το χαρακτηριστικό στοιχείο της προσωπικότητας που φαίνεται πως υπάρχει σ' αυτούς με τα χαμηλά επίπεδα του 5ΗΙΑΑ στο ΕΝΥ και το ιστορικό αυτοκτονικής ή βίαιης συμπεριφοράς, είναι η παρορμητικότητα.

Η παρορμητικότητα και συνθήκες συναισθηματικής κρίσης οδηγούν σε επιθετικότητα προς τον εαυτό ή προς τους άλλους. Δηλαδή, τα επίπεδα του 5ΗΙΑΑ στο ΕΝΥ μάλλον σχετίζονται με την επιθετική προς το περιβάλλον συμπεριφορά,

μέσω κυρίως πτωχού ελέγχου των παρορμήσεων. Η διαταραχή στη ρύθμιση της επιθετικότητας, θεωρείται ξεχωριστή ψυχοπαθολογική συνιστώσα.

Αρχικά, η διαταραχή του μεταβολισμού της σεροτονίνης συνδέθηκε με τις συναισθηματικές διαταραχές, στην πορεία με την αυτοκτονικότητα στις καταθλιπτικές διαταραχές, στη συνέχεια μόνο με την αυτοκτονικότητα και τέλος με την επιθετικότητα.

Τα μειωμένα επίπεδα του 5HIAA σε ασθενείς με αυτοκτονική βίαιη συμπεριφορά οφείλονται σε μειωμένο μεταβολισμό της σεροτονίνης στο ΚΝΣ, λόγω: α) μειωμένης διάθεσης της σεροτονίνης στον προσυναπτικό νευρώνα και δευτερογενώς αυξημένη ευαισθησία υποδοχέων στη μετασυναπτική μεμβράνη, β) πρωτογενώς αυξημένη ευαισθησία υποδοχέων στη μετασυναπτική μεμβράνη, με μείωση της διάθεσης της σεροτονίνης στον προσυναπτικό νευρώνα, γ) πρωτογενώς υποευαισθησία των υποδοχέων της μετασυναπτικής μεμβράνης και δ) λόγω υπολειτουργίας των σεροτονινεργικών νευρώνων και καθόλου σχέση με την ευαισθησία των 5HT υποδοχέων της μετασυναπτικής μεμβράνης [109, 133].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΕΦΗΒΟΙ ΚΑΙ ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΕΣ

Η απόπειρα αυτοκτονίας σχετίζεται με όλες τις ηλικίες. Στην παιδική ηλικία αποτελεί σπάνιο φαινόμενο, ενώ ο δείκτης αυτοκτονιών αυξάνεται σημαντικά στην εφηβεία [17].

ΟΡΙΣΜΟΣ

Στην προ-εφηβεία και στην εφηβεία η αυτοκτονική συμπεριφορά περιλαμβάνει σκέψεις αυτοκαταστροφής ή θανάτου (αυτοκτονικός ιδεασμός) και πράξεις με απόπειρες αυτοκτονίας και αυτοκτονίες [31, 101]. Η εκτίμηση της πρόθεσης είναι δύσκολη ιδιαίτερα ανάμεσα σε προ-εφήβους και παιδιά που δεν αντιλαμβάνονται την μονιμότητα του θανάτου. Γι' αυτό, θα πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν όλες οι αυτοτραυματικές ενέργειες και οι ευχές που έχουν μια αυτοκαταστροφική δράση με τελικό σκοπό τον θάνατο, καθώς ο θάνατος είναι ο στόχος της αυτοκτονικής πρόθεσης, άσχετα με το αν ο θάνατος γίνεται αντιληπτός ως κάτι μόνιμο ή όχι [101].

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η καταγραφή στοιχείων για απόπειρες και αυτοκτονίες ποικίλλει από χώρα σε χώρα κι αυτό οφείλεται στην επάρκεια του συστήματος καταγραφής και σε κοινωνικούς λόγους, όπως όταν η αυτοκτονία είναι συνυφασμένη με έντονο κοινωνικό στίγμα [136].

Από τις αρχές του 20ου αιώνα, φάνηκε μία σημαντική αύξηση της νεανικής αυτοκτονίας ανάμεσα στα 15-24 χρόνια . Από το 1960 στις ΗΠΑ άρχισε μία ταχεία αύξηση στις αυτοκτονίες στις ηλικίες 15-24 χρόνων, που έφτασε στην κορύφωση το 1977 [101]. Για τα παιδιά ηλικίας 4-15 χρόνων, το ποσοστό αυτοκτονίας το 1986 στις ΗΠΑ ήταν 0.8/100 000 και αν και το ποσοστό αυτό αυξήθηκε τις τελευταίες δεκαετίες, η αύξηση ήταν σημαντικά χαμηλότερη από την αύξηση για τις ηλικίες 15-24 χρόνων [101]. Οι ολοκληρωμένες αυτοκτονίες στις ΗΠΑ στις 15-24 χρόνων από 4.5/100 000 το 1950 αυξήθηκαν σε 13.2/100 000 το 1990 [128].

Από την WHO (1997) [63] η αυτοκτονία αναφέρεται ως η 2^η ή 3^η αιτία θανάτου για τις ηλικίες 14-18 χρόνων [63, 136]. Σε μελέτη στην Ελλάδα τα έτη 1980-1987 σε ηλικίες 10-19 χρόνων ο μέσος όρος του δείκτη αυτοκτονίας ήταν 0.98/100 000 (αγοριών 1.07, κοριτσιών 0.89) και η μικρότερη ηλικία τα 13 χρόνια [17]. Ενώ διάφορες δημοσιεύσεις στη διάρκεια των δεκαετιών 1970-1990 αναφέρουν αύξηση στη συχνότητα της απόπειρας αυτοκτονίας στους νέους σε πολλές χώρες [55], ο αυτοκτονικός δείκτης για τον έφηβο πληθυσμό στην Ελλάδα είναι ανάμεσα στους χαμηλότερα αναφερόμενους στον κόσμο [17, 55]. Οι Έλληνες έφηβοι φαίνεται να είναι σχετικά προστατευμένοι από την απόπειρα, ιδιαίτερα αυτοί που ζουν σε αστικές περιοχές [17].

ΑΙΤΙΕΣ ΑΥΞΗΣΗΣ ΤΗΣ ΝΕΑΝΙΚΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

1. Ψυχιατρική νόσος. Η απόπειρα σε παιδιά/εφήβους ψυχιατρικούς ασθενείς συμβαίνει περίπου 9 φορές πιο συχνά σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό [101].
2. Σε διάφορες χώρες έχει βρεθεί αύξηση στα ποσοστά αυτοκτονίας σε άτομα που γεννήθηκαν σε μία ειδική χρονική περίοδο, όπως για παράδειγμα τα άτομα που γεννήθηκαν μετά τον 2^ο Παγκόσμιο Πόλεμο: βρέθηκε μία μεγάλη αύξηση στα ποσοστά αυτοκτονίας όταν έγιναν 15-24 χρόνων, όπως επίσης βρέθηκε αύξηση και σε άλλα ψυχιατρικά προβλήματα (βία, κατάθλιψη, κατάχρηση ουσιών) [101].

ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 6-12 ΧΡΟΝΩΝ

Το τι παιδιά σε διαφορετικές ηλικίες γνωρίζουν και τι σκέπτονται για την απόπειρα και τον θάνατο έχει σημασία για την εκτίμηση της ικανότητάς τους να προκαλέσουν αυτοκτονική συμπεριφορά [94].

Η βιβλιογραφία προτείνει ότι η ιδέα του θανάτου αναπτύσσεται σταδιακά και σχετίζεται με εμπειρίες του θανάτου. Οι Anthony (1940) και Nagy (1948) αναφέρουν μία σειρά από στάδια στην απόκτηση μιας «ώριμης κατανόησης του θανάτου». Με βάση τις δικές τους θεωρητικές απόψεις, τα παιδιά αρχίζουν να κατανοούν τον θάνατο ως μία κατάσταση που μοιάζει με τον ύπνο [94]. Τα μικρότερα παιδιά συχνά πιστεύουν πως οι άνθρωποι που πεθαίνουν έχουν σκέψεις, συναισθήματα και

ασχολούνται με δραστηριότητες όπως κάνουν όσοι είναι στη ζωή κι ακόμη πιστεύουν πως μπορεί ν' αποφύγουν τον θάνατο αν γίνουν περισσότερο προσεκτικά [94]. Η ωριμότητα της κατανόησης του θανάτου, σχετίζεται με το επίπεδο της γνωστικής ανάπτυξης (με βάση την ταξινόμηση του Piaget), παρά με την χρονολογική ηλικία.

Πολλοί ερευνητές εκτιμούν την κατανόηση του θανάτου, με βάση τα εξής: την έννοια της μονιμότητας (ότι ένα νεκρό άτομο δεν μπορεί να επιστρέψει στη ζωή), την έννοια της παγκοσμιότητας (ότι ο καθένας θα πεθάνει κάποια μέρα), την έννοια της μη προβλεψιμότητας (ότι ο καθένας μπορεί να πεθάνει κάθε στιγμή), την έννοια ότι ο θάνατος είναι αναπόφευκτος (όλα τα ζωντανά πλάσματα τελικά πεθαίνουν, άσχετα από την φροντίδα που παίρνουν για να συνεχίσουν την ζωή). Ακόμη και στην α' τάξη του δημοτικού σχολείου πολλά παιδιά κατανοούν ότι ο θάνατος είναι τελικός, ενώ τα 2/3 πιστεύουν ότι οι νεκροί μπορεί να έχουν εμπειρίες, όπως το ν' ακούν, ή να βλέπουν. Στην β' τάξη περίπου όλα τα παιδιά κατανοούν ότι μπορεί όλοι μας να πεθάνουμε κάποια μέρα. Τα παιδιά έχουν μία ώριμη σκέψη για τον θάνατο στην ηλικία των 9-10 χρόνων. Σε παιδιά ηλικίας 6-9 χρόνων η σκέψη του θανάτου τείνει να είναι πιο ώριμη, όταν τα παιδιά έχουν την εμπειρία του θανάτου στην άμεση οικογένεια και σε ηλικία 3-6 χρόνων τείνει ν' αλλάξει η ιδέα του θανάτου ως αποτέλεσμα μιας εμπειρίας απώλειας ενός μέλους της οικογένειας [94].

Η έννοια της ζωής (κατά Piaget) δεν είναι σημαντικά συνδεδεμένη με την έννοια της αυτοκτονίας. Όταν τα παιδιά αποκτούν κατανόηση της έννοιας της αυτοκτονίας, αυτή αναπτύσσεται ανεξάρτητα της κατανόησης της έννοιας ζωντανός ή νεκρός.

Ίσως η ανάπτυξη της κατανόησης του θανάτου και της αυτοκτονίας αποτελεί ένα άλλο παράδειγμα της ικανότητας των παιδιών να έχουν διαφορετικές πεποιθήσεις την ίδια ώρα, με το να εστιάζουν σε μία σκέψη και κατάσταση την φορά [94]. Τα παιδιά αποκτούν κατανόηση της έννοιας της αυτοκτονίας από νωρίς, αν και τα μικρότερα ίσως δεν αναγνωρίζουν την λέξη «αυτοκτονία». Το να έχουν τα παιδιά μία ώριμη κατανόηση της αυτοκτονίας περιλαμβάνοντας την γνώση ότι αυτή είναι σταθερή, δεν εγγυάται ότι το παιδί δεν θα προσπαθήσει να κάνει απόπειρα ως αντίδραση σε στρεσογόνα γεγονότα ζωής ή σε σχέση με σοβαρά ιατρικά προβλήματα υγείας.

Σ' όλες τις ηλικίες (στην α', γ' και ε' δημοτικού) τα παιδιά είχαν αρνητικές στάσεις προς την απόπειρα και πολύ μικρός αριθμός παιδιών (από την ε' τάξη) είπαν ότι οι άνθρωποι έχουν το δικαίωμα να σκοτώσουν τον εαυτό τους. Η γνώση για την αυτοκτονία αναπτύσσεται από συζητήσεις των παιδιών με άλλα της ηλικίας τους ή μεγαλύτερα, ενώ είναι σπάνιες οι συζητήσεις μ' ένα ενήλικα, από εμπειρία του θανάτου από αυτοκτονία ενός μέλους της οικογένειάς του ή γνωστού αυτής, καθώς επίσης από εικόνες αυτοκτονίας που έχουν δει στην τηλεόραση. Αυτές οι απόπειρες συχνά περιγράφονται ως μία ηρωική πράξη κι είναι επικίνδυνες απεικονίσεις γιατί τα παιδιά ταυτίζονται με τον χαρακτήρα που ως παράδειγμα χρησιμοποιεί ως απειλή την αυτοκτονία με σκοπό να επιτύχει κάτι [94].

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

1. ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

α) γενετικοί β) νευροχημικοί

Οι βιολογικοί παράγοντες που αφορούν τον μεταβολισμό των αμινών και κυρίως της σεροτονίνης και τις νευροενδοκρινικές μετρήσεις, έχουν ερευνηθεί ελάχιστα σε παιδιά κι εφήβους. Ό,τι γνωρίζουμε είναι από τις μελέτες σε ενήλικες [101].

2. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Οι ψυχικές παθήσεις είναι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για απόπειρες αυτοκτονίας και ολοκληρωμένες αυτοκτονίες σε παιδιά κι εφήβους [5, 33, 63, 82, 90]. Διάφορες ψυχιατρικές παθήσεις, όπως η κατάθλιψη, η εναντιωτική προκλητική διαταραχή, η διαταραχή διαγωγής, οι αγχώδεις διαταραχές και διαταραχές χρήσης ουσιών έχουν συνδεθεί με απόπειρες αυτοκτονίας και ολοκληρωμένες αυτοκτονίες σε νεαρά άτομα [33, 60, 63, 112].

Η Pfeffer (1982) και μαζί της συμφωνεί και ο Brent, αναφέρει πως η σοβαρότητα της αυτοκτονικής συμπεριφοράς είναι ανάλογη της σοβαρότητας της ψυχοπαθολογίας του εφήβου και της ενασχόλησής του με τον θάνατο [101].

Σε μελέτη του Brent (1988) σε εφήβους θύματα αυτοκτονίας που συγκρίθηκαν με ψυχιατρικούς εφήβους που σκέφτηκαν ή επιχείρησαν απόπειρα, προκύπτει πως

υπάρχουν όμοια χαρακτηριστικά ανάμεσά τους: η ομοιότητα ήταν στο ότι είχαν υψηλούς δείκτες συναισθηματικών παθήσεων και οικογενειακού ιστορικού συναισθηματικών παθήσεων, αντικοινωνικής συμπεριφοράς ή αυτοκτονίας. Τα θύματα αυτοκτονίας είχαν πιο συχνά διπολική συναισθηματική διαταραχή, έλλειψη παλαιότερης ψυχικής φροντίδας και θεραπείας, μεγαλύτερη αυτοκτονική πρόθεση, μεγαλύτερη διαθεσιμότητα όπλων [101].

Οι ψυχιατρικές διαγνώσεις που είχαν σχέση με την αυτοκτονική συμπεριφορά και για τους άντρες και για τις γυναίκες, ήταν η κατάθλιψη και η κατάχρηση αλκοόλ. Οι αυτοκτονικές τάσεις έχουν σημαντική σύνδεση με την κατάθλιψη, την αρνητική αυτοεκτίμηση, την απελπισία, την ανηδονία, την αυπνία, την πτωχή συγκέντρωση [101].

Η σοβαρότητα της αυτοκτονικής πρόθεσης έχει συνδεθεί με την κατάθλιψη και την αρνητική αυτοεκτίμηση. Ο αριθμός των αυτοκτονικών προσπαθειών έχει συσχετισθεί με την κατάθλιψη, την αρνητική αυτοεκτίμηση, την κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών. Η θνησιμότητα της αυτοκτονικής προσπάθειας έχει συσχετισθεί με την κατάθλιψη, την αρνητική αυτοεκτίμηση, την ανηδονία, την κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών. Επίσης, ο παρορμητισμός και η επιθετικότητα φαίνεται να συσχετίζονται με τάσεις αυτοκτονίας σε εφήβους ψυχιατρικούς ασθενείς και για τις γυναίκες η οριακή διαταραχή προσωπικότητας [101].

Όσον αφορά τους προ-εφήβους, έχουν βρεθεί θετικές συσχετίσεις ανάμεσα στην αυτοκτονική ιδέα και την απόπειρα και στα συμπτώματα της κατάθλιψης και της διαταραχής διαγωγής, όμως κατάχρηση ουσιών δεν έχει βρεθεί να είναι σχετική με την προ-εφηβική αυτοκτονική συμπεριφορά, διότι η κατάχρηση ουσιών δεν είναι συχνή σ' αυτούς [101].

Σε μελέτη στην Ελλάδα, βρέθηκε πως οι ψυχιατρικές παθήσεις ήταν ένας από τους παράγοντες που συνδέονται με την απόπειρα αυτοκτονίας των εφήβων και σε μεγάλο ποσοστό η ψυχιατρική διάγνωση ήταν αντίδραση προσαρμογής (σε μια κατάσταση στρεσογόνο από το περιβάλλον), όπως και η νευρωτική κατάθλιψη. Πολλοί έφηβοι είχαν εκφράσει ιδέες αυτοκτονίας στο παρελθόν και παρουσίαζαν συμπτώματα κατάθλιψης μέρες ή βδομάδες πριν την απόπειρα [136].

Στην επιδημιολογική έρευνα του Gould (1996) φάνηκε ότι το 90% των θυμάτων αυτοκτονίας ηλικίας μικρότερης των 20 χρόνων είχαν μία διαγνώσιμη

ψυχιατρική νόσο την ώρα του θανάτου τους [59, 113]. Πάνω από τους μισούς ασθενείς είχαν σημαντικά συμπτώματα για πάνω από δύο χρόνια, ενώ οι μισοί είχαν επαφή μ' ένα ειδικό ψυχικής υγείας πριν την απόπειρα. Οι ψυχιατρικές διαγνώσεις στην ολοκληρωμένη απόπειρα ήταν οι εξής:

- i. κατάχρηση ουσιών ή αλκοόλ (συχνά συνυπήρχε με μία διαταραχή διάθεσης)
- ii. άγχος
- iii. διαταραχές διάθεσης (περίπου το 40% των θυμάτων υπέφεραν από συναισθηματική νόσο)
- iv. σχιζοφρένεια
- v. η διαταραχή διαγωγής ήταν παρούσα συχνά σε θύματα αυτοκτονίας, αλλά ήταν επίσης συχνή σε μάρτυρες γι' αυτό δεν φαίνεται σαν σημαντικός παράγοντας κινδύνου [113].

Σε μελέτη για τους παράγοντες που συνδέονται με την απόπειρα αυτοκτονίας των εφήβων στην Ελλάδα, οι ψυχιατρικές καταστάσεις που βρέθηκε να έχουν σχέση σε ποσοστό 55% είναι οι συναισθηματικές διαταραχές, η κατάχρηση ουσιών και η οριακή διαταραχή προσωπικότητας, με πιο συχνή την δυσθυμική διαταραχή [16].

Η σύνδεση της μείζονος κατάθλιψης με τον αυτοκτονικό ιδεασμό και τις απόπειρες αυτοκτονίας έχει επιβεβαιωθεί σε μελέτες πολλών ερευνητών και η ψυχιατρική νόσος είναι ο πιο σοβαρός παράγοντας κινδύνου για τις απόπειρες αυτοκτονίας [5, 20, 84, 93, 103].

3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η οικογενειακή δομή και λειτουργία, ιδιαίτερα η χαμηλή συναισθηματική στήριξη [22, 120] και τ 'αρνητικά γεγονότα ζωής έχουν συνδεθεί με αυτοκτονική συμπεριφορά. Τα παιδιά που δεν παίρνουν από την οικογένειά τους την συνοχή και την συναισθηματική υποστήριξη ή που λαμβάνουν συγκρούσεις ή δυσλειτουργία, είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο για αυτοκτονική συμπεριφορά [93].

Σε παιδιά θύματα αυτοκτονίας, βρέθηκε πως όσον αφορά το οικογενειακό περιβάλλον, υπήρχε ένα χαμηλό επίπεδο επικοινωνίας ανάμεσα σε γονείς και παιδιά [113].

Το να μην ζουν τα παιδιά με τους δύο γονείς δεν σχετίζεται με καμιά αυτοκτονική συμπεριφορά, γεγονός που προτείνει ότι η δομή της οικογένειας είναι λιγότερο σημαντική απ' ό,τι οι σχέσεις μέσα στην οικογένεια. Επίσης, τ' αποτελέσματα του διαζυγίου ίσως να είναι μικρής διάρκειας αν υπάρχει επαρκής γονεϊκή φροντίδα [93].

Σε μελέτη για το πρώιμο στρες [101], που όπως προκύπτει προάγει την αυτοκτονία σε εφήβους, ιδιαίτερα ανάμεσα σ' αυτούς με ιστορικό σοβαρού στρες ή ψυχοπαθολογίας, εξετάσθηκε η σχέση των μητρικών και περιγεννητικών παραγόντων με την αυτοκτονική συμπεριφορά: οι έφηβοι που διέπραξαν αυτοκτονία σε σχέση μ' αυτούς που ήταν μη αυτοκτονικοί διαφοροποιούνταν όσον αφορά τα παρακάτω:

- α) αναπνευστική δυσχέρεια για περισσότερο από μία ώρα μετά την γέννηση
- β) χρόνια σωματική πάθηση της μητέρας
- γ) έλλειψη φροντίδας προγεννητικά

Η Pfeffer μιλάει για τα δυναμικά σε οικογένειες παιδιών κι εφήβων, όπου το παιδί κατηγορείται για οικογενειακά προβλήματα και πιστεύει πως πρέπει να πεθάνει για να ελευθερωθεί η οικογένεια από τα προβλήματά της [101].

Σε μελέτη στην Ελλάδα για τους παράγοντες που συνδέονται με τις απόπειρες αυτοκτονίας στους εφήβους, η οικογενειακή διάσπαση ήταν σημαντικά μεγαλύτερη σ' αυτούς που προσπάθησαν ν' αυτοκτονήσουν σε σχέση με τους μάρτυρες [16].

Στην ίδια μελέτη [16] βρέθηκε πως το οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας συνδέεται με μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονικής συμπεριφοράς στους απογόνους, υπήρχαν ψυχιατρικές παθήσεις στους γονείς και ειδικότερα καταθλιπτικές παθήσεις, υπήρξε πρώιμη παιδική κακοποίηση ή παραμέληση, ανωριμότητα της μητέρας, πατρική συναισθηματική απουσία, απουσία οικογενειακής ζεστασιάς.

Ο γονεϊκός αποχωρισμός λόγω θανάτου ίσως να προδιαθέτει σε ολοκληρωμένη αυτοκτονία, ενώ ο αποχωρισμός ενός γονιού λόγω χωρισμού ή διαζυγίου ίσως προδιαθέτει σε προσπάθεια για αυτοκτονία. Γονεϊκή ανεργία και οικονομικά προβλήματα αυξάνουν την πιθανότητα για αυτοκτονική συμπεριφορά των εφήβων. Η οικογένεια που συνδυάζει αντιφατικά μοντέλα συμπεριφοράς, έχει τεθεί ως παράγοντας που οδηγεί σε αυτοκτονική συμπεριφορά των νέων παιδιών.

Το δυσλειτουργικό οικογενειακό περιβάλλον είναι αυτό που υπάρχει απουσία του πατέρα λόγω θανάτου, διαζύγιο, αλκοολικοί γονείς, έφηβοι που έχουν εγκαταλείψει το σπίτι [16].

Με βάση κάποιους συγγραφείς το διαζύγιο των γονέων και η οικονομική στέρηση δεν είναι τόσο σημαντικά, όσο η αδιαφορία, η εχθρότητα και η φανερή απόρριψη των νέων ατόμων σε συνδυασμό με ασυνέπεια γονεϊκή στον έλεγχο και στις προσδοκίες [16].

Η σωματική κακοποίηση θεωρείται ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για νέους με αυτοκτονική συμπεριφορά [16, 37]. Η τελευταία συσχετίστηκε στους άντρες εφήβους ψυχιατρικούς ασθενείς με την πρόσφατη οικογενειακή επιθετική συμπεριφορά και στις γυναίκες εφήβους με την ψυχιατρική νόσο, την πρόσφατη σεξουαλική και σωματική κακοποίηση, τους πρόσφατους γονεϊκούς καυγάδες, την κατάχρηση ουσιών από τους συγγενείς, τον θάνατο στην οικογένεια [101].

Οι οικογένειες παιδιών κι εφήβων με αυτοκτονική συμπεριφορά είχαν μεγαλύτερη επικράτηση ψυχικής πάθησης και ιστορικά με απόπειρα αυτοκτονίας ή αυτοκτονία και η επικρατούσα ψυχοπαθολογία σ' αυτές ήταν η κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών [101].

4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι στάσεις της κοινωνίας έναντι της αυτοκτονίας, ο βαθμός κοινωνικού ελέγχου, η πίεση για την επίδοση στο σχολείο, αποτελούν κοινωνικές επιρροές υπεύθυνες για τα διαφορετικά ποσοστά αυτοκτονίας σε χώρες του κόσμου. Παράδειγμα αποτελούν η επίδραση των μέσων ενημέρωσης με τις ειδήσεις και την προβολή ταινιών [101]. Διάφορες μελέτες μιλούν για το ρόλο της μίμησης, που μπορεί να είναι επακόλουθο των σήριαλ στην τηλεόραση με απόπειρες [34, 61, 113]. Βρέθηκαν αυξήσεις στην απόπειρα ανάμεσα στους εφήβους, πιο συχνά σε γυναίκες, στο διάστημα των επτά ημερών μετά την παρουσίαση ιστοριών για αυτοκτονία στις ειδήσεις και ο μέσος όρος αποπειρών κι αυτοκτονιών ήταν μεγαλύτερος εντός δύο εβδομάδων μετά την τηλεοπτική παρουσίαση [101].

Αντίξοες ψυχοκοινωνικές καταστάσεις σχετίζονται με αυτοκτονικό ιδεασμό ή προσπάθεια αυτοκτονίας [74, 118] και ολοκληρωμένη αυτοκτονία [59], δηλαδή το φτωχό οικογενειακό περιβάλλον, η χαμηλή γονεϊκή επίβλεψη, η φτωχή επικοινωνία

με τον πατέρα, η οικογενειακή δυσλειτουργία, το σκασιαρχείο από το σχολείο και η σχολική αποτυχία.

Στην Ελλάδα, ο μεγαλύτερος παράγοντας που έχει ως αποτέλεσμα την απόπειρα αυτοκτονίας είναι ο γονεϊκός περιορισμός της προσωπικής ελευθερίας και αφορά τα κορίτσια στην εφηβεία. Η καταπιεστική γονεϊκή συμπεριφορά (συνεχής επίβλεψη και περιορισμός ανεξάρτητων δραστηριοτήτων για τον φόβο του σεξουαλικού παραπτώματος ή της κατάχρησης ουσιών) λειτουργεί ως ένας ισχυρός στρεσογόνος παράγοντας που εντείνει την ευαισθησία των εφήβων στην αυτοκτονική σκέψη και πράξη. Η κοινωνική απομόνωση έχει παρατηρηθεί στο 100% των μελετών των αυτοκτονιών ως το μεγαλύτερο χαρακτηριστικό των εφήβων με απόπειρα αυτοκτονίας, που θεωρείται ως τρόπος να υπάρξει ανακούφιση από το στρες που προκαλεί η επιβεβλημένη από τους γονείς βίαιη απομόνωση [16].

5. ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ

Η αποτυχία στις εξετάσεις του σχολείου είναι η 2^η αιτία για αυτοκτονία σε αγόρια στην Ελλάδα, ενώ καμιά τέτοια αιτία δεν αναφέρεται για κορίτσια [17].

ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

1. ΤΟ ΦΥΛΟ

Είναι μεγαλύτερος ο αριθμός των κοριτσιών που κάνουν απόπειρα στην εφηβική ηλικία [128, 136] ενώ είναι μεγαλύτερος ο αριθμός των νέων ανδρών με ολοκληρωμένες αυτοκτονίες. Ο συνολικός δείκτης αυτοκτονίας για τα αγόρια στις χώρες της Ευρώπης έχει αναφερθεί να είναι μερικές φορές ψηλότερος απ' ό,τι στα κορίτσια. Μόνο στην Πορτογαλία τα κορίτσια διαπράττουν αυτοκτονία πιο συχνά απ' τα αγόρια [17]. Στις ηλικίες 10-14 χρόνων η αυτοκτονική αναλογία των γυναικών είναι ίση ή ψηλότερη απ' ό,τι των ανδρών [50].

2. ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ- ΕΦΗΒΩΝ

Τα παιδιά και οι έφηβοι σχεδιάζουν και πράττουν αυτοκτονικές πράξεις με μία ποικιλία από δυνητικά θανατηφόρες μεθόδους: απαγχονισμός, πνιγμός,

πυροβολισμός, δηλητηρίαση, πυρπολισμός, αυτοτραυματισμός με μαχαίρι, τρέξιμο στην κίνηση. Οι άντρες έφηβοι χρησιμοποιούν πιο συχνά πυροβόλα όπλα, ενώ οι γυναίκες χρησιμοποιούν τις θανατηφόρες ουσίες. Η διαφορά στην επίπτωση των αυτοκτονικών μεθόδων που χρησιμοποιούνται από άντρες και γυναίκες ίσως δείχνει γιατί η αυτοκτονία είναι συχνότερη σε άντρες [101].

Στην Ελλάδα, ο τρόπος αυτοκτονίας των εφήβων όπως προκύπτει από έρευνα ανάμεσα στα έτη 1980-1987 είναι για τις αστικές και τις αγροτικές περιοχές ό,τι ισχύει και για τους ενήλικες, εκτός ότι οι έφηβοι δεν χρησιμοποιούν τόσο συχνά τον πνιγμό. Όσον αφορά τις αστικές περιοχές ο τρόπος είναι: απαγχονισμός, πυροβόλα όπλα, πτώση από ύψος για τις αγροτικές περιοχές ο τρόπος είναι: απαγχονισμός, πυροβόλα όπλα, πνιγμός, γεωργικά φάρμακα [130].

Σε άλλη μελέτη σε άτομα ηλικίας 10-19 χρόνων οι μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν από εφήβους στην Ελλάδα μεταξύ 1980-1987, ήταν παρόμοιες με αυτές που αναφέρονται σε άλλες χώρες: απαγχονισμός (πιο συχνός σε άντρες), δηλητηρίαση (πιο συχνή σε γυναίκες, με τα εντομοκτόνα να χρησιμοποιούνται περισσότερο σε αγροτικές περιοχές), αυτοτραυματισμός (πιο συχνός σε άντρες), πέσιμο από ύψος (πιο συχνό σε άντρες), πνιγμός (πιο συχνός σε γυναίκες) [17].

Τα μικρά παιδιά δεν μπορούν να επιλέξουν σύνθετες μεθόδους αυτοκτονίας, ούτε έχουν πρόσβαση σε πυροβόλα όπλα [101]. Η αυτοκτονία σε προεφήβους, είναι η λιγότερο συχνή αιτία θανάτου απ' όλες τις ηλικίες και ίσως αυτό οφείλεται στην επιλογή της αυτοκτονικής μεθόδου [101].

3. Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Βρέθηκε πως τα παιδιά με την απόπειρα προέρχονται από οικογένειες που εμφανίζουν ένα βαθμό οικογενειακής εκτροπής [136].

4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Δεν βρέθηκε καμιά σημαντική διαφορά σ' αυτό ανάμεσα στα θύματα της αυτοκτονίας και τους μάρτυρες [113].

5. ΠΕΡΙΟΧΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

Η αυτοκτονική αναλογία σε εφήβους στην Ελλάδα είναι υψηλότερη σε αγροτικές περιοχές απ' ό,τι στην Αθήνα και σε άλλες αστικές περιοχές [17].

Όσον αφορά το φύλο, τ' αγόρια πιο συχνά διέπρατταν απόπειρα σε σχέση με τα κορίτσια στην Αθήνα και στις άλλες αστικές περιοχές, ενώ τα κορίτσια έκαναν πιο συχνά απόπειρα σε σχέση με τ' αγόρια στις αγροτικές περιοχές. Πιθανό αυτή η διαφορά προέρχεται από τις διαφορετικές κοινωνικές απαιτήσεις από τα αγόρια και τα κορίτσια στις δύο περιοχές [17].

6. ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Βρέθηκε προηγούμενη απόπειρα αυτοκτονίας στο 41% αυτών που έκαναν την απόπειρα όταν μελετήθηκαν οι παράγοντες που συνδέονται με την απόπειρα των εφήβων στην Ελλάδα [16]. Η ομάδα αυτών που έκαναν για πρώτη φορά απόπειρα (το 71% είχαν περιοριστική γονεϊκή συμπεριφορά και το 35% είχαν ψυχιατρική διάγνωση) είναι διαφορετική από την ομάδα αυτών που έχουν κάνει παραπάνω από μία προσπάθειες (ποσοστό 33% είχαν περιοριστική γονεϊκή συμπεριφορά και 83% είχαν ψυχιατρική διάγνωση [16]).

7. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Η σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση στα παιδιά ίσως έχει μία σημαντική επίπτωση στη συμπεριφορά τους που εμπεριέχει και τον κίνδυνο για απόπειρα αυτοκτονίας στην εφηβεία. Πιο αναλυτικά, βρέθηκε πως οι έφηβοι με ιστορικό σωματικής κακοποίησης έχουν 5 φορές περισσότερες πιθανότητες να κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας, ενώ αυτοί με ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης έχουν 3 φορές περισσότερες πιθανότητες να κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας. Ενήλικες θύματα αιμομιξίας ως παιδιά έχει αναφερθεί πως έχουν: κατάθλιψη, κατάχρηση ουσιών-αλκοόλ, ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, δυσκολίες στο γάμο τους, διαταραχές διατροφής και αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές [36, 105].

Έχει βρεθεί σε μελέτες σε εφήβους σύνδεση της αυτοκτονικής ιδέας ή πράξης με κατάθλιψη, χρήση ουσιών [55, 63, 126, 128], καθώς και με συμπεριφορές επικίνδυνες για την υγεία ή προβληματικές [53, 74, 126, 128], δηλαδή με επιθετικές

πράξεις και συμπεριφορές, σωματικούς καυγάδες και μεταφορά όπλων [31, 55, 74, 100, 122, 128] χρήση ουσιών [55, 126, 128], απροσεξία που θέτει σε κίνδυνο την ζωή όπως λήψη αλκοόλ και παράλληλη οδήγηση, μη χρήση ζωνών ασφαλείας ή κράνους [29, 55, 112], η σεξουαλική δραστηριότητα [74, 122], χρήση αλκοόλ [55, 74], και το κάπνισμα [55, 74, 118, 126, 128].

Υπάρχουν τουλάχιστον 3 ξεχωριστές μελέτες που αναφέρουν τις διαταραχές διασπαστικής συμπεριφοράς ως παράγοντα κινδύνου για αυτοκτονία. Πιο αναλυτικά, η διαταραχή διαγωγής συνδέεται με απόπειρα στα μεγαλύτερης ηλικίας έφηβα αγόρια ιδιαίτερα όταν υπάρχει συννοσηρότητα με διαταραχές διάθεσης και κατάχρηση ουσιών. Υποστηρίζουν επίσης, ότι η διαταραχή διαγωγής αποτελεί παράγοντα κινδύνου για απόπειρα σε γυναίκες το ίδιο όπως και σε άντρες [20, 21, 104]. Οι έφηβοι με διαταραχές διασπαστικής συμπεριφοράς και ολοκληρωμένη απόπειρα είχαν υψηλότερους δείκτες τρέχουσας κατάχρησης ουσιών, υψηλότερους δείκτες παρελθόντων αποπειρών, οικογενειακό ιστορικό κατάχρησης ουσιών, οικογενειακό ιστορικό διαταραχών της διάθεσης, παρελθόν ιστορικό σωματικής κακοποίησης, ενώ δεν βρέθηκε συννοσηρότητα με μείζων καταθλιπτική διαταραχή και απόπειρα [104].

Η σκόπιμη συνειδητή επίθεση στο σώμα με τραυματισμό ή θάνατο σπάνια συμβαίνει πριν την εφηβεία. Πιθανώς οι ψυχικές αλλαγές που συμβαίνουν στον έφηβο κάνουν να στρέψει την επιθετικότητά του προς τον εαυτό του [49].

Κρίσιμη ψυχική αλλαγή στην εφηβεία είναι η απόσπαση της επένδυσης από τα αρχικά αντικείμενα μέσω μιας διαδικασίας παρόμοιας με το πένθος που έχει περιγραφεί ως μία φυσιολογική όψη της ωρίμανσης των εφήβων [49]. Μία υπόθεση είναι, ότι η αποτυχία αυτής της διαδικασίας, δηλαδή της διαδικασίας αποχωρισμού και ανεξαρτητοποίησης είναι κρίσιμη για την απόφαση για απόπειρα [49]. Σε εφήβους ηλικίας 14-19 χρόνων (7 γυναίκες και 3 άντρες) στους οποίους έγινε ψυχαναλυτική θεραπεία βρέθηκε ότι ήταν μη ικανοί ν' αφήσουν τον δεσμό με τις μητέρες τους και αντί της φυσιολογικής διαδικασίας του πένθους αντιδρούσαν με κατάσταση παρόμοια της μελαγχολίας.

Σε καθένα απ' αυτούς τους ασθενείς παρατηρήθηκε πως η σχέση με την μητέρα ήταν πολύ αμφιθυμική και έντονα εχθρικά συναισθήματα ισοδύναμα κάποιες φορές με ευχές θανάτου συνυπήρχαν μαζί με εξ' ίσου έντονα συναισθήματα αγάπης. Η μετακίνηση από το μητρικό αντικείμενο και η απώλεια που περιλαμβάνει βιώνεται

από τους ασθενείς ως επιβεβαίωση των ευχών θανάτου τους. Υπάρχει η πίστη ότι ο μόνος τρόπος να προστατέψουν την μητέρα είναι να παραμείνουν μαζί της.

Ένα άλλο χαρακτηριστικό στους ασθενείς είναι η παρουσία ενός αυστηρού Υπερεγώ. Οι ασθενείς χαρακτηρίζονται από χαμηλή αυτοεκτίμηση, έντονη ενοχή και υπερβολική αυτοκριτική. Κατηγορούν τον εαυτό τους (εσωτερίκευση της επιθετικότητας) και πολλοί υποφέρουν από ψυχοσωματικές καταστάσεις. Έχει παρατηρηθεί ότι οι μητέρες αυτές συμπεριφέρονται με έναν τρόπο που μπορεί να οδηγήσει σε ανοιχτή έκφραση επιθυμιών θανάτου και ακόλουθης ενοχής [49].

Αμετάβλητο χαρακτηριστικό σε όλους τους ασθενείς αποτελεί μια διαρκής κατάσταση «φόβου εγκατάλειψης». Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται για να δείξει τα συναισθήματα του ατόμου ότι είναι εντελώς μόνος. Το αίσθημα της εγκατάλειψης ή η απειλή μιας επικείμενης εγκατάλειψης θα μπορούσε να ιδωθεί στην περίοδο πριν την απόπειρα. Τόσο ισχυρό ήταν το χαρακτηριστικό της εγκατάλειψης που η αυτοκτονική συμπεριφορά θεωρήθηκε μια στροφή από την παθητικότητα στην δράση [49].

Ο Freud (1905), περιέγραψε την ταυτοποίηση της Ντόρας με την μητέρα της, στον οιδιπόδειο αγώνα για τον πατέρα της. Αναφέρει την ιστορία με το σημείωμα για την αυτοκτονία το οποίο η Ντόρα αφήνει στους γονείς της επειδή δεν μπορεί ν' αντέξει περισσότερο τη ζωή της. Ο Freud θεωρεί αυτό το γράμμα της ως εκδίκηση και χειριστική πράξη, που σχεδιάστηκε ώστε να τρομοκρατήσει τους γονείς της και ιδιαίτερα τον πατέρα της [42].

Η Άννα Freud (1969), αναφέρεται στις αναπτυξιακές αλλαγές που υφίστανται μια ή περισσότερες πλευρές της νοητικής ζωής, που φέρνουν αναστάτωση στις προηγούμενες ισορροπίες: «κάθε βήμα μπροστά στην αύξηση και την ωρίμανση, φέρνει μαζί του όχι μόνο νέα κέρδη, αλλά και νέα προβλήματα». Η αυτοκτονική ενασχόληση και οι πράξεις του εφήβου φαίνεται να σχετίζονται στενά με αυτές τις αναστατώσεις και ιδιαίτερα με τα κύματα παλινδρόμησης και προόδου στις περιοχές της σχέσης με το ανθρώπινο αντικείμενο και τις λειτουργίες του εγώ και την μεταξύ τους αλληλεπίδραση [42].

Οι αυτοκτονικοί έφηβοι δείχνουν μεγαλύτερη γνωστική ακαμψία (που μετριέται ως η ικανότητα για επίλυση προβλημάτων) απ' ότι οι ψυχικά ασθενείς. Η γνωστική ανάπτυξη του εφήβου κατά τον Piaget, χαρακτηρίζεται από την μετακίνηση από το προηγούμενο στάδιο των συγκεκριμένων λειτουργιών προς το τελικό στάδιο των

τυπικών λειτουργιών. Ο έφηβος υπό το κράτος του μέλλοντος του μακρινού και του υποθετικού κάνει την ιδέα του θανάτου μια αφηρημένη ιδέα με την οποία ασχολείται είτε εμπειρικά, είτε γνωστικά [42].

Εάν ως γραμμή προσδιορισμού θεωρήσουμε την αλλαγή στη σχέση του εφήβου με το σώμα του στην απόπειρα αυτοκτονίας είναι το σώμα που προσβάλλεται ως η πηγή των παρορμήσεων για την γεννητική συμπεριφορά. Ο αυνανισμός φέρνει αιμομικτικές φαντασιώσεις στη συνείδηση που φυσιολογικά υπάρχουν με έναν μεταμφιεσμένο τρόπο και ο έφηβος αισθάνεται ότι μπορεί να ελέγξει αυτές τις φαντασιώσεις. Την ώρα της απόπειρας ο έφηβος φαίνεται να βιώνει το σώμα του ως ξεχωριστό από τον εαυτό του και όχι ως να του ανήκει: «ο θάνατος σημαίνει σκοτώνω το σώμα, αλλά όχι απαραίτητα και το νου» [80]. Αυτοί οι έφηβοι μισούν το σώμα τους για το πως νοιώθουν πιεζόμενοι από αυτό ώστε να έχουν αυτές τις φαντασιώσεις [49].

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΥΤΩΝ ΜΕ ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Οι μεταβλητές που σχετίστηκαν με αυτοκτονική συμπεριφορά στους άντρες ήταν κατάχρηση αλκοόλ και προηγούμενη αυτοκτονική συμπεριφορά ενώ στις γυναίκες κατάχρηση αλκοόλ, κατάθλιψη και πρόσφατη επιθετική συμπεριφορά [101, 119]. Η αύξηση στους δείκτες αυτοκτονίας σε άντρες ηλικίας 15-19 χρόνων ίσως δείχνει αυξημένο στρες που ιδιαίτερα επηρεάζει αυτή την ηλικιακή ομάδα [18, 92].

Όσον αφορά τους παράγοντες που κάνουν τους μεγαλύτερους εφήβους άντρες πιο τρωτούς για την αυτοκτονία, τ' αγόρια επηρεάζονται σε μεγαλύτερη έκταση σε σχέση με τα κορίτσια όταν υπάρχει διάλυση της οικογενειακής συνοχής με απώλεια του πατέρα, φτώχεια, ανεργία, έλλειψη κατοικίας.

Άλλα έφηβα αγόρια είναι πιο συχνό να είναι εκτός του γονεϊκού ελέγχου, ιδιαίτερα σε μονογονεϊκές οικογένειες, ξεφεύγουν από το σπίτι, εμπλέκονται με αλκοόλ, ναρκωτικά, κοινωνικά προβλήματα που είναι ένα πρόσθετο στρες.

Η κακοποίηση που σχετίζεται με την οικογενειακή δυσλειτουργία επηρεάζει περισσότερο τους νεαρούς άντρες όσον αφορά την ολοκληρωμένη αυτοκτονία [92].

Οι μεγαλύτερες έφηβες ηλικίας 15-19 χρόνων ίσως να προστατεύονται εξ' αιτίας ότι είναι λιγότερο πιθανό να χρησιμοποιήσουν πολύ θανατηφόρες μεθόδους κι ίσως δεν υποβάλλονται στις ιδιαίτερες πιέσεις που επηρεάζουν τους άντρες [92].

Λαμβάνοντας τα παραπάνω υπ' όψιν προκύπτουν τα εξής για τις αυτοκτονίες: όταν πρόκειται να διαπραχθεί απόπειρα, μία υποκείμενη κατάσταση όπως η διαταραχή της διάθεσης, η κατάχρηση ουσιών και/ ή επιθετικότητα θα πρέπει να είναι παρόντα. Της αυτοκτονικής πράξης συνήθως θα προηγηθεί ένα στρεσογόνο γεγονός που είναι συχνά το αποτέλεσμα της υποκείμενης κατάστασης. Τα στρεσογόνα γεγονότα στους εφήβους είναι προβλήματα πειθαρχίας, προβλήματα με το σχολείο ή με τον νόμο και ο αποχωρισμός από μία σχέση. Το στρες οδηγεί σε πολύ μεγάλο άγχος και η αυτοκτονία είναι σε κάποιες περιπτώσεις αναπόφευκτη. Φαίνεται ακόμη πως υπάρχουν διευκολυντικοί κι ανασταλτικοί παράγοντες που δρουν και η ισορροπία ανάμεσά τους θα καθορίσει την έκβαση της απόπειρας (θανατηφόρος ή μη).

Οι παράγοντες που διευκολύνουν την απόπειρα είναι μία κοινωνία με αδύναμα ταμπού για την αυτοκτονία, συνθήκες απομόνωσης, με έλλειψη ελέγχου στα μέσα ενημέρωσης που προβάλλουν την αυτοκτονία. Ανασταλτικοί παράγοντες, που κάνουν την απόπειρα λιγότερο συχνή, είναι η ζωή σε μία κοινωνία όπου η απόπειρα αποτελεί ισχυρό taboo, που έχει την υποστήριξη των άλλων [113].

Ακόμη, η οικογενειακή συνοχή είναι προστατευτική για τις απόπειρες ενώ η αυξανόμενη παρορμητικότητα, προηγούμενη αυτοκτονική συμπεριφορά και μη επιθυμητά γεγονότα ζωής ήταν σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες για σχέδια αυτοκτονίας [54, 93].

ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ

Το να προσδιοριστεί ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι συχνά δύσκολη προσπάθεια καθώς οι αυτοκτονικοί έφηβοι είναι απρόθυμοι ν' αποκαλύψουν προσωπικές πληροφορίες σε ενήλικες κι επίσης ένα μικρό ποσοστό απ' αυτούς προσφέρονται μόνοι τους για θεραπεία και γενικά είναι μη συμμορφούμενοι στη συνέχιση της θεραπείας. Μεγαλύτερο πρόβλημα αποτελεί το γεγονός ότι οι έφηβοι που προσέρχονται για θεραπεία, στη συνέχεια ελαχιστοποιούν την αυτοκτονική ιδέα ή πρόθεση, ή αρνούνται ότι έχουν ενασχόληση με οποιαδήποτε αυτοκαταστροφική συμπεριφορά [121].

Εφόσον υπάρχει μικρός αριθμός ολοκληρωμένων αυτοκτονιών, είναι πολύ δύσκολο να προλεχθεί ο βαθμός κινδύνου για ολοκληρωμένη αυτοκτονία κι έτσι

συγκεντρωνόμαστε σ' ένα πιο συχνό φαινόμενο, όπως είναι η απόπειρα αυτοκτονίας [83, 93].

Αυτοί που θεωρούνται σε υψηλό κίνδυνο για απόπειρα είναι αυτοί που παραδέχονται μία απόπειρα ή πρόσφατο ιδεασμό, που έχουν είτε δυσθυμική διαταραχή ή μείζων κατάθλιψη, ή που έχουν πρόβλημα αλκοολισμού [113].

ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΡΟΠΕΣ ΣΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ

Από το 1965 παρατηρήθηκε αύξηση του δείκτη αυτοκτονίας σε άντρες μέχρι το 1987 που έφτασε στο peak κι έμεινε σταθερός. Το 1996 ο δείκτης άρχισε να ελαττώνεται. Μία πιθανή εξήγηση είναι μία φυσική περιοδικότητα που δεν είναι εντελώς κατανοητή, άλλη είναι για την μειωμένη χρήση αλκοόλ και ουσιών, ή άλλη πιθανή εξήγηση είναι ότι βλέπομε τ' αποτελέσματα της θεραπευτικής αγωγής. Πριν το 1992, η κατάθλιψη των εφήβων σπάνια θεραπευόταν με τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά. Σήμερα, οι ειδικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης συνταγογραφούνται με αυξημένη συχνότητα και η μείωση του δείκτη αυτοκτονίας ίσως είναι ένα άμεσο αποτέλεσμα στην αλλαγή αυτή στην θεραπεία [99, 113].

Τα πιο σημαντικά θέματα στην αυτοκτονική συμπεριφορά στους νέους, είναι ν' αναγνωρισθεί εάν η πράξη είναι τυχαία, ή υπάρχει πρόθεση και να βρεθεί ο βαθμός κινδύνου που η πράξη μπορεί να προκαλέσει.

Καθώς αυτά είναι δύσκολο να προσδιορισθούν ευκρινώς, είναι πιο βοηθητικό να θεωρήσουμε έναν νέο που κάνει απόπειρα σε υψηλό κίνδυνο παρά να το παραβλέψουμε ως ασήμαντη κλινική κατάσταση [101].

ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρωτογενής πρόληψη, θα πρέπει να εστιασθεί σε ελάττωση των υποκείμενων αιτιών της απόπειρας όπως είναι η ψυχική νόσος, η κατάχρηση ουσιών, η πτωχή συνοχή στην οικογένεια. Η θεραπεία των ψυχικών παθήσεων και των άλλων αιτιών αποτελεί δευτερογενή πρόληψη, ενώ η αντιμετώπιση παραγόντων που μπορεί ν' αυξήσουν τον κίνδυνο μιας επαναλαμβανόμενης απόπειρας, αποτελεί τριτογενή πρόληψη [93].

Η ψυχοεκπαίδευση των γονιών που τα παιδιά τους έχουν ψυχικές παθήσεις είναι ωφέλιμη [10, 79]. Οι γονείς που ανέφεραν πως έλαβαν γνώση πρόληψης, ήταν

σημαντικά πιο συχνό να περιορίζουν την επιτυχία των θανατηφόρων μέσων. Τέτοια μέσα θεωρούνται τα πυροβόλα όπλα, φάρμακα και αλκοόλ, που θεωρείται ότι διευκολύνει την απόπειρα [19, 79].

ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Σε follow up μελέτες της εφηβικής αυτοκτονικής συμπεριφοράς, το υψηλότερο ποσοστό αυτοκτονίας που βρέθηκε ήταν 9% σε διάρκεια παρακολούθησης 7 χρόνων και σε εφήβους με σοβαρή κατάθλιψη [101].

Σε προ-εφήβους με αυτοκτονική συμπεριφορά βρήκαν ότι υπήρχε μία αύξηση στην επικράτηση του αυτοκτονικού ιδεασμού και στην αυτοκτονική πράξη, όσο μεγάλωνε η ηλικία. Οι μισοί απ' αυτούς που ανέφεραν αυτοκτονικό ιδεασμό ή ενέργειες, ανέφεραν αυτοκτονικές τάσεις στα επόμενα 2 χρόνια παρακολούθησης [101].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ

Η κατανάλωση νικοτίνης, έχει συνδεθεί με ποικίλα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Οι καπνιστές αναφέρεται πως είναι πιο παρορμητικοί και πως συνδυάζουν επικίνδυνες και αντιδραστικές συμπεριφορές [110], καθώς επίσης ότι αισθάνονται πιο εύκολα στενοχώρια [30]. Έχει επίσης αναφερθεί σχέση ανάμεσα σε ψυχοσωματικές διαταραχές, νευρωτικές διαταραχές και κάπνισμα [44].

Όσον αφορά την σχέση ανάμεσα στον καπνό και τις ψυχιατρικές παθήσεις, έχει αναφερθεί περισσότερο συχνό το κάπνισμα τσιγάρου σε ασθενείς με μείζων κατάθλιψη [23, 24, 56, 65, 72] και σχιζοφρένεια [35, 58, 86] και σε άλλες ψυχιατρικές παθήσεις όπως η μανία [65], οι αγχώδεις διαταραχές [23, 65], και οι διαταραχές προσωπικότητας [65].

Μελέτη στην Ελλάδα [15], καταλήγει στο συμπέρασμα ότι το κάπνισμα τσιγάρου είναι πιο συχνό ανάμεσα σ' αυτούς που κάνουν απόπειρα παρά ανάμεσα στον γενικό πληθυσμό* αυτή η σύνδεση είναι ισχυρότερη στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άντρες και στους βαρείς καπνιστές και από τα δύο φύλα.

Η νικοτίνη, είναι μία ψυχοδραστική ουσία που συνδέεται με μία διαταραχή χρήσης από την ουσία (εξάρτηση) και μία διαταραχή προκαλούμενη από την ουσία (στέρηση) κατά DSM-IV [3]. Η εξάρτηση, εξετάστηκε σε μία μελέτη εφήβων ηλικίας 14-18 χρόνων, και βρέθηκε ότι είναι πιο εύκολο να προληφθεί η χρήση του τσιγάρου, παρά να διακοπεί το κάπνισμα [32]. Τα συμπτώματα στέρησης στους εφήβους είναι θυμός, άγχος, έντονη επιθυμία για κάπνισμα, δυσκολία συγκέντρωσης, αίσθημα πείνας, ανησυχία, ανυπομονησία [64]. Τα παραπάνω, είναι συχνά ανάμεσα στους εφήβους και περισσότεροι άντρες παρά γυναίκες ανέφεραν στρες και κατάθλιψη στην προσπάθειά τους να παραιτηθούν από το κάπνισμα [114]. Επίσης σε νεαρά άτομα με ιστορικό μείζονος κατάθλιψης ή αγχώδους διαταραχής, αναφέρθηκαν πιο σοβαρά συμπτώματα απόσυρσης απ' ότι σε άτομα με καμιά απ' αυτές τις παθήσεις [25]. Οι έφηβοι που καπνίζουν λιγότερο, πιο συχνά διακόπτουν το κάπνισμα σε σχέση με αυτούς που καπνίζουν περισσότερο [111]. Η εμπειρία πρόσκαιρης διακοπής του καπνίσματος, δεν σχετίζεται με μεγαλύτερη πιθανότητα οριστικής διακοπής, όπως συμβαίνει με τους ενήλικες [111].

Στους προδιαθεσικούς παράγοντες του καπνίσματος ανήκουν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, η επιρροή της οικογένειας και τα κοινωνικά χαρακτηριστικά [41]. Η χρήση καπνού ήταν μεγαλύτερη όταν ο ένας τουλάχιστον γονιός κάπνιζε και οι χρήστες καπνού ανέφεραν πιο επεικείς κανόνες στο σπίτι όσον αφορά το κάπνισμα [98]. Τα κορίτσια εμφανίζονται να επηρεάζονται περισσότερο από την οικογένεια σε σχέση με τ' αγόρια και περισσότερο από τις μητέρες τους [8]. Οι μεγαλύτεροι μαθητές με φίλους και οικογένειες που κάπνιζαν ήταν πιο συχνό να κάπνίζουν κι αυτοί. Επίσης, η συναναστροφή με συνομήλικους που κάπνιζουν και η επιδοκιμασία για το κάπνισμα απ' αυτούς, συνδέθηκε με περισσότερο κάπνισμα [125].

Καθώς οι αντιλήψεις των νέων για το κάπνισμα ίσως να επηρεάσουν την απόφασή τους να καπνίσουν, είναι σημαντικό να γνωρίζουμε αυτές τις αντιλήψεις, καθώς και τις πηγές πληροφόρησης που αφορούν το κάπνισμα στους εφήβους [115].

Στους προδιαθεσικούς παράγοντες για την διακοπή του καπνίσματος ανήκουν η συχνότητα του καπνίσματος, η διάρκεια προηγούμενων προσπαθειών διακοπής, τα καταθλιπτικά συμπτώματα, το αίσθημα αυτοεκτίμησης και το κάπνισμα της μητέρας [41].

Έχει βρεθεί σημαντική σχέση ανάμεσα στο κάπνισμα τσιγάρου και ψυχιατρικών παθήσεων στους εφήβους, ιδιαίτερα όσον αφορά την μείζων καταθλιπτική διαταραχή, την κατάχρηση ουσιών και τις διαταραχές διασπαστικής συμπεριφοράς [27, 123]. Οι έφηβοι με καταθλιπτικά συμπτώματα κάπνιζαν συχνότερα [43, 123]. Ακόμη, και για τα δύο φύλα, το επίπεδο του καπνίσματος ήταν ο πιο σημαντικός προδιαθεσικός παράγοντας ανάπτυξης αξιοσημείωτων καταθλιπτικών συμπτωμάτων [28]. Όσον αφορά την σχέση ανάμεσα στο κάπνισμα και την αυτοκτονικότητα σε εφήβους ψυχιατρικούς ασθενείς ηλικίας 12-17 χρόνων, βρέθηκε ότι ανάμεσα σ' αυτούς που νοσηλεύονταν για ψυχιατρικές παθήσεις, το καθημερινό κάπνισμα συνδεόταν σημαντικά με τις απόπειρες και τον αυτοτραυματισμό [90, 126]. Η αυτοκτονικότητα ήταν πιο συχνή στα κορίτσια και ανάμεσα στους εφήβους που έπασχαν από κατάθλιψη [90, 126].

Έγινε προσπάθεια να προσδιορισθούν οι ανεξάρτητες ψυχοκοινωνικές παράμετροι που σχετίζονται με τον αυτοκτονικό ιδεασμό και την απόπειρα και βρέθηκε ότι η χαμηλή γονεϊκή παρακολούθηση και οι επικίνδυνες συμπεριφορές

όπως το κάπνισμα, σχετίζονται ανεξάρτητα με αυξημένο κίνδυνο για αυτοκτονικό ιδεασμό και προσπάθειες αυτοκτονίας, ακόμη και μετά τον υπολογισμό για την παρουσία μιας ψυχιατρικής πάθησης και τις κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές [74].

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Στην ήδη υπάρχουσα βιβλιογραφία αναφέρεται η παρουσία συννοσηρότητας της αυτοκτονικής συμπεριφοράς με ποικίλους συνδυασμούς ψυχιατρικών διαταραχών, προβληματικών συμπεριφορών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων κινδύνου [33, 63, 74, 90, 126, 128]. Το συνολικό αποτέλεσμα των συννοσηρών καταστάσεων πάνω στην αυτοκτονική συμπεριφορά όπως προσαρμόζεται στατιστικά στο ίδιο δείγμα και η οποιαδήποτε αλληλεπίδραση ανάμεσα στις μεταβλητές, δεν έχει εκτιμηθεί στο παρελθόν. Αυτή η μελέτη εξετάζει τα πρότυπα της συννοσηρότητας των αποπειρών αυτοκτονίας με τις ψυχιατρικές παθήσεις, τις προβληματικές συμπεριφορές και την ψυχοκοινωνική αντιξοότητα σε μία ομάδα νέων που διέπραξαν απόπειρα αυτοκτονίας και νοσηλεύθηκαν μετά την απόπειρα.

Μελετήθηκαν οι προεξέχοντες παράγοντες κινδύνου, το συνδυασμένο αποτέλεσμα αυτών και οι μεταξύ τους αλληλεπιδράσεις σ' ένα τυχαίο δείγμα νέων ασθενών που νοσηλεύονται γιατί διέπραξαν απόπειρα, το οποίο προέρχεται από ένα πληθυσμό με πολύ χαμηλό αυτοκτονικό κίνδυνο και για τους εφήβους [17] και για τους ενήλικες [9, 14, 16, 50].

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν προοπτικά 76 παιδιά και έφηβοι ηλικίας από 9-20 χρόνων, 5 αγόρια και 71 κορίτσια, τα οποία διέπραξαν απόπειρα αυτοκτονίας και νοσηλεύτηκαν στην Παιδιατρική και Παθολογική Κλινική του Γενικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών για επτά συνεχή έτη, από το 1998 έως το 2004. Ως απόπειρα αυτοκτονίας, θεωρήθηκε κάθε συνειδητή προσπάθεια τερματισμού της ζωής του ατόμου, δηλαδή η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά χωρίς η έκβαση να είναι θανατηφόρα, η οποία συνοδεύτηκε από απόδειξη ότι το άτομο προτίθεται να πεθάνει [4]. Σε όλες τις περιπτώσεις των παιδιών κι εφήβων, ο τρόπος της απόπειρας επιβεβαιώθηκε μετά την προσέλευσή τους στο νοσοκομείο.

Επιπρόσθετα, μελετήθηκαν ως μάρτυρες (κοινοτικοί μάρτυρες) 76 παιδιά και έφηβοι που επίσης νοσηλεύτηκαν στην Παιδιατρική και Παθολογική Κλινική του ιδίου νοσοκομείου για οξύ μη ψυχοσωματικό νόσημα το οποίο διήρκεσε μέχρι πέντε μέρες. Οι μάρτυρες, επιλέγησαν τυχαία και ταίριαξαν στα υπό μελέτη παιδιά κι εφήβους

στην ηλικία, το φύλο, τον τόπο διαμονής (αστική, ημιαστική ή αγροτική), καθώς και το μορφωτικό επίπεδο των γονέων τους. Οι κοινωνικοδημογραφικές παράμετροι των ασθενών με απόπειρα και των κοινοτικών μαρτύρων, βρίσκονται στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1. Κοινωνικοδημογραφικές παράμετροι των 76 με απόπειρα αυτοκτονίας και 76 κοινοτικών μαρτύρων

Παράμετροι	Απόπειρες	Μάρτυρες
Ηλικία (mean±SD)	15.6±2.0	15.8±2.2
Φύλο (θήλυ)	71	71
Διαμονή		
Αστική	16	16
Ημιαστική	51	51
Αγροτική	9	9
Μορφωτικό επίπεδο γονέων (πατεράδων/μητέρων)		
Αναλφάβητη	3/2	2/3
Δημοτικό	40/43	40/43
Γυμνάσιο/Λύκειο/Τεχνική Σχολή	29/28	31/27
Ανώτατη σχολή	4/3	3/3
Οικογενειακή κατάσταση γονέων		
Παντρεμένοι	55	68
Διαζύγιο	11	6
Διάσταση	1	2
Χήροι	7	0
Θάνατος δύο γονέων	2	0

Πιο αναλυτικά, τα παιδιά ηλικίας κάτω των 10 ετών ήταν 1 κορίτσι. Αυτά που ανήκουν στην προεφηβική ηλικία (10-11 χρόνων) είναι 1 κορίτσι, στην πρώιμη εφηβική ηλικία (11-14 χρόνων) ανήκουν 17 κορίτσια, στην μέση εφηβική ηλικία (14-17 χρόνων) ανήκουν 4 αγόρια και 41 κορίτσια και στο τελικό στάδιο της εφηβικής ηλικίας (17-21 χρόνων) ανήκουν 1 αγόρι και 11 κορίτσια. Υπήρξε και μία δεύτερη ομάδα μαρτύρων που προήλθε από τα εξωτερικά ιατρεία της Ψυχιατρικής Κλινικής, με 18 άτομα που έπασχαν από την ίδια ψυχιατρική πάθηση που διεγνώσθη σε 18 από τα άτομα με απόπειρα αυτοκτονίας και ταίριαξαν με τα άτομα με απόπειρα και στις κοινωνικοδημογραφικές παραμέτρους που χρησιμοποιήθηκαν στην μελέτη

(ψυχιατρικοί μάρτυρες). Οι ηλικίες αυτών κυμαίνονταν από 12 έως 19 χρόνων και ήταν 3 αγόρια και 15 κορίτσια. Στο ιστορικό κανενός από τους μάρτυρες, δεν υπήρχε προηγούμενη απόπειρα αυτοκτονίας.

Όλοι οι ασθενείς με απόπειρα και οι γονείς τους υπεβλήθησαν σε μία ημιδομημένη συνέντευξη [16], η οποία καθορίζει την διαμονή (αστική, ημιαστική, αγροτική), το μορφωτικό επίπεδο, την χρήση καπνού και την οικογενειακή κατάσταση των γονέων. Για τους ασθενείς με απόπειρα εξετάστηκε επίσης η κατανάλωση καφέ, η χρήση παράνομων ουσιών, η χρήση αλκοόλ και η ύπαρξη ή όχι προηγούμενης αυτοκτονικής συμπεριφοράς.

Σύμφωνα με το πρωτόκολλο της έρευνας, καπνιστές θεωρούνται τα άτομα που έχουν καπνίσει τουλάχιστον 100 τσιγάρα και συνεχίζουν να καπνίζουν ως την ημέρα της απόπειρας για τους ασθενείς με απόπειρα αυτοκτονίας, ή συνεχίζουν να καπνίζουν μέχρι 5 μέρες πριν την συνέντευξη για τους μάρτυρες. Στο Παράρτημα υπάρχει το ερωτηματολόγιο που αφορά το κάπνισμα, την χρήση καφέ, παράνομων χημικών ουσιών και αλκοόλ.

Όλοι οι ασθενείς με απόπειρα αυτοκτονίας εξετάστηκαν ο καθένας χωριστά σε μια διαγνωστική συνέντευξη που έγινε από τον συγγραφέα με χρήση του Structured Clinical Interview for DSM-IV Patient Edition for Axis I disorders (SCID-I) [47] και Axis II disorders (SCID-II) [48]. Η διάγνωση έγινε με βάση το Πολυαξονικό (πέντε αξόνων) σύστημα κατάταξης των Ψυχικών Διαταραχών του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου DSM-IV [3]. Αναλυτικά το Πολυαξονικό Σύστημα βρίσκεται στο Παράρτημα. Τα δεδομένα κάθε περίπτωσης επίσης εξετάστηκαν από ένα δεύτερο εξεταστή, ο οποίος δεν γνώριζε την διαγνωστική εκτίμηση του συγγραφέα και ο οποίος χρησιμοποίησε τις καταγεγραμμένες πληροφορίες από τις συνεντεύξεις που δόθηκαν στον συγγραφέα. Και ο δεύτερος εξεταστής χρησιμοποίησε για τις διαγνώσεις του το σύστημα DSM-IV.

Κατά τον ίδιο τρόπο επίσης εξετάστηκαν οι κοινοτικοί και οι ψυχιατρικοί μάρτυρες, δηλαδή με την ίδια ημιδομημένη συνέντευξη για την καταγραφή των δημογραφικών παραμέτρων και με χρήση του Structured Clinical Interview for DSM-IV Patient Edition for Axis I disorders (SCID-I) [47] και Axis II disorders (SCID-II) [48].

Επίσης πάρθηκαν πληροφορίες από τα άτομα της μελέτης για την επαγγελματική κατάσταση των γονέων, αν υπάρχουν αδέρφια και η σειρά των παιδιών στην οικογένεια. Στις περιπτώσεις με απόπειρα αλλά και στους μάρτυρες καταγράφηκε η ύπαρξη ή όχι οικογενειακού ψυχιατρικού ιστορικού και το ατομικό ιατρικό ιστορικό που περιλαμβάνει το ιστορικό σωματικών νόσων, νοσηλειών, εγχειρήσεων ή ατυχημάτων.

Τέλος, τα δεδομένα κάθε περίπτωσης μαρτύρων εξετάστηκαν από τον δεύτερο εξεταστή. Σκοπός της ανεξάρτητης εκτίμησης από δύο ψυχιάτρους είναι να ελεγχθεί η αξιοπιστία των διαγνώσεων.

Σε 4 περιπτώσεις ασθενών με απόπειρα διαπιστώθηκε ασυμφωνία ανάμεσα στους δύο εξεταστές όσον αφορά την διάγνωση, ενώ δεν υπήρξε καμία ασυμφωνία στους κοινοτικούς μάρτυρες και στους ψυχιατρικούς μάρτυρες. Στις περιπτώσεις ασυμφωνίας της διάγνωσης των ασθενών με απόπειρα, ένας τρίτος εξεταστής, η επιβλέπουσα ψυχίατρος εξέτασε τα δεδομένα των περιπτώσεων χωρίς να γνωρίζει τις διαγνώσεις των δύο προηγούμενων. Σ' όλες τις διαγνωστικές εκτιμήσεις του τρίτου εξεταστή υπήρχε συμφωνία με ένα από τους δύο προηγούμενους κι αυτή θεωρήθηκε ως η τελική διάγνωση.

Η πρόθεση αυτοκτονίας, δηλαδή η σοβαρότητα ή ένταση της επιθυμίας ενός ασθενή να τερματίσει την ζωή του, εκτιμάται από την συμπεριφορά του ατόμου, έτσι όπως αναφέρεται από άλλους και από τον ίδιο τον ασθενή [12]. Η πρόθεση για αυτοκτονία, αποτελεί συστατικό του συνολικού κινδύνου για αυτοκτονία, ο οποίος περιλαμβάνει κι άλλους παράγοντες όπως η γνώση και χρησιμοποίηση θανατηφόρων μεθόδων, η ηλικία, το φύλο, η παρουσία ατόμων στο περιβάλλον του ασθενή που επεμβαίνουν πριν ή μετά την απόπειρα αυτοκτονίας [12].

Η Κλίμακα Πρόθεσης για Αυτοκτονία του Beck και συνεργατών, σχεδιάστηκε για να καταγράψει δεδομένα σχετικά με την ένταση της επιθυμίας να πεθάνει το άτομο που κάνει την απόπειρα, κατά την χρονική στιγμή της απόπειρας [12]. Σ' αυτή την μελέτη, η πρόθεση αυτοκτονίας προσδιορίστηκε με την χρήση του ερωτηματολογίου 15 θεμάτων της Κλίμακας Πρόθεσης για Αυτοκτονία του Beck και συνεργατών [12] (βλέπε Παράρτημα).

Συγκεκριμένα, η κλίμακα αποτελείται από τρία μέρη και περιέχει συνολικά 20 θέματα, από τα οποία βαθμολογούνται τα 15. Κάθε θέμα αποτελείται από τρεις

καταστάσεις και η βαθμολογία είναι από 0 έως 2 (0, 1, 2). Μετά τις πληροφορίες που παίρνει ο εξεταστής, τα θέματα βαθμολογούνται από 0 έως 2 και το τελικό αποτέλεσμα αποτελείται από τις αθροιζόμενες βαθμολογίες, όπως προκύπτουν για κάθε θέμα.

Το πρώτο μέρος της κλίμακας «Συνθήκες σχετιζόμενες με πρόθεση» (Θέματα 1-9) ασχολείται με τις πραγματικές πλευρές της απόπειρας και τα γεγονότα που την περιβάλλουν. Τις πληροφορίες τις δίνει ο ασθενής και/ ή άλλος παρατηρητής καθώς επίσης η επιβεβαίωση από άλλες πηγές είναι επιθυμητή. Το δεύτερο μέρος «Αυτοαναφορά» (Θέματα 10-15) καταγράφει τις σκέψεις και τα συναισθήματα του ασθενή, την χρονική στιγμή της απόπειρας. Το τρίτο μέρος (Θέματα 15-20) δεν βαθμολογείται, εφόσον η βαρύτητα των θεμάτων είναι αβέβαιη. Τα θέματα του τρίτου μέρους έχουν πληροφορίες για άλλες πλευρές της αυτοκτονίας, όπως παράγοντες κινδύνου, τα τρέχοντα συναισθήματα του ασθενή για την απόπειρα, τις αντιλήψεις του για τον θάνατο, και τον αριθμό προηγούμενων αποπειρών αυτοκτονίας [12].

Σημαντικοί παράγοντες που μπορεί να περιορίζουν την αξιοπιστία των δεδομένων, είναι ο ασθενής να προσπαθεί να κρύψει πληροφορίες από τον εξεταστή, το να μεγαλοποιεί ή να δραματοποιεί την περιγραφή της πρόθεσής του, το να έχει δυσκολίες στο να ανακαλέσει τα γεγονότα ή για άλλους λόγους να μην δύναται να συνεργασθεί. Όμως, θα πρέπει να αναφερθεί ότι η ψυχιατρική διάγνωση σε μεγάλο βαθμό προκύπτει από πληροφορίες που δίνει ο ασθενής οι οποίες φανερώνουν τους αμυντικούς μηχανισμούς που χρησιμοποιεί, όπως την άρνηση και άλλους και απαιτείται κλινική εμπειρία και ικανότητες από τον ειδικό για την κρίση της ψυχικής κατάστασης του ασθενούς [12].

Με την Κλίμακα Κινδύνου-Διάσωσης των Weisman και Worden μετρήθηκε ποσοτικά η θνησιμότητα της κάθε απόπειρας [124]. Πιο συγκεκριμένα, μετράται η θνησιμότητα της πράξης εκτέλεσης της απόπειρας αυτοκτονίας. Ως κίνδυνος, θεωρείται η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε και η πραγματική βλάβη που προκλήθηκε στη διάρκεια μιας απόπειρας, ενώ ως διάσωση αναφέρονται οι διαθέσιμες πηγές διάσωσης την χρονική στιγμή της απόπειρας. Αυτοί οι δύο παράγοντες, δίνουν την θνησιμότητα της εκτέλεσης της απόπειρας, που είναι ο υπολογισμός της πιθανότητας να προκληθεί μία αμετάκλητη βλάβη από την απόπειρα [124].

Η κλίμακα περιλαμβάνει πέντε μεταβλητές για την εκτίμηση του Κινδύνου και πέντε μεταβλητές για την εκτίμηση της Διάσωσης (βλέπε Παράρτημα). Αυτές οι μεταβλητές και οι ορισμοί τους είναι ως εξής: Για τους παράγοντες Κινδύνου, η μεταβλητή 1 είναι ο 'Τρόπος που χρησιμοποιήθηκε'. Βαθμολογείται ο κίνδυνος από τα διαφορετικά μέσα με βάση την εμπειρία, δηλαδή η λήψη ουσιών, το κόψιμο ή το μαχαίρωμα είναι λιγότερο συχνό να προκαλέσουν αμετάκλητη βλάβη, απ' ό,τι το πήδημα από μεγάλο ύψος και ο τραυματισμός από όπλο. Περιπτώσεις όπως ο πνιγμός, η ασφυξία και ο απαγχονισμός, είναι ικανές να προκαλέσουν ενδιάμεση βλάβη. Συνδυασμός μέσων απόπειρας αυτοκτονίας βαθμολογείται ως απ' τους πιο θανατηφόρους [124].

Μεταβλητή 2 είναι η 'Μειωμένη Συνείδηση'. Η βαθμολόγηση γίνεται με βάση την βλάβη στο επίπεδο συνείδησης κατά την χρονική στιγμή της διάσωσης και υπάρχουν τρία επίπεδα μειωμένης συνείδησης. Το πρώτο επίπεδο είναι αυτό που το άτομο είναι ξύπνιο και προσανατολισμένο. Στο δεύτερο επίπεδο βαθμολόγησης το άτομο είναι σε σύγχυση, όχι καλά προσανατολισμένο. Στο τρίτο επίπεδο, το άτομο δεν απαντά στις εκκλήσεις των γύρω του, δεν μπορεί καν να μιλήσει και ίσως μόλις αντιδρά σε επώδυνα ερεθίσματα καθώς είναι σε κώμα ή βαθύ κώμα [124].

Η μεταβλητή 3 είναι η 'Βλάβη/Τοξικότητα'. Η σωματική βλάβη βαθμολογείται ως ήπια, μέση ή σοβαρή. Εκτιμάται μαζί με την τοξικότητα γιατί προσδιορίζεται η πραγματική βλάβη που έχει προκληθεί. Ήπια σωματική βλάβη είναι η επιπόλαιη, παροδική, όπως για παράδειγμα ο τραυματισμός του καρπού χωρίς σημαντική απώλεια αίματος. Μέση βλάβη είναι αυτή που απαιτεί θεραπεία από γιατρό και δεν μπορεί ν' αντιμετωπισθεί από τον ίδιο τον ασθενή, όπως τραυματισμός μικρών αρτηριών ή κατάγματα μικρότερων οστών. Τέλος, η σοβαρή βλάβη αναφέρεται σ' αυτήν που συμβαίνει σε μεγαλύτερα αγγεία, ή σε κατάγματα του κρανίου ή της σπονδυλικής στήλης που συνοδεύονται από νευρολογικά προβλήματα [124].

Η 'Αναστρεψιμότητα' είναι η μεταβλητή 4 των Παραγόντων Κινδύνου και είναι 'καλή' όταν αναμένεται πλήρης ανάρρωση σε 24 ώρες, 'ικανοποιητική' όταν η ανάρρωση αναμένεται να ολοκληρωθεί σε χρονικό διάστημα από 1-6 μέρες, ενώ είναι 'φτωχή' όταν υπάρχει σημαντική βλάβη, που αφήνει κατάλοιπα μετά την ανάρρωση [124].

Η πέμπτη και τελευταία μεταβλητή των Παραγόντων Κινδύνου είναι η ‘Θεραπεία που χρειάστηκε’ και θεωρείται ένας τρόπος εκτίμησης του κινδύνου καθώς αποτελεί ένδειξη του βαθμού της σωματικής βλάβης στην οποία έχει ο ασθενής εκτεθεί. Οι απαιτήσεις της θεραπείας μπορεί να είναι οι πρώτες βοήθειες και φροντίδα στα επείγοντα ιατρεία, η εισαγωγή στο νοσοκομείο και θεραπεία ρουτίνας και τέλος η εντατική θεραπεία. Οι μεταβλητές 4 και 5 αφορούν μόνο την σωματική βλάβη ή τοξικότητα και όχι τις ψυχικές παθήσεις, καθώς αυτές δεν περιλαμβάνονται στην εκτίμηση της θνησιμότητας της πράξης εκτέλεσης της απόπειρας αυτοκτονίας καθώς εκτιμούνται στην θνησιμότητα της πρόθεσης για απόπειρα [124].

Στη συνέχεια, για τους Παράγοντες Διάσωσης οι μεταβλητές και οι ορισμοί τους είναι ως εξής: Μεταβλητή 1 είναι η ‘Τοποθεσία’. Οικεία είναι αυτή που αποτελεί καθημερινότητα για το άτομο ώστε να μπορεί αυτό ν’ αναγνωρισθεί. Τοποθεσία όχι οικεία, όχι απόμακρη είναι ένας τόπος στον οποίο το άτομο δεν θα μπορούσε ν’ αναγνωρισθεί από γνωστούς του, αλλά στον οποίο θα φαινόταν πως κάποιος αντιμετωπίζει πρόβλημα. Απόμακροι χώροι είναι αυτοί που η ανακάλυψη του ατόμου με την απόπειρα, δεν είναι εφικτό να γίνει [124].

Η μεταβλητή 2 αναφέρεται στο ‘Πρόσωπο που ξεκίνησε Διάσωση’. Είναι το πρόσωπο εκείνο που αφού ανακαλυφθεί η απόπειρα, ακολουθεί κάποια βήματα για την διάσωση. Οι άνθρωποι που απλώς μεταφέρουν το άτομο για θεραπεία, δεν θεωρούνται διασώστες. Έτσι, εκτός από την περίπτωση που ο ίδιος ο ασθενής ξεκινά την διάσωση, έχουμε το πρόσωπο κλειδί, δηλαδή κάποιο άτομο που γνωρίζει καλά αυτό με την απόπειρα, τον επαγγελματία, δηλαδή αυτόν που είναι η δουλειά του να επιχειρεί διασώσεις και κάποιον που περνούσε τυχαία από τον τόπο της απόπειρας και δεν έχει την υποχρέωση να είναι διασώστης [124].

Η ‘Πιθανότητα να βρεθεί από κάποιον που θα τον έσωζε’ είναι η μεταβλητή 3 των Παραγόντων Διάσωσης. Αναφέρεται στην δυνητική διαθεσιμότητα κάποιου διασώστη την στιγμή της απόπειρας αυτοκτονίας. Οι πιθανότητες είναι η ψηλή, σχεδόν βέβαιη, που σημαίνει ότι οι διασώστες είναι κοντά, ή συναντιούνται μ’ αυτόν με την απόπειρα αυτοκτονίας αμέσως μετά, η αβέβαιη κι άρα μέτρια αν θα βρεθεί καθώς αυτός με την απόπειρα δεν παρουσιάζεται σ’ έναν δυνητικό διασώστη και είναι χαμηλή, όταν η διάσωση συμβαίνει από τύχη, σαν το άτομο να παίρνει προφυλάξεις ν’ αποφύγει την ανακάλυψη [124].

Η μεταβλητή 4 είναι 'Το ευπρόσιτο της Διάσωσης' και αναφέρεται στο τι το άτομο κάνει, παρά στο τι είχε την πρόθεση να κάνει μετά την απόπειρα. Όταν ζητάει βοήθεια, δηλαδή όταν φωνάζει κάποιον, τότε μεγιστοποιεί τις πιθανότητες για την διάσωσή του. Κάνει νύξεις σημαίνει ότι έχει δείξει ότι προτίθεται να κάνει απόπειρα, για παράδειγμα με κάποιο γράμμα που παραδόθηκε πριν την απόπειρα, ή όταν ζαλίζεται. Υπάρχει και η περίπτωση να μην ζητάει βοήθεια [124].

Η 'Καθυστέρηση μέχρι να ανακαλυφθεί' είναι η μεταβλητή 5. Αναφέρεται στον χρόνο που υπάρχει ανάμεσα στην απόπειρα αυτοκτονίας και την έναρξη των χειρισμών διάσωσης και είναι σημαντική, γιατί η θεραπεία συχνά εξαρτάται από το πόσο γρήγορα το άτομο μπορεί ν' ανακαλυφθεί. Η ανακάλυψη κατά την επόμενη ώρα ή σε διάστημα λιγότερο των 4 ωρών συνήθως σημαίνει ότι οι διασώστες είναι κάπου κοντά, ενώ η καθυστέρηση μπορεί να είναι και περισσότερη των 4 ωρών [124].

Από την κλίμακα Κινδύνου-Διάσωσης προκύπτουν οι 'Ολικοί Πόντοι Κινδύνου', οι 'Ολικοί Πόντοι Διάσωσης', και η αναλογία κινδύνου-διάσωσης. Καθένας από τους 5 'Παράγοντες Κινδύνου' βαθμολογείται σε μια κλίμακα από 1-3 πόντους και οι ολικοί πόντοι κινδύνου μετατρέπονται σ' ένα άθροισμα κινδύνου που διαβαθμίζεται από 1-5. Το υψηλότερο άθροισμα κινδύνου είναι 5, το χαμηλότερο είναι 1. Παρομοίως, καθένας από τους 5 παράγοντες διάσωσης βαθμολογείται σε μια κλίμακα από 1-3 πόντους και οι ολικοί πόντοι διάσωσης μετατρέπονται σ' ένα άθροισμα διάσωσης που διαβαθμίζεται από 1-5. Η αναλογία κινδύνου-διάσωσης (Risk-Rescue Rating) καθορίζεται από τον τύπο $A/A+B \times 100$ όπου A= το άθροισμα κινδύνου (Risk score) και B= το άθροισμα διάσωσης (Rescue score) [124].

Η μελέτη, για να πραγματοποιηθεί, απαιτούσε την συγκατάθεση όσων πήραν μέρος σ' αυτήν. Έτσι, αρχικά ερωτήθηκαν εάν συμφωνούσαν να συμμετέχουν οι ασθενείς με απόπειρα, οι γονείς τους, οι κοινοτικοί μάρτυρες και οι γονείς τους, καθώς και οι ψυχιατρικοί μάρτυρες και οι γονείς τους. Όλοι οι ασθενείς με απόπειρα αυτοκτονίας και οι ψυχιατρικοί μάρτυρες καθώς και οι γονείς τους συμφώνησαν στο να συμμετέχουν, ενώ οι γονείς δύο από τους κοινοτικούς μάρτυρες αρνήθηκαν να επιτρέψουν την συμμετοχή των παιδιών τους. Η διεξαγωγή της μελέτης εγκρίθηκε επίσης από την Επιστημονική Επιτροπή του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Τα δεδομένα αναλύθηκαν με το πρόγραμμα Statistical Package for the Social Sciences for Windows, έκδοση 13. Για κατηγορικά δεδομένα, χρησιμοποιήθηκε το Πηλίκο Πιθανοτήτων με 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης. Η πρόθεση για αυτοκτονία και η αναλογία κινδύνου-διάσωσης συγκρίθηκαν με την Ανάλυση Διακύμανσης με ένα παράγοντα. Η κανονικότητα των αποτελεσμάτων εξετάστηκε με την μέθοδο Kolmogorov-Smirnov. Για να ελεγχθεί η αξιοπιστία της διάγνωσης ανάμεσα στον 1^ο και στον 2^ο εξεταστή, χρησιμοποιήθηκε η αστάθμητη kappa μεταξύ 2 εξεταστών. Η διωνυμική ανάλυση παλινδρόμησης /εξάρτησης χρησιμοποιήθηκε για να προσδιορίσει εάν κάποια από τις οκτώ ανεξάρτητες μεταβλητές επηρεάζει την πιθανότητα για απόπειρα αυτοκτονίας ή όχι, οποιαδήποτε αλληλεπίδραση ανάμεσα στις μεταβλητές και το συνολικό αποτέλεσμα των ανεξάρτητων μεταβλητών πάνω στην εξαρτημένη μεταβλητή, που είναι η απόπειρα αυτοκτονίας. Η μεταβλητή απόπειρα αυτοκτονίας, καταγράφηκε ως διχοτόμος μεταβλητή, με δύο ομάδες: εκείνες με τουλάχιστον μία απόπειρα αυτοκτονίας (ομάδα ασθενών) και εκείνες χωρίς απόπειρα αυτοκτονίας (ομάδα μαρτύρων). Οκτώ προβλέπουσες μεταβλητές (ανεξάρτητες μεταβλητές) που εισήχθησαν μαζί σε κάθε βήμα, αναλύθηκαν: (α) το επίπεδο καπνίσματος των ασθενών με απόπειρα αυτοκτονίας και των μαρτύρων (όχι κάπνισμα=0, κάπνισμα=1), η χρήση καφέ (≤ 1 φλυτζάνι/μέρα=0, ≥ 2 φλυτζάνια/μέρα=1), η κατανάλωση αλκοόλ (< 1 φορά την βδομάδα=0, ≥ 1 φορά την βδομάδα=1), και η παρουσία ψυχιατρικής πάθησης (εισάγεται ως διχοτόμος ναι/όχι), τα ψυχοκοινωνικά και περιβαλλοντικά προβλήματα (ναι/όχι), οι άλλες καταστάσεις που μπορεί να αποτελούν εστία κλινικής προσοχής (ναι/όχι)* (β) το επίπεδο καπνίσματος της μητέρας (ναι/όχι) και του πατέρα (ναι /όχι).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Επιδημιολογικά ευρήματα

Από τα 76 άτομα με απόπειρα αυτοκτονίας, τα 5 ήταν αγόρια (ποσοστό 6.6%) και τα 71 ήταν κορίτσια (ποσοστό 93.4%). Το Σχήμα 1 δείχνει την αναλογία κοριτσιών-αγοριών στα άτομα με απόπειρα.

Σχήμα 1: Αναλογία αγοριών-κοριτσιών στα άτομα με απόπειρα

Η μέση ηλικία των ατόμων με απόπειρα ήταν 15.6 έτη ($SD=2.0$ έτη) με διακύμανση από 9 έως 20 έτη. Η μέση ηλικία των κοινοτικών μαρτύρων ήταν 15.8 έτη ($SD=2.2$) με ίδια διακύμανση.

Τα άτομα με απόπειρα αυτοκτονίας και οι αντίστοιχοι κοινοτικοί μάρτυρες που προέρχονταν από αστικές περιοχές ήταν 16 (ποσοστό 21.1%), από ημιαστικές 51 (ποσοστό 67.1%) και από αγροτικές 9 (ποσοστό 11.8%). Ως αστικές, ορίζονται οι περιοχές με πληθυσμό μεγαλύτερο ή ίσο από 10000 κατοίκους, ημιαστικές αυτές με πληθυσμό μεγαλύτερο ή ίσο από 2000 κατοίκους μέχρι 9999 κατοίκους και αγροτικές οι περιοχές με πληθυσμό μικρότερο των 2000 κατοίκων [131]. Στο Σχήμα 2, φαίνεται η κατανομή του τόπου διαμονής των ατόμων με απόπειρα αυτοκτονίας.

Σχήμα 2: Κατανομή τόπου διαμονής των ατόμων με απόπειρα αυτοκτονίας

Για τα άτομα με απόπειρα αυτοκτονίας με διάγνωση ψυχιατρικής νόσου και τους ψυχιατρικούς μάρτυρες οι αντίστοιχοι αριθμοί ήταν 14 (ποσοστό 77.8%), 2 (ποσοστό 11.1%) και 2 (ποσοστό 11.1%).

Οι αιτίες που προβάλλουν για την απόπειρα οι νέοι που εξετάστηκαν στην μελέτη και ο αριθμός αυτών που τις αναφέρουν αγοριών ή κοριτσιών, περιέχονται στο παρακάτω σχήμα.

Σχήμα 3: Αιτίες απόπειρας και κατανομή στα φύλα

Το μορφωτικό επίπεδο των μητέρων των νέων με απόπειρα ήταν: 2 (2.6%) αναλφάβητες, 43 (56.6%) απόφοιτες Δημοτικού Σχολείου, 28 (36.8%) απόφοιτες Γυμνασίου, Λυκείου ή Τεχνικής Σχολής και 3 (3.9%) είχαν αποφοιτήσει από Ανώτατη Σχολή. Οι μητέρες των κοινοτικών μαρτύρων ήταν σε αριθμό και σε ποσοστά αντιστοίχως 3 (3.9%), 43 (56.6%), 27 (35.5%), 3 (3.9%). Ακολουθεί σχήμα με το μορφωτικό επίπεδο των μητέρων των ατόμων με απόπειρα.

Σχήμα 4: Μορφωτικό επίπεδο μητέρων των ατόμων με απόπειρα

Ανάμεσα στους πατέρες των νέων με απόπειρα, 3 (3.9%) ήταν αναλφάβητοι, 40 (52.6%) απόφοιτοι Δημοτικού Σχολείου, 29 (38.2%) απόφοιτοι Γυμνασίου, Λυκείου ή Τεχνικής Σχολής και 4 (5.3%) απόφοιτοι Ανώτατης Σχολής. Οι αντίστοιχοι μάρτυρες ήταν σε αριθμό και ποσοστά 2 (2.6%), 40 (52.6%), 31 (40.8%), 3 (3.9%). Ακολουθεί επίσης σχήμα με το μορφωτικό επίπεδο των πατέρων των ατόμων με απόπειρα.

Σχήμα 5: Μορφωτικό επίπεδο του πατέρα των ατόμων με απόπειρα

Η μέση ηλικία των μητέρων των ατόμων με απόπειρα ήταν 40.8 έτη (SD=5.5 έτη) και των μητέρων των κοινοτικών μαρτύρων 40.8 έτη (SD=5.4).

Όσον αφορά τους τρόπους με τους οποίους έγινε η απόπειρα, αυτοί περιελάμβαναν την υπερδοσολογία φαρμάκων, κατάποση καυστικού υγρού (χλωρίνη), τον απαγχονισμό, την πτώση από ύψος και τον αυτοτραυματισμό. Οι φαρμακευτικές ουσίες που ελήφθησαν σε υπερδοσολογία, κυρίως ήταν: παρακεταμόλη, ακετυλοσαλικυλικό οξύ και ο συνδυασμός τους.

Ακολουθεί πίνακας με τους τρόπους απόπειρας γενικά και με βάση το φύλο και το ποσοστό στο οποίο χρησιμοποιήθηκαν:

Πίνακας 2. Τρόποι απόπειρας και κατανομή με βάση το φύλο

Τρόπος Απόπειρας	Ποσοστό	Φύλο	Πλήθος
Αυτοτραυματισμός	1.3%	Αρρεν	0
		Θηλυ	1
Απαγχονισμός	1.3%	Αρρεν	0
		Θηλυ	1
Πτώση από ύψος	2.6%	Αρρεν	0
		Θηλυ	2
Κατάποση καυστικού υγρού	4%	Αρρεν	0
		Θηλυ	3
Υπερδοσολογία Φαρμάκων	90.8%	Αρρεν	5
		Θηλυ	64

Τέσσερις ασθενείς χρησιμοποίησαν βίαιους τρόπους, δηλαδή δύο έπεσαν από ύψος, ένας ασθενής έκανε απόπειρα με απαγχονισμό και ένας αποπειράθηκε με εκτεταμένο κόψιμο.

Ο αριθμός των ασθενών που έκαναν απόπειρα για πρώτη φορά ήταν 59 (78%), ενώ 17 (22%) έφηβοι που διέπραξαν απόπειρα είχαν ιστορικό μιας τουλάχιστον προηγούμενης απόπειρας αυτοκτονίας και ήταν όλα κορίτσια. Ο παρακάτω πίνακας περιέχει τον τρόπο της τωρινής και της προηγούμενης απόπειρας:

Πίνακας 3. Τρόποι τωρινής και της προηγούμενης απόπειρας

Τρόπος Απόπειρας	Τρόπος Προηγούμενης
Υπερδοσολογία φαρμάκων	Υπερδοσολογία φαρμάκων
Υπερδοσολογία φαρμάκων	Υπερδοσολογία φαρμάκων
Υπερδοσολογία φαρμάκων	Υπερδοσολογία φαρμάκων
Υπερδοσολογία φαρμάκων	Υπερδοσολογία φαρμάκων
Υπερδοσολογία φαρμάκων	Υπερδοσολογία φαρμάκων
Υπερδοσολογία φαρμάκων	Αυτοτραυματισμός
Υπερδοσολογία φαρμάκων	Υπερδοσολογία φαρμάκων
Υπερδοσολογία φαρμάκων	Υπερδοσολογία φαρμάκων
Υπερδοσολογία φαρμάκων	Υπερδοσολογία φαρμάκων
Κατάποση καυστικού υγρού	νέφτι
Κατάποση καυστικού υγρού	Κατάποση καυστικού υγρού
Υπερδοσολογία φαρμάκων	Υπερδοσολογία φαρμάκων
Υπερδοσολογία φαρμάκων	Υπερδοσολογία φαρμάκων
Πτώση από ύψος	Υπερδοσολογία φαρμάκων
Υπερδοσολογία φαρμάκων	Υπερδοσολογία φαρμάκων
Αυτοτραυματισμός	Αυτοτραυματισμός
Υπερδοσολογία φαρμάκων	Υπερδοσολογία φαρμάκων

Σκέψεις αυτοκτονίας που αφορούν το τελευταίο εξάμηνο πριν την απόπειρα υπήρχαν σε 30 νέους (29 κορίτσια, 1 αγόρι). Επίσης, προηγούμενη νοσηλεία σε ψυχιατρική κλινική είχε μια ασθενής. Από τις πληροφορίες που πάρθηκαν από το ιστορικό, αναφέρουν οικογενειακό ιστορικό ψυχιατρικής νόσου 7 ασθενείς (6 κορίτσια, 1 αγόρι), καταπίεση στην οικογένεια 34 ασθενείς (31 κορίτσια, 3 αγόρια).

Στους ασθενείς με απόπειρα, υπήρξαν 18 με μία ψυχιατρική νόσο, δηλαδή ποσοστό 24% ενώ σε 1 μόνο κοινοτικό μάρτυρα διεγνώσθη ψυχιατρική νόσος (OR=23.3, 95% CI 3.0-179.5, $p<0.0001$). Οι ψυχιατρικές παθήσεις που διεγνώσθησαν στους ασθενείς με απόπειρα ήταν οι Διαταραχές Ελαττωματικής Προσοχής και Διασπαστικής Συμπεριφοράς σε έξι περιπτώσεις ασθενών, η Σχιζοφρένεια σε πέντε περιπτώσεις, οι Διαταραχές της Διάθεσης σε τρεις περιπτώσεις, οι Διαταραχές της Προσωπικότητας σε τρεις περιπτώσεις, η Διαταραχή της Προσαρμογής σε μία περίπτωση.

Συμφωνία μεταξύ των εξεταστών

Η αστάθμητη kappa για την διεκτιμητική συμφωνία ανάμεσα στον πρώτο και τον δεύτερο εξεταστή που έθεσαν τις διαγνώσεις ήταν σημαντικά υψηλή για την διάγνωση ψυχιατρική νόσος καθώς και για την διάγνωση άλλες καταστάσεις που μπορεί να αποτελέσουν εστία κλινικής προσοχής και τα ψυχοκοινωνικά και περιβαλλοντικά προβλήματα. Πιο αναλυτικά, στις ψυχιατρικές παθήσεις υπήρχε μία ασυμφωνία ανάμεσα στους δύο εξεταστές ($\kappa=0.988$, $p<0.0001$), στις άλλες καταστάσεις που μπορεί ν' αποτελέσουν εστία κλινικής προσοχής υπήρχαν τρεις ασυμφωνίες ($\kappa=0.965$, $p<0.0001$), ενώ στα ψυχοκοινωνικά και περιβαλλοντικά προβλήματα υπήρχε πλήρης συμφωνία ($\kappa=1$, $p<0.0001$).

Κάπνισμα τσιγάρου, νόμιμες και παράνομες ουσίες

Στο σύνολο των 76 νέων με απόπειρα αυτοκτονίας, βρέθηκαν 39 καπνιστές τσιγάρου, δηλαδή ποσοστό 51%, ενόσω στο σύνολο των 76 κοινοτικών μαρτύρων οι καπνιστές ήταν μόνο 4 σε αριθμό, δηλαδή ποσοστό 5% ήταν αυτοί που κάπνιζαν ($OR=19.0$, $CI\ 6.3-57.2$, $p<0.0001$). Απ' αυτούς με απόπειρα που κάπνιζαν, ήταν 2 αγόρια και 37 κορίτσια. Η μέση διάρκεια καπνίσματος σ' αυτούς με απόπειρα αυτοκτονίας ήταν 1.9 ($SD=1.5$) έτη με διακύμανση από 6 μήνες έως 5 έτη. Η μέση διάρκεια καπνίσματος στους κοινοτικούς μάρτυρες ήταν 3.5 ($SD=2.5$) έτη με διακύμανση από 1 έως 6 έτη.

Ο αριθμός των καπνιστών ανάμεσα σ' αυτούς που διέπραξαν απόπειρα για πρώτη φορά ήταν 25 (ποσοστό 42%) και ανάμεσα σ' αυτούς με προηγούμενη απόπειρα 14 (ποσοστό 82%) ($OR=6.3$, 95% $CI\ 1.6-24.8$, $p=0.0005$).

Τα άτομα με απόπειρα αυτοκτονίας που χρησιμοποίησαν βίαιες μεθόδους (2 έπεσαν από ύψος, 1 κρεμάστηκε και ένας είχε βαθύ κόψιμο με αίμα) ήταν όλοι καπνιστές, ενώ από τους υπόλοιπους 72 με απόπειρα που χρησιμοποίησαν μη βίαιες μεθόδους δηλαδή δηλητηρίαση με φάρμακα, 35 ήταν καπνιστές ($OR=9.5$, 95% $CI\ 0.5-183$, $p=0.1$).

Ο βαθμός καπνίσματος των πατεράδων των ατόμων με απόπειρα (ποσοστό 61%) ήταν παρόμοιος με αυτόν των κοινοτικών μαρτύρων (ποσοστό 57%) και των ψυχιατρικών μαρτύρων (ποσοστό 61%). Επίσης παρόμοιος βαθμός καπνίσματος παρατηρήθηκε στις μητέρες αυτών (ο οποίος ήταν κατά αντιστοιχία σε ποσοστό 38%, 41% και 34%).

Όσον αφορά την χρήση καφέ, 24 (36%) από αυτούς με απόπειρα και 13 (17%) από τους κοινοτικούς μάρτυρες έπιναν τουλάχιστον 2 κούπες καφέ την ημέρα (OR=2.2, 95% CI 1.04-4.8, $p=0.059$). Χρήση αλκοόλ τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα, αναγνωρίστηκε από 14 (ποσοστό 18%) άτομα με απόπειρα και 2 (ποσοστό 3%) κοινοτικούς μάρτυρες (OR=7.6, 95% CI 1.7-35.1, $p=0.005$). Τα στοιχεία για την χρήση παράνομων ουσιών, δείχνουν ότι 3 (ποσοστό 4%) από αυτούς με απόπειρα έκαναν χρήση χασίς, ενόσω κανείς από τους κοινοτικούς μάρτυρες δεν έκανε χρήση κάποιας παράνομης ουσίας (OR=16.5, 95% CI 0.4-143.6, $p=0.24$). Επίσης, ένας από τους ψυχιατρικούς μάρτυρες ήταν χρήστης χασίς.

Ψυχιατρικές παθήσεις

Αναφέρθηκε ήδη ότι ανάμεσα στα άτομα με απόπειρα υπήρχαν 18 (ποσοστό 24%) με ψυχιατρική νόσο ενόσω σ' ένα μόνο από τους κοινοτικούς μάρτυρες διεγνώσθη ψυχιατρική νόσος (OR=23.3, 95% CI 3.0-179.5, $p<0.0001$). Οι ψυχιατρικές παθήσεις που διεγνώσθησαν στους ασθενείς με απόπειρα αυτοκτονίας ήταν διαταραχή ελαττωματικής προσοχής και διασπαστικής συμπεριφοράς σε 6 περιπτώσεις, σχιζοφρένεια σε 5 περιπτώσεις, διαταραχές διάθεσης σε 3 περιπτώσεις, διαταραχές προσωπικότητας σε 3 περιπτώσεις και διαταραχή προσαρμογής σε μία περίπτωση. Από τους 18 ψυχιατρικούς μάρτυρες, δηλαδή αυτούς με την ίδια ψυχιατρική νόσο με αυτήν που διεγνώσθη στους ασθενείς με απόπειρα κάπνιζαν οι 4 (ποσοστό 22%). Όπως προκύπτει από τα στοιχεία χρήσης καπνού για αυτούς με απόπειρα και για τους ψυχιατρικούς μάρτυρες, η συχνότητα καπνίσματος είναι σημαντικά μεγαλύτερη σ' αυτούς με απόπειρα (OR=3.7, 95% CI 1.1-12.2, $p=0.04$). Επίσης, ανάμεσα στους 58 με απόπειρα χωρίς την διάγνωση ψυχιατρικής νόσου, κάπνιζαν 26 άτομα δηλαδή ποσοστό 45%, που είναι σημαντικά υψηλότερο από αυτό των κοινοτικών μαρτύρων που ήταν καπνιστές (OR=14.6, 95% CI 4.7-45.4, $p<0.0001$).

Άλλες καταστάσεις που μπορεί να αποτελέσουν εστία κλινικής προσοχής

Επίσης, στο σύνολο των ατόμων με απόπειρα, υπήρχαν 42 περιπτώσεις (ποσοστό 55%) με την διάγνωση «Άλλες Καταστάσεις που Μπορεί να Αποτελέσουν Εστία Κλινικής Προσοχής» (ΑΚΕΚΠ), ενώ στους αντίστοιχους κοινοτικούς μάρτυρες, οι περιπτώσεις ήταν 3 με ΑΚΕΚΠ (ποσοστό 4%) (OR=30.1, 95% CI 8.7-103.9, $p<0.0001$). Στον Πίνακα 4 υπάρχουν αναλυτικά οι αριθμοί των ασθενών και ποιες είναι οι καταστάσεις ή προβλήματα που έχουν αποτελέσει εστία κλινικής προσοχής.

Ανάμεσα στις καταστάσεις που χαρακτηρίζονται ως ΑΚΕΚΠ, η συχνότητα των προβλημάτων στη σχέση γονέος-παιδιού, ήταν 17 φορές πιο συχνή στην ομάδα αυτών με απόπειρα, παρά στους κοινοτικούς μάρτυρες.

Ανάμεσα στους 34 με απόπειρα χωρίς την διάγνωση «Άλλες Καταστάσεις που Μπορεί να Αποτελέσουν Εστία Κλινικής Προσοχής», κάπνιζαν 17 (ποσοστό 50%), που είναι σημαντικά υψηλότερος αριθμός από τον αριθμό των καπνιστών στους κοινοτικούς μάρτυρες (OR=18.0, 95% CI 5.4-60.4, $p<0.0001$).

Ψυχοκοινωνικά και περιβαλλοντικά προβλήματα

Επιπρόσθετα, σε 33 (ποσοστό 43%) από αυτούς με απόπειρα βρέθηκαν Ψυχοκοινωνικά και Περιβαλλοντικά Προβλήματα, ενώ την ίδια διάγνωση είχαν 7 (ποσοστό 9%) από τους κοινοτικούς μάρτυρες (OR=7.6, 95% CI 3.1-18.6, $p<0.0001$). Ο Πίνακας 5 περιέχει αναλυτικά τις κατηγορίες της διάγνωσης αυτής που ανήκει στον Άξονα VI κατά DSM-IV (βλέπε Παράρτημα για το Πολυαξονικό Σύστημα) καθώς και τον αριθμό των ατόμων με απόπειρα και των κοινοτικών μαρτύρων που τις εμφανίζουν. Από τους 43 με απόπειρα στους οποίους δεν βρέθηκε κανένα από τα Ψυχοκοινωνικά και Περιβαλλοντικά Προβλήματα, οι 24 (ποσοστό 56%) κάπνιζαν που είναι σημαντικά υψηλότερος αριθμός από αυτόν των καπνιστών στους κοινοτικούς μάρτυρες (OR=22.7, 95% CI 7.0-73.5, $p<0.0001$).

Κάποια από τα Ψυχοκοινωνικά και Περιβαλλοντικά προβλήματα δηλαδή η διάσπαση της οικογένειας λόγω διαζυγίου, διάστασης, χηρείας ή θανάτου και των δύο γονέων, ήταν σημαντικά πιο συχνά στα άτομα με απόπειρα σε σχέση με τους κοινοτικούς μάρτυρες (OR=3.2, 95% CI 1.3-7.9, $p=0.012$). Αναλυτικά τα προβλήματα και πόσοι από τα άτομα με απόπειρα ή πόσοι κοινοτικοί μάρτυρες τα παρουσιάζουν, υπάρχουν στα δημογραφικά στοιχεία του Πίνακα 1.

Πίνακας 4. Άλλες καταστάσεις που μπορεί να αποτελέσουν εστία κλινικής προσοχής στους 76 με απόπειρα και στους 76 κοινοτικούς μάρτυρες

Κατάσταση	Αποπειραθέντες n(%)	Μάρτυρες n(%)	OR	95% CI	p
Προβλήματα σχέσεων	40 (53)	3 (4)	27.0	7.8–93.4	<0.0001
Πρόβλημα σχέσης γονέος-παιδιού	34 (45)	2 (3)	30.0	6.8–131.0	<0.0001
ΠΣΜΠΑ	5 (7)	0 (0)	11.8	0.6–216.8	0.058
Πρόβλημα σχέσης με συγγενή	1 (1)	1 (1)	–	–	–
ΠΚΕΚΠ	1 (1)	0 (0)	–	–	–
Πρόβλημα φάσης ζωής	1 (1)	0 (0)	–	–	–
ΨΠςΕΣΚ	1 (1)	0 (0)	–	–	–
ΨΠΕΣΚ	1 (1)	0 (0)	–	–	–

ΠΣΜΠΑ = πρόβλημα σχέσης μη προσδιοριζόμενο αλλιώς, ΠΚΕΚΠ = πρόσθετες καταστάσεις που μπορούν ν' αποτελέσουν εστία κλινικής προσοχής, ΨΠςΕΣΚ = ψυχολογικοί παράγοντες που επιδρούν σε σωματική κατάσταση

Πίνακας 5. Ψυχοκοινωνικά και περιβαλλοντικά προβλήματα σε 76 με απόπειρα και 76 κοινοτικούς μάρτυρες

Πρόβλημα	Αποπειραθέντες n(%)	Μάρτυρες n(%)	OR	95% CI	p
Προβλήματα με την ομάδα πρωτογενούς υποστήριξης	29 (38)	5 (7)	8.8	3.2–24.3	<0.0001
Προβλήματα υγείας στην οικογένεια	7 (9)	2 (3)	3.8	0.8–18.7	0.17
Γονεϊκή υπερπροστασία	6 (8)	0 (0)	14.1	0.8–255.2	0.03
Θάνατος ενός μέλους της οικογένειας	6 (8)	0 (0)	14.1	0.8–255.2	0.03
Διαζύγιο γονέων	6 (8)	3 (4)	2.1	0.5–8.7	0.49
Φιλονικίες στην οικογένεια	2 (3)	0 (0)	–	–	–
Αλκοολισμός του πατέρα	2 (3)	0 (0)	–	–	–
Εκπαιδευτικά προβλήματα	4 (7)	2 (3)	2.1	0.4–11.6	0.68
Ακαδημαϊκά προβλήματα	3 (4)	1 (1)	–	–	–
Αλλαγή σχολείου	1 (1)	1 (1)	–	–	–

Μεταβλητές με ανεξάρτητο αποτέλεσμα

Η διωνυμική στατιστική ανάλυση παλινδρόμησης/εξάρτησης χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να προσδιορισθεί εάν οι ανεξάρτητες μεταβλητές που έχουν συσχετιστεί με τις απόπειρες αυτοκτονίας επηρεάζουν ανεξάρτητα την πιθανότητα για απόπειρα αυτοκτονίας ή όχι, καθώς και να βρεθεί εάν υπάρχει κάποια αλληλεπίδραση ανάμεσα στις μεταβλητές.

Η στατιστική δοκιμασία ελέγχου καλής προσαρμογής δείχνει ότι το μοντέλο που εφαρμόστηκε προλέγει ορθά την μη αυτοκτονική συμπεριφορά σε ποσοστό 88.2%, την απόπειρα αυτοκτονίας σε ποσοστό 92.1% και την συνολική πρόγνωση σε 90.1%.

Τα πηλίκια πιθανοτήτων, όπως υπολογίστηκαν από το στατιστικό μοντέλο που χρησιμοποιήθηκε, αποτελούν την πιθανότητα για απόπειρα αυτοκτονίας σε σχέση με την πιθανότητα για μη απόπειρα αυτοκτονίας για κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή σε σχέση με τις άλλες ανεξάρτητες μεταβλητές και παρουσιάζονται στον Πίνακα 6. Η ανάλυση έδειξε το σημαντικό ανεξάρτητο αποτέλεσμα των άλλων καταστάσεων που μπορεί να αποτελούν εστία κλινικής προσοχής, των ψυχοκοινωνικών και περιβαλλοντικών προβλημάτων, των ψυχιατρικών παθήσεων και του καπνού πάνω στις απόπειρες αυτοκτονίας.

Κλίμακα Πρόθεσης και Κλίμακα Κινδύνου-Διάσωσης

Τα αποτελέσματα στην Κλίμακα Πρόθεσης για Αυτοκτονία δεν διέφεραν σημαντικά ανάμεσα στα άτομα με απόπειρα που κάπνιζαν και στους μη καπνιστές, ούτε σ' αυτούς που διεγνώσθησαν να έχουν ή να μην έχουν ψυχιατρική νόσο, άλλες καταστάσεις που μπορεί να αποτελέσουν εστία κλινικής προσοχής και ψυχοκοινωνικά και περιβαλλοντικά προβλήματα. Υπήρξε μόνο μία τάση των καπνιστών να έχουν μεγαλύτερα σκορ σε σχέση με τους μη καπνιστές. Το ίδιο ισχύει και όσον αφορά τ' αποτελέσματα στην Κλίμακα Κινδύνου-Διάσωσης. Αναλυτικά τα στατιστικά αποτελέσματα που αφορούν τις Κλίμακες παρουσιάζονται στον Πίνακα 7.

Πίνακας 6. *Wald's χ^2 , πηλίκα πιθανοτήτων, 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και πιθανότητα της εξαρτημένης μεταβλητής απόπειρας αυτοκτονίας από την επίδραση 8 ανεξαρτήτων μεταβλητών*

Μεταβλητή	χ^2 (Wald)	Odds ratio	95% CI	Significance p
Απόπειρες				
ΑΚΕΚΠ	28.5	4.9	22.3–824.0	<0.0001
ΨΚΠΠ	22.9	4.3	12.5–416.7	<0.0001
Ψυχιατρικές παθήσεις	12.4	4.4	7.1–976.4	<0.0001
Κάπνισμα	10.9	3.3	3.8–182.7	0.001
Λήψη αλκοόλ*	1.2	0.9	0.1–1.9	0.27
Λήψη καφέ ⁺	1.1	0.9	0.5–13.7	0.29
Κάπνισμα μητέρας	2.1	1.0	0.1–1.4	0.15
Κάπνισμα πατέρα	0.4	0.5	0.2–2.5	0.52
Σταθερά	16.5	2.5		<0.0001

ΑΚΕΚΠ = Άλλες καταστάσεις που μπορεί να αποτελέσουν εστία κλινικής προσοχής, ΨΚΠΠ = ψυχοκοινωνικά και περιβαλλοντικά προβλήματα

* $\geq$ μία φορά/βδομάδα

⁺ $\geq$ 2 κούπες/ημέρα

Πίνακας 7. Αποτελέσματα στην Κλίμακα Πρόθεσης Αυτοκτονίας και στην Αναλογία Κινδύνου-Διάσωσης στους ασθενείς με απόπειρα σύμφωνα με το επίπεδο καπνίσματος και την παρουσία ή απουσία ψυχιατρικής πάθησης, Άλλων καταστάσεων που μπορεί να αποτελέσουν εστία κλινικής προσοχής (ΑΚΕΚΠ) και ψυχοκοινωνικών και περιβαλλοντικών προβλημάτων (ΨΚΠΠ)

Παράμετρος	Κλίμακα Πρόθεσης Αυτοκτονίας [*] Mean±SD (Range)	Αναλογία Κινδύνου- Διάσωσης ⁺ Mean±SD (Range)
Κάπνισμα		
Yes	12.3±6.1 (1–21)	32.2±11.6 (17–63)
No	10.8±4.6 (2–18)	27.6±8.3 (17–43)
Ψυχιατρική πάθηση		
Yes	11.9±5.9 (1–21)	30.0±13.5 (17–60)
No	11.3±4.1 (3–21)	29.1±8.4 (17–43)
ΑΚΕΚΠ		
Yes	11.3±5.0 (3–21)	31.2±11.1 (17–63)
No	10.9±5.8 (2–21)	28.4±9.7 (17–44)
ΨΚΠΠ		
Yes	11.9±4.7 (1–21)	30.6±12.6 (17–63)
No	10.1±5.4 (2–21)	27.4±8.4 (17–44)

^{*} One way ANOVA: F=1.37, p=0.25

⁺ One way ANOVA: F=2.45, p=0.12

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στο δείγμα των νέων ατόμων της μελέτης που αποπειράθηκαν ν' αυτοκτονήσουν, ηλικίας από 9 έως 20, το κάπνισμα ήταν περίπου 10 φορές πιο συχνό απ' ό,τι στους κοινοτικούς μάρτυρες. Η συχνότητα αυτή είναι πολύ μεγαλύτερη από την επίπτωση του καπνίσματος που παρατηρήθηκε σε ομάδα ενηλίκων ασθενών που νοσηλεύτηκαν με απόπειρα αυτοκτονίας, η οποία βρέθηκε μόνο 1.4 φορές μεγαλύτερη απ' ό,τι στους μάρτυρες [15]. Τόσο στην παρούσα μελέτη όσο και σ' αυτήν με την οποία γίνεται η σύγκριση, οι ασθενείς με απόπειρα και οι μάρτυρες προέρχονται από το ίδιο τμήμα του πληθυσμού κι αυτό δείχνει ότι η ισχυρότερη σύνδεση ανάμεσα στις απόπειρες αυτοκτονίας και το κάπνισμα σε άτομα μικρότερα των 20 χρόνων σε σχέση μ' αυτήν που παρατηρήθηκε στους ενήλικες, δεν οφείλεται σε άλλους άγνωστους παράγοντες του πληθυσμού.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, τόσο στους ενήλικες [15] όσο και στους εφήβους [5, 33, 63, 82, 90] υπάρχει αυξημένη συχνότητα ψυχιατρικών διαταραχών ανάμεσα σ' αυτούς που κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας. Επίσης, το κάπνισμα τσιγάρου έχει αναφερθεί πως είναι πιο συχνό σε ψυχιατρικούς ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη [65, 72], σχιζοφρένεια [35, 58, 86] και αγχώδεις διαταραχές [23, 57]. Στην παρούσα μελέτη, βρέθηκε αυξημένη συχνότητα ψυχιατρικών διαταραχών στους ασθενείς με απόπειρα, η οποία έμεινε και μετά την διόρθωση για διάφορους συμβάλλοντες παράγοντες στους οποίους περιλαμβάνεται και το κάπνισμα. Φαίνεται δηλαδή πως υπάρχει ανεξάρτητη επίδραση του καπνίσματος και των ψυχιατρικών παθήσεων πάνω στην αυτοκτονική συμπεριφορά, κι αυτό προκύπτει κι από την σημαντικά υψηλότερη συχνότητα του καπνίσματος στους αποπειραθέντες με ψυχιατρική διαταραχή σε σχέση με τους μάρτυρες με την ίδια ψυχιατρική νόσο με αυτήν που διαγνώσθηκε στους αποπειραθέντες με τους οποίους συγκρίθηκαν.

Δύο ακόμη προβλέπουσες μεταβλητές βρέθηκε ότι συμβάλλουν σημαντικά στην απόπειρα αυτοκτονίας κι αυτές είναι οι «Άλλες Καταστάσεις που Μπορεί να Αποτελέσουν Εστία Κλινικής Προσοχής» (ΑΚΕΚΠ) και τα «Ψυχοκοινωνικά και Περιβαλλοντικά Προβλήματα» (ΨΚΠΠ). Αυτοί οι

συμβάλλοντες παράγοντες έχουν ανεξάρτητη δράση στην αυτοκτονική συμπεριφορά, συμπεριλαμβανομένης της δράσης του καπνίσματος και της παρουσίας ψυχιατρικής διαταραχής. Επιπλέον, η ανεξάρτητη επίδραση του καπνίσματος απ' την μια πλευρά και των καταστάσεων που αποτελούν εστία κλινικής προσοχής ή των ψυχοκοινωνικών και περιβαλλοντικών προβλημάτων από την άλλη φαίνεται επίσης από τον σημαντικά υψηλότερο αριθμό καπνιστών ανάμεσα σ' αυτούς με απόπειρα χωρίς κάποιον από τους παραπάνω παράγοντες που προδιαθέτουν σε αυτοκτονική συμπεριφορά, σε σχέση με τους κοινοτικούς μάρτυρες με τους οποίους συγκρίθηκαν.

Από τις άλλες καταστάσεις που μπορεί να αποτελέσουν εστία κλινικής προσοχής, πιο συχνές ήταν τα προβλήματα σχέσης γονέος-παιδιού (45% των ασθενών με απόπειρα) και ακολουθούν τα προβλήματα σχέσεων μη προσδιοριζόμενα αλλιώς (7% των ασθενών με απόπειρα) (Πίνακας 4). Από τα ψυχοκοινωνικά και περιβαλλοντικά προβλήματα τα πιο συχνά που υπήρχαν στους ασθενείς με απόπειρα ήταν τα προβλήματα υγείας στην οικογένεια (9% των ασθενών με απόπειρα), η γονεϊκή υπερπροστασία (8% των ασθενών με απόπειρα), ο θάνατος ενός μέλους της οικογένειας (8% των ασθενών με απόπειρα) και το διαζύγιο των γονέων (8% των ασθενών με απόπειρα) (Πίνακας 5).

Έχει αναφερθεί, ότι η λήψη αλκοόλ σχετίζεται με αυτοκτονικές ιδέες και με απόπειρα αυτοκτονίας [63, 74]. Στην παρούσα μελέτη, η κατανάλωση αλκοόλ (μεγαλύτερη έως ίση της μιας φορές την εβδομάδα), έχασε την σημασία της όταν εισήχθη στο στατιστικό μοντέλο. Το ίδιο ισχύει και για την συχνή χρήση καφέ (μεγαλύτερη έως ίση με δύο κούπες την ημέρα). Άλλοι πιθανοί παράγοντες κινδύνου, όπως το επίπεδο καπνίσματος της μητέρας ή του πατέρα, δεν συνέβαλλαν καθόλου στην αυτοκτονική συμπεριφορά των ασθενών με απόπειρα αυτοκτονίας. Ένας γνωστός παράγοντας κινδύνου, η χρήση χασίς [74, 118, 126] ήταν η μοναδική παράνομη ουσία που χρησιμοποιήθηκε. Συγκεκριμένα, τρεις ασθενείς με απόπειρα αυτοκτονίας και ένας μάρτυρας από την ομάδα αυτών με ψυχιατρική νόσο, χρησιμοποίησαν την παράνομη ουσία. Αυτά τα ευρήματα φανερώνουν την σχετική σπουδαιότητα των παραγόντων κινδύνου που οδηγούν τους νέους σε

απόπειρα αυτοκτονίας σε διάφορες περιοχές του κόσμου, η οποία εξαρτάται από τις συνθήκες που υπάρχουν στις τοπικές κοινωνίες.

Συγκρίθηκαν οι βαθμολογίες στις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν, στην Κλίμακα Πρόθεσης για αυτοκτονία και στην Κλίμακα Κινδύνου-Διάσωσης, ανάμεσα σε δύο ομάδες ασθενών κάθε φορά, ανάμεσα σε αυτούς που είχαν και αυτούς που δεν είχαν ένα από τους τέσσερις παρακάτω ανεξάρτητους παράγοντες κινδύνου για απόπειρα αυτοκτονίας, που είναι το κάπνισμα, η ψυχιατρική διαταραχή, οι άλλες καταστάσεις που μπορεί να αποτελέσουν εστία κλινικής προσοχής και τα ψυχοκοινωνικά και περιβαλλοντικά προβλήματα. Το αποτέλεσμα ήταν ότι δεν υπήρχε καμία σημαντική διαφορά. Παρατηρήθηκε μόνο μια τάση των καπνιστών να έχουν μεγαλύτερη βαθμολογία στις κλίμακες παρά οι μη καπνιστές κι αυτό ίσως να φανερώνει την ισχυρότερη επιθυμία των καπνιστών να τερματίσουν την ζωή τους. Αυτή η άποψη ενισχύεται από την παρατήρηση ότι στην παρούσα μελέτη, όλες οι περιπτώσεις απόπειρας που έγιναν με βίαιες μεθόδους, ήταν από καπνιστές. Απαιτείται ένα μεγαλύτερο δείγμα νέων με απόπειρα αυτοκτονίας για να δοθούν περισσότερες διευκρινήσεις πάνω σ' αυτό το ζήτημα.

Τα ευρήματα της παρούσης μελέτης δεν μας επιτρέπουν να ερμηνεύσουμε τη σύνδεση ανάμεσα στο κάπνισμα και τις απόπειρες αυτοκτονίας. Θεωρούμε ότι ίσως η απόπειρα να σχετίζεται με χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του καπνιστή, παρά να οφείλεται στην άμεση επίδραση της νικοτίνης. Γνωρίζουμε ότι οι καπνιστές χαρακτηρίζονται από παρορμητισμό [75, 81, 85], αναζήτηση έντασης [81], χαμηλή αυτοπειθαρχία [81], έλλειψη αντίληψης των επιπτώσεων των πράξεών τους [81], ριψοκίνδυνη συμπεριφορά [85], αναζήτηση της συγκίνησης στον κίνδυνο [75], συναισθηματική αστάθεια [75], επαναστατικότητα [7, 85], αναζήτηση του καινούργιου [85, 97] και απροσεξία [97].

Ένας περιορισμός της μελέτης, είναι ότι ερευνά άτομα με απόπειρα αυτοκτονίας που έχουν εισαχθεί στο νοσοκομείο μετά την συγκεκριμένη απόπειρα. Δεν περιλαμβάνει αυτούς με απόπειρα που δεν εισήχθησαν. Απ' την άλλη, η μελέτη είναι έτσι σχεδιασμένη, ώστε να επιτρέπει να εκτιμηθούν οι

παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με την πιο σοβαρή μορφή της αυτοκτονικής συμπεριφοράς, αυτή που απαιτεί νοσηλεία και με τον τρόπο αυτό γίνεται δυνατή η προσωπική εκτίμηση του εμπλεκόμενου ατόμου. Επίσης, το μέγεθος του δείγματος είναι μικρό, ώστε να μην είναι δυνατή η κατάδειξη κάποιων στατιστικά σημαντικών διαφορών στις κλίμακες ανάμεσα στους καπνιστές και μη καπνιστές με απόπειρα αυτοκτονίας, αν αυτή ήταν παρούσα.

Θετικές πλευρές της μελέτης, είναι ότι είναι προοπτική και περιλαμβάνεται σ' αυτήν ομάδα σύγκρισης, εκτελείται πάνω σ' ένα διαδοχικό δείγμα ασθενών με απόπειρα αυτοκτονίας που νοσηλεύονται λόγω της απόπειρας και με τους όρους που αναφέρονται στις 'Μεθόδους' και οι παράγοντες που συνδέονται με την απόπειρα επιβεβαιώθηκαν μετά την εισαγωγή στο νοσοκομείο. Έγιναν ψυχιατρικές διαγνώσεις με βάση τα Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV στους άξονες I και II της πολυαξονικής ταξινόμησης και τέσσερις μείζονος σημασίας παράγοντες κινδύνου για απόπειρα αυτοκτονίας εντοπίστηκαν σε νέους ηλικίας 9-20 χρόνων, δηλαδή το κάπνισμα, οι ψυχιατρικές παθήσεις, οι άλλες καταστάσεις που μπορεί να αποτελέσουν εστία κλινικής προσοχής και τα ψυχοκοινωνικά και περιβαλλοντικά προβλήματα. Οι άλλες καταστάσεις που μπορεί ν' αποτελέσουν εστία κλινικής προσοχής αναφέρονται στον Πίνακα 4 και τα ψυχοκοινωνικά και περιβαλλοντικά προβλήματα στον Πίνακα 5. Η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι οι παραπάνω παράγοντες κινδύνου είχαν ένα ανεξάρτητο αποτέλεσμα στον κίνδυνο για σοβαρή απόπειρα αυτοκτονίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Έχει αναφερθεί προηγούμενα η ύπαρξη συννοσηρότητας της αυτοκτονικής συμπεριφοράς με ποικίλους παράγοντες κινδύνου. Αυτή η μελέτη ερευνά την ύπαρξη προεξαρχόντων παραγόντων κινδύνου σε νέους με απόπειρα αυτοκτονίας που έχουν νοσηλευθεί και την επίδραση αυτών των παραγόντων στον κίνδυνο για αυτοκτονία τόσο ανεξάρτητα όσο και σε συνδυασμό μεταξύ τους. Εκτιμήθηκαν η ύπαρξη ψυχιατρικής διαταραχής, η κατανάλωση καφέ και η λήψη αλκοόλ στους νέους με απόπειρα, η χρήση καπνού στα άτομα με απόπειρα και τους γονείς τους, καθώς επίσης και οι άλλες καταστάσεις που αποτελούν εστία κλινικής προσοχής και τα ψυχοκοινωνικά και περιβαλλοντικά προβλήματα των ασθενών με απόπειρα.

Μέθοδος: Εξετάστηκαν διαγνωστικά 76 άτομα που νοσηλεύονταν για απόπειρα αυτοκτονίας ηλικίας 9-20 χρόνων, καθώς επίσης και 76 μάρτυρες που ταίριαζαν στην ηλικία, 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.

Αποτελέσματα: Τα ευρήματα 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. Το αποτέλεσμα της στατιστικής ανάλυσης είναι 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.

Συμπέρασμα: Η μελέτη καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η ψυχοπαθολογία, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και το κάπνισμα είναι ανεξάρτητα συνδεδεμένοι παράγοντες με αυξανόμενο κίνδυνο για σοβαρή απόπειρα αυτοκτονίας.

SUMMARY

Background: Comorbidity of suicidal behavior with various risk factors has been reported. This study examines the combined effect and the interactions of the most prominent risk factors in hospitalized suicide attempters. The existence of psychiatric disorder, coffee and alcohol consumption in suicide attempters, cigarette smoking in suicide attempters and their parents, as well as other conditions that may be a focus of clinical attention and psychosocial and environmental problems of the attempters were surveyed in this study.

Method: Seventy-six successive hospitalized suicide attempters and 76 matched controls, 9-20 year-old, were subjected to DSM-IV Axis I and II diagnoses and were interviewed for the use of licit and illicit substances. Also, 18 controls with the same psychiatric disorders diagnosed in the attempters were used. Logistic regression analysis was applied to determine the independent effect of the risk factors to suicide attempts.

Results: The findings showed an 18-fold greater frequency of psychiatric disorders, a 14-fold greater frequency of other conditions that may be a focus of clinical attention (mainly relational problems), a 9.7-fold greater frequency of smoking, and a 4.7-fold greater frequency of psychosocial and environmental problems in the attempters than in the controls. The independent association of these factors with increased suicide risk persisted after adjusting for the effect of other factors.

Conclusions: Psychopathology, psychosocial factors and smoking are independently associated with increased risk for serious suicide attempts.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Allebeck P, Allgulander C. Psychiatric diagnoses as predictors of suicide. A comparison of diagnoses at conscription and in psychiatric care in a cohort of 50,465 young men. *Br J Psychiatry*. 1990 Sep; 157:339-44.
2. Allgulander C. Suicide and mortality patterns in anxiety neurosis and depressive neurosis. *Arch Gen Psychiatry*. 1994 Sep; 51(9): 708-12.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Ed., DSM-IV. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
4. American Psychiatric Association. Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders 2004. PART A: Assessment, Treatment, and Risk Management Recommendations.
5. Andrews JA, Lewinsohn PM. Suicidal attempts among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992 Jul; 31(4): 655-62.
6. Apter A, Plutchik R, van Praag HM. Anxiety, impulsivity and depressed mood in relation to suicidal and violent behavior. *Acta Psychiatr Scand*. 1993; 87(1):1-5
7. Banki CM, Arato M. Amine metabolites and neuroendocrine responses related to depression and suicide. *J Affect Disord*. 1983 Aug; 5(3): 223-32.
8. Baska T, Ballova M, Mad'ar R, Straka S. Epidemiology of smoking habit in adolescents. Suggestions for prevention. *Cent Eur J Public Health*. 1999 Feb; 7(1):31-4.
9. Bazas T, Jemos J, Stefanis K, Trichopoulos D. Incidence and seasonal variation of suicide mortality in Greece. *Compr Psychiatry* 1979 Jan-Feb; 20(1):15-20.
10. Beardslee WR, Salt P, Versage EM, Gladstone TR, Wright EJ, Rothberg PC. Sustained change in parents receiving preventive interventions for families with depression. *Am J Psychiatry*. 1997 Apr; 154(4): 510-5.
11. Beaumont G, Hetzel W. Patients at risk of suicide and overdose. *Psychopharmacology (Berl)*. 1992; 106 Suppl: S123-6.
12. Beck AT, Schuyler D, Herman I. Development of suicidal intent scales. In: Beck AT, Resnic HLP, Lettieri DJ, eds. *The prediction of suicide*. Philadelphia, PA: The Charles Press Publishers, 1986: 45-56.

13. Beck-Friis J, Kjellman BF, Aperia B, Under F, von Rosen D, Ljunggren JG, Wetterberg L. Serum melatonin in relation to clinical variables in patients with major depressive disorder and a hypothesis of a low melatonin syndrome. *Acta Psychiatr Scand.* 1985 Apr; 71(4): 319-30.
14. Beratis S. Suicide in southwestern Greece 1979-1984. *Acta Psychiatr Scand.* 1986 Nov; 74(5): 433-9.
15. Beratis S, Lekka NP, Gabriel J. Smoking among suicide attempters. *Compr Psychiatry.* 1997 Mar-Apr; 38(2): 74-9.
16. Beratis S. Factors associated with suicidal attempts in Greece. *Psychopathology* 1990; 23(3):161-8.
17. Beratis S. Suicide among adolescents in Greece. *Br J Psychiatry.* 1991 Oct; 159: 515-9.
18. Borges G, Saltijeral MT, Bimbela A, Mondragon L. Suicide attempts in a sample of patients from a general hospital. *Arch Med Res.* 2000 Jul-Aug; 31(4): 366-72.
19. Brent DA, Perper JA, Allman CJ. Alcohol, firearms, and suicide among youth. Temporal trends in Allegheny County, Pennsylvania, 1960 to 1983. *JAMA.* 1987 Jun; 257(24): 3369-72.
20. Brent DA, Perper JA, Goldstein CE, Kolko DJ, Allan MJ, Allman CJ, Zelenak JP. Risk factors for adolescent suicide. A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Arch Gen Psychiatry.* 1988 Jun; 45(6): 581-8.
21. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Allman C, Friend A, Roth C, Schweers J, Balach L, Baugher M. Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1993 May; 32(3):521-9.
22. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Liotus L, Schweers J, Balach L, Roth C. Familial risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *Acta Psychiatr Scand.* 1994 Jan; 89(1): 52-8.
23. Breslau N, Kilbey MM, Andreski P. Nicotine dependence, major depression, and anxiety in young adults. *Arch Gen Psychiatry.* 1991 Dec; 48(12):1069-1074.
24. Breslau N, Kilbey MM, Andreski P. Nicotine dependence, and major depression. New evidence from a prospective investigation. *Arch Gen Psychiatry.* 1993 Jan; 50(1):31-5.

25. Breslau N, Kilbey MM, Andreski P. Nicotine withdrawal symptoms and psychiatric disorders: findings from an epidemiologic study of young adults. *Am J Psychiatry*. 1992 Apr; 149(4): 464-9.
26. Brown GL, Ebert MH, Goyer PF, Jimerson DC, Klein WJ, Bunney WE, Goodwin FK. Aggression, suicide, and serotonin: relationships to CSF amine metabolites. *Am J Psychiatry*. 1982 Jun; 139(6): 741-6.
27. Brown RA, Lewinsohn PM, Seeley JR, Wagner EF. Cigarette smoking, major depression, and other psychiatric disorders among adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996 Dec; 35(12):1602-10.
28. Choi WS, Patten CA, Gillin JC, Kaplan RM, Pierce JP. Cigarette smoking predicts development of depressive symptoms among U.S. *Ann Behav Med*. 1997; 19(1):42-50.
29. Clark DC, Sommerfeldt L, Schwartz M, Hedeker D, Watel L. Physical recklessness in adolescence: trait or byproduct of depressive/suicidal states? *J Nerv Ment Dis*. 1990 Jul; 178(7):423-433.
30. Coan RW. Personality variables associated with cigarette smoking. *J Pers Soc Psychol*. 1973 Apr; 26(1):86-104.
31. Cohen-Sandler R, Berman AL, King RA. Life stress and symptomatology: determinants of suicidal behavior in children. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1982 Mar; 21(2):178-186.
32. Corbalan Carrillo G, Sierra Manzano JM, Marion Navasa G, Carre Catasus M. Tobacco consumption and nicotine dependence. A study of adolescents. *Rev Enferm* 1997 Apr; 20(224): 14-6.
33. D'Eramo KS, Prinstein MJ, Freeman J, Grapentine WL, Spirito A. Psychiatric diagnoses and comorbidity in relation to suicidal behavior among psychiatrically hospitalized adolescents. *Child Psychiatry Hum Develop*. 2004 Fall; 35(1):21-35.
34. Davidson LE, Rosenberg ML, Mercy JA, Franklin J, Simmons JT. An epidemiologic study of risk factors in two teenage suicide clusters. *JAMA*. 1989 Nov; 262(19): 2687-92.
35. De Leon J, Dadvand M, Canuso C, White AO, Stanilla JK, Simpson GM. Schizophrenia and smoking: an epidemiological survey in a state hospital. *Am J Psychiatry* 1995 Mar; 152(3):453-5.

36. Dembo R, Dertke M, La Voie L, Borders S, Washburn M, Schmeidler J. Physical abuse, sexual victimization and illicit drug use: a structural analysis among high risk adolescents. *J Adolesc.* 1987 Mar; 10(1): 13-34.
37. Deykin EY, Alpert JJ, McNamarra JJ. A pilot study of the effect of exposure to child abuse or neglect on adolescent suicidal behavior. *Am J Psychiatry.* 1985 Nov; 142(11): 1299-303.
38. Dimitriou E, Ierodiakonou I, Hahamidou M, Minas E, Alvanou A, Simos G, Tzikas D. Attempted suicide in Thessaloniki, Greece. *Medit J Soc Psychiat.* 1986; 7:151-158.
39. Dinn WM, Aycicegi A, Harris CL. Cigarette smoking in a student sample: neurocognitive and clinical correlates. *Addict Behav.* 2004 Jan; 29(1):107-26.
40. Drake RE, Gates C, Cotton PG, Whitaker A. Suicide among schizophrenics. Who is at risk; *J Nerv Ment Dis.* 1984 Oct; 172(10): 613-7.
41. Epstein JA, Williams C, Botvin GJ, Diaz T, Ifill-Williams M. Psychosocial predictors of cigarette smoking among adolescents living in public housing developments. *Tob Control.* 1999 Spring; 8(1): 45-52.
42. Erlich H. Shmuel. Adolescent Suicide. Maternal Longing and Cognitive Development. *Psychoanal Study Child.* 1978; 33:261-77.
43. Escobedo LG, Reddy M, Giovino GA. The relationship between depressive symptoms and cigarette smoking in US adolescents. *Addiction.* 1998 Mar; 93(3):433-40.
44. Eysenck HJ. Smoking, personality and psychosomatic disorders. *J. Psychosom Res.* 1963 Oct; 13:107-130.
45. Farberow NL. Cultural history of suicide. In: Farberow NL, ed. *Suicide in different cultures.* Baltimore: University Park Press, 1975:1-15.
46. File SE, Dinnis AK, Heard JE, Irvine EE. Mood differences between male and female light smokers and nonsmokers. *Pharmacol Biochem Behav.* 2002 Jun; 72(3):681-9.
47. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders- patient edition (SCID I/P), version 2.0. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, 1995.

48. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II), version 2.0. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, 1996.
49. Friedman M, Glasser M, Laufer E, Laufer M, Wohl M. Attempted suicide and self-mutilation in adolescence: some observations from a psychoanalytic research project. *Int J Psychoanal.* 1972; 53(2):179-83.
50. Gabriel J, Paschalis C, Beratis S. Suicide in Urban and Rural Southern Greece. *Eur J Psychiatry.* 1993 Apr-Jun; 7(2):103-11.
51. Gabriel J, Paschalis C. The Psychopathology of Suicide in the North Western Peloponnesus. *Psychopathology.* 1991; 24(2):82-7.
52. Garfinkel BD, Froese A, Hood J. Suicide attempts in children and adolescents. *Am J Psychiatry.* 1982 Oct; 139(10): 1257-61.
53. Garland AF, Zigler E. Adolescent suicide prevention. Current research and social policy implications. *Am Psychol.* 1993 Feb; 48(2): 169-82.
54. Garrison CZ, Jackson KL, Addy CL, McKeown RE, Waller JL. Suicidal behaviors in young adolescents. *Am J Epidemiology.* 1991 May; 133(10): 1005-14.
55. Garrison CZ, McKeown RE, Valois RF, Vincent ML. Aggression, substance use, and suicidal behaviors in high school students. *Am J Public Health.* Feb 1993; 83(2):179-84
56. Glassman AH, Stetner F, Walsch BT, Raizman PS, Fleiss JL, Cooper TB, Covey LS. Heavy smokers, smoking cessation and clonidine. Results of a double-blind, randomized trial. *JAMA.* 1988 May; 259(19): 2863-6.
57. Glassman AH. Cigarette smoking: implications for psychiatric illness. *Am J Psychiatry.* 1993 Apr; 150(4): 546-53.
58. Goff DC, Henderson DC, Amico E. Cigarette smoking in schizophrenia: relationship to psychopathology and medication side effects. *Am J Psychiatry.* 1992 Sep; 149(9):1189-94.
59. Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Arch Gen Psychiatry.* 1996 Dec; 53(12): 1155-62.
60. Gould MS, King R, Greenwald S, Fisher P, Schwab-Stone M, Kramer R, Flisher AJ, Goodman S, Canino G, Shaffer D. Psychopathology associated with suicidal

- ideation and attempts among children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998 Sep; 37(9):915-23.
61. Gould MS, Shaffer D. The impact of suicide in television movies. Evidence of imitation. *N Engl J Med*. 1986 Sep; 315(11): 690-4.
 62. Haberlandt WF. Apportacion a la genetica del suicidio [Contribution to the genetics of suicide]. *Folia Clin Int (Barc)*. 1967 Jun; 17(6):319-22.
 63. Hallfors DD, Waller MW, Ford CA, Halpern CT, Brodish PH, Iritani B. Adolescent depression and suicide risk Association with sex and drug behavior. *Am J Prev Med*. 2004 Oct; 27(3): 224-31.
 64. Hughes JR, Gust SW, Skoog K, Keenan RM, Fenwick JW. Symptoms of tobacco withdrawal. A replication and extension. *Arch Gen Psychiatry*. 1991 Jan; 48(1): 52-9.
 65. Hughes JR, Hatsukami DK, Mitchell JE, Dahlgren LA. Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*. 1986 Aug; 143(8):993-7.
 66. Ierodiakonou CS, Dimitriou E, Partsafyllides T. Suicide attempts in Thessaloniki area. Clinical and psychopathological findings of the first year of research. *Ment Health Soc*. 1974; 1(3-4): 246-50.
 67. Jacobs MA, Anderson LS, Champagne E, Karush N, Richman SJ, Knapp PH. Orality, impulsivity, and cigarette smoking in men: further findings in support of a theory. *J Nerv Ment Dis* 1966 Sep; 143(3):207-19.
 68. Juel-Nielsen N, Videbech T. A twin study of suicide. *Acta Genet Med Gemellol (Roma)*. 1970 Jan-Apr; 19(1): 307-10.
 69. Kahn RS, Asnis GM, Wetzler S, van Praag HM. Neuroendocrine evidence for serotonin receptor hypersensitivity in panic disorder. *Psychopharmacology (Berl)*. 1988; 96(3): 360-4.
 70. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Kaplan and Sadock's *Ψυχιατρική*. Τόμος Β, Κεφ. 31.1, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσα, VII έκδοση, 2000.
 71. Kendler KS, Eaves LJ. Models for the joint effect of genotype and environment on liability to psychiatric illness. *Am J Psychiatry*. 1986 Mar; 143(3):279-89.
 72. Kendler KS, Neale MC, MacLean CJ, Heath AC, Eaves LJ, Kessler RC. Smoking and major depression. A causal analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1993 Jan; 50(1):36-43.

73. Kety SS. Genetic factors in suicide. In: Roy A., ed. Suicide. Baltimore, Md: Williams & Wilkins; 1986:41-45.
74. King RA, Schwab-Stone M, Flisher AJ, Greenwald S, Kramer RA, Goodman SH, Lahey BB, Shaffer D, Gould MS. Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2001 Jul; 40(7): 837-46.
75. Kjellman BF, Ljunggren JG, Beck-Friis J, Wetterberg L. Effect of TRH on TSH and prolactin levels in affective disorders. *Psychiatry Res.* 1985 Apr; 14(4): 353-63.
76. Kontaxakis V, Markianos M, Vaslamatzis G, Markidis M, Kanellos P, Stefanis C. Multiple neuroendocrinological responses in borderline personality disorder patients. *Acta Psychiatr Scand.* 1987 Nov; 76(5): 593-7.
77. Korn ML, Kotler M, Molcho A, Botsis AJ, Grosz D, Chen C, Plutchik R, Brown SL, van Praag HM. Suicide and violence associated with panic attacks. *Biol Psychiatry.* 1992 Mar; 31(6): 607-12.
78. Kosky R. Childhood suicidal behaviour. *J Child Psychol Psychiatry.* 1983 Jul; 24(3): 457-68.
79. Kruesi MJ, Grossman J, Pennington JM, Woodward PJ, Duda D, Hirsch JG. Suicide and violence prevention: parent education in the emergency department. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999 Mar; 38(3): 250-5.
80. Laufer M. The body image, the function of masturbation, and adolescence. Problems of the ownership of the body. *Psychoanal Study Child.* 1968; 23:114-37.
81. Leon AC, Friedman RA, Sweeney JA, Brown RP, Mann JJ. Statistical issues in the identification of risk factors for suicidal behavior: the application of survival analysis. *Psychiatry Res.* 1990 Jan; 31(1): 99-108.
82. Levy JC, Deykin EY. Suicidality, depression, and substance abuse in adolescence. *Am J Psychiatry.* 1989 Nov; 146(11):1462-7.
83. Lewinsohn PM, Clarke GN, Seeley JR, Rohde P. Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1994 Jul-Aug; 33(6): 809-18.
84. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. *J Consult Clin Psychol.* 1994 Apr; 62(2): 297-305.

85. Linkowski P, Van Wettere JP, Kerkhofs M, Brauman H, Mendlewicz J. Thyrotrophin response to thyreostimulin in affectively ill women relationship to suicidal behaviour. *Br J Psychiatry*. 1983 Oct; 143:401-5.
86. Lohr JB, Flynn K. Smoking and schizophrenia. *Schizophr Res*. 1992 Dec; 8(2):93-102.
87. Madianos MG, Gefou-Madianou D, Stefanis CN. Depressive symptoms and suicidal behavior among general population adolescents and young adults across Greece. *Eur Psychiatry*. 1993; 8(3):139-46.
88. Madianos MG, Gefou-Madianou D, Stefanis CN. Symptoms of depression, suicidal behavior and use of substances in Greece: a nationwide general population survey. *Acta Psychiatr Scand*. 1994 Mar; 89(3):159-166.
89. Madianos MG, Stefanis CN. Changes in the prevalence of symptoms of depression and depression across Greece. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1992 Oct; 27(5):211-9.
90. Makikyro TH, Hakko HH, Timonen MJ, Lappalainen JA, Ilomaki RS, Marttunen MJ, Lakso K, Rasanen PK. Smoking and suicidality among adolescent psychiatric patients. *J Adolesc Health*. 2004 Mar; 34(3): 250-3.
91. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry*. 1999 Feb; 156(2):181-9.
92. McClure GM. Suicide in children and adolescents in England and Wales 1960-1990. *Br J Psychiatry*. 1994 Oct; 165(4): 510-4.
93. McKeown RE, Garrison CZ, Cuffe SP, Waller JL, Jackson KL, Addy CL. Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998 Jun; 37(6):612-9.
94. Mishara BL. Conceptions of death and suicide in children ages 6-12 and their implications for suicide prevention. *Suicide Life Threat Behavior*. 1999 Summer; 29(2):105-18.
95. Murphy GE, Wetzel RD. Suicide risk by birth cohort in the United States, 1949 to 1974. *Arch Gen Psychiatry*. 1980 May; 37(5): 519-23.
96. Murphy GE, Wetzel RD. The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry*. 1990 Apr; 47(4): 383-92.

97. Ninan PT, van Kammen DP, Scheinin M, Linnoila M, Bunney WE Jr, Goodwin FK. CSF 5-hydroxyindoleacetic acid levels in suicidal schizophrenic patients. *Am J Psychiatry*. 1984 Apr; 141(4): 566-9.
98. Noland MP, Kryscio RJ, Hinkle J, Riggs RS, Linville LH, Ford VY, Tucker TC. Relationship of personal tobacco-raising, parental smoking, and other factors to tobacco use among adolescents living in a tobacco-producing region. *Addict Behav*. 1996 May-Jun; 21(3):349-61.
99. Olfson M, Marcus SC, Pincus HA, Zito JM, Thompson JW, Zarin DA. Antidepressant prescribing practices of outpatient psychiatrists. *Arch Gen Psychiatry*. 1998 Apr; 55(4): 310-6.
100. Orpinas PK, Basen-Engquist K, Grunbaum JA, Parcel GS. The co-morbidity of violence-related behaviors with health-risk behaviors in a population of high school students. *J Adolesc Health* 1995 Mar; 16(3):216-25.
101. Pfeffer R. Cynthia. Attempted Suicide in Children and Adolescents. Causes and Management. In: Melvin Lewis ed. *Child and Adolescent Psychiatry – A Comprehensive Textbook*. Lippincott Williams & Wilkins, 1991: Chapter 57, 664-672.
102. Plomin R, Willerman L, Loehlin JC. Resemblance in appearance and the equal environments assumption in twin studies of personality traits. *Behav Genet* 1976 Jan; 6(1): 43-52.
103. Reinherz HZ, Giaconia RM, Silverman AB, Friedman A, Pakiz B, Frost AK, Cozen E. Early psychosocial risks for adolescent suicidal ideation and attempts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995 May; 34(5): 599-611.
104. Renaud J, Brent DA, Birmaher B, Chiappetta L, Bridge J. Suicide in Adolescents With Disruptive Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999 Jul; 38(7): 846-51.
105. Riggs S, Alario AJ, McHorney C. Health risk behaviors and attempted suicide in adolescents who report prior maltreatment. *J Pediatr* 1990 May; 116(5):815-21.
106. Rihmer Z, Barsi J, Arato M, Demeter E. Suicide in subtypes of primary major depression. *J Affect Disord*. 1990 Mar; 18(3): 221-5.
107. Robbins DR, Alessi NE. Depressive symptoms and suicidal behavior in adolescents. *Am J Psychiatry*. 1985 May; 142(5): 588-92.

108. Roy A, Segal NL, Centerwall BS, Robinnette CD. Suicide in twins. *Arch Gen Psychiatry*. 1991 Jan; 48(1): 29-32.
109. Roy A, Linnoila M. Suicidal behavior, impulsiveness and serotonin. *Acta Psychiatr Scand*. 1988 Nov; 78(5): 529-35.
110. Royal College of Physicians. *Smoking or Health*. London, UK: Pitman Medical, 1977.
111. Sargent JD, Molt LA, Stevens M. Predictors of smoking cessation in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1998 Apr; 152(4): 388-93.
112. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, Flory M. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry*. 1996 Apr; 53(4): 339-48.
113. Shaffer D, Craft L. Methods of adolescent suicide prevention. *J Clin Psychiatry*. 1999; 60 Suppl 2: 70-4.
114. Stanton WR, Lowe JB, Gillespie AM. Adolescents experiences of smoking cessation. *Drug Alcohol Depend*. 1996 Dec; 43(1-2): 63-70.
115. Sun D, Anderson M, Shah A, Julliard K. Early adolescents' perceptions of cigarette smoking: a cross-sectional survey in a junior high school. *Adolescence*. 1998 Winter; 33(132): 805-10.
116. Tercyak KP, Audrain-McGovern J. Personality differences associated with smoking experimentation among adolescents with and without comorbid symptoms of ADHD. *Subst Use Misuse*. 2003 Dec; 38(14):1953-70.
117. Terracciano A, Costa PT Jr. Smoking and the Five-Factor Model of personality. *Addiction*. 2004 Apr; 99(4): 472-81.
118. Tomori M, Zalar B, Kores Plesnicar B, Ziherl S, Stergar E. Smoking in relation to psychosocial risk factors in adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2001 Jun; 10(2): 143-50.
119. Tomori M, Zalar B. Characteristics of suicide attempters in a Slovenian high school population. *Suicide Life Threat Behav*. 2000 Fall; 30(3): 222-38.
120. Tousignant M, Bastien MF, Hamel S. Suicidal attempts and ideations among adolescents and young adults: the contribution of the father's and mother's care and of parental separation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1993 Oct; 28(5): 256-61.

121. Velting DM, Rathus JH, Asnis GM. Asking adolescents to explain discrepancies in self-reported suicidality. *Suicide Life Threat Behav.* 1998 Summer; 28(2): 187-96.
122. Walter HJ, Vaughan RD, Armstrong B, Krakoff RY, Maldonado LM, Tiezzi L, McCarthy JF. Sexual, assaultive, and suicidal behaviors among urban minority junior high school students. *J Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1995 Jan; 34(1): 73-80.
123. Wang MQ, Fitzhugh EC, Turner L, Fu Q, Westerfield RC. Association of depressive symptoms and school adolescents' smoking: a cross-lagged analysis. *Psychol Rep* 1996 Aug; 79(1): 127-30.
124. Weisman A, Worden JW. Risk-rescue rating in suicide assessment. In: Beck AT, Resnik HLP, Lettieri DJ, eds. *The prediction of suicide.* Philadelphia, PA: The Charles Press Publishers, 1986:193-213.
125. Williams JG, Covington CJ. Predictors of cigarette smoking among adolescents. *Psychol Rep.* 1997 Apr; 80(2): 481-2.
126. Windle RC, Windle M. An investigation of adolescents' substance use behaviors, depressed affect, and suicidal behaviors. *J Child Psychol Psychiatry.* 1997 Nov; 38(8): 921-9.
127. WHO. Suicide rates (per 100 000), by country, year, and gender. Geneva: World Health Organisation, 2005.
128. Woods ER, Lin YG, Middleman A, Beckford P, Chase L, DuRant RH. The Association of Suicide Attempts in Adolescents. *Pediatrics.* 1997; 99(6): 791-6.
129. Zaw KM. A suicidal family. *Br J Psychiatry.* 1981 Jul; 139: 68-9.
130. Δημητρίου Χ. Ευάγγελος. Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά στην Ελλάδα: δημογραφικά και κλινικά ευρήματα. *Ψυχιατρική* 1995, 6:260-269.
131. Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος. Πραγματικός Πληθυσμός της Ελλάδος. Απογραφή/Census 2001.
132. Κονταξάκης Π. Βασίλης. Αυτοκτονία και ψυχικές διαταραχές. *Ψυχιατρική* 1995, 6: 233-241
133. Μπότσης Ι. Αλέξανδρος. Επιθετικότητα και αυτοκτονική συμπεριφορά: κοινό βιοχημικό υπόστρωμα; *Ψυχιατρική* 1995, 6:260-269

134. Παπαδημητρίου Ν. Γιώργος. Κληρονομικότητα και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Ψυχιατρική 1995, 6:242-250
135. Σολδάτος Ρ. Κ. Η ψυχοβιολογική θεώρηση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς: Εισαγωγή Ψυχιατρική 1995, 6:221-224.
136. Τσιάντης Ι., Γιαννοπούλου-Καβουρίδη Στ., Ξυπολυτά-Τσαντίλη Δανάη. Απόπειρες αυτοκτονίας σε παιδιά και εφήβους. Παιδιατρική 44: 99-110, 1981.
137. Χατζημανώλης Ι. Σχέση βιολογικών παραμέτρων και αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Ψυχιατρική 1995, 6:251-259

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ - ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Ημ/νία εισόδου Νοσοκ. _____ Ημ/νία συλλογής πληρ. _____

Ημ/νία εξόδου Νοσοκ. _____ Αρ. Μητρώου Νοσοκ. _____

Ονοματεπώνυμο _____

Ηλικία _____ Ημερομηνία γεννήσεως _____

Τόπος γεννήσεως _____

Διεύθυνση _____ Τηλέφωνο _____

Επάγγελμα – Επίπεδο σπουδών _____

Οικογενειακή κατάσταση _____

Παιδιά (όνομα, ηλικία, σπουδές, επάγγελμα) _____

Πατέρας (όνομα, ηλικία, επάγγελμα, επίπεδο σπουδών) _____

Μητέρα (όνομα, ηλικία, επάγγελμα, επίπεδο σπουδών) _____

Αδέλφια (όνομα, ηλικία, επάγγελμα, επίπεδο σπουδών) _____

Όνομα συζύγου _____ Ηλικία _____

Ημερομηνία γεν/σεως _____ Τόπος γεν/σεως _____

Διεύθυνση _____ Τηλέφωνο _____

Επάγγελμα – Επίπεδο σπουδών _____

Πατέρας συζύγου (όνομα, επάγγελμα, επίπεδο σπουδών) _____

Μητέρα συζύγου (όνομα, επάγγελμα, επίπεδο σπουδών) _____

Αδέλφια (όνομα, επάγγελμα, επίπεδο σπουδών) _____

Λόγος για τον οποίο ζητήθηκε η ψυχιατρική εξέταση και από ποιον

Ιστορικό παρούσης νόσου. Να περιλαμβάνει:

1. Το πως παρουσιάζει ο άρρωστος το γεγονός στην αρχή: αν προσπαθεί να το καλύψει
2. Λεπτομερής περιγραφή της απόπειρας καθώς και της συμπεριφοράς πριν και μετά
3. Stress κατά τους 6 μήνες που προηγούνται της απόπειρας
4. Περιγραφή συναισθηματικής κατάστασης και συμπεριφοράς κατά τους 6 μήνες που προηγούνται της απόπειρας
5. Κλινική περιγραφή αρρώστου
6. Εάν υπήρχαν παρόμοια επεισόδια στο παρελθόν, συνθήκες, τρόπος αντιμετώπισης
7. Γενική εξέλιξη του ιστορικού της παρούσης νόσου.

[illegible]

[illegible]

Οικογενειακό ιστορικό (γονείς – αδέρφια)

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Καταπίεση από γονείς στην εφηβική ηλικία

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Προσωπικό ιστορικό συζύγου

Οικογενειακό ιστορικό συζύγου

Παρούσα οικογενειακή κατάσταση

ΙΣΤΟΡΙΚΟ (MARTYRES)

Ημ. εισόδου στο νοσοκ.: Ημ. συλ. πληροφοριών:
Ημ. εξόδου από νοσοκ.: Α.Μ.:

Όνοματεπώνυμο:
Ημερ. γέννησης: Ηλικία: Τόπος γέννησης:
Διευθ.: Τηλ. οικίας: Σχολείο-επάγγελμα:

	Όνομα	Ηλικία	Επάγγελμα	Μορφ. επίπεδο
Πατέρας				
Μητέρα				
Αδέρφια				
				
				

Νοσηλεύεται στην:
Αιτία εισόδου:

Παρούσα κατάσταση:
.....
.....
.....
.....
.....

Ατομικό ιστορικό

- Εγκυμοσύνη:
- Ανάπτυξη:
.....
.....
- Λανθάνουσα περίοδος:
.....
.....
- Σχολικές επιδόσεις:
.....
.....
- Εξωσχολικές δραστηριότητες:
.....
.....
- Φίλοι:
- Προβλήματα συμπεριφοράς:
.....

- Χρήση ουσιών:
- Σωματική υγεία:

Οικογενειακό ιστορικό

- ιατρικό:
- ψυχιατρικό:
- Σημαντικές
ιδιαιτερότητες:
- Άλλες παρατηρήσεις:

Σχέσεις με γονείς – αδέρφια

.....

.....

.....

Καταπίεση από γονείς στην εφηβική ηλικία

.....

.....

.....

Διάγνωση

.....

.....

.....

.....

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΚΑΠΝΟΥ

Ημερομηνία συνάντησης

Όνομα Ασθενούς
Ημερομηνία Γεννήσεως
Φύλο

ΚΑΠΝΟΣ

Ηλικία έναρξης:
Συνθήκες έναρξης:

Τωρινή ημερήσια ποσότητα:
Χρονική ημερήσια κατανομή:

Είδος καπνού:
Λόγος χρήσεως καπνού:

Σκέψεις σχετικές με χρήση καπνού:

Αίσθημα ανάγκης σε έλλειψη: 1) όχι
2) όχι πειστική
3) ιδιαίτερα πειστική

Χρήστης καφέ: ναι όχι

ΝΙΚΟΤΙΝΗ (στέρηση)

Όταν σας έλειψαν τσιγάρα είχατε αισθανθεί κάποια από τα παρακάτω συμπτώματα?

- (1) Έντονη επιθυμία για νικοτίνη (τσιγάρα)
- (2) Ευερεθιστότητα, εκνευρισμό, ή θυμό
- (3) Άγχος
- (4) Δυσκολία συγκέντρωσης
- (5) Ανησυχία
- (6) Επιβράνδυση του καρδιακού ρυθμού
- (7) Αυξημένη όρεξη ή αύξηση του σωματικού βάρους

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΚΑΦΕ

Ημερομηνία συνάντησης

Όνομα Ασθενούς

Ημερομηνία Γεννήσεως

Φύλο

ΚΑΦΕΣ

Ηλικία έναρξης:

Συνθήκες έναρξης:

Τωρινή ημερήσια ποσότητα:

Χρονική ημερήσια κατανομή:

Είδος καφέ:

Σκέψεις σχετικές με χρήση καφέ:

Αίσθημα ανάγκης σε έλλειψη: 1) όχι
2) όχι πιεστική
3) ιδιαίτερα πιεστική

Χρήστης καπνού: ναι όχι

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΛΚΟΟΛ

Όνομα Ασθενούς:
Ημ/νία Γεννήσεως:

Φύλο: Α Θ

ΑΛΚΟΟΛ:

Ηλικία έναρξης:

Συνθήκες έναρξης:

Συχνότητα χρήσης:

Ημερήσια ποσότητα:

Χρονική ημερήσια κατανομή:

Σκέψεις σχετικά με την χρήση:

Προβλήματα λόγω χρήσης:

A) μειωμένη απόδοση: εργασία:

Σχολείο:

Σπίτι:

Ψυχαγωγία:

B) με το νόμο:

Γ) επικίνδυνη χρήση για την σωματική υγεία:

Δ) διαπροσωπικά ή κοινωνικά προβλήματα λόγω συνεχιζόμενης χρήσης:

Ανοχή:

Αίσθημα ανάγκης σε έλλειψη:

A) όχι:

B) όχι πειστική:

Γ) ιδιαίτερα πειστική:

Στερητικά συμπτώματα:

Λήψη άλλης παρόμοιας ή της ίδιας για την αποφυγή στερητικών συμπτωμάτων:

Λήψη μεγαλύτερης ποσότητας για περισσότερο χρόνο σε σχέση με την πρόθεση:

Δραστηριότητες για την απόκτηση:

Έντονη επιθυμία ή προσπάθειες να διακοπεί ή να ελεγχθεί η χρήση:

Γνώση των μόνιμων ή υποτροπιάζόντων σωματικών /ψυχολογικών προβλημάτων και συνέχιση της χρήσης:

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΧΗΜΙΚΗΣ ΟΥΣΙΑΣ

Ημ/νία Συνάντησης

Όνομα Ασθενούς:
Ημ /νία Γεννήσεως:

Φύλο: Α Θ

ΧΗΜΙΚΗ ΟΥΣΙΑ(είδος):

Ηλικία έναρξης:

Συνθήκες έναρξης:

Συχνότητα χρήσης:

Ημερήσια ποσότητα:

Χρονική ημερήσια κατανομή:

Σκέψεις σχετικά με την χρήση:

Προβλήματα λόγω χρήσης:

A) μειωμένη απόδοση:εργασία:

Σχολείο:

Σπίτι:

Ψυχαγωγία:

B) με το νόμο:

Γ) επικίνδυνη χρήση για την σωματική υγεία:

Δ) διαπροσωπικά ή κοινωνικά προβλήματα λόγω συνεχιζόμενης χρήσης:

Ανοχή:

Αίσθημα ανάγκης σε έλλειψη:

A) όχι:

B) όχι πιεστική:

Γ) ιδιαίτερα πιεστική:

Στερητικά συμπτώματα:

Λήψη άλλης παρόμοιας ή της ίδιας για την αποφυγή στερητικών συμπτωμάτων:

Λήψη μεγαλύτερης ποσότητας για περισσότερο χρόνο σε σχέση με την πρόθεση:

Δραστηριότητες για την απόκτηση:

Έντονη επιθυμία ή προσπάθειες να διακοπεί ή να ελεγχθεί η χρήση:

Γνώση των μόνιμων ή υποτροπιάζόντων σωματικών /ψυχολογικών προβλημάτων και συνέχιση της χρήσης:

ΚΛΙΜΑΚΑ ΚΙΝΔΥΝΟΥ – ΔΙΑΣΩΣΗΣ
(Avery Weisman MD, JW Worden PhD)

Ημ/νια Συλ/γής Πλ/ριών: _____ A/A: _____
 Όνομα _____, Ηλικία _____, Φύλο _____, Risk score _____
 Συνθήκες _____ Rescue score _____
 _____ Risk-Rescue _____
 _____ Rating _____

<u>Παράγοντες Κινδύνου</u>		<u>Παράγοντες Διάσωσης</u>	
1.	Τρόπος που χρησιμοποιήθηκε	1.	Τοποθεσία
	1. Λήψη ουσιών, κόψιμο, μαχαίρωμα		3. Οικεία
	2. Πνιγμός, ασφυξία, απαγχονισμός		2. Όχι οικεία, όχι απόμακρη
	3. Πήδημα, πυροβολισμός		1. Απόμακρη
2.	Μειωμένη Συνείδηση	2.	Πρόσωπο που ξεκίνησε τη διάσωση
	1. Όχι φανερή		3. Πρόσωπο κλειδί
	2. Σύγχυση, ημικόμα		2. Επαγγελματίας
	3. Κώμα, βαθύ κώμα		1. Κάποιος που περνούσε
3.	Βλάβη/Τοξικότης	3.	Πιθανότης να βρεθεί από κάποιον που θα τον έσωζε
	1. Ήπια		3. Ψηλή, σχεδόν βέβαια
	2. Μέση		2. Αβέβαιο αν θα βρισκόταν
	3. Σοβαρή		1. Τυχαία βρέθηκε
4.	Αναστρεψιμότης	4.	Το ευπρόσιτο της Διάσωσης
	1. Καλή, αναμένεται πλήρης (24h) ανάρρωση		3. Ζητάει βοήθεια
	2. Ικανοποιητική, αναμένεται ανάρρωση σε κάποιο χρόνο		2. Κάνει νύξεις
	3. Φτωχή, εάν αναρρώσει αναμένονται κατάλοιπα		1. Δεν ζητάει βοήθεια

5.	Θεραπεία που χρειάστηκε	5.	Καθυστερήση μέχρι να ανακαλυφθεί
	1. Πρώτες βοήθειες, φροντίδα στα επείγοντα		3. Κατά την επόμενη ώρα
	2. Εισαγωγή, θεραπεία ρουτίνας		2. Λιγότερο από 4 ώρες
	3. Εντατική θεραπεία, ιδιαίτερη θεραπεία		1. Περισσότερο από 4 ώρες
Ολικοί Πόντοι Κινδύνου _____		Ολικοί Πόντοι Διάσωσης _____	
Risk score		Rescue score	
5. Υψηλός κίνδυνος (13-15)		1. Ελάχιστα (5-7)	
4. Υψηλός προς μέσο (11-12)		2. Χαμηλό προς μέσο (8-9)	
3. Μέσος (9-10)		3. Μέσο (10-11)	
2. Χαμηλός προς μέσο (7-8)		4. Υψηλό προς μέσο (12-13)	
1. Χαμηλός (5-6)		5. Το πιο υψηλό (14-15)	

ΚΛΙΜΑΚΑ ΠΡΟΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ (Beck και συνεργατών)

Ημ/νια Συλ/γής Πλ/ριών: _____ Α/Α: _____

Όνομα _____, Ηλικία _____, Φύλο _____

Συνθήκες σχετιζόμενες με πρόθεση

1.	Απομόνωση
	0. Κάποιος ήταν παρών
	1. Κάποιος ήταν κάπου κοντά ή σε επαφή (μέσω τηλεφώνου)
	2. Ουδείς ήταν κοντά ή σε επαφή
2.	Χρονικός καθορισμός
	() Δεν ισχύει
	0. Σχεδιασμένο ώστε η παρέμβαση ήταν πιθανή
	1. Σχεδιασμένο ώστε η παρέμβαση δεν ήταν πιθανή
	2. Σχεδιασμένο ώστε η παρέμβαση ήταν τρομερά αδύνατη
3.	Προφυλάξεις ενάντια στο να ανακαλυφθεί και /ή να παρέμβουν
	0. Όχι προφυλάξεις
	1. Παθητική προφύλαξη όπως, να αποφεύγει τους άλλους αλλά να μην κάνει κάτι ενεργητικά να αποφύγει την παρέμβασή τους (μόνος σε δωμάτιο με ξεκλειδωτή πόρτα)
	2. Ενεργητική προφύλαξη (κλειδωμένη πόρτα)
4.	Ενεργεί να έχει βοήθεια κατά τη διάρκεια/ μετά από απόπειρα
	() Δεν ισχύει
	0. Ειδοποίησε κάποιον για την απόπειρα
	1. Ήρθε σε επαφή με κάποιον αλλά δεν τον ειδοποίησε συγκεκριμένα σχετικά με την απόπειρα
	2. Δεν ήρθε σε επαφή ούτε ειδοποίησε κάποιον
5.	Τελευταίες πράξεις αναμένοντας το θάνατο
	0. Καμμία
	1. Ο ασθενής σκέφθηκε ή έκανε κάποιους διακανονισμούς περιμένοντας το θάνατο

	2. Συγκεκριμένα σχέδια έγιναν (αλλαγές σε διαθήκη, δόσιμο δώρων, ρύθμιση ασφάλειας)
6.	Βαθμός σχεδιασμού απόπειρας
	0. Όχι προετοιμασία
	1. Ελάχιστη ή μέτρια προετοιμασία
	2. Εκτεταμένη προετοιμασία
7.	Σημείωμα για αυτοκτονία
	0. Όχι σημείωμα
	1. Σημείωμα γράφτηκε αλλά σχίστηκε ή δεν ελήφθη υπ' όψιν
	2. Παρουσία σημειώματος
8.	Φανερή επικοινωνία της πρόθεσης πριν από την πράξη
	0. Καμμία
	1. Διφορούμενη επικοινωνία
	2. Μη διφορούμενη επικοινωνία
9.	Σκοπός της απόπειρας
	0. Κυρίως να αλλάξει ή να χειριστεί το περιβάλλον
	1. Στοιχεία του '0' και του '2'
	2. Κυρίως για να εξαφανισθεί από το περιβάλλον
Αυτοαναφορά	
10.	Προσδοκίες σχετικές με το μοιραίο της πράξης
	0. Ο ασθενής σκέφτηκε ότι ο θάνατος δεν ήταν δυνατόν να συμβεί ή δεν το σκέφτηκε καθόλου
	1. Ο ασθενής σκέφτηκε ότι ο θάνατος ήταν δυνατό να συμβεί αλλά όχι πιθανό
	2. Ο ασθενής σκέφτηκε ότι ο θάνατος ήταν πιθανός ή βέβαιος
11.	Αντίληψη για την δυνατότητα της μεθόδου να προκαλέσει θάνατο
	0. Ο ασθενής έκανε λιγότερα στον εαυτό του από αυτά που νόμιζε ότι θα προκαλούσαν θάνατο, ή ο ασθενής δεν σκέφτηκε σχετικά
	1. Ο ασθενής δεν ήταν βέβαιος ή σκέφτηκε ότι αυτό που έκανε, μπορεί να προκαλούσε το θάνατο

	2. Η πράξη ήταν παραπάνω ή ισοδυναμούσε με αυτό που ο ασθενής θεωρούσε ότι θα προκαλούσε θάνατο
12.	Σοβαρότητα της απόπειρας
	0. Ο ασθενής δεν θεωρούσε ότι η πράξη ήταν σοβαρή απόπειρα να τερματίσει τη ζωή του
	1. Ο ασθενής αισθανόταν αβεβαιότητα, εάν η πράξη ήταν σοβαρή απόπειρα να τερματίσει τη ζωή του
	2. Ο ασθενής θεωρούσε την πράξη ως σοβαρή απόπειρα να τερματίσει τη ζωή του
13.	Αμφιθυμία στο να ζει
	0. Ο ασθενής δεν ήθελε να πεθάνει
	1. Ο ασθενής δεν ενδιαφερόταν εάν ζήσει ή πεθάνει
	2. Ο ασθενής ήθελε να πεθάνει
14.	Αντίληψη για αναστρεψιμότητα
	0. Ο ασθενής σκέφτηκε ότι ο θάνατος δεν ήταν δυνατό να συμβεί, εάν είχε ιατρική φροντίδα
	1. Ο ασθενής αισθανόταν αβεβαιότητα εάν ο θάνατος μπορούσε να αποφευχθεί με ιατρική φροντίδα
	2. Ο ασθενής ήταν σίγουρος για το θάνατο, ακόμη και αν είχε ιατρική φροντίδα
15.	Βαθμός προγραμματισμού
	0. Καθόλου-παρορμητικά
	1. Μελετούσε αυτοκτονία για 3 ώρες ή λιγότερο πριν από την απόπειρα
	2. Μελετούσε αυτοκτονία για περισσότερο από 3 ώρες πριν από την απόπειρα
Δεν βαθμολογείτε	
16.	Αντίδραση σε απόπειρα
	α. Λυπάται που έκανε απόπειρα
	β. Δέχεται ότι έκανε απόπειρα και το ότι είναι ακόμη ζωντανός
	γ. Λυπάται που είναι ακόμη ζωντανός
17.	Φαντασιώσεις για θάνατο
	α. Φαντάζεται ζωή μετά το θάνατο ή ένωση με πεθαμένους

	β. Το φαντάζεται ως ύπνο που δεν τελειώνει ποτέ ή σκοτάδι
	γ. Δεν το φαντάζεται ή δεν σκέφτηκε σχετικά
18.	Αριθμός προηγούμενων αποπειρών
	α. Καμμία
	β. Μία ή δύο
	γ. Τρεις ή περισσότερες
19.	Κατανάλωση αλκοόλ κατά το χρόνο της απόπειρας
	() Δεν ισχύει
	α. Αρκετό αλκοόλ είχε καταναλωθεί, ώστε ο ασθενής ήταν σε σύγχυση και δεν ήξερε, τι έκανε την ώρα της απόπειρας
	β. Είχε πιεί αλκοόλ, ώστε να πάρει αρκετό κουράγιο να κάνει απόπειρα
	γ. Πήρε αλκοόλ ώστε να ενισχύσει τα χάπια που είχε πάρει ή άλλες μεθόδους που είχε χρησιμοποιήσει
20.	Χρήση χαπιών
	() Δεν ισχύει
	α. Ο ασθενής ήταν υπό την επίδραση χαπιών, έτσι δεν ήξερε τι έκανε τη στιγμή της απόπειρας ή δεν συνειδητοποιούσε όλες τις συνέπειες της απόπειρας
	β. Χρησιμοποίησε χάπια να άρει αναστολές ώστε να μπορέσει να κάνει απόπειρα
	γ. Χρησιμοποίησε χάπια να ενισχύσει και να προσθέσει τη μέθοδο που χρησιμοποίησε

Πολυαξονικό Σύστημα

Άξονας I	Κλινικές Διαταραχές Άλλες Καταστάσεις που Μπορούν να Αποτελέσουν Εστία Κλινικής Προσοχής
Άξονας II	Διαταραχές της Προσωπικότητας Νοητική Καθυστέρηση
Άξονας III	Γενικές Σωματικές Καταστάσεις
Άξονας IV	Ψυχοκοινωνικά και Περιβαλλοντικά Προβλήματα
Άξονας V	Σφαιρική Εκτίμηση της Λειτουργικότητας