

Ερευνητική εργασία Research article

Απόπειρες αυτοκαταστροφής στο Γενικό Νοσοκομείο και προειδοποιητικά σημεία επαγρύπνησης

Γ. Μουσσάς,¹ Κ. Τουρνικιώτη,¹ Α. Τσελεμπής,² Ε. Ρίζος,¹
Δ. Μπράτης,² Κ. Βασιλά-Δέμη²

¹Β΄ Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα
²Ψυχιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η Σωτηρία», Αθήνα

Ψυχιατρική 2009, 20:153–161

Οι αυτοκτονίες αποτελούν ένα μείζον ζήτημα δημόσιας υγείας και βρίσκονται στο επίκεντρο πολλών ερευνών με στόχο την πρόληψη και αντιμετώπιση της αυτοκτονικότητας. Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στη διερεύνηση των Προειδοποιητικών Σημείων Επαγρύπνησης στις απόπειρες αυτοκτονίας. Για το σκοπό αυτό, μελετήθηκαν 100 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στο Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο «Σωτηρία» μετά από απόπειρα αυτοκτονίας. Η εξέταση περιλάμβανε τη διεξαγωγή ημιδομημένης ψυχιατρικής συνέντευξης, τη χορήγηση της κλίμακας Beck Depression Inventory (BDI) και τη διερεύνηση των παρακάτω Προειδοποιητικών Σημείων Επαγρύπνησης: Εσωτερικευση, Επιμένουσα ακεφιά, Παρουσία πρόσφατου τραύματος στο ιστορικό, Αλλαγή συμπεριφοράς, Φόβος, Εκχώρηση προσωπικών αντικειμένων, Κατάθλιψη και Επιθετικότητα. Το 80% του συνολικού δείγματος παρουσίαζε τουλάχιστον δύο Προειδοποιητικά Σημεία Επαγρύπνησης για απόπειρα αυτοκτονίας και μόνο το 10% των ασθενών δεν εμφάνιζε κανένα Προειδοποιητικό Σημείο. Τα πιο συχνά Προειδοποιητικά Σημεία ήταν η επιμένουσα ακεφιά και η παρουσία πρόσφατου τραύματος με ποσοστά 61% και 53% αντίστοιχα. Επίσης, παρατηρήθηκε ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ αριθμού Προειδοποιητικών Σημείων και βαθμολογίας της κατάθλιψης στην κλίμακα BDI. Τα Προειδοποιητικά Σημεία Επαγρύπνησης είναι παρόντα στη συμπεριφορά των ατόμων που πραγματοποιούν απόπειρα αυτοκτονίας με υψηλή συχνότητα και η έγκυρη και έγκαιρη αναγνώριση τους από την πλευρά της οικογένειας, του ευρύτερου περιβάλλοντος και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας δύναται να συμβάλλει σημαντικά στην πρόληψη των αυτοκτονιών.

Λέξεις ευρητηρίου: Απόπειρα αυτοκτονίας, προειδοποιητικά σημεία επαγρύπνησης, πρόληψη, κατάθλιψη

Εισαγωγή

Κατά το έτος 2000 σχεδόν ένα εκατομμύριο άνθρωποι πέθαναν από αυτοκτονία, με ποσοστό θνησιμότητας παγκοσμίως 16,7 στους 100.000 ή ένας θάνατος κάθε 40 sec. Τα τελευταία 45 χρόνια τα ποσοστά αυτοκτονιών αυξήθηκαν κατά 60% σε όλο τον κόσμο, με τις αυτοκτονίες να συγκαταλέγονται πλέον στις 3 πρώτες αιτίες θανάτου για τις ηλικίες 15–44 έτη (και για τα δύο φύλα). Είναι αξιοσημείωτο δε ότι τα παραπάνω στοιχεία αφορούν άτομα που αυτοκτόνησαν, ενώ λαμβάνοντας υπόψη τα δεδομένα για τις απόπειρες αυτοκτονίας, ο αριθμός των αποπειραθέντων ασθενών αυξάνεται έως και 20 φορές.^{1,2}

Η μελέτη της αυτοκτονίας και γενικότερα της αυτοκτονικής συμπεριφοράς τείνει πλέον να συμπεριλάβει και τις απόπειρες, καθότι μπορούν να θεωρηθούν μέρος ενός συνεχούς, στο φάσμα της αυτοκτονικότητας, που κυμαίνεται από τον αυτοκτονικό ιδεασμό, στη χειριστική απόπειρα, στην απόπειρα μέτριας σοβαρότητας και τέλος στην αυτοκτονία. Επιπρόσθετα η ύπαρξη στο ιστορικό μιας ή περισσότερων αποπειρών θεωρείται ο βασικότερος προγνωστικός παράγοντας για μια μελλοντική απόπειρα ή και αυτοκτονία.^{4–7}

Είναι χαρακτηριστικό ότι τα ποσοστά αυτοκτονίας ποικίλουν σημαντικά από χώρα σε χώρα.¹ Παρότι η αξιοπιστία των επιδημιολογικών δεδομένων αναφορικά με την αυτοκτονία είναι αμφίβολη, σε πολλές χώρες φαίνεται να επιβεβαιώνεται ένα υψηλότερο ποσοστό αυτοκτονιών στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες, με λόγο που κυμαίνεται από 3:1 έως 7,5:1, με μοναδικές εξαιρέσεις την Κίνα και την Ινδία, όπου τα ποσοστά γυναικών που πεθαίνουν από αυτοκτονία είναι παρόμοια με αυτά των ανδρών.^{8–10} Όσον αφορά στην Ευρωπαϊκή Ένωση, η Φινλανδία παρουσιάζει το υψηλότερο ποσοστό αυτοκτονιών, ενώ η Ελλάδα το χαμηλότερο. Το χαμηλό αυτό ποσοστό μπορεί να οφείλεται και σε μεθοδολογικά και επιδημιολογικά ζητήματα, ωστόσο έχει αποδοθεί σε μεγάλο μέρος σε πολιτιστικές παραμέτρους καθώς και στον προστατευτικό ρόλο των ισχυρών οικογενειακών δεσμών που υφίστανται ακόμα στην Ελλάδα.¹¹

Επιπρόσθετα, αναφορές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας προβλέπουν ότι το μερίδιο των αυτο-

κτονιών στην παγκόσμια επιβάρυνση της δημόσιας υγείας από ασθένειες κατά τις επόμενες δεκαετίες θα αυξηθεί περαιτέρω.^{1,12,13} Συνεπώς το φαινόμενο των αυτοκτονιών αποτελεί σε παγκόσμιο επίπεδο ένα μείζον ζήτημα δημόσιας υγείας και συνιστά το επίκεντρο πολλών ερευνών, οι οποίες βρίσκονται σε εξέλιξη με στόχο την πρόληψη και αντιμετώπιση της αυτοκτονικότητας.

Προειδοποιητικά Σημεία Επαγρύπνησης (ΠΣ)

Η έννοια των Προειδοποιητικών Σημείων στην υγεία δεν είναι νέα.¹⁴ Προειδοποιητικά Σημεία έχουν χρησιμοποιηθεί εδώ και πολλά χρόνια στη δημόσια υγεία σε επίπεδο κοινότητας με επίκεντρο σημαντικά προβλήματα υγείας όπως τα καρδιακά επεισόδια, το εγκεφαλικά αγγειακά επεισόδια και το σακχαρώδη διαβήτη.¹⁵ Σε πεδία πιο «εκ του σύννεγγυς» στη ψυχική υγεία, έχουν αναγνωριστεί Προειδοποιητικά Σημεία για τη νεανική βία.¹⁶ Παραδόξως, η προσέγγιση αυτή μόνο πρόσφατα έχει χρησιμοποιηθεί στην αυτοκτονία,¹⁷ παρά το γεγονός ότι αποτελεί ένα εκτεταμένο ζήτημα δημόσιας υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο εδώ και δεκαετίες. Τα πιο συχνά ταυτοποιημένα Προειδοποιητικά Σημεία Επαγρύπνησης για την αυτοκτονία περιλαμβάνουν: τον αυτοκτονικό ιδεασμό, απότομες αλλαγές στην προσωπικότητα, στη συμπεριφορά, στον ύπνο και στη διατροφή, αισθήματα ενοχής και μειωμένες σχολικές ή εργασιακές επιδόσεις.¹⁸ Ο γενικός στόχος των Προειδοποιητικών Σημείων αφορά στη βελτίωση της αναγνώρισης και ανταπόκρισης του κοινού σε συγκεκριμένα προβλήματα με αποτέλεσμα την καλύτερη έκβαση σε μακροχρόνια βάση.¹⁹ Στην περίπτωση της αυτοκτονίας ο στόχος είναι απλός και άμεσος: να αυξηθεί ο συνολικός αριθμός των ατόμων με αυτοκτονικό ιδεασμό ή συμπεριφορές που αναζητούν βοήθεια έμμεσα –και συνήθως διαλάθουν από το στενό περιβάλλον τους– και κατά συνέπεια να σωθούν περισσότερες ζωές.

Υλικό και Μέθοδος

Η παρούσα μελέτη έλαβε χώρα στο Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο «Σωτηρία» και αφορούσε το σύνολο των ασθενών που νοσηλεύτηκαν για απόπειρα αυτοκαταστροφής σε διάστημα 3 μηνών (κα-

τά την περίοδο 1/10/03 έως 31/12/03). Ο πληθυσμός της μελέτης ήταν νοσηλεύόμενοι των παθολογικών κλινικών και ο τρόπος με τον οποίο είχαν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν περιλάμβανε τη λήψη φαρμάκων σε υπερβολική δοσολογία. Το σύνολο του δείγματος αποτέλεσαν 100 ασθενείς, εκ των οποίων 24 άνδρες και 76 γυναίκες.

Σύμφωνα με το ερευνητικό πρωτόκολλο, όλοι οι ασθενείς εξετάστηκαν κατά το πρώτο 24ωρο της νοσηλείας τους και εκτός από τα βασικά δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, φύλο) καταγράφηκαν το εκπαιδευτικό επίπεδο (σε έτη) και η απασχόλησή τους. Η εξέταση περιλάμβανε τη διεξαγωγή ημιδομημένης ψυχιατρικής συνέντευξης, τη χορήγηση της κλίμακας Beck Depression Inventory (BDI) και τη διερεύνηση των Προειδοποιητικών Σημείων Επαγρύπνησης.

Πιο συγκεκριμένα, η ημιδομημένη ψυχιατρική συνέντευξη αποσκοπούσε στην εκτίμηση ενδεχόμενης προϋπάρχουσας ψυχιατρικής διαταραχής σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-IV.

Επίσης, όπως αναφέρθηκε, στους ασθενείς χορηγήθηκε η ψυχομετρική κλίμακα Beck Depression Inventory (BDI),²⁰ προκειμένου να αξιολογηθεί η παρουσία και η ένταση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Η BDI αποτελεί μια από τις πιο δημοφιλείς κλίμακες μέτρησης της κατάθλιψης τόσο στην Ελλάδα,^{21,22} όσο και διεθνώς,²³ η οποία αποτελείται από 21 λήμματα, βαθμολογούμενα σε μια κλίμακα από 0–3.²⁰ Πέραν αυτού η επιλογή του συγκεκριμένου εργαλείου έγινε και λόγω των ψυχομετρικών της χαρακτηριστικών. Πράγματι, η BDI παρουσιάζει υψηλή αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής, ενώ η αξιοπιστία επαναδοκιμασίας κυμαίνεται μεταξύ 0,48–0,86 για τις κλινικές ομάδες και 0,60–0,90 για τον μη κλινικό πληθυσμό. Επιπρόσθετα, η εγκυρότητά της σε σχέση με ένα εξωτερικό κριτήριο για την κατάθλιψη, όπως η κλινική διάγνωση, θεωρείται ικανοποιητική. Όσον αφορά στην ερμηνεία της βαθμολογίας στη BDI θεωρείται ότι τιμές μεγαλύτερες ή ίσες του 14 υποδηλώνουν την ύπαρξη από ήπιας έως σοβαρής κατάθλιψης.²⁴

Τέλος, δεδομένης της αυξανόμενης βιβλιογραφίας για το ρόλο των προειδοποιητικών σημείων στην αυτοκτονική συμπεριφορά διερευνήθηκε, μέσω συνέντευξης με τους ασθενείς και το οικογενειακό τους

περιβάλλον, η παρουσία ή όχι των ακόλουθων οκτώ προειδοποιητικών σημείων για την αυτοκτονία: εσωτερίκευση, επιμένουσα ακεφιά, παρουσία πρόσφατου τραύματος στο ιστορικό, αλλαγή συμπεριφοράς, φόβος, εκχώρηση προσωπικών αντικειμένων, κατάθλιψη και επιθετικότητα^{14,17,25–27} (πίνακας 1).

Αποτελέσματα

Όσον αφορά στα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος και συγκεκριμένα ως προς το φύλο, παρατηρήθηκε ότι στο δείγμα υπερτερούσε σαφώς ο γυναικείος πληθυσμός (76 γυναίκες) έναντι του ανδρικού (24 άνδρες) ($p < 0,01$), με διαφορά επίσης στην ηλικία (33,4 vs 39,8 έτη αντίστοιχα, $p < 0,05$) χωρίς όμως διαφορά ως προς την εκπαίδευση (11,5 vs 10,5 έτη σπουδών, NS).

Αναφορικά με την ηλικία, το σύνολο των ασθενών είχαν μέσο όρο ηλικίας 34,9 έτη ($\pm 14,9$), με το 50% του δείγματος να παρουσιάζει ηλικία μικρότερη των 32 ετών. Η μέση διάρκεια εκπαίδευσης του δείγματος σε έτη ήταν 11,3 ($\pm 3,0$), με ένα ποσοστό της τάξεως του 25% να έχει λάβει εκπαίδευση μόλις 6 ετών. Όσον αφορά στη BDI η μέση βαθμολογία των ασθενών ήταν 20,77 ($\pm 12,51$), με το 52% των ασθενών να παρουσιάζει βαθμολογία μεγαλύτερη από 20.

Η απασχόληση φάνηκε να συσχετίζεται με την καταθλιπτική συμπτωματολογία με τους άνεργους να παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά έναντι των εργαζομένων όσον αφορά στη βαθμολογία της BDI (26,3 \pm 11,8 έναντι 16,9 \pm 11,4, $t=3,5$, $P < 0,05$), (πίνακας 2).

Όσον αφορά σε στοιχεία που προέκυψαν, από την ημιδομημένη ψυχιατρική συνέντευξη διαπιστώθηκε

Πίνακας 1. Προειδοποιητικά Σημεία Επαγρύπνησης για την αυτοκτονία.

Εσωτερίκευση
Επιμένουσα ακεφιά
Παρουσία πρόσφατου τραύματος στο ιστορικό
Αλλαγή συμπεριφοράς
Φόβος
Εκχώρηση προσωπικών αντικειμένων
Κατάθλιψη
Επιθετικότητα

Πίνακας 2. Συγκρίσεις αποπειραθέντων αυτοκτονία σε σχέση με την απασχόληση και τη βαθμολογία στη BDI

	Μέσος όρος (M)	Αριθμός δείγματος (N)	Τυπική απόκλιση (SD)
*Εργαζόμενοι	16,978	46	11,4207
*Άνεργοι	26,333	33	11,8892
Συνταξιούχοι	24,143	7	9,1911
Μαθητές	19,286	14	14,4085
Σύνολο	20,770	100	12,5109

*Εργαζόμενοι vs άνεργοι, $t=-3,5$, $p<0,05$

ότι το 20% του δείγματος ανέφερε θετικό οικογενειακό ιστορικό για ψυχική νόσο.

Τέλος, τα αποτελέσματα σχετικά με τη διερεύνηση των Προειδοποιητικών Σημείων Επαγρύπνησης στους αποπειραθέντες ασθενείς συνοψίζονται στον πίνακα 3. Ένα ποσοστό της τάξεως του 80% του συνολικού δείγματος παρουσίαζε τουλάχιστον δύο Προειδοποιητικά Σημεία και μόνο το 11% των ασθενών δεν εμφάνιζε κανένα Προειδοποιητικό Σημείο.

Κατά μέσο όρο οι ασθενείς παρουσίαζαν τρία Προειδοποιητικά Σημεία (πίνακας 4). Η ακεφιά ήταν το Προειδοποιητικό Σημείο που παρουσιάστηκε σε μεγαλύτερο ποσοστό (61%), ενώ ακολουθούσε η παρουσία πρόσφατου τραύματος στο ιστορικό, στο 53% του δείγματος. Αντιθέτως η εκχώρηση προσωπικών αντικειμένων αφορούσε μόλις το 2% του πληθυσμού της μελέτης (πίνακας 5).

Πίνακας 3. Αριθμός προειδοποιητικών σημείων σε αποπειραθέντες αυτοκτονία

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστική συχνότητα
ΠΣ 0	11	11	11
ΠΣ 1	13	13	24
ΠΣ 2	16	16	40
ΠΣ 3	25	25	65
ΠΣ 4	17	17	82
ΠΣ 5	15	15	97
ΠΣ 6	1	1	98
ΠΣ 7	1	1	99
ΠΣ 8	1	1	100
Σύνολο	100	100	

Πίνακας 4. Αριθμός προειδοποιητικών σημείων κατά μέσο όρο στο σύνολο του δείγματος των αποπειραθέντων αυτοκτονία.

	N	Μικρότερος αριθμός	Μεγαλύτερος αριθμός	Μέσος όρος	SD
Προειδοποιητικά σημεία	100	0	8	2,84	1,716

Πίνακας 5. Ποσοστά εμφάνισης προειδοποιητικών σημείων (ΠΣ) στους αποπειραθέντες αυτοκτονία

	Ποσοστό εμφάνισης ΠΣ στο δείγμα (%)
Εσωτερίκευση	47
Ακεφιά	61
Πρόσφατο τραύμα	53
Αλλαγή συμπεριφοράς	18
Φόβος	27
Εκχώρηση προσωπικών αντικειμένων	2
Κατάθλιψη	46
Επιθετικότητα	11

Η αναζήτηση συσχετίσεων ανάμεσα στα δημογραφικά στοιχεία, τη βαθμολογία στη BDI και στα Προειδοποιητικά Σημεία έδωσε τα ακόλουθα αποτελέσματα: Ισχυρή θετική συσχέτιση παρατηρήθηκε –όπως ήταν άλλωστε αναμενόμενο– μεταξύ του αριθμού των προειδοποιητικών σημείων και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, όπως αξιολογήθηκε μέσω της BDI ($p<0,01$), (πίνακας 6). Επίσης ισχυρή θετική συσχέτιση σημειώθηκε και ανάμεσα στην βαθμολογία στη BDI και στην ηλικία ($p<0,01$). Αντιθέτως, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στα δύο φύλα, τόσο στη βαθμολογία της BDI όσο και στον αριθμό προειδοποιητικών σημείων για αυτοκτονία. Επίσης, δεν παρατηρήθηκε καμία συσχέτιση ανάμεσα στην ύπαρξη προειδοποιητικών σημείων και στην ηλικία ή στα έτη εκπαίδευσης.

Συζήτηση

Τα Προειδοποιητικά Σημεία, ως γνωστόν, είναι παρόντα στη συμπεριφορά των ατόμων που πραγματοποιούν απόπειρα αυτοκτονίας με υψηλή συ-

Πίνακας 6. Συσχετίσεις μεταξύ BDI, Αριθμού Προειδοποιητικών Σημείων, Ηλικίας και Εκπαίδευσης των αποπειραθέντων αυτοκτονία.

		Αριθμός προειδοποιητικών σημείων	BDI	Ηλικία
BDI	Συντελεστής γραμμικής συσχέτισης Pearson	0,545**		
	Τιμή P (αμφίπλευρη)	0,00		
Ηλικία	Συντελεστής γραμμικής συσχέτισης Pearson	0,141	0,235*	
	Τιμή P (αμφίπλευρη)	0,161	0,019	
Εκπαίδευση	Συντελεστής γραμμικής συσχέτισης	-0,090	-0,065	-0,306**
	Τιμή P (αμφίπλευρη)	0,384	0,530	0,003

* Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,05

** Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,01

χνότητα και η έγκυρη και έγκαιρη αναγνώρισή τους από την πλευρά της οικογένειας, του ευρύτερου περιβάλλοντος και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας δύναται να αποτελέσει σημαντικό τμήμα της πρόληψης των αυτοκτονιών.¹⁴

Οι παράγοντες αυξημένου κινδύνου για αυτοκτονία περιλαμβάνουν το ανδρικό φύλο, την εφηβεία και την ηλικία άνω των 65 ετών, ενώ όσον αφορά στις απόπειρες οι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν το γυναικείο φύλο, τη νεαρή ηλικία, τον άγαμο βίο, το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και την ανεργία.^{8,28,29} Οι δημογραφικοί παράγοντες για τις απόπειρες αυτοκαταστροφής επιβεβαιώνονται και στο δείγμα της μελέτης μας σε ασθενείς που πραγματοποίησαν απόπειρα αυτοκτονίας, όπου φαίνεται ότι οι γυναίκες αποτελούν την πλειοψηφία σε μια αναλογία γυναικών/ανδρών ίση με 3:1.

Στη βιβλιογραφία αναφέρεται πως περισσότερο από το 90% των θυμάτων αυτοκτονίας παρουσίαζαν κάποια ψυχιατρική διαταραχή κατά την περίοδο του

θανάτου.^{30,31} Παρά ταύτα οι περισσότεροι ψυχιατρικοί ασθενείς δεν διαπράττουν απόπειρα αυτοκτονίας.^{32,33} Συνεπώς η ύπαρξη μιας ψυχιατρικής διαταραχής αποτελεί απαραίτητη αλλά όχι και ικανή συνθήκη για την αυτοκτονία.³⁴ Σε συμφωνία με τα παραπάνω, μόνο το 20 % των ασθενών της μελέτης είχαν θετικό ψυχιατρικό ιστορικό. Ανάμεσα στις ψυχιατρικές διαταραχές, οι συναισθηματικές και ψυχωσικές διαταραχές, η χρήση αλκοόλ ή/και ουσιών και οι διαταραχές προσωπικότητας και ελέγχου των παρορμήσεων ενέχουν το μεγαλύτερο κίνδυνο για αυτοκτονία ή παρα-αυτοκτονικές συμπεριφορές,^{28,34-36} ενώ η παρουσία πολλαπλών ψυχιατρικών διαταραχών συνδέεται με ιδιαίτερα αυξημένο κίνδυνο.³⁷

Πιο συγκεκριμένα, ασθενείς με κατάθλιψη έχουν 10-20 φορές υψηλότερο κίνδυνο αυτοκτονίας από το γενικό πληθυσμό,³⁸ ενώ οι ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν σε ποσοστό 40% και σε ποσοστό 10% πραγματοποιούν μια ολοκληρωμένη αυτοκτονία.³⁹ Στην παρούσα μελέτη 20% των ασθενών είχαν ατομικό ιστορικό κατάθλιψης, ενώ κανένας ασθενής δεν ανήκε στο σχιζοφρενικό φάσμα.

Στους ασθενείς που έχουν νοσηλευτεί, η περίοδος αμέσως μετά το εξιτήριο είναι ιδιαίτερα κρίσιμη, καθώς υπολογίζεται ότι οι ασθενείς παρουσιάζουν 100 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονίας σε σχέση με το γενικό πληθυσμό,⁴⁰ και για το λόγο αυτό 10 ασθενείς χρειάστηκε και αποδέχθηκαν να νοσηλευτούν στην Ψυχιατρική Κλινική.

Επίσης, οφείλει να τονιστεί ότι το αλκοόλ συνυπήρχε σε ποσοστό 30% των αποπειρών ως μέσο υποβοήθησης της απόπειρας χωρίς διαπιστωμένη διαταραχή κατάχρησης/εξάρτησης από το αλκοόλ.

Ο πληθυσμός της μελέτης παρουσίασε μεγάλη διακύμανση γύρω από το μέσο όρο στις μεταβλητές που εξετάστηκαν, γεγονός που υπογραμμίζει την ύπαρξη ανομοιογένειας στο δείγμα. Έτσι, όσον αφορά στην καταθλιπτική συμπτωματολογία, συνυπάρχουν στο δείγμα άτομα με κλινικά σημαντική κατάθλιψη (με βαθμολογία BDI μεγαλύτερη του 21), και άτομα με υποκλινική συμπτωματολογία. Είναι συνεπώς πιθανό, ιδιαίτερα στα άτομα αυτά να λαμβάνουν μεγαλύτερη βαρύτητα παράγοντες που σχετίζονται με την παρορμητικότητα. Πράγματι, μελέτες που έχουν επι-

κεντρωθεί στις απόπειρες αυτοκτονίας, έχουν δείξει ότι το 75% των αποπειραθέντων χρειάστηκαν λιγότερη από μία ώρα για να λάβουν την απόφαση, τονίζοντας έτσι το ρόλο της παρορμητικότητας.⁴¹ Πιθανόν η παρορμητικότητα να παίζει σημαντικό ρόλο για το γεγονός ότι, όπως αναφέρθηκε ήδη στη μέθοδο, το σύνολο των ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη, μετά την απόπειρα νοσηλεύτηκαν σε Παθολογικό Τμήμα και για κανένα δεν χρειάστηκε νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Η σοβαρότητα της απόπειρας συχνά σχετίζεται με την ένταση της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας, αλλά και με το βαθμό σχεδιασμού της. Είναι προφανές ότι στην παρούσα μελέτη οι απόπειρες δεν παρουσίαζαν μεγάλο βαθμό επικινδυνότητας για τη ζωή του ασθενούς, και στην πλειοψηφία ήταν μέσης βαρύτητας αφού απαιτούσαν τη νοσηλεία του ασθενούς, αλλά όχι εντατική παρακολούθηση.

Όσον αφορά στη διερεύνηση των Προειδοποιητικών Σημείων, παρατηρείται αυξημένη παρουσία «ακεφιάς» στη μελέτη. Πράγματι, το 61% των ασθενών αναφέρει «ακεφιά», η οποία ως Προειδοποιητικό Σημείο φαίνεται να συνάδει με την ύπαρξη ψυχολογικών παραγόντων κινδύνου όπως το αίσθημα απελπισίας,⁴² η ανηδονία,⁴³ η παρορμητικότητα⁴⁴ και η υψηλή συναισθηματική αντίδραση.⁴⁵ Πολλοί ερευνητές θεωρούν ότι οι παραπάνω παράγοντες προκαλούν άγχος και οδύνη σε βαθμό αβάσταχτο για το άτομο, με αποτέλεσμα αυτό να επιδιώκει να ξεφύγει μέσω της αυτοκτονίας.^{37,45}

Η παρουσία «τραύματος» στο ιστορικό αναφέρεται τόσο σε ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής όσο και σε ενδοψυχικούς παράγοντες. Στη μελέτη η ύπαρξη «τραύματος» στο ιστορικό ως Προειδοποιητικό Σημείο ήταν ιδιαίτερα συχνή με το 53% του δείγματος να αναφέρει ψυχοπιεστικά γεγονότα. Τα περισσότερα θεωρητικά μοντέλα της αυτοκτονικής συμπεριφοράς προτείνουν ένα προδιαθεσικό για το στρες (diathesis-stress) μοντέλο, στο οποίο οι ψυχιατρικοί, ψυχολογικοί και βιολογικοί παράγοντες προδιαθέτουν ένα άτομο όσον αφορά στην αυτοκτονική συμπεριφορά, ενώ τα ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής αλληλεπιδρούν με τους παράγοντες αυτούς αυξάνοντας τον κίνδυνο. Σε συμφωνία με αυτό το μοντέλο, οι αυτοκτονικές συμπεριφορές συχνά

έπονται ψυχοπιεστικών γεγονότων που περιλαμβάνουν οικογενειακές και συναισθηματικές/ερωτικές συγκρούσεις καθώς και νομικά ή πειθαρχικά προβλήματα, ιδιαίτερα σε ευάλωτους ψυχισμούς.⁴⁶ Στρεσογόνοι παράγοντες πιο «μακρινοί», όπως οι περιγεννητικές συνθήκες και η παιδική κακοποίηση έχουν επίσης συσχετιστεί με επακόλουθη αυτοκτονική συμπεριφορά και την προαναφερθείσα ψυχική ευαλωτότητα.⁴⁷ Οι εν λόγω παράγοντες, ωστόσο, δεν διερευνήθηκαν στην παρούσα μελέτη.

Επιπρόσθετα, οι ασθενείς της μελέτης εμφάνισαν σε αρκετά υψηλό ποσοστό «κατάθλιψη» και «εσωτερική» ως Προειδοποιητικά Σημεία. Συγκεκριμένα το 46% του δείγματος ανέφερε «κατάθλιψη», ενώ το 47% «εσωτερική». Η εσωτερική μπορεί να θεωρηθεί μέρος της καταθλιπτικής διεργασίας κατά την οποία λαμβάνει χώρα μια στροφή του ατόμου προς τον εαυτό του. Τα δύο Προειδοποιητικά αυτά Σημεία βρίσκονται σε συνάφεια με τα ερευνητικά δεδομένα που υποστηρίζουν τον υψηλότερο κίνδυνο αυτοκτονίας σε ασθενείς με κατάθλιψη σε σχέση με το γενικό πληθυσμό.³⁸

Αντιθέτως, τα υπόλοιπα Προειδοποιητικά Σημεία δεν παρουσιάστηκαν με ιδιαίτερα υψηλή συχνότητα. Έτσι, «φόβος» ανέφερε το 27% του δείγματος ενώ «αλλαγή συμπεριφοράς», «επιθετικότητα» και «εκχώρηση προσωπικών αντικειμένων» εκδήλωσε το 18%, 11% και 2% αντίστοιχα.

Ακόμη, όσον αφορά στην απασχόληση και την καταθλιπτική συμπτωματολογία παρατηρήθηκε ότι η βαθμολογία της BDI ήταν σημαντικά μεγαλύτερη στους ανέργους σε σχέση με τους εργαζόμενους αποπειραθέντες. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει στον πληθυσμό της μελέτης τη σχέση μεταξύ απασχόλησης και κατάθλιψης, καθώς επίσης και τη συμμετοχή της ανεργίας στους παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονική συμπεριφορά.^{28,29,8}

Τέλος, όπως είναι αναμενόμενο, η αύξηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας η οποία αξιολογείται από την κλίμακα Beck Depression Inventory (BDI) συνδέεται με αυξημένη παρουσία Προειδοποιητικών Σημείων επαγρύπνησης, και στην παρούσα μελέτη συνδέεται επίσης με την αύξηση της ηλικίας.

Αξιοσημείωτο είναι, ότι μελέτες που έχουν βασιστεί σε διεξοδικές συνεντεύξεις με συγγενείς και στενούς φίλους ατόμων που έχουν αυτοκτονήσει αποδεικνύουν ότι το περιβάλλον του θύματος βρίσκει το θάνατό του από αυτοκτονία ανεξήγητο και συχνά αρνείται ότι είχε παρατηρήσει προειδοποιητικά σημεία για την αυτοκτονία.^{48,49} Αυτός είναι και ο λόγος που πολλοί ερευνητές θεωρούν την εκπαίδευση του στενού περιβάλλοντος του ασθενούς αλλά και γενικότερα του ευρύτερου κοινού απαραίτητη για την αποτελεσματικότερη συμμετοχή τους στην πρόληψη των αυτοκτονιών.^{14,17}

Συμπερασματικά, άτομα που πραγματοποιούν απόπειρα αυτοκτονίας παρουσιάζουν σε υψηλό ποσοστό Προειδοποιητικά Σημεία, τα οποία όμως διαφεύγουν της προσοχής και της αναγνώρισης από το οικογενειακό περιβάλλον των ασθενών. Η χρήση των Προειδοποιητικών Σημείων είναι δυνατόν να συνεισφέρει σημαντικά στην καθημερινή κλινική πρακτική. Η ταυτοποίηση παρατηρήσιμων

Προειδοποιητικών Σημείων που υποδηλώνουν την κλιμάκωση της απελπισίας και της αυτοκτονικής πρόθεσης και αυξάνουν τον προσεχή κίνδυνο αποτελεί μια ουσιαστική πρόοδο στο πεδίο της επιστήμης που μελετά την αυτοκτονικότητα. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θα πρέπει να εντάξουν τα Προειδοποιητικά Σημεία στην ψυχοεκπαίδευση των οικογενειών των ασθενών με ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας, προκειμένου να είναι σε θέση να αναγνωρίσουν εγκαίρως τα Προειδοποιητικά Σημεία της αυτοκτονικότητας και έτσι να μπορούν να παρέμβουν άμεσα προστατεύοντας τους ασθενείς.

Όσον αφορά στις μελλοντικές έρευνες στο αντικείμενο αυτό, θα πρέπει να εξεταστεί αν σημαντικοί βιολογικοί παράγοντες οι οποίοι παρέχουν στοιχεία υπέρ της πιθανής συμβολής κληρονομικών γενετικών παραγόντων στην ανάπτυξη αυτοκτονικών συμπεριφορών⁵⁰ μπορούν να δώσουν στοιχεία πρόβλεψης της αυτοκτονικής συμπεριφοράς και να συνδεθούν ενδεχομένως με την ύπαρξη συγκεκριμένων Προειδοποιητικών Σημείων.

Suicide attempts in the General Hospital and warning signs

G. Moussas,¹ K. Tournikioti,¹ A. Tselebis,² E. Rizos,¹ D. Bratis,² K. Vasila-Demi²

¹2nd Department of Psychiatry, "Attikon" University General Hospital, University of Athens, Athens

²Department of Psychiatry, "Sotiria" General Hospital for Chest Diseases, Athens, Greece

Psychiatriki 2009, 20:153–161

Suicide represents a major public health issue and much research is focusing on the prevention and management of suicidal behavior. The present study aims at the assessment of Warning Signs of Suicide. For this purpose, 100 patients admitted for attempted suicide in Sotiria General Hospital have been included in the study. All patients have been examined through a semi-structured psychiatric interview, the somministration of Beck Depression Inventory (BDI) and the assessment of the following Warning Signs: Internalization, Feeling gloomy, Presence of recent trauma in the patient's history, Change of behavior, Fear, Giving gifts, Depression and Aggression. The results showed that 80% of the sample presented at least two warning signs whereas only 10% of the patients had no warning signs. Moreover, a strong correlation was observed between the total score of depression as assessed with the BDI Scale and the number of Warning Signs. Warning Signs are present with a high percentage in patients who attempt suicide and many authors suggest that they should be included in suicide prevention. Therefore, it is important for all mental health clinicians to integrate the assessment of Warning Signs into their practices and to educate both patients and family members to recognize them.

Key words: Suicide attempt, warning signs for suicide, prevention, depression

Βιβλιογραφία

1. World Health Organization. *Suicide prevention (SUPRE)*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2007. (http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/)
2. Centers for Disease Control and Prevention. Advance report of final mortality statistics. *Monthly Vital Statist Report* 1993, 41:1-52
3. Plutchik R & van Praag HM. The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Progress Neuropsychopharmacol Biologic Psychiatry* 1989, 13:(Suppl):23-34
4. 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, 31:99-108
5. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm: systematic review. *Br J Psychiatry* 2002, 181:193-199
6. Douglas J, Cooper J, Amos T, Webb R, Guthrie E, Appleby L. "Near-fatal" deliberate self-harm: characteristics, prevention and implications for the prevention of suicide. *J Affect Disord* 2004, 79:263-268
7. Zahl DL, Hawton K. Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11,583 patients. *Br J Psychiatry* 2004, 185:70-75
8. Bertolote JM, Fleischmann A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidology* 2002, 7:6-8
9. Jenkins R. Addressing suicide as a public health problem. *Lancet* 2002, 359:813-14
10. Pescosolido BA, Mendelsohn R. Social causation or social construction of suicide? An investigation into the social organization of official rates. *Am Sociol Rev* 1986, 51:80-101
11. Ierodiakonou CS, Iakovides A, Ierodiakonou-Benou I. *Psychopathology* 1998, 31:281-292
12. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 2006, 3:e442. (Electronic article)
13. Murray CL, Lopez AD eds. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1996
14. Rudd MD. Suicide Warning Signs in Clinical Practice. *Curr Psychiatry Report* 2008, 10:87-90
15. Lee TH. Planning pays off if a heart attack strikes. *Harv Heart Lett* 2004, 14:1-3
16. Peterson JL, Newman R. Helping to curb youth violence: the APA-MTV "warning signs" initiative. *Profession Psychol: Research Pract* 2000, 31:509-514
17. Rudd MD, Berman L, Joiner TE et al. Warning signs for suicide: theory, research, and clinical application. *Suicide Life Threat Behav* 2006, 36:255-262
18. Hosansky D. Youth suicide: Should government fund more prevention programs? *CQ Researcher* 2004, 127-147
19. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *J Amer Acad Child Adol Psychiatr* 2003, 42:386-405
20. Beck AT, Steer RA. *Manual for the revised beck depression inventory*. San Antonio TX, Psychological Corporation 1987
21. Moussas GI, Tselebis A, Karkanas A, Stamouli D, Ilias I, Bratis D et al. A comparative study of anxiety and depression in patients with bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease and tuberculosis in a general hospital of chest diseases. *Ann Gen Psychiatry* 2008, 7:7
22. Tselebis A, Moulou A, Ilias I. Burnout versus depression and sense of coherence: A study in Greek nursing staff. *Nurs Health Scien* 2001, 3:69-71
23. Kendall PC, Hollon SD, Beck AT, Hammen CL, Ingram RE. Issues and recommendations regarding the use of Beck Depression Inventory. *Cognit Ther Research* 1987, 11, 3:289-299
24. Ντώνιας Σ, Δεμερτζής Ι. Στάθμιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με το ερωτηματολόγιο κατάθλιψης του Beck. *Πρακτικά 10ου Πανελληνίου Συνεδρίου Νευρολογίας και Ψυχιατρικής* 1983, 1, 486-492
25. <http://www.suicidology.org>
26. <http://www.afsp.org>
27. <http://www.suicide.org>
28. Nock MK, Borges G, Bromet EJ et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans, and attempts in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry* 2008, 192:98-105
29. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ et al. Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychol Med* 1999, 29:9-17
30. Barraclough B, Bunch J, Nelson B, Sainsbury P. One hundred cases of suicide: clinical aspects. *Br J Psychiatry* 1974, 125:355-373
31. Robins E, Murphy GE, Wilkinson RH Jr, Gassner S, Kayes J. Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. *Am J Public Health* 1979, 49:888-899
32. Jamison KR (1986). Suicide and bipolar disorders. *Ann NY Acad Sci* 1986, 487:301-315
33. Johns CA, Stanley M, Stanley B. Suicide in schizophrenia. *Ann NY Acad Sci* 1986, 487:294-300
34. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a Clinical Model of Suicidal Behavior in Psychiatric Patients. *Am J Psychiatry* 1999, 156:181-189
35. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1999, 56:617-626
36. Shaffer D, Gould MS, Fisher P et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996, 53:339-348
37. Hawton K, Cole D, O'Grady J et al. Motivational aspects of deliberate self-poisoning in adolescents. *Br J Psychiatry* 1982, 141:286-291
38. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta analysis. *Br J Psych* 1997, 170:205-228
39. Fenton WS, McGlashan TH, Victor BJ, Blyrer CR. Symptoms, subtype and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Am J Psych* 1997, 154:199-204
40. Chipps J, Stewart G, Sayer G. Suicide mortality in NSW: clients of mental health services. *NSW Publ Health Bull* 1995, 6:75-81
41. Wyder M. *Understanding deliberate self harm. A qualitative inquiry into attempted suicide*. Thesis. University of Western Sydney, 2005
42. Beck AT, Steer RA, Kovacs M et al. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry* 1985, 142:559-563
43. Nock MK, Kazdin AE. Examination of affective, cognitive and behavioral factors and suicide-related outcomes in children and young adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2002, 31:48-58

44. Zouk H, Tousignant M, Seguin M et al. Characterization of impulsivity in suicide completers: clinical, behavioral and psychosocial dimensions. *J Affect Disord* 2006, 92:195–204
45. Fawcett J. Treating impulsivity and anxiety in the suicidal patient. *Ann N Y Acad Sci* 2001, 932:94–102
46. Brent DA, Perper JA, Moritz G et al. Stressful life events, psychopathology, and adolescent suicide: a case control study. *Suicide Life Threat Behav* 1993 23:179–187
47. Salk L, Lipsitt LP, Sturner WQ et al. Relationship of maternal and perinatal conditions to eventual adolescent suicide. *Lancet* 1985, 1:624–627
48. Barraclough B, Bunch J, Nelson B, Sainsbury P. A hundred cases of suicide: clinical aspects. *Br J Psych* 1974, 125:355–373
49. Brent DA, Perper JA, Kolko DJ, Zelenak JP. The psychological autopsy: methodological considerations for the study of adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolescent Psych* 1988, 27:362–366
50. Baldessarini RJ, Hennen J. Genetics of suicide: an overview. *Harv Rev Psychiatry* 2004, 12:1–13

Αλληλογραφία: Γ. Μουσσάς, Β΄ Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Ρίμνι 1, Χαϊδάρι 124 62,
e-mail: gmpsuo@gmail.com
Τηλ: 210-5832448, 210-5832420, 694 443 1690, Fax: 210-5326453