

Ερευνητική εργασία Research article

Η ανάπτυξη της Κλίμακας Εκτίμησης του Κινδύνου Αυτοκτονικότητας: Μια μελέτη σε γενικό πληθυσμό*

Κ.Ν. Φουντουλάκης, Ε. Παντούλα, Μ. Σιαμούλη, Κ. Μούτου, Χ. Gonda,
Ζ. Rihmer, Α. Ιακωβίδης, Η. Akiskal

*Γ' Ψυχιατρική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη,
Department of Clinical and Theoretical Mental health, Semmelweis University, Faculty of Medicine, Budapest, Hungary,
International Mood Disorders Center, University of California at San Diego, CA, USA*

Ψυχιατρική 2011, 22:132–147

Η αυτοκτονία και οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι σχετικά σπάνια γεγονότα αλλά με τεράστια σημασία λόγω της θνησιμότητας, της νοσηρότητας και της αναπηρίας που τις συνοδεύουν. Μέχρι σήμερα οι διάφορες κλίμακες που έχουν αναπτυχθεί πάσχουν από μια σειρά από σχεδιαστικά σφάλματα και προβλήματα στη διαδικασία ανάπτυξης. Η παρούσα εργασία στόχευε στην ανάπτυξη μιας ελεύθερα διαθέσιμης κλίμακας εκτίμησης της αυτοκτονικότητας, βασισμένης στη μελέτη γενικού πληθυσμού. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας οδήγησε στην πειραματική διατύπωση 12 λημμάτων-ερωτήσεων που εκτιμούν διαφορετικές πλευρές της συνδεόμενης με την αυτοκτονικότητα συμπεριφοράς και εσωτερικής εμπειρίας. Τα λήμματα αυτά εφαρμόστηκαν σε πληθυσμό 734 ατόμων (40,6% άνδρες και 59,4% γυναίκες) ηλικίας $40,8 \pm 11,5$ ετών, αντιπροσωπευτικό του ενεργού εργασιακά πληθυσμού της χώρας. Χορηγήθηκαν επίσης το STAI και η CES-D. Καταρτίστηκαν πίνακες βαθμολόγησης με τη χρήση z-score. Έγινε παραγοντική ανάλυση και ταυτοποίηση υποκλιμάκων. Ο δείκτης άλφα του Cronbach ήταν 0,80 ενώ ταυτοποιήθηκαν 4 παράγοντες (Πρόθεση, Στάση απέναντι στη Ζωή, Ιστορικό και Φόβος) που ερμηνεύουν το 65% της συνολικής διασποράς. Υπήρξε ισχυρή συσχέτιση των βαθμολογιών της κλίμακας με τις βαθμολογίες STAI και CES-D. Η κλίμακα RASS παρουσιάζει ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες και αποτελεί τη μοναδική παγκοσμίως που αναπτύχθηκε με βάση τη μελέτη του γενικού πληθυσμού και τη χρήση z-score στη βαθμολόγησή της. Περαιτέρω προοπτικές μελέτες είναι απαραίτητες για να διερευνηθεί η πραγματική της προγνωστική ισχύς στην πρόβλεψη της αυτοκτονικής συμπεριφοράς.

Λέξεις ευρετηρίου: Κλίμακα αυτοκτονικότητας, ψυχομετρικές ιδιότητες, γενικός πληθυσμός

* Η εργασία αυτή βραβεύθηκε στο 21ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής που πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα, 5–8 Μαΐου 2011

Εισαγωγή

Οι αυτοκτονίες και οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι σημαντικά και δαπανηρά προβλήματα της δημόσιας υγείας. Οι πρόσφατες έρευνες υποδηλώνουν ότι η επικράτηση ζωής των αποπειρών αυτοκτονίας που αντιμετωπίζονται ιατρικά είναι κατά προσέγγιση 3% για τις γυναίκες και 2% για τους άνδρες,^{1,2} ενώ οι ολοκληρωμένες αυτοκτονίες ποικίλουν από 5,5/100.000 για την Ελλάδα, έως πάνω από 40/100.000 για την Ουγγαρία και πάνω από 60/100.000 για ορισμένες ανατολικοευρωπαϊκές χώρες (π.χ. Λευκορωσία).³ Ο ψυχολογικός τους αντίκτυπος στα άτομα και τις οικογένειές τους και το τεράστιο κοινωνικό κόστος όσον αφορά στην ιατρική φροντίδα και την απώλεια της παραγωγικότητας, τις καθιστά κορυφαία προτεραιότητα στην ημερήσια διάταξη της υγείας. Σήμερα, η κατανόηση και η πρόληψη της αυτοκτονίας είναι από τις μεγαλύτερες προκλήσεις για την ψυχιατρική, και αυτό συμβαίνει ιδιαιτέρως επειδή κατά τη διάρκεια των προηγούμενων δεκαετιών αρκετές ψυχολογικές μελέτες αυτοψίας σε θύματα αυτοκτονίας έδειξαν ότι η πλειοψηφία έπασχε από κάποια συναισθηματική διαταραχή, συνήθως μείζονα κατάθλιψη, με συχνή συννοσηρότητα με διάφορες άλλες ψυχικές διαταραχές, ειδικά αγχώδεις διαταραχές και διαταραχές που σχετίζονται με χρήση ουσιών.⁴⁻¹⁰ Είναι εντυπωσιακό το γεγονός ότι, παρά τις συχνές επαφές που είχαν με ιατρικές υπηρεσίες πριν το συμβάν της αυτοκτονίας, μόνο μια μικρή μειοψηφία θυμάτων αυτοκτονίας που έπασχαν από κατάθλιψη είχαν λάβει κατάλληλη αντικαταθλιπτική φαρμακοθεραπεία, και η παρατήρηση αυτή είναι ιδιαιτέρως ισχυρή όσον αφορά στην πρωτοβάθμια φροντίδα.^{7,10-13}

Παρότι η πρόβλεψη και η πρόληψη της αυτοκτονίας και της συνδεόμενης με αυτήν συμπεριφοράς είναι προβληματικές, έχουν μέχρι σήμερα αναγνωριστεί ορισμένοι παράγοντες κινδύνου (πτωχή αυτοεκτίμηση, ανεπαρκείς ικανότητες επίλυσης προβλημάτων και απελπισία).¹⁴⁻¹⁶ Στις περισσότερες εμπειρικές έρευνες, η απελπισία (αρνητικές στάσεις ή προσδοκίες για τα μελλοντικά γεγονότα ζωής) έχει αναγνωριστεί ως ο πιο αξιόπιστος παράγοντας κινδύνου.¹⁷⁻²² Ωστόσο, η απελπισία περιλαμβάνει πολλαπλές όψεις θετικής και αρνητικής σκέψης,^{21,23-25} ενώ και η ελπίδα φαίνεται να είναι πολυδιάστατη (θετικές προσδοκίες για τον

εαυτό και για το μέλλον).²⁶⁻²⁹ Ο αυτοκτονικός μηρυκασμός, ο αυτοκτονικός ιδεασμός και η επιθυμία θανάτου είναι επίσης σημαντικά πεδία εκτίμησης.³⁰⁻³²

Προκειμένου να προληφθεί η αυτοκτονική και άλλη αυτοτραυματική συμπεριφορά, είναι απαραίτητη η έρευνα των πολλαπλών παραγόντων που εμπλέκονται σε αυτή τη συμπεριφορά. Για την εκτίμηση αυτών των παραγόντων, οι ερευνητές και οι κλινικοί χρειάζονται ένα περιεκτικό αλλά φιλικό προς τον χρήστη εργαλείο που να επιτρέπει την αξιόπιστη συλλογή δεδομένων σε ένα ευρύ φάσμα περιβαλλοντικών καταστάσεων.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η κατασκευή ενός εργαλείου αυτο-αναφοράς, το οποίο να περιλαμβάνει πολλαπλές επαναλήψιμες διαστάσεις, με έμφαση περισσότερο σε εκείνα τα λήμματα που περιγράφουν τη σχετιζόμενη με την αυτοκτονία συμπεριφορά, παρά στα ισχυρά σχετιζόμενα κλινικά χαρακτηριστικά (π.χ. απελπισία). Ένα τέτοιο εργαλείο θα παρέχει χρήσιμα δεδομένα για την ανάπτυξη ενός σχεδίου διαχείρισης του κλινικού κινδύνου για έναν συγκεκριμένο ασθενή, ενώ παράλληλα θα επιτρέπει τη σύγκριση των διαφορετικών ερευνητικών μελετών της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Ένας κεντρικός άξονας σε αυτή την προσπάθεια ήταν να αναπτύξουμε αυτό το εργαλείο με βάση μια μελέτη σε γενικό πληθυσμό και να χρησιμοποιήσουμε κανονιστικά δεδομένα και βαθμολογίες.

Υλικό και μέθοδος

Το πρώτο βήμα ήταν η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και η αναγνώριση των κλιμάκων κατάθλιψης και των κλιμάκων εκτίμησης της αυτοκτονικότητας. Η έρευνα στο MEDLINE με τη χρήση των όρων «αυτοκτονία» και «κλίμακα» και «ανάπτυξη» αρχικά απέφερε 147 άρθρα. Εικοσιένα από αυτά θεωρήθηκαν σχετικά για την παρούσα μελέτη. Η ανασκόπησή τους οδήγησε στην ανάπτυξη 12 λημμάτων που εκτιμούν διαφορετικές πλευρές της σχετιζόμενης με την αυτοκτονία συμπεριφοράς και της εσωτερικής εμπειρίας. Τα λήμματα αυτά εφαρμόστηκαν σε 734 άτομα του γενικού πληθυσμού (40,6% άνδρες και 59,4% γυναίκες) ηλικίας 40,8±11,5. Το δείγμα της μελέτης ήταν αντιπροσωπευτικό του ενεργού εργαζόμενου ελληνικού πληθυσμού, ηλικίας 25-67 ετών. Παρότι έγινε κάποια προσπάθεια να μην συμπερι-

ληφθούν φανερά ψυχικά ασθενείς (ιδιαίτερα ψυχωτικοί), δεν υπήρχε κάποια δομημένη μέθοδος αποφυγής αυτής της συνθήκης. Χορηγήθηκαν επίσης οι κλίμακες STAI και CES-D. Είναι ακόμη σημαντικό να σημειωθεί ότι η συλλογή των δεδομένων ολοκληρώθηκε το 2008, δηλαδή πριν αρχίσει η παρούσα οικονομική κρίση.

Η ανάλυση περιελάμβανε την ανάπτυξη περιγραφικών στατιστικών πινάκων για το δείγμα της μελέτης και ειδικά πίνακες συχνότητων για κάθε απάντηση σε κάθε λήμμα της καινούργιας κλίμακας. Με βάση αυτές τις συχνότητες, αναπτύχθηκε μία μέθοδος βαθμολόγησης. Η στατιστική ανάλυση περιελάμβανε επίσης ανάλυση των λημμάτων και υπολογισμό του άλφα του Cronbach, παραγοντική ανάλυση με varimax normalized rotation και υπολογισμό του συντελεστή συσχέτισης pearson product moment μεταξύ της νέας κλίμακας και της ηλικίας, του BMI, του STAI-S, του STAI-T, και της CES-D. Επίσης εφαρμόστηκε διερευνητικό (exploratory) t-test ανάμεσα σε άτομα με υψηλό και χαμηλό CES-D (cut off 23/24) και ανάμεσα σε άτομα με διαφορετικό ιστορικό αυτοτραυματισμών ή αυτοκτονικών πράξεων.

Αποτελέσματα

Στο δείγμα της παρούσας μελέτης, από τα συνολικά 734 άτομα, τα 436 (59,40%) ήταν γυναίκες και τα 298 (40,60%) ήταν άνδρες. Η σύνθεση του δείγματος της μελέτης όσον αφορά στο φύλο και την ηλικία, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, σύμφωνα με την Ελληνική Εθνική Στατιστική Υπηρεσία (<http://www.statistics.gr>) φαίνεται στον πίνακα 1. Ο πληθυσμός του δείγματος της μελέτης δεν περιλαμβάνει συνταξιούχους ή ασθενείς και με αυτή την έννοια είναι αντιπροσωπευτικός του ενεργού τμήματος του γενικού πληθυσμού της Ελλάδας.

Πίνακας 1. Σύσταση του δείγματος της μελέτης όσον αφορά στο φύλο και την ηλικία σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, σύμφωνα με την Ελληνική Εθνική Στατιστική Υπηρεσία για το 2009.

Ηλικιακή ομάδα	Ελληνικός πληθυσμός (προσέγγιση για το 2009)	Δείγμα μελέτης
Συνολικός πληθυσμός	11.282.751	734
Γυναίκες-Άνδρες	48-52%	40,6-59,4%
25-29 ετών	11,02%	25,81%
29-34 ετών	11,31%	12,90%
34-39 ετών	10,00%	15,44%
40-44 ετών	10,00%	13,13%
44-49 ετών	9,21%	10,60%
50-54 ετών	8,92%	10,14%
55-59 ετών	6,83%	8,29%
60-64 ετών	7,09%	3,69%

Η μέση ηλικία ήταν $40,80 \pm 11,48$ έτη (εύρος 25-67) και οι βαθμολογίες σε STAI-S, STAI-T, CES-D, καθώς και ο δείκτης μάζας σώματος (BMI) ήταν μέσα στο φυσιολογικό εύρος, τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες (πίνακας 2). Ωστόσο, 84 άτομα (11,44%) είχαν βαθμολογία στη CES-D πάνω από το κατώφλι για την κατάθλιψη (<23). Από αυτούς, 62 ήταν γυναίκες (14,22%) και 22 ήταν άνδρες (7,38%). Επαγγελματικά δεδομένα ήταν διαθέσιμα για 533 άτομα (72,61%) και από αυτά το 63,41% ήταν υπάλληλοι (δημόσιοι ή ιδιωτικοί), το 11,63% ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες και το 14,07% ήταν γιατροί, δικηγόροι, ιερείς, καθηγητές κ.λπ. Φαίνεται ότι το δείγμα της μελέτης αντιπροσωπεύει τον αστικό ελληνικό πληθυσμό, με μια υπεραντιπροσώπηση των υψηλότερων μορφωτικών επιπέδων. Η αναλυτική

Πίνακας 2. Βαθμολογίες STAI-S, STAI-T, CES-D και δείκτη μάζας σώματος (BMI) του δείγματος της μελέτης.

	Συνολικό δείγμα N=734				Γυναίκες N=436				Άνδρες N=298			
	Mean	Min	Max	SD	Mean	Min	Max	SD	Mean	Min	Max	SD
Ηλικία	40,80	25	67	11,48	39,43	25	65	10,87	42,82	25	67	12,06
STAI-S	38,83	20	80	11,96	39,75	20	77	11,69	37,48	20	80	12,25
STAI-T	42,71	3	78	10,07	44,30	20	71	9,70	40,39	3	78	10,17
CES-D	11,89	0	53	9,13	13,04	0	46	9,40	10,21	0	53	8,47
BMI	25,25	16	73	4,57	24,21	16	73	4,96	26,75	18	42	3,46

Πίνακας 3. Επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος της μελέτης.

	Αριθμός	(%)
Εργάστηκε, αλλά τώρα είναι άνεργος	0	0,00
Δεν εργάστηκε ποτέ και δεν εργάζεται τώρα	0	0,00
Υπάλληλος (δημόσιος ή ιδιωτικός)	338	63,41
Ελεύθερος επαγγελματίας (έμπορος, τεχνίτης)	62	11,63
Γιατρός, δικηγόρος, μηχανικός, ιερέας, καθηγητής κ.λπ.	75	14,07
Φοιτητής (ΑΕΙ ή ΤΕΙ)	12	2,25
Χειρώνακτας (εργάτης, οικοδόμος, αγρότης)	26	4,88
Νοικοκυρά	20	3,75
Σύνολο	533	100,00

σύνθεση του δείγματος, όσον αφορά την εργασία φαίνεται στον πίνακα 3.

Ο πίνακας συχνοτήτων για τις απαντήσεις στα ξεχωριστά λήμματα της κλίμακας φαίνεται στον πίνακα 4. Οι συχνότητες αυτές οδήγησαν στον υπολογισμό των ποσοστημορίων και την ανάπτυξη μιας μεθόδου βαθμολόγησης η οποία φαίνεται στον πίνακα 5.

Η παραγοντική ανάλυση με τη χρήση των ακατέργαστων βαθμολογιών απέδωσε 4 παράγοντες οι οποίοι εξηγούν εξ ολοκλήρου το 64,95% της συνολικής διακύμανσης, ενώ η χρήση τυποποιημένων βαθμολογιών απέδωσε 3 παράγοντες οι οποίοι εξηγούν 59,19% της συνολικής διακύμανσης (πίνακας 6). Οι τρεις αυτοί παράγοντες αντιστοιχούν σε τρεις υποκλίμακες (Πρόθεση, Στάση απέναντι στη Ζωή και Ιστορικό) και οι βαθμολογίες τους φαίνονται

Πίνακας 4. Πίνακας συχνοτήτων των απαντήσεων στα ξεχωριστά λήμματα της κλίμακας.

Περιγραφή των λημμάτων	Καθόλου		Λίγο		Πολύ		Πάρα πολύ	
	0	(%)	1	(%)	2	(%)	3	(%)
Φοβάστε ότι θα πεθάνετε;	428	58,31	230	31,34	56	7,63	20	2,72
Σκέφτεστε καθόλου ότι θα ήταν καλύτερα αν πεθαίνατε;	630	85,83	72	9,81	22	3,00	10	1,36
Πιστεύετε ότι είναι υπέροχο πράγμα που είστε ζωντανός/ή τώρα;	41	5,59	30	4,09	119	16,21	544	74,11
Έχετε αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;	556	75,75	116	15,80	40	5,45	22	3,00
Σκέφτεστε να κάνετε κακό στον εαυτό σας με κάποιον τρόπο;	688	93,73	32	4,36	12	1,63	2	0,27
Σκέφτεστε συχνά να αυτοκτονήσετε αν σας δοθεί η ευκαιρία;	707	96,32	18	2,45	8	1,09	1	0,14
Στη σκέψη σας κάνετε σχέδια για τον τρόπο με τον οποίο θα μπορούσατε να δώσετε τέλος στη ζωή σας;	690	94,01	35	4,77	8	1,09	1	0,14
Σκέφτομαι να αυτοκτονήσω αλλά δεν θα το κάνω	697	94,96	22	3,00	9	1,23	6	0,82
Απολαμβάνετε τη ζωή;	18	2,45	79	10,76	347	47,28	290	39,50
Νιώθετε κουρασμένος από τη ζωή σας;	322	43,87	286	38,96	96	13,08	30	4,09
		<i>Ποτέ</i>		<i>Μια φορά</i>		<i>2-3 φορές</i>		<i>Πολλές φορές</i>
Κατά τη διάρκεια της ζωής σας έχετε ποτέ τραυματίσει τον εαυτό σας με κάποιον τρόπο επίτηδες;	689	93,87	30	4,09	9	1,23	6	0,82
Κατά τη διάρκεια της ζωής σας έχετε κάνει ποτέ απόπειρα αυτοκτονίας;	721	98,23	10	1,36	1	0,14	2	0,27

Πίνακας 5. Βαθμολογίες των ξεχωριστών λημμάτων της κλίμακας, που προκύπτουν από τον πίνακα συχνοτήτων των απαντήσεων.

	<i>Καθόλου</i>	<i>Λίγο</i>	<i>Πολύ</i>	<i>Πάρα πολύ</i>
Φοβάστε ότι θα πεθάνετε;	0	60	90	100
Σκέφτεστε καθόλου ότι θα ήταν καλύτερα αν πεθαίνατε;	0	85	95	100
Πιστεύετε ότι είναι υπέροχο πράγμα που είστε ζωντανός/ή τώρα;	95	90	75	0
Έχετε αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;	0	75	90	100
Σκέφτεστε να κάνετε κακό στον εαυτό σας με κάποιον τρόπο;	0	95	100	100
Σκέφτεστε συχνά να αυτοκτονήσετε αν σας δοθεί η ευκαιρία;	0	95	100	100
Στη σκέψη σας κάνετε σχέδια για τον τρόπο με τον οποίο θα μπορούσατε να δώσετε τέλος στη ζωή σας;	0	95	100	100
Σκέφτομαι να αυτοκτονήσω αλλά δεν θα το κάνω	0	95	100	100
Απολαμβάνετε τη ζωή;	100	85	40	0
Νιώθετε κουρασμένος από τη ζωή σας;	0	45	80	95
	<i>Ποτέ</i>	<i>Μια φορά</i>	<i>2-3 φορές</i>	<i>Πολλές φορές</i>
Κατά τη διάρκεια της ζωής σας έχετε ποτέ τραυματίσει τον εαυτό σας με κάποιον τρόπο επίτηδες;	0	95	100	100
Κατά τη διάρκεια της ζωής σας έχετε κάνει ποτέ απόπειρα αυτοκτονίας;	0	100	100	100

στον πίνακα 7. Αν χρησιμοποιηθούν οι ακατέργαστες βαθμολογίες για την κατασκευή των υποκλιμάκων, τότε προκύπτει μια τέταρτη υποκλίμακα, η οποία περιλαμβάνει μόνο το λήμμα #1 (υποκλίμακα Φόβου).

Χρησιμοποιώντας τις ακατέργαστες βαθμολογίες, το άλφα του Cronbach ήταν ίσο με 0,75 (τυποποιημένη τιμή 0,80) με όλα τα λήμματα να είναι ισοδύναμα (το άλφα, αν διαγράφονταν το λήμμα, κυμαίνονταν μεταξύ 0,72–0,78). Με τη χρήση της τυποποιημένης βαθμολογίας, το άλφα του Cronbach ήταν ίσο με 0,79 (τυποποιημένη τιμή 0,82), και πάλι με όλα τα λήμματα να είναι ισοδύναμα (το άλφα, αν διαγράφονταν το λήμμα, κυμαίνονταν μεταξύ 0,76–0,80). Το άλφα ήταν 0,85 για την υποκλίμακα της Πρόθεσης, 0,69 για την υποκλίμακα της Στάσης απέναντι στη Ζωή και 0,52 για την υποκλίμακα του Ιστορικού.

Η συσχέτιση μεταξύ των ακατέργαστων και των τυποποιημένων βαθμολογιών για τα ξεχωριστά λήμματα, τις υποκλίμακες και το συνολικό σκορ από τη μία και της ηλικίας, του BMI, του STAI-S, του

STAI-T και της CES-D από την άλλη, φαίνονται στον πίνακα 8.

Η σύγκριση μεταξύ των ατόμων με βαθμολογία στη CES-D πάνω από το κατώφλι (cut-off) για κατάθλιψη (23/24) και εκείνων με βαθμολογία στην CES-D κάτω από το κατώφλι, υποδήλωσε ότι οι δύο ομάδες διέφεραν στις βαθμολογίες όλων των λημμάτων και των υποκλιμάκων, με την εξαίρεση των γυναικών για το λήμμα #1 (πίνακας 9). Το λήμμα #8 της CES-D αντανάκλα την ελπίδα/απελπισία και τη σχέση της με τα στοιχεία της RASS φαίνονται στον πίνακα 10. Τα αποτελέσματα της σύγκρισης των ατόμων με ιστορικό αυτοτραυματισμών και αποπειρών αυτοκτονίας, όσον αφορά τα λήμματα της RASS, τη CES-D και την απελπισία, φαίνονται στον πίνακα 11. Πρέπει να σημειωθεί ότι 36 άτομα (4,9%) είχαν προηγούμενο ιστορικό αυτοτραυματισμού, 4 (0,54%) είχαν ιστορικό αποπειρών αυτοκτονίας και 9 (1,22%) είχαν προηγούμενο ιστορικό τόσο αυτοτραυματισμού όσο και αποπειρών αυτοκτονίας. Παρότι αυτές οι ομάδες ήταν μικρές, η διερευνητική ANOVA υποδήλωσε ότι τα άτομα που είχαν

Πίνακας 6. Παραγοντική ανάλυση με varimax normalized rotation.

	Ανάλυση με ακατέργαστες βαθμολογίες				Ανάλυση με τυποποιημένες βαθμολογίες		
	Παράγων	Παράγων	Παράγων	Παράγων	Παράγων	Παράγων	Παράγων
	1	2	3	4	1	2	3
Φοβάστε ότι θα πεθάνετε;	0,07	0,08	0,05	0,95	-0,04	0,36	0,54
Σκέφτεστε καθόλου ότι θα ήταν καλύτερα αν πεθαίνατε;	0,36	0,64	-0,03	0,01	0,68	0,39	-0,03
Πιστεύετε ότι είναι υπέροχο πράγμα που είστε ζωντανός/ή τώρα;	0,20	0,64	-0,05	-0,23	0,22	0,64	-0,03
Έχετε αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;	0,21	0,69	0,15	-0,04	0,39	0,55	-0,06
Σκέφτεστε να κάνετε κακό στον εαυτό σας με κάποιον τρόπο;	0,72	0,23	0,19	-0,08	0,82	0,03	0,13
Σκέφτεστε συχνά να αυτοκτονήσετε αν σας δοθεί η ευκαιρία;	0,86	0,19	0,10	-0,03	0,83	0,08	0,21
Στη σκέψη σας κάνετε σχέδια για τον τρόπο με τον οποίο θα μπορούσατε να δώσετε τέλος στη ζωή σας;	0,81	0,16	0,04	0,06	0,68	0,26	0,10
Σκέφτομαι να αυτοκτονήσω αλλά δεν θα το κάνω	0,79	0,18	0,03	0,14	0,80	0,14	0,24
Απολαμβάνετε τη ζωή;	0,05	0,69	0,02	0,22	-0,04	0,73	0,20
Νιώθετε κουρασμένος από τη ζωή σας;	0,12	0,71	0,14	0,14	0,20	0,72	0,06
Κατά τη διάρκεια της ζωής σας έχετε ποτέ τραυματίσει τον εαυτό σας με κάποιον τρόπο επίτηδες;	0,00	0,08	0,85	0,07	0,19	-0,03	0,78
Κατά τη διάρκεια της ζωής σας έχετε κάνει ποτέ απόπειρα αυτοκτονίας;	0,22	0,05	0,81	-0,01	0,26	-0,03	0,77
Εξηγούμενη διακύμανση	2,83	2,44	1,48	1,05	3,29	2,15	1,67
Αναλογία στο σύνολο	23,56%	20,31%	12,31%	8,77%	27,38%	17,88%	13,94%
Συνολική αναλογία της εξηγούμενης διακύμανσης				64,95%			59,19%

Πίνακας 7. Μέση βαθμολογία και τυπική απόκλιση των υποκλιμάκων. Το ποσοστό αντιπροσωπεύει την αναλογία της μέσης προς τη μέγιστη βαθμολογία.

	Mean	Min	Max	Std. Dev.	max score	(%)
Κλίμακα πρόθεσης	32,79	0,00	500	89,73	500	6,55
Κλίμακα στάσης απέναντι στη ζωή	103,29	0,00	390	94,93	390	26,48
Κλίμακα ιστορικού	36,08	0,00	300	48,74	300	12,02
Συνολική βαθμολογία	172,17	0,00	1015,00	180,26	1190	14,46

Πίνακας 8. Συσχετίσεις μεταξύ ακατέργαστων και τυποποιημένων βαθμολογιών των ξεχωριστών λημμάτων, των υποκλιμάκων και της συνολικής βαθμολογίας και της ηλικίας του BMI, του STAI-S, του STAI-T και της CES-D. Σημαντικές θεωρούνται τιμές >0,09, με p στο 0,01 (με έντονα).

	Ακατέργαστες βαθμολογίες					Τυποποιημένες βαθμολογίες				
	age	BMI	STAI-S	STAI-T	CES-D	age	BMI	STAI-S	STAI-T	CES-D
Φοβάστε ότι θα πεθάνετε;	0,06	-0,03	0,21	0,25	0,21	0,06	-0,03	0,19	0,24	0,19
Σκέφτεστε καθόλου ότι θα ήταν καλύτερα αν πεθαίνατε;	0,08	0,00	0,20	0,24	0,41	0,08	0,07	0,23	0,28	0,43
Πιστεύετε ότι είναι υπέροχο πράγμα που είστε ζωντανός/ή τώρα;	0,09	0,02	0,20	0,18	0,29	0,08	-0,05	0,23	0,21	0,32
Έχετε αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;	0,08	0,07	0,26	0,29	0,41	0,08	-0,02	0,28	0,32	0,41
Σκέφτεστε να κάνετε κακό στον εαυτό σας με κάποιον τρόπο;	-0,02	-0,01	0,12	0,15	0,34	-0,05	-0,01	0,14	0,17	0,35
Σκέφτεστε συχνά να αυτοκτονήσετε αν σας δοθεί η ευκαιρία;	0,00	-0,01	0,11	0,14	0,31	-0,02	-0,01	0,12	0,16	0,32
Στη σκέψη σας κάνετε σχέδια για τον τρόπο με τον οποίο θα μπορούσατε να δώσετε τέλος στη ζωή σας;	-0,03	-0,02	0,10	0,15	0,32	-0,06	-0,02	0,12	0,15	0,29
Σκέφτομαι να αυτοκτονήσω αλλά δεν θα το κάνω	0,00	0,00	0,12	0,13	0,30	-0,01	0,00	0,16	0,16	0,35
Απολαμβάνετε τη ζωή;	0,07	0,01	0,35	0,40	0,50	0,07	0,00	0,36	0,42	0,51
Νιώθετε κουρασμένος από τη ζωή σας;	0,09	0,01	0,33	0,40	0,45	0,09	0,07	0,33	0,39	0,44
Κατά τη διάρκεια της ζωής σας έχετε ποτέ τραυματίσει τον εαυτό σας με κάποιον τρόπο επίτηδες;	-0,01	-0,01	0,15	0,12	0,21	-0,05	-0,01	0,17	0,12	0,24
Κατά τη διάρκεια της ζωής σας έχετε κάνει ποτέ απόπειρα αυτοκτονίας;	0,02	0,01	0,08	0,09	0,12	-0,03	0,02	0,11	0,13	0,17
Κλίμακα πρόθεσης	-0,02	-0,01	0,14	0,17	0,39	-0,01	0,02	0,21	0,25	0,46
Κλίμακα στάσης απέναντι στη Ζωή	0,12	0,03	0,39	0,43	0,58	0,11	0,00	0,41	0,45	0,57
Κλίμακα ιστορικού	0,00	-0,01	0,14	0,13	0,21	0,01	-0,02	0,24	0,26	0,30
Κλίμακα φόβου	0,06	-0,03	0,21	0,25	0,21					
Συνολική βαθμολογία	0,09	0,01	0,38	0,43	0,61	0,06	0,00	0,38	0,43	0,61

μόνο αυτοτραυματισμούς διέφεραν από αυτά με παλαιότερη απόπειρα αυτοκτονίας και από αυτά με αυτοτραυματισμούς και παλαιότερη απόπειρα αυτοκτονίας όσον αφορά στη συνολική RASS, και την υποκλίμακα πρόθεσης ($p < 0,001$), καθώς και ότι τα άτομα με αυτοτραυματισμούς στο παρελθόν δι-

έφεραν από τα άτομα με αυτοτραυματισμούς και απόπειρες αυτοκτονίας στην υποκλίμακα του ιστορικού ($p < 0,001$). Δεν ανιχνεύθηκαν διαφορές ανάμεσα σε αυτές τις ομάδες όσον αφορά στην υποκλίμακα Στάσης απέναντι στη Ζωή, τη συνολική CES-D και το λήμμα της απελπισίας.

Πίνακας 9. Σύγκριση των ατόμων με βαθμολογίες CES-D πάνω και κάτω από το όριο (cut-off) για κατάλιψη (23/24), όσον αφορά στις βαθμολογίες στα ξεχωριστά λήμματα, τις υποκλίμακες και τη συνολική βαθμολογία.

	Γυναίκες n=436																	
	Άνδρες, n=298						CES-D <24						CES-D >23					
	Mean	SD	Mean	SD	t-value	df	p	Mean	SD	Mean	SD	t-value	df	p				
Λήμμα #1	22,68	32,18	51,82	39,11	-4,02	296	0,000	30,29	35,28	34,03	37,17	-0,77	434	0,444				
Λήμμα #2	7,70	25,06	36,82	45,45	-4,86	296	0,000	9,59	27,40	43,39	45,34	-8,07	434	0,000				
Λήμμα #3	17,86	34,22	53,86	42,26	-4,66	296	0,000	18,01	33,73	43,06	42,50	-5,21	434	0,000				
Λήμμα #4	13,59	30,27	45,91	43,52	-4,65	296	0,000	17,43	33,44	51,94	42,33	-7,22	434	0,000				
Λήμμα #5	3,48	17,98	22,05	41,62	-4,07	296	0,000	3,60	18,27	26,61	43,67	-7,13	434	0,000				
Λήμμα #6	1,03	9,87	26,36	44,08	-7,57	296	0,000	2,06	13,95	15,73	36,17	-5,32	434	0,000				
Λήμμα #7	3,10	16,90	31,14	46,67	-6,18	296	0,000	3,32	17,50	23,31	41,61	-6,48	434	0,000				
Λήμμα #8	2,83	16,39	34,77	47,09	-7,15	296	0,000	2,35	15,01	18,79	38,68	-5,96	434	0,000				
Λήμμα #9	23,68	26,56	53,64	31,25	-5,02	296	0,000	28,80	26,67	63,06	28,99	-9,25	434	0,000				
Λήμμα #10	24,31	28,97	55,23	34,14	-4,75	296	0,000	30,74	29,61	64,19	26,49	-8,36	434	0,000				
Λήμμα #11	4,22	19,84	17,50	38,01	-2,77	296	0,006	4,13	19,57	20,24	39,63	-5,01	434	0,000				
Λήμμα #12	1,09	10,39	13,64	35,13	-4,13	296	0,000	0,27	5,17	9,68	29,81	-5,64	434	0,000				
Υποκλίμακα πρόθεσης	18,13	62,71	151,14	196,89	-7,50	296	0,000	20,91	65,92	127,82	151,81	-9,34	434	0,000				
Υποκλίμακα στάσης απέναντι στη ζωή	79,44	80,66	208,64	113,39	-6,99	296	0,000	94,97	83,34	222,26	103,33	-10,74	434	0,000				
Υποκλίμακα ιστορικού	27,99	45,25	82,95	84,06	-5,06	296	0,000	34,69	42,35	63,95	63,55	-4,65	434	0,000				
Συνολική βαθμολογία	125,56	139,10	442,73	290,52	-9,25	296	0,000	150,57	136,69	414,03	247,84	-12,23	434	0,000				

Πίνακας 10. Σχέση ανάμεσα στο λήμμα # 8 (ελπίδα/απελπισία) της CES-D, τα στοιχεία της κλίμακας RASS και τη συνολική βαθμολογία της CES-D. Σημαντικές θεωρούνται τιμές >0,09, με p στο 0,01 (με έντονα).

	<i>Απελπισία (CES-D λήμμα# 8)</i>
CES-D	0,53
Φοβάστε ότι θα πεθάνετε;	0,11
Σκέφτεστε καθόλου ότι θα ήταν καλύτερα αν πεθαίνατε;	0,24
Πιστεύετε ότι είναι υπέροχο πράγμα που είστε ζωντανός/ή τώρα;	0,24
Έχετε αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;	0,29
Σκέφτεστε να κάνετε κακό στον εαυτό σας με κάποιο τρόπο;	0,11
Σκέφτεστε συχνά να αυτοκτονήσετε αν σας δοθεί η ευκαιρία.	0,17
Στη σκέψη σας κάνετε σχέδια για τον τρόπο με τον οποίο θα μπορούσατε να δώσετε τέλος στη ζωή σας;	0,14
Σκέφτομαι να αυτοκτονήσω αλλά δεν θα το κάνω	0,15
Απολαμβάνετε τη ζωή;	0,35
Νιώθετε κουρασμένος από τη ζωή σας;	0,28
Κατά τη διάρκεια της ζωής σας έχετε ποτέ τραυματίσει τον εαυτό σας με κάποιον τρόπο επίτηδες;	0,09
Κατά τη διάρκεια της ζωής σας έχετε κάνει ποτέ απόπειρα αυτοκτονίας;	0,07
Κλίμακα πρόθεσης	0,22
Κλίμακα στάσης απέναντι στη ζωή	0,40
Κλίμακα ιστορικού	0,14
Συνολική βαθμολογία	0,35

Συζήτηση

Η Ελλάδα είναι μια από τις χώρες με τα χαμηλότερα ποσοστά ολοκληρωμένης αυτοκτονίας στον κόσμο (5,5/100.000).³ Η παρούσα μελέτη αναφέρεται στην ανάπτυξη της Κλίμακας Εκτίμησης του Κινδύνου της Αυτοκτονικότητας (Risk Assessment of Suicidality Scale-RASS), η οποία είναι το πρώτο εργαλείο που χρησιμοποιεί μία μέθοδο βαθμολόγησης προερχόμενη από τα ποσοστημόρια, βασισμένη σε μια μελέτη στον γενικό πληθυσμό. Τα αποτελέσματα εισηγούνται ότι η κλίμακα έχει ικανοποιητική εσωτερική συνοχή και αποτελείται από τρεις υποκλίμακες (Πρόθεση, Στάση απέναντι στη Ζωή και Ιστορικό). Η RASS συσχετίζεται σημαντικά με την STAI-S, την STAI-T, τη CES-D και την απελπισία, όχι όμως με την ηλικία και τον BMI.

Από τη στιγμή που η παρούσα μελέτη είναι εγκάρσιας διατομής, δεν υπάρχει σημείο αναφοράς σε σχέση με το οποίο θα πρέπει να επικυρωθεί η RASS. Μπορούν να συλλεχθούν μόνο πληροφορίες που

αφορούν στην κατανομή του αυτοκτονικού ιδεασμού και των σχετικών σκέψεων, όπως επίσης και πληροφορίες για το προηγούμενο ιστορικό αυτοτραυματισμού και απόπειρων αυτοκτονίας. Ωστόσο, η χρησιμότητα τέτοιου είδους πληροφοριών δεν είναι ξεκάθαρη. Παρότι αποτελούν ευρέως αποδεκτούς παράγοντες κινδύνου, η προγνωστική τους εγκυρότητα είναι αλήθεια πως είναι περιορισμένη. Αρκετοί παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονική συμπεριφορά έχουν αναγνωριστεί και ταξινομηθεί ως πρωτογενείς (όπως η παρουσία ψυχιατρικών και σωματικών παθήσεων, η σοβαρή σωματική νόσος, οι προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας), δευτερογενείς (αντίξοες περιστάσεις ζωής και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες κινδύνου) και τριτογενείς (δημογραφικοί παράγοντες, όπως το ανδρικό φύλο και η μεγάλη ηλικία).^{7,10} Ένας αριθμός παραγόντων κινδύνου έχει προταθεί και μελετηθεί, συμπεριλαμβανομένων της απελπισίας, του σωματότυπου,³³ του σκεπτικού περιεχομένου, της βαρύτητας της κατάθλιψης, των ικανοτήτων επιτυχούς αντιμετώπισης,³⁴ κ.λπ. Οι

Πίνακας 11. Σύγκριση των ατόμων με ιστορικό αυτοτραυματισμού και αποπειρών αυτοκτονίας όσον αφορά στα λήμματα της RASS, την CES-D και την απελπισία.

	Αυτοτραυματισμός στο παρελθόν				Απόπειρα αυτοκτονίας στο παρελθόν				
	Όχι (N=689)		Ναι (n=45)		Όχι (n=721)		Ναι (n=13)		
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Φοβάστε ότι θα πεθάνετε;	27,47	34,38	42,44	39,03	28,06	34,77	46,92	34,97	0,053
Σκέφτεστε καθόλου ότι θα ήταν καλύτερα αν πεθαινατε;	11,45	29,82	29,33	42,06	11,92	30,32	47,31	45,72	0,000
Πιστεύετε ότι είναι υπέροχο πράγμα που είστε ζωντανός/ή τώρα;	20,63	35,79	29,00	39,82	20,58	35,71	52,69	43,90	0,001
Έχετε αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;	18,78	34,44	34,67	43,52	19,11	34,71	55,38	46,25	0,000
Σκέφτεστε να κάνετε κακό στον εαυτό σας με κάποιον τρόπο;	5,18	21,77	19,33	39,12	5,22	21,86	51,92	50,06	0,000
Σκέφτεστε συχνά να αυτοκτονήσετε αν σας δοθεί η ευκαιρία;	2,95	16,68	12,78	32,95	2,68	15,90	51,92	50,06	0,000
Στη σκέψη σας κάνετε σχέδια για τον τρόπο με τον οποίο θα μπορούσατε να δώσετε τέλος στη ζωή σας;	5,15	21,65	15,00	35,36	5,06	21,48	44,23	49,74	0,000
Σκέφτομαι να αυτοκτονήσω αλλά δεν θα το κάνω	3,94	19,17	19,44	39,34	4,44	20,29	30,00	46,86	0,000
Απολαμβάνετε τη ζωή;	29,72	28,69	42,67	33,53	30,13	29,13	51,54	22,21	0,009
Νιώθετε κουρασμένος από τη ζωή σας;	30,62	30,97	51,11	30,34	31,26	31,02	66,54	28,31	0,000
Υποκλίμακα πρόθεσης	28,68	82,37	95,89	154,02	29,33	81,90	225,38	220,24	0,000
Υποκλίμακα στάσης απέναντι στη ζωή	99,75	93,39	157,44	102,74	101,07	93,48	226,15	97,51	0,000
Σύνολο RASS	156,49	162,88	412,44	252,25	163,28	165,26	665,77	278,74	0,000
CES-D	11,34	8,69	20,47	11,40	11,69	9,01	23,62	8,94	0,000
Απελπισία λήμμα #8 CES-D	1,11	0,98	1,47	1,06	1,12	0,98	1,62	1,19	0,074

στάσεις απέναντι στη ζωή και τον θάνατο μπορεί να σχετίζονται με τις αυτοκτονικές τάσεις με έναν διαφορετικό τρόπο. Στους εφήβους, η αυτοκτονικότητα συσχετίστηκε αρνητικά με την έλξη για τον θάνατο και θετικά με την απέχθεια για τη ζωή.³⁵ Στα αυτοκτονικά άτομα, η απελπισία για το μέλλον είναι ένα πολυδιάστατο κατασκευάσμα, η έλλειψη ωστόσο θετικής μελλοντικής σκέψης είναι πιο σημαντική από την παρουσία αρνητικής μελλοντικής σκέψης.²¹ Μετά από έλεγχο για καταθλιπτικά συμπτώματα, η συσχέτιση ανάμεσα στην οικογενειακή λειτουργικότητα και τη συνεχιζόμενη αυτοκτονική συμπεριφορά δεν ήταν πλέον σημαντική.³²

Η προγνωστική αξία, ωστόσο, απέχει πολύ από το να είναι ικανοποιητική. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι υψηλότερος όταν είναι παρόντες πρωτογενείς παράγοντες κινδύνου. Η παρουσία δευτερογενών και τριτογενών παραγόντων κινδύνου υποδεικνύει υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας σχεδόν μόνο παρουσία και πρωτογενών παραγόντων κινδύνου.^{9,10} Δυστυχώς, η συσχέτιση των παραγόντων κινδύνου και της αυτοκτονίας είναι κυρίως στατιστική, αφού προβλέπει μεμονωμένες περιπτώσεις αυτοκτονίας και μόνο σε έναν περιορισμένο βαθμό. Σε κάθε περίπτωση, η ενημερότητα γύρω από τους παράγοντες κινδύνου είναι ένα πολύτιμο εργαλείο για τους κλινικούς στην εκτίμηση του κινδύνου αυτοκτονίας.

Κλινικά, οι πιο ισχυροί προγνωστικοί παράγοντες μιας απόπειρας αυτοκτονίας θεωρούνται η απελπισία, η ενοχή και η σχετική προηγούμενη αυτοκτονική συμπεριφορά, ωστόσο αυτά είναι φαινόμενα που σχετίζονται με την κατάσταση (state-related) και εξαρτώνται από τη σοβαρότητα, ενώ η υποτροπή του αυτοκτονικού ιδεασμού στην πορεία των καταθλιπτικών επεισοδίων εμφανίζει μεγάλη συνέπεια.^{10,36-39} Επίσης, η παρουσία μικτών συμπτωμάτων (ψευδο-μονοπολική κατάθλιψη) ή διέγερσης, αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο τόσο της απόπειρας όσο και της ολοκληρωμένης αυτοκτονίας.^{9,40-43} Δυστυχώς, από τη στιγμή που η πλειοψηφία των θυμάτων αυτοκτονίας πεθαίνουν με την πρώτη απόπειρα,^{10,44} το ιστορικό προηγούμενων αποπειρών έχει σχετικά περιορισμένη αξία στην πρόληψη της αυτοκτονίας.

Από την άλλη, τα δεδομένα υποδεικνύουν ότι ένα σημαντικά υψηλότερο ποσοστό αυτοκτονι-

κών ασθενών επικοινωνούν την πρόθεσή τους να αυτοκτονήσουν σε μια δομή παροχής ψυχιατρικής φροντίδας παρά σε μια δομή παροχής γενικής ιατρικής φροντίδας (59–19%). Τα ίδια ποσοστά αντανakλώνται και στη θεραπεία. Στις δομές ψυχιατρικής φροντίδας δίνονται αντικαταθλιπτικά στο 60% των θυμάτων, σε αντίθεση με το μόλις 16% στις δομές της γενικής ιατρικής φροντίδας.¹¹

Έτσι, η πρόληψη της αυτοκτονίας δεν είναι αδύνατη, παρότι ακόμα αποτελεί μία δύσκολη αποστολή. Το στατιστικό γεγονός είναι ότι, παρότι η κατάθλιψη σχετίζεται πολύ στενά με την αυτοκτονία, πάνω από τα δύο τρίτα των καταθλιπτικών ασθενών ποτέ δεν επιχειρούν να αυτοκτονήσουν και η συντριπτική πλειοψηφία των καταθλιπτικών ποτέ δεν διαπράττει ολοκληρωμένη αυτοκτονία, υποδεικνύοντας ότι άλλοι πιο ειδικοί (σχετιζόμενοι με την αυτοκτονία) και μη-ειδικοί παράγοντες, εκτός από τη μείζονα κατάθλιψη, μπορεί επίσης να παίζουν αποφασιστικό ρόλο. Οι ψυχωτικοί ασθενείς έχουν περισσότερες πιθανότητες να εφαρμόσουν βίαιες μεθόδους αυτοκτονίας, όπως τη χρήση όπλων, τον απαγχονισμό ή της πτώση από ύψος,¹¹ εμφανίζοντας έτσι υψηλότερο κίνδυνο ολοκληρωμένης αυτοκτονίας σε σύγκριση με τους μη ψυχωτικούς καταθλιπτικούς.⁴⁵

Στην παρούσα μελέτη, 36 άτομα (4,9%) είχαν προηγούμενο ιστορικό αυτοτραυματισμού, 4 (0,54%) είχαν ιστορικό αποπειρών αυτοκτονίας και 9 άτομα (1,22%) είχαν προηγούμενο ιστορικό τόσο αυτοτραυματισμών όσο και αποπειρών αυτοκτονίας. Οι απόλυτοι αριθμοί είναι μικροί και τα ποσοστά παρόμοια με αυτά που αναφέρονται στη βιβλιογραφία που αφορά άλλες χώρες,^{1,2} παρότι μια συστηματική ανασκόπηση της επικράτησης των αυτοκτονικών φαινομένων στους εφήβους (128 μελέτες και 513.188 έφηβοι) ανέφερε ότι η μέση ποσοστιαία αναλογία των εφήβων που αναφέρει ότι έχει επιχειρήσει αυτοκτονία σε κάποια στιγμή της ζωής τους ήταν 9,7%, ενώ 29,9% των εφήβων έλεγαν ότι είχαν κάποια στιγμή σκεφτεί την αυτοκτονία. Η παρούσα μελέτη είναι επίσης η πρώτη αναφορά τέτοιων επιδημιολογικού τύπου αποτελεσμάτων από την Ελλάδα. Παρουσιάζει ενδιαφέρον το γεγονός ότι τα άτομα με προηγούμενο ιστορικό μόνο αυτοτραυματισμού διέφεραν από αυτά με απόπειρα αυτοκτονίας στο παρελθόν μόνο όσον αφορά στην υποκλίμακα

ιστορικού, όχι όμως όσον αφορά στην υποκλίμακα Στάσης απέναντι στη Ζωή.

Μέχρι τώρα έχει αναπτυχθεί ένας σημαντικός αριθμός εργαλείων, τα οποία εκτιμούν διαφορετικές πτυχές και παράγοντες κινδύνου της αυτοκτονικότητας και των σχετιζόμενων συμπεριφορών. Όλες σχεδόν εμφανίζουν σοβαρά προβλήματα προβλεπτικής ακρίβειας, κυρίως επειδή οι αυτοκτονικές σκέψεις και τάσεις σπάνια οδηγούν σε αυτοκτονική συμπεριφορά, ενώ η ολοκληρωμένη αυτοκτονία είναι σπάνιο φαινόμενο.⁴⁶ Οι κλινικές διαγνωστικές κλίμακες δεν μπορούν να προβλέψουν την αυτοκτονία στο άτομο, και τα αυστηρά βαθμολογικά κατώφλια (cut-off) δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούνται στο να μας υπαγορεύουν τον τύπο της παρέμβασης.²⁰ Ενώ η Beck Hopelessness Scale μετρά έναν μόνο παράγοντα κινδύνου,⁴⁷ άλλες κλίμακες εκτιμούν μια ποικιλία παραγόντων κινδύνου και συμπεριφορών.

Οι περισσότερες εμφανίζουν ικανοποιητική αξιοπιστία, όπως η Deliberate Self-Harm Inventory και η Self-Harm Questionnaire⁴⁸ (άλφα του Cronbach=0,81-0,96),⁴⁹ η Depression and Suicide Screen (DSS) με άλφα του Cronbach=0,62,⁵⁰ η Herth Hope Index (HHI) με άλφα του Cronbach=0,97,²⁶ η Nowotny Hope Scale για ασθενείς με καρκίνο με άλφα του Cronbach=0,90,²⁸ η Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) Inventory, η οποία περιλαμβάνει 2 παράγοντες (Positive και Negative Ideation)²⁵ με τον PANSI-Negative να έχει άλφα του Cronbach=0,96 και τον PANSI-Positive να έχει άλφα του Cronbach=0,89.²³ Η Suicide Resilience Inventory-25 έχει άλφα του Cronbach 0,90-0,95⁵¹ και η Suicidal Trigger Scale (STS)-2 έχει άλφα του Cronbach=0,95.⁵²

Η Beck Hopelessness Scale⁵³ εκτιμά την απελπισία που θεωρείται ο πιο σημαντικός παράγοντας κινδύνου για αυτοκτονία, η απόδοση ωστόσο ήταν χαμηλότερη από την αναμενόμενη.²² Η κινεζική έκδοση της Suicide Intent Scale (SIS) αποτελείται από 3 παράγοντες (Προφυλάξεις, Σχεδιασμός και Σοβαρότητα) που εξηγούν το 92,9% της συνολικής διακύμανσης.⁵⁴ Η Geriatric Suicide Ideation Scale (GSIS) αποτελείται από τέσσερις παράγοντες με υποκλίμακες που εκτιμούν τον Αυτοκτονικό Ιδεασμό, τις Σκέψεις Θανάτου, την Απώλεια των Προσωπικών

και Κοινωνικών Αξιών και το Αντιλαμβανόμενο Νόημα της Ζωής.⁵⁵ Η Herth Hope Index (HHI) περιλαμβάνει δύο παράγοντες: τη θετική ετοιμότητα και προσδοκία και τη διασυνδεδετικότητα, που ερμηνεύουν το 41% της συνολικής διακύμανσης.²⁶ Η Life Attitudes Schedule (LAS) μετρά τέσσερις κατηγορίες διαφορετικού περιεχομένου: σχετιζόμενη με τον θάνατο, σχετιζόμενη με την υγεία, σχετιζόμενη με τον τραυματισμό και σχετιζόμενη με τον εαυτό, και περιλαμβάνει θετικές (ενισχυτικές για τη ζωή) και αρνητικές (απειλητικές για τη ζωή) συμπεριφορές.⁵⁶ Η Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII) εκτιμά μεταβλητές που σχετίζονται με τη μέθοδο, τη φονικότητα και την παρορμητικότητα της πράξης, την πιθανότητα της διάσωσης, την αυτοκτονική πρόθεση ή αμφιθυμία και άλλα κίνητρα, συνέπειες και συνήθεις αυτοτραυματισμούς.⁵⁷ Η Nowotny Hope Scale για τους ασθενείς με καρκίνο έχει 6 διαστάσεις για την ελπίδα (υποκλίμακες): «εμπιστοσύνη στο αποτέλεσμα», «πιθανότητα για ένα μέλλον», «σχετίζεται με άλλους», «πνευματικές πεποιθήσεις», «προέρχεται από μέσα» και «ενεργή συμμετοχή».²⁸ Η Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) Inventory περιλαμβάνει 2 παράγοντες, τον Θετικό Ιδεασμό (Positive Ideation) και τον Αρνητικό Ιδεασμό (Negative Ideation).²⁵ Η University of Texas at San Antonio Future Disposition Inventory (UTSA FDI) είναι σχεδιασμένη να εκτιμά σκέψεις και συναισθήματα που αναφέρονται στο μέλλον και σχετίζονται με συμπεριφορές που εμπεριέχουν κίνδυνο αυτοκτονίας: θετικός εστιασμός, αυτοκτονικός προσανατολισμός και αρνητικός εστιασμός.²⁴ Η Suicide Resilience Inventory-25 περιλαμβάνει 3 συσχετιζόμενους παράγοντες, τον Εσωτερικό Προστατευτικό, τη Συναισθηματική Σταθερότητα και τον Εξωτερικό Προστατευτικό.⁵¹ Η παραγοντική ανάλυση έξι κλιμάκων σχετιζόμενων με την αυτοκτονικότητα (Hopelessness Scale, Zung Self-Rating Depression Scale, Scale for Suicide Ideation, Reasons for Living Inventory, Suicide Probability Scale και Suicide Ideation Questionnaire) απέδωσε τέσσερις παράγοντες (Αυτοκτονικές/Αρνητικές Ιδέες, Λόγοι για να Ζεις, Αυτο-αμφιβολία και Αυτοκτονική Επιθυμία).⁵⁸ Η Trinity Inventory of Precursors to Suicide (TIPS) έχει μία μόνο παραγοντική λύση.⁵⁹ Η Suicidal Trigger Scale (STS-2) έχει 2 παράγοντες (σχεδόν ψυχωτική

σωματοποίηση και μηρυκαστική πλημμύρα, και απελπισία).⁵²

Άλλες προσεγγίσεις εκτίμησης της αυτοκτονικότητας περιλαμβάνουν τη χρήση των έξι λημμάτων του MMPI-2 που αναφέρονται πιο ευθέως στην αυτοκτονία (Λήματα 150, 303, 506, 520, 524 και 530– συνιστούν τη Suicidal Potential Scale-SPS) και την αυτοκτονική συμπεριφορά.⁶⁰ Άλλα εργαλεία είναι το Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care⁶¹ και η Children's Hope Scale.²⁹

Συμπέρασμα

Συμπερασματικά, η RASS είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο το οποίο μπορεί να αποβεί χρήσιμο στην εκτίμηση του κινδύνου αυτοκτονίας στον γενικό πληθυσμό αλλά και στους ψυχιατρικούς ασθενείς. Επειδή είναι απλό και σύντομο, μπορεί εύκολα να χρησιμοποιηθεί στην πρωτοβάθμια φροντίδα, μια και έως και το 66% των ατόμων που κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας ή αυτοκτονούν, έρχονται σε επαφή με τον γενικό γιατρό ή τον ψυχίατρο 4 εβδομάδες πριν την αυτοκτονική πράξη.^{12,62}

Παράρτημα

Η κλίμακα Εκτίμησης του Κινδύνου Αυτοκτονικότητας (RASS)

Παρακαλώ απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις σημειώνοντας το τετράγωνο στα δεξιά που αντιστοιχεί καλύτερα σ' αυτό που ισχύει για σας κατά την τελευταία εβδομάδα

	<i>Καθόλου</i>	<i>Λίγο</i>	<i>Αρκετά</i>	<i>Πάρα πολύ</i>
1. Φοβάστε ότι θα πεθάνετε;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Σκέφτεστε καθόλου ότι θα ήταν καλύτερα αν πεθαίνατε;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Πιστεύετε ότι είναι υπέροχο πράγμα που είστε ζωντανός/η τώρα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Έχεις αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Σκέφτεστε να κάνετε κακό στον εαυτό σας με κάποιον τρόπο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Σκέφτεστε συχνά να αυτοκτονήσετε αν σας δοθεί η ευκαιρία;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Στη σκέψη σας κάνετε σχέδια για τον τρόπο με τον οποίο θα μπορούσατε να δώσετε τέλος στη ζωή σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Σκέφτομαι να αυτοκτονήσω αλλά δεν θα το κάνω	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Απολαμβάνετε τη ζωή;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Νιώθετε κουρασμένος από τη ζωή σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Κατά τη διάρκεια της ζωής σας έχετε ποτέ τραυματίσει τον εαυτό σας με κάποιον τρόπο επίτηδες;	Ποτέ	Μια φορά	2–3 φορές	Πολλές φορές
12. Κατά τη διάρκεια της ζωής σας έχετε κάνει ποτέ απόπειρα αυτοκτονίας;	Ποτέ	Μια φορά	2–3 φορές	Πολλές φορές

Development of the Risk Assessment Suicidality Scale (RASS): A population-based study

K.N. Fountoulakis, E. Pantoula, M. Siamouli, K. Moutou, X. Gonda,
Z. Rihmer, A. Iacovides, H. Akiskal

3rd Department of Psychiatry, School of Medicine, Aristotle University of Thessaloniki, Greece
Department of Clinical and Theoretical Mental Health, Semmelweis University, Faculty of Medicine, Budapest, Hungary
International Mood Disorders Center, University of California at San Diego, CA, USA

Psychiatriki 2011, 22:132–147

Suicide and suicide attempts are significant and costly public health problems. In order to prevent suicidal and other self-injurious behavior, research on the multiple factors involved in these behaviors with comprehensive and user-friendly instruments is necessary. The aim of the current study was to construct a self-report instrument with emphasis on the items which describe suicide-related behavior itself rather than strongly related clinical features on the basis of a general population study. Twelve items comprising a new scale were applied to 734 subjects from the general population (40.6% males and 59.4% females) aged 40.8 ± 11.5 , along with the STAI and the CES-D. The scoring method was developed on the basis of frequency table of responses to the individual scale items. The factor analysis returned 3 factors explaining 59.19% of total variance (Intention, Life, and History). The Cronbach's alpha was 0.85 for the Intention, 0.69 for the Life and 0.52 for the History subscale. The RASS is a reliable and valid instrument which might prove valuable in the assessment of suicidal risk in the general population as well as in mental patients.

Key words: Suicidality scale, psychometric properties, general population

Βιβλιογραφία

1. Platt S et al. Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatr Scand* 1992, 85:97–104
2. Schmidtke A et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989–1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996, 93:327–338
3. WHO. Suicide Rates (per 100,000), by country, year, and gender. 2011 [cited; Available from: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suiciderates/en/]
4. Badawi MA et al. Psychopathology and attrition in the Baltimore ECA 15-year follow-up 1981–1996. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999 34:91–98
5. Barraclough B et al. A hundred cases of suicide: clinical aspects. *Br J Psychiatry* 1974, 125:355–373
6. Beautrais AL et al. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *Am J Psychiatry* 1996, 153:1009–10014
7. Henriksson MM et al. Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry* 1993, 150:935–940
8. Monkman M. *Epidemiology of Suicide*. *Epidemiology Reviews*, 1987, 9:51–62
9. Rihmer Z. Suicide risk in mood disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2007, 20:17–22
10. Rihmer Z, Belso N, Kiss K. Strategies for suicide prevention. *Curr Opin Psychiat* 2002, 15:83–87
11. Isometsa ET et al. Suicide in major depression in different treatment settings. *J Clin Psychiatry* 1994, 55:523–527
12. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2002, 159:909–916

13. Rihmer Z et al. Suicide in subtypes of primary major depression. *J Affect Disord* 1990, 18:221–225
14. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996, 35:1174–1182
15. Brent DA et al. Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993, 32:521–529
16. De Man AF, Leduc CP. Suicidal ideation in high school students: depression and other correlates. *J Clin Psychol* 1995, 51:173–181
17. Beck AT. Hopelessness as a predictor of eventual suicide. *Ann N Y Acad Sci* 1986, 487:90–96
18. Beck AT, Brown G, Steer RA. Prediction of eventual suicide in psychiatric inpatients by clinical ratings of hopelessness. *J Consult Clin Psychol* 1989, 57:309–310
19. Beck AT et al. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry* 1985, 142:559–563
20. Cochrane-Brink KA, Lofchys JS, Sakinofsky I. Clinical rating scales in suicide risk assessment. *Gen Hosp Psychiatry* 2000, 22:445–451
21. MacLeod AK et al. Hopelessness and positive and negative future thinking in parasuicide. *Br J Clin Psychol* 2005, 44:495–504
22. McMillan D et al. Can we predict suicide and non-fatal self-harm with the Beck Hopelessness Scale? A meta-analysis. *Psychol Med* 2007, 37:769–778
23. Osman A et al. The Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) inventory: psychometric evaluation with adolescent psychiatric inpatient samples. *J Pers Assess* 2002, 79:512–30
24. Osman A et al. Development and initial psychometric properties of the University of Texas at San Antonio Future Disposition Inventory. *J Clin Psychol* 2010, 66:410–429
25. Osman A et al. The positive and negative suicide ideation inventory: development and validation. *Psychol Rep* 1998, 82:783–793
26. Herth K. Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *J Adv Nurs* 1992, 17:1251–1259
27. Hinds PS, Gattuso JS. Measuring hopefulness in adolescents. *J Pediatr Oncol Nurs* 1991, 8:92–94
28. Nowotny ML. Assessment of hope in patients with cancer: development of an instrument. *Oncol Nurs Forum* 1989, 16:57–61
29. Snyder CR et al. The development and validation of the Children's Hope Scale. *J Pediatr Psychol* 1997, 22:399–421
30. Evans E et al. The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Suicide Life Threat Behav* 2005, 35:239–250
31. Haynes SN, Lench HC. Incremental validity of new clinical assessment measures. *Psychol Assess* 2003, 15:456–466
32. Spirito A et al. Predictors of continued suicidal behavior in adolescents following a suicide attempt. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2003, 32:284–289
33. Bjerkeset O et al. Association of adult body mass index and height with anxiety, depression, and suicide in the general population: the HUNT study. *Am J Epidemiol* 2008, 167:193–202
34. Dinya E et al. Profiles of suicidality and clusters of Hungarian adolescent outpatients suffering from suicidal behaviour. *Psychopathology* 2009, 42:299–310
35. Cotton CR, Range LM. Suicidality, hopelessness, and attitudes toward life and death in clinical and nonclinical adolescents. *Death Stud* 1996, 20:601–610
36. Rihmer Z. Suicide risk in mood disorders. *Curr Opin Psychiat* 2007, 20:17–22
37. Sokero P et al. Decline in suicidal ideation among patients with MDD is preceded by decline in depression and hopelessness. *J Affect Disord* 2006, 95:95–102
38. Valtonen H et al. Suicidal ideation and attempts in bipolar I and II disorders. *J Clin Psychiatry* 2005, 66:1456–1462
39. Williams JM et al. Recurrence of suicidal ideation across depressive episodes. *J Affect Disord* 2006, 91:189–194
40. Akiskal HS et al. Agitated “unipolar” depression re-conceptualized as a depressive mixed state: implications for the antidepressant-suicide controversy. *J Affect Disord* 2005, 85:245–258
41. Balazs J et al. The close link between suicide attempts and mixed (bipolar) depression: implications for suicide prevention. *J Affect Disord* 2006, 91:133–138
42. Rihmer Z, Akiskal H. Do antidepressants treat (en) depressives? Toward a clinically judicious formulation of the antidepressant-suicidality FDA advisory in light of declining national suicide statistics from many countries. *J Affect Disord* 2006, 94:3–13
43. Isometsa ET et al. Suicide in major depression. *Am J Psychiatry* 1994, 151:530–536
44. Isometsa E et al. Suicide in psychotic major depression. *J Affect Disord* 1994, 31:187–191
45. Angst J et al. Suicide in 406 mood-disorder patients with and without long-term medication: a 40 to 44 years' follow-up. *Arch Suicide Res* 2005, 9:279–300
46. Burk F, Kurz A, Moller HJ. Suicide risk scales: do they help to predict suicidal behaviour? *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 1985, 235:153–157
47. Aish AM, Wasserman D, Renberg ES. Does Beck's Hopelessness Scale really measure several components? *Psychol Med* 2001, 31:367–372
48. Gutiérrez PM et al. Development and initial validation of the Self-harm Behavior Questionnaire. *J Pers Assess* 2001, 77:475–490
49. Fliege H et al. Three assessment tools for deliberate self-harm and suicide behavior: evaluation and psychopathological correlates. *J Psychosom Res* 2006, 61:113–121
50. Fujisawa D et al. The development of a brief screening instrument for depression and suicidal ideation for elderly: the Depression and Suicide Screen. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005, 59:634–638
51. Osman A et al. Suicide Resilience Inventory-25: development and preliminary psychometric properties. *Psychol Rep* 2004, 94(3 Pt 2):1349–1360
52. Yaseen Z et al. Construct development: The Suicide Trigger Scale (STS-2), a measure of a hypothesized suicide trigger state. *BMC Psychiatry* 2010, 10:110
53. Lennings CJ. Suicide and time perspective: an examination of Beck and Yuffit's suicide-risk indicators. *J Clin Psychol* 1992, 48:510–516
54. Gau SS et al. Development of a Chinese version of the Suicide Intent Scale. *Suicide Life Threat Behav* 2009, 39:332–342
55. Heisel MJ, Flett GL. The development and initial validation of the geriatric suicide ideation scale. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006, 14:742–751

56. Lewinsohn PM et al. The life attitudes schedule: a scale to assess adolescent life-enhancing and life-threatening behaviors. *Suicide Life Threat Behav* 1995, 25:458-474
57. Linehan MM et al. Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII): development, reliability, and validity of a scale to assess suicide attempts and intentional self-injury. *Psychol Assess* 2006, 18: 303-312
58. Range LM, Antonelli KB. A factor analysis of six commonly used instruments associated with suicide using college students. *J Pers Assess* 1990, 55:804-811
59. Smyth CL, MacLachlan M. Confirmatory factor analysis of the Trinity Inventory of Precursors to Suicide (TIPS) and its relationship to hopelessness and depression. *Death Studies* 2005, 29:333-350
60. Glassmire DM et al. The utility of MMPI-2 suicide items for assessing suicidal potential: development of a Suicidal Potential Scale. *Assessment* 2001, 8:281-290
61. Hermes B et al. Suicide risk assessment: 6 steps to a better instrument. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2009, 47:44-49
62. Pirkis J, Burgess P. Suicide and recency of health care contacts. A systematic review. *Br J Psychiatry* 1998, 173:462-474

Αλληλογραφία: Κ.Ν. Φουντουλάκης, Επίκ. Καθηγητής Ψυχιατρικής,
Γ' Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη,
Τηλ.: 6945-776935, +302310-994622, Fax: +302310266570
e-mail: k-fount@med.auth.gr, k-fount@panafonet.gr