

# Παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία και απόπειρα αυτοκτονίας

Ιωάννης Αλ. Νηματούδης

Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής  
Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Η αυτοκτονία αποτελεί μια προσωπική απόφαση-επιλογή του ατόμου για τη συνέχιση της ύπαρξής του: καλείται να κρίνει εάν οι συνθήκες, εξωτερικές ή εσωτερικές, της ζωής του αξίζουν τη συνέχισή της.

Παρά τον αυστηρά ατομικό χαρακτήρα της, η αυτοκτονία είναι παγκόσμιο φαινόμενο που απαντά σε όλες τις περιόδους της ανθρώπινης ιστορίας, σε όλες τις χώρες και σε όλους τους πολιτισμούς, σε διαφορετικές βεβαίως περιστάσεις και φάσεις του κύκλου της ζωής.

Ο ιστορικός Πλούταρχος αναφέρει ότι η αυτοκτονική συμπεριφορά, με τη μορφή της αυτοκτονίας ή της απόπειρας αυτοκτονίας, δεν ήταν άγνωστο φαινόμενο στην Ελλάδα του 4ου και 3ου αιώνα π.Χ., ακόμη και μεταξύ νεαρών εφήβων. Τη συσχέτιση της αυτοκτονίας με τον κύκλο ζωής του ατόμου κατέδειξε ήδη από το 1933 ο Wisse<sup>1</sup> στους Εσκιμώους της Βόρειας Αμερικής και τους κατοίκους της Ασιατικής Μογγολίας. Στις κοινωνίες αυτές οι αυτοκτονίες και οι απόπειρες αυτοκτονίας συναντώνται συχνά ανάμεσα στους ανήμπορους ηλικιωμένους και στους υγιείς, αλλά όχι ικανοποιημένους με τη ζωή τους νέους.

**Η** διερεύνηση του φαινομένου της αυτοκτονικής συμπεριφοράς απαιτεί μια πολύπλευρη, διεπιστημονική προσέγγιση. Η σημαντική σχέση της αυτοκτονίας και γενικότερα της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς με τις ψυχικές διαταραχές και κυρίως με την κατάθλιψη έχει τεκμηριωθεί. Παράλληλα, όμως, συστηματικές επιδημιολογικές έρευνες έχουν δείξει ότι, παρά την παγκοσμιότητα του φαινομένου, υπάρχουν σημαντικές διαφορές ως προς την εκδήλωσή του μεταξύ των διαφόρων κρατών και κοινωνιών με διαφορετικά πολιτισμικά χαρακτηριστικά. Αυτό υποδηλώνει ξεκάθαρα την εμπλοκή κοινωνικών και πολιτισμικών παραμέτρων στην εκδή-

λωση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς, γι' αυτό και οι αλληλοεπιδράσεις των παραμέτρων αυτών με τους ψυχολογικούς παράγοντες πρέπει να ληφθούν υπόψη στη διερεύνηση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς.

Η μελέτη της αυτοκτονίας και γενικότερα της αυτοκτονικής συμπεριφοράς έχει προσφέρει τα τελευταία 30 χρόνια σημαντικά στοιχεία για τους παράγοντες που οδηγούν στην εκδήλωσή της (παράγοντες κινδύνου). Τα στοιχεία αυτά προέρχονται κυρίως από κοινωνιολογικές και επιδημιολογικές μελέτες και σε μικρότερο βαθμό από ψυχολογικές ή κλινικές, τονίζοντας τον πολυδιάστατο χαρακτήρα του φαινομένου της αυτοκτονικής συμπεριφοράς.

Παρόλο που οι αυτοκτονίες τα τελευταία 20 χρόνια συγκαταλέγονται μεταξύ των 10 πρώτων αιτιών θανάτου στις περισσότερες χώρες του κόσμου (όχι όμως και στην Ελλάδα), υπάρχουν σημαντικές δυσκολίες στη μελέτη του φαινομένου. Τα στοιχεία αφορούν κυρίως άτομα που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν και επεκτείνονται στην ομάδα των ατόμων που πραγματοποίησαν αυτοκτονία. Οι απόπειρες αυτοκτονίας, παρότι αποτελούσαν ένα σχετικά άγνωστο φαινόμενο στη δεκαετία του '50, παρουσίασαν δραματική αύξηση στις δεκαετίες του '60 και '70. Είναι χαρακτηριστικό ότι το 60% των αποπειρών αφορούν άτομα ηλικίας κάτω των 30 ετών. Οι απόπειρες αυτοκτονίας υπολογί-

ζεται ότι είναι 10 έως 20 φορές συχνότερες από τις αυτοκτονίες.<sup>2</sup> Το ερώτημα που τίθεται είναι εάν οι απόπειρες αυτοκτονίας και οι αυτοκτονίες αποτελούν εκφράσεις του ίδιου φαινομένου, έτσι ώστε τα στοιχεία από τις πρώτες να μπορούν να χρησιμοποιηθούν και για τη διερεύνηση των αυτοκτονιών.

### **Αυτοκτονία και απόπειρα αυτοκτονίας: κοινά χαρακτηριστικά ή διαφορετικά φαινόμενα;**

Στη δεκαετία του '50, ο Stengel<sup>3</sup> διατύπωσε την άποψη ότι αυτοκτονία και απόπειρα αυτοκτονίας δεν αποτελούν φάσμα του ίδιου φαινομένου. Υποστήριξε ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ατόμων τα οποία αποπειρώνται (κυρίως γυναίκες νεαρής ηλικίας) συγκριτικά με τα άτομα τα οποία αυ-

τοκτονούν (άνδρες μεγάλης ηλικίας). Ο ίδιος θεωρούσε ότι μία απόπειρα αυτοκτονίας ακολουθείται συνήθως και από άλλες απόπειρες, αλλά δεν καταλήγει σε αυτοκτονία. Σύμφωνα με νεότερα επιδημιολογικά δεδομένα, στις περισσότερες χώρες οι γυναίκες αποπειρώνται 3 με 4 φορές πιο συχνά από τους άνδρες, αλλά αντιστρόφως οι άνδρες αυτοκτονούν 2 με 4 φορές συχνότερα από τις γυναίκες.

Στοιχεία, όμως, από μελέτες των τελευταίων 30 ετών μας κάνουν να αντιμετωπίζουμε με σκεπτικισμό την άποψη αυτή. Από αναδρομικές μελέτες ατόμων που αυτοκτόνησαν διαπιστώνουμε ότι σε ποσοστό 40-60% η αυτοκτονία ήταν το τέλος μιας σειράς αποπειρών αυτοκτονίας που μπορεί να κυμαίνονται από μία έως και περισσότερες από 20. Συγχρόνως,

σε προοπτικές μελέτες παρακολούθησης ατόμων που αποπειράθηκαν διαπιστώνουμε ότι σε ποσοστό 10-18% τα άτομα αυτά κατέληξαν σε αυτοκτονία.<sup>4</sup> Οι ψυχιατρικές διαγνώσεις των ατόμων και των δύο ομάδων είναι κοινές,<sup>5</sup> ενώ το ιστορικό μιας ή περισσότερων αποπειρών θεωρείται σήμερα ο πλέον τεκμηριωμένος παράγοντας κινδύνου για αυτοκτονία.<sup>6</sup> Σε μετα-ανάλυση 81 δημοσιευμένων εργασιών στις οποίες διερευνάται η δυνατότητα πρόβλεψης της αυτοκτονικής συμπεριφοράς, οι van Egmond και Diekstra<sup>7</sup> διαπίστωσαν:

1. Διαφορετικά χαρακτηριστικά μεταξύ ατόμων με απόπειρες αυτοκτονίας συγκριτικά με άτομα που ποτέ δεν προέβησαν σε απόπειρα. Η πρώτη ομάδα αποτελείτο κυρίως από άτομα ανύπαντρα ή χωρισμένα που παρουσίαζαν πιο συχνά καταθλιπτική συμπτωματολογία (αίσθημα απελπισίας, αβοήθητου και ανησυχία), καθώς και διαπροσωπικές συγκρούσεις τόσο με τους οικείους τους όσο και με την πλειονότητα των ατόμων της περιβάλλουσας κοινωνικής ομάδας.
2. Διαφορετικά χαρακτηριστικά μεταξύ ατόμων με πρώτη απόπειρα αυτοκτονίας και ατόμων με ιστορικό επαναλαμβανόμενων αποπειρών. Τα άτομα με επαναλαμβανόμενες απόπειρες είχαν πιο συχνά τη διάγνωση της ψυχοπαθητικής προσωπικότητας και χαρακτηρίζονταν από έναν ασταθή τρόπο ζωής με συχνές αλλαγές τόπου διαμονής, φτωχή προσαρμογή σε εργασιακές συνθήκες ή/και ανεργία, εξάρτηση από αλκοόλ ή ουσίες και προβλήματα με το νόμο. Οι απόπειρές τους πραγματοποιήθηκαν κυρίως με χρήση φαρμάκων και χαρακτηρίζονταν ως μη σοβαρές ή μέτρια σοβαρές.
3. Διαφορετικά χαρακτηριστικά από τη σύγκριση ατόμων που αυτοκτόνησαν με άτομα που προέβησαν σε απόπειρες αυτοκτονίας.



1. «Μοναξιά», Τζάνικαρ, 1973. Λάδι και τέμπερα σε μουσαμά, 55 x 65 εκ. Σερβία.

Το προφίλ των ατόμων που πραγματοποίησαν αυτοκτονία ήταν άνδρες μεγάλης ηλικίας, κυρίως ανύπαντροι, χωρισμένοι ή σε χηρεία, οι οποίοι ζούσαν μόνοι και ήταν άνεργοι ή συνταξιούχοι. Είχαν ιστορικό προηγούμενων αποπειρών στις οποίες είχαν χρησιμοποιήσει επικίνδυνες (θανατηφόρες) μεθόδους και κατά κανόνα είχαν αφήσει σημείωμα για το διάβημά τους. Παρουσίαζαν συγκριτικά με τα άτομα που είχαν αποπειραθεί μεγαλύτερη συχνότητα χρήσης ψυχοτρόπων φαρμάκων και είχαν υψηλότερα ποσοστά ψυχιατρικών διαγνώσεων σχιζοφρένειας ή κατάθλιψης. Τέλος, στην ομάδα των ατόμων που αυτοκτόνησαν μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων είχε προβλήματα με το νόμο, επαναλαμβανόμενη αντικοινωνική συμπεριφορά και μακρόχρονη χρήση αλκοόλ ή απαγορευμένων ουσιών, καθώς και πρόσφατο ιστορικό επαφής με ιατρικές υπηρεσίες την περίοδο πριν από τη θανατηφόρα απόπειρα.

Σχολιάζοντας τις διαφορές μεταξύ των ομάδων, οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι, με εξαίρεση τους παράγοντες της μεγαλύτερης ηλικίας και της σοβαρότερης ψυχοπαθολογίας για την ομάδα των ατόμων που αυτοκτόνησαν, αυτές αφορούν κυρίως ποσοτικές διαφορές (βαθμός επιβάρυνσης) και όχι ποιοτικές διαφορές (διαφορετικά χαρακτηριστικά) των κοινωνικών παραμέτρων που χαρακτηρίζουν τις δύο ομάδες.<sup>8</sup>

Οι Plutchik και van Praag<sup>9</sup> σημειώνουν ότι «οι περισσότερες μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι αυτοκτονίες και απόπειρες αυτοκτονίας ταυτίζονται στα περισσότερα χαρακτηριστικά τους και θα πρέπει να δεχθούμε την ύπαρξη ενός συνεχούς φάσματος αυτοκτονικής συμπεριφοράς, το οποίο ξεκινά από τον αυτοκτονικό ιδεασμό (σκέψη για αυτοκτονία),



**2. «Η αρρώστια μου. Ένα τέρας που τρώει ανθρώπους, που θέλει να σκοτώσει και μένα και να με φάει. Επάνω είναι ένας ομοιοπαθής. Κανείς δεν γλιτώνει, τρώει συνέχεια, δεν χορταίνει ποτέ. Εγώ είμαι με τα αίματα. Νιώθω φόβο και τρόμο».**

ακολουθείται από τη χειριστική απόπειρα, τη μέτριας σοβαρότητας απόπειρα και φτάνει στη σοβαρή απόπειρα με κατάληξη την αυτοκτονία. Αυτό που παραμένει άγνωστο είναι οι σημαντικοί παράγοντες που εμπλέκονται στην εξελισσόμενη πορεία ενός ατόμου σ' αυτό το φάσμα της αυτοκτονικής συμπεριφοράς».

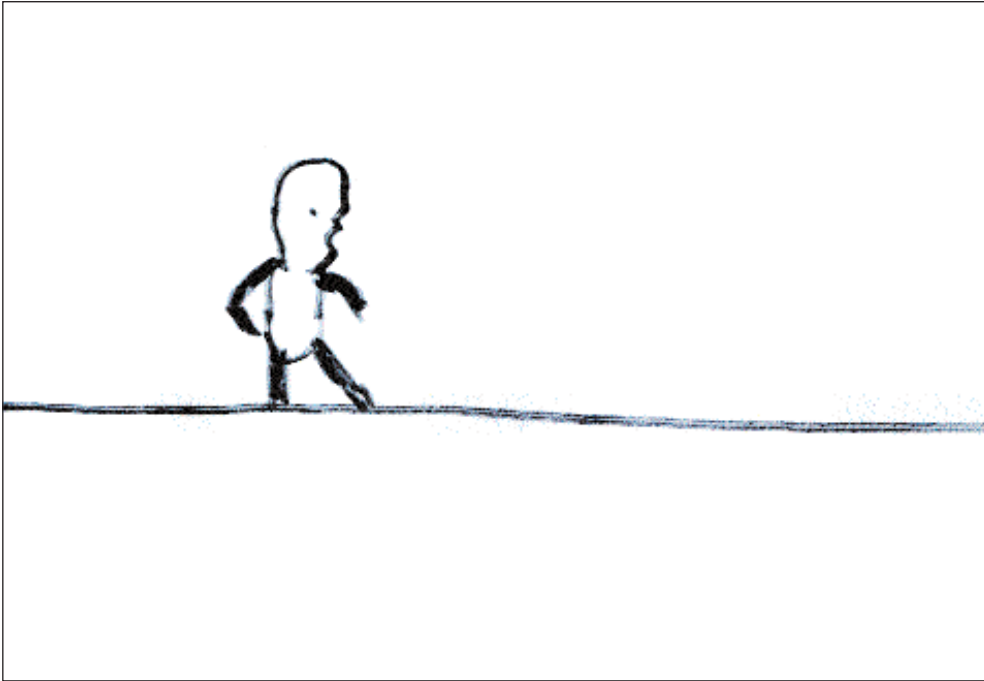
Ο όρος «απόπειρα αυτοκτονίας» θεωρείται σήμερα παραπλανητικός ή ασαφής, διότι στις περισσότερες απόπειρες δεν επικρατεί η επιθυμία θανάτου. Η επιθυμία θανάτου μπορεί να αποτελεί ένα από τα κίνητρα μιας απόπειρας, αλλά αυτά μπορούν να διαχωριστούν σε τρεις κύριες ομάδες:

1. το θάνατο (να διακοπεί για πάντα η παρούσα εμπειρία ζωής),
2. τη διακοπή ή την ανακούφιση (να ξεφύγει για λίγο από την ένταση ή την πίεση που βιώνει αυτή τη στιγμή, να μη νιώθει τίποτε για λίγο),
3. την έκκληση για βοήθεια ή την προσπάθεια χειρισμού των άλλων (να κινητοποιήσει τους άλλους, να αλλάξει τη στάση τους απέναντί του, να τους εκδικηθεί).

Οι περισσότερες από τις απόπειρες κατατάσσονται ως προς το κίνητρό

τους στη δεύτερη και τρίτη κατηγορία.<sup>10</sup> Για το λόγο αυτό έχει προταθεί αντί του όρου «απόπειρα αυτοκτονίας» η χρήση του όρου «εσκεμμένη αυτοκαταστροφική συμπεριφορά» (deliberate self-harm).<sup>11</sup>

Ο διαχωρισμός των αποπειρών αυτοκτονίας σε τρεις ομάδες ως προς το ουσιαστικό κίνητρο της ενέργειας εκφράζεται και στην επικρατούσα σήμερα διάκριση των αποπειρών σε «σοβαρές» και «μη σοβαρές» απόπειρες αυτοκτονίας. Ως σοβαρές απόπειρες χαρακτηρίζονται εκείνες στις οποίες το άτομο έθεσε τον εαυτό του σε σοβαρό κίνδυνο θανάτου. Ο κίνδυνος καθορίζεται τόσο ως πραγματικός, δηλαδή πόσο πραγματικά κινδύνεψε η ζωή του ατόμου, από την εκτίμηση των θεραπόντων για την κλινική κατάσταση του αποπειραθέντος, αλλά και ως θεωρητικός που προκύπτει από τα χαρακτηριστικά της απόπειρας, δηλαδή τη μέθοδο που επιλέχθηκε, το χώρο της απόπειρας, τη δυνατότητα παροχής βοήθειας. Τόσο ελληνικές έρευνες,<sup>12</sup> όσο και διεθνείς<sup>13</sup> τεκμηριώνουν αυτή τη διάκριση διαπιστώνοντας διαφορετικά χαρακτηριστικά ατόμων που



Η Ελλάδα παρουσιάζει ένα από τα μικρότερα ποσοστά αυτοκτονίας παγκοσμίως. Για το έτος 2002 ο δείκτης θανάτου από αυτοκτονία ήταν 4,7 για τους άνδρες και 1,2 για τις γυναίκες ανά 100.000 κατοίκους. Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται δείκτες αυτοκτονίας ανά 100.000 κατοίκους σε ευρωπαϊκές και άλλες επιλεγμένες χώρες του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας.<sup>16</sup>

**Β. Απόπειρες αυτοκτονίας**  
Διεθνώς τα στοιχεία για τις απόπειρες αυτοκτονίας προέρχονται από έρευνες των αρχείων των Γενικών και των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, διότι καμία χώρα στον κόσμο δεν καταχωρεί επίσημα στοιχεία στις εθνικές στατιστικές για τις απόπειρες.

Το έτος 1979, στις επτά τότε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (με πληθυσμό περίπου 200 εκατομμύρια κατοίκους), καταγράφηκαν 430.000 περιστατικά απόπειρας αυτοκτονίας (δηλ. 215 περιστατικά ανά 100.000 κατοίκους), τα οποία έλαβαν θεραπεία ως νοσηλευόμενοι ή εξωτερικοί ασθενείς. Το πο-

πραγματοποιούν σοβαρή απόπειρα συγκριτικά με άτομα που πραγματοποιούν μη σοβαρή απόπειρα. Οι ίδιες έρευνες σημειώνουν εξάλλου την παρουσία κοινών χαρακτηριστικών μεταξύ σοβαρών αποπειρών και αυτοκτονιών.

Σε έναν ανάλογο διαχωρισμό ο Pallis<sup>14</sup> χαρακτηρίζει τις «απόπειρες αυτοκτονίας» (ή «μη θανατηφόρες απόπειρες αυτοκτονίας» όπως τις ονομάζει) ως προς την πραγματική πρόθεση για αυτοκτονία σε:

1. «παρα-απόπειρες» (parasuicides), που χαρακτηρίζονται από μηδαμινή ή πολύ χαμηλή επιθυμία θανάτου,
2. «απόπειρες αυτοκτονίας», όταν διαπιστώνεται μέτρια υψηλή ή σοβαρή επιθυμία θανάτου,
3. «αποτυχημένη αυτοκτονία», όταν η πρόθεση θανάτου είναι εξαιρετικά υψηλή ή δεν μπορεί να αμφισβητηθεί.

### Επιδημιολογικά στοιχεία

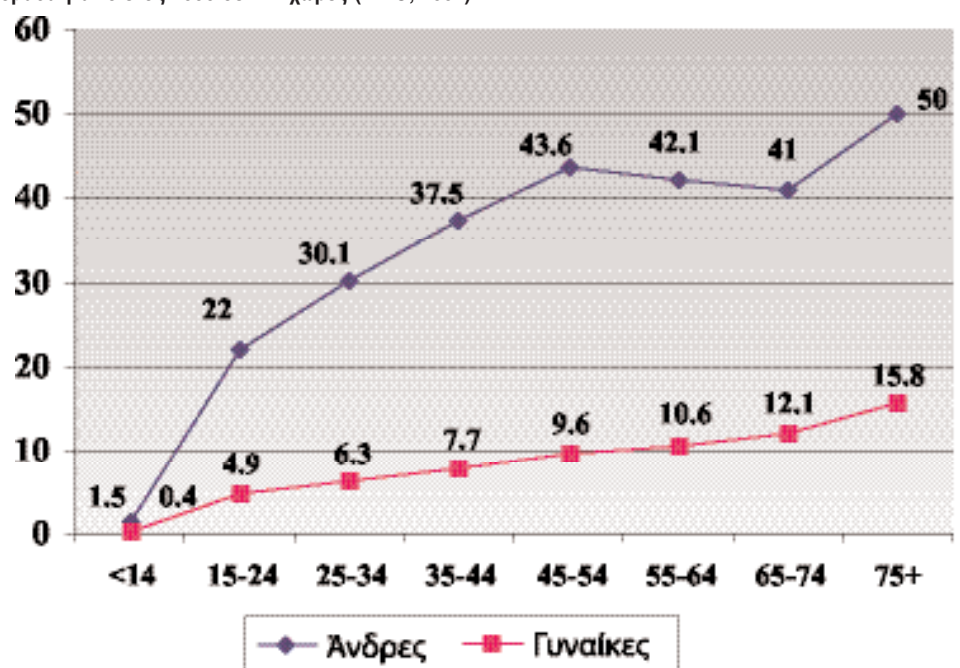
#### Α. Αυτοκτονίες

Το ποσοστό των ατόμων που αυτοκτονούν αυξάνει προοδευτικά με την ηλικία, ενώ διαπιστώνεται σημαντική διαφορά μεταξύ των φύλων με τους άνδρες να παρου-

σιάζουν τριπλάσια έως τετραπλάσια ποσοστά αυτοκτονιών συγκριτικά με τις γυναίκες. Στο διάγραμμα 1 παρουσιάζονται στοιχεία της Παγκοσμίου Οργανώσεως Υγείας (WHO) για την εκτίμηση του αριθμού των αυτοκτονιών ανά 100.000 άτομα ως προς το φύλο και την ηλικιακή ομάδα για το έτος 2000 σε 117 χώρες.<sup>15</sup>

3. «Αισθάνομαι ότι ισορροπώ, περπατώ σ' ένα τεντωμένο σχοινί».

Διάγραμμα 1: Εκτίμηση του αριθμού αυτοκτονιών ανά 100.000 άτομα ως προς το φύλο και την ηλικιακή ομάδα για το έτος 2000 σε 117 χώρες (WHO, 2002).



σοστό αυτό πρέπει να είναι πλασματικό, διότι μελέτες στον γενικό πληθυσμό διαπιστώνουν ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας σε ποσοστό 3-5% των ατόμων άνω των 15 ετών, ενώ υποστηρίζεται ότι μόνο μία στις τέσσερις απόπειρες έρχεται σε επαφή με υπηρεσίες υγείας.<sup>17</sup> Οι ίδιοι ερευνητές εκτιμούν την κατανομή των αποπειρών αυτοκτονίας σε 800 ανά 100.000 κατοίκους για τις χώρες της Ε.Ε.

Στην πολυκεντρική έρευνα «Ψυχολογικά προβλήματα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη» της Παγκοσμίου Οργανώσεως Υγείας (WHO) σε 15 διεθνή κέντρα από όλες της ηπείρους, διαπιστώθηκε συνολικά ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας στο 5,1% των ατόμων που προσήλθαν στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην ηλικιακή ομάδα 18-29, 5,1% στην ομάδα 30-44 και 4,8% στην ομάδα 45-65. Στο ερευνητικό κέντρο των Αθηνών ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας ανέφερε το 1,5% των ανδρών και το 8,6% των γυναικών.<sup>18</sup>

Στην Ελλάδα έχουν διεξαχθεί στην περιοχή της Θεσσαλονίκης δύο διετείς έρευνες το 1974<sup>19</sup> και το 1984.<sup>20</sup> Στη μελέτη του 1984 καταγράφηκαν 1.345 απόπειρες αυτοκτονίας από τα εφημερεύοντα γενικά νοσοκομεία της πόλης, εκ των οποίων 454 περιστατικά (33,8%) διερευνήθηκαν ψυχιατρικά με τη χρήση ερωτηματολογίων. Η αναλογία γυναικών / ανδρών μεταξύ των αποπειραθέντων ήταν 4 προς 1. Ως προς την ηλικιακή κατανομή, τα νεαρότερα άτομα προέβησαν σε απόπειρα αυτοκτονίας και συγκεκριμένα το 46% των αποπειραθέντων ανδρών και το 58% των γυναικών ήταν ηλικίας κάτω των 25 ετών. Στις ηλικίες άνω των 45 ετών τα ευρήματα αντιστρέφονταν με τους άνδρες να υπερέρχονται συγκριτικά με τις γυναίκες. Ως προς το χρόνο που πραγματοποιήθηκε η απόπειρα, σε αμφοτέ-

Χώρα	Έτος στοιχείων	Άνδρες	Γυναίκες
Αυστραλία	2001	20,1	5,3
Αυστρία	2003	27,1	9,3
Βέλγιο	1997	31,2	11,4
Βουλγαρία	2003	21,0	7,3
Δανία	2000	20,2	7,2
Εσθονία	2002	47,7	9,8
Γαλλία	2001	26,6	9,1
Γερμανία	2001	20,4	7,0
Ελβετία	2001	26,5	10,6
<b>Ελλάδα</b>	<b>2002</b>	<b>4,7</b>	<b>1,2</b>
Ηνωμένες Πολιτείες	2001	17,6	4,1
Ηνωμένο Βασίλειο	2002	10,8	3,1
Ισλανδία	2001	19,6	5,6
Ιρλανδία	2001	21,4	4,1
Ισπανία	2002	12,6	3,9
Ιταλία	2001	11,1	3,3
Καναδάς	2001	18,7	5,2
Λετονία	2003	45,0	9,7
Λιθουανία	2003	74,3	13,9
Λουξεμβούργο	2003	18,5	3,5
Νορβηγία	2002	16,1	5,8
Ολλανδία	2003	12,7	5,9
Ουγγαρία	2003	44,9	12,0
Πολωνία	2002	26,6	5,0
Πορτογαλία	2002	18,9	4,9
Ρουμανία	2002	23,9	4,7
Ρωσία	2002	69,3	11,9
Σλοβακία	2002	23,6	3,6
Σλοβενία	2003	45,0	12,0
Σουηδία	2001	18,9	8,1
Τσεχία	2003	27,5	6,8
Φινλανδία	2003	31,9	9,8

Πίνακας 1: Δείκτες αυτοκτονιών ανά 100.000 κατοίκους σε ευρωπαϊκές και άλλες επιλεγμένες χώρες (WHO, 2005).

ρες τις μελέτες η Δευτέρα ήταν η πιο επικίνδυνη ημέρα, οι απογευματινές ώρες (μεταξύ 6 και 12) συγκριτικά με τις βραδινές ήταν οι πιο επικίνδυνες ώρες, ενώ ως προς την εποχική κατανομή κατά τους μήνες Νοέμβριο, Δεκέμβριο και Απρίλιο πραγματοποιήθηκαν οι περισσότερες απόπειρες, δηλαδή τους μήνες οι οποίοι συνδέονται με σημαντικές

εορτές (Χριστούγεννα, Πρωτοχρονιά, Πάσχα).

Ως προς την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, μεγαλύτερο ποσοστό των αποπειραθέντων αντιστοιχούσε σε εύπορα, αστικής προέλευσης και με σταθερή απασχόληση άτομα. Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, υπερείχαν οι ανύπαντροι και οι χωρισμένοι, ενώ συνη-

	<b>Παράγοντες αυξημένου κινδύνου για αυτοκτονία</b>	<b>Παράγοντες αυξημένου κινδύνου για σοβαρή απόπειρα αυτοκτονίας</b>
Φύλο, ηλικία	Άνδρας, μεγάλης ηλικίας (> 45 ετών)	Άνδρας, μεγάλης ηλικίας (> 45 ετών)
Κοινωνική τάξη	Ανώτερη ή χαμηλή	Ανώτερη
Οικογενειακή κατάσταση	Χήρος, διαζευγμένος ή ανύπαντρος	Χήρος, διαζευγμένος ή ανύπαντρος
Διαμονή	Ζει μόνος σε αστική περιοχή ή κοινωνικά υποβαθμισμένη περιοχή	Ζει μόνος
Θρησκευτικότητα	Μειωμένο θρησκευτικό αίσθημα	Μειωμένο θρησκευτικό αίσθημα
Επεισόδια ζωής	Πρόσφατα δυσάρεστα γεγονότα ζωής	Πρόσφατος χωρισμός ή απώλεια Δυσάρεστα γεγονότα ζωής με παρουσία κατάθλιψης
Εργασιακή κατάσταση	Άνεργος, μη απασχολούμενος ή συνταξιούχος	Φτωχή επαγγελματική απασχόληση
Κοινωνική συνοχή	Κοινωνικά απομονωμένος	Έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης και συχνές αλλαγές τόπου κατοικίας
Ψυχιατρικό ιστορικό	Ιστορικό ή παρούσα ψυχική νόσος (κατάθλιψη ή σχιζοφρένεια), αλκοολισμός ή χρήση ουσιών Ιδέες αυτοκτονίας ή απειλή αυτοκτονίας	Ιστορικό ή παρούσα ψυχική νόσος (κατάθλιψη) ή κατάχρηση αλκοόλ
Χαρακτηριστικά προσωπικότητας	Διαταραχή προσωπικότητας, κυρίως αντικοινωνική	
Παθολογικό ιστορικό	Σοβαρή η χρόνια σωματική νόσος (π.χ. καρκίνος, AIDS, επιληψία κ.λπ.)	Μακροχρόνια σωματική νόσος
Οικογενειακό ιστορικό	Οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας, κατάθλιψης ή αλκοολισμού	Οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας, κατάθλιψης ή αλκοολισμού
Ιστορικό αποπειρών αυτοκτονίας	Ιστορικό προηγούμενης/ων απόπειρας/ών	Ιστορικό προηγούμενων αποπειρών ή πρόσφατη απόπειρα με σοβαρές ενδείξεις απόφασης θανάτου (μέτρα για να μην τον βρουν, σημείωμα)
Τρόπος αποπειρών	Βίαιες μέθοδοι ή ιατρικά σοβαρές μέθοδοι	Βίαιες μέθοδοι ή ιατρικά σοβαρές μέθοδοι
Κίνητρο θανάτου	Ισχυρή θέληση (κίνητρο) για θάνατο	Ισχυρή θέληση (κίνητρο) για θάνατο

**Πίνακας 2: Παράγοντες αυξημένου κινδύνου για αυτοκτονία ή σοβαρή απόπειρα αυτοκτονίας.**

θέστερος χώρος της απόπειρας (82% των περιστατικών) ήταν το σπίτι των ατόμων. Ως προς την επιλογή του μέσου της απόπειρας, το 80% επέλεξε τη λήψη φαρμάκων, με πρώτη επιλογή τα ψυχοτρόπα (52%) και δεύτερη τα αναλγητικά-παισιόπανα (24%). Στους αυτοτραυματισμούς το υψηλότερο ποσοστό κατείχε η διατομή των αγγείων του καρπού και ακολουθούσαν η πτώση από ύψος και η πτώση σε κινούμενο όχημα.

Από το διαχωρισμό των αποπειρών σε σοβαρές και μη σοβαρές απόπειρες διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων. Συγκεκριμένα, η πλειονό-

τητα των ανδρών (53%) πραγματοποίησαν σοβαρή απόπειρα συγκριτικά με μόλις 25% των γυναικών. Το 74% των ατόμων ηλικίας μικρότερης των 25 ετών πραγματοποίησαν μη σοβαρή απόπειρα, ενώ το 48% ηλικίας άνω των 45 ετών σοβαρή απόπειρα. Στις σοβαρές απόπειρες το 46% των ατόμων ήταν μόνοι κατά τη διάρκεια της απόπειρας, ενώ μόνο το 31% στις μη σοβαρές απόπειρες. Τέλος, στην ομάδα με σοβαρή απόπειρα υπερείχαν στατιστικά σημαντικά τα άτομα με εργασιακές δυσκολίες, που διέμεναν σε απομόνωση ή φυλακή, προμελέτησαν την απόπειρα, άφησαν σημείωμα

πριν από την απόπειρα, προέβησαν σε συγκεκριμένες ενέργειες τακτοποίησης εκκρεμοτήτων πριν από την απόπειρα, ήταν μόνοι κατά τη στιγμή της απόπειρας και έλαβαν μέτρα, ώστε να μη βρεθούν μετά την απόπειρα, γι' αυτό και προσκομίστηκαν στο νοσοκομείο από άγνωστα άτομα.

Αντιθέτως, τα άτομα με μη σοβαρή απόπειρα υπερείχαν στατιστικά σημαντικά στη μεταμέλεια για την πράξη τους και στην αναζήτηση βοήθειας μετά την απόπειρα, ενώ χρησιμοποίησαν ως μέσο αυτοκτονίας κυρίως αναλγητικά φάρμακα, δηλαδή εν δυνάμει μη επικίνδυνο τρόπο. Τέλος, η διά-

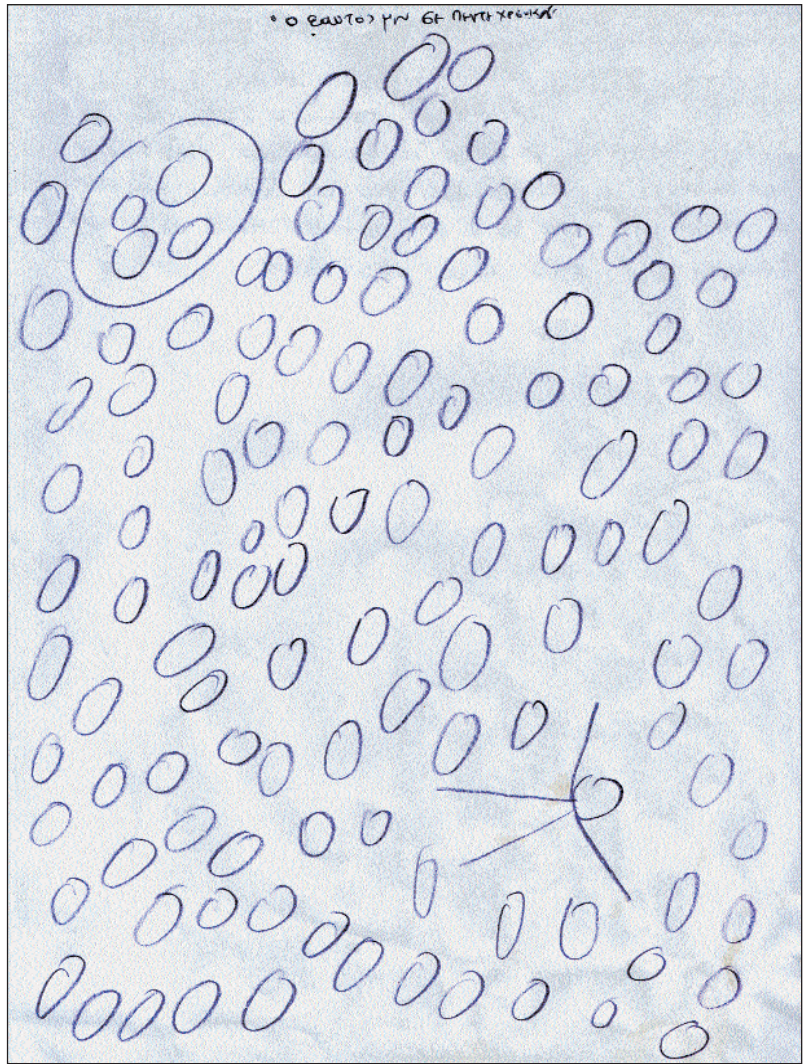
γνωση της εφηβικής κρίσης αφορούσε το 82% των μη σοβαρών αποπειρών.

### Κύριοι παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία ή σοβαρή απόπειρα

#### A. Κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες

Οι παράγοντες αυτοί θα πρέπει να διακριθούν σε κοινωνικούς, που αφορούν το ευρύτερο κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον, και σε εκείνους που σχετίζονται με την κοινωνική ομάδα η οποία περιβάλλει το άτομο (οικογένεια, ομάδα υποστήριξης κ.λπ.). Κοινωνιολογικές μελέτες τεκμηριώνουν την ισχυρή συσχέτιση μεταξύ αυτοκτονικής συμπεριφοράς και κοινωνικής αποδιοργάνωσης. Αυτό επισημάνθηκε ήδη από το 1897 από τον Durkheim<sup>21</sup> στη μελέτη του για την αυτοκτονία. Ο Durkheim θεώρησε την αυτοκτονία διαταραχή της σχέσης του ατόμου με την κοινωνία και υποστήριξε ότι η αυτοκτονική συμπεριφορά καθορίζεται από δύο κυρίως παράγοντες, το βαθμό ενότητας-συνοχής της κοινωνικής ομάδος και το βαθμό του κοινωνικού ελέγχου και ρυθμίσεων που η κοινωνική ομάδα επιβάλλει στα μέλη της. Κατά τον Durkheim, υψηλός βαθμός συνοχής συνοδεύεται από χαμηλά ποσοστά αυτοκτονίας των ατόμων, αλλά συγχρόνως στις κοινωνίες αυτές παρατηρούνται οι αποκαλούμενες «αλτρουιστικές» αυτοκτονίες, δηλαδή η διάθεση των ατόμων να «θυσιαστούν» για την ομάδα. Σ' αυτήν την κατηγορία ανήκουν οι αυτοκτονίες των ιαπώνων πιλότων «καμικάζι» κατά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, καθώς και τα φαινόμενα των ομαδικών αυτοκτονιών όπως των Σουλιωτιστών στο Ζάλογγο και των γυναικών της Νάουσας στην Αραπίτσα στην πρόσφατη ελληνική ιστορία. Αντιθέτως, σε κοινωνίες με χαμηλό

4. «Σε πέντε χρόνια θα είμαι ένα μηδέν, ένα τίποτε σε όλους τους τομείς. Με καταπιέζουν τα μηδέν, νιώθω άχρηστος πάρα πολύ. Έχω τάσεις αυτοκτονίας» (Σημ.: ο ασθενής έχει ζωγραφίσει τον εαυτό του να περιβάλλεται από μηδενικά).



βαθμό συνοχής, όπου το άτομο χάνει την αίσθηση ότι ανήκει στην κοινωνική ομάδα, έχουμε υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας, τις οποίες χαρακτηρίζει ως «εγωιστικές». Σε κοινωνίες, τέλος, με λίγες καθοδηγητικές ρυθμίσεις παρατηρούνται οι «ανομικές» αυτοκτονίες ως αποτέλεσμα διαταραχής της ισορροπίας μεταξύ ατόμων και κοινωνίας.

Ο Diekstra<sup>22</sup> ερμηνεύει τα αυξημένα ποσοστά αυτοκτονίας στην Ευρώπη και τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής κατά την περίοδο της δεκαετίας του 1910 ως αποτέλεσμα των σημαντικών πολιτικών και κοινωνικών αλλαγών αυτής της περιόδου (Α' Παγκόσμιος Πόλεμος, Ρωσική Επανάσταση, εκβιομηχάνιση, αστικοποίηση, πε-

ριορισμός του ρόλου της οικογένειας κ.λπ.). Θεωρεί ότι οι αλλαγές αυτές συνέβαλαν στην ανατροπή των υπάρχοντων κοινωνικών και πολιτικών δεδομένων και στη μετάβαση σε μία νέα μορφή κοινωνικής οργάνωσης, η οποία αποτέλεσε έναν σημαντικό στρεσογόνο παράγοντα.

Η μετανάστευση επίσης θεωρείται σημαντικός παράγοντας κινδύνου για αυτοκτονική συμπεριφορά, γιατί αποτελεί σημαντική ανατροπή των δεδομένων ζωής, η οποία συχνά οδηγεί σε συσσώρευση ψυχολογικών πιέσεων και σε ψυχολογική καταπόνηση. Στους παράγοντες που συσχετίζονται με το άμεσο κοινωνικό περιβάλλον, η πρώιμη (κατά την παιδική ηλικία) έκθεση σε βία καθώς και το ιστορικό

αυτοκτονικής συμπεριφοράς στο οικογενειακό περιβάλλον συνδέονται με αυξημένα ποσοστά αυτοκτονίας.<sup>23</sup> Τέλος, η προβολή από τα ΜΜΕ γεγονότων αυτοκτονιών ή ταινιών με θέμα την αυτοκτονία έχει διαπιστωθεί ότι αυξάνει τους θανάτους από αυτοκτονία στα νεαρά άτομα το χρονικό διάστημα αμέσως μετά την προβολή του αντίστοιχου υλικού.<sup>24</sup>

#### Β. Δημογραφικοί παράγοντες

**Ηλικία:** Άτομα άνω των 50 ετών και ηλικιωμένοι αποτελούν την κύρια ομάδα υψηλού κινδύνου για αυτοκτονία ή σοβαρή απόπειρα αυτοκτονίας.

**Φύλο:** Οι άνδρες πραγματοποιούν 3 με 4 φορές περισσότερες αυτοκτονίες συγκριτικά με τις γυναίκες, παρόλο που οι γυναίκες αποπειρώνται πιο συχνά από τους άνδρες.

**Ηλικία και φύλο:** υψηλότεροι δείκτες θνησιμότητας από αυτοκτο-

νία εμφανίζονται για τους άνδρες άνω των 45 ετών, ενώ στις γυναίκες άνω των 55 ετών. Οι ηλικιωμένοι άνδρες αυτοκτονούν με πιο βίαιες μεθόδους.

**Οικογενειακή κατάσταση:** Οι ανύπαντροι, οι διαζευγμένοι και οι χήροι (γενικώς άτομα που είναι μόνα) παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας.

**Εργασιακή-οικονομική κατάσταση:** Οι άνεργοι και τα άτομα με οικονομικές δυσκολίες που ζουν σε συνθήκες φτώχειας παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας. Τέλος, η εύκολη πρόσβαση σε πυροβόλα όπλα αποτελεί έναν πρόσθετο παράγοντα κινδύνου για αυτοκτονία, κυρίως για νεαρά άτομα ηλικίας 18 με 30 ετών, τα οποία δρουν πιο παρορμητικά.

#### Γ. Οικογενειακοί παράγοντες και γεγονότα ζωής

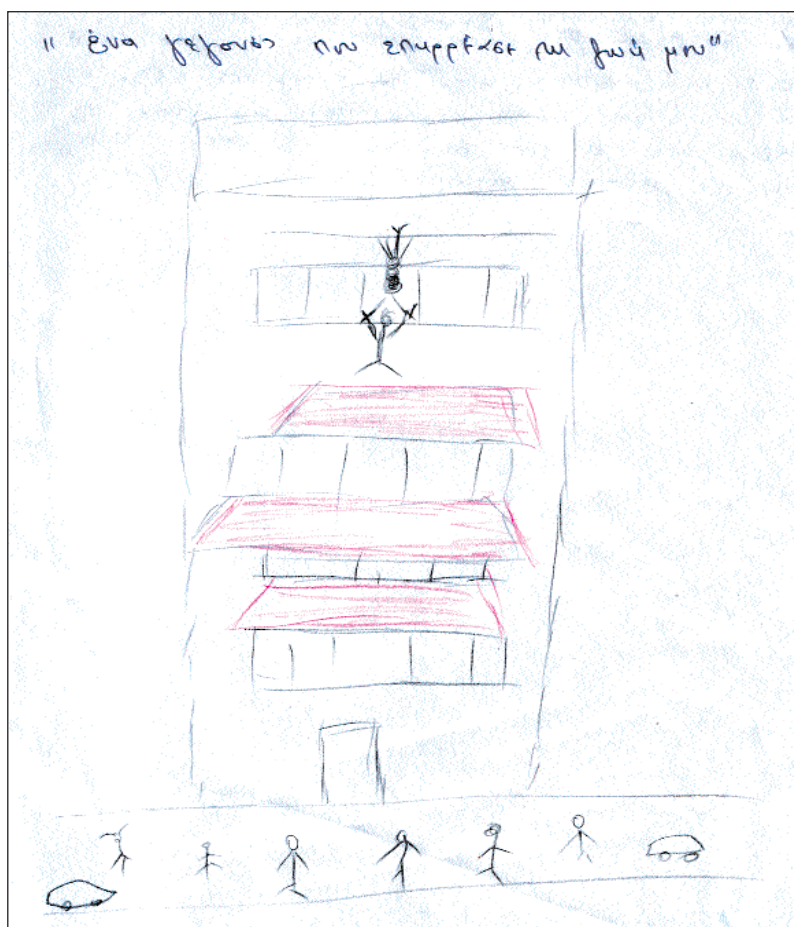
Οι μελέτες των αυτοκτονιών και των

σοβαρών αποπειρών τεκμηριώνουν επαρκώς ότι το οικογενειακό περιβάλλον των ατόμων με αυτοκτονική συμπεριφορά είναι σημαντικά επιβαρημένο. Η απώλεια των γονέων, όπως θάνατος, χωρισμός ή διαζύγιο, κυρίως της μητέρας, τόσο κατά την πρώιμη όσο και στην μετέπειτα παιδική ηλικία, θεωρείται σημαντικός παράγοντας κινδύνου για αυτοκτονία.<sup>25</sup> Συγχρόνως η οικογενειακή αστάθεια, η αυστηρή ή απορριπτική οικογένεια, η υπερπροστατευτική οικογένεια, η έλλειψη συναισθηματικών δεσμών μεταξύ των μελών της οικογένειας θεωρούνται επίσης παράγοντες αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.

Στο ιστορικό των ατόμων που αυτοκτονούν ή πραγματοποιούν σοβαρή απόπειρα διαπιστώνονται συνήθως όχι μόνο σημαντικές απώλειες κατά την παιδική ηλικία, αλλά και σημαντικά στρεσογόνα γεγονότα κατά τη διάρκεια των μηνών (6 έως 12) που προηγούνται της αυτοκτονίας, όπως: απώλεια αγαπημένων προσώπων, αλλαγή κατοικίας, σοβαρή σωματική αρρώστια, εργασιακές δυσκολίες ή απόρριψη και κυρίως ψυχική νόσος.

#### Δ. Ψυχική νόσος

Η παρουσία ψυχικής νόσου αποτελεί τον πλέον σημαντικό παράγοντα κινδύνου για αυτοκτονία. Καλά σχεδιασμένες μελέτες διαπιστώνουν ότι περίπου το 95% των ατόμων που αυτοκτόνησαν έπασχαν από μία τουλάχιστον ψυχική διαταραχή, ενώ τα άτομα που αποπειρώνται πάσχουν επίσης κατά τη χρονική περίοδο της απόπειρας από ψυχική διαταραχή ή παρουσιάζουν σημαντικές ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις.<sup>26</sup> Έχει ήδη αναφερθεί ότι οι διαγνώσεις μεταξύ των δύο ομάδων δεν διαφέρουν.<sup>27</sup> Οι καταθλιπτικές διαταραχές αποτελούν τη σημαντικότερη διαγνωστική κατηγορία που συνδέεται με αυτοκτονία ή απόπειρες αυτοκτο-



5. «Μια οικοδομή, ένας δρόμος με κίνηση, μία γυναίκα που πάει να πέσει και κάποιος ανέβηκε και την έσωσε. Το είχα δει στην τηλεόραση. Έβλεπα τον εαυτό μου κάτω. Αναρωτιέμαι αν ήταν πιο καλά κάτω ή που σώθηκε».





νίας, παρόλο που υψηλά ποσοστά διαπιστώνονται και για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια και αλκοολισμό. Σε σχέση με την κατάθλιψη, όταν η νόσος έχει χρόνια πορεία με συχνές και σοβαρές υποτροπές και κυρίως όταν συνοδεύεται από ψυχωτικά συμπτώματα, ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι 30 φορές υψηλότερος απ' ό,τι για τον γενικό πληθυσμό.<sup>28</sup> Τέλος, ιστορικό προηγούμενων αποπειρών αυτοκτονίας και κυρίως οι επαναλαμβανόμενες απόπειρες αποτελούν έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία.

### Σχολιασμός

Η έρευνα των αυτοκτονιών και των αποπειρών αυτοκτονίας έχει προσφέρει τις τελευταίες δεκαετίες σημαντικά στοιχεία για τη διερεύνηση των κοινωνικών, ψυχοπαθο-

λογικών και επιδημιολογικών παραγόντων που εμπλέκονται στην εκδήλωση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Παρ' όλη, όμως, την ήδη συσσωρευμένη γνώση μας, μία ικανοποιητική απάντηση στο ερώτημα τι είναι αυτό που ωθεί ένα άτομο να αποφασίζει τον τερματισμό της ζωής του δεν έχει ακόμη δοθεί.

Η αναζήτηση παραγόντων κινδύνου για αυτοκτονία, αλλά και πιθανών προστατευτικών έναντι της αυτοκτονικής συμπεριφοράς παραγόντων μπορεί να συμβάλλει στην πρόληψη της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Βεβαίως δεν πιστεύουμε ότι όλες οι αυτοκτονίες μπορούν να προληφθούν μολονότι η πρόληψη αποτελεί τον κυριότερο ιατρικό στόχο.

Το να καταλήξει κάποιος να σκεφθεί και να αποφασίσει το θάνατό του σημαίνει συνήθως ότι έφτασε στο τέλος μιας μεγάλης πορείας

γεμάτης αγωνία, ανάμικτα συναισθήματα για τον εαυτό του και τη ζωή του και ότι βρίσκεται σ' ένα αδιέξοδο. Συχνά η αυτοκτονία δεν είναι μια ξεκάθαρη απόφαση για θάνατο, αλλά μια βασανιστική αδυναμία να ανακαλύψει το άτομο τον ίδιο του τον εαυτό ή τη ζωή του, ώστε να μπορέσει να συνεχίσει να ζει. Για να μπορέσει να βοηθηθεί το άτομο με αυτοκτονική συμπεριφορά, πρέπει κάποιος να το οδηγήσει να επανεκτιμήσει τη ζωή και τους στόχους του και όχι να του επιβάλει στο όνομα οποιασδήποτε πρόληψης την επιβίωσή του.

### Σημειώσεις

\* Τα σχέδια που συνοδεύουν το άρθρο είναι έργα ασθενών στην κλινική εικόνα των οποίων επικρατούσαν έντονες καταθλιπτικές ιδέες και σκέψεις για αυτοκτονία. Ζωγραφίστηκαν στο πλαίσιο της ομάδας «Θεραπεία με ζωγραφική – Art therapy» που λειτουργεί στην μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας της Γ' Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ. Οι λεζάντες αναφέρουν τα σχόλια των ίδιων των ασθενών για τη ζωγραφιά τους.

6. «Άνθρωποι στο δρόμο», Μαξ Κάους, 1920. Καμβάς σε πλάκα πεπεσμένου ξύλου, 92 x 92 εκ. Μόναχο, Συλλογή Μπούχαιμ.

1. J. Wisse, *Selbstmord und Todesfurcht bei den Naturvolken*, Thieme, Zutphen, Netherlands, 1933.
2. R.F.W. Diekstra / W. Gulbinat, «The epidemiology of suicidal behavior: a review of three continents», *World Health Statistical Quarterly* 46 (1993), σ. 52-68.
3. E. Stengel, *Suicide and Attempted Suicide*, Penguin, Harmondsworth, England 1964.
4. T.A. Zonda, «A longitudinal follow-up study of 683 attempted suicides, based on Hungarian material», *Crisis* 12 (1991), σ. 48-57· B.K. Sheiban, «Mental illness and suicide in Israel», *Med Law* 12 (1993), σ. 445-465.
5. M.H. Hendin, «Suicide: A review of new directions in research», *Hospital Community Psychiatry* 37 (1986), σ. 148-154· A.L. Betrais / P.R. Joyce / R.T. Mulder / D.M. Fergusson / B.J.

- Deavoll / S.K. Nightingale, «Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study», *American Journal of Psychiatry* 153 (1996), σ. 1009-1014.
6. R. Plutchik, «Outward and inward directed aggressiveness: The interaction between violence and suicidality», *Pharmacopsychiatry* 28 (1995), σ. 47-57.
7. H. van Egmond / R.F.W. Diekstra, «The predictability of suicidal behavior: the results of a meta-analysis of published studies», στο R.F.W. Diekstra / R.A. Maris / S. Platt / A. Schmidtke / G. Sonneck (επιμ.), *Suicide Prevention: The Role of Attitude and Imitation*, Brill, Leiden 1989.
8. R.F.W. Diekstra, «Suicide and the attempted suicide: An international perspective», *Acta Psychiatrica Scandinavica* 80 (1989), suppl. 354, σ. 1-24.
9. R. Plutchik / H.M. van Praag, «The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity», *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry* 13 (1989), suppl. σ. 23-34.
10. R.F.W. Diekstra / B. Moritz, «Suicidal behavior among adolescents», στο R.F.W. Diekstra / K. Hawton (επιμ.), *Suicide in Adolescence*, Nijhoff, Dordrecht/Boston 1987, σ. 7-24.
11. Για λόγους συνοχής του παρόντος κειμένου ο όρος «απόπειρα αυτοκτονίας» θα εξακολουθήσει να χρησιμοποιείται και στο υπόλοιπο τμήμα του άρθρου.
12. Ε. Δημητρίου / Ι. Ιεροδιακόνου / Μ. Χαχαμίδου, «Σοβαρές και μη σοβαρές απόπειρες αυτοκτονίας: ομοιότητες και διαφορές», *Ελληνική Ιατρική* 52 (1986), σ. 209-216.
13. Diekstra, «Suicide and the attempted suicide: An international perspective», *ό.π.*
14. D.J. Pallis, «Clinical problems in assessing suicide risk», στο A.J. Botsis / C.R. Soldatos / C. Stefanis (επιμ.), *Suicide: Biopsychosocial Approaches*, Elsevier Science BV, 1997, σ. 167-175.
15. World Health Organization, «Distribution of suicide rates (per 100.000) by gender and age 2000», World Health Organization Geneva, Division of Mental Health, Technical Document, 2002.
16. World Health Organization, «Suicide rates per 100.000 by country, year and sex», World Health Organization, Geneva, Division of Mental Health, Technical Document, December 2005.
17. R.F.W. Diekstra, «Epidemiology of attempted suicide in the EEG», στο J. Wilmott / J. Mendlewicz (επιμ.), *New Trends in Suicide Prevention*, Biblioteca Psychiatrica, Karger, Basel 1982, σ. 1-6.
18. V.G. Mavreas / T.B. Ustun, «The epidemiology of death and suicide symptoms in primary health care», στο Botsis / Soldatos / Stefanis (επιμ.), *Suicide: Biopsychosocial Approaches*, *ό.π.*, σ. 11-22.
19. C.S. Ierodiakonou / E. Dimitriou / T. Partsaphyllidis, «Suicide attempts in Thessaloniki area. Clinical and psychopathological findings of the first year of research», *Mental Health & Society* 1 (1974), σ. 246.
20. E. Dimitriou / Ι. Ierodiakonou / Μ. Hahamidou / E. Minas / A. Alvanou / G. Simos / D. Tzikas, «Attempted suicide in Thessaloniki, Greece», *Mediterranean Journal of Social Psychiatry* 7 (1986), σ. 2-151.
21. E. Durkheim, *Suicide*, Free Press of Glencoe, Paris και McMillan, New York 1987.
22. Diekstra, «Suicide and the attempted suicide: An international perspective», *ό.π.*
23. M. Kom / A.J. Botsis / M. Kotler / R. Plutchik κ.ά., «The suicide and aggression survey: a semistructured instrument for the measurement of suicidal-ity and aggression», *Comprehensive Psychiatry* 33/6 (1992), σ. 359-365.
24. M.S. Gould / D. Shaffer, «The impact of suicide in television movies: evidence of imitation», *The New England Journal of Medicine* 315 (1986), σ. 690-694.
25. A.J. Botsis / R. Plutchik / M. Kotler / H.M. van Praag, «Parental loss and family violence in relation to suicide and violence risk», *Suicide & Life-Threat Behavior* 25/2 (1995), σ. 253-260.
26. D. Shaffer / A. Garland / M. Goud / P. Fisher / P. Trautman, «Preventing teenage suicide: a critical review», *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 27/6 (1988), σ. 675-687.
27. Betrais / Joyce / Mulder / Fergusson / Deavoll / Nightingale, «Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study», *ό.π.*
28. A.D. Pokorny, «Prediction of suicide in psychiatric patients», *Achieves of General Psychiatry* 40 (1983), σ. 249-257.

### Eminent Risk Factors Leading to Suicide or Attempted Suicide Ioannis A. Nimatoudis

In spite of its strictly personal character, suicide is a universal phenomenon observed in all periods of human history in every country and civilization. The issue is whether the attempted and committed suicides are expressions of one and the same phenomenon. Most studies reach the conclusion that most of the characteristics of attempted and committed suicides are identical. Therefore, we must accept the existence of a continuous spectrum of suicidal behavior, which starts from the suicidal ideation, is followed by a thought of manipulating the social environment and an attempt of relative gravity and terminates to a serious suicidal attempt that might be fatal.

The study of suicidal behavior has contributed significant information on the risk factors leading to suicide. The typical characteristics of the individual who commits suicide are: male, over 45 years of age, widowed, divorcee or single, who lives alone or is socially withdrawn and who is also unemployed, idle or pensioner. Included in the late events of his life is a recent separation, a loss or unpleasant, depressing situations. He is mentally disordered, depressed, schizophrenic, alcoholic or a drug addict and often suffers from a chronic body disease (e.g. cancer, AIDS, epilepsy etc). As a rule he has a history of previous attempts, the violent or dangerous methods of which reveal a strong death desire. Finally, his family background is liable to suicide, depression or alcoholism.

The timely identification of risk factors leading to suicide might contribute to the possible prevention of suicidal behavior, but not to the elimination of suicide.