



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**

«ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ»

Ντουντουλάκη Ελισάβετ

MSc Ψυχολογίας

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2020



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**

«ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ»

Ντουντουλάκη Ελισάβετ

MSc Ψυχολογίας

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2020

«Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων δενυποδηλώνει αποδοχή των γνωμών του συγγραφέα Ν. 5343/32, άρθρο 202, παράγραφος 2 (νομική κατοχύρωση του Ιατρικού Τμήματος)»

Ημερομηνία αίτησης της κ. Ντουντουλάκη Ελισάβετ: 9-5-2014

Ημερομηνία ορισμού Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής: 764^α/17-6-2014

Μέλη Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής:

Επιβλέπων

Υφαντής Θωμάς, Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Μέλη

Δρόσος Αλέξανδρος, Καθηγητής Παθολογίας-Ρευματολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Ασημακόπουλος Κωνσταντίνος, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Πατρών

Ημερομηνία ορισμού θέματος: 8-7-2014

«Αυτοκτονικότητα και Χρόνια Σωματική Νόσος»

ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΤΑΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ 929^α/29-6-2020

Ασημακόπουλος Κωνσταντίνος	Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Πατρών
Δρόσος Αλέξανδρος	ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας-Ρευματολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Υφαντής Θωμάς	Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Τατσιώνη Αθηνά	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Γενικής Ιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Κωνσταντινίδης Αθανάσιος	Επίκουρος Καθηγητής Πνευμονολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Μαντάς Χρήστος	Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Πετρικής Πέτρος	Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Έγκριση Διδακτορικής Διατριβής με βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» στις 10-7-2020

Ιωάννινα 15-7-2020

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Άννα Μπατισιάτου

Καθηγήτρια Παθολογικής Ανατομίας



ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ολοκληρώνοντας τη διατριβή μου θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες και την ευγνωμοσύνη μου σε όσους με βοήθησαν:

Θερμότατα θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Υφαντή Θωμά, Καθηγητή Ψυχιατρικής, για την ιδιαίτερη εμπιστοσύνη που μου έδειξε, αναθέτοντας μου αυτή τη διατριβή και δίνοντας μου την ευκαιρία να είμαι μέλος της ερευνητικής του ομάδας μέσω της οποίας απέκτησα σημαντικές γνώσεις και εμπειρίες. Οι γόνιμες συζητήσεις που είχα μαζί του, και κυρίως, η γενικότερη φροντίδα και η επιστημονική επίβλεψη που ακούραστα ασκούσε σε όλα τα στάδια της έρευνας, έκαναν εφικτή την ολοκλήρωση της παρούσας διατριβής.

Σημαντικότερη υπήρξε η πολύπλευρη βοήθεια και η επιστημονική συμβολή από τον κύριο Δρόσο Αλέξανδρο Καθηγητή Παθολογίας- Ρευματολογίας, καθώς και η σημαντική υποστήριξη από τον κύριο Ασημακόπουλο Κωνσταντίνο Καθηγητή Ψυχιατρικής, τους οποίους ευχαριστώ ιδιαίτερα.

Τα υπόλοιπα μέλη της εξεταστικής επιτροπής:

Τατσιώνη Αθηνά: Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Γενικής Ιατρικής
του τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Κωνσταντινίδα Αθανάσιο, Επίκουρο Καθηγητή Πνευμονολογίας
του τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Μαντά Χρήστο, Επίκουρο Καθηγητή Ψυχιατρικής του τμήματος
Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Πετρική Πέτρο, Επίκουρο Καθηγητή Ψυχιατρικής του τμήματος
Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλα τα μέλη της Ρευματολογικής,
Ενδοκρινολογικής και Πνευμονολογικής Κλινικής, καθώς και όλα τα
μέλη των εξωτερικών ιατρείων αλλά και του τμήματος επειγόντων
περιστατικών για την πολύτιμη βοήθειά τους και την πρόθυμη
συνεργασία τους.

Επιπρόσθετα, θα ήθελα να ευχαριστήσω την κ.α Πάϊκα Βασιλική Ψυχολόγο, και Διδάκτωρ του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, για την αμέριστη συμπαράσταση της και την πολύπλευρη στήριξή της. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω την Αρχοντή Παπαδοπούλου, Όλγα Βασιλειάδου, Σοφία Πετράκου, Δήμητρα Ναζίρη και Μοδέστια Μιχαλέου καθώς έκαναν τεράστια υπομονή αυτά τα έξι χρόνια έρευνας και συγγραφής και με στήριξαν πολύπλευρα. Επιπρόσθετα, την Διδάκτωρ Ιατρικής του Πανεπιστημίου του Μονάχου Μυρτώ Σαμαρά που μου θύμιζε καθημερινά ότι η συγκεκριμένη διατριβή είναι προσπάθεια και δουλειά ετών και πλησιάζω όλο και περισσότερο στην ολοκλήρωσή της. Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς και φίλους για την κατανόηση και την ψυχολογική υποστήριξη που μου πρόσφεραν και όλους όσους δέχτηκαν με προθυμία να συμμετάσχουν στην έρευνα.

Αφιερώνεται στον Νικόλα

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	8
<hr/>	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
1. Επιδημιολογικά δεδομένα- Κλινική εικόνα της αυτοκτονίας	9
1.1 Ορισμός	9
1.2 Επιδημιολογία	12
2. Παράγοντες Κινδύνου	13
2.1 Φύλο	13
2.2. Ηλικία	14
2.3. Οικογενειακή Κατάσταση	14
2.4. Φυλή	15
2.5 Θρησκεία	16
2.6. Ψυχιατρικές διαταραχές και Κατάθλιψη	17
2.7. Χρόνιες Σωματικοί Νόσοι	18
2.7.1 Ρευματικές Νόσοι	18
2.7.2. Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ)	19
2.7.3. Σακχαρώδης Διαβήτης	19
3. Συσχέτιση Χρόνιων σωματικών νοσημάτων με κίνδυνο αυτοκτονικότητας	20
3.1. Ρευματικές Παθήσεις και Αυτοκτονία	22
3.2. Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια και αυτοκτονία	27
3.3. Διαβήτης και αυτοκτονία	30
4. Θεωρητικά Μοντέλα Αυτοκτονίας- Θεωρίες Κατανόησης	36
4.1. Ψυχολογικές Θεωρίες αυτοκτονικής συμπεριφοράς	36
4.1.1. Ψυχοδυναμική	36
4.1.2. Μοντέλο άγχους- προδιάθεσης	37
4.1.3. Διαπροσωπική Θεωρία της αυτοκτονίας	40

4.2. Βιολογικές Θεωρίες για την αυτοκτονία	42
4.2.1 Γενετική της αυτοκτονίας	42
4.2.2. Σεροτονινεργικό Σύστημα	42
4.2.3 Νοραδρενεργικό σύστημα εγκεφάλου	44
4.2.4 Ντοπαμινεργικό σύστημα	45
4.2.5 Υπερδραστικότητα άξονα υποθαλάμου- υπόφυσης- επινεφριδίων	46
4.2.6 BDNF	46
4.3. Υπόλοιπα	47
5. Ο αντίκτυπος της Ελληνικής ύφεσης στην Μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και ο κίνδυνος αυτοκτονίας σε άτομα με χρόνιες ιατρικές παθήσεις	48
6. Θεωρία του παραδόξου φύλου της αυτοκτονικής συμπεριφοράς και ερμηνεία της	56
7. Παράγοντες προσωπικότητας και χρόνια νόσος	67

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Σκοπός της έρευνας	71
2. Μεθοδολογία της έρευνας και σχεδιασμός	72
2.1. Σχεδιασμός και συμμετέχοντες	72
2.2. Διαδικασία	74
2.3. Προοπτική μελέτη	77
2.4. Εργαλεία της μελέτης	78
3. Αποτελέσματα	92
4. Συζήτηση	128
Περίληψη	146
Summary in English	149
Βιβλιογραφία	151

Γενικό Μέρος

Επιδημιολογικά δεδομένα- Κλινική εικόνα της αυτοκτονικότητας

Ορισμός

Η αυτοκτονία αποτελεί ένα παγκόσμιο φαινόμενο και συνιστά σημαντικό πρόβλημα κοινωνικής και υγειονομικής περίθαλψης. Για πολλές δεκαετίες, παρατηρείται αυξανόμενο ενδιαφέρον για την ανάπτυξη στρατηγικών πρόληψης αυτοκτονίας. Η αυτοκτονία αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο ως σοβαρή, παγκόσμια ανησυχία για τη δημόσια υγεία και έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί τη δέκατη κύρια αιτία θανάτου παγκοσμίως. Το κατά προσέγγιση διεθνές βάρος της αυτοκτονίας είναι ένα εκατομμύριο θανάτους ετησίως και η ευαισθητοποίηση του κοινού είναι απαραίτητη για την αποτελεσματική πρόληψη των αυτοκτονιών. Τα ποσοστά αυτοκτονίας ποικίλλουν ανάλογα με τις περιφέρειες και τις χώρες και ο κίνδυνος αυτοκτονίας ποικίλλει ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, την κατάσταση της απασχόλησης και την καλή σωματική και ψυχική υγεία ενός ατόμου (1-3).

Στην προσπάθεια αναζήτησης ενός γενικά αποδεκτού ορισμού για το παγκόσμιο φαινόμενο της αυτοκτονίας αποδείχθηκε η ονοματολογία του αυτοκτονικού ιδεασμού και συμπεριφοράς έχει αποτελέσει αντικείμενο σημαντικής διεθνούς προσοχής και συζήτησης. Η λέξη “αυτοκτονία” εισήχθη για πρώτη φορά τον 17ο αιώνα, και φαίνεται ότι προέρχεται από τις λατινικές λέξεις *sui* (του εαυτού) και το *caedere* (για να σκοτώσει). Μάλιστα, ο πρωτοπόρος που χρησιμοποίησε τον όρο “suicide” ήταν ο γιατρός και φιλόσοφος Sir Thomas Browne στο *Religion Medici* (1642) (4, 5). Επίσης ο κοινωνιολόγος Durkheim (1897) υποστήριξε ότι η αυτοκτονία εφαρμόζεται σε όλες τις περιπτώσεις θανάτου που προκύπτουν άμεσα ή έμμεσα από θετική ή αρνητική πράξη του ίδιου του θύματος, το οποίο γνωρίζει ότι θα προκαλέσει αυτό το αποτέλεσμα (6). Έρευνες που διεξήχθησαν από τη δεκαετία του '80 και έπειτα ορίζουν την αυτοκτονία ως μια σκόπιμη πράξη αυτοκαταστροφής που διαπράττεται από το άτομο γνωρίζοντας την πράξη που τελεί και τις πιθανές συνέπειες της δράσης του. Η αυτοκτονική συμπεριφορά είναι ένα περίπλοκο και πολύλειτουργικό ανθρώπινο φαινόμενο, το οποίο έχει παρατηρηθεί σε πολλούς πολιτισμούς καθ' όλη τη διάρκεια των ετών (7). Μεταγενέστερα ο Mann (2003) υποστηρίζει ότι η αυτοκτονική συμπεριφορά αφορά την εμφάνιση αυτοκτονικών περιπτώσεων που ορίζει ως αυθαίρετες ζημιογόνες πράξεις με τουλάχιστον τη

πρόθεση να τερματίσουν τη ζωή κάποιου ατόμου. Συγκεκριμένα, το 1998 ο Παγκόσμιος οργανισμός υγείας τόνισε ότι η αυτοκτονία περιλαμβάνει δύο χαρακτηριστικά στοιχεία, την συγκεκριμένη έκβαση της αυτοκαταστροφικής πράξης που είναι ο θάνατος και την ύπαρξη ενός προαπαιτούμενου, δηλαδή της πρόθεσης ή της επιθυμίας κάποιου να πεθάνει (8).

Η ορολογία που αφορά τις αυτοκτονίες και τις απόπειρες αυτοκτονίας περιλάμβανε συχνά υπαινιγμούς σχετικά με τις προθέσεις, τα κίνητρα και τα αποτελέσματα (π.χ. αναζήτηση θέματος, ανακούφιση, αυτοπεποίθηση . Ως εκ τούτου, συνιστάται να τηρούνται ουδέτερες έννοιες **όπως η αυτοκτονία, η αυτοκτονία που οδήγησε σε θάνατο, οι απόπειρες αυτοκτονίας και η αυτοκτονικότητα** (1, 9, 10). Επιστήμονες και ερευνητές του συγκεκριμένου κλάδου έχουν αναφερθεί πολλές φορές στη διαφορά που υπάρχει μεταξύ της αυτοκτονίας και των αποτυχημένων αποπειρών αυτοκτονίας, προτείνοντας ότι αποτελούν δύο διαφορετικούς πληθυσμούς (11). Έτσι, τη δεκαετία του '90 με στόχο την υπέρβαση του σημασιολογικού και εννοιολογικού κλονισμού και με έντονη την παρουσία της συμπεριφορικής προσέγγισης που επικράτησε στη βορειοαμερικανική ψυχολογία, εισήχθη η έκφραση “ αυτοκτονική συμπεριφορά” (12). Σύμφωνα με τους Leo et al. (2006) η εισαγωγή της έκφρασης “αυτοκτονική συμπεριφορά” ήταν μια “πολιτικά ορθή” κίνηση που προώθησαν οι φεμινιστές μελετητές εκφράζοντας αντιρρήσεις για την υποτιθέμενη προκατάληψη που προκάλεσε ο όρος “προσπάθεια (attempt)” , που παρατηρούταν περισσότερο στις γυναίκες και υπαινισσόταν ότι ήταν λιγότερο ικανές από τους άντρες (μεταξύ των οποίων η «ολοκληρωμένη» αυτοκτονία ήταν συχνότερη) στην “ολοκλήρωση” αυτής της πράξης (5, 12).

Από λογικής άποψης, τα κρίσιμα στοιχεία για τη διάκριση μεταξύ αυτοκτονικών, τυχαίων ή ανθρωπογενών πράξεων (πιθανές εξωτερικές αιτίες θανάτου, διαφορετικές από εκείνες που οφείλονται σε φυσικές αιτίες) είναι στην πραγματικότητα δύο: (1) ο τόπος προέλευσης ή 2) η πρόθεση (να προκαλέσει ή να μην προκαλέσει θάνατο). Το αποτέλεσμα, ο θάνατος ή ο τραυματισμός ή τίποτα, είναι σαφώς το αποτέλεσμα αυτών. το ορατό φαινόμενο έχει περισσότερα άμεσο ενδιαφέρον για το προσωπικό υγείας, και ιδιαίτερα των ατόμων που εργάζονται σε πλαίσια επειγόντων περιστατικών (5).

Οι αυτοκτονικές σκέψεις, ο σχεδιασμός, οι προσπάθειες και οι αυτοκτονίες που ολοκληρώθηκαν αποτελούν μια συνέχεια της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Η αυτοκτονική συμπεριφορά κυμαίνεται από θανατηφόρες πράξεις (ολοκληρωμένη αυτοκτονία) μέχρι εξοντωτικές και αποτυχημένες απόπειρες αυτοκτονίας (όπου η πρόθεση και ο προγραμματισμός είναι προφανής και η επιβίωση είναι τυχαία) και σε προσπάθειες χαμηλής θνησιμότητας (συνήθως παρορμητικές προσπάθειες που προκαλούνται από μια κοινωνική κρίση, φαίνεται να είναι αμφίθυμη και να περιέχει ένα ισχυρό στοιχείο έκκλησης για βοήθεια) (8). Η επιθετικότητα και η θνησιμότητα συσχετίζονται θετικά και σχετίζονται με βιολογικές ανωμαλίες που περιλαμβάνουν κυρίως το σεροτονινεργικό σύστημα. Η κλινική και νευροβιολογική μελέτη αποτυχημένων αυτοκτονιών είναι δυνατόν να δώσουν σημαντικές πληροφορίες για την αυτοκτονία, διότι οι δύο πληθυσμοί είναι παρόμοιοι, κλινικά και δημογραφικά (8). Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να αναφερθεί για τη διευκόλυνση ανάγνωσης της εργασίας ότι ο όρος αυτοκτονικότητα αναφέρεται σε όλες τις συμπεριφορές και σκέψεις που σχετίζονται με την αυτοκτονία συμπεριλαμβανομένου της ολοκλήρωσης ή απόπειρας αυτοκτονιών, και αυτοκτονικού ιδεασμού (4).

Επιδημιολογία

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2008) και παρατηρώντας την αυτοκτονική συμπεριφορά τονίστηκε ότι μόνο ένα μικρό υποσύνολο εκείνων που σκέφτονται την αυτοκτονία συνεχίζουν να προσπαθούν και ακόμη λιγότεροι πεθαίνουν από τη συγκεκριμένη αιτία (13). Παγκοσμίως, πάνω από 1 εκατομμύριο άνθρωποι αυτοκτονούν κάθε χρόνο και σημαντικές έρευνες αναφέρουν ότι το 20-25% των θυμάτων αυτοκτονίας έπραξε απόπειρα αυτοκτονίας το προηγούμενο έτος πριν από το θάνατο (14). Επιδημιολογικές έρευνες αναφέρουν ότι η αυτοκτονία κατατάσσεται στην 10^η κύρια αιτία θανάτου μεταξύ ατόμων ηλικίας 10 έτων και άνω, ενώ έχει ξεπεράσει τα ατυχήματα με κάποιο όχημα ως κύρια αιτία θνησιμότητας. Αναφορές από τα δεδομένα των ΗΠΑ το 2010 έχουν καταγράψει πάνω από 38.000 αυτοκτονίες σε ποσοστό 12.1 αυτοκτονίες ανά 100.000 και πάνω από 1 εκατομμύριο απόπειρες αυτοκτονίας (1, 15).

Επίσης, σε παγκόσμιο επίπεδο, οι αυτοκτονίες αποτελούν τη 2η κύρια αιτία πρόωρης θνησιμότητας σε άτομα ηλικίας 15 έως 29 ετών και την τρίτη στην ηλικιακή ομάδα 15-44 ετών (1). Μεταγενέστερα τον Απρίλιο του 2016, τα κέντρα ελέγχου και πρόληψης ασθενειών δημοσίευσαν μια έκθεση με την οποία τεκμηριώνεται αύξηση κατά 24% του εθνικού ποσοστού αυτοκτονίας των ΗΠΑ μεταξύ του 1999 και 2014. Το ποσοστό αυτοκτονίας των Η.Π.Α, το οποίο φθάνει σήμερα σε 13 ανά 100.000, βρίσκεται στο υψηλότερο σημείο του σε 30 χρόνια (16). Επίσης, ο επιπολασμός της αυτοκτονικού ιδεασμού και των αποπειρών αυτοκτονίας σε ολόκληρο τον πληθυσμό στις ΗΠΑ εκτιμάται ότι είναι 13.5% και 4.6% αντίστοιχα, και καταγράφεται ένας θάνατος με αυτοκτονία για κάθε 25 απόπειρες αυτοκτονίας (17, 18). Σύμφωνα με τον διεθνή Οργανισμό Υγείας, το 2015 περίπου 800.000 αυτοκτονίες καταγράφηκαν παγκοσμίως και σε παγκόσμιο επίπεδο το 78% όλων των ολοκληρωμένων αυτοκτονιών εμφανίζεται στις χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα (1). Η πιο δραματική αύξηση στο ποσοστό θνησιμότητας από αυτοκτονία έχει παρατηρηθεί στις χώρες του τρίτου κόσμου Ινδία και Κίνα, λόγω των μοναδικών κοινωνικοοικονομικών και συμπεριφορικών τους προτύπων (19).

Παράγοντες κινδύνου

Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας. Μεταξύ αυτών είναι το φύλο, η ηλικία, η θρησκεία, η οικογενειακή κατάσταση, οι χρόνιες σωματικές ασθένειες, η ψυχική ασθένεια και η απασχόληση ή η φύση του επαγγέλματος. Ιστορικά, η έρευνα που διερευνά τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την αυτοκτονικότητα έχει ως στόχο την αποτελεσματικότερη πρόληψη της αυτοκτονίας και τη βελτίωση της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης τόσο στις ψυχιατρικές όσο και στις πρωτοβάθμιες περιστάσεις.

Αρκετές μελέτες έχουν διεξαχθεί για τη μελέτη κάθε έναν από των προαναφερθέντων παραγόντων κινδύνου.

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Φύλο

Περισσότεροι άντρες διαπράττουν αυτοκτονία , ενώ περισσότερες γυναίκες τείνουν να κάνουν απόπειρες αυτοκτονίες σε σύγκριση με τους άντρες (20). Στις αναπτυγμένες χώρες, η αναλογία μεταξύ ανδρών-γυναικών για την αυτοκτονία είναι μεταξύ 2 και 4 προς 1 (21). Είναι εμφανές σε αρκετές μελέτες ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν περισσότερο μη θανατηφόρα αυτοκτονική συμπεριφορά, ενώ η αυτοκτονία είναι περισσότερο παρούσα στους άντρες, φαινόμενο γνωστό ως “Παράδοξο φύλου της αυτοκτονικής συμπεριφοράς” (22). Οι άντρες και οι γυναίκες διαφέρουν σε σχέση και με τους παράγοντες κινδύνου για την αυτοκτονία και τον αυτό-τραυματισμό συμπεριλαμβανομένης της παρουσίας αγχωτικών γεγονότων , της σεξουαλικής κακοποίησης, της ηλικίας, της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, του ιστορικού προηγούμενων προσπαθειών αυτοκτονίας και της σωματικής και ψυχικής ασθένειας (23, 24) . Μάλιστα, η διαφορά μεταξύ των δύο φύλων στην αναζήτηση βοήθειας και στην δήλωση αυτοκτονίας ίσως μπορεί επίσης να συμβάλλει σε αυτό το παράδοξο (24, 25). Παρόλο αυτά, τονίζεται συχνά από τους επιστήμονες ότι οι ασιατικές χώρες εμφανίζουν μικρότερες διαφορές αυτοκτονικής συμπεριφοράς μεταξύ των 2 φύλων καθώς στην Κίνα πεθαίνουν περισσότερες γυναίκες από αυτοκτονία (26). Επίσης, οι Qin et al. (2003) παρατήρησαν ότι η ζωή

σε αστικές περιοχές συνδέεται με υψηλότερο κίνδυνο αυτοκτονίας μεταξύ των γυναικών και χαμηλότερο κίνδυνο για τους άντρες, σε σχέση με τη ζωή σε αγροτικές περιοχές. Οι αιτίες των συγκεκριμένων αποτελεσμάτων δεν είναι απολύτως κατανοητές, αλλά υπάρχει η πιθανότητα να σχετίζονται με τη χαμηλή απασχόληση των γυναικών στις αστικές περιοχές και την μεγαλύτερη απομόνωση των αντρών στις αγροτικές περιοχές (27).

Ηλικία

Σημαντικά δεδομένα από μια μεγάλη σειρά μελετών προτείνουν ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας αυξάνεται με την ηλικία, τονίζοντας ότι ο κίνδυνος για τους άντρες κορυφώνεται στην ηλικία των 45 ετών και στις γυναίκες στην ηλικία των 55 ετών (28, 29). Μάλιστα, μελέτη αναφέρει ότι στις χώρες υψηλού εισοδήματος η αυτοκτονία είναι περισσότερο συνηθισμένη μεταξύ των μεσήλικων και των ηλικιωμένων αντρών και ιδιαίτερα αντρών με σωματικές ασθένειες, άγχος και κατάθλιψη (30). Παρόλο αυτά, αύξηση παρατηρείται στις αυτοκτονίες μεταξύ των νεότερων ατόμων, ιδίως στην ηλικιακή ομάδα 15-24 (28, 31). Η αυτοκτονία μεταξύ των ανδρών ηλικίας 25-34 ετών αυξήθηκε σχεδόν κατά 30% την τελευταία δεκαετία, ενώ στη νότια Αφρική η αυτοκτονία αντιπροσωπεύει το 1,3% των θανάτων στην ηλικιακή ομάδα 15-24 ετών (32). Η συχνότητα εμφάνισης αυτοκτονικού ιδεασμού και αυτοκτονικής συμπεριφοράς στους εφήβους και νεαρούς ενήλικες, με μια επικράτηση εφόρου ζωής του αυτοκτονικού ιδεασμού 12·1–33%, και της αυτοκτονικής συμπεριφοράς 4·1–9·3% (33, 34).

Οικογενειακή κατάσταση

Προηγούμενες μελέτες έχουν αναφέρει τη σχέση μεταξύ οικογενειακής κατάστασης και αυτοκτονίας (35, 36). Συγκεκριμένα οι έρευνες έχουν βρει ότι οι έγγαμοι άνθρωποι έχουν χαμηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας από τους ελεύθερους, και οι διαζευγμένοι, χωρισμένοι και χήροι έχουν τα υψηλότερα ποσοστά (37). Μια από τις επικρατέστερες εξηγήσεις που δόθηκαν σε παλαιότερες μελέτες για να εξηγήσουν τις παρατηρούμενες διαφορές στον κίνδυνο αυτοκτονίας από την οικογενειακή κατάσταση είναι ότι ο γάμος παρέχει κοινωνική και συναισθηματική σταθερότητα, ενώ το διαζύγιο, ο χωρισμός, η μοναδικότητα και η χήρα δεν

παρέχουν αυτού του είδους τη σταθερότητα που είναι αναγκαία για τη μείωση του κινδύνου αυτοκτονικότητας. Συνεπώς, ο γάμος προσφέρει την καλύτερη προστασία κατά της αυτοκτονίας, διότι παρέχει κοινωνική και κοινοτική ένταξη και μειώνει την κοινωνική απομόνωση (6, 38).

Η βιβλιογραφία σχετικά με τις ατομικές διαφορές που σχετίζονται με το φύλο στον κίνδυνο αυτοκτονίας σχετικά με την αντίστοιχη οικογενειακή κατάσταση έχει προκαλέσει κάποια συγκρουόμενα αποτελέσματα. Γενικότερα, οι κίνδυνοι αυτοκτονίας είναι αυξημένοι μεταξύ των ανδρών που έχουν διαζευχθεί, είναι χήροι ή δεν παντρεύτηκαν (39, 40). Έρευνες αναφέρουν ότι ο γάμος μπορεί να είναι περισσότερο θετικός για τους άνδρες παρά για τις γυναίκες καθώς ο χρόνος που μπορεί να αφιερώσουν οι γυναίκες στη φροντίδα για τη σωματική και συναισθηματική υγεία των μελών της οικογένειας μπορεί να αυξήσει το άγχος τους μειώνοντας το άγχος του συζύγου (41). Ωστόσο, πολλές μελέτες που έχουν εξετάσει τη σχέση μεταξύ οικογενειακής κατάστασης και αυτοκτονίας έχουν διεξαχθεί σε συγκεντρωτικό επίπεδο και δεν έχουν λάβει υπόψη το βαθμό στον οποίο άλλοι παράγοντες, όπως η ψυχική ασθένεια, μπορούν να συμβάλουν στην οικογενειακή κατάσταση.

Φυλή

Μερικές μελέτες έχουν δείξει ότι οι μη ισπανόφωνοι λευκοί έχουν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο για απόπειρες αυτοκτονίας από άλλες εθνοτικές ομάδες (42), όπως οι Μαύροι (18) και οι Ισπανοί (43), αν και μερικές (44), αλλά όχι όλες (45), μελέτες έχουν δείξει ότι διαφορετικές υποομάδες μεταξύ Ισπανών έχουν αποκλίνοντα ποσοστά απόπειρας αυτοκτονίας. Αντίθετα, δύο μελέτες που χρησιμοποίησαν εθνικά δεδομένα δεν βρήκαν καμία σημαντική σχέση μεταξύ φυλής / εθνικότητας και ιδεασμού ή απόπειρας αυτοκτονίας. Το αν αυτές οι ασυνέπειες οφείλονται στο γεγονός ότι οι εθνοτικές ομάδες, όπως συνήθως θεωρούνται, είναι μάλλον ετερογενείς παραμένει ένα σημείο συζήτησης (18, 46). Υπάρχουν επίσης κάποιες ερωτήσεις σχετικά με το αν οι παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονικό ιδεασμό και απόπειρες μεταξύ του γενικού πληθυσμού μπορεί να μην ισχύουν για συγκεκριμένες εθνοτικές ομάδες όπως είναι οι Αφροαμερικανοί, οι Αμερικανοί Ινδοί ή οι Ισπανοί (47).

Θρησκεία

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δέκα ετών, η έρευνα σχετικά με αυτό το ερώτημα οδήγησε σε μεικτά αποτελέσματα. Μερικές μελέτες έχουν αναφέρει ότι τα ποσοστά απόπειρας αυτοκτονίας και αυτοκτονικού ιδεασμού είναι χαμηλότερα μεταξύ των ατόμων που έχουν θρησκευτική συνείδηση (48) και αυτών που αναφέρουν ότι η θρησκεία είναι πολύ σημαντική στη ζωή τους (49). Η θρησκευτική αλληλεγγύη και η θρησκευτική δραστηριότητα φαίνεται να προστατεύουν από την αυτοκτονία, με υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας σε όσους δεν έχουν θρησκευτική πεποίθηση (50). Είναι πιθανό η θρησκευτική συνύπαρξη και η θρησκευτική δραστηριότητα να ασκούν προστατευτική επίδραση με διάφορους τρόπους, συμπεριλαμβανομένης της απαγόρευσης της αυτοκτονίας και της προώθησης των κοινωνικών δεσμών. Ωστόσο, μια σημαντική έρευνα που διεξήχθη από τους Lawrence et al.(2016) ανέφερε αντίθετα αποτελέσματα. Η έρευνα προσπάθησε να εξετάσει τη σχέση μεταξύ θρησκείας και απόπειρας αυτοκτονίας καθώς και αυτοκτονικού ιδεασμού σε 321 ασθενείς με καταθλιπτική συμπτωματολογία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο αυτοκτονικός ιδεασμός ήταν μεγαλύτερος στους ασθενείς με κατάθλιψη που θεωρούσαν ότι η θρησκεία ήταν πιο σημαντική (Coeff.1,18, $p = .026$), και σε εκείνους που επισκέπτονται πιο συχνά τα μέρη που συνδέονταν με τη θρησκεία (Coeff.1.99, $p = .001$). Επίσης, διαπιστώθηκε ότι οι απόπειρες αυτοκτονίας του παρελθόντος ήταν πιο συχνές μεταξύ των ασθενών με θρησκευτική συνείδηση ($p = .007$) (51). Έτσι, φαίνεται ότι η σχέση μεταξύ θρησκείας και παραγόντων κινδύνου αυτοκτονίας είναι πολύπλοκη και μπορεί να ποικίλει μεταξύ των διαφορετικών πληθυσμών ασθενών.

Ψυχιατρικές διαταραχές και Κατάθλιψη

Τα αποτελέσματα πολυάριθμων μελετών σταθερά βρίσκουν ότι η παρουσία κάποιας ψυχιατρικής διαταραχής και ιδιαίτερα η κατάθλιψη, εμφανίζουν ισχυρή συσχέτιση με την ανάπτυξη αυτοκτονικότητας στο γενικό πληθυσμό (52-56). Περίπου 90% των ανθρώπων που διαπράττουν αυτοκτονία έχουν διαγνωστεί με κάποια ψυχιατρική διαταραχή. Έχουν αναφερθεί αυξημένοι κίνδυνοι αυτοκτονίας

μεταξύ των ατόμων με μονοπολική κατάθλιψη, διπολική διαταραχή ή σχιζοφρένεια που διαπιστώθηκαν από εισαγωγές στο νοσοκομείο και εξωτερικές επισκέψεις ψυχιατρικού τμήματος . Ο ρυθμός αυτοκτονίας των (μη θεραπευμένων) διπολικών ασθενών είναι 25 φορές υψηλότερος σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Η αυτοκτονική συμπεριφορά σε διπολικούς ασθενείς συμβαίνει σχεδόν αποκλειστικά κατά τη διάρκεια σοβαρών μειζόνων καταθλιπτικών επεισοδίων και λιγότερο συχνά σε μεικτά συναισθηματικά επεισόδια ή σε δυσφορική μανία (57-59).

Αντίθετα, η αυτοκτονική συμπεριφορά εμφανίζεται πολύ σπάνια κατά τη διάρκεια της ευφορίας, της υπομανίας ή της ευθυμίας, γεγονός που υποδηλώνει ότι η αυτοκτονική συμπεριφορά σε διπολικούς ασθενείς είναι ένα φαινόμενο που εξαρτάται από την κατάσταση και τη σοβαρότητα (59). Σύμφωνα με μελέτες παρακολούθησης, το 10-13% των ατόμων με σχιζοφρένεια πεθαίνουν από αυτοκτονία, η οποία αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου αυτών των ασθενών (60). Ωστόσο, μια σημαντική μετα-ανάλυση υπολόγισε ότι το 4,9% των ατόμων με σχιζοφρένεια διαπράττει αυτοκτονία κατά τη διάρκεια της ζωής τους (58). Το ποσοστό αυτό εξέπληξε πολλούς ερευνητές, καθώς ήταν χαμηλότερο από ό, τι είχε προηγουμένως θεωρηθεί. Ανεξάρτητα, εξακολουθεί να ένα μη αποδεκτά υψηλό ποσοστό. Επιπρόσθετα, μια πρόσφατη ανασκόπηση συστηματικών αξιολογήσεων που πραγματοποιήθηκε σε σχέση με τις ψυχικές διαταραχές και τη θνησιμότητα διαπίστωσε ότι η κατάθλιψη, η διπολική διαταραχή, η νευρική ανορεξία και η οριακή διαταραχή της προσωπικότητας παρουσιάζουν τους υψηλότερους κινδύνους αυτοκτονίας (61).

Επιπρόσθετα, ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές έχουν την τάση να είναι περισσότερο επιρρεπείς στην αυτοκτονική συμπεριφορά καθώς σύμφωνα με μελέτες τα άτομα που είχαν διαπράξει αυτοκτονία ήταν περισσότερο πιθανό να είχαν διαγνωστεί με κάποια αγχώδη διαταραχή ή κρίσεις πανικού (62). Μάλιστα, περίπου το ¼ των ατόμων που αυτοκτόνησαν είχαν έρθει σε επαφή με υπηρεσίες ψυχικής υγείας το έτος πριν από το θάνατό τους (63). Είναι επίσης σημαντικό να αναφερθεί ότι σε κάποιες μελέτες βρέθηκε ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας αυξάνεται όταν το άτομο που πάσχει από κατάθλιψη παρουσιάζει σημάδια ανάκαμψης, ενώ σε μια πρόσφατη μελέτη βρέθηκε ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας ήταν σταθερά

υψηλότερος στους πρώτους 3 μήνες μετά την πρώτη διάγνωση της κατάθλιψης (52, 64). Η μελέτη πραγματοποιήθηκε από τους Crump et al. (2014) χρησιμοποιώντας δεδομένα ενηλίκων από μια 8-ετή εθνική μελέτη και παρουσίασε όμοια ευρήματα με προγενέστερες έρευνες σχετικά με τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου της αυτοκτονίας. Οι ψυχιατρικές διαταραχές με αρκετά σημαντική την κατάθλιψη, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), ο καρκίνος, οι διαταραχές της σπονδυλικής στήλης, το άσθμα και το εγκεφαλικό επεισόδιο ήταν σημαντικά ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου τόσο στις γυναίκες όσο και στους άνδρες, ενώ ο διαβήτης και η ισχαιμική καρδιοπάθεια ήταν μέτριοι παράγοντες κινδύνου μόνο στους άνδρες. Οι ισχυρότεροι κοινωνικό- δημογραφικοί παράγοντες κινδύνου ήταν το ανδρικό φύλο, το άγαμο καθεστώς και η μη απασχόληση (52).

Χρόνια σωματική νόσο

Στη βιβλιογραφία, ο όρος “χρόνια σωματική νόσος” τείνει να χρησιμοποιείται για να αναφερθεί στη φυσική ή ψυχική κατάσταση που είναι διαρκής ή επαναλαμβανόμενη και μπορεί να κυμαίνεται από ήπια έως σοβαρή αναπηρία. Έχουν προταθεί διάφοροι ορισμοί των χρόνιων ασθενειών για τη διευκόλυνση των επιστημόνων στο χώρο της έρευνας, τον προγραμματισμό και τις πολιτικές εκτιμήσεις (65). Υπό αυτό το πρίσμα, οι Brown & DuPaul (1999) ανέφεραν ότι η χρόνια ασθένεια περιλαμβάνει εκείνες τις ασθένειες που περικλείουν μια παρατεταμένη πορεία που μπορεί να είναι θανατηφόρα ή να οδηγήσει σε μειωμένη νοητική, γνωστική ή φυσική λειτουργικότητα και που συχνά χαρακτηρίζεται από οξείες επιπλοκές, οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν σε νοσηλείες ή σε άλλες μορφές εντατικής θεραπείας (66).

Ρευματικές νόσοι

Οι ρευματικές νόσοι είναι μία ετερογενής ομάδα διαταραχών που παραβιάζουν τις αρθρώσεις, τα οστά, τους μύες, τα αιμοφόρα αγγεία και σχετικούς μαλακούς ιστούς, οι οποίες περιλαμβάνουν φλεγμονώδους διαταραχές όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα (ΡΑ), συστηματικό ερυθρεματώδη λύκο (ΣΕΛ), εκφυλιστικές διαταραχές οστεοαρθρίτιδας (ΟΑ) , και διαταραχές των μαλακών ιστών όπως η ινομυαλγία (Ι) (67, 68) . Οι ρευματικές νόσοι χαρακτηρίζονται από φλεγμονή σε

πολλαπλά όργανα και οξεία ή χρόνια συμπτώματα του κοινού όπως πόνο, οίδημα και δυσκαμψία (69).

Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια

Η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (COPD) χαρακτηρίζεται από προοδευτικό περιορισμό της ροής του αέρα που συνδέεται με ανώμαλη πνευμονική φλεγμονή ως αντίδραση στην ερεθισμό επιβλαβών σωματιδίων και αερίων (70). Η ασθένεια είναι συχνή, ειδικά μεταξύ των ηλικιωμένων με προηγούμενες συνήθειες καπνίσματος καπνού (71). Το ποσοστό θνησιμότητας της ΧΑΠ αυξάνεται από τη δεκαετία του 1990 και η ασθένεια αυτή αναμένεται να είναι μία από τις κύριες αιτίες θανάτου παγκοσμίως κατά τις επόμενες δεκαετίες (72, 73). Η ΧΑΠ σχετίζεται με εξασθενημένη ποιότητα ζωής, υποξία, άγχος και παράγοντες κινδύνου κατάθλιψης που είναι γνωστοί για αυτοκτονία (74-78).

Σακχαρώδης Διαβήτης

Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) είναι ένα πρόβλημα δημόσιας υγείας και εκτιμάται ότι υπάρχουν πάνω από 150 εκατομμύρια άνθρωποι που νοσούν παγκοσμίως (79). Υπάρχουν δύο κοινές μορφές διαβήτη, τύπου 1 και τύπου 2. Ο ΣΔ 2 είναι η πιο πολυπληθής ενδοκρινική νόσο. Η παθοφυσιολογία της είναι πολύ πολύπλοκη και σχετίζεται με την ανάπτυξη ανθεκτικότητας στην ινσουλίνη στο ήπαρ και τους περιφερικούς ιστούς που συνοδεύεται από ελαττώματα στην έκκριση ινσουλίνης από παγκρεατικά βήτα κύτταρα, οδηγώντας έτσι σε υπεργλυκαιμική κατάσταση (80, 81). Επιπλέον, ο κίνδυνος ανάπτυξης ΣΔ τύπου 2 αυξάνεται με την ηλικία, την παχυσαρκία και τις καρδιαγγειακές παθήσεις (82).

Ο παγκόσμιος επιπολασμός του διαβήτη στους ενήλικες σχεδόν διπλασιάστηκε τις τελευταίες δεκαετίες, ανεβαίνοντας από 4,7% το 1980 σε 8,5% το 2014, με αποτέλεσμα περίπου 1,6 εκατομμύρια θανάτους ετησίως (83).

Συσχέτιση χρόνιων σωματικών νοσημάτων με τον κίνδυνο αυτοκτονικότητας

Οι ασθενείς με σωματικές ασθένειες είναι περισσότερο πιθανό να έχουν κακή ψυχική υγεία και αντίστροφα, και η αυτοκτονία εμφανίζεται συχνότερα με τη συνύπαρξη ψυχιατρικών και σωματικών ασθενειών (84). Η συσχέτιση μεταξύ της σωματικής ασθένειας και της αυτοκτονίας αποτελεί σημαντικό ζήτημα κλινικής και δημόσιας υγείας για διάφορους λόγους. Αρχικά, οι ασθενείς με χρόνια σωματικά νοσήματα συνήθως έχουν τακτική επαφή με την υγειονομική υπηρεσία, η οποία προσφέρει περισσότερες ευκαιρίες παρακολούθησης και παρέμβασης (85). Έπειτα, η κλινική κατάθλιψη είναι ο βασικός παράγοντας κινδύνου για την αυτοκτονία και είναι πολύ πιο κοινός στους σωματικά άρρωστους ανθρώπους (86). Μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά σε αυτόν τον πληθυσμό και έτσι να μειωθεί ο κίνδυνος (87). Τέλος, το ποσοστό των αυτοκτονιών που είναι γνωστό ότι συνδέονται με σωματικές ασθένειες είναι σημαντικό για άτομα ηλικίας 50 ετών και άνω, που συνεπάγονται σημαντικό πληθυσμιακό αντίκτυπο (88).

Σε μια μελέτη ελέγχου υπόθεσης που έθεσε ως στόχο τον προσδιορισμό αυτοκτονίας και της κατάθλιψης σε μια σειρά από σωματικές ασθένειες και τροποποίηση των επιδράσεων κατά φύλο, ηλικία και συννοσηρότητα, οι Webb et al. (2012) βρήκαν ότι η κατάθλιψη είναι ένας ισχυρός παράγοντας του αυξημένου κινδύνου αυτοκτονίας μεταξύ των ασθενών με σωματικές ασθένειες. Για την διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκε η βάση δεδομένων της Γενικής Πρακτικής Έρευνας από το 2001 ως 2008 και το δείγμα της μελέτης αποτελούνταν από 873 ενήλικες και των δύο φύλων που είχαν αυτοκτονήσει και 17460 άτομα ως ομάδα ελέγχου. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η στεφανιαία νόσος και ο καρκίνος συνδεόταν με υψηλότερο κίνδυνο αυτοκτονίας ανεξάρτητα με την παρουσία κατάθλιψης. Γενικότερα ασθένειες όπως εγκεφαλικό επεισόδια, ΧΑΠ και οστεοπόρωση συνδέθηκαν με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας σε συνδυασμό με την παρουσία κατάθλιψης. Μάλιστα, ο κίνδυνος ήταν μεγαλύτερος στις νεότερες γυναίκες με χρόνια ασθένεια και στις γυναίκες άνω των 50 με συννοσηρότητα (89).

Παρά το γεγονός ότι οι περισσότερες έρευνες τονίζουν ότι η παρουσία χρόνιων σωματικών νοσημάτων αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου εμφάνισης ή αύξησης του κινδύνου αυτοκτονικότητας, μια παλαιότερη παρόμοια έρευνα που χρησιμοποίησε δεδομένα από τη βάση της Γενικής Πρακτικής Έρευνας δεν διαπίστωσε ενδείξεις υψηλότερου κινδύνου σε συνδυασμό με μια σειρά σωματικών ασθενειών (άσθμα, διαβήτης, κακοήθεια, στεφανιαία νόσο, καρδιαγγειακή νόσος, πολλαπλή σκλήρυνση, νόσο κινητικού νευρώνα και επιληψία). Ωστόσο, για τις περισσότερες από τις ασθένειες οι αριθμοί που μελετήθηκαν ήταν μικροί λόγω της νεαρής ηλικιακής ομάδας του δείγματος και δεν υπήρχε συστηματική σύνδεση με τα εθνικά δεδομένα θνησιμότητας με αποτέλεσμα να είναι επιρρεπείς σε προκατειλημμένες διαπιστώσεις και χαμηλή ισχύ (90).

Πολυάριθμες μελέτες που μελέτησαν τη συσχέτιση των χρόνιων σωματικών νοσημάτων με τον κίνδυνο εμφάνισης αυτοκτονικότητας παρουσίασαν την ύπαρξη σημαντικής συσχέτισης παρά το γεγονός ότι πολλές από αυτές εστίασαν σε ηλικίες ατόμων άνω των 50 ετών και δεν εξέτασαν τις επιπτώσεις των επιμέρους ασθενειών αλλά τη συννοσηρότητα με ψυχικές ασθένειες (91-93). Έτσι, μια έρευνα 42 περιπτώσεων διαπίστωσε ότι οι ασθενείς με ψυχιατρικές και σημαντικές σωματικές ασθένειες με λειτουργικό περιορισμό παρουσίασαν αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας (94). Όμοια, μια έρευνα σε 85 περιπτώσεις βρήκε ότι ελλείμματα στην όραση, νευρολογικές ασθένειες και ψυχικές ασθένειες αυξάνουν τον κίνδυνο της αυτοκτονίας. Ωστόσο, αρκετές έρευνες εξέτασαν τη σχέση μεταξύ συγκεκριμένων σωματικών ασθενειών και αυτοκτονικότητας (93). Συγκεκριμένα στην μελέτη των Juurlink et al. (2004) εντοπίστηκαν από αρχεία των επαρχιακών νομών του Καναδά 1354 ηλικιωμένα άτομα που αυτοκτόνησαν μεταξύ του 1992- 2000 και για κάθε ασθενή, 4 άτομα ομάδας ελέγχου από τη βάση δεδομένων εγγεγραμμένων ατόμων, με σκοπό τον καθορισμό της παρουσίας σωματικών ασθενειών που σχετίζονται άμεσα με την αυτοκτονία. Τα αποτελέσματα της 9-ετής έρευνας έδειξαν ότι συγκεκριμένες ασθένειες σχετίζονται ανεξάρτητα με την αυτοκτονία συμπεριλαμβανομένης της καρδιακής ανεπάρκειας, της ΧΑΠ, των επιληπτικών κρίσεων, την διαταραχή της ουρικής ακράτειας και την μέτρια ή σοβαρή παρουσία πόνου (95).

Ρευματικές παθήσεις και αυτοκτονία

Ο χρόνιος πόνος αποτελεί αντικείμενο μελέτης για την ποιότητα ζωής των ασθενών αρκετές δεκαετίες και αξίζει ιδιαίτερη προσοχή καθώς επικαλύπτεται σε μεγάλο βαθμό με την κατάθλιψη. Δεδομένου ότι η αιτιότητα είναι ασαφής, ο χρόνιος πόνος μπορεί να θεωρηθεί ως σωματική ή σωματόμορφη διαταραχή, η οποία είναι μια ψυχική κατάσταση (96-98). Τελικά, οποιαδήποτε χρόνια ασθένεια (99-102) μπορεί να σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας και η βιβλιογραφία παραθέτει μεταξύ άλλων ασθένειες με χρόνια σωματικό πόνο όπως οι ρευματικές ασθένειες (ΡΑ). Επίσης, ένα σημαντικό θέμα στις χρόνιες σωματικές ασθένειες είναι και η αναπηρία, η οποία οδηγεί σε αύξηση της αυτοκτονίας (103).

Οι ασθενείς με ρευματικά νοσήματα αντιμετωπίζουν πολλές δυσκολίες στην καθημερινή τους ζωή, συμπεριλαμβανομένου του χρόνιου πόνου και των σωματικών περιορισμών λόγω της φλεγμονής των αρθρώσεων και της εμπλοκής των οργάνων. Το άγχος και η κατάθλιψη είναι οι πιο συχνές ψυχιατρικές διαταραχές σε ασθενείς με ρευματοπάθειες καθώς έντονες είναι και οι διαταραχές ύπνου (104-106). Συγκεκριμένα, όπως αναφέρει ο Hyrhantis et al. (2011) Ο επιπολασμός της κατάθλιψης σε ασθενείς με ρευματολογικές διαταραχές είναι τουλάχιστον διπλάσιος από εκείνον του γενικού πληθυσμού, υποδεικνύοντας ότι οι ρευματολόγοι αντιμετωπίζουν πολλούς ασθενείς με συνυπάρχουσα κατάθλιψη (107). Οι συγκεκριμένοι παράγοντες σχετίζονται με αύξηση του κινδύνου αυτοκτονίας και σημαντικές μελέτες στον τομέα αυτό επαλήθευσαν την ύπαρξη διάφορων ψυχιατρικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με ΡΑ, εκ των οποίων ο αυτοκτονικός ιδεασμός και οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι μία από τις κοινές εκδηλώσεις (108, 109).

Παρόλο αυτά, ο επιπολασμός υποδηλώνει ότι οι αυτοκτονικές ιδέες και οι απόπειρες αυτοκτονίας στις ρευματικές ασθένειες έχουν διαφορά, με τις εκτιμήσεις για τον αυτοκτονικό ιδεασμό να κυμαίνονται από 6.3% έως 58.3% και τις απόπειρες αυτοκτονίας να κυμαίνονται από 1.6 έως 17.6% (33, 110-112). Οι έρευνες παρουσιάζουν διαφορετικά αποτελέσματα μεταξύ τους, καθώς σε μια προηγούμενη μελέτη ο αυτοκτονικός ιδεασμός έφτασε το 34.4% ενώ παρόμοια μελέτη ανέφερε 12% (109, 113). Επίσης, βρέθηκε ότι οι απόπειρες αυτοκτονίας σε

ασθενείς με ΡΑ ήταν 2.7% ενώ σε ασθενείς με ινομυαλγία ήταν 16.7% (108, 110) . Καθώς οι περισσότερες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στον τομέα των ρευματικών παθήσεων διαχωρίζουν τις ασθένειες και στη βιβλιογραφία υπάρχουν διαφορετικά αποτελέσματα σχετικά με τις επιπτώσεις της αυτοκτονικής συμπεριφοράς, καθίσταται δύσκολο να αναγνωριστεί με ακρίβεια από το ιατρικό προσωπικό η σοβαρότητα της αυτοκτονικότητας μεταξύ των ασθενών που πάσχουν από κάποιο ρευματικό νόσημα.

Υπό αυτό το πρίσμα, μια πρόσφατη μετά- ανάλυση προσπάθησε να παρέχει συγκεντρωμένες εκτιμήσεις επικράτησης αυτοκτονικής συμπεριφοράς σε ασθενείς με ρευματικές παθήσεις με σκοπό την ανάπτυξη της βέλτιστης παρέμβασης από τους ειδικούς υγείας (114). Η μετά- ανάλυση χρησιμοποίησε 17 διαφορετικές μελέτες εξετάζοντας συνολικά 5174 συμμετέχοντες με ΣΕΛ, ΟΑ, ΡΑ, και Ι. Ο αυτοκτονικός ιδεασμός και οι απόπειρες βρέθηκαν πολύ συχνές στους ασθενείς με ρευματικά νοσήματα με τα ποσοστά να είναι 26% και 12% αντίστοιχα, τα οποία είναι σημαντικά υψηλότερα από τα ποσοστά του γενικού πληθυσμού (114) (3.1% και 1% αντίστοιχα) (115). Επίσης, η παρούσα ανάλυση επαλήθευσε τις διαφορές στον κίνδυνο αυτοκτονίας μεταξύ διαφορετικών ρευματικών παθήσεων τονίζοντας ότι οι ασθενείς με ινομυαλγία παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης αυτοκτονικής συμπεριφοράς, γεγονός που μπορεί ίσως να αποδοθεί στον έντονο γενικευμένο πόνο. Επιπλέον, σημαντικό ήταν ότι η έρευνα παρείχε αποδείξεις ότι η παρουσία αυτοκτονικού ιδεασμού και αποπειρών μπορεί να σχετίζεται με το φύλο, τονίζοντας ότι ο κίνδυνος είναι αυξημένος στις γυναίκες (115).

Όπως προαναφέρθηκε η βιβλιογραφία είναι αρκετά εκτενής και πολυάριθμες έρευνες εξετάζουν την αυτοκτονική συμπεριφορά σε διαφορετικές ρευματικές ασθένειες. Ωστόσο, δεν βρέθηκε κάποια μελέτη που να εξετάζει τον κίνδυνο αυτοκτονίας σε όλες τις ρευματικές ασθένειες και λίγες είναι αυτές που ήταν αντιπροσωπευτικές του γενικού πληθυσμού. Έρευνες που εξετάζουν την παρουσία αυτοκτονικής συμπεριφοράς σε ασθενείς με ΣΕΛ τονίζουν ότι ο κίνδυνος είναι αυξημένος στις περιπτώσεις που τα άτομα πάσχουν από κάποια νευροψυχιατρική ασθένεια ή συγκεκριμένα έχουν διαγνωστεί με νευροψυχιατρική ΣΕΛ (ΝΨΣΕΛ) (116, 117). Σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Li-Yu &

Navarra (2007) οι απόπειρες αυτοκτονίας που αναφέρθηκαν ήταν 2 από τους 275 ασθενείς με ΣΕΛ ενώ στην έρευνα των Karassa et al. (2003) οι ασθενείς που προσπάθησαν να αυτοκτονήσουν ήταν 6 από του 300 (1 εκ των οποίων συνδέθηκε με θανατηφόρο έκβαση) (118, 119).

Ενδιαφέρουσα εθνική πληθυσμιακή μελέτη διεξήχθη το 2016 στο Ταϊβάν εξετάζοντας 20961 ασθενείς με ΣΕΛ δηλώνοντας ότι 291 άτομα ανά 100.000 με ΣΕΛ έκαναν απόπειρα αυτοκτονίας με υπερβολική χρήση φαρμάκων, αριθμός που είναι αρκετά υψηλότερος από αυτόν του γενικού πληθυσμού (160 άτομα ανά 100.000 άτομα). Οι αναλύσεις έδειξαν ότι οι απόπειρες αυτοκτονίας συσχετίστηκαν έντονα με ψυχοκοινωνικούς παράγοντες όπως η ανεργία, η απομόνωση από την κοινότητα ή ο χωρισμός, επιπλέον των καταθλιπτικών διαταραχών, της αϋπνίας και του χαμηλότερου μηνιαίου εισοδήματος (120). Παρά το γεγονός ότι αρκετές έρευνες προτείνουν σημαντική συσχέτιση του ΣΕΛ με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας, φαίνεται ότι εστιάζουν περισσότερο στη συννοσηρότητα με κάποια ψυχιατρική νόσο. Ωστόσο, οι Jagra et al. (2011) τόνισαν ότι οι σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές στο ΣΕΛ είναι συχνές και δεν συνδέονται με τη δραστηριότητα της νόσου. Για την έρευνα 83 ασθενείς με ΣΕΛ αξιολογήθηκαν για την παρουσία ψυχιατρικών διαταραχών χρησιμοποιώντας την MINI συνέντευξη, την κλίμακα Hospital Anxiety & Depression, και άλλες διαγνωστικές κλίμακες για την παρουσία του ΣΕΛ. Τα αποτελέσματα εκτός από την μη σύνδεση της νόσου με τις ψυχιατρικές διαταραχές, έδειξαν υψηλότερο ποσοστό εμφάνισης κινδύνου αυτοκτονίας σε άτομα με ΣΕΛ (9.5%) σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (<1%) (116).

Επίσης, καθώς οι ρευματικές παθήσεις χαρακτηρίζονται συνήθως από χρόνιο πόνο και οι ασθενείς με ινομυαλγία εκφράζουν έντονα την παρουσία του πόνου, σημαντική βιβλιογραφία εξετάσει και την παρουσία του κινδύνου αυτοκτονίας καθώς έχει διαπιστωθεί ότι ο χρόνιος πόνος συνδέεται με αυξημένο αυτοκτονικό ιδεασμό (121). Αναλυτικότερα, οι Calandre et al. (2011) αξιολόγησαν τον επιπολασμό προηγούμενων προσπαθειών αυτοκτονίας σε ασθενείς με ινομυαλγία χρησιμοποιώντας την κλίμακα αξιολόγησης FIQR για τις επιπτώσεις της ασθένειας και την κλίμακα Plutchik για την αξιολόγηση του κινδύνου αυτοκτονίας. Οι βαθμολογίες στην κλίμακα FIQR ήταν σημαντικά υψηλότερες στις περιπτώσεις

των ατόμων με προγενέστερο απόπειρα αυτοκτονίας, και τονίστηκε ο υψηλός συσχετισμός μεταξύ των κλιμάκων FIQR και Plutchik. Η παρουσία των προηγούμενων αποπειρών αυτοκτονίας (16.7%) ήταν εντυπωσιακά υψηλότερη στους ασθενείς με ινομυαλγία από το γενικό πληθυσμό (4.4%) καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι η ινομυαλγία συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονικού ιδεασμού και αποπειρών με τη σοβαρότητα της νόσου να αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου. Μάλιστα, ο πόνος, η κακή ποιότητα ύπνου, το άγχος και η κατάθλιψη φάνηκε να σχετίζονται θετικά με τον κίνδυνο αυτοκτονίας (122).

Σε μια άλλη Μεταγενέστερη μελέτη εξέτασε την αυτοκτονική συμπεριφορά (αυτοκτονία, απόπειρα αυτοκτονίας) σε 95.150 ασθενείς με ινομυαλγία παρουσιάζοντας ότι έφτασε τα 4.16 ανά άτομο-έτη σε σύγκριση με 2.63 που παρουσιάστηκε στην ομάδα ελέγχου 190.299 ατόμων (123). Στη μελέτη κοόρτης που υλοποιήθηκε από τους Dreyer et al. (2010) σε συνολικά 1353 ασθενείς, 48 θάνατοι καταγράφηκαν κατά την περίοδο παρατήρησης 5295 ατόμων που κινδυνεύουν από θάνατο. Δεν παρατηρήθηκε αύξηση της συνολικής θνησιμότητας σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, αλλά υπήρξε αυξημένος κίνδυνος θανάτου λόγω αυτοκτονίας (124). Σε άλλη μελέτη κοόρτης που τέλεσαν οι Wolfe et al. (2011), παρατηρήθηκε υψηλότερος κίνδυνος θνησιμότητας για θανάτους λόγω αυτοκτονίας και θάνατοι από ατυχήματα σε ασθενείς με ινομυαλγία σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (125).

Επιπρόσθετα, η αρθρίτιδα ως χρόνια κατάσταση που σχετίζεται και αυτή με έντονο πόνο, μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Έτσι, σε μια σημαντική έρευνα από τους Tektonidou et al (2011) χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα ενηλίκων των ΗΠΑ με αρθρίτιδα για την αξιολόγηση του κινδύνου αυτοκτονίας με σημαντικό εργαλείο για τη διεξαγωγή της μελέτης την κλίμακα για την υγεία των ασθενών Patient Health Questionnaire PHQ-9. Η επικράτηση του αυτοκτονικού ιδεασμού σε ασθενείς με αρθρίτιδα ήταν 6.8% έναντι 2.4 % των ατόμων χωρίς αρθρίτιδα, αποτελέσματα που ήταν όμοια με τα ποσοστά επιπολασμού και σε άλλες χρόνιες ασθένειες όπως ο διαβήτης 6.8% και ο καρκίνος 5.1% (126). Παρά το γεγονός η παρουσία της χρόνιας νόσου αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την αυτοκτονική συμπεριφορά, δύο σημαντικές έρευνες που

τελέστηκαν στον Καναδά τόνισαν ότι η σχέση μεταξύ αρθρίτιδας και αυτοκτονικού ιδεασμού μπορεί να οφείλεται σε μεγάλο βαθμό σε κάποια ψυχική ασθένεια. Τα δεδομένα των ερευνών ανέφεραν ότι η συσχέτιση αρθρίτιδας και αυτοκτονικού ιδεασμού κατέστη άνευ σημασίας μετά τη συμπερίληψη των ψυχικών διαταραχών στην ανάλυση (97, 127).

Αρκετές είναι οι ρευματολογικές ασθένειες που εξετάζει η βιβλιογραφία αναφέροντας ότι όλες σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας και σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να αναφερθεί και η οστεοαρθρίτιδα και η ΡΑ (128, 129). Οι Timonen et al. (2003) εξέτασαν τις υποθέσεις αυτοκτονίας που καταχωρήθηκαν στη Βόρειο Φινλανδία από το 1998 έως το 2000 και βρέθηκε ότι 19 από τα 1585 θύματα αυτοκτονίας ήταν περιπτώσεις ΡΑ και 49 αυτοκτονίες ήταν περιπτώσεις οστεοαρθρίτιδας. Τα υπόλοιπα 1517 θύματα είχαν άλλες διαγνώσεις (128). Νεότερη μελέτη που αξιολόγησε 105 ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα, ανέφερε ότι η χρήση βιολογικών φαρμάκων συσχετίστηκε με υψηλότερες βαθμολογίες σοβαρότητας άγχους, κατάθλιψης και αυτοκτονικού ιδεασμού σε σύγκριση με τη μεθοτρεξάτη, την υδροξυχλωροκίνη ή τη λεφλουνομίδη. Για τη διεξαγωγή της έρευνας οι συμμετέχοντες αξιολογήθηκαν με την ψυχιατρική συνέντευξη MINI, την κλίμακα Beck Scale για την αξιολόγηση της αυτοκτονικότητας και την κλίμακα Hospital Anxiety & Depression Scale για εκτίμηση του άγχους και της κατάθλιψης (130). Τα παρόντα δεδομένα υπογράμμισαν ότι οι ψυχιατρικές πτυχές όπως η κατάθλιψη το άγχος και ακόμη και ο αυτοκτονικός ιδεασμός, μπορεί να διαφέρουν μεταξύ των ομάδων ασθενών με ΡΑ ανάλογα με το φάρμακο που χρησιμοποιείται, χρησιμεύοντας ως προειδοποίηση για τη σημασία του να ληφθούν υπόψη και αυτοί οι παράγοντες στις θεραπευτικές αποφάσεις.

Χρόνια Αποφρακτική πνευμονοπάθεια και αυτοκτονία

Σε αντίθεση με τις πολυάριθμες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί για τη συσχέτιση των ρευματικών παθήσεων με την αυτοκτονικότητα, λίγες μελέτες έχουν εξετάσει τη σχέση μεταξύ ΧΑΠ και αυτοκτονίας. Μερικοί ερευνητές έχουν προτείνει μια θετική συσχέτιση που μπορεί να εξηγηθεί ή να διαμεσολαβήσει από συνυπάρχουσα κατάθλιψη (89), αλλά υπάρχουν και ενδείξεις ότι η ΧΑΠ συσχετίζεται ανεξάρτητα από την κατάθλιψη με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας (89). Οι ασθενείς με ΧΑΠ είναι 2.5 φορές πιο πιθανό να παρουσιάσουν συμπτώματα κατάθλιψης σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς ΧΑΠ, καθώς έχει υποστηριχθεί ότι κατάθλιψη στη ΧΑΠ σχετίζεται με κακές εκβάσεις, συμπεριλαμβανομένης της χειρότερης ποιότητας ζωής, υψηλότερου φορτίου αναπνευστικών συμπτωμάτων, αυξημένων ρυθμών νοσηλείας, και αυξημένη θνησιμότητα (131-136). Μια πρόσφατη μετα- ανάλυση που χρησιμοποίησε 16 μελέτες έδειξε ότι η παρουσία της ΧΑΠ αύξησε τον κίνδυνο της κατάθλιψης. Η κατάθλιψη και το άγχος επηρεάζουν δυσμενώς την πρόγνωση στη ΧΑΠ και η ΧΑΠ αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης κατάθλιψης (137).

Υπό αυτό το πρίσμα, στην έρευνα του Godwin (2011) διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ ΧΑΠ και αυτοκτονικού ιδεασμού και αποπειρών αυτοκτονίας μεταξύ 9882 ενηλίκων στις ΗΠΑ. Τα δεδομένα της έρευνας συλλέχθηκαν από τα δύο μέρη της National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) μετά από συμπλήρωση των ενηλίκων συμμετεχόντων. Για την εκτίμηση των ψυχικών διαταραχών χρησιμοποιήθηκε η δομημένη διαγνωστική ψυχιατρική συνέντευξη World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI) Version 3.0. , ενώ για την εκτίμηση της παρουσίας αυτοκτονικού ιδεασμού αλλά και της ΧΑΠ οι ερευνητές χρησιμοποίησαν συγκεκριμένες ερωτήσεις (self-report). Διαπιστώθηκε ότι , η ΧΑΠ σχετίζεται με σημαντικά αυξημένες πιθανότητες αυτοκτονικού ιδεασμού και απόπειρας αυτοκτονίας, σε σύγκριση με το δείγμα χωρίς την ΧΑΠ. Αναλυτικότερα, 27% των ατόμων με ΧΑΠ εμφάνισαν αυτοκτονικό ιδεασμό κάποια στιγμή στη ζωή τους σε σύγκριση με το 20% των ατόμων χωρίς ΧΑΠ και 15% των ατόμων με ΧΑΠ έκαναν απόπειρα αυτοκτονίας σε σύγκριση με το 7% των ατόμων χωρίς ΧΑΠ. Η συσχέτιση βρέθηκε να μην οφείλεται σε συνδυασμό με την

κατάθλιψη, την διαταραχή πανικού, την εξάρτηση από τα ναρκωτικά και το αλκοόλ (138). Ωστόσο, στη παρούσα μελέτη η παρουσία της ΧΑΠ ήταν αυτό- αναφερόμενη, η διάγνωση και η σοβαρότητα δεν επιβεβαιωνόταν από σπιρομέτρηση (138).

Μεταγενέστερη συγχρονική μελέτη εξέτασε τον επιπολασμό και τη συσχέτιση του αυτοκτονικού ιδεασμού σε 202 ασθενείς με σταθερή μέτρια έως πολύ σοβαρή παρουσία που είχαν συμμετάσχει σε μια προοπτική μελέτη πολλαπλών παρατηρήσεων. Για την αξιολόγηση του αυτοκτονικού ιδεασμού και της κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο υγείας ασθενών PHQ-9 , ενώ για την σοβαρότητα της ΧΑΠ χρησιμοποιήθηκε σπιρομέτρηση, χρήση- ανάγκη συμπληρωματικού οξυγόνου, ο αριθμός νοσηλειών στο νοσοκομείο, η κλίμακα Charlson comorbidity , η κλίμακα Medical Outcomes Study- Short Form και το ερωτηματολόγιο Chronic Respiratory Questionnaire. Επιπλέον, στην παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε και ποιοτική μελέτη με τη χρήση της δομημένης συνέντευξης και της ανάλυσης περιεχομένου (content analysis). Τα ευρήματα τόσο της ποιοτικής όσο και της ποσοτικής ανάλυσης τόνισαν ότι ο αυτοκτονικός ιδεασμός είναι συχνός στη ΧΑΠ, μπορεί να εμφανιστεί δυσανάλογα στις γυναίκες, να επιμένει παρά τη θεραπεία ψυχικής υγείας και να έχει περίπλοκες σχέσεις τόσο με την υγεία όσο και με τα γεγονότα της ζωής. Ενδιαφέρον αποτέλεσμα αποτελεί ότι ο αυτοκτονικός ιδεασμός συνδέεται με πιο συχνές νοσηλείες των ασθενών με ΧΑΠ, πιο σοβαρή δύσπνοια, και λιγότερη αυτό- φροντίδα παρά την ίδια σοβαρότητα της νόσου όπως μετράται με τη λειτουργία των πνευμόνων και το συμπληρωματικό οξυγόνο (139). Μια σταδιακή αύξηση του κινδύνου αυτοκτονίας που σχετίζεται με τη σοβαρότητα της σωματικής ασθένειας, μετρούμενη με συχνές νοσηλείες, έχει επίσης παρατηρηθεί και σε άλλες μελέτες (140-142).

Την ίδια χρονιά όμοια αποτελέσματα παρουσίασε και μια μεγάλη πληθυσμιακή εφαρμοσμένη μελέτη περιπτώσεων με δείγμα 19869 καταγραφές ατόμων ηλικίας μεταξύ 40-95 που αυτοκτόνησαν στην Δανία και 321867 άτομα ως ομάδα ελέγχου. Για τη διεξαγωγή της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα από τα εθνικά μητρώα της Δανίας και όμοια με τους Fleeheart et al. (2014) τόνισαν ότι ο αυξημένος κίνδυνος αυτοκτονίας συνδέεται με πολλαπλές νοσηλείες εξαιτίας της ΧΑΠ. Αναλυτικότερα, η ΧΑΠ συσχετίστηκε με σημαντικά αυξημένο κίνδυνο για

αυτοκτονία ο οποίος διέφερε σημαντικά ανά φύλο, ηλικία και ψυχιατρική κατάσταση. Ο σχετικός κίνδυνος ήταν πιο έντονος στις γυναίκες, σε άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών και σε άτομα χωρίς ιστορικό ψυχιατρικής ασθένειας. Άξιο αναφοράς είναι το γεγονός ότι τα άτομα με ΧΑΠ χωρίς ιστορικό ψυχιατρικής ασθένειας παρουσίαζαν αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας σε σύγκριση με άτομα με ιστορικό ψυχιατρικής ασθένειας ενώ συνέβαινε το αντίθετο με το δείγμα των ατόμων που είχαν ήδη πεθάνει από αυτοκτονία (ιστορικό ψυχιατρικής ασθένειας παρατηρήθηκε συχνότερα σε ασθενείς που πέθαναν από αυτοκτονία (143)).

Διαβήτης και αυτοκτονία

Ο διαβήτης θεωρείται μία από τις μεγαλύτερες παγκόσμιες επιδημίες και αποτελεί έκτακτη ανάγκη για τη δημόσια υγεία σε πολλές χώρες (144). Η χρόνια και μεγάλη επιβάρυνση που επιφέρει στα διαβητικά άτομα εξαιτίας της αυτοδιαχείρισης της νόσου τους είναι υπαίτια για αρκετές ψυχολογικές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν. Η ανάγκη για συνεχή παρακολούθηση του γλυκαιμικού ελέγχου, οι ανησυχίες για επιπλοκές και αναπηρίες, η παρεμπόδιση των συμπτωμάτων με τις καθημερινές δραστηριότητες και οι ψυχοκοινωνικές δυσκολίες σε προσωπικό και διαπροσωπικό επίπεδο, μπορεί τελικά να οδηγήσουν και να διασυνδεθούν με κατάθλιψη και σε ορισμένες περιπτώσεις αυτοκτονία (145). Σημαντικά στοιχεία τονίζουν ότι η συννοσηρότητα της κατάθλιψης και του διαβήτη είναι σχετικά συχνή (146-148), με μια προγενέστερη μετα- ανάλυση να υπολογίζει ότι ο επιπολασμός της κατάθλιψης είναι διπλάσιος μεταξύ των διαβητικών σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (146).

Τα συμπτώματα κατάθλιψης μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο εμφάνισης αυτοκτονικότητας στους διαβητικούς ασθενείς, οι οποίες μπορεί να περιλαμβάνουν: αυτοκτονικό ιδεασμό, απόπειρα αυτοκτονίας και ολοκληρωμένη αυτοκτονία (149). Οι ψυχιατρικές διαταραχές και η κακή έκβαση του διαβήτη παρατηρήθηκαν παρουσία εσκεμμένου αυτοτραυματισμού, συμπεριλαμβανομένης της κατάχρησης και υπερδοσολογίας της ινσουλίνης (150). Η αυτοκτονική πρόθεση μεταξύ των ασθενών με διαβήτη έχει συχνά υποψιαστεί ότι συμβάλλει στην κακή χρήση των φαρμάκων, συμπεριλαμβανομένης της σκόπιμης υπερδοσολογίας της ινσουλίνης (151). Πολλές μελέτες εξέτασαν μια πιθανή σχέση μεταξύ διαβήτη και συμπεριφοράς αυτοκτονίας, αλλά λίγοι βρήκαν στοιχεία για μια τέτοια σύνδεση και μελετώντας τη βιβλιογραφία φαίνεται πως τα αποτελέσματα σχετικά με την συσχέτιση αυτή είναι αρκετά ασαφής και αμφιλεγόμενα (152-154). Μέχρι σήμερα, δεν είναι ακόμη σαφές εάν ο διαβήτης μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας.

Υπό αυτό το πρίσμα, μια σημαίνουσα έρευνα αξιολόγησε την αντιληπτή ποιότητα ζωής και τη σχέση της με τον κίνδυνο αυτοκτονίας σε 100 ιταλούς ασθενείς με ΣΔ τύπου 1 & 2. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν την κλίμακα Beck

Hopelessness Scale , την Suicide Score Scale για την εκτίμηση του κινδύνου αυτοκτονίας, το Ερωτηματολόγιο SF-36 Health Survey για την εκτίμηση της γενικότερης κατάστασης της υγείας και την κλίμακα General Self- Efficacy Scale. Σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου οι ασθενείς με διαβήτη είχαν υψηλότερες βαθμολογίες στις υπο- κλίμακες σχετικές με την απώλεια κινήτρων και μελλοντικών προσδοκιών καθώς και αυξημένη αυτοκτονικότητα . Μάλιστα, οι γυναίκες με διαβήτη παρουσίασαν μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονίας από τους άντρες, όπως και η μεγαλύτερη ηλικία σε σχέση με τους νεότερους ασθενείς. Η μελέτη συμπέρανε ότι η κακή ποιότητα ζωής σχετίζεται με χαμηλή αυτό- εκτίμηση, υψηλή απελπισία και αυτοκτονία (155). Με άλλα λόγια, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι ο ΣΔ συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας, ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα της καταθλιπτικής κατάστασης.

Επιπρόσθετα, το 2012 διεξήχθη μια σημαντική μελέτη με σκοπό να εξετάσει τη σχέση μεταξύ διαταραχών της διάθεσης, αυτοκτονικού ιδεασμού και ποιότητας ζωής σε 996 ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 και σε 2145 άτομα ομάδα ελέγχου. Υψηλότερη παρουσία καταθλιπτικών επεισοδίων, δυσθυμία, διαταραχή διάθεσης με ψυχωτικά συμπτώματα και αυτοκτονικός ιδεασμός σε ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 τόνισαν τα αποτελέσματα της έρευνας. Καθώς η βιβλιογραφία είναι αρκετά διφορούμενη είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας παρουσιάζουν σημαντική αύξηση στον αυτοκτονικό ιδεασμό των ατόμων με διαβήτη τύπου 2 και σύνδεση της αυτοκτονικότητας με αυξημένη γλυκόζη. Επιπρόσθετα, η παρούσα μελέτη έδειξε ότι οι ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 αντιλαμβάνονται μια κακή ποιότητα ζωής που προκαλείται από τους φυσικούς περιορισμούς, την ψυχολογική κατάσταση και το περιβάλλον (156).

Μεταγενέστερα, εξετάστηκε ο επιπολασμός και η συσχέτιση του αυτοκτονικού ιδεασμού με το ΣΔ σε 1376 άτομα με διαβήτη τύπου 1 και 1962 άτομα με διαβήτη τύπου 2. Για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν οι κλίμακες PHQ-9 για την αξιολόγηση της αυτοκτονικότητας και της κατάθλιψης, η κλίμακα 20- item Problem Areas in Diabetes (PAID), καθώς και το ερωτηματολόγιο για την μέτρηση των οικονομικών δυσκολιών Economic Hardship Questionnaire. Συνολικά, τα παρόντα δεδομένα παρουσίασαν σημαντική συσχέτιση της

αυτοκτονικής συμπεριφοράς με την παρουσία διαβήτη, και παρατήρησαν ότι 14.3% των ατόμων με διαβήτη είχαν αυτοκτονικό ιδεασμό τις τελευταίες 2 βδομάδες (157).

Ωστόσο, επιπλέον σημαντικά ευρήματα παρουσιάστηκαν στην παρούσα έρευνα · η κοινωνική υποστήριξη αποτέλεσε έναν σημαντικό παράγοντα ενάντια στον αυτοκτονικό ιδεασμό για όλους τους τύπους διαβήτη. Περισσότερο συγκεκριμένα, για τους ελεύθερους συμμετέχοντες με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 ή τύπου 2 που χρησιμοποιούν ινσουλίνη, διπλασιάστηκαν περίπου οι πιθανότητες αναφοράς του αυτοκτονικού ιδεασμού, ενώ για τους ερωτώμενους με διαβήτη τύπου 2 που δεν έλαβαν ινσουλίνη, η βελτιωμένη κοινωνική υποστήριξη συσχετίστηκε με χαμηλότερες πιθανότητες εμφάνισης αυτοκτονικού ιδεασμού. Τα άτομα με βελτιωμένη κοινωνική υποστήριξη αναφέρουν χαμηλότερα επίπεδα αυτοκτονικού ιδεασμού υποδεικνύοντας ότι αποτελεί προστατευτικό παράγοντα στις περιπτώσεις των ατόμων με διαβήτη. Έτσι, Οι στρατηγικές για τη βελτίωση της κοινωνικής ένταξης και της υποστήριξης των ατόμων με διαβήτη πρέπει να συμπεριληφθούν στη φροντίδα του διαβήτη (157).

Νεότερη έρευνα που εξέτασε την παρουσία αυτοκτονικής συμπεριφοράς σε 185 ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 επαλήθευσε την τρέχουσα βιβλιογραφία σχετικά με την άποψη ότι ο διαβήτης αυξάνει το ρίσκο θανάτου από αυτοκτονία, παρατηρώντας ότι 11.6% των ασθενών με διαβήτη τύπου 2 παρουσίασαν αυτοκτονική συμπεριφορά σε αντίθεση με 5.2% του γενικού πληθυσμού. Το δείγμα της έρευνας προσλήφθηκε από μια κλινική του Μεξικού και τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν η κλίμακα Suicide Intent Scale για την εκτίμηση της αυτοκτονικότητας, η κλίμακα Hamilton Depression Rating Scale για την εκτίμηση της κατάθλιψης και η Problem Areas in Diabetes (PAID-5 item) για την εκτίμηση της συναισθηματικής δυσφορίας. Παρά το γεγονός ότι το δείγμα της παρούσας έρευνας είναι μικρό και δεν μπορεί να γενικευθεί στον ευρύτερο πληθυσμό καθώς αποτελείται από μια περιοχή του Μεξικό, κάποια από τα αποτελέσματα είχαν σημαντικό ενδιαφέρον (158). Όμοια με προηγούμενη έρευνα τα άτομα με διαβήτη τύπου 2 που είχαν ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα γλυκόζης παρά το γεγονός ότι δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά

(156). Προηγούμενη έρευνα σε δείγμα 34065 ατόμων ανέφερε διαφορές στην ψυχική υγεία ανάλογα με την κατάσταση ανοχής της γλυκόζης και τόνισε ότι η καταθλιπτική διάθεση για 2 ή περισσότερες συνεχείς βδομάδες, οι αυτοκτονικές σκέψεις και απόπειρες σχετίζονται με υψηλά επίπεδα γλυκόζης στο αίμα (159).

Σε αντίθεση με τα αναφερθέντα ευρήματα, σημαντικός αριθμός μελετών παρουσίασε διαφορετικά αποτελέσματα. Συγκεκριμένα οι Miller et al. (2008) μελετώντας ένα δείγμα 1408 ατόμων με χρόνια νοσήματα και 1280 άτομα ομάδας ελέγχου προσπάθησαν να εξετάσουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας σε διαφορετικές ασθένειες. Τα ευρήματα έδειξαν ότι τα άτομα με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, στηθάγχη, διαβήτη ή οστεοαρθρίτιδα δεν ήταν πιο πιθανό να πεθάνουν εξαιτίας της αυτοκτονίας σε σχέση με τα άτομα χωρίς αυτές τις χρόνιες σωματικές καταστάσεις. Παρόμοια αποτελέσματα παρουσιάστηκαν και από τους Goldston et al.(1994), οι οποίοι ανέφεραν αυξημένο αυτοκτονικό ιδεασμό σε εφήβους με ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη που συσχετίστηκε έντονα με σοβαρή μη συμμόρφωση με την ιατρική τους αγωγή. Ωστόσο, η συχνότητα των προσπαθειών αυτοκτονίας σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό δεν ήταν υψηλότερη (150). Οι Quan et al (2002) διαπίστωσαν ότι ο ΣΔ δεν συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας σε ηλικιωμένα άτομα. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στην αναλογία εγκεφαλο- αγγειακής νόσου και ΣΔ μεταξύ των ασθενών και των ομάδων ελέγχου στον κίνδυνο εμφάνισης αυτοκτονίας (160). Μεταγενέστερα, οι Igwe et al. (2013) εξετάζοντας την παρουσία κινδύνου αυτοκτονίας σε ασθενείς με υπέρταση και ΣΔ χρησιμοποιώντας την ψυχιατρική συνέντευξη MINI εντόπισαν μεγαλύτερα ποσοστά κινδύνου αυτοκτονίας σε ασθενείς με υπέρταση (7.8%) παρά σε αυτούς με ΣΔ (6.3%) (161).

Παρά τις αντίθετες μελέτες, αρκετές αναφορές υποστηρίζουν ότι ο διαβήτης καθ' αυτός δεν φαίνεται να σχετίζεται με αυτοκτονικό ιδεασμό και αυτοκτονία (162). Ωστόσο, ο αυτοκτονικός ιδεασμός είναι πιο εμφανής μεταξύ των ασθενών με ΣΔ σε σύγκριση με εκείνους χωρίς και αυτός ο επιπολασμός συσχετίζεται με τα καταθλιπτικά συμπτώματα και τη σοβαρότητα της νόσου, όπως η διάρκεια του ΣΔ, ο κακός γλυκαιμικός έλεγχος, και η χρήση της θεραπείας με ινσουλίνη (163). Έτσι σημαντική είναι η παρουσία μελετών για τον προσδιορισμό του τρόπου με τον

οποίο ο αυτοκτονικός ιδεασμός σχετίζεται με τον διαβήτη, ελλείπει της κατάθλιψης (162).

Παρά το σημαντικό αριθμό ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί για την αποσαφήνιση του υπάρχοντος χάσματος, μόνο τρεις μετα- αναλύσεις βρέθηκαν κατά την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που παρουσιάζουν διαφορετικά αποτελέσματα μεταξύ τους. Αρχικά, οι Wang et al. (2016) στην μετα- ανάλυση τους (6 μελέτες παρατηρήσεις) με 3 εκατομμύρια συμμετέχοντες βρήκαν ότι ο διαβήτης δεν σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας (164). Σε αντίθεση βρίσκονται τα αποτελέσματα από τη νεότερη μετα- ανάλυση που διεξήχθη από τους Elamoshy et al. (2018) και χρησιμοποίησε 17 προγενέστερες μελέτες τονίζοντας μια θετική σχέση μεταξύ διαβήτη και αυτοκτονικού ιδεασμού και απόπειρας αυτοκτονιών αλλά όχι ολοκληρωμένης αυτοκτονίας. Η μετά- ανάλυση βρήκε ότι η συχνότητα εμφάνισης αυτοκτονικού ιδεασμού σε ασθενείς με διαβήτη ήταν αρκετά υψηλή, σε αναφερόμενο ποσοστό 16,2%, ενώ το ποσοστό απόπειρας αυτοκτονίας ήταν στο 2,7%. Οι ασθενείς με διαβήτη ήταν 2 φορές περισσότερο πιθανό να παρουσιάσουν αυτοκτονικό ιδεασμό καθώς και σε μεγαλύτερο κίνδυνο απόπειρας αυτοκτονίας σε σύγκριση με το δείγμα ελέγχου. Ωστόσο, παρά τον αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονικού ιδεασμού και αποπειρών, οι ασθενείς με διαβήτη δεν παρουσίασαν κίνδυνο θανάτου από αυτοκτονία. Αυτό θα μπορούσε να αποδοθεί σε διάφορους λόγους που σχετίζονται με την αυτοκτονία, μεταξύ των οποίων: (1) στιγματισμός, (2) εσφαλμένη ταξινόμηση. (3) περιορισμένες λεπτομέρειες και αριθμός μελετών. και (4) έλλειψη έρευνας σχετικά με τους ξεχωριστούς παράγοντες πρόβλεψης για θάνατο αυτοκτονίας (165).

Όμοια, η μετά –ανάλυση των Wang et al. (2017) υποδηλώνει ότι ο διαβήτης μπορεί να αυξήσει σημαντικά τον κίνδυνο αυτοκτονίας έχοντας μια εμφανή συμβολή στη θνησιμότητα ιδιαίτερα των ασθενών με διαβήτη τύπου 1 (166). Η πιο εντυπωσιακή παρατήρηση που προέκυψε από τη σύγκριση μεταξύ της παρούσας μετά- ανάλυσης και αυτής των Elamoshy et al. (2018) είναι ότι οι Wang et al (2017) συμπεριέλαβαν 45 μελέτες σχετικά με το ποσοστό των θανάτων που οφείλονται σε αυτοκτονία ασθενών με διαβήτη και όχι απλά μελέτες που εξετάζουν τον αυτοκτονικό ιδεασμό. Ο συγκεντρωμένος αριθμός εμφάνισης αυτοκτονίας σε

ασθενείς με διαβήτη ήταν 2,35 ανά 10 000 άτομα-έτη, ενώ οι αναλογίες θανάτων που αποδίδονται στην αυτοκτονία σε ασθενείς με ΣΔ τύπου 1 και τύπου 2 ήταν 7,7% και 1,3% αντιστοίχως. Η μη σημαντική συσχέτιση μεταξύ του ΣΔ τύπου 2 και του κινδύνου αυτοκτονίας μπορεί να οφείλεται στον μικρό αριθμό διαθέσιμων μελετών και να απαιτούνται περισσότερες επιδημιολογικές μελέτες για την περαιτέρω αξιολόγηση αυτής της σύνδεσης (166).

Πρόσφατη σημαντική μελέτη ελέγχου που διεξήχθη από τους Ahmedani et al. (2017) προσπάθησε να εξετάσει τον κίνδυνο αυτοκτονικότητας σε ασθενείς με ένα φάσμα σωματικών ασθενειών χρησιμοποιώντας δείγμα από 2.674 άτομα που πέθαναν από αυτοκτονία μεταξύ 2000 και 2013 και 267.400 άτομα ομάδας ελέγχου. Οι ερευνητές χρησιμοποιώντας ηλεκτρονικά αρχεία των συστημάτων υγείας παρατήρησαν 19 σωματικές ασθένειες από τις οποίες οι 17 σχετιζονταν με αυξημένο αυτοκτονικό κίνδυνο (συμπεριλαμβανομένης της ΧΑΠ και του ΣΔ) , ενώ τρεις παθήσεις (τραυματική εγκεφαλική βλάβη, διαταραχή ύπνου και HIV/AIDS είχαν διπλάσιο αυτοκτονικό κίνδυνο. Μάλιστα, στις περιπτώσεις των ατόμων που είχαν αυτοκτονήσει η συννοσηρότητα έφτανε το 38% σε αντίθεση με το 15.5% της ομάδας ελέγχου, και αντιπροσώπευε σχεδόν το διπλάσιο κίνδυνο αυτοκτονίας. Παρά το γεγονός ότι οι ερευνητές δεν έχουν στοιχεία για την σοβαρότητα της ασθένειας, τα ευρήματα αυτά καταδεικνύουν την επίδραση του βάρους της ασθένειας στον κίνδυνο αυτοκτονίας η οποία παρουσιάζεται και σε ευρήματα παρόμοιων προηγούμενων μελετών (167).

Θεωρητικά μοντέλα αυτοκτονίας – Θεωρίες κατανόησης

Παρόλο που πολλές έρευνες σχετικά με την αυτοκτονική συμπεριφορά διεξήχθησαν σε αθεωρητικό πλαίσιο, έχουν προταθεί θεωρίες αυτοκτονίας που εκτείνονται σε ποικίλες οπτικές - συμπεριλαμβανομένων των βιολογικών, ψυχοδυναμικών, γνωστικών-συμπεριφορικών και αναπτυξιακών / συστημάτων αιτιολογιών.

Ψυχολογικές θεωρίες αυτοκτονικής συμπεριφοράς

Ψυχοδυναμική

Οι ψυχοδυναμικές απόψεις σχετικά με την αυτοκτονία δέχονται ότι μπορεί να συνδέονται με μια καταθλιπτική κατάσταση που συνεπάγεται αισθήματα θλίψης και έχουν επίσης εξετάσει τις ναρκισσιστικές πτυχές της αυτοκτονικής πράξης (168).

Ωστόσο, η περισσότερο κυρίαρχη άποψη που κατέχουν οι ψυχοδυναμικοί θεραπευτές είναι ότι η αυτοκτονία είναι μια επιθετική πράξη. Η πρώτη σημαντική αναφορά για την ερμηνεία της αυτοκτονικής πράξης παρουσιάστηκε από τον Sigmund Freud υποστηρίζοντας ότι η αυτοκτονία αναπαριστά εσωτερική επιθετικότητα ενάντια σε ένα αντικείμενο που έχει ενδοβάλλει το άτομο. Αυτή η αναστρέψιμη πράξη είτε στρέφεται εσωτερικά είτε χρησιμοποιείται ως δικαιολογία για τιμωρία, η ως αυτό-κατευθυνόμενοι ένστικτα θανάτου, στα οποία ο Freud αναφέρεται ως “Θάνατος” (169, 170). Ως εκ τούτου, η ψυχοδυναμική άποψη θέτει ότι κάθε προσπάθεια κατανόησης της αυτοκτονίας πρέπει επίσης να εντοπίσει τον τόπο επιθετικότητας εντός της ανθρώπινης ψυχής. Ο Freud αναγνώρισε ένα παράδοξο στην αυτοκτονία τονίζοντας ότι “η αγάπη του εαυτού είναι τόσο τεράστια που η συμφωνία του εγώ με την αυτοκαταστροφή του είναι ασύλληπτη (169).

Ο Freud προσδιόρισε τρία στοιχεία της αυτοκτονικής εχθρότητας : την επιθυμία να σκοτώσει, την επιθυμία να σκοτωθεί και την επιθυμία να πεθάνει. Ακόμη, περιέγραψε την αυτοκτονία ως επίθεση που στρέφεται εσωτερικά ενάντια σε ένα αμφιλεγόμενο ενδοβαλλόμενο αγαπημένο αντικείμενο και αμφέβαλλε ότι θα μπορούσε να υπάρχει αυτοκτονία χωρίς προηγούμενη καταπιεσμένη επιθυμία να σκοτωθεί κάποιος άλλος (169). Μεταγενέστερα, ο Menninger βασιζόμενος στη

θεωρία του Freud υποστήριξε ότι η αυτοκτονία αποτελεί ανεστραμμένη ανθρωποκτονία εξαιτίας του θυμού του ασθενούς προς ένα άλλο άτομο (29, 171).

Μοντέλο άγχους- προδιάθεσης (Stress diathesis model)

Το συγκεκριμένο μοντέλο της αυτοκτονικής συμπεριφοράς κατηγοριοποιεί τους παράγοντες κινδύνου και την αλληλεπίδρασή τους σε εγγύς και περιφερικούς στην γένεση της αυτοκτονίας, καθώς όλα τα άτομα που εκτίθενται στο στρες "stress" δεν αναπτύσσουν αυτοκτονικό ιδεασμό (172). Συγκεκριμένα το μοντέλο αυτό προτείνει την ύπαρξη μιας βιολογικής ευαλωτότητας, που ονομάζεται προδιάθεση, μεταξύ των ατόμων που προδιαθέτουν το άτομο να αναπτύξει αυτοκτονία όταν αντιμετωπίζει άγχος (173). Η διάθεση εννοιολογικά είναι ένας παράγοντας προδιάθεσης ή ένα σύνολο παραγόντων που καθιστά δυνατή την εμφάνιση μιας προβληματικής κατάστασης. Ο συγκεκριμένος όρος έχει χρησιμοποιηθεί σε ένα ψυχιατρικό πλαίσιο από το 1800 καθώς οι θεωρίες της σχιζοφρένειας εμφάνισης τις έννοιες της διάθεσης και του στρες μαζί και η συγκεκριμένη ορολογία του μοντέλου άγχους- προδιάθεσης αναπτύχθηκε από τους Meehl, Bleuler, & Rosental την δεκαετία του 1960.

Επί του παρόντος, το μοντέλο άγχους- προδιάθεσης θεωρείται ως το χρυσό πρότυπο για την κατανόηση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Σε αυτό το μοντέλο, οι κεντρικοί παράγοντες διάθεσης είναι η παρορμητικότητα, η επιθετικότητα και η απελπισία (174). Γενικότερα, τα βιολογικά χαρακτηριστικά που παράγονται από γενετικές προδιαθέσεις θεωρούνται ως προδιάθεση. Παρόλο αυτά, πρόσφατα ο όρος "προδιάθεση" έχει διευρυνθεί ώστε να συμπεριλάβει και τις γνωστικές και κοινωνικές προδιαθέσεις που μπορεί να κάνουν ένα άτομο ευάλωτο σε μια διαταραχή όπως η κατάθλιψη (173, 175).

- Στοιχείο στρες

Οι ψυχοκοινωνικές κρίσεις και οι ψυχιατρικές διαταραχές μπορεί να αντιπροσωπεύουν την συνιστώσα του μοντέλου άγχους- προδιάθεσης της αυτοκτονικής συμπεριφοράς (174). Όπως αναφέρθηκε στους παράγοντες κινδύνου η φτώχεια, η ανεργία, και η κοινωνική απομόνωση είναι γνωστό ότι εμπλέκονται στην αυτοκτονία. Οι ψυχιατρικές διαταραχές μπορούν να οδηγήσουν σε απώλεια

θέσεων εργασίας, στη διάλυση γάμων ή σχέσεων ή στην αποτυχία να διατηρηθούν τέτοιες σχέσεις (8). Επιπλέον, οι ψυχιατρικές ασθένειες και οι ψυχοκοινωνικές αντιξοότητες συνυπάρχουν αρκετές φορές έτσι ώστε να οδηγήσουν σε αύξηση του στρες σε ένα πρόσωπο. Πολλές μελέτες έχουν επικεντρωθεί στα κρατικά εξαρτώμενα χαρακτηριστικά των ψυχιατρικών διαταραχών, όπως η σοβαρότητα της νόσου η κατάθλιψη, τα επίπεδα της απελπισίας ψυχικού πόνου και τα γνωστικά χαρακτηριστικά (8, 176). Η θεωρία του Beck φαίνεται να προσφέρει ένα πλαίσιο για την εννοιολογική αυτοκτονική συμπεριφορά καθώς οι τρόποι ορίζονται ως διασυνδεδεμένα δίκτυα ή γνωστικά, συναισθηματικά κινητήρια, φυσιολογικά και συμπεριφορικά σχήματα που ενεργοποιούνται ταυτόχρονα από σχετικά περιβαλλοντικά συμβάντα και οδηγούνται σε συμπεριφορά που καθοδηγείται από στόχους. Ο ψυχικός πόνος (ή "ψυχική διαταραχή") εμφανίζεται έτσι ως συναισθηματικό και κινητήριο χαρακτηριστικό ιδιαίτερης σημασίας (177).

- Στοιχείο προδιάθεσης

Τα γενετικά αποτελέσματα, η παιδική κακοποίηση και οι επιγενετικοί μηχανισμοί μπορεί να εμπλέκονται στην αιτιολογία της προδιάθεσης στην αυτοκτονική συμπεριφορά (178). Πολλές μελέτες έχουν σίγουρα δείξει ότι οι αναφερόμενες αντιξοότητες της παιδικής ηλικίας, όπως η στέρηση και η σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση, αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη κατάθλιψης και αυτοκτονίας στο μεταγενέστερο στάδιο της ζωής. Παρόλο αυτά, δεν θα αναπτύξουν όλα τα άτομα ψυχοπαθολογία μετά την έκθεση σε αντιξοότητες της παιδικής ηλικίας, υποδεικνύοντας την ύπαρξη προδιάθεσης σε ορισμένα αλλά όχι σε όλα τα άτομα. Οι νευροανατομικές, φυσιολογικές και γονιδιακές αλλοιώσεις συμβάλλουν επίσης στις μακροχρόνιες επιζήμιες επιδράσεις. Οι διαθέσιμες πληροφορίες υποδηλώνουν ότι η "προδιάθεση" της αυτοκτονικής συμπεριφοράς είναι συνεχής (179).

Γίνεται πιο έντονη κατά τη διάρκεια της διαδικασίας αυτοκτονίας που συνήθως προηγείται της ολοκληρωμένης αυτοκτονίας (180). Αυτοκτονία που πολλές φορές προηγήθηκε από μη θανατηφόρες προσπάθειες αυτοκτονίας, οι οποίες συνήθως επαναλαμβάνονται με αυξανόμενο βαθμό ιατρικής σοβαρότητας, αυτοκτονικής

πρόθεσης ή θνησιμότητας της χρησιμοποιούμενης μεθόδου. Τα ευρήματα από κλινικές μελέτες δείχνουν ότι κάθε φορά που ενεργοποιείται ένας τέτοιος τρόπος αυτοκτονίας, γίνεται όλο και πιο προσιτός στη μνήμη και απαιτεί λιγότερα ερεθίσματα ενεργοποίησης για να ενεργοποιηθεί την επόμενη φορά. Αυτό το φαινόμενο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να εξηγήσει ευρήματα από επιδημιολογικές μελέτες σε απόπειρες αυτοκτονίας που δείχνουν ότι κάθε επιτυχής απόπειρα αυτοκτονίας συνδέεται με μεγαλύτερη πιθανότητα μιας επακόλουθης προσπάθειας αυτοκτονίας (180, 181).

- Γνωστικό μοντέλο άγχους- διάθεσης

Σύμφωνα με τους Williams & Pollock (2011), η προδιάθεση για αυτοκτονική συμπεριφορά έχει περιγραφεί από γνωστικούς ψυχολογικούς όρους, όπου η αυτοκτονική συμπεριφορά αντιπροσωπεύει την αντίδραση σε περιστάσεις που έχουν τρία συστατικά

1. *Ευαισθησία στα σημάδια της ήττας* : Μια ακούσια υπερευαίσθησία στην κατάσταση που σηματοδοτεί την κατάσταση «ηττημένος» αυξάνει τον κίνδυνο να ενεργοποιηθεί η απόκριση της ήττας.
2. *Αντιληπτή «καμία διαφυγή»*: Οι περιορισμένες ικανότητες επίλυσης προβλημάτων μπορεί να δείχνουν προς το άτομο ότι δεν υπάρχει διαφυγή από προβλήματα ή συμβάντα ζωής.
3. *Αντιληπτή «χωρίς διάσωση»*: Η εμπειρία της αυτοκτονικής συμπεριφοράς συνδέεται με μια περιορισμένη ευχέρεια να έρθει με θετικά γεγονότα που μπορεί να συμβούν στο μέλλον. Αυτή η περιορισμένη ευχέρεια αντανακλάται όχι μόνο από την αντίληψη ότι δεν υπάρχει διαφυγή, αλλά και από την κρίση ότι δεν είναι δυνατή η διάσωση στο μέλλον. Επομένως, είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι η ευελιξία δημιουργίας θετικών μελλοντικών γεγονότων συσχετίζεται αντίστροφα με επίπεδα απελπισίας, βασικό κλινικό πρόδρομο συμπεριφοράς αυτοκτονίας (180).

- Κλινικό στρες- Μοντέλο προδιάθεσης της αυτοκτονικής συμπεριφοράς

Οι Mann et al (1999) πρότειναν ένα μοντέλο άγχους- προδιάθεσης με βάση τα ευρήματα από μία κλινική μελέτη ενός μεγάλου δείγματος ασθενών που είχαν εισαχθεί σε πανεπιστημιακό ψυχιατρικό νοσοκομείο. Σε σύγκριση με ασθενείς χωρίς ιστορικό προσπαθειών αυτοκτονίας, οι ασθενείς που είχαν προσπαθήσει να αυτοκτονήσουν παρουσίασαν υψηλότερες βαθμολογίες στην κατάθλιψη και αυτοκτονικό ιδεασμό και ανέφεραν λιγότερους λόγους για να συνεχίσουν να ζουν. Επιπλέον, οι απόπειρες αυτοκτονίας έδειξαν υψηλότερα ποσοστά επιθετικότητας και παρορμητικότητας κατά τη διάρκεια της ζωής, συνυπάρχουσα οριακή διαταραχή προσωπικότητας, διαταραχή χρήσης ουσιών ή αλκοολισμό, οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονικών πράξεων, τραυματισμό στο κεφάλι, κάπνισμα και ιστορικό κατάχρησης παιδικής ηλικίας.

Έτσι, ο κίνδυνος για αυτοκτονικές πράξεις καθορίζεται όχι μόνο από μια ψυχιατρική ασθένεια (ο στρεσογόνος παράγοντας) αλλά και από μια προδιάθεση που αντανακλάται από τις τάσεις να βιώνουν περισσότερους αυτοκτονικούς ιδεασμούς και να είναι πιο παρορμητικοί και επομένως πιο πιθανό να δράσουν σε αυτοκτονικά συναισθήματα. Περιγράφει μια προδιάθεση για αυτοκτονικές πράξεις που φαίνεται να αποτελεί μέρος μιας πιο θεμελιώδους προδιάθεσης τόσο για την εξωτερική όσο και για την αυτοκατευθυνόμενη επιθετικότητα (174).

Διαπροσωπική θεωρία της αυτοκτονίας

Η θεωρία (ΔΘΑ) εδραιώνει ένα ευρύ φάσμα παραγόντων κινδύνου αυτοκτονίας και παρέχει ελέγξιμες προβλέψεις για το ποιος θα αναπτύξει την επιθυμία για αυτοκτονία (δηλ. αυτοκτονικό ιδεασμό) και από αυτούς ποιος θα προχωρήσει σε απόπειρα αυτοκτονίας (182, 183). Η διαπροσωπική θεωρία της αυτοκτονίας (ΔΘΑ) υποδηλώνει ότι τα άτομα θα εμπλακούν σε σοβαρές συμπεριφορές αυτοκτονίας εάν έχουν τόσο την επιθυμία να πεθάνουν όσο και την ικανότητα να ενεργήσουν πάνω σε αυτή την επιθυμία. Η επιθυμία να πεθάνουν καταλήγει από δύο διακριτές διαπροσωπικές ψυχολογικές καταστάσεις, δηλαδή την αντιληπτή βαρύτητα ή την αίσθηση ότι είναι επιβάρυνση για τους άλλους και την ματαίωση της ανυπαρξίας ή το αίσθημα της αποξένωσης. Αυτά τα συναισθήματα οδηγούν στην πεποίθηση ότι ο θάνατος ενός ατόμου είναι

σημαντικός σε άλλους και αξίζει τον κόπο για την πράξη αυτή. Όταν οι δύο καταστάσεις συγκλίνουν, ο αυτοκτονικός ιδεασμός ενισχύεται. Ωστόσο, αυτό δεν αρκεί για τη θανατηφόρα αυτοκτονία, καθώς η επιθυμία του ατόμου να πεθάνει μπορεί να ξεπεραστεί από ένα αρκετά ισχυρό ένστικτο αυτοσυντήρησης (183).

Η διαπροσωπική θεωρία προσφέρει μια πιθανή εξήγηση για απόπειρες αυτοκτονίας από άτομα με ιστορικό αυτοτραυματισμών και άλλων συμπεριφορών κινδύνου. Ένα σημαντικό πλεονέκτημα της διαπροσωπικής θεωρίας της αυτοκτονίας είναι ότι είναι η πρώτη που διακρίνει άτομα που σκέφτονται για την αυτοκτονία χωρίς να ενεργούν σε αυτές τις σκέψεις από τα άτομα που μεταφράζουν τις αυτοκτονικές ιδέες σε πραγματική δράση. Οι Joiner και οι συνεργάτες του διεξήγαγαν συστηματικές εμπειρικές μελέτες για να εξετάσουν συγκεκριμένα στοιχεία και αλληλεπιδράσεις που προτείνονται από τη ΔΘΑ. Οι μελέτες έχουν βρει μια σημαντική επίδραση της ματαίωσης της ανυπαρξίας και της αντιληπτής επιβάρυνσης στον αυτοκτονικό ιδεασμό (184-186).

Ωστόσο, σε αντίθεση με τις υποθέσεις της ΔΘΑ, μια μετα- ανάλυση 192 μελετών σχετικά με την κοινωνική απόρριψη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η κοινωνική απόρριψη ούτε προκαλεί άμεση δυσφορία ούτε μειώνει την αυτοεκτίμηση (187). Νεότερη συστηματική ανασκόπηση από τους Wachtel & Teismann (2013) που εστίασε σε 29 μελέτες, εξέτασε την υποστήριξη και για τους τρεις διαπροσωπικούς παράγοντες κινδύνου σε σχέση με συμπεριφορές που σχετίζονται με την αυτοκτονία. Τα ευρήματα τόνισαν ότι η αντιληπτή επιβάρυνση, η ματαίωση της ανυπαρξίας και η αποκτηθείσα ικανότητα συνδέονται με διαφορετικές πτυχές της αυτοκτονικότητας, συμπεραίνοντας ότι υπήρξε έλλειψη μελετών για τη διερεύνηση της αλληλεξάρτησης των δομών της θεωρίας (188). Επίσης, οι Hill & Pettit (2014) στην συστηματική ανασκόπηση 27 εμπειρικών μελετών βρήκαν ότι η αντιληπτή επιβάρυνση έχει στατιστικά σημαντικές διμερείς συσχετίσεις με τον αυτοκτονικό ιδεασμό και τις προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας. Η αντιληπτή βαρύτητα βρέθηκε επίσης ως πρόβλεψη αυτοκτονικού ιδεασμού πέρα από τις επιδράσεις άλλων καθιερωμένων παραγόντων κινδύνου και διαδραμάτισε ένα ρόλο διαμεσολάβησης μεταξύ συμπεριφορών που σχετίζονται με την αυτοκτονία και άλλων παραγόντων κινδύνου και προστασίας. Οι ερευνητές

σημείωσαν ότι η πλειοψηφία των μελετών που διεξήχθησαν επικεντρώθηκε στη σχέση μεταξύ της αντιληπτής επιβάρυνσης και του αυτοκτονικού ιδεασμού, με τα αποτελέσματα που τονίζουν το ρόλο της αντιληπτικής επιβάρυνσης ως πιθανής οδού για την παρέμβαση στην αυτοκτονία σε κλινικούς πληθυσμούς (189).

Βιολογικές θεωρίες για την αυτοκτονία- Νευροβιολογία της αυτοκτονικότητας – Γενετική της αυτοκτονικότητας

Ορισμένα μοντέλα ανάπτυξης της αυτοκτονικής συμπεριφοράς βασίζονται εξ ολοκλήρου στις βιολογικές διεργασίες ως επεξηγηματικοί παράγοντες ενώ άλλοι περιλαμβάνουν βιολογικές διεργασίες ως έναν από τους διάφορους καθοριστικούς παράγοντες. Η νευροβιολογία της αυτοκτονίας είναι ένα τεράστιο πεδίο για το οποίο πραγματοποιούνται μελέτες αρκετές δεκαετίες, με έντονη την αναζήτηση του υποψήφιου γονιδίου στην αρχή των μελετών και πρόσφατα την έκφραση miRNA (190, 191). Μάλιστα, πρόσφατες σημαντικές μελέτες έχουν διαπιστώσει γενετικές συσχετίσεις μεταξύ αυτοκτονίας και πολυμορφισμών HPAaxis (192), του συστήματος σεροτονίνης (193, 194), του νοραδρενεργικού συστήματος (195) και των πολυαμινών (196).

Οι ψυχολογικές θεωρίες που έχουν αναπτυχθεί αλλά και τα νευροβιολογικά ευρήματα τείνουν να εργάζονται παράλληλα καθώς και οι δύο χρειάζονται συμπεριφορικά και εμπειρικά δεδομένα για να επιβεβαιώσουν τους ισχυρισμούς τους. Τα μοντέλα που εστιάζουν εξ ολοκλήρου στη βιολογία περιλαμβάνουν:

Σεροτονινεργικό σύστημα

- ***Δείκτες σεροτονίνης (5-HT).***

Η σεροτονίνη σχηματίζεται από νευρώνες που είναι ενσωματωμένοι στους πυρήνες ραφής της μέσης γραμμής στον εγκέφαλο με ευρέως διαδεδομένους στόχους που φαίνεται να είναι τοπογραφικά οργανωμένοι. Η νευροδιαβίβαση της σεροτονίνης ρυθμίζεται από ένα δίκτυο προ- και μετά- συναπτικών υποδοχέων και τον μεταφορέα 5-HT (5-HTT). Τα διαθέσιμα δεδομένα από κλινικές και μεταθανάτιες μελέτες υποδεικνύουν ότι η μειωμένη σεροτονινεργική εισροή αποτελεί κρίσιμο στοιχείο για την ευαλωτότητα στην αυτοκτονική συμπεριφορά,

ανεξαρτήτως της σχετικής ψυχιατρικής ασθένειας. Μεταθανάτιες μελέτες που χρησιμοποιούν 5HTT αυτοραδιογραφία με τον συγκεκριμένο 5-HT πρόσδεμα μεταφοράς, κυάνο ιμιπραμίνη, δείχνουν μειωμένη δέσμευση μεταφορέα 5-HT στο προμετωπιαίο φλοιό (ΠΜΦ) της αυτοκτονίας και αυξάνουν την πιθανότητα ότι υπάρχει μειωμένη σεροτονεργική νεύρωση (197, 198). Χαμηλά επίπεδα υδροξυϊνδολοξικού οξέος (5-HIAA) βρίσκονται στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (CSF) των καταθλιπτικών ατόμων που επιχείρησαν να αυτοκτονήσουν και στα στελέχη του εγκεφάλου των ατόμων που διαπράττουν αυτοκτονίες. Αυτό αποδεικνύει ότι υπάρχει μείωση της νευροδιαβίβασης της σεροτονίνης στον εγκέφαλο των αυτοκτονικών ασθενών (175, 199).

Επιπρόσθετα, πολυάριθμες έρευνες αναφέρουν ότι οι απόπειρες αυτοκτονίας εμφανίζουν αμβλυμμένη απελευθέρωση προλακτίνης σε απόκριση της χορήγησης φενφλουραμίνης, ένα μέτρο δράσης 5-HT (200-202). Έτσι, εξετάζοντας τις μελέτες αποδείχθηκε ότι υπάρχουν ελλείμματα στη σεροτονινεργική νευροδιαβίβαση στο στέλεχος του εγκεφάλου ή τους σεροτονεργικούς στόχους στον πρόσθιο εγκέφαλο των ατόμων με αυτοκτονική συμπεριφορά.

- ***Νευρωνική θρυπτοφανική υδροξυλάση στην αυτοκτονία.***

Η θρυπτοφανική υδροξυλάση (TPH) 1&2, καταλύει τη σύνθεση της σεροτονίνης. Μεταξύ τους η TPH1 εκφράζεται ευρέως και η TPH2 είναι ειδική για τον νευρώνα. Η TPH2 εμπλέκεται στη μετατροπή του θρυπτοφανικού αμινοξέος σε 5-υδροξυθρυπτοφάνη (5-HTP) και στην επακόλουθη αποκαρβοξυλίωση σε 5-υδροξυτρυπταμίνη (5-HT) (203). Η TPH2 είναι ένα κρίσιμο συστατικό στον προσδιορισμό της ποσότητας του εγκεφάλου 5-HT που συνδυάζεται *in vivo* (204). Τα ελλείμματα στην ποσότητα της TPH2 ή η δραστηριότητά του μπορεί να οδηγήσουν σε ασυνήθιστη παραγωγή 5-HT που οδηγεί σε αλλαγές συμπεριφοράς (205). Η υψηλότερη ποσότητα TPH υποδεικνύει μια ανορθωτική ομοιοστατική απόκριση σε μία εξασθενημένη απελευθέρωση 5-HT ή μικρότερη ενεργοποίηση σεροτονεργικού αυτό-υποδοχέα. Εναλλακτικά, η βλάβη της σεροτονίνης στην αυτοκτονία μπορεί να οφείλεται σε υπολειπургικό ένζυμο συνθέσεως σεροτονίνης (206).

- **Οι υποδοχείς 5-HT και οι μεταφορείς 5-HT στην αυτοκτονία**

Ο υποδοχέας 5-HT είναι ένας υποδοχέας συζευγμένος G πρωτεΐνης που εκφράζεται σε προ και μετά- συναπτικές θέσεις παίζει ρόλο σε πολλαπλές φυσιολογικές λειτουργίες, συμπεριλαμβανομένης της ρύθμισης της διάθεσης, των νευροενδοκρινικών λειτουργιών, της πρόσληψης τροφής και άλλες (207). Διάφορες ψυχιατρικές διαταραχές όπως η μείζονα κατάθλιψη, το άγχος και η αυτοκτονία έχουν δείξει δυσλειτουργία του υποδοχέα 5-HT στην παθολογία του. Στους πυρήνες νωτιαίας ραφής (DRN), ο υποδοχέας 5-HT λειτουργεί ως ένας σωματοδεντρικός ανασταλτικός αυτό- υποδοχέας σε νευρώνες 5-HT (208). Μεγαλύτερη αυτό- παρεμπόδιση του υποδοχέα 5-HT στους πυρήνες ραφής του στελέχους του εγκεφάλου μπορεί να είναι ένας μηχανισμός που συμβάλλει στη μείωση της σεροτονινεργικής νευροδιαβίβασης στον προ- μετωπιαίο φλοιό στο πλαίσιο της αυτοκτονίας και της κατάθλιψης (209) . Κάποιες μεταθανάτιες μελέτες έχουν δείξει αυξημένα επίπεδα του επιπέδου 5-HT υποδοχέα στον μεσεγκέφαλο των ατόμων που διέπραξαν αυτοκτονία (209, 210).

Νοραδρενεργικό σύστημα εγκεφάλου

- **Νορεπινεφρίνη**

Η νορεπινεφρίνη (NE) είναι ένας από τους τρεις νευροδιαβιβαστές κατεχολαμινών στον εγκέφαλο και έχει μελετηθεί εκτενώς σε σχέση με τη βιολογία της αυτοκτονίας καθώς και ψυχιατρικές διαταραχές που αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Η NE έγινε υποψήφια για την παθολογία της κατάθλιψης τη δεκαετία του 1950, αλλά όχι λόγω ανακάλυψης αλλαγμένων συγκεντρώσεων της NE σε ασθενείς με κατάθλιψη ή θύματα αυτοκτονίας. Αντ' αυτού , η NE είναι ένας από τους νευροδιαβιβαστές μαζί με την ντοπαμίνη και τη σεροτονίνη που επηρεάστηκε άμεσα από πρόσφατα αντικαταθλιπτικά φάρμακα που έχουν ανακαλυφθεί. Από τότε, η NE ήταν ένας από τους πιο μελετημένους νευροδιαβιβαστές όσον αφορά τη βιολογία της κατάθλιψης και την αυτοκτονία, με τη σεροτονίνη να είναι αυτή που έχει μελετηθεί περισσότερο (195).

Προϋπάρχουσες έρευνες έχουν υποθέσει ότι η καταχολαμινεργική δυσλειτουργία παίζει σημαντικό ρόλο στην αυτοκτονία, ενώ άλλες σημαντικές

παρατηρήσεις έχουν τονίσει ότι στον προμετωπιαίο φλοιό θυμάτων αυτοκτονίας έχει βρεθεί υψηλή συγκέντρωση NE με μειωμένες άλφα-2 αδρενεργικές δεσμεύσεις. Επίσης, έχει αναφερθεί ότι υψηλότερες συγκεντρώσεις νορεπινεφρίνης σχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα επιθετικότητας (8, 211). Παρομοίως, οι χαμηλότερες συγκεντρώσεις νορεπινεφρίνης φαίνεται να προστατεύουν από τις επιδράσεις της παιδικής κακοποίησης στην ανάπτυξη επιθετικών συμπεριφορών ή παρορμητικότητας στην ενηλικίωση σε άντρες (212, 213).

Ντοπαμινεργικό σύστημα

Το χαμηλό εγκεφαλονωτιαίο υγρό ομοβανιλικό οξύ (HVA) έχει παρατηρηθεί σε άτομα που έχουν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας και έχουν διαγνωσθεί με μείζονα κατάθλιψη και το σύστημα ντοπαμίνης φαίνεται να είναι υπολειτουργικό σε μείζονα κατάθλιψη. Γενικότερα, ανασκοπώντας τη βιβλιογραφία παρατηρείται ότι οι νευροενδοκρινικές μελέτες της ντοπαμινικής λειτουργίας και της αυτοκτονικής συμπεριφοράς είναι αρκετά ασαφείς (8). Οι Traskman et al. (1981) δεν βρήκαν διαφορά μεταξύ των ατόμων που προσπάθησαν να αυτοκτονήσουν με άλλες ψυχιατρικές ασθένειες σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, που υποδηλώνει ότι η συσχέτιση μεταξύ ομοβανιλικού οξέως και καταθλιπτικής νόσου, παρά αυτοκτονικής συμπεριφοράς, μπορεί να εξηγήσει ασυνέπειες στα ευρήματα ομοβανιλικού οξέως στην αυτοκτονική συμπεριφορά (214).

Ο ρόλος της ντοπαμίνης στην αυτοκτονική συμπεριφορά έχει εξεταστεί από λίγες μελέτες απεικόνισης εγκεφάλου. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιώντας την υπολογιστική τομογραφία εκπομπής απλών φωτονίων και βήτα CIT, ο ραδιοσυνδετήρας που σηματοδοτεί τόσο τον μεταφορέα ντοπαμίνης όσο και της σεροτονίνης, διαπιστώθηκαν συσχετισμοί μεταξύ του δυναμικού δεσμεύσεως βήτα-CIT στα βασικά γάγγλια και της ψυχικής ενέργειας, όπως μετρήθηκε από την κλίμακα Marke-Nyman Temperament among suicide attempts στο δείγμα της έρευνας αλλά όχι στην ομάδα ελέγχου (215). Ωστόσο, παρά το γεγονός ότι τα αποτελέσματα υπέδειξαν έναν σημαντικό ρόλο του μεταφορέα ντοπαμίνης στη ρυθμιστική ανεπάρκεια σε προσπάθειες αυτοκτονίας, χρειάζονται περαιτέρω μελέτες για να περιγράψουν την ακριβή συμμετοχή του ντοπαμινεργικού συστήματος στην αυτοκτονική συμπεριφορά.

Υπερδραστικότητα Άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (HPA)

Ο άξονας υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (HPA) είναι το νευροενδοκρινικό σύστημα που ρυθμίζει την ανταπόκριση του σώματος στο στρες και έχει πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις με εγκεφαλικά σεροτονινικά, νοραδρενεργικά και ντοπαμινεργικά συστήματα. Το στρες έχει ως αποτέλεσμα την απελευθέρωση της ορμόνης απελευθέρωσης κορτικοεκλυτίνης (CRH) (216). Η κορτικοεκλυτίνη στον άξονα υποθαλάμου- υπόφυσης- επινεφριδίων διεγείρει την απελευθέρωση της Αδρενοκορτικοτρόπου ορμόνης (ACTH) από την υπόφυση. Έτσι, μετά τις συγκεκριμένες καταστάσεις υπάρχει απελευθέρωση κορτικοστεροειδών από επινεφρίδια και επακόλουθες αλλαγές συμπεριφοράς (217). Η σχέση την υπερδραστηριότητας του άξονα HPA και την αυτοκτονικής συμπεριφοράς έχει παρουσιαστεί σε αρκετές έρευνες που υποδεικνύουν ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας μπορεί να αυξηθεί έως και 14 φορές σε περιπτώσεις υψηλότερων επιπέδων κορτιζόλης μετά την καταστολή της δεξαμεθαζόνης (κλινική μέτρηση της υπερδραστηριότητας του άξονα HPA) και της υπερδραστηριότητας του άξονα HPA στα αρχικά επίπεδα (218). Περαιτέρω στοιχεία για τον ρόλο του άξονα HPA στην αυτοκτονία παρέχονται από τη συσχέτιση της αυτοκτονίας με μεγαλύτερους επινεφριδιακούς αδένες και με λιγότερη προμετωπική φλοιική δεσμευτική ορμόνη απελευθέρωσης κορτικοτροπίνης. Έτσι, η αυτοκτονική συμπεριφορά μπορεί να σχετίζεται με μια μη φυσιολογική αντίδραση φυσιολογικού στρες (8).

BDNF

Έχει αναφερθεί ότι στον εγκέφαλο των ασθενών με αυτοκτονική συμπεριφορά, ο εγκεφαλικός νευροτροφικός παράγοντας (BDNF) μειώνεται και η ενεργοποίηση και η έκφραση της κινάσης υποδοχέα τροπομοζίνης Β (TrkB), στην οποία δεσμεύεται και διαμεσολαβεί η λειτουργία του BDNF, είναι χαμηλότερες (175). Τα τροποποιημένα επίπεδα BDNF μπορεί να παίζουν ρόλο στην παθογένεση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς, με αποτέλεσμα μακροπρόθεσμες αλλαγές στον εγκέφαλο που μπορεί να οδηγήσουν σε νευροψυχολογικά ελλείμματα (219). Σημαντικές μελέτες που έχουν διεξαχθεί τα προηγούμενα χρόνια αναφέρουν ότι οι μειώσεις στον αριθμό των κυττάρων των νευρώνων, πυκνότητα και μέγεθος, καθώς

και μειωμένο πάχος του φλοιού και αλλαγές στα συναπτικά κυκλώματα μπορεί να σχετίζονται με κατάθλιψη, άγχος αλλά και αυτοκτονική συμπεριφορά (220, 221).

Επιπρόσθετα, οι αλλαγές στα επίπεδα BDNF έχουν συνδεθεί με αυτοκτονική συμπεριφορά σε αρκετές μεταθανάτιες μελέτες του εγκεφάλου. Συγκεκριμένα, οι Dwivedi et al. (2003) αναγνώρισαν ότι η μειωμένη έκφραση του BDNF και του trk B στον εγκέφαλο μετά τον θάνατο σε άτομα που αυτοκτόνησαν υποδηλώνει ότι αυτά τα μόρια μπορεί να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στις παθοφυσιολογικές πλευρές της συμπεριφοράς αυτοκτονίας (222). Μεταγενέστερα, τα αποτελέσματα της μελέτης που διεξήχθη από τους Karege et al. (2004) έδειξαν ότι στα θύματα αυτοκτονίας που δεν ακολουθούσαν φαρμακευτική αγωγή, ανεξάρτητα από τη διάγνωση βρέθηκε σημαντική μείωση των επιπέδων BDNF και NT-3 στον ιππόκαμπο και τον προμετωπιαίο φλοιό (μόνο BDNF) αλλά όχι στον ενδορρινικό φλοιό (223).

Εν συνεχεία, κλινικές μελέτες παρουσίασαν μειωμένα περιφερικά επίπεδα BDNF τόσο στον ορό όσο και στο πλάσμα των αυτοκτονικών ατόμων(224, 225) . Ο συγκεκριμένος τομέας αποτελεί σημαντική περιοχή έρευνας, ωστόσο η σχέση μεταξύ των επιπέδων του BDNF και της συμπεριφοράς αυτοκτονίας παραμένει ασαφείς, καθώς σχετικά λίγες μελέτες έχουν διερευνήσει αυτή τη σχέση. Επιπλέον, δεδομένου ότι ορισμένες από αυτές τις μελέτες έχουν εξετάσει την πρόσφατη αυτοκτονική συμπεριφορά, ενώ άλλες εξέτασαν την αυτοκτονική συμπεριφορά κατά τη διάρκεια ζωής, είναι αβέβαιο με ποιον τρόπο σχετίζεται το BDNF με την αυτοκτονία.

Υπόλοιπα

- ***Επίπεδα Χοληστερόλης***

Ο Colomb (1998) ανέφερε μετά την πραγματοποίηση της έρευνάς του ότι υπάρχει μικρή αύξηση του ποσοστού αυτοκτονίας, και ίσως απόπειρες αυτοκτονίας και ιδεασμός, σε άτομα με πολύ χαμηλά επίπεδα χοληστερόλης και μετά τη μείωση της χοληστερόλης μέσω της δίαιτας (226).

Ο αντίκτυπος της Ελληνική ύφεσης στην μείζονα Καταθλιπτική διαταραχή και ο κίνδυνος αυτοκτονίας σε άτομα με χρόνιες ιατρικές παθήσεις.

Μια από τις σημαντικότερες τρέχουσες συζητήσεις ανά τον κόσμο είναι ο αντίκτυπος της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία των ατόμων. Μαζί με τον αυξανόμενο ρόλο της επιστημονικής γνώσης στη σύγχρονη κοινωνία, η ψυχική υγεία έχει γίνει ένα από τα πιο βασικά χαρακτηριστικά που αποδείχθηκε ότι έχει σημαντικές επιπτώσεις στην ευημερία ενός ατόμου. Προηγούμενες μελέτες δείχνουν ότι οι συνθήκες που ενισχύονται κατά τη διάρκεια οικονομικής κρίσης, όπως η ανεργία, η ακούσια απώλεια θέσεων εργασίας και η εργασιακή ανασφάλεια, έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία (227). Μέχρι στιγμής, αρκετές μελέτες συνέδεσαν την παγκόσμια οικονομική ύφεση με αυξημένα ποσοστά αυτοκτονίας (228). Πιο συγκεκριμένα, μια πρόσφατη μελέτη σε 54 χώρες διερεύνησε τον αντίκτυπο της οικονομικής κρίσης του 2008 στις αυτοκτονίες, διαπίστωσε ότι τα ποσοστά αυτοκτονίας αυξήθηκαν στις ευρωπαϊκές και αμερικανικές χώρες, ιδιαίτερα στους άνδρες και στις χώρες με υψηλότερα επίπεδα απώλειας θέσεων εργασίας (229). Αυτή η άποψη υποστηρίζεται επίσης και από τους Molarius et al. (2009), οι οποίοι ισχυρίστηκαν ότι η σωματική αδράνεια, η ανασφάλεια σταδιοδρομίας και η περίπλοκη κοινωνική ζωή έχουν αναφερθεί ως σημαντικοί παράγοντες που οδηγούν σε κακή ψυχική υγεία (230). Υπό το πρίσμα αυτό, έχει τονιστεί ότι η κακή ψυχική υγεία έχει αρνητικές οικονομικές και κοινωνικές συνέπειες τόσο για το ευρύ κοινό όσο και για τη χώρα.

Η διερεύνηση των συνεπειών της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης αποτελεί συνεχή ανησυχία στο πεδίο της δημόσιας ψυχικής υγείας. Τα τελευταία χρόνια, πολλοί μελετητές από διαφορετικούς κλάδους αύξησαν την ανάγκη να εξεταστεί ο αντίκτυπος της ελληνικής ύφεσης στην ψυχική υγεία των ατόμων. Η Ελλάδα κατατάσσεται σε πολυετή βάση μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών με τα χαμηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών (http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Map_Global_AS_suicide_rates_bothsexes_2012.png, 2014 (accessed 25.10.16)). Ωστόσο, το Υπουργείο Υγείας ανέφερε ότι το ετήσιο ποσοστό αυτοκτονίας αυξήθηκε κατά 40% μεταξύ 2009 και 2010 (231). Οι μελέτες έχουν επίσης δείξει ότι η ύφεση έχει συνεχιζόμενη επίδραση στα ποσοστά αυτοκτονίας, με αύξηση έως και 40% και μέση

άνοδο κατά 35% μεταξύ 2010 και 2012 (232, 233). Αυτό που είναι γνωστό σχετικά με τις αλλαγές στην ψυχική υγεία των ατόμων βασίζεται σε μεγάλο βαθμό σε εμπειρικές μελέτες που διερεύνησαν τις επιπτώσεις της τρέχουσας ελληνικής ύφεσης σε ποσοστά κατάθλιψης και αυτοκτονίας (234, 235).

Πιο συγκεκριμένα, δύο πρόσφατες μελέτες αναφέρθηκαν από τους Economidou et al. (2013). Και στις δύο μελέτες διεξήχθησαν τηλεφωνικές έρευνες το 2009 και το 2011 και αποκάλυψαν ότι ο ελληνικός πληθυσμός επηρεάζεται από την τρέχουσα οικονομική κρίση (234, 235). Σε αυτήν την πρόσφατη συγχρονική μελέτη που διεξήχθη το 2013, αναφέρθηκε ότι μεταξύ του 2009 και του 2011 σημειώθηκε σημαντική αύξηση από 1,1% σε 1,5% στην επικράτηση αυτοκτονικού ιδεασμού και στην αναφερόμενη αυτοκτονία (234). Στο ίδιο πνεύμα, μια οικολογική μελέτη που διεξήχθη στην Ελλάδα ανέφερε ότι ο μέσος ρυθμός αυτοκτονίας αυξήθηκε κατά 35% μεταξύ του 2010 και του 2012 μεταξύ των δύο φύλων (232). Τα πορίσματα της μελέτης συμφωνούν με τις μελέτες που διεξήχθησαν σε ευρωπαϊκές χώρες καθώς έχει αναφερθεί ότι η αυξημένη θνησιμότητα από την αυτοκτονία στην Ελλάδα συνδέεται με ριζοσπαστική λιτότητα, μολονότι υπάρχουν πολλοί πιθανοί μηχανισμοί με τους οποίους η λιτότητα μπορεί να δράσει (232). Έχει διαπιστωθεί ότι άτομα που αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες μετά την έναρξη της ύφεσης, υποφέρουν από κατάθλιψη και αυτοκτονικό ιδεασμό (236). Δεδομένα από διάφορες πηγές έδειξαν ότι οι οικονομικές αντιξοότητες αύξησαν το ποσοστό των Ελλήνων πολιτών και ιδιαίτερα των ανδρών που πάσχουν από κατάθλιψη (235).

Επιπλέον, οι Simou et al. (2014) εξέτασε τη βιβλιογραφία και επεσήμανε ότι οι αυτοκτονίες στη χώρα αυξήθηκαν κατά 17% μεταξύ 2007 και 2009 και η αύξηση των αποπειρών αυτοκτονίας κατά 36% από το 2009 έως το 2011 (233). Παρά το γεγονός ότι η οικονομική κρίση επηρέασε ολόκληρο τον κόσμο, η Ελλάδα βρίσκεται στην πιο περίπλοκη κατάσταση καθώς η καθημερινή ζωή των πολιτών άλλαξε δραματικά τα τελευταία πέντε χρόνια σε σύγκριση με άλλες χώρες (237). Οι άνθρωποι ανέφεραν ότι η ψυχολογική και σωματική τους υγεία ήταν «κακή» ή «πολύ κακή» και τα δεδομένα έδειξαν σημαντική αύξηση των εισαγωγών στο δημόσιο νοσοκομείο (238). Πρόσφατα στοιχεία υποδηλώνουν ότι μέχρι τώρα η Ελλάδα παρουσιάζει σημαντική αύξηση των ποσοστών ανεργίας με υπερβολικό

αριθμό πολιτών που ζουν υπό δυσμενείς συνθήκες. Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι η Τρόικα διέταξε σημαντικές μειώσεις στο κόστος δημόσιας υγείας στην Ελλάδα (231). Έτσι, οι πολίτες όχι μόνο ήρθαν αντιμέτωποι με την εργασιακή ανασφάλεια, την ανεργία και την κακή ψυχική υγεία, αλλά και με σημαντικές δυσκολίες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας σε μια περίοδο επιτακτικής ανάγκης προγραμμάτων πρόληψης και θεραπείας (231). Παρόλα αυτά, παρόλο που πολλοί αναλυτές επεσήμαναν ότι η μείωση της οικονομικής υποστήριξης και οι ριζοσπαστικές αλλαγές στα Ελληνικά νοσοκομεία μπορεί να βελτιώσει τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας, ένας μεγάλος όγκος δημοσιευμένων μελετών αποκάλυψε ότι η λιτότητα μπορεί να βλάψει την κατάσταση ψυχικής υγείας των ατόμων (233, 237).

Εντούτοις, οι πιθανές συγχύσεις ενδέχεται να μετριάσουν την επίδραση της ύφεσης στην αυτοκτονία. Μελέτες που διεξήχθησαν στην περιφέρεια της Ευρωζώνης, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας, διαπίστωσαν ότι ο αντίκτυπος της δημοσιονομικής λιτότητας είναι ειδικός για το φύλο, την ηλικία και το χρόνο και μπορεί να έχει βραχυπρόθεσμες, μεσοπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στα ποσοστά αυτοκτονιών (239). Μια πρόσφατη μελέτη που χρησιμοποιεί μια ανάλυση 30 χρόνων σε χρονολογικές σειρές ανέφερε ότι τα οικονομικά γεγονότα που σχετίζονται με τη λιτότητα στην Ελλάδα συνέβαλαν σημαντικά στις μεταβολές των ποσοστών αυτοκτονίας, ενώ οι αυτοκτονίες αυξήθηκαν κατά 13% στην αρχή της ύφεσης το 2008 και αυξήθηκαν κατά 36% μετά τη θέσπιση αυστηρών μέτρων λιτότητας (240). Έχει επίσης αναφερθεί μια χρονική συσχέτιση μεταξύ αύξησης των ποσοστών αυτοκτονίας μεταξύ ατόμων σε ηλικία εργασίας με τα μέτρα λιτότητας (232).

Η αυτοκτονική συμπεριφορά είναι ένα πολύπλοκο φαινόμενο με πολυάριθμους αλληλένδετους βιολογικούς, κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες κινδύνου. Οι ψυχικές ασθένειες, ιστορικό ψυχικών ασθενειών και απόπειρες αυτοκτονίας, απελπισία, αρσενικό φύλο, χρόνια σωματικές ασθένειες, απομόνωση ή έλλειψη κοινωνικής στήριξης και πολιτισμικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις συγκαταλέγονται στους πιο συχνά αναφερόμενους παράγοντες κινδύνου αυτοκτονίας (241). Τα ανεπιθύμητα συμβάντα της ζωής, όπως η απώλεια θέσεων εργασίας, αναγνωρίζονται επίσης ως σημαντική αιτία προσπαθειών

αυτοκτονίας όταν εμφανίζονται σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες κινδύνου όπως η κατάθλιψη. (242) Επιπλέον, η πλειοψηφία των ατόμων που πεθαίνουν λόγω αυτοκτονίας έχουν κατάθλιψη ή άλλη διαγνωστική ψυχική διαταραχή (241).

Εμπειρικές μελέτες που διερεύνησαν τον αντίκτυπο της σημερινής Ελληνικής ύφεσης στην ψυχική υγεία των ατόμων ανέφεραν επίσης ότι τα ποσοστά κατάθλιψης έχουν αυξηθεί κατά τη διάρκεια της Ελληνικής οικονομικής κρίσης (243). Οι δύο έρευνες μέσω τηλεφώνου αποκάλυψαν ότι άτομα που αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες μετά την έναρξη της ύφεσης, δεν υποφέρουν μόνο από αυτοκτονικό ιδεασμό, αλλά και από κατάθλιψη. Δεδομένα από διάφορες πηγές έδειξαν ότι οι οικονομικές αντιξοότητες αύξησαν το ποσοστό των Ελλήνων πολιτών και ιδιαίτερα των ανδρών που πάσχουν από μείζονα κατάθλιψη. Πιο συγκεκριμένα οι προαναφερθείσες μελέτες ανέφεραν ότι ο επιπολασμός της μείζονος κατάθλιψης διπλασιάστηκε μεταξύ 2008 και 2009 (από 3,3% το 2008 σε 6,8% το 2009) (244).

Το συγκεκριμένο γεγονός είναι αρκετά σημαντικό καθώς όπως έχει προαναφερθεί η κατάθλιψη είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη αυτοκτονικού ιδεασμού και αποπειρών, και μπορεί να αποτελέσει αρχικό δείκτη για περαιτέρω διερεύνηση για πιθανή αυτοκτονικότητα την περίοδο της οικονομικής κρίσης. Ανεπιθύμητα γεγονότα (π.χ. περιόδους ύφεσης) διαμορφώνουν τα συναισθήματα και τις αντιλήψεις των ανθρώπων σχετικά με τον αντίκτυπο και τον κίνδυνο, με αποτέλεσμα ένα ευρύ φάσμα απαντήσεων, οι οποίες συχνά επηρεάζονται από διάφορους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των προσωπικών χαρακτηριστικών, αυτοπεποίθηση σε όσους διαχειρίζονται τον κίνδυνο και την πίστη στην ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίσει ένα συγκεκριμένο ανεπιθύμητο συμβάν (245). Η αντίληψη για την επίδραση της οικονομικής κρίσης μπορεί να είναι ένας σημαντικός παράγοντας σχετικά με τον ψυχολογικό αντίκτυπο αυτού του παράγοντα άγχους. Μελέτες έχουν δείξει, για παράδειγμα, ότι η αντιληπτή οικονομική πίεση και όχι μόνο οι οικονομικές δυσκολίες αυτές καθαυτές προβλέπουν προβλήματα υγείας στην μετέπειτα ζωή (246).

Σύμφωνα με τις προαναφερθείσες μελέτες, οι δεσμοί μεταξύ οικονομικών κρίσεων και σημαντικών συμπτωμάτων κατάθλιψης που αποτελούν πρόδρομα

αυτοκτονίας έχουν δοκιμαστεί εμπειρικά επί δεκαετίες σε μεγάλο αριθμό μελετών (247). Συγκεκριμένα, μια θεμελιώδης μελέτη των Chang et al. (2009) αποκάλυψε ότι η οικονομική κρίση 1997-1998 στην Ανατολική / Νοτιοανατολική Ασία ήταν υπεύθυνη για την άνοδο των επιπέδων άγχους και των σκέψεων αυτοκτονίας σε πολλούς πολίτες. Για τη μελέτη, χρησιμοποιήθηκαν στατιστικές βάσεις δεδομένων για τη σύγκριση ποσοστών αυτοκτονιών και δεδομένων πληθυσμού για την περίοδο προ της κρίσης και τα πραγματικά έτη οικονομικής κρίσης. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έδειξαν μια συσχέτιση της οικονομικής ύφεσης στην Ασία με μια έντονη αύξηση της θνησιμότητας από την αυτοκτονία σε χώρες με σημαντική αύξηση των ποσοστών ανεργίας και οικονομικών προβλημάτων (248). Επιπλέον, σύμφωνα με τον Durkheim (1952), πολίτες χωρών που αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα ενδέχεται να διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας. Όπως επεσήμανε ο Durkheim (1952), η οικονομική αστάθεια και η απροσδόκητη βλάβη στην κοινωνική κατάσταση των ατόμων θα μπορούσαν να αυξήσουν τις ψυχιατρικές διαταραχές που μπορεί να οδηγήσουν σε αυτοκτονία (247).

Ωστόσο, οι μελετητές έχουν συζητήσει επί μακρόν τον αντίκτυπο της οικονομικής κρίσης στα ποσοστά αυτοκτονιών στην Ελλάδα με λίγους ερευνητές να υποστηρίζουν ότι ήταν πρόωρο να καταλήξουμε σε ένα συμπέρασμα και άλλοι να αναφέρουν μια σειρά αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία που σχετίζονται με την λιτότητα στην Ελλάδα (239, 249, 250). Ορισμένες μελέτες αναφέρθηκαν σε αυξημένο αριθμό αυτοκτονιών και προσπαθειών αυτοκτονίας (233). Αντίθετα, άλλες μελέτες επιβεβαίωσαν ότι οι υπάρχουσες αναφορές είναι υπερβολικές (251, 252). Σε αντίθεση με άλλες έρευνες που διεξήχθησαν στον τομέα, μια μελέτη των Hintikka et al. (1999) πρότεινε μια πτώση των ποσοστών θανάτων από αυτοκτονία σε μια περίοδο οικονομικής κρίσης στη Φινλανδία (248). Στο ίδιο πνεύμα, οι Fountoulakis et al. (2012) στη μελέτη υποστήριξαν ότι δεν υπάρχουν αξιόπιστες πληροφορίες για τη διατήρηση του αντίκτυπου της οικονομικής κρίσης και της αυτοκτονίας (251). Σύμφωνα με τον Fountoulaki et al. (2012) η αύξηση της αυτοκτονίας που παρατηρήθηκε θεωρήθηκε ως ένα σημάδι τυχαίας χρονικής διακύμανσης των ποσοστών αυτοκτονίας και δεν αποτελεί μεταβολή της τάσης αυτοκτονίας κατά τη διάρκεια της κρίσης (251). Παρόλα αυτά, παρόλο που τα

ποσοστά αυτοκτονίας έχουν αυξηθεί, η Ελλάδα κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης παρέμεινε στη χαμηλότερη βαθμολογία των ποσοστών αυτοκτονίας μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών, με 3.8 αυτοκτονίες ανά 100.000 κατοίκους το 2012 (<http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDE?lang=en>, 2012 (accessed 25.10.16)).

Νεότερη έρευνα που δημιουργήθηκε από τους Paraslanis et al. (2016) εξέτασε τις αυτοκτονίες στην Ελλάδα την περίοδο μεταξύ 1992-2012 προκειμένου να προσδιοριστούν οι σημαντικές αλλαγές και εάν οποιαδήποτε αλλαγή συμπίπτει με την έναρξη της πρόσφατης οικονομικής κρίσης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, υπάρχουν σαφείς ενδείξεις στατιστικά σημαντικής αύξησης των συνολικών αυτοκτονιών στα νοικοκυριά αλλά και των αυτοκτονιών από το ανδρικό φύλο κατά την περίοδο της τρέχουσας οικονομικής κρίσης (2009-2012). Τα αποτελέσματα αποκάλυψαν αύξηση των αυτοκτονιών για τον συνολικό πληθυσμό και τον ανδρικό πληθυσμό κατά 28,99% και 23,75%, αντίστοιχα. Επιπλέον, η ανάλυση παλινδρομικής συσχέτισης αποκάλυψε σημαντική αύξηση στην τάση των συνολικών και ανδρικών ποσοστών αυτοκτονίας στην αρχή της κρίσης (253).

Μελετώντας τη βιβλιογραφία αναφορές υποστηρίζουν ότι και σε άλλα μέρη του κόσμου υπάρχει σημαντική αύξηση της αυτοκτονίας από τους άντρες αλλά όχι από τις γυναίκες κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης (254). Για παράδειγμα, στην περιοχή της Βαλτικής στις αρχές της δεκαετίας του 1990 έφτασε στο απίστευτο επίπεδο από 5,5-6 έως 1 (255). Σημαντικές μελέτες αναφέρουν ότι η εργασιακή κατάσταση παίζει σημαντικότερο ρόλο στην αυτοκτονία για τον ανδρικό πληθυσμό παρά στις γυναίκες (256). Η ισχυρότερη συσχέτιση μεταξύ ανεργίας και αυτοκτονίας των ανδρών μπορεί να εξηγηθεί από τις **διαφορές φύλου** όσον αφορά τον αντίκτυπο της απώλειας θέσεων εργασίας, ιδίως όσον αφορά την εργασιακή κατάσταση, την ρουτίνα και την κοινωνική υποστήριξη. Έχει αναφερθεί ότι οι γυναίκες διατηρούν μια άλλη κατάσταση μέσω των ευθυνών φροντίδας, ενώ οι άντρες μπορεί να αντιμετωπίσουν σημαντική σύγχυση σχετικά με το ρόλο του φύλου ως αποτέλεσμα της ανεργίας (257).

Κατά συνέπεια, πρέπει να σημειωθεί ότι γενικά η υπάρχουσα βιβλιογραφία κυριαρχείται από αντιφατικές μελέτες σχετικά με τις βλαβερές συνέπειες της

ύφεσης στη δημόσια ψυχική υγεία. Ωστόσο, παρόλο που ένας μικρός αριθμός μελετών απέτυχε να αποδείξει ότι η οικονομική κρίση έχει συνδεθεί με διαταραχές ψυχικής υγείας, η μεγάλη πλειοψηφία των μελετών έδειξε ότι η ανεργία και οι οικονομικές αντιξοότητες μπορεί να οδηγήσουν σε μείζονα κατάθλιψη και αυτοκτονία. Επιπλέον, πρέπει να σημειωθεί ότι οι προαναφερθείσες μελέτες βασίζονται κυρίως σε τηλεφωνικές έρευνες και γενικό πληθυσμό. Εντούτοις, δεν έχουν ακόμη καταβληθεί αρκετές έρευνες για τη διερεύνηση της ψυχικής υγείας των ατόμων που πάσχουν από σοβαρές ασθένειες κατά την περίοδο της Ελληνικής οικονομικής κρίσης. Προηγούμενη έρευνα έχει δείξει ότι τα άτομα που πάσχουν από χρόνια σωματικά προβλήματα είναι πιο επιρρεπή στην ανεργία και τείνουν να αισθάνονται μεγαλύτερο άγχος με μια κατάσταση οικονομικής ανασφάλειας (258).

Μια σημαντική δημοσίευση από τους McLean, Platt, Harris, & Jepson (2008) αναφέρει ότι οι διαβαθμισμένοι παράγοντες που συμβάλλουν στον κίνδυνο αυτοκτονίας μπορούν να καταγραφούν σε δύο βασικές κατηγορίες: 1) κοινωνικούς (δηλαδή μακροοικονομικούς, δομικούς) και 2) ατομικούς (δηλαδή μικρο-επίπεδο, βιολογικό, ψυχολογικό και συμπεριφορικό) (259). Με βάση μια συστηματική ανασκόπηση των κινδύνων και των προστατευτικών παραγόντων για αυτοκτονία, εντόπισαν επίσης μια τρίτη ομάδα καθοριστικών παραγόντων, τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Αυτοί οι παράγοντες αντιπροσωπεύουν μια αλληλεπίδραση συμπεριφορικών και κοινωνικών παραγόντων (259). Η επιρροή των κοινωνικών παραγόντων σε μια ξεχωριστή κατάσταση νοσοτροπίας και συμπεριφοράς. Οι κοινωνικοί παράγοντες κινδύνου γίνονται ψυχοκοινωνικοί παράγοντες μόνο εάν επηρεάζουν την υγεία των ατόμων (260).

Η οικογενειακή δομή, το σχολικό περιβάλλον και το καθεστώς απασχόλησης είναι κοινωνικοί παράγοντες που μπορούν να έχουν ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις στα άτομα. Οι Martikainen, Bartley, & Laheima (2002) ισχυρίστηκαν ότι η ανεργία δεν είναι ένας ψυχοκοινωνικός παράγοντας κινδύνου όταν ο αντίκτυπος στο άτομο είναι περιορισμένη πρόσβαση σε εισόδημα και υλικά αγαθά, γίνεται ένας παράγοντας κινδύνου μόνο όταν επηρεάζει τα συναισθήματα αυτοσεβασμού που στη συνέχεια επηρεάζουν την υγεία του ατόμου μέσω τροποποιημένης συμπεριφοράς ή ψυχοβιολογικών διαδικασιών (260). Το καθεστώς απασχόλησης

πρέπει να θεωρείται ψυχοκοινωνικός παράγοντας εάν επηρεάζει την υγεία επηρεάζοντας τη συμπεριφορά και την ψυχολογική ή σωματική σε ατομικό επίπεδο.

Ωστόσο, η έρευνα δεν έχει εμβαθύνει στην αντιληπτή επίδραση της ελληνικής ύφεσης για την περίοδο 2010-2012 σε άτομα με συγκεκριμένες ιατρικές ασθένειες. Παρόλο που τα ευρήματα πρόσφατων ερευνών έδειξαν συσχετισμό σε σωματικές ασθένειες και ψυχική υγεία, δεν υπάρχει καμία μεμονωμένη μελέτη που να διερευνά τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην κατάσταση ψυχικής υγείας ατόμων με χρόνιες ιατρικές παθήσεις (230).

Θεωρία του παραδόξου φύλου της αυτοκτονικής συμπεριφοράς και ερμηνεία της

Σε συνέχεια της παρουσίασης των παραγόντων κινδύνου η εργασία θα εστιάσει περαιτέρω στη διαφορά του φύλου στην αυτοκτονικότητα. Συνολικά, υπάρχει μια συναίνεση μεταξύ των κλινικών ότι το φύλο και ιδιαίτερα το να είσαι “γυναίκα” είναι ένας καλά τεκμηριωμένος παράγοντας κινδύνου που έχει σημαντικό αντίκτυπο στον αυτοκτονικό ιδεασμό. Παραδοσιακά, έχει υποστηριχθεί επανειλημμένα ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών σε ποσοστά αυτοκτονιών κάθε χρόνο, ενώ οι άνδρες είναι πιο επιρρεπείς από τις γυναίκες σε ολοκληρωμένες αυτοκτονίες. Για παράδειγμα, αυτό μπορεί να παρουσιαστεί εν συντομία από τη μελέτη του Moller-Leimkuhler (2003) που ανέφερε ότι το ποσοστό θνησιμότητας των ανδρών που διαπράττουν αυτοκτονία είναι δραματικά αυξημένο (261). Πιο συγκεκριμένα, οι έρευνες όπως αυτές που διεξήγαγε ο Hawton & Vas Heeringen (2009) έχουν δείξει ότι η αναλογία θανατηφόρων αυτοκτονιών σε άνδρες και γυναίκες είναι μεταξύ δύο και τεσσάρων προς ένα στις αναπτυγμένες κοινότητες και ο υψηλότερος λόγος βρέθηκε με το 1: 6 στο παρελθόν στις Ηνωμένες Πολιτείες (2).

Αυτό το εντυπωσιακό χάσμα μεταξύ των φύλων στην αυτοκτονική συμπεριφορά, δηλαδή η υπερβολική εκδήλωση των γυναικών στη μη θανατηφόρο αυτοκτονική συμπεριφορά και η υπεροχή των ανδρών σε ολοκληρωμένη αυτοκτονία, έχει ήδη περιγραφεί ως το **«παραδόξο φύλου της συμπεριφοράς αυτοκτονίας»** (*theory of gender paradox*) (262). Προφανώς, η έννοια του «φύλου» δεν αναφέρεται μόνο στις βιολογικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων αλλά και στις κοινωνικές προδιαγραφές και τις πολιτιστικές προσδοκίες που διαφέρουν μεταξύ των φύλων (261). Ένας μεγάλος όγκος δημοσιευμένων μελετών που περιγράφουν το παράδοξο φύλου (*theory of gender paradox*) στην αυτοκτονική συμπεριφορά ανέφεραν τον αυξημένο αριθμό προσπαθειών αυτοκτονίας από τις γυναίκες. Όπως προαναφέρθηκε, οι γυναίκες είναι 4 φορές πιο πιθανό να έχουν αυτοκτονικές σκέψεις και να κάνουν απόπειρες, ενώ οι άνδρες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο μοιραίων αυτοκτονιών. Αυτή η ασυμφωνία μπορεί να αποδοθεί σε παράγοντες κινδύνου που θεωρούν ότι επηρεάζουν άντρες και γυναίκες ασθενείς με εντελώς διαφορετικό τρόπο (22).

Ο λόγος για αυτό το φαινόμενο που παρουσιάστηκε ως gender paradox από τους Canetto & Schakimofsky (1998) δεν είναι ξεκάθαρος, αλλά μπορεί να έχει σχέση με τη μεγαλύτερη αναζήτηση βοήθειας των γυναικών, σε αντίθεση με τους άνδρες που αποφεύγουν να εκφράζουν αίσθημα κατάθλιψης και να επικοινωνούν με επαγγελματίες (261). Άλλωστε, όπως αναφέρεται από τους Walinder & Rutz (2001) το μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων που πάσχουν από κατάθλιψη και επισκέπτονται τον γιατρό τους είναι στην πραγματικότητα γυναίκες (263). Έτσι, η παράλειψη να σημειωθεί ακριβώς ποιος είναι αυτός που επισκέπτεται τον γιατρό του και τους λόγους για αυτό, η κατάθλιψη των αντρών παραβλέπεται. Οι ερευνητές στην περίπτωση της πρόληψης της αυτοκτονίας λαμβάνοντας υπόψη την εθελοντική πτυχή της αναφοράς των ψυχικών ασθενειών, αποκλείουν το ενδεχόμενο ότι οι περισσότεροι άνδρες δεν θα αναζητήσουν βοήθεια σε περίπτωση κατάθλιψης καθώς η αναζήτηση βοήθειας σημαίνει “ανδρική αποτυχία” (263). Όπως αναφέρεται από τους Davies & Waldon (2003) “οι άντρες αντί να επιδιώξουν παρηγοριά και επαγγελματική βοήθεια όπως οι γυναίκες, αναζητούν λύσεις”.

Οι ανησυχίες σχετικά με το ποιος πραγματικά αναζητά βοήθεια έχει σημαντικές επιπτώσεις όχι μόνο στο ζήτημα της κατάθλιψης αλλά και σε σχέση με τα ευρύτερα ζητήματα φύλου στην αυτοκτονία. Και τα δύο φύλα αγωνίζονται με τις ψυχικές διαταραχές και την αυτοκτονικότητα και παρατηρείται ότι η συναισθηματική αναταραχή και ο τρόπος με τον οποίο «εκφράζεται» δεν είναι από προεπιλογή θηλυκού γένους και ούτε το καθήκον της αναγνώρισης σημείων συναισθηματικής δυσφορίας είναι ουδέτερο από πλευράς φύλου. Ίσως αυτό που πρέπει να αναγνωριστεί ρητά είναι ότι ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβανόμαστε την ψυχική και συναισθηματική δυστυχία στο πλαίσιο της κατάθλιψης είναι ήδη συνδεδεμένος με τους κανόνες των φύλων (262).

Επίσης, οι Canetto & Sakimofsky (1998) υποστήριξαν ότι τα χαμηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας των γυναικών μπορεί να αποτελούν το αποτέλεσμα θεραπειών κατάθλιψης που είχαν επιτυχία, δηλαδή οι γυναίκες μπορεί να είναι τόσο αυτοκτονικές όσο οι άνδρες, αλλά υψηλότερα ποσοστά παρέμβασης και θεραπείας μειώνουν τα ποσοστά αυτοκτονίας (262). Με αυτή την έννοια, η αυτοκτονική συμπεριφορά των γυναικών δεν είναι εγγενώς παθητική. Αντίθετα, η

διαχείριση της πρόληψης των αυτοκτονιών στην περίπτωση τους μπορεί να έχει σχέση με τα ποσοστά των ολοκληρωμένων αυτοκτονιών. Ως εκ τούτου δεν είναι τόσο πολύ που η αυτοκτονία είναι είτε αυτονόητα παθητική ή ενεργή. Αντίθετα, η ερμηνεία της παθητικότητας και της δραστηριότητας, όπως υποστηρίζει ο Foucault (1967), έχει να κάνει περισσότερο με τη διαχείριση και τη θεραπεία της κατάθλιψης στη γνώση των συναισθημάτων στη ψυχολογία (264). Ίσως τότε να υπάρχει η ερώτηση αν ο διχοτομικός τρόπος με τον οποίο ερμηνεύονται οι διαφορές στην αυτοκτονία έχει σχέση με το πώς τα άτομα, που εργάζονται στην πρόληψη της αυτοκτονίας, ερμηνεύουν το φύλο στην αυτοκτονία.

Το παράδοξο των διαφορών μεταξύ των φύλων σχετικά με την αυτοκτονική συμπεριφορά απασχολεί τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και τους ερευνητές πολλές δεκαετίες. Υπό το πρίσμα των υφιστάμενων ο Hawton (2000) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι αιτιώδεις και προστατευτικοί παράγοντες της αυτοκτονίας έχουν αλλάξει σε διαφορετικό δρόμο και στα δύο φύλα και η κατασκευή **ρόλων φύλου (gender roles)** μπορεί να εξηγήσει τα αυξημένα ποσοστά αυτοκτονίας στους άνδρες (265). Γενικά, από πολλές πηγές αναγνωρίζεται ότι η ηλικία, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η ιστορία προσπαθειών αυτοκτονίας και οι σωματικές και ψυχικές ασθένειες είναι οι κύριοι παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με την αυτοκτονία, όπου οι άνδρες και οι γυναίκες διαφέρουν (24).

Αναλυτικότερα, έχει αναφερθεί ότι εξαιτίας των πολιτισμικών αντιλήψεων σχετικά με την αρρενωπότητα και την αυτοκτονία υπάρχουν λιγότερες αναφορές στις μη θανατηφόρες προσπάθειες αυτοκτονίας των ανδρών. Υπάρχουν αναφορές δηλαδή ότι οι άνδρες ανησυχούν περισσότερο από τις γυναίκες για την κοινωνική αποδοκιμασία σχετικά με τις αυτοκτονικές σκέψεις και συμπεριφορές τους. Οι μελέτες που διεξάγονται στις ΗΠΑ δείχνουν ότι οι άντρες είναι ιδιαίτερα επικριτικά και νιώθουν άβολα όταν βρίσκονται με άτομα που παρουσιάζουν αυτοκτονική συμπεριφορά, ιδιαίτερα όταν το άτομο αυτό είναι αρσενικού γένους αντίστοιχα. Αυτές οι πολιτισμικές αντιλήψεις για τους άνδρες και η αυτοκτονική συμπεριφορά επηρεάζουν πιθανώς τους ερευνητές, οι οποίοι μπορεί να είναι λιγότερο εξοικειωμένοι και λιγότερο εξειδικευμένοι στην αναγνώριση των αυτοκτονικών κλίσεων στους άνδρες (262). Στις ΗΠΑ και τον Καναδά, τα ποσοστά μη

θανατηφόρου αυτοκτονικής συμπεριφοράς σε άνδρες μπορεί να υποτιμηθούν λόγω της συνδυασμένης επίδρασης της ανεπαρκούς αναφοράς των αυτοκτονικών αρσενικών λόγω του φόβου κοινωνικού στιγματισμού καθώς και της ανεπαρκούς αναφοράς από ερευνητές οι οποίοι μπορεί να χάσουν κάποιες αναφορές αυτοκτονικής συμπεριφοράς των ανδρών. Η θεωρία του gender paradox στην αυτοκτονική συμπεριφορά εκτός από την μειωμένη επικράτηση μη θανατηφόρας αυτοκτονικής συμπεριφοράς σε άντρες, τόνισε και την παρουσία σημαντικής διαφοράς στον επιπολασμό της θνησιμότητας από αυτοκτονία στους άντρες που ξεπερνά εκείνη των γυναικών στις δυτικές χώρες (266).

Πολλές εξηγήσεις για την θεωρία του gender paradox έχουν αναφερθεί στη βιβλιογραφία μέχρι και σήμερα. Σύμφωνα με τον Moscicki, μια εξήγηση για τη συνεκτίμηση των διαφορετικών ποσοστών φύλου μπορεί να είναι οι διαφορές φύλου στην κοινωνικοποίηση. Ο Moscicki περιγράφει την προηγούμενη εργασία του Canetto υποδεικνύοντας ότι τα αποκλινόμενα πρότυπα αυτοκτονικής συμπεριφοράς σε γυναίκες και άνδρες στις ΗΠΑ σχετίζονται με τη συσχέτιση της θηλυκότητας και της μη θανατηφόρας αυτοκτονικής συμπεριφοράς και τη συσχέτιση της αρρενωπότητας και θανατηφόρας αυτοκτονίας. Η δεύτερη θεωρία που αναφέρεται από τον Moscicki (1994) δηλώνει ότι το παράδοξο του φύλου στην αυτοκτονική συμπεριφορά μπορεί να είναι ένα τεχνούργημα των διαφορών μεταξύ των δύο φύλων στην αναφορά της αυτοκτονικότητας. Επειδή οι γυναίκες δίνουν πιο ακριβείς απολογισμούς για την ιστορία της υγείας τους από τους άνδρες, θεωρείται ότι είναι επίσης πιο ικανές και / ή πρόθυμες να αναφέρουν την αυτοκτονική τους συμπεριφορά (267).

Επιπρόσθετα, μια ακόμη αρκετά σημαντική θεωρία για το παράδοξο φύλου στην αυτοκτονία, που συζητήθηκε εκτενώς είναι αυτή των «διαφορών φύλου στην κοινωνικοποίηση» (267). Βασίζεται στη θεωρία ότι υπάρχουν διαφορές φύλου στις αποδεκτές πολιτιστικά αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές. Συγκεκριμένα, η αυτοκτονία αντιμετωπίζεται ως αρσενική συμπεριφορά, όπως το αλκοόλ και η παράνομη κατάχρηση ουσιών (268). Στις ΗΠΑ η δολοφονία μπορεί να θεωρηθεί ως μια σχετικά ισχυρή πράξη για έναν άντρα ως απάντηση σε μια ασθένεια εξασθένισης ή μια σοβαρή αποτυχία επίτευξης. Αντίθετα, η "απόπειρα

αυτοκτονίας" θεωρείται θηλυκή. Είναι μια συμπεριφορά που αντιμετωπίζεται αρνητικά, ιδιαίτερα από τους άντρες, αλλά αυτή που αναμένεται στις γυναίκες, σε ορισμένες περιπτώσεις. Για παράδειγμα, η "απόπειρα αυτοκτονίας" μπορεί να θεωρηθεί ως μια κατανοητή "γυναικεία" απάντηση σε προβλήματα σχέσεων, ιδιαίτερα σε χωρισμούς και διαζύγια. Σύμφωνα με τη θεωρία της «κοινωνικοποίησης», το παράδοξο του φύλου στην επιδημιολογία της αυτοκτονικής συμπεριφοράς απορρέει από αυτές τις συμπεριφορές αυτοκτονίας. Αναφέρεται ότι οι γυναίκες και οι άνδρες θα τείνουν να υιοθετούν τις αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές που είναι σύμφωνες με τα σενάρια φύλου των πολιτισμών τους. Για παράδειγμα, στις ΗΠΑ οι καταχρήσεις αλκοόλ μπορεί να είναι η ανδρική εναλλακτική λύση για την "απόπειρα αυτοκτονίας", δεδομένου του στίγματος που συνδέεται με την ρητή μη θανατηφόρα αυτοκτονική συμπεριφορά (262).

Εν κατακλείδι, οι μειωμένες πιθανότητες ζωής, ιδίως η απώλεια εργασίας και η μακροχρόνια ανεργία (η οποία είναι ακόμη πιο σημαντική για τον άνδρα από ό,τι για τη γυναικεία ταυτότητα), μάλλον αποδίδεται σε προσωπική αποτυχία από ό,τι θεωρείται κοινωνικό πρόβλημα, με αποτέλεσμα τα προβλήματα ταυτότητας, μείωσης του ελέγχου, απελπισίας και κατάθλιψης. Οι άντρες ανταποκρίνονται σε αυτό με ακατάλληλες στρατηγικές αντιμετώπισης, που προκαλούνται από κανόνες παραδοσιακής αρρενωπότητας ή σύγχυσης που προκύπτουν από τη σύγκρουση ρόλων (gender roles) μεταξύ φύλου (συναισθηματική έλλειψη έκφρασης, έλλειψη αναζήτησης βοήθειας, επιθετικότητα, συμπεριφορά ανάληψης κινδύνου, βία, κατάχρηση οινόπνευματος και ναρκωτικών και αυτοκτονία) (261). Το ανδρικό φύλο είναι βιολογικό αποτέλεσμα, αλλά η αρρενωπότητα αντιπροσωπεύει ένα κοινωνικό κατασκεύασμα που μπορεί να αλλάξει προκειμένου να βελτιωθεί η αντίδραση στο άγχος μεταξύ των ανδρών και να μειωθούν τα υψηλά ποσοστά αυτοκτονίας και πρόωρου θανάτου.

Παράγοντες προσωπικότητας που συμβάλλουν στον αυτοκτονικό ιδεασμό και στις απόπειρες αυτοκτονίας.

Οι απόπειρες αυτοκτονίας φαίνεται να είναι αποτέλεσμα πολύπλοκης αλληλεπίδρασης βιολογικών, γενετικών, ψυχολογικών, κοινωνικό- πολιτισμικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Οι ψυχολογικοί παράγοντες, όπως τα δυσάρεστα γεγονότα της ζωής, η προσωπικότητα, η παρορμητικότητα και η βία ενός ατόμου, καθορίζουν τη συμπεριφορά του και οδηγούν σε στιγμιαίες αποφάσεις για απόπειρα αυτοκτονίας. Όταν ένα άτομο αντιμετωπίζει μια απογοήτευση, στην περίπτωση που δυσκολεύεται να την αντιμετωπίσει μπορεί να αναπτύσσει άγχος, κατάθλιψη, απελπισία, έλλειψη αξίας και να παρουσιάσει αυτοκτονική συμπεριφορά (269).

Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας είναι ψυχολογικές μεταβλητές που μπορούν να σχετίζονται με την αυτοκτονική συμπεριφορά από θεωρητικές και ερευνητικές πρακτικές. Διάφορες μελέτες έχουν περιγράψει την ύπαρξη των σημαντικών σχέσεων μεταξύ των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και της αυτοκτονικής συμπεριφοράς σε κλινικούς και μη κλινικούς πληθυσμούς (270). Σύμφωνα με το μοντέλο των 5- μεγάλων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ταξινομούνται σε 5 κατηγορίες : **Νευρωτισμός (Neuroticism), Εξωστρέφεια (Extraversion), Δεκτικότητα σε εμπειρίες (Openness), Το να είσαι αρεστός (Agreeableness) και Ευσυνειδησία (Conscientiousness)** (271). Κάθε παράγοντας αποτελείται από μία ομάδα από πιο ειδικά γνωρίσματα που σχετίζονται μεταξύ τους και αυτό το μοντέλο παρουσιάζει μια περιεκτική περιγραφή της δομής της προσωπικότητας (272).

Η προσωπικότητα μπορεί να είναι ένας κρίσιμος προγνωστικός παράγοντας της αυτοκτονίας, καθώς τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας σχηματίζονται στην νεαρή ενηλικίωση και παρουσιάζουν σταθερότητα καθ' όλη τη διάρκεια ζωής (273). Ο προσδιορισμός των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας που δείχνουν κάποια συσχέτιση με την αυτοκτονική συμπεριφορά μπορεί να συμβάλει στις προσπάθειες πρόληψης μέσω του καθορισμού ομάδων υψηλού κινδύνου πριν από την εμφάνιση μιας οξείας κρίσης αυτοκτονίας. Η ταυτοποίηση συγκεκριμένων συνιστωσών των πέντε παραγόντων προσωπικότητας που σχετίζονται με την ανάπτυξη

συγκροτημάτων που σχετίζονται με αυτοκτονία μπορεί να δώσει κάποια εικόνα για την αιτιολογία της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Τέτοιες πληροφορίες σχετικά με τον προσδιορισμό των παραγόντων προσωπικότητας μπορούν επίσης να βοηθήσουν στην ανάπτυξη κατάλληλων παρεμβάσεων και θεραπευτικών στρατηγικών σχεδιασμένων για τη θεραπεία ατόμων που εκφράζουν αυτοκτονική συμπεριφορά (274). Τις τελευταίες δεκαετίες έχει αναφερθεί ότι οι άνθρωποι που επιχειρούν ή αυτοκτονούν έχουν μια συγκεκριμένη ατομική προδιάθεση, μέρος της οποίας δίνεται από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, ιδιαίτερα παρορμητικές- επιθετικές συμπεριφορές. Αρκετές μελέτες αναφέρουν μια υψηλή συσχέτιση μεταξύ αυτοκτονίας, παρορμητικότητας και βίας με τους άντρες να αναφέρονται ως περισσότερο βίαιοι (275).

Μεγάλος αριθμός μελετών εδώ και δεκαετίες εστίασε στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ατόμων με αυτοκτονική συμπεριφορά τονίζοντας ότι συμβάλλουν στον αυτοκτονικό ιδεασμό αλλά και στην εκτέλεση της απόπειρας αυτοκτονίας, με ιδιαίτερη αναφορά στο **Νευρωτισμό**. Ο νευρωτισμός είναι ένα σταθερό χαρακτηριστικό προσωπικότητας στο οποίο οι ασθενείς παρουσιάζουν προδιάθεση να βιώσουν διανοητική διάσπαση σε αγχωτικό γεγονός και εκείνα τα άτομα που σημειώνουν υψηλό βαθμό νευρωτισμού είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν άγχος, ανησυχία, φόβο, θυμό, απογοήτευση, φθόνο, ζήλια, ενοχές, καταθλιπτική διάθεση και μοναξιά (275). Ο Νευρωτισμός έχει βρεθεί να αποτελεί υποκείμενο παράγοντα για κλινική και μη κλινική κατάθλιψη η οποία συνδέεται με την αυτοκτονία (276).

Μια από τις μελέτες διεξήχθησαν παρουσίασε ότι τα συμπτώματα της κατάθλιψης και του αυτοκτονικού ιδεασμού είχαν θετική σχέση με τον νευρωτισμό και τη δεκτικότητα σε εμπειρίες, ενώ μόνο η κατάθλιψη είχε αρνητική σχέση με την εξωστρέφεια. Αναλυτικότερα, 219 ενήλικοι φοιτητές συμπλήρωσαν το NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) για την εκτίμηση της προσωπικότητας, την κλίμακα Beck και την κλίμακα Hopkins Symptom Check List (HSCL-25) για την εκτίμηση της απελπισίας και της κατάθλιψης- αυτοκτονικότητας αντίστοιχα. Επίσης, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι αυτοκτονικές σκέψεις προβλέπονται απ' ευθείας από τον νευρωτισμό και έμμεσα από τη συνείδηση. Τόνισαν ότι ο αυτοκτονικός ιδεασμός προβλεπόταν θετικά από την κατάθλιψη και αρνητικά από την αυτό- ευσυνειδησία,

παρέχοντας έτσι περαιτέρω στοιχεία για την καθιερωμένη σχέση μεταξύ κατάθλιψης και αυτοκτονικού ιδεασμού και τονίζοντας ότι τα έντονα αισθήματα ντροπής και αμηχανίας σε κοινωνικές καταστάσεις δεν φαίνεται να οδηγούν σε αυτοκτονικές σκέψεις (277).

Επιπλέον, οι Duberstein et al. (2000) χρησιμοποίησαν το μοντέλο των 5 χαρακτηριστικών προσωπικότητας για να μελετήσουν τη σχέση μεταξύ των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Οι ερευνητές παρουσίασαν ότι ο **νευρωτισμός** είχε μια θετική σχέση με τη εξωστρέφεια και το να είσαι αρεστός είχε αρνητική σχέση με την αυτοκτονία, ενώ οι ασθενείς με αυτοκτονική συμπεριφορά παρουσίασαν υψηλή βαθμολογία στην δεκτικότητα σε εμπειρίες (278). Σημαντικά αποτελέσματα παρουσιάζει και μια νεότερη έρευνα που προσπάθησε να εξετάσει τη σχέση μεταξύ των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και των αποπειρών αυτοκτονίας σε άτομα με ή χωρίς ψυχιατρικές νόσους (279). Εξετάζοντας 196 άτομα που έκαναν απόπειρα αυτοκτονίας και βρέθηκαν σε κάποιο τμήμα του νοσοκομείου ή στην ψυχιατρική κλινική, τα ευρήματα υπέδειξαν ότι ορισμένα χαρακτηριστικά γνωρίσματα διαφέρουν μεταξύ των ατόμων που έχουν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας ανάλογα με το αν έχουν ψυχιατρικές διαταραχές ή όχι. Οι ερευνητές υποστήριξαν ότι ο νευρωτισμός είναι ένας παράγοντας κινδύνου για αυτοκτονική συμπεριφορά σε άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές, ενώ η **παρορμητικότητα** (impulsivity) (πτυχή του νευρωτισμού) είναι ένας παράγοντας κινδύνου απόπειρας αυτοκτονίας για άτομα χωρίς ψυχιατρικές διαταραχές (279). Γενικότερα, στις περιπτώσεις σύγκρισης μεταξύ των ατόμων που έχουν αυτοκτονική συμπεριφορά και ομάδων ελέγχου φαίνεται ότι τα άτομα που εκτέλεσαν απόπειρα αυτοκτονίας μπορεί να είναι περισσότερο νευρωτικοί, να παρουσιάζουν μικρότερη ευσυνειδησία, να είναι λιγότερο ανοιχτοί και λιγότερο εξωστρεφείς (280).

Ο νευρωτισμός και η χαμηλή **εξωστρέφεια** είναι τα δύο χαρακτηριστικά γνωρίσματα της προσωπικότητας που συνήθως συνδέονται με την απόπειρα αυτοκτονίας (281). Η εξωστρέφεια χαρακτηρίζεται ως μια προδιάθεση για μεγαλύτερες κοινωνικές αλληλεπιδράσεις με άλλους. Τα σημαντικά ερευνητικά στοιχεία μέχρι σήμερα δείχνουν ότι ακραίες βαθμολογίες στην εκτίμηση της προσωπικότητας αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας, και η παρουσία της

εξωστρέφειας σχετίζεται με αυτοκτονική συμπεριφορά. Ενδιαφέρουσα έρευνα πραγματοποιήθηκε πρόσφατα στη Σουηδία με 165 άτομα που έκαναν απόπειρα αυτοκτονίας χρησιμοποιώντας την κλίμακα προσωπικότητας Karolinska Scales of Personality (KSP). Τα αποτελέσματα τόνισαν ότι και τα δύο φύλα των ασθενών που αργότερα ολοκλήρωσαν την αυτοκτονία παρουσίασαν υψηλότερη εξωστρέφεια από τους ασθενείς που δεν τελικά δεν αυτοκτόνησαν (282). Αντίθετα αποτελέσματα προβάλλονται σε μια μεταγενέστερη έρευνα στην Αυστραλία με 259 θύματα αυτοκτονίας και 181 άτομα ομάδα ελέγχου και εργαλείο την κλίμακα NEO-PI. Η μελέτη κατέληξε στην παρουσία υψηλότερων μέσων βαθμολογιών στο νευρωτισμό και την δεκτικότητα σε νέες εμπειρίες και χαμηλότερες βαθμολογίες στην εξωστρέφεια και την τάση το άτομο να είναι αρεστό στις περιπτώσεις των θυμάτων αυτοκτονίας. Σημαντικό βέβαια είναι το γεγονός ότι η μεθοδολογία των δύο προαναφερθέντων μελετών είναι σημαντικά διαφορετική, ωστόσο αξιόλογος αριθμός ερευνών έχει αναφέρει ότι η εξωστρέφεια σχετίζεται με τον κίνδυνο αυτοκτονίας (275).

Επίσης σε σημαντικό αριθμό μελετών αναφέρεται ότι η **παρορμητικότητα/επιθετικότητα** (impulsivity/ aggression) είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου αυτοκτονίας και είναι επίσης τυπικά παρών σε ασθενείς με διαταραχές προσωπικότητας, διαταραχές χρήσης ουσιών και διπολική διαταραχή (283). Η επιθετικότητα αναφέρεται σε ένα ευρύ φάσμα συμπεριφορών με σκοπό τη βλάβη του ατόμου και εντοπίζεται σε άτομα με προδιάθεση να συμπεριλάβουν στη συμπεριφορά τους βία, σαρκασμό σε πράξεις ή αποτρεπτικές καταστάσεις. Η παρορμητικότητα περιλαμβάνει ανώριμες αντιδράσεις, κακό σχεδιασμό, ανάληψη κινδύνου και προτίμηση για άμεση ανταμοιβή που επιφέρει επιβλαβή αποτελέσματα (284). Έτσι, είναι λογικό οι ερευνητές να υποθέτουν ότι η παρορμητικότητα και η αυτοκτονική συμπεριφορά συσχετίζονται, επειδή τα παρορμητικά άτομα ενδέχεται να είναι πιο πιθανό να εφαρμόσουν έναν αυτοκτονικό ιδεασμό (174). Η ενεργητική επιθετικότητα έχει συσχετιστεί με την ελάττωση της προκαλούμενης από σεροτονίνη εγκεφαλική δραστηριότητα, τη διαπροσωπική απόρριψη και ένα πρότυπο συναισθηματικής διάσπασης στο πλαίσιο διαπροσωπικών δυσκολιών και άλλων αγχωδών συμβάντων ζωής, που μπορούν να οδηγήσουν σε αυτοκτονία (285).

Ο ανεπαρκής έλεγχος των επιθετικών παρορμήσεων μπορεί να είναι ένας μεγαλύτερος δείκτης για παρορμητική απόπειρα αυτοκτονίας. Μια σημαντική ανασκόπηση από τους McGirr et al. (2007) εξέτασε στοιχεία που υποδηλώνουν ότι η παρορμητικότητα/ επιθετικότητα αυξάνει τον κίνδυνο της αυτοκτονίας και στις περιπτώσεις που δεν είναι συνέπεια μιας ψυχιατρικής διαταραχής. Παρόλο αυτά, δεν συνδέονται όλες οι αυτοκτονίες με εκδήλωση παρορμητικής/ επιθετικής συμπεριφοράς ως στοιχείο της προσωπικότητας και οι επιστήμονες του κλάδου αυτού οφείλουν να δώσουν περαιτέρω προσοχή στις περιπτώσεις αυτοκτονίας και χωρίς την παρουσία του συγκεκριμένου στοιχείου προσωπικότητας (286).

Η **απελπισία** (hopelessness) έχει επίσης θεωρηθεί βασικός παράγοντας που συνδέει την κατάθλιψη με την αυτοκτονία με τις έρευνες να υποστηρίζουν το ρόλο της απελπισίας ως κεντρικής σημασίας στην ανάπτυξη και προδιάθεση του αυτοκτονικού ιδεασμού (277). Έτσι, έρευνα προσπάθησε να εξετάσει το ρόλο της απελπισίας, της τελειομανίας και της αρνητικής γνωστικής προκατάληψης σε 121 ασθενείς με κατάθλιψη, 6 μήνες μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο. Η γνωστική προκατάληψη οδήγησε σε αυξημένη απελπισία η οποία με τη σειρά της οδήγησε σε υψηλότερο αυτοκτονικό ιδεασμό (287). Μάλιστα, έχει αναφερθεί ότι η απελπισία μπορεί επίσης να αποτελεί μεσολαβητή, συμβάλλοντας στην σχέση της γνωστικής μεροληψίας, του άγχους και της επίλυση προβλημάτων με τον αυτοκτονικό ιδεασμό. Νεότερη μελέτη που συνέκρινε άτομα που έπρατταν επαναλαμβανόμενες απόπειρες αυτοκτονίας με άτομα που παρουσίασαν μόνο ένα επεισόδιο, διαπίστωσε ότι τα άτομα με τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια είχαν υψηλότερες βαθμολογίες στην απελπισία και την παρορμητικότητα (288). Συγκεκριμένα, αρκετές μελέτες έχουν επιστήσει την προσοχή τους στα αποτελέσματα που τονίζουν ότι η απελπισία σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο επαναλαμβανομένων περιστατικών απόπειρας αυτοκτονίας (289). Ωστόσο, σε πρόσφατη μελέτη οι Stringer et al. (2017) μετά από προσαρμογή της κατάθλιψης δεν βρήκαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ απελπισίας και επαναλαμβανόμενων αποπειρών αυτοκτονίας (290).

Σχετικά με τις **αυτοκτονίες** (lethal attempt) έχουν γίνει κάποιες μελέτες που εξετάζουν την προσωπικότητα σε σχέση με τα αποτελέσματα της αυτοκτονίας αλλά ο όγκος των μελετών παραμένει μικρός λόγω προφανών ερευνητικών δυσκολιών.

Τα ευρήματα που σχετίζονται με την αυτοκτονία και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του μοντέλου των 5 παραγόντων είναι αρκετά αμφιλεγόμενα (280). Διεξάγοντας δύο μελέτες το 2006 και το 2009 ο Voracek αρχικά διαπίστωσε μια σημαντική σχέση μεταξύ των ποσοστών θανάτων από αυτοκτονία με χαμηλή ευσυνειδησία και του να είσαι αρεστός, ενώ αντίστοιχα κατέδειξε μια θετική σχέση μεταξύ νευρωτισμού και ιστορικών και σύγχρονων ποσοστών αυτοκτονίας σε επίπεδο κράτους στις ΗΠΑ μέσω της σύγκρισης ενός μεγάλου αντιπροσωπευτικού δείγματος δεδομένων αυτοκτονίας (291). Ωστόσο, οι Lester & Voracek (2013) ισχυρίστηκαν ότι η σχέση μεταξύ του μοντέλου προσωπικότητας και των αποτελεσμάτων αυτοκτονίας μπορεί να διαφέρει μεταξύ μη θανατηφόρων αποτελεσμάτων (αυτοκτονικός ιδεασμός και απόπειρες αυτοκτονίας) και αυτοκτονίας (θάνατος με αυτοκτονία) καθώς δεν εντόπισαν κάποια σχέση μεταξύ του μοντέλου προσωπικότητας και της αυτοκτονικής συμπεριφοράς (292).

Έτσι, κάθε μεταβλητή του μοντέλου των 5 παραγόντων μπορεί να σχετίζεται με διαφορές μεταξύ των ατόμων που κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας και αυτών που τελικά αυτοκτονούν. Σε μια έρευνα των Useda et al. (2007) βρέθηκε ότι αυτοί που κάνουν απόπειρα έχουν υψηλότερη βαθμολογία στο νευρωτισμό ενώ οι Tsoh et al. (2005) βρήκαν ότι αυτοί που ολοκληρώνουν την αυτοκτονία έχουν χαμηλότερο νευρωτισμό (293). Όμοια, ο Beautrais (2004) σε δείγμα που ακολούθησε για 5 χρόνια μετά από σοβαρή απόπειρα αυτοκτονίας παρατήρησε ότι αυτοί που πραγματοποίησαν περαιτέρω προσπάθειες αυτοκτονίας ήταν σημαντικά πιο νευρωτικοί αλλά και ότι οι παράγοντες προσωπικότητας δεν σχετίζονταν με την επακόλουθη αυτοκτονία (294).

Μεταγενέστερα όμοια με τους Tsoh et al. (2005) βρέθηκε ότι τα υψηλά ποσοστά αυτοκτονίας τείνουν να συνδέονται με χαμηλότερο νευρωτισμό και τάση του να είναι το άτομο αρεστό. Το συγκεκριμένο εύρημα είναι αρκετά σημαντικό καθώς επιδεικνύει ότι χαμηλότερος νευρωτισμός και τάση το άτομο να είναι αρεστό μπορεί να είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου για αυτοκτονία αλλά όχι για αυτοκτονικό ιδεασμό ή απόπειρα αυτοκτονίας. Οι ερευνητές προσπάθησαν να εξηγήσουν το συγκεκριμένο φαινόμενο υποστηρίζοντας ότι επιρρεπή στην αυτοκτονία με λιγότερο βαθμό νευρωτισμού ενδέχεται να έχουν και να παρουσιάζουν λιγότερα αρνητικά συναισθήματα και κατά συνέπεια να τραβούν

λιγότερη προσοχή και ανησυχία από άλλους, αυξάνοντας έτσι τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Αντίθετα, άτομα επιρρεπή στην αυτοκτονία με μεγαλύτερο βαθμό νευρωτισμού, με τα πιο προβληματικά τους συναισθήματα, σκέψεις και συμπεριφορές, θα μπορούσαν να ασχοληθούν περισσότερο με την επίδειξη των προβλημάτων τους και την αναζήτηση κοινωνικής και επαγγελματικής στήριξης γεγονός που μειώνει τελικά τον κίνδυνο αυτοκτονίας (295).

Παράγοντες προσωπικότητας και χρόνια νόσος

Η υπάρχουσα βιβλιογραφία τις τελευταίες δεκαετίες παρά το γεγονός ότι δεν είναι εκτενής, έχει αναφέρει ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας συμβάλλουν στις καταστάσεις ασθενειών και στην εξέλιξη της νόσου. Πρόσφατες αναφορές απέδειξαν ότι άλλα χαρακτηριστικά του μοντέλου των 5 παραγόντων, σε συνδυασμό με την τάση το άτομο να είναι αρεστό συνδέονται με την ασθένεια. Συγκεκριμένα, ερευνητές έχουν βρει ότι η υψηλότερη βαθμολογία νευρωτισμού και η χαμηλότερη βαθμολογία ευσυνειδησίας μπορούν να προβλέψουν τη συνολική νοσηρότητα και την αυτό- αξιολόγηση της υγείας (296).

Αναλυτικότερα, οι Charman et al. (2013) εξέτασαν τη σχέση μεταξύ της προσωπικότητας και της ασθένειας που εκτιμάται από ιατρούς σε μια προοπτική μελέτη 4 ετών σε ασθενείς πρωτοβάθμιας φροντίδας άνω των 65 ετών. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το NEO-Five Factor Inventory (NEO-FFI) για την αξιολόγηση της προσωπικότητας και την κλίμακα Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) για την εκτίμηση της κατάθλιψης. Κατά την έναρξη της έρευνας και μετά από τετραετή παρακολούθηση, ένας γιατρός ολοκλήρωσε τη Κλίμακα Αθροιστικής Ικανότητας βάσει ιατρικών αρχείων. Η ανάλυση εμφάνισε ότι τα άτομα με υψηλότερη βαθμολογία στην ευσυνειδησία εισήλθαν στη μελέτη με καλύτερη υγεία και διατήρησαν αυτό το πλεονέκτημα σε όλη την διάρκεια της προοπτικής μελέτης. Επίσης, φάνηκε να μπορούν να απολαμβάνουν καλύτερη υγεία χάρη στην πιο προσεκτική αξιολόγηση των κινδύνων της υγείας. Επιπλέον, η υψηλότερη βαθμολογία στο νευρωτισμό συσχετίστηκε με υψηλότερο μέσο όρο επιβάρυνσης από την ασθένεια κατά τη διάρκεια της μελέτης και τέλος διαπιστώθηκε ότι ο ρυθμός μείωσης της υγείας ήταν κατά περίπου 33% ταχύτερος κατά τη διάρκεια της

μελέτης σε σύγκριση με σχετικά χαμηλά επίπεδα σε σύγκριση με τα σχετικά υψηλά στην περίπτωση της τάσης του ατόμου να είναι αρεστό (296).

Η σχέση μεταξύ της προσωπικότητας και της ασθένειας έχει τυπικά θεωρηθεί ως παράγοντας πρόβλεψης της εμφάνισης της νόσου αλλά υπάρχει και υποψία των επιστημόνων ότι η ασθένεια μπορεί να επηρεάσει την ανάπτυξη της προσωπικότητας. Μια ξαφνική αλλαγή στην προσωπικότητα ή άλλοι ψυχολογικοί παράγοντες μπορεί να είναι από τους πρώτους δείκτες μιας νόσου και μόλις θεραπευτεί η οξεία φάση, οι ψυχολογικές αλλαγές που σχετίζονται με τη νόσο μπορούν να επανέρθουν στο φυσιολογικό. Αντίθετα, τα άτομα που πάσχουν από χρόνια νοσήματα μπορεί να αντιμετωπίσουν μόνιμες αλλαγές στην προσωπικότητά τους (297). Παρά το γεγονός ότι σημαντικές θεωρίες προσωπικότητας αναφέρουν ότι τα χαρακτηριστικά είναι επιδεκτικά σε τροποποίηση μόνο σχετικά νωρίς στη ζωή, υπάρχουν δημοσιεύσεις που υποστηρίζουν ότι καθώς η χρόνια νόσος έχει σημαίνουσα επίδραση σχεδόν σε κάθε πτυχή της ζωής του ατόμου μπορεί να έχει σημαντική επίδραση και στην προσωπικότητα. Εκτός από τις φυσιολογικές αλλαγές που συμβαίνουν στις χρόνιες ασθένειες, η τεράστια αλλαγή του τρόπου ζωής που συνοδεύει την ασθένεια μπορεί να τροφοδοτήσει τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους (298). Παρόλο αυτά, δεν έχει καθοριστεί ακόμη αν οι δυσκολίες στην ασθένεια και η αύξηση στην επιβάρυνση της ασθένειας σχετίζονται με αλλαγές στην προσωπικότητα.

Υπό αυτό το πρίσμα, μια μελέτη που υλοποιήθηκε το 2015 υπέθεσε ότι η ανάπτυξη μιας ασθένειας θα σχετίζεται με αύξηση της παρουσίας νευρωτισμού και μείωση στην εξωστρέφεια και τη δεκτικότητα σε εμπειρίες (297). Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το Neo Personality Inventory NEO-RI-R και αξιολογήθηκε η κατάσταση της υγείας τους με τη βοήθεια του Charlson Comorbidity Index, όπου αναγνωρίστηκαν στο σύνολο 19 διαφορετικές ασθένειες συμπεριλαμβανομένου του διαβήτη και της ΧΑΠ. Οι ερευνητές προσπάθησαν να εξετάσουν αν η προσωπικότητα αυξάνει τον κίνδυνο της ασθένειας και αν η ασθένεια σχετίζεται με αλλαγές στην προσωπικότητα. Τα άτομα με υψηλό βαθμό νευρωτισμού και χαμηλό στην ευσυνειδησία είχαν περισσότερες πιθανότητες να ζουν ήδη με χρόνιες ασθένειες αλλά και τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά ήταν προγνωστικοί παράγοντες για την ανάπτυξη ασθενειών. Ωστόσο, η ασθένεια δεν είχε καμία σχέση

με τις αλλαγές της προσωπικότητας, καθώς τα ευρήματα παρουσίασαν μόνο μειώσεις στα χαρακτηριστικά της εξωστρέφειας και της δεκτικότητας σε νέες εμπειρίες (297). Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας τείνουν να είναι σταθερά στην ενηλικίωση και αυτή η σταθερότητα υποδηλώνει ότι η κανονιστική τροχιά είναι ανθεκτική στις αλλαγές (299).

Ειδικό Μέρος

Σκοπός της παρούσας μελέτης

Ο κύριος σκοπός της μελέτης αυτής είναι να εξετάσουμε την αυτοκτονική συμπεριφορά σε ασθενείς με χρόνια σωματικά νοσήματα και να διερευνήσουμε τους πιθανούς παράγοντες κινδύνου που επηρεάζουν την αυτοκτονικότητα στους ασθενείς που πάσχουν από χρόνια σωματικά νοσήματα

Η συγχρονική (cross-sectional) μελέτη έχει τους εξής στόχους:

1) Να αξιολογηθεί η ψυχική καταπόνηση, η αυτοκτονικότητα, η αντίληψη των ασθενών για τη νόσο, η αίσθηση συνοχής, η ανθεκτικότητα αλλά και η θρησκευτικότητα των ασθενών με χρόνια σωματικά νοσήματα.

Η προοπτική (prospective) μελέτη έχει τους εξής στόχους:

1) να αξιολογηθεί η πορεία της ψυχικής καταπόνησης και της ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνια σωματικά νοσήματα, κατά τη διάρκεια ενός εξαμήνου

2) να αναγνωριστούν οι παράγοντες που σχετίζονται με την αυτοκτονικότητα στο συνολικό δείγμα αλλά και χωριστά στους ασθενείς και στην ομάδα ελέγχου

3) να αναγνωριστούν οι παράγοντες για τη βελτίωση της αυτοκτονικότητας στους ασθενείς αλλά και στην ομάδα ελέγχου

4) να εξεταστούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τη σχέση της αυτοκτονικότητας με την αντιληπτή επιρροή της κρίσης

Μεθοδολογία της έρευνας και σχεδιασμός

Η συλλογή των δεδομένων της παρούσας διδακτορικής διατριβής προήλθε από τη συμμετοχή σε δύο ερευνητικά προγράμματα που πραγματοποιήθηκαν μεταξύ του **2012-2016**. Αρχικά σημαντικός αριθμός των δεδομένων προήλθε από το πρόγραμμα δράσης α) **“ΑΡΙΣΤΕΙΑ”:** **“ABREVIATE”** **“Εφαρμόζοντας αποτελεσματικές και επωφελείς στρατηγικές ώστε να μειθούν οι έκτακτες και επείγουσες επισκέψεις ασθενών με χρόνιες σωματικές νόσους στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών”** της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων που χρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ) και από τα ελληνικά εθνικά κονδύλια μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Εκπαίδευση και Δια Βίου Μάθηση» του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) - Πρόγραμμα Χρηματοδότησης της Έρευνας ARISTEIA: Επένδυση στην κοινωνία της γνώσης μέσω του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου (Αριθμός επιχορήγησης: 1259-9380 / 7-9-2011).

Έπειτα ο μεγαλύτερος αριθμός των δεδομένων προήλθαν από το έργο β) **“Αξιολόγηση και ενίσχυση της ανθεκτικότητας στη κατάθλιψη σε άτομα με μακροχρόνιες ιατρικές καταστάσεις στην εποχή της σημερινής Ελληνικής κοινωνικής και οικονομικής κρίσης (ASSERTDEP) ”** που έχει συγχρηματοδοτηθεί από τον Ευρωπαϊκό Οικονομικό Χώρο (ΕΟΧ) 2009-2014 (ΕΟΧ GR07 / 3767) και από Εθνικά κονδύλια στο πλαίσιο του προγράμματος "Διαφορετικότητα, Ανισότητα και κοινωνική ένταξη "(Αριθμός επιχορήγησης: 132324 / 14-25 / 8/2015).

A) “ΑΡΙΣΤΕΙΑ”: “ABREVIATE”

Ο κύριος στόχος της έρευνας ήταν η ανάπτυξη αποτελεσματικών ψυχοκοινωνικών στρατηγικών για τη μείωση της ανάγκης για συχνή μη προγραμματισμένη περίθαλψη σε ασθενείς με χρόνια σωματικά νοσήματα.

Σχεδιασμός και συμμετέχοντες

Για την διεξαγωγή της έρευνας συμμετείχαν ασθενείς με τουλάχιστον μία από τις τρεις μακροχρόνιες σωματικές καταστάσεις - σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ), ρευματολογική διαταραχή (ΡΔ) και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) που επιζητούσαν μη προγραμματισμένη ή επείγουσα περίθαλψη στο τμήμα έκτακτης ανάγκης και έκτακτης ανάγκης (ΤΕΠ) του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων για περίοδο ενός έτους (9 / 2012-9 / 2013). Οι ασθενείς προσελήφθησαν διαδοχικά κατά τη διάρκεια των δειγματοληπτικών χρονικών πλαισίων όταν οι ερευνητές βρίσκονταν στα ΤΕΠ. Τα κριτήρια ένταξης ήταν ηλικίας άνω των 18 ετών και η διάγνωση ΣΔ, ΡΔ ή ΧΑΠ που επιβεβαιώθηκε από τον θεραπευτή της κλινικής ΤΕΠ με συνέντευξη / εξέταση των ασθενών και με ανασκόπηση των αρχείων και των φαρμάκων τους. Κριτήρια εξαίρεσης αποτέλεσε η αδυναμία ανάγνωσης και γραφής των ελληνικών και αδυναμία συμμετοχής λόγω οξέως ψυχωσικού επεισοδίου, επίρειας αλκοόλ ή σύγχυσης ή λόγω της σοβαρότητας της ιατρικής κατάστασης.

Η δειγματοληψία διεξήχθη από τρεις ερευνητές, δύο ψυχιάτρους και έναν κλινικό ψυχολόγο. Οι ερευνητές βρίσκονταν στα ΤΕΠ από τις 9:00 πμ έως τις 11:00 μμ. κάθε μέρα και οι ασθενείς προσλήφθηκαν σε μια διαδοχική βάση κατά τη διάρκεια αυτού του χρονικού πλαισίου. Όλοι οι ασθενείς με ΣΔ, ΡΔ ή ΧΑΠ που επισκέφτηκαν τα ΤΕΠ κατά τη διάρκεια της περιόδου δειγματοληψίας εξετάστηκαν για πιθανή συμμετοχή στην έρευνα. Οι επιλέξιμοι ασθενείς προσεγγίστηκαν από τους ερευνητές και οι συμμετέχοντες πήραν μέρος στη διαδικασία συνέντευξης και συμπλήρωσης των κλιμάκων αξιολόγησης. Όλες οι διαδικασίες ήταν σύμφωνες με τη Διακήρυξη του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου του Ελσίνκι. Η μελέτη εγκρίθηκε από την επιτροπή δεοντολογίας του νοσοκομείου (23 / 19-09-2012). Η υπογεγραμμένη συναίνεση έγινε από όλους τους συμμετέχοντες.

Συνολικά, 352 άτομα με χρόνιες σωματικές παθήσεις συμμετείχαν στη μελέτη. Το δείγμα ασθενών περιελάμβανε ασθενείς με τουλάχιστον μία από τις τρεις χρόνιες σωματικές παθήσεις: σακχαρώδη διαβήτη τύπου II (ΣΔ), ρευματολογικές διαταραχές (ΡΔ) και χρόνια πνευμονική αποφρακτική νόσος (ΧΑΠ) που αναζητούσαν περίθαλψη στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων. Από τους συμμετέχοντες της έρευνας ο μεγαλύτερος αριθμός είχε διαβήτη $N= 196$, $N= 48$ άτομα έπασχαν από ρευματολογικές παθήσεις, $N=57$ από Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια, και $N=51$ άτομα από παραπάνω από μια χρόνια ασθένεια.

Διαδικασία

Το ερευνητικό πρόγραμμα χωρίστηκε σε τρεις φάσεις:

Η **Φάση 1** περιλαμβάνει μία συγχρονική (cross-sectional) χαρτογράφηση της συχνότητας και της μορφής της αναζήτησης έκτακτης ή επείγουσας περίθαλψης από ασθενείς με 3 χρόνιες νόσους: διαβήτη, ρευματολογικές νόσους και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια κατά τη διάρκεια 12 μηνών.

Πραγματοποιήθηκε μία μελέτη κοόρτης με ασθενείς με τις 3 συγκεκριμένες νόσους (ΣΔ, ΡΔ, ΧΑΠ) που αναζήτησαν περίθαλψη στα ΤΕΠ του νοσοκομείου σε διάστημα 12 μηνών και μελετήθηκε προοπτικά ο πληθυσμός αυτός για ένα επιπλέον διάστημα 12 μηνών. Εξετάστηκε με τη Mini International Neuropsychiatric Interview οι ασθενείς με κάθε μία από τις συγκεκριμένες νόσους που προσέρχονται στα ΤΕΠ του νοσοκομείου αναζητώντας επείγουσα περίθαλψη, σε 24ωρη βάση. Μετά από πλήρη εξήγηση του προγράμματος χορηγήθηκαν επίσης ερωτηματολόγια καθώς και μία φόρμα έγγραφης συγκατάθεσης που ζητούσε την άδεια των ασθενών ώστε να εξεταστούν τα ιατρικά τους αρχεία μετά από ένα χρόνο για να ανιχνεύσουμε όλες τις επισκέψεις τους στο Νοσοκομείο ένα έτος μετά τη χορήγηση των αρχικών ερωτηματολογίων.

Η **Φάση 2** περιλαμβάνει την ανάπτυξη ενός 'κανόνα κλινικής πρόγνωσης' που ανίχνευσε ασθενείς με αυξημένες πιθανότητες να έχουν αυτοκτονική συμπεριφορά. Χορηγήθηκε σε όλους τους συμμετέχοντες ένα συντομότερο ερωτηματολόγιο για να αξιολογηθεί η κατάσταση της υγείας τους χρησιμοποιώντας

γενικές και ειδικές για τη νόσο μετρήσεις. Για να συλλεχθούν τα δεδομένα, οι ασθενείς που συμμετείχαν στη συγχρονική μελέτη αξιολογήθηκαν ξανά με συνέντευξη είτε στο νοσοκομείο είτε τηλεφωνικά 6 μήνες μετά

B) ASSERTDEP

Σχεδιασμός και συμμετέχοντες

Κύριος στόχος της έρευνας ήταν να αναπτυχθούν ψυχοκοινωνικές στρατηγικές για την ενίσχυση της ανθεκτικότητας στην κατάθλιψη σε ευάλωτους ασθενείς με χρόνια σωματικά νοσήματα που έρχονται αντιμέτωποι με την τρέχουσα Ελληνική κοινωνική και οικονομική κρίση, μέσω ενός προγράμματος εφαρμοσμένης κλινικής έρευνας.

Συμμετέχοντες

Συνολικά, 469 άτομα συμμετείχαν στη μελέτη. Το δείγμα περιελάμβανε 340 ασθενείς με χρόνιες σωματικές παθήσεις και 129 άτομα ομάδα ελέγχου (χωρίς χρόνιες σωματικές παθήσεις). Το δείγμα ασθενών περιελάμβανε ασθενείς με τουλάχιστον μία από τις τρεις χρόνιες σωματικές παθήσεις: σακχαρώδη διαβήτη τύπου II (ΣΔ), ρευματολογικές διαταραχές (ΡΔ) και χρόνια πνευμονική αποφρακτική νόσος (ΧΑΠ) που αναζητούσαν μη προγραμματισμένη ή επείγουσα περίθαλψη στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων (N = 38) ή παρακολουθούσαν φροντίδα ρουτίνας στην αντίστοιχη κλινική ειδικής παρακολούθησης (N = 302) κατά τη διάρκεια περιόδου έξι μηνών (9 / 2015-3 / 2016). Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν: αδυναμία ανάγνωσης και γραφής ελληνικών, ενεργών ψυχωσικών, μεθυσμένων ή ατόμων σε σύγχυση ή σε πολύ σοβαρή ιατρική κατάσταση. Από τους 116 ασθενείς στο τμήμα επειγόντων περιστατικών που προσεγγίστηκαν, 50 ήταν επιλέξιμοι και 38 συμφώνησαν να συμμετάσχουν (ποσοστό ανταπόκρισης 76 %). Από τους 360 ασθενείς που είχαν πληγεί από τη συνήθη φροντίδα, 350 ήταν επιλέξιμοι και 302 συμφώνησαν να συμμετάσχουν (ποσοστό απάντησης 86,3%) με τους 88 να έχουν σακχαρώδη διαβήτη, 172 ρευματολογικά νοσήματα, 7 χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και 35 άτομα

ένα συνδυασμό των ασθενειών. Επιπλέον, στην έρευνα έλαβαν μέρος άτομα χωρίς χρόνια σωματικά νοσήματα και αποτελούνταν από το νοσοκομειακό προσωπικό. Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης σε όλα τα τμήματα του νοσοκομείου και στις κλινικές μονάδες κλήθηκαν να συμμετάσχουν. Το κριτήριο αποκλεισμού ήταν αυτοαναφερόμενο χρόνιο σωματικό νόσημα (δηλ. Σακχαρώδης διαβήτης, ρευματολογικό νόσημα ή ΧΑΠ). 220 δυνητικοί συμμετέχοντες προσεγγίστηκαν, 200 ήταν επιλέξιμοι και 129 συμφώνησαν να συμμετάσχουν (ποσοστό απάντησης 64,5%).

Διαδικασία

Οι ερευνητές βρίσκονταν στο νοσοκομείο από τις 8 π.μ. έως τις 4.00 μ.μ. κάθε μέρα και οι συμμετέχοντες προσελήφθησαν διαδοχικά κατά τη διάρκεια αυτού του χρονικού πλαισίου. Τα κριτήρια ένταξης ήταν η ηλικία 18 ετών και άνω και, για τους ασθενείς, η διάγνωση ΣΔ, ΡΔ ή ΧΑΠ που επιβεβαιωνόταν από τον κλινικό ιατρό. Η δειγματοληψία διεξήχθη από τρεις ερευνητές εκπαιδευμένους ψυχολόγους (ΕΝ, ΒΠ, ΔΠ). Οι ερευνητές είχαν τουλάχιστον 4 χρόνια εμπειρίας στη διαγνωστική και κλινική εργασία στο Τμήμα Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και έχουν συμμετάσχει σε μαθήματα σχετικά με τη διαχείριση διαγνωστικών εργαλείων. Όλοι οι ασθενείς με ΣΔ, ΡΔ ή ΧΑΠ που επισκέφτηκαν τα επείγοντα ιατρεία ή κλινική παρακολούθησης κατά τη διάρκεια της περιόδου δειγματοληψίας θεωρήθηκαν άτομα για συμμετοχή στην έρευνα. Οι ερευνητές προσέγγισαν τους επιλέξιμους συμμετέχοντες και οι συναινετικοί συμμετέχοντες στη συνέχεια συμμετείχαν στη διαδικασία της συνέντευξης. Οι ερωτηθέντες ήταν τυφλοί σε βαθμολογίες των ερωτηματολογίων αυτοελέγχου, τα οποία χορηγήθηκαν την ίδια ημέρα. Όλες οι ακολουθούμενες διαδικασίες ήταν σύμφωνες με τη Διακήρυξη του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου του Ελσίνκι (World Medical Association Helsinki Declaration). Η μελέτη εγκρίθηκε από την επιτροπή δεοντολογίας του νοσοκομείου (617 / 17-09-2015). Η υπογεγραμμένη συναίνεση πραγματοποιήθηκε από όλους τους συμμετέχοντες.

Προοπτική μελέτη- Παρακολούθηση έξι μηνών

Μετά την ολοκλήρωση της συλλογής δεδομένων στο νοσοκομείο, οι ερευνητές ξεκίνησαν την επανεκτίμηση (follow up) (6 μήνες από την αρχική εκτίμηση). Δημιουργήθηκε το πακέτο των ερωτηματολογίων της επανεκτίμησης και δόθηκαν οδηγίες και εξηγήσεις από τον κύριο ερευνητή του προγράμματος για την πραγματοποίηση των follow up συνεντεύξεων. Από τον αρχικό συνολικό αριθμό 469 ατόμων που συμμετείχαν στην εκτίμηση της βασικής γραμμής, 350 συμμετείχαν στην εξαμηνιαία παρακολούθηση (ποσοστό συμμετοχής: 74,6%). Ένας ασθενής πέθανε (0,2%), 9 (1,9 %) αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στην παρακολούθηση και 109 (23,2%) δεν βρέθηκαν, καθώς ήταν κάτοικοι σε αρκετές απομακρυσμένες περιοχές της Ελλάδας και επισκέπτονταν σπάνια το νοσοκομείο.

Εργαλεία της μελέτης

Το πακέτο των εργαλείων που χορηγήθηκαν στους συμμετέχοντες περιλαμβάνει τα ακόλουθα στοιχεία: Α) Δημογραφικές πληροφορίες, Β) Οικονομική Κατάσταση Γ) Κλινικό Ιστορικό, Δ) Δομημένη Ψυχιατρική Συνέντευξη, Ε) Αυτό-συμπληρούμενες Κλίμακες.

Α. Ερωτηματολόγιο για τη συλλογή δημογραφικών στοιχείων

Για τη συλλογή των δημογραφικών πληροφοριών του δείγματος συγκεντρώθηκαν στοιχεία που αφορούσαν :

- Φύλο
- Ηλικία
- οικογενειακή κατάσταση: α) άγαμος/η, β) έγγαμος/η, γ) χήρος , δ) σε διάσταση ε) διαζευγμένος/η στ) συζεί
- επάγγελμα: α) άνεργος/η, β) οικιακά, γ) εργάτης/τρια, δ) αγρότης/τισσα ε) αυτοαπασχολούμενος/η, στ) ιδιωτικός/η υπάλληλος και ζ) δημόσιος/α υπάλληλος η) συνταξιούχος (γενικά) ι) Συνταξιούχος σε αναπηρική σύνταξη
- μορφωτικό επίπεδο: α) αναλφάβητος/η, β) μέχρι κάποιες τάξεις του δημοτικού σχολείου, γ) απόφοιτος/η δημοτικού, δ) απόφοιτος/η γυμνασίου, ε) απόφοιτος/η λυκείου, στ) φοιτητής/τρια ΤΕΙ, ζ) φοιτητής/τρια ΑΕΙ, η) απόφοιτος/η ΤΕΙ και ι) απόφοιτος/η ΑΕΙ
- Ιατρική ασφάλιση και επίπεδο ικανοποίησης της ιατρικής ασφάλισης
- Ιδιότητα στην Ελλάδα: α) Έλληνας υπήκοος , β) Μετανάστης, γ) Πρόσφυγας δ) άλλος λόγος
- Τόπος κατοικίας: α) στο κέντρο της πόλης και γύρω από αυτό , β) στα περίχωρα της πόλης, γ) σε χωριό που απέχει μέχρι 20 χλμ από το νοσοκομείο δ) σε χωριό- πόλη που απέχει από 20 μέχρι 50 χλμ από το νοσοκομείο, ε) σε χωριό – πόλη που απέχει από 50 μέχρι 100 χλμ από το νοσοκομείο στ) σε χωριό- πόλη που απέχει πάνω από 100 χλμ από το νοσοκομείο
- Τόπος κατοικίας
- Αιτία επίσκεψης στα εξωτερικά ιατρεία ή επείγοντα του νοσοκομείου
- Τρόπος προσέλευσης στο νοσοκομείο : α) ΕΚΑΒ, β) Ταξί γ) Με δικό μου μέσο

B. Συλλογή πληροφοριών για την εργασιακή και οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων

Στη συγκεκριμένη κατηγορία συλλέχθηκαν πληροφορίες που αφορούσαν :

- Απώλεια εργασίας κατά τη διάρκεια της κρίσης
- Συναίσθημα σχετικά με την ασφάλεια της θέσης εργασίας (θέση εργασίας υπό απειλή)
- Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα το 2008 (πριν την κρίση) : α) μέχρι 3000 ευρώ, β) 3000-5000, γ) 10000- 20000, δ) 20000- 40000, ε) 40000- 60000, στ) 60000- 80000, ζ) πάνω από 80000 ευρώ
- Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα το 2012 (πριν την κρίση) : α) μέχρι 3000 ευρώ, β) 3000-5000, γ) 10000- 20000, δ) 20000- 40000, ε) 40000- 60000, στ) 60000- 80000, ζ) πάνω από 80000 ευρώ
- Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα το 2015 (πριν την κρίση) : α) μέχρι 3000 ευρώ, β) 3000-5000, γ) 10000- 20000, δ) 20000- 40000, ε) 40000- 60000, στ) 60000- 80000, ζ) πάνω από 80000 ευρώ
- Μείωση οικογενειακού εισοδήματος και ποσοστό μείωσης
- Βαθμός επιρροής της οικονομικής κατάστασης τα τελευταία 2 έτη
- Υποκειμενική αξιολόγηση σχετικά με τη συσχέτιση μείωσης εισοδήματος και επίσκεψη εξωτερικών ιατρικών / επειγόντων και όχι ιδιώτη ιατρού
- Αντίκτυπο οικονομικής κρίσης στην ψυχολογία

Γ. Κλινικό Ιστορικό

Συγκεντρώθηκαν στοιχεία που αφορούσαν:

- Χρόνια νόσο πάσχοντος
- Επιπλέον χρόνια ασθένεια πάσχοντος
- Αριθμός επισκέψεων τμήματος επειγόντων περιστατικών του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου ή του Χατζηκώστα το τελευταίο έτος
- Προηγούμενη επίσκεψη σε Ψυχίατρο ή Ψυχολόγο και αιτία επίσκεψης
- Επίσκεψη σε ειδικό ψυχικής υγείας στο παρόν
- Λήψη ψυχιατρικού φαρμάκου

- Γενική φαρμακευτική αγωγή

Δ. Δομημένη Ψυχιατρική Συνέντευξη

Σε όλους τους ασθενείς πραγματοποιήθηκε ψυχιατρική συνέντευξη χρησιμοποιώντας την ελληνική εκδοχή της Διεθνούς Νευροψυχιατρικής Συνέντευξης (MINI) (300). Η MINI είναι μια δομημένη ψυχιατρική συνέντευξη που επιβεβαιώνει τη διάγνωση ψυχικών διαταραχών σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-IV ή του ICD-10. Επικεντρώνεται κυρίως στην τρέχουσα διάγνωση και περιέχει 120 ερωτήσεις για τη διαλογή 17 διαταραχών του άξονα I. Είναι πλήρως δομημένη ώστε να επιτρέπει τη χορήγηση από κλινικούς ιατρούς μετά από μια σύντομη εκπαίδευση, σχεδιάστηκε έτσι ώστε να ανταποκρίνεται στην ανάγκη σύντομης αλλά έγκυρης ψυχιατρικής συνέντευξης για επιδημιολογικές μελέτες (301). Οι ερωτήσεις της MINI έχουν δημιουργηθεί και διατυπώνονται για να επιτρέπονται μόνο οι απαντήσεις “ναι” ή “όχι”, ενώ παρέχονται παραδείγματα για τη διευκόλυνση των απαντήσεων και πρέπει να διαβάζονται λέξη προς λέξη. Χρησιμοποιώντας τη λογική των δένδρων διακλάδωσης, η MINI διαθέτει 2 έως 4 ερωτήσεις ανά διαταραχή. Ερωτήσεις πρόσθετων συμπτωμάτων εντός κάθε τμήματος διαταραχής ζητούνται μόνο εάν οι ερωτήσεις έχουν θετική απάντηση από το συμμετέχοντα. Η MINI διατίθεται τόσο σε έκδοση τύπου "χαρτί και στυλό" όσο και σε ηλεκτρονική μορφή (302).

Γενικότερα, αναφέρεται ότι οι δομημένες συνεντεύξεις που έχουν χρησιμότητα στην πράξη, πρέπει επίσης να είναι αποδεκτές από τους ασθενείς και το προσωπικό. Μια μελέτη, από τη Βραζιλία, διαπίστωσε ότι οι γενικοί ιατροί (GPs) που χρησιμοποίησαν τη MINI ήταν ικανοποιημένοι με τη συνέντευξη (303). Δύο μελέτες, από την Ιταλία και τη Νορβηγία, έδειξαν ότι η MINI ήταν θετικά αποδεκτή από τους ασθενείς και τους ερευνητές στην ψυχιατρική περίθαλψη (304). Στη Σουηδία, λίγοι γενικοί ιατροί χρησιμοποιούν τη MINI καθώς, σύμφωνα με μια ταχυδρομική έρευνα το 2011 για 300 τυχαία επιλεγμένους Σουηδούς γενικούς ιατρούς (ποσοστό ανταπόκρισης 42%), μόνο πέντε από αυτούς (4%) είχαν

χρησιμοποιήσει τη MINI. Επίσης, η συνέντευξη MINI έχει χρησιμοποιηθεί στο παρελθόν σε μελέτες με τους ασθενείς της Ελλάδας (107, 305).

Στην τρέχουσα έρευνα, σημαντική ήταν η χρήση της MINI και για την επιβεβαίωση της παρουσίας κινδύνου αυτοκτονίας. Το τμήμα της MINI που εξετάζει την αυτοκτονικότητα περιλαμβάνει τις ακόλουθες ερωτήσεις: “Κατά τον προηγούμενο μήνα: 1) νομίζατε ότι θα ήσασταν καλύτερα νεκρός ή επιθυμείτε να είστε νεκρός; 2) θέλετε να βλάψετε τον εαυτό σας; 3) σκέφτεστε την αυτοκτονία; 4) έχετε σχέδιο αυτοκτονίας; και 5) προσπαθήσατε να αυτοκτονήσετε;” Οι ασθενείς που στηρίζουν οποιαδήποτε ερώτηση σε αυτή την παράγραφο ταξινομήθηκαν ως αυτοκτονικοί κίνδυνοι, καθώς μελέτες έχουν δείξει ότι ακόμη και ασθενείς που βαθμολογούν μόνο 1 σε ερωτήσεις τύπου 0-3 Likert που εκτιμούν την αυτοκτονία ως μέρος των εργαλείων αυτό- αναφοράς μπορεί να είναι αυτοκτονικοί και συνεπώς να απαιτείται περαιτέρω αξιολόγηση (306). Μελέτες επικύρωσης και αξιοπιστίας που συνέκριναν τη MINI με εναλλακτικές διαγνωστικές δομημένες συνεντεύξεις, όπως το SCID-P και CIDI έδειξαν ότι η MINI είχε παρόμοια χαρακτηριστικά αξιοπιστίας και εγκυρότητας, αλλά μπορεί να χορηγηθεί σε μια πολύ πιο σύντομη χρονική περίοδο (307).

E. Αυτό- συμπληρούμενες κλίμακες

1. (RASS): Ο αυτοκτονικός ιδεασμός θα προσδιοριστεί από την κλίμακα Risk Assessment Suicidality Scale (RASS). Η κλίμακα (RASS) είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο μέσο που έχει αποδειχθεί πολύτιμο για την εκτίμηση του κινδύνου αυτοκτονίας στο γενικό πληθυσμό όσο και σε ψυχικά ασθενείς.
2. PHQ-9: Το PHQ-9 είναι ένα έγκυρο και αξιόπιστο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιείται για την εκτίμηση της καταθλιπτικής διάθεσης.
3. B-IPQ: Το Brief-IPQ είναι ένα σύντομο ερωτηματολόγιο που έχει σχεδιαστεί για την αξιολόγηση των αντιλήψεων που έχουν οι ασθενείς για τη νόσο τους.
4. WHOQOL-BREF1: Το WHOQOL-BREF1 είναι μία έγκυρη κλίμακα εκτίμησης της ποιότητας ζωής όπως εκφράζεται από τέσσερα πεδία (σωματική, ψυχολογική, κοινωνικό, και το περιβάλλον).
5. Sense of Coherence- Soc : Αίσθηση συνοχής
6. RS- 14: Η RS-14 είναι μια έγκυρη κλίμακα εκτίμησης της ανθεκτικότητας
7. BRIEF- RCOPE: τρόπους αντιμετώπισης του στρες μέσω της θρησκευτικότητας
8. DUREL: Θρησκευτικότητα

1. Κλίμακα για την εκτίμηση της αυτοκτονικότητας Risk Assessment Suicidality Scale (RASS)

Η κλίμακα RASS αναπτύχθηκε από τον Fountoulaki et al. (2012) με σκοπό να κατασκευαστεί ένα εργαλείο με έμφαση σε στοιχεία που περιγράφουν την ίδια τη συμπεριφορά που σχετίζεται με την αυτοκτονία και όχι σε έντονα συναφή κλινικά χαρακτηριστικά με βάση τη μελέτη γενικού πληθυσμού (308). Η Κλίμακα Suicidality Assessment Risk (RASS), είναι ένα σύντομο, αυτό-συμπληρούμενο εργαλείο αναφοράς αυτοκτονικής συμπεριφοράς με 12 στοιχεία. Μελέτες που διεξήχθησαν έδειξαν ότι αποτελεί αξιόπιστο και έγκυρο μέσο που μπορεί να αποδειχθεί πολύτιμο για την αξιολόγηση του κινδύνου αυτοκτονίας τόσο στο γενικό πληθυσμό όσο και σε ασθενείς με ψυχικά νοσήματα (308).

Η κλίμακα RASS περιέχει στοιχεία σχετικά με την Πρόθεση, τη Ζωή και την Ιστορία των προσπαθειών αυτοκτονίας, τα οποία βαθμολογούνται σε κλίμακα τύπου 0- 3 του τύπου Likert (όχι καθόλου) και τα αποτελέσματα μετασχηματίστηκαν σύμφωνα με τις υποδείξεις της μελέτης στάθμισης για χρήση στο ελληνικό πληθυσμό . Η κλίμακα RASS έχει δείξει καλή συγκλίνουσα εγκυρότητα με την κλίμακα της κατάθλιψης CES (Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D)), ειδικά με το στοιχείο # 8 (ελπίδα / απελπισία), ενώ οι γυναίκες με κατάθλιψη δεν διαφέρουν στις βαθμολογίες από γυναίκες δίχως κατάθλιψη μόνο στο στοιχείο # 1 της RASS («Φοβάσαι ότι θα πεθάνεις;»). Ο δείκτης εσωτερικής συνοχής Cronbach's alpha ήταν 0,85 για την πρόθεση, 0,69 για τη ζωή και 0,52 για την υποομάδα ιστορίας των προσπαθειών αυτοκτονίας. Οι υψηλότερες βαθμολογίες υποδηλώνουν μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονίας (308).

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. 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 (308). 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 (309).

2. Εκτίμηση της καταθλιπτικής διάθεσης (PHQ-9)

Η σοβαρότητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων αξιολογήθηκε με τη χρήση της σταθμισμένης για χρήση στο πλαίσιο της Ελληνικής έκδοσης Ερωτηματολόγιο υγείας ασθενών-9 (PHQ-9). Τα συγκεκριμένα στοιχεία καθιερώνουν μια διαγνωστική διάγνωση μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής βάσει κριτηρίων DSM-IV. Η συχνότητα των συμπτωμάτων βαθμολογείται σε κλίμακα τύπου 0-3 Likert και οι αθροισμένες βαθμολογίες κυμαίνονται από 0 έως 27 με τις υψηλότερες βαθμολογίες να υποδεικνύουν πιο σοβαρά συμπτώματα (310). Συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα ≥ 5 , ≥ 10 , ≥ 15 , αντιπροσωπεύουν ήπια, μέτρια και σοβαρά επίπεδα

βαρύτητας κατάθλιψης αντίστοιχα (311). Το ερωτηματολόγιο υγείας ασθενών 9 (PHQ-9), που περιλαμβάνει μόνο 9 στοιχεία, είναι μια σύντομη, οικονομικά αποδοτική, εύκολη βαθμολόγηση και αποδεκτή μέθοδος από τους ασθενείς τόσο για την εξέταση για κατάθλιψη όσο και για αξιολόγηση της σοβαρότητας κατάθλιψης (312). Αναπτύχθηκε το 1999 ως αυτό- συμπληρούμενη εκδοχή της έκθεσης αξιολόγησης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας για τις Ψυχικές Διαταραχές (PRIME-MD) που στοχεύουν σε κριτήρια που βασίζονται σε κριτήρια διάγνωσης όχι μόνο καταθλιπτικών επεισοδίων αλλά και άλλων διανοητικών διαταραχών που συναντώνται συνήθως στην πρωτοβάθμια φροντίδα (313).

Τα ειδικά στοιχεία του έχουν σχεδιαστεί για το καθορισμό των κριτηρίων που βασίζονται στη διάγνωση του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου σύμφωνα με το διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο διανοητικών διαταραχών, τέταρτης έκδοσης, (DSM-IV). Συγκεκριμένα τα στοιχεία αυτά προέρχονται από το DSM και σχετίζονται με 1) ανηδονία, 2) καταθλιπτική διάθεση, 3) δυσκολία στον ύπνο, 4) αίσθημα κούρασης, 5) αλλαγές στην όρεξη, 6) αίσθηση ενοχής, 7) δυσκολία συγκέντρωσης, 8) αίσθημα επιβράδυνσης ή ανησυχίας, 9) αυτοκτονικές σκέψεις (310). Η κλίμακα PHQ χρησιμοποιείται σε όλο τον κόσμο και έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες συμπεριλαμβανομένων της Γερμανικής (314), Γαλλικής (315), Ισπανικής (316), Ιταλικής (317), Αραβικής (318), Μπενγκάλι (319), Τούρκικης (320), Φλαμανδικής (321), και Ολλανδικής γλώσσας (322). Μάλιστα αρκετές μελέτες έδειξαν ότι αποτελεί έγκυρο και αξιόπιστο διαγνωστικό εργαλείο για τον εντοπισμό της κατάθλιψης σε διάφορα περιβάλλοντα και πληθυσμούς ασθενών (323). Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η Ελληνική μετάφραση της κλίμακας, η οποία που εξετάστηκε και σταθμίστηκε από τους Hyphantis et al. (2011) για χρήση σε ασθενείς με χρόνιες ρευματολογικές ασθένειες που επισκέπτονται μια τριτοβάθμια ρευματολογική κλινική και έδειξε ένα βέλτιστο κατώφλι 10 για εκτίμηση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής (107).

Μελετώντας τη βιβλιογραφία φαίνεται ότι η κλίμακα PHQ-9 χρησιμοποιήθηκε ως μέσο ανίχνευσης σε άτομα με ιατρικές παθήσεις και μια συγκεντρωτική μετα-ανάλυση 14 μελετών με 5026 ασθενείς διαπίστωσε ότι ήταν σε θέση να διαγνώσει σωστά τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (ευαισθησία 92%)

και επίσης να αποκλείσει αυτή την πάθηση με κάποια βεβαιότητα (ακρίβεια 80%) (324). Οι περισσότερες μελέτες που χρησιμοποιήθηκαν ως το βέλτιστο διαγνωστικό κατώφλι υπέθεσαν ότι η βαθμολογία ήταν 10 ή περισσότερο, αλλά υπάρχουν μελέτες στις οποίες το σημείο αναφοράς του κατωφλιού αυξήθηκε σε >11 ή > 12 για να επιτευχθεί η βέλτιστη ακρίβεια (325). Οι συγγραφείς υπογράμμισαν τη σημασία της χρήσης προσοχής όταν επιλέγεται ένα συγκεκριμένο σημείο κατωφλιού, καθώς το ίδιο κατώφλι μπορεί να μην είναι κατάλληλο σε όλες τις περιστάσεις και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι περισσότερες μελέτες που αναφέρουν δεδομένα για ένα εύρος κατωφλιών σε διάφορα περιβάλλοντα είναι απαραίτητες.

Συγκεκριμένα, σε μία ανάλυση των δεδομένων της παρούσας έρευνας που προέρχονται από το πρόγραμμα ΑΡΙΣΤΕΙΑ- abbreviate εξετάστηκε η επικράτηση της Μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής και έγινε προσπάθεια να προσδιοριστούν οι ψυχομετρικές ιδιότητες της κλίμακας PHQ-9 στη διάγνωση της ΜΚΔ σε ασθενείς με χρόνιες σωματικές παθήσεις που επισκέπτονται το τμήμα επειγόντων περιστατικών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι σε ένα βέλτιστο κατώφλι 8, η κλίμακα PHQ-9 είχε ευαισθησία 90.5% και ακρίβεια 89.4%, υποδεικνύοντας ότι η κλίμακα και στην περίπτωση που έχει κατώφλι 8, είναι ένα ακριβές, αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο για την ανίχνευση της ΜΚΔ στον πληθυσμό των ασθενών με χρόνια σωματικά νοσήματα (310).

3. Κλίμακα για την αξιολόγηση των αντιλήψεων που έχουν οι ασθενείς για τη νόσο τους (B- IPQ).

Το σύντομο ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση των αντιλήψεων των ασθενών για τη νόσο τους (B- IPQ) χρησιμοποιήθηκε στην ελληνική έκδοση. Όπως αναφέρεται σε έρευνες οι αντιλήψεις για τη νόσο σχετίζονται με την κατάθλιψη σε σωματικές ασθένειες (326). Το B-IPQ χρησιμοποιεί μια προσέγγιση ενός θέματος για να αξιολογήσει τις αντιλήψεις σε μια κλίμακα από το 0 έως το 10. Πέντε στοιχεία αξιολογούν τις γνωστικές αναπαραστάσεις της νόσου: 1) συνέπειες (πόσο επηρεάζει η ασθένειά σας τη ζωή σας;); 2) χρονοδιάγραμμα (πόσο καιρό νομίζετε ότι η ασθένειά σας θα συνεχιστεί;); 3) προσωπικός έλεγχος (πόσο έλεγχο αισθάνεστε ότι έχετε πάνω από την ασθένειά σας;); 4) ο έλεγχος της θεραπείας (πόσο πιστεύετε ότι η θεραπεία σας μπορεί να βοηθήσει την ασθένειά σας;); 5) και την ταυτότητα (πόσο

αισθάνεστε τα συμπτώματα από την ασθένειά σας;). Δύο στοιχεία αξιολογούν συναισθηματικές αναπαραστάσεις: 1) ανησυχία (πόσο ανησυχείτε για την ασθένειά σας;) και 2) τα συναισθήματα (πόσο η νόσος σας επηρεάζει συναισθηματικά;). Ένα στοιχείο αξιολογεί την 1) κατανόηση της ασθένειας (πόσο καλά αισθάνεστε ότι καταλαβαίνετε την ασθένειά σας;). Η τελευταία ερώτηση είναι ένα στοιχείο απάντησης ανοικτού τύπου στο οποίο οι ασθενείς παραθέτουν τους τρεις πιο σημαντικούς αιτιώδεις παράγοντες για την ασθένειά τους. Οι απαντήσεις μπορούν να ομαδοποιηθούν σε κατηγορίες, όπως: άγχος, τρόπος ζωής, κληρονομικότητα κλπ (327). Οι Broadbent et al. (2006) τόνισαν ότι η κλίμακα B-IPQ επιτρέπει πολύ απλή ερμηνεία των βαθμολογιών: οι αυξήσεις στις βαθμολογίες στοιχείων αντιπροσωπεύουν γραμμικές αυξήσεις της μετρηθείσας διάστασης. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το σύντομο IPQ έχει καλή αξιοπιστία εξέτασης-επανεξέτασης, και υπάρχουν μέτριες και καλές συσχετίσεις μεταξύ του σύντομου B-IPQ και του IPQ-R σε όλες τις ισοδύναμες διαστάσεις (327).

4. Κλίμακα εκτίμησης της ποιότητας ζωής WHOQOL-BREF1

Για την εκτίμηση σφαιρικά της γενικής ποιότητας ζωής, επιλέχθηκε η Κλίμακα WHOQOL-BREF, η οποία διερευνά γενικότερα θέματα, όπως τη σωματική, την ψυχική, την κοινωνική και τη σχετικά με το ευρύτερο περιβάλλον ποιότητα ζωής (328). Κάθε στοιχείο της κλίμακας μετριέται σε μία κλίμακα Likert 5 στοιχείων και οι βαθμολογίες μεταφέρονται από το 0 έως το 100. Η κλίμακα WHOQOL-BREF αποτελεί ένα διαπολιτισμικά έγκυρο εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία, με τις υψηλότερες βαθμολογίες να υποδεικνύουν καλύτερη σωματική κατάσταση (329). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ως Ποιότητα Ζωής ορίζεται η «υποκειμενική αντίληψη που έχουν οι άνθρωποι για τη θέση τους στη ζωή, μέσα στα πλαίσια των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών της κοινωνίας στην οποία ζουν και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους» (329). Ο ορισμός αυτός περιβάλλεται από εννοιολογικούς περιορισμούς, καθώς αντικατοπτρίζει την άποψη ότι η ποιότητα ζωής αναφέρεται σε υποκειμενική αξιολόγηση που είναι ενσωματωμένη σε ένα πολιτιστικό, κοινωνικό και περιβαλλοντικό πλαίσιο. Σε μια προσπάθεια να ξεπεραστούν αυτοί οι περιορισμοί,

ο WHO εισήγαγε το WHOQOL-100, ένα διαπολιτισμικά έγκυρο εργαλείο αξιολόγησης, που είναι διαθέσιμο σε διάφορες παραλλαγές που σχετίζονται με την κουλτούρα και τη γλώσσα (330).

Το WHOQOL θεωρείται έγκυρο και αξιόπιστο ερωτηματολόγιο, μάλιστα η συντομευμένη μορφή θεωρείται περισσότερο χρήσιμη και ευέλικτη για μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες και κλινικές δοκιμές (331). Συνιστάται ακόμη η χρήση του σε επαγγελματίες υγείας που εξετάζουν την αποτελεσματικότητα διαφόρων θεραπευτικών παρεμβάσεων. Η ικανότητά του να εκτιμήσει την ποιότητα ζωής έχει διαπιστωθεί σε μεγάλες μελέτες, κυρίως σε αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες, και έχει μεταφραστεί μέχρι στιγμής σε 12 γλώσσες (331). Η στάθμιση στα ελληνικά πραγματοποιήθηκε από τους Ginieri-Coccosis et al. (2001) (328). Η κλίμακα έχει ευρέως χρησιμοποιηθεί σε σωματικά ή ψυχικά ασθενείς (326, 332).

Στην παρούσα έρευνα, για την αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής επιλέχθηκε η συντομευμένη εκδοχή της Κλίμακας WHOQOL-BREF. Πρόκειται για τη συντομευμένη εκδοχή (29 ερωτήσεις) του ερωτηματολογίου WHOQOL-100. Παρέχει πληροφορίες για τέσσερις περιοχές που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής: α) τη Σωματική Υγεία, β) τη Ψυχολογική Υγεία, γ) τις Κοινωνικές Σχέσεις και δ) το Περιβάλλον. Δίνει επίσης ένα γενικό δείκτη εκτίμησης της ποιότητας ζωής και της γενικής κατάστασης της υγείας. Συγκεκριμένα, η σχετική με τη «Σωματική Υγεία» ποιότητα ζωής πραγματεύεται το κατά πόσο το άτομο ταλαιπωρείται από δυσάρεστα σωματικά ενοχλήματα, σε ποιο βαθμό διαθέτει την ενεργητικότητα και την αντοχή που χρειάζεται για να φέρνει σε πέρας τις υποχρεώσεις που έχει αναλάβει στην καθημερινή του ζωή και κατά πόσο ο ύπνος, αλλά και τυχόν προβλήματα σε αυτόν τον τομέα επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του ατόμου (329). Η σχετική με τη «Ψυχική Υγεία» ποιότητα ζωής αναφέρεται στο κατά πόσο το άτομο βιώνει θετικά συναισθήματα (χαρά, αισιοδοξία, πληρότητα κ.λ.π.) και αρνητικά συναισθήματα (θλίψη, ενοχή, άγχος, απελπισία κ.λ.π.), πραγματεύεται τη γνώμη που έχει το άτομο για την ικανότητά του να σκέφτεται, να θυμάται, να μαθαίνει και να συγκεντρώνεται, πραγματεύεται τα συναισθήματα που νιώθει το άτομο για τον εαυτό του και τέλος, αναφέρεται στη γνώμη που έχει το άτομο για το σώμα του. Η σχετική με τις «Κοινωνικές Σχέσεις» ποιότητα ζωής πραγματεύεται σε

ποιο βαθμό το άτομο αισθάνεται ότι έχει τη συντροφικότητα, την αγάπη και την στήριξη που επιθυμεί στο πλαίσιο των διαπροσωπικών του σχέσεων, σε ποιο βαθμό το άτομο αισθάνεται ότι έχει την αφοσίωση και την εκτίμηση της οικογένειας και των φίλων του και τέλος, αναφέρεται στην ανάγκη και την επιθυμία που έχει το άτομο για την ανάπτυξη σεξουαλικών σχέσεων και στο κατά πόσο εκφράζει τις σεξουαλικές επιθυμίες του. Τέλος, στη σχετική με το «Περιβάλλον» ποιότητα ζωής εξετάζεται κατά πόσο το άτομο αισθάνεται ασφάλεια και ότι δεν απειλείται από κάποιον εξωτερικό κίνδυνο, εξετάζεται η γνώμη που έχει το άτομο σχετικά με το κατά πόσο οι οικονομικοί πόροι που διαθέτει καλύπτουν τις ανάγκες του.

Επιπλέον, αναφέρεται στο χώρο όπου το άτομο ζει και στο κατά πόσο ο χώρος αυτός επηρεάζει την ποιότητα ζωής του, αναφέρεται στη γνώμη του ατόμου για τις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής πρόνοιας, που είναι διαθέσιμες στην περιοχή που κατοικεί, καθώς και στη γνώμη που έχει το άτομο σχετικά με το φυσικό περιβάλλον στο οποίο ζει. Ακόμη, διερευνά σε ποιο βαθμό το άτομο έχει την ικανότητα και τη διάθεση να αξιοποιεί τον ελεύθερο χρόνο του και να συμμετέχει σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες. Τέλος, εξετάζεται η γνώμη που έχει το άτομο σχετικά με τα μέσα μεταφοράς που έχει στη διάθεση του, δηλαδή κατά πόσο είναι εύκολο να βρίσκει και να χρησιμοποιεί διάφορα μέσα για τη μετακίνηση του (331).

5. Εκτίμηση της Αίσθησης συνοχής Sense of Coherence- Soc

Η κλίμακα εκτίμησης της Αίσθησης Συνοχής (Sense of Coherence-SOC) που επιλέχθηκε, βασίζεται στη συστημική θεώρηση, σύμφωνα με την οποία όλα τα ζωντανά συστήματα είναι ανοιχτά αλληλεπιδρούν με το περιβάλλον τους και για να γίνει κατανοητή η συμπεριφορά οποιουδήποτε οργανισμού θα πρέπει να παρατηρηθεί ως σύνολο, αφενός εστιάζοντας στις αλληλεπιδράσεις και στις αλληλεξαρτήσεις ανάμεσα στα μέρη του και στα υπερσυστήματά του και αφετέρου στην έμφυτη τάση του να αυτοκατευθύνεται (333).

Η δημιουργία της κλίμακας βασίζεται στη θεωρία του A.Antonovsky περί «προαγωγής της υγείας» (salutogenesis) και περιγράφει αυτό που εκείνος ονόμασε «αίσθηση συνοχής» (sense of coherence, SOC). Η «αίσθηση συνοχής» (SOC) είναι ένα θεωρητικό μοντέλο, που προσπαθεί να εξηγήσει γιατί μερικά άτομα

αρρωσταίνουν κατά την αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων, ενώ άλλα όχι. Η έννοια της κλίμακα SOC είναι «μια σφαιρική θεώρηση, που εκφράζει το βαθμό στον οποίο κάποιος έχει ένα συνεχές, έντονο και δυναμικό αίσθημα αυτό πεποίθησης ότι (α) τα ερεθίσματα που λαμβάνει από το εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον στην πορεία της ζωής του είναι δομημένα, προβλέψιμα και εξηγήσιμα (comprehensibility), (β) υπάρχει η δυνατότητα να αντιμετωπίσει τις απαιτήσεις που προκύπτουν από τα συγκεκριμένα ερεθίσματα (manageability) και (γ) οι απαιτήσεις αυτές αποτελούν προκλήσεις, που αξίζουν να ασχοληθεί κάποιος και να επενδύσει πάνω τους (meaningfulness)». Η αίσθηση συνοχής θεωρείται ότι εκφράζει μια σταθερή διάθεση της προσωπικότητας, που καθορίζει συγκεκριμένη στάση απέναντι στο περιβάλλον και χρησιμεύει ως μείζων μηχανισμός άμυνας για τη διατήρηση της υγείας (334).

Για την εκτίμηση της Αίσθησης συνοχής διαμορφώθηκε μια κλίμακα που μπορεί να συμπληρωθεί είτε από το ίδιο το άτομο είτε μέσω συνέντευξης. Η κλίμακα αποτελείται από 29 ερωτήματα- κάτω από κάθε ερώτημα υπάρχει μια επταβάθμια κλίμακα, στα άκρα της οποίας (1 και 7) αντιστοιχούν δύο ακραίες, αντίθετες μεταξύ τους απαντήσεις. Ο ερωτώμενος καλείται να κινηθεί σε αυτή την επταβάθμια κλίμακα και να επιλέξει το βαθμό που ανταποκρίνεται περισσότερο στις σκέψεις του. Τα ερωτήματα είναι διαμορφωμένα κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να μετρούν και τα τρία βασικά στοιχεία της αίσθησης συνεκτικότητας. Το συνολικό άθροισμα από τη βαθμολογία και των 29 ερωτημάτων είναι εκείνο που εκφράζει ποσοτικά την αίσθηση συνοχής και όσο μεγαλύτερο είναι, τόσο ισχυρότερη θεωρείται η τελευταία. Η κλίμακα έχει μεταφραστεί σε 33 γλώσσες (335). Αρκετές μελέτες έχουν χρησιμοποιήσει την SOC σε ασθενείς με ρευματολογικές παθήσεις, (336) καθώς και σε ασθενείς με σκληρόδερμα (337). Η SOC έχει μεταφραστεί και σταθμισθεί για τον Ελληνικό πληθυσμό με τις υψηλότερες βαθμολογίες να υποδεικνύουν επαρκείς πηγές για την αντιμετώπιση των πιεστικών καταστάσεων για την υγεία του ατόμου (334). Γενικότερα θεωρείται μια διαπολιτισμικά αξιόπιστη και έγκυρη για την αξιολόγηση μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων για διάφορες ψυχικές ή σωματικές ασθένειες (338).

6. Εκτίμηση της ανθεκτικότητας RS-14

Η ανθεκτικότητα (resilience) ορίζεται ως η ικανότητα επιτυχούς διατήρησης ή επαναφοράς της ψυχικής υγείας και της ευημερίας ενόψει σημαντικών αντιξοοτήτων ή κινδύνων (339). Η ανθεκτικότητα εκτιμήθηκε χρησιμοποιώντας την ελληνική έκδοση της κλίμακας 14-στοιχείων των Wagnild & Young (1993) Resilience Scale-14 (RS-14) μετά τη χορήγηση άδειας χρήσης. Η RS-14 είναι κλίμακα τύπου Likert 7 βαθμών και οι βαθμολογίες κυμαίνονται από 1 (διαφωνώ έντονα) με 7 (σίγουρα συμφωνώ), με το άθροισμα των τιμών να κυμαίνεται από το 14 έως 98. Υψηλότερες βαθμολογίες υποδεικνύουν ισχυρότερη ανθεκτικότητα. Τα αποτελέσματα που είναι μεγαλύτερα από 90 δείχνουν υψηλή ανθεκτικότητα, 82-90 μέτρια υψηλή, 65-81 μέτρια χαμηλή έως μέτρια, 64 έως 57 χαμηλή και βαθμολογίες κάτω από το 56 δείχνουν πολύ χαμηλή ανθεκτικότητα (340).

Οι Wagnild & Young (1993) ανέπτυξαν την κλίμακα ανθεκτικότητας 25 στοιχείων (RS), η οποία προσελκύει μεγάλη προσοχή και έχει χρησιμοποιηθεί σε αρκετές μελέτες (341), θεωρήθηκε επίσης ως κατάλληλο εργαλείο για την αξιολόγηση της ανθεκτικότητας σε δείγματα εφήβων (342). Επίσης, έχει αναπτυχθεί μια συνοπτική έκδοση 14 τεμαχίων RS (RS-14) που περιλαμβάνει στοιχεία της αρχικής κλίμακας RS, η οποία αξιολογεί τα πέντε βασικά χαρακτηριστικά της ανθεκτικότητας, δηλαδή την αυτοπεποίθηση, τον σκοπό ζωής, την εξομοίωση, την επιμονή και την αυθεντικότητα. Αυτός ο "πυρήνας ανθεκτικότητας" περιλαμβάνει μια αλληλένδετη συσχέτιση προστατευτικών παραγόντων που παρέχουν επαρκή προσαρμογή στο στρες, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερα αποτελέσματα μετά από έκθεση σε δυσμενείς καταστάσεις καθ' όλη τη διάρκεια ζωής (340).

Το RS-14 έχει μεταφραστεί σε πολλές διαφορετικές γλώσσες μεταξύ των οποίων τα Αραβικά, τα Αγγλικά, τα Ελληνικά, τα Ρωσικά, τα Ισπανικά και τα Σουηδικά (339). Επιπλέον, ανεξάρτητες μελέτες έχουν χρησιμοποιήσει την έκδοση με τα Αγγλικά (343), τη γλώσσα της Βραζιλίας (344), τα Κινέζικα (345), τα Ιαπωνικά (346), τα Ταϊβανέζικα (347) και τα κορεατικά (348). Οι βαθμολογίες RS-14 έχουν συσχετιστεί θετικά με την ψυχολογική ευημερία, το σκοπό της ζωής, την αυτοεκτίμηση, την κοινωνική υποστήριξη, την ποιότητα ζωής και την καλή

κατάσταση της υγείας (349, 350). Αντίθετα, οι βαθμολογίες RS-14 φαίνεται να συσχετίζονται αρνητικά με την κατάθλιψη, το άγχος, το στρες, τη διαταραχή του μετατραυματικού στρες και την αναπηρία (346). Το εργαλείο αυτό έχει επίσης χορηγηθεί σε εφήβους (351), φοιτητές κολλεγίων και πανεπιστημίων και (346)ασθενείς με καρκίνο (345).

7. Τρόποι αντιμετώπισης του στρες μέσω της θρησκευτικότητας Brief- RCOPE.

Η θρησκευτική αντοχή αξιολογήθηκε με το σύντομο ερωτηματολόγιο περί θρησκευτικής αντιμετώπισης του στρες (B-RCOPE). Το B-RCOPE είναι μια συνοπτική έκδοση 14 θέσεων της πλήρους κλίμακας 63 θέσεων RCOPE και καταγράφει ομοίως θετικές και αρνητικές διαστάσεις θρησκευτικής αντιμετώπισης (352). Θετική θρησκευτική αντιμετώπιση (PRC) περιλαμβάνει στρατηγικές που μπορεί να οδηγήσουν σε ευεργετική προσαρμογή και περιλαμβάνει την αναζήτηση της αγάπης, της προστασίας ή της συγχώρεσης του Θεού, την ισχυρότερη σχέση με μια ανυπέρβλητη δύναμη, την προσευχή για τους άλλους και την επανεκτίμηση του στρες ως όφελος. Αντίθετα, η αρνητική θρησκευτική αντιμετώπιση (NRC), που επίσης αναφέρεται ως "θρησκευτικός / πνευματικός αγώνας" περιβάλλει την αμφιβολία και την καταπόνηση γύρω από τα ιερά θέματα με το θεικό, αμφισβητώντας την ύπαρξη του Θεού, αμφισβητώντας την αγάπη του Θεού και επαναπροσδιορίζοντας το άγχος ως τιμωρία του Θεού ή ως πράξη κακής δύναμης (352). Συγκεκριμένα, 7 στοιχεία αντικατοπτρίζουν τη θετική θρησκευτική αντιπαράθεση και 7 αντικείμενα αντικατοπτρίζουν την αρνητική (353).

Η βαθμολογία κάθε στοιχείου κυμαίνεται από 1 («καθόλου») έως 4 («πολύ»), και η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 7 έως 28 για κάθε υποκλίμακα, με τα αποτελέσματα να αναφέρουν ότι όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία, τόσο ισχυρότερη είναι η PRC και η NRC, αντίστοιχα. Τα στοιχεία της PRC βασίζονται σε μια ασφαλή σχέση με το Θεό, ενώ τα στοιχεία της NRC αντικατοπτρίζουν τον θρησκευτικό αγώνα που εξελίσσεται από μια πιο αδύναμη σχέση με τον Θεό (354). Τα αποδεικτικά στοιχεία δείχνουν υψηλότερα μέσα και μεγαλύτερη διακύμανση για τη PRC από ότι για την υποκλίμακα NRC και πολυάριθμες μελέτες υποστηρίζουν την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του B-RCOPE (355).

Το B-RCOPE αναπτύχθηκε από τον Pargament και τους συναδέλφους του και έχει μεταφραστεί και επικυρωθεί σε πολλές γλώσσες (356). Επίσης, το B-RCOPE μεταφράστηκε από τα αγγλικά στα ελληνικά με γραπτή άδεια του καθηγητή Pargament, με ομόφωνη συναίνεση από μια δίγλωσση ομάδα 3 ψυχιάτρων και ενός κλινικού ψυχολόγου, χρησιμοποιώντας την μέθοδο μετάφρασης που στάλθηκε για επανέλεγχο (356). Οι ερευνητές της ομάδας του Assert-Dep εξέτασαν τις ψυχομετρικές ιδιότητες της ελληνικής έκδοσης σε άτομα με χρόνια σωματικά νοσήματα και σε υγιή ομάδα ελέγχου και τα ευρήματα της έρευνας έδειξαν ότι η κλίμακα B-RCOPE της ελληνικής ορθόδοξης έκδοσης αποτελεί αξιόπιστο τρόπο για την εκτίμηση της θρησκευτικής αντιμετώπισης. Αναλυτικότερα, η ελληνική έκδοση του B-RCOPE έδειξε μια συνεπή δισδιάστατη δομή με αξιοσημείωτη σταθερότητα στο σύνολο του δείγματος που αντιστοιχούν στις θετικές (PRC) και αρνητικές (NRC) θρησκευτικές διαστάσεις. Τα Cronbach alphas ήταν 0,91-0,96 και 0,77-0,92 για τις διαστάσεις της PRC και NRC, αντίστοιχα (356).

Σύμφωνα με τη θεωρία της θρησκευτικής αντιμετώπισης του Pargament, η θρησκευτική αντιμετώπιση αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο μπορεί κάποιος να καταλάβει και να ξεπεράσει τις αγχωτικές καταστάσεις ζωής χρησιμοποιώντας προσεγγίσεις που σχετίζονται με την ιερότητα (352). Ο όρος «ιερός» σε αυτή τη θεωρία αναφέρεται όχι μόνο στις παραδοσιακές αντιλήψεις του Θεού, της αγιότητας ή των ανώτερων δυνάμεων, αλλά και σε άλλες πτυχές της ζωής που σχετίζονται με το θεϊκό και περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα γνωσιακών, συμπεριφορικών και διαπροσωπικών απαντήσεων σε παράγοντες άγχους (353).

8.Εκτίμηση της Θρησκευτικότητας : DUREL

Οι πληροφορίες σχετικά με τις θρησκευτικές πεποιθήσεις και τα επίπεδα θρησκευτικής συμμετοχής αποκτήθηκαν χρησιμοποιώντας τον Δείκτη Θρησκείας του Πανεπιστημίου Duke (DUREL) . Το DUREL είναι μια κλίμακα τύπου Likert των 5 θέσεων που μετράει τρεις διαστάσεις θρησκευτικότητας: οργανωτική θρησκευτική δραστηριότητα (ORA), μη οργανωτική θρησκευτική δραστηριότητα (NORA) και εγγενή θρησκευτικότητα (IR), με βαθμολογίες που κυμαίνονται από 1 έως 5 για IR και από 1 έως 6 για την οργανωτική θρησκευτική (ORA) και την μη οργανωτική θρησκευτική δραστηριότητα (NORA) (357).

Αποτελέσματα

Στα αποτελέσματα, η δομή της ανάλυσης στα δεδομένα της έρευνας διαχωρίζεται στις παρακάτω ενότητες:

- Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος
- Αντίληψη Οικονομικής Κρίσης
- Ψυχιατρικό Ιστορικό
- Νοσήματα Ασθενών
- Συνεντεύξεις για ψυχικές διαταραχές MINI
- Αυτοκτονικότητα
- Κατάθλιψη
- Ερωτηματολόγια – Κλίμακες για διάφορες θεματικές κατηγορίες
- Στοιχεία από την επανάληψη της έρευνας μετά από 6 μήνες

Δημογραφικά Χαρακτηριστικά.

Στη συγκεκριμένη έρευνα συμμετείχαν 821 άτομα. Από αυτούς, οι 692 ανήκαν στην ομάδα των «ασθενών», εκ των οποίων οι 362 (52.3%) ήταν άνδρες και οι 330 (47.7%) ήταν γυναίκες. Τα υπόλοιπα 129 άτομα θεωρήθηκαν «υγιείς» καθώς και χρησιμοποιήθηκαν ως ομάδα ελέγχου, με την πλειοψηφία αυτών να είναι γυναίκες (97 άτομα, 75.2%). Η μέση ηλικία για την ομάδα των ασθενών ήταν 65.19 έτη ενώ για την ομάδα ελέγχου 37.72 έτη. Η πλειοψηφία των ασθενών ήταν έγγαμοι (73.3%) ενώ ακολουθούν κατά σειρά οι χήροι (13.7%), οι άγαμοι (8.2%), οι χωρισμένοι (3.6%) , όσοι βρίσκονταν σε διάσταση (0.9%), και τέλος, όσοι απλά συζούν (0.3%). Αναφορικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο των ασθενών, οι περισσότεροι είχαν τελειώσει το Γυμνάσιο (66.9%), ενώ ακολουθούν όσοι τελείωσαν Λύκειο (16.3%), Πανεπιστήμιο (10.3%) και όσοι ήταν αναλφάβητοι (6.5%). Ως προς τον τόπο διαμονής, η πλειοψηφία μένει σε κέντρο πόλεως (20.2%), ενώ ακολουθούν όσοι διαμένουν σε χωριό με απόσταση 50 έως 100 χιλιόμετρα από νοσοκομείο (20.1%), σε χωριό με πάνω από 100 χιλιόμετρα από νοσοκομείο (19.7%), σε περίχωρα πόλης (19.2%), σε χωριό από 20 έως 50 χιλιόμετρα από νοσοκομείο (11.1%), και σε χωριό με λιγότερα από 20 χιλιόμετρα από νοσοκομείο (9.7%). Παράλληλα, το δείγμα των ασθενών αποτελείται κυρίως από Έλληνες πολίτες (98.2%) και λίγους σε αριθμό μετανάστες (1.8%). Τέλος, ως άνεργοι δήλωσαν το 15.3% των ασθενών. Όλα τα αποτελέσματα των ελέγχων t-test ή Χ² μεταξύ των δύο ομάδων (ασθενείς vs υγιείς) συμμετεχόντων ήταν στατιστικά σημαντικά ($p < 0.001$), με εξαίρεση την εθνικότητα. Τα αποτελέσματα παρατίθενται στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1: Δημογραφικά στοιχεία (N = 821)

Μεταβλητές	N (%) ή Mean ± SD		P-value (T-test ή X ²)
	Ασθενείς	Υγιείς	
ΗΛΙΚΙΑ (έτη)	65.19 ± 14.41	37.72 ± 9.76	0.000
ΦΥΛΟ			
<i>Γυναίκα</i>	330 (47.7%)	97 (75.2%)	0.000
<i>Ανδρας</i>	362 (52.3%)	32 (24.8%)	
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ			
<i>Άγαμος</i>	57 (8.2%)	44 (34.1%)	0.000
<i>Έγγαμος</i>	507 (73.3%)	74 (57.4%)	
<i>Χήρος</i>	95 (13.7%)	-	
<i>Σε διάσταση</i>	6 (0.9%)	-	
<i>Χωρισμένος</i>	25 (3.6%)	8 (6.2%)	
<i>Συζεί</i>	2 (0.3%)	3 (2.3%)	
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ			
<i>Αναλόγητος</i>	45 (6.5%)	-	0.000
<i>Γυμνάσιο</i>	463 (66.9%)	4 (3.1%)	
<i>Λύκειο</i>	113 (16.3%)	39 (30.2%)	
<i>Πανεπιστήμιο</i>	71 (10.3%)	86 (66.7%)	
ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ			
<i>Έλληνας Πολίτης</i>	332 (98.2%)	125 (100.0%)	0.134
<i>Μετανάστης</i>	6 (1.8%)	-	
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ			
<i>Κέντρο Πόλης</i>	140 (20.2%)	71 (58.7%)	0.000
<i>Περίχωρα Πόλης</i>	133 (19.2%)	40 (33.1%)	
<i>Χωριό έως 20 χιλιόμετρα από νοσοκομείο</i>	67 (9.7%)	6 (5.0%)	
<i>Χωριό από 20 - 50 χιλιόμετρα από νοσοκομείο</i>	77 (11.1%)	3 (2.5%)	
<i>Χωριό από 50 - 100 χιλιόμετρα από νοσοκομείο</i>	139 (20.1%)	-	
<i>Χωριό πάνω από 100 χιλιόμετρα από νοσοκομείο</i>	(19.7%)	1 (0.8%)	
ΧΩΡΙΣ ΕΡΓΑΣΙΑ			
<i>Όχι</i>	586(84.7%)	128 (99.2%)	0.000
<i>Ναι</i>	106(15.3%)	1 (0.8%)	

Επιπτώσεις Οικονομικής κρίσης

Στον Πίνακα 2, παρατίθενται τα στοιχεία των συμμετεχόντων ως προς τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στους ίδιους. Οι ασθενείς δηλώσαν πως η ψυχολογία τους έχει επηρεαστεί από την οικονομική κρίση (78.2%), ενώ παραπλήσιο ποσοστό εμφανίζουν και οι υγιείς συμμετέχοντες (74.2%). Όσον αφορά την αντιληπτή επιρροή της κρίσης στα οικονομικά τους που απαντήθηκε μέσω κλίμακας Likert (1- Ελάχιστα, 9 – Πάρα πολύ) οι ασθενείς καταγράφουν απαντήσεις με μέσο όρο 6.74 (SD 2.27), ενώ οι υγιείς 6.02 (SD 2.31) εμφανίζοντας στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($p = 0.001$). Σχετικά με την αίσθηση εργασιακής ασφάλειας, ένα 40.9% των ασθενών και ένα 49.2% των υγιών συμμετεχόντων, δηλώνουν ότι νιώθουν ασφαλείς, ενώ ένα ποσοστό της τάξης του 36.4% για τους ασθενείς και το 17.2% για τους υγιείς δηλώνει το αντίθετο. Η κατανομή των παραπάνω ποσοστών δεν βρέθηκε ομοιόμορφη ($p = 0.006$).

Πίνακας 2: Αντίληψη της οικονομικής Κρίσης

Μεταβλητές	N (%) ή Mean \pm SD		P-value (T-test ή X^2)
	Ασθενείς	Υγιείς	
ΕΠΙΡΡΟΗ ΟΙΚ.ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ			
Όχι	74 (21.8%)	32 (25.8%)	0.367
Ναι	265 (78.2%)	92 (74.2%)	
ΑΝΤΙΛΗΠΤΗ ΕΠΙΡΡΟΗ ΟΙΚ.ΚΡΙΣΗΣ (στα οικονομικά)	6.74 \pm 2.27	6.02 \pm 2.31	0.001
ΑΙΣΘΗΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ			
Ναι	36 (40.9%)	60 (49.2%)	0.006
Δεν Γνωρίζω	20 (22.7%)	41 (33.6%)	
Όχι	32 (36.4%)	21 (17.2%)	

Ψυχιατρικό Ιστορικό

Το ψυχιατρικό ιστορικό του δείγματος παρουσιάζεται παρακάτω στον Πίνακα 3. Αναλυτικά, ψυχολόγο ή ψυχίατρο έχει επισκεφθεί τουλάχιστον μία φορά το 27.5% των ασθενών και το 20.5% των υγιών συμμετεχόντων. Παράλληλα, όσοι συνεχίζουν να επισκέπτονται ψυχολόγο ή ψυχίατρο αποτελούν το 10.2% για τους ασθενείς και το 2.5% για τους υγιείς ($p = 0.027$). Τέλος, ψυχιατρικά φάρμακα λαμβάνει το 20.7% των ασθενών και κανένας από τους υγιείς ($p < 0.001$).

Πίνακας 3: Ψυχιατρικό Ιστορικό

Μεταβλητές	N (%) ή Mean \pm SD		P-value (T-test ή χ^2)
	Ασθενείς	Υγιείς	
ΕΧΕΙ ΕΠΙΣΚΕΦΘΕΙ ΨΥΧΟΛΟΓΟ / ΨΥΧΙΑΤΡΟ			
<i>Όχι</i>	502 (72.5%)	89 (79.5%)	0.124
<i>Ναι</i>	190 (27.5%)	23 (20.5%)	
ΣΥΝΕΧΙΖΕΙ ΝΑ ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΤΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΟ / ΨΥΧΙΑΤΡΟ			
<i>Όχι</i>	555 (89.8%)	89 (97.5%)	0.027
<i>Ναι</i>	63 (10.2%)	23 (2.5%)	
ΠΑΙΡΝΕΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ			
<i>Όχι</i>	548 (79.3%)	96 (100.0%)	0.000
<i>Ναι</i>	143 (20.7%)	-	

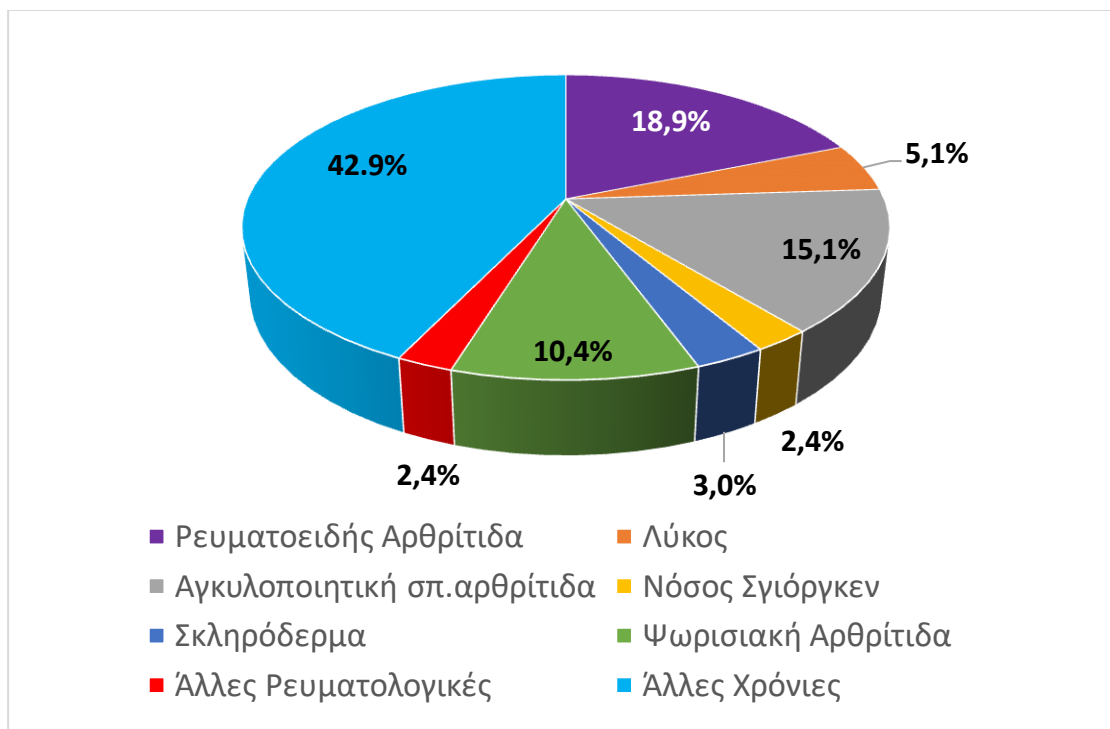
Χρόνια νοσήματα ασθενών

Τα νοσήματα των ασθενών παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 4. Οι περισσότεροι ασθενείς της έρευνας νοσούν από Διαβήτη (42.6%), ενώ ακολουθούν όσοι έχουν Ρευματολογικές ασθένειες (31.8%) και Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (11.8%). Επιπλέον, ταυτόχρονα νοσούν από Διαβήτη και Ρευματολογικά το 4.3%, από Διαβήτη και Χ.Α.Πνευμονοπάθεια το 8.4%, και από Ρευματολογικά και Χ.Α.Πνευμονοπάθεια το 1.0% των ασθενών. Όσον αφορά τους ασθενείς με ρευματολογικές ασθένειες, το 18.9% πάσχει από Ρευματοειδής Αρθρίτιδα, το 5.1% από Λύκο, το 15.1% από Αγκυλοποιητική σπονδυλοαρθρίτιδα, το 2.4% από τη Νόσο Sjögren, το 3.0% από Σκληρόδερμα, το 10.4% από Ψωριασική Αρθρίτιδα, το 2.4% από άλλες ρευματολογικές ασθένειες και το 42.9% από άλλες χρόνιες ασθένειες. Τέλος, η συννοσηρότητα που εμφανίζουν οι ασθενείς έχει μέση τιμή 4.35 ασθένειες και τυπική απόκλιση 2.13 ασθένειες.

Πίνακας 4: Νοσήματα ασθενών (N = 692)

Μεταβλητές	N (%) ή Mean ± SD
	Ασθενείς
ΧΡΟΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ	
<i>Διαβήτης</i>	295 (42.6%)
<i>Ρευματολογικά</i>	220 (31.8%)
<i>Χρόνια.Αποφρακτική.Πνευμονοπάθεια</i>	82 (11.8%)
<i>Διαβήτης και Ρευματολογικά</i>	30 (4.3%)
<i>Διαβήτης και Χ.Α.Π</i>	58 (8.4%)
<i>Ρευματολογικά και Χ.Α.Π</i>	7 (1.0%)
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ	
<i>Ρευματοειδής Αρθρίτιδα</i>	64 (18.9%)
<i>Λύκος</i>	17 (5.1%)
<i>Αγκυλοποιητική σπονδυλοαρθρίτιδα</i>	51 (15.1%)
<i>Νόσος Sjögren</i>	8 (2.4%)
<i>Σκληρόδερμα</i>	10 (3.0%)
<i>Ψωριασική Αρθρίτιδα</i>	35 (10.4%)
<i>Άλλες Ρευματολογικές</i>	8 (2.4%)
<i>Άλλες Χρόνιες</i>	145 (42.9%)
ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ	4.35 ± 2.13

Γράφημα 1: Ρευματολογικές ασθένειες δείγματος



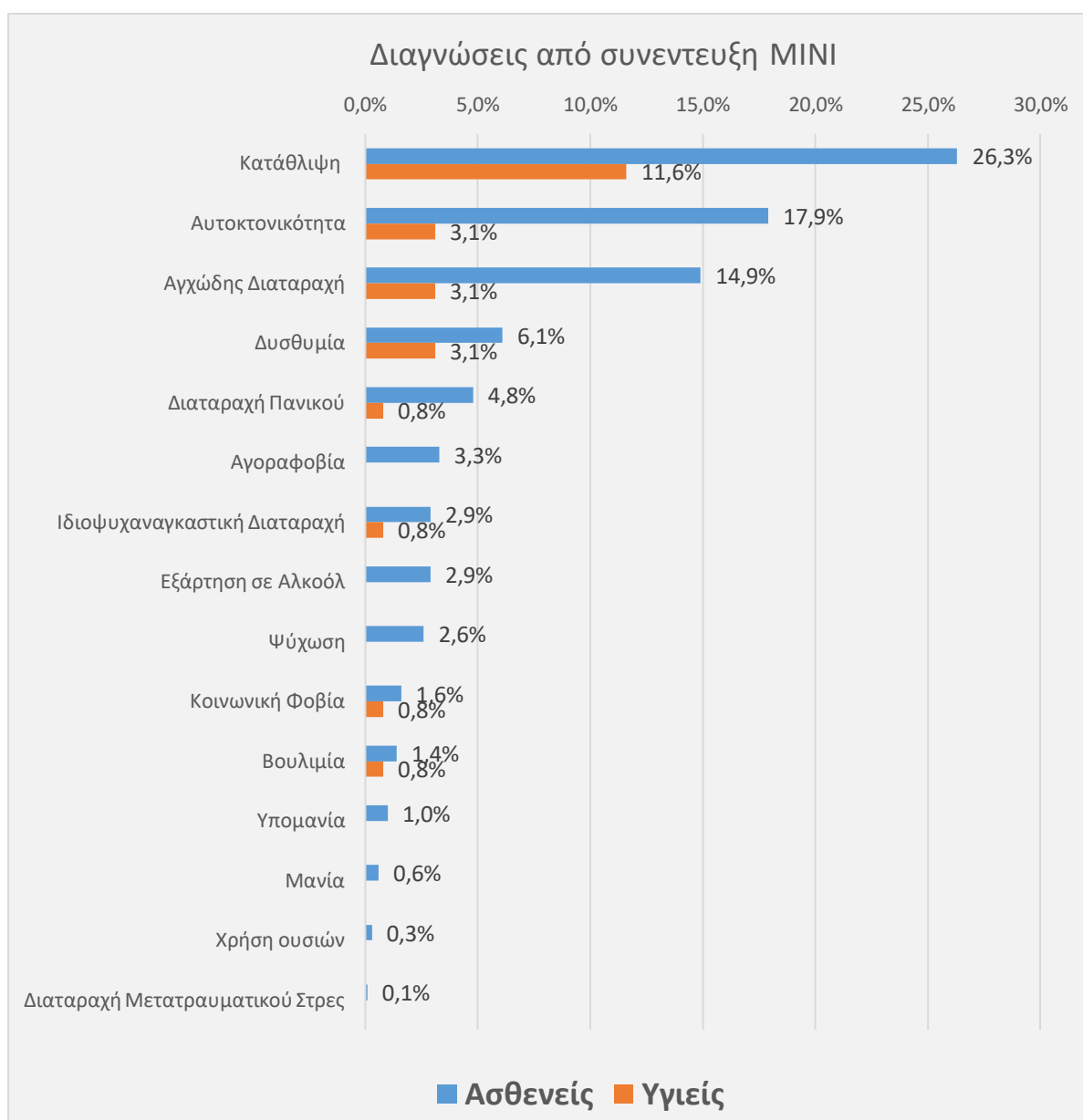
Διαγνώσεις Ψυχιάτρου (MINI)

Τα αποτελέσματα των διαγνώσεων ψυχιάτρου με βάση τη συνέντευξη MINI παρουσιάζονται στον Πίνακα 5. Πραγματοποιήθηκαν επίσης Chi-square αναλύσεις για τα κατηγορικά δεδομένα για να εκτιμηθούν οι διαφορές μεταξύ των ομάδων συμμετεχόντων. Με κατάθλιψη διαγνώστηκε το 26.3% των ασθενών και το 11.6% των υγιών συμμετεχόντων ($p < 0.001$), ενώ με δυσθυμία το 6.1% των ασθενών και το 3.1% των υγιών. Επιπλέον, διαγνώστηκαν με αυτοκτονικότητα το 17.9% των ασθενών και 3.1% των υγιών ($p < 0.001$), με διαταραχή Πανικού το 4.8% των ασθενών και το 0.8% των υγιών ($p = 0.036$), με κοινωνική φοβία το 1.6% των ασθενών και το 0.8% των υγιών, με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή το 2.9% των ασθενών και το 0.8% των υγιών, με βουλιμία το 1.4% των ασθενών και το 0.8% των υγιών και με αγχώδη διαταραχή το 14.9% των ασθενών και το 3.1% των υγιών ($p < 0.001$). Μόνο στη ομάδα των ασθενών, τέθηκαν οι ακόλουθες διαγνώσεις: μανία (0.6%), υπομανία (1.0%), αγοραφοβία (3.3%), διαταραχή μετατραυματικού στρες (0.1%), εξάρτηση από το αλκοόλ (2.9%), χρήση ουσιών (0.3%) και, ψύχωση (2.6%). Τέλος, όσον αφορά το βαθμό αυτοκτονικότητας, μικρό βαθμό εμφανίζει το 13.2% των ασθενών και το 3.1% των υγιών, ενώ μέτριο και υψηλό βαθμό αυτοκτονικότητας εμφανίζουν μόνο ασθενείς (4.2% και 0.6% αντίστοιχα). Τα παραπάνω ποσοστά δεν βρέθηκαν ομοιόμορφα μεταξύ των δύο ομάδων ($p < 0.001$).

Πίνακας 5: Διαγνώσεις Ψυχιάτρου (Συνέντευξη MINI)

Μεταβλητές	N (%) ή Mean ± SD		P-value (T-test ή X ²)
	Ασθενείς	Υγιείς	
ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ MINI			
<i>Κατάθλιψη</i>	182 (26.3%)	15 (11.6%)	0.000
<i>Δυσθυμία</i>	42 (6.1%)	4 (3.1%)	0.177
<i>Αυτοκτονικότητα</i>	124 (17.9%)	4 (3.1%)	0.000
<i>Μανία</i>	4 (0.6%)	0 (0%)	0.386
<i>Υπομανία</i>	7 (1.0%)	0 (0%)	0.251
<i>Διαταραχή Πανικού</i>	33 (4.8%)	1 (0.8%)	0.036
<i>Αγοραφοβία</i>	23 (3.3%)	0 (0%)	0.035
<i>Κοινωνική Φοβία</i>	11 (1.6%)	1 (0.8%)	0.477
<i>Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή</i>	20 (2.9%)	1 (0.8%)	0.162
<i>Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες</i>	1 (0.1%)	0 (0%)	0.665
<i>Εξάρτηση σε Αλκοόλ</i>	20 (2.9%)	0 (0%)	0.050
<i>Χρήση ουσιών</i>	2 (0.3%)	0 (0%)	0.541
<i>Ψύχωση</i>	18 (2.6%)	0 (0%)	0.064
<i>Ανορεξία</i>	-	0 (0%)	-
<i>Βουλμία</i>	10 (1.4%)	1 (0.8%)	0.548
<i>Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή</i>	103 (14.9%)	4 (3.1%)	0.000
ΒΑΘΜΟΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑΣ (MINI)			
<i>Καθόλου</i>	567 (82.1%)	125 (96.9%)	
<i>Μικρός</i>	91(13.2%)	4 (3.1%)	0.000
<i>Μέτριος</i>	29 (4.2%)	-	
<i>Υψηλός</i>	4 (0.6%)	-	

Γράφημα 2: Διαγνώσεις από την συνέντευξη MINI ανά φθίνουσα σειρά εμφάνισης



Συμπτώματα Κατάθλιψης

Παρακάτω, στον Πίνακα 6 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των μετρήσεων συμπτωμάτων κατάθλιψης με την κλίμακα PHQ-9. Οι ασθενείς κατέγραψαν μέση βαθμολογία ίση με 6.64 (\pm 5.67) ενώ οι υγιείς συμμετέχοντες ίση με 4.08 (\pm 4.35). Η διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων βρέθηκε σημαντική ($p < 0.001$). Όμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και στην κατηγοριοποίηση των βαθμολογιών της PHQ-9 με το προκαθορισμένο όριο των 10 βαθμών. Αναλυτικότερα, το 26.8% των ασθενών και το 10.1% των υγιών συμμετεχόντων διαγνώστηκαν με κατάθλιψη ($p < 0.001$).

Πίνακας 6: Συμπτώματα Κατάθλιψης (Κλίμακα PHQ-9)

Μεταβλητές	N (%) ή Mean \pm SD		P-value (T-test or X ²)
	Ασθενείς	Υγιείς	
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ (PHQ-9)	6.64 \pm 5.67	4.08 \pm 4.35	0.000
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ (PHQ-9 \geq 10)			
Κατάθλιψη	181 (26.8%)	13 (10.1%)	0.000
Χωρίς κατάθλιψη	494 (73.2%)	113 (89.9%)	

Αυτοκτονικότητα RASS

Στον Πίνακα 7 παρατίθενται τα αποτελέσματα των μετρήσεων αυτοκτονικότητας με την κλίμακα RASS. Οι ασθενείς κατέγραψαν μέση βαθμολογία ίση με 205.03 (\pm 176.58) ενώ οι υγιείς συμμετέχοντες ίση με 128.10 (\pm 134.60). Μεγαλύτερες βαθμολογίες στην κλίμακα RASS δείχνουν μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονίας. Ομοίως η διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων βρέθηκε στατιστικά σημαντική ($p < 0.001$).

Πίνακας 7: Αυτοκτονικότητα RASS

Μεταβλητές	Mean \pm SD		P-value (T-Test)
	Ασθενείς	Υγιείς	
ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑ RASS	205.03 \pm 176.58	128.10 \pm 134.60	0.000

Αντίληψη ασθενών για τη νόσο

Στον Πίνακα 8 παρατίθενται τα αποτελέσματα των μετρήσεων αντίληψης της ασθένειας από το δείγμα των ασθενών συμμετεχόντων. Οι ασθενείς κατέγραψαν μέση βαθμολογία ίση με 52.28 (\pm 12.54) .

Πίνακας 8: Αντίληψη ασθένειας με την κλίμακα BIPQ

Μεταβλητές	Mean \pm SD	
	Ασθενείς	Υγιείς
ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ (BIPQ)	52.28 \pm 12.54	-

Άλλες Κλίμακες

Παρακάτω, στον Πίνακα 9 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των μετρήσεων από όλες τις υπόλοιπες κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν (SOC, RS-14, DUREL, RCOPE). Για την κλίμακα που μετρά την αίσθηση συνοχής (SOC), οι ασθενείς κατέγραψαν μέση βαθμολογία ίση με 132.91 (\pm 26.51) ενώ οι υγιείς συμμετέχοντες ίση με 142.95 (\pm 23.49), διαφορά που βρέθηκε σημαντική ($p < 0.001$). Παράλληλα, για την κλίμακα ανθεκτικότητας (RS-14), οι ασθενείς είχαν μέση βαθμολογία ίση με 78.42 (\pm 12.17) ενώ οι υγιείς συμμετέχοντες ίση με 81.46 (\pm 11.95), διαφορά που βρέθηκε σημαντική ($p = 0.016$). Επιπλέον, για την κλίμακα θρησκευτικότητας (DUREL), οι ασθενείς είχαν μέση βαθμολογία ίση με 17.91 (\pm 10.25) ενώ οι υγιείς συμμετέχοντες ίση με 26.38 (\pm 13.19), διαφορά που βρέθηκε επίσης σημαντική ($p < 0.001$). Τέλος, όσον αφορά την κλίμακα RCOPE και τις τρεις υποδιαστάσεις της, οι ασθενείς κατέγραψαν μέση βαθμολογία 15.73 (\pm 6.24) στις ερωτήσεις θετικής αντιμετώπισης των προβλημάτων της ζωής μέσω της θρησκείας, 9.94 (\pm 3.80) στις ερωτήσεις αρνητικής αντιμετώπισης των προβλημάτων της ζωής μέσω της θρησκείας και 1.48 (\pm 0.94) στην ερώτηση για την δαιμονική επιρροή στα προβλήματα της ζωής. Στις ίδιες διαστάσεις, οι υγιείς συμμετέχοντες κατέγραψαν μέσες βαθμολογίες ίσες με 13.88 (\pm 6.13), 9.46 (\pm 3.14) και 1.16 (\pm 0.48) αντίστοιχα, ενώ οι διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων βρέθηκαν σημαντικές για την θετική αντιμετώπιση ($p = 0.004$), καθώς και για τη δαιμονική επιρροή ($p < 0.001$).

Πίνακας 9: Άλλες Κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν

Μεταβλητές	N (%) ή Mean ± SD		P-value (T-test)
	Ασθενείς	Υγιείς	
ΑΙΣΘΗΣΗ ΣΥΝΟΧΗΣ (SOC)	132.91 ± 26.51	142.95 ± 23.49	0.000
ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ (RS-14)	78.42 ± 12.17	81.46 ± 11.95	0.016
ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ (DUREL)	17.91 ± 10.25	26.38 ± 13.19	0.000
ΘΕΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕΣΩ ΘΡΗΣΚΕΙΑΣ (RCOPE 1-7)	15.73 ± 6.24	13.88 ± 6.13	0.004
ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕΣΩ ΘΡΗΣΚΕΙΑΣ (RCOPE 8-14)	9.94 ± 3.80	9.46 ± 3.14	0.150
ΔΑΙΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΡΡΟΗ ΣΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ (RCOPE 13)	1.48 ± 0.94	1.16 ± 0.48	0.000

Στοιχεία από την επανάληψη της έρευνας 6 μήνες μετά

Στην παρούσα ενότητα θα παρουσιαστούν περιγραφικά κάποιες από τις μεταβλητές της έρευνας από δεδομένα που συλλέχθηκαν στην επαναληπτική διαδικασία που πραγματοποιήθηκε 6 μήνες μετά. Αναλυτικότερα, το 67.1% των ασθενών και το 85.3% των υγιών συμμετεχόντων πήραν μέρος στην επαναληπτική διαδικασία. Από τους ασθενείς, το 2.6% απεβίωσε, το 3.3% αρνήθηκε συμμετοχή ενώ το 26.6% δεν βρέθηκαν. Στους υγιείς το υπόλοιπο 14.7% δεν βρέθηκε.

Πίνακας 9: Στοιχεία συμμετοχής από την Follow-up μέτρηση

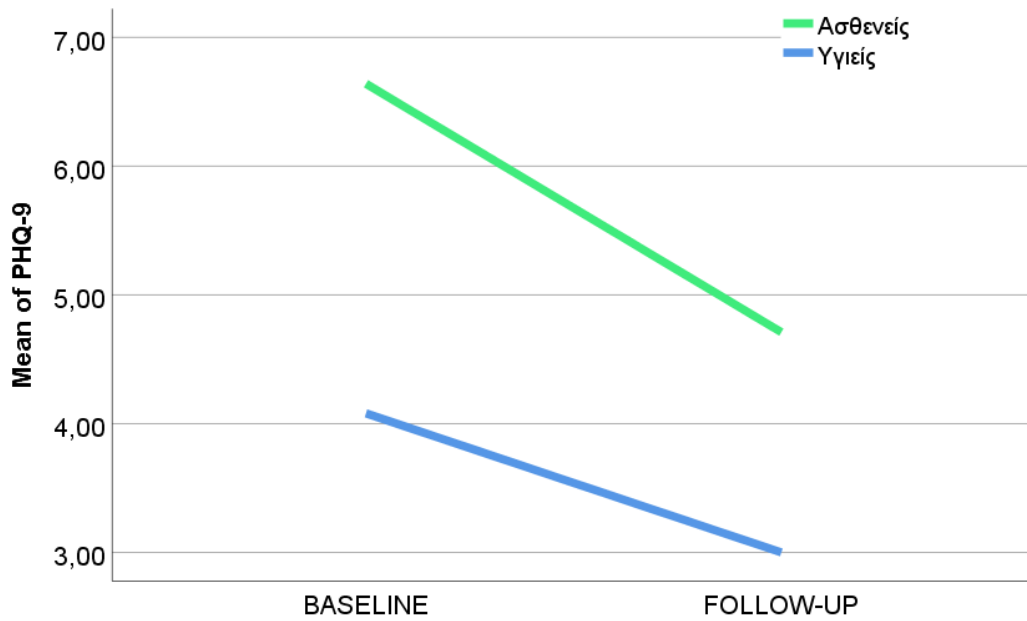
Στοιχεία Συμμετοχής	N (%)		
	Σύνολο	Ασθενείς	Υγιείς
ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΝ ΞΑΝΑ	574 (70.1%)	464 (67.1%)	110 (85.3%)
ΑΠΕΒΙΩΣΑΝ	18 (2.2%)	18 (2.6%)	-
ΑΡΝΗΘΗΚΑΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ	23 (2.8%)	23 (3.3%)	-
ΔΕΝ ΒΡΕΘΗΚΑΝ	203 (24.7%)	184 (26.6%)	19 (14.7%)

Όσον αφορά τη σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ της αρχικής μέτρησης και της μέτρησης μετά από 6 μήνες, στην κλίμακα PHQ-9 οι ασθενείς παρουσίασαν μέση βαθμολογία ίση με 4.71 (κατά 1.93 χαμηλότερα σε σχέση με την αρχική μέτρηση, $p < 0.001$) ενώ στην αυτοκτονικότητα RASS κατέγραψαν μέση βαθμολογία 193.25 (κατά 11.78 χαμηλότερη, $p = 0.545$). Οι ίδιες συγκρίσεις στους υγιείς (ομάδα ελέγχου), που καταγράφουν στην κλίμακα PHQ-9 μέση βαθμολογία ίση με 3.00 (κατά 1.08 χαμηλότερα σε σχέση με την αρχική μέτρηση, $p < 0.001$) ενώ στην αυτοκτονικότητα RASS η μέση βαθμολογία τους είναι 79.23 (κατά 48.87 χαμηλότερη, $p < 0.001$).

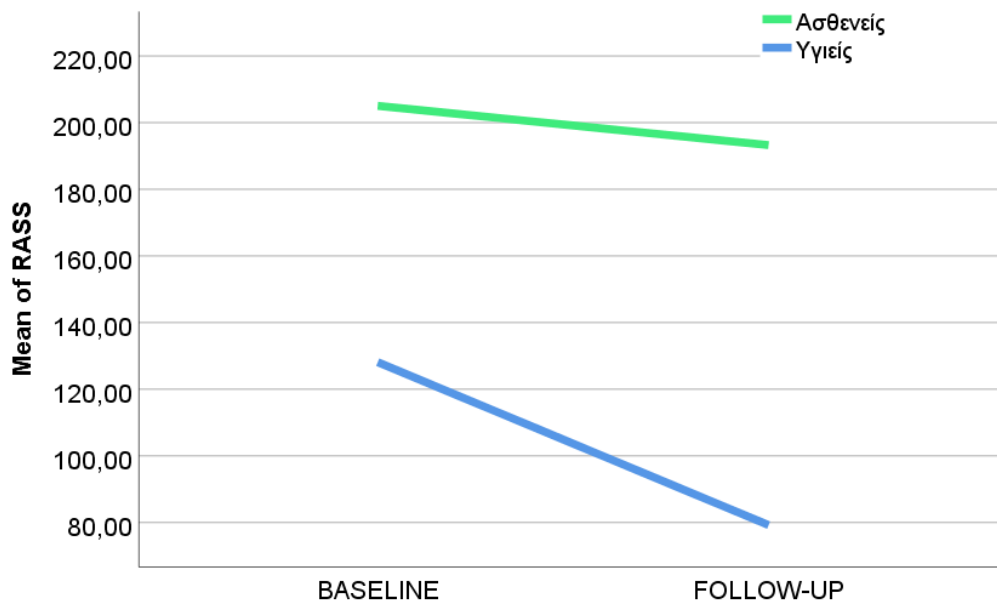
Πίνακας 10: Σύγκριση PHQ-9 και RASS μεταξύ αρχικής και επαναληπτικής έρευνας

Μεταβλητές	Mean \pm SD					
	Ασθενείς			Υγιείς		
	Baseline	Follow-up	p	Baseline	Follow-up	p
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ (PHQ-9)	6.64 \pm 5.67	4.71 \pm 4.97	0.000	4.08 \pm 4.35	3.00 \pm 3.54	0.000
ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑ RASS	205.03 \pm 176.58	193.25 \pm 158.09	0.545	128.10 \pm 134.60	79.23 \pm 88.11	0.000

Γράφημα 3: Μέσες τιμές PHQ-9 για ασθενείς και υγιείς μεταξύ των 2 μετρήσεων



Γράφημα 4: Μέσες τιμές RASS για ασθενείς και υγιείς μεταξύ των 2 μετρήσεων



Μοντέλα Παλινδρόμησης για τις επαναληπτικές μετρήσεις

Πραγματοποιήθηκε η κατασκευή ιεραρχικών μοντέλων γραμμικής παλινδρόμησης για την αυτοκτονικότητα της επαναληπτικής μέτρησης, καθώς και για την διαφορά (βελτίωση) της αυτοκτονικότητας μεταξύ της αρχικής και της επαναληπτικής διαδικασίας. Το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε για την αυτοκτονικότητα ήταν όσοι συμμετείχαν στην επαναληπτική διαδικασία, ενώ για τη βελτίωση της αυτοκτονικότητας χρησιμοποιήθηκε το ίδιο δείγμα χωρισμένο σε ασθενείς και υγιείς συμμετέχοντες. Οι μεταβλητές που ελέγχθηκαν από τα μοντέλα μαζί με την κωδικοποίηση τους αναγράφονται παρακάτω στον Πίνακα 11:

Πίνακας 11: Κωδικοποίηση ανεξάρτητων μεταβλητών που εισάχθηκαν στα μοντέλα

Μεταβλητές	Κωδικοποίηση
Φύλο	0 - Γυναίκα 1- Άνδρας
Ηλικία	Αύξουσα
Εκπαίδευση	Αύξουσα
Χωρισμένος ή Χήρος ή Σε Διάσταση	0 -Όχι 1 Ναι
Χρόνιο Νόσημα	0 - Κανένα 1 Ένα 2 - Δύο και άνω
Συννοσηρότητα	Αύξουσα
Έχει επισκεφθεί Ψυχολόγο ή Ψυχίατρο στο παρελθόν	0 -Όχι 1 Ναι
Διάγνωση Κατάθλιψης με βάση PHQ-9 ≥ 10	0 -Όχι 1 Ναι
PHQ-9 βελτίωση μετά από 6 μήνες	Αρχική μείον Επαναληπτική Μέτρηση
Αυτοκτονικότητα με βάση την κλίμακα RASS	Αύξουσα
Αντιληπτή επιρροή οικονομικής κρίσης	Likert: 1-Ελάχιστα ... 9 Πάρα Πολύ

Παράγοντες για την αυτοκτονικότητα (επαναληπτική μέτρηση)

Στην Ιεραρχική Ανάλυση Πολλαπλής Παλινδρόμησης, με εξαρτημένη μεταβλητή τη επαναληπτική μέτρηση της Αυτοκτονικότητας RASS κατασκευάστηκαν τέσσερα μοντέλα. Στο πρώτο μοντέλο τοποθετήθηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, και στη συνέχεια το ιατρικό ιστορικό, το ψυχιατρικό ιστορικό, ενώ τέλος ο βαθμός αντίληψης της οικονομικής κρίσης. Στον Πίνακα 12 φαίνεται πως τα δημογραφικά στοιχεία του πρώτου μοντέλου ερμηνεύουν το 9.6% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής ($p < 0.001$) με το εκπαιδευτικό επίπεδο και τη μεταβλητή «χωρισμένος/χήρος» να αποτελούν τις σημαντικές μεταβλητές του μοντέλου. Η προσθήκη των μεταβλητών για το ιατρικό ιστορικό στο 2^ο μοντέλο αύξησε το ποσοστό ερμηνείας κατά 1.7% ($p = 0.010$), παρόλο που καμία μεταβλητή του ιατρικού ιστορικού δεν βρέθηκε σημαντική. Η προσθήκη του ψυχιατρικού ιστορικού στο τρίτο μοντέλο αύξησε το ποσοστό ερμηνείας της ανεξάρτητης μεταβλητής κατά 48.5% ($p < 0.001$), όπου όλες οι υπόλοιπες μεταβλητές από τα δημογραφικά και το ιατρικό ιστορικό βρέθηκαν μη σημαντικές. Στο 4^ο και τελικό μοντέλο η προσθήκη της μεταβλητής για την αντίληψη της κρίσης δεν προσέφερε ουσιώδεις αλλαγές με το εξηγώντας μόνο κατά 0.1% περισσότερο τη μεταβλητότητα της ανεξάρτητης μεταβλητής. Στο τελικό αποτέλεσμα, οι τρεις μεταβλητές που βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές ανήκουν όλες στο ψυχιατρικό ιστορικό και είναι η Αυτοκτονικότητα RASS και η διάγνωση κατάθλιψης PHQ-9 της αρχικής μέτρησης (θετική συσχέτιση), καθώς και η βελτίωση της κλίμακας PHQ-9 κατά τη διάρκεια του εξαμήνου (αρνητική συσχέτιση).

Πίνακας 12: Ιεραρχικά μοντέλα των παραγόντων που συσχετίζονται με την δεύτερη μέτρηση της Αυτοκτονικότητας RASS

Μεταβλητές	Μοντέλο 1	Μοντέλο 2	Μοντέλο 3	Μοντέλο 4
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ				
<i>Φύλο</i>	-0.101	-0.125**	-0.021	-0.020
<i>Ηλικία</i>	0.108	-0.054	0.049	-0.044
<i>Εκπαίδευση</i>	-0.148**	-0.113*	-0.032	-0.028
<i>Χωρισμένος/ Χήρος</i>	0.127**	0.125**	0.053	0.053
ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ				
<i>Χρόνιο Νόσημα</i>		0.091	0.042	0.039
<i>Συννοσηρότητα</i>		0.162	0.002	0.004
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ				
<i>Επίσκεψη σε Ψυχολόγο/ Ψυχίατρο στο παρελθόν</i>			0.044	0.045
<i>Κατάθλιψη PHQ-9 ≥ 10</i>			0.260***	0.258***
<i>PHQ-9 βελτίωση σε 6 μήνες</i>			-0.396***	-0.396***
<i>Αυτοκτονικότητα RASS (1^η)</i>			0.560***	0.556***
ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΚΡΙΣΗΣ				
<i>Αντιληπτή επιρροή οικονομικής κρίσης</i>				0.033
Δείκτης R²	0.096	0.113	0.598	0.599
Αύξηση του δείκτη R²	0.096	0.017	0.485	0.001
P-value (διαφοράς του R²)	< 0.001	0.010	< 0.001	0.262

***p<0.001, **p<0.01, *p<0.05

Παράγοντες αυτοκτονικότητας (επαναληπτική μέτρηση – Ασθενείς)

Στην Ιεραρχική Ανάλυση Πολλαπλής Παλινδρόμησης, με εξαρτημένη μεταβλητή τη επαναληπτική μέτρηση της Αυτοκτονικότητας RASS μόνο στο δείγμα των ασθενών κατασκευάστηκαν πέντε μοντέλα. Στο πρώτο μοντέλο τοποθετήθηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, και στη συνέχεια το ιατρικό ιστορικό, η αντίληψη ασθενείας, το ψυχιατρικό ιστορικό, ενώ τέλος ο βαθμός αντίληψης της οικονομικής κρίσης. Στον Πίνακα 13 φαίνεται πως τα δημογραφικά στοιχεία του πρώτου μοντέλου ερμηνεύουν το 7.4% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής ($p < 0.001$) με το φύλο και τη μεταβλητή «χωρισμένος/χήρος» να αποτελούν τις σημαντικές μεταβλητές του μοντέλου. Η προσθήκη των μεταβλητών για το ιατρικό ιστορικό στο 2^ο μοντέλο αύξησε το ποσοστό ερμηνείας κατά 0.8% αποτέλεσμα μη στατιστικά σημαντικό. Επιπλέον, η προσθήκη της αντίληψης ασθενείας (BIPQ) πρόσθεσε 7.2% επιπλέον ερμηνευτική ικανότητα, με σημαντική μόνο την μεταβλητή BIPQ-emotions. Η προσθήκη του ψυχιατρικού ιστορικού στο τέταρτο μοντέλο αύξησε το ποσοστό ερμηνείας της ανεξάρτητης μεταβλητής κατά 43.8% ($p < 0.001$), όπου όλες οι υπόλοιπες μεταβλητές από τα δημογραφικά, το ιατρικό ιστορικό και την αντίληψη ασθενείας βρέθηκαν μη σημαντικές. Από το ψυχιατρικό ιστορικό μόνο η Επίσκεψη σε Ψυχολόγο ή ψυχίατρο δεν βρέθηκε σημαντική. Στο 5^ο και τελικό μοντέλο η προσθήκη της μεταβλητής για την αντίληψη της κρίσης δεν προσέφερε σημαντικές αλλαγές προσφέροντας λιγότερο από 0.1% επιπλέον εξήγηση της μεταβλητότητας της ανεξάρτητης μεταβλητής. Στο τελικό αποτέλεσμα, οι τρεις μεταβλητές που βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές ανήκουν στο ψυχιατρικό ιστορικό και είναι η Αυτοκτονικότητα RASS και η διάγνωση κατάθλιψης PHQ-9 της αρχικής μέτρησης, καθώς και η βελτίωση της κλίμακας PHQ-9 κατά τη διάρκεια του εξαμήνου.

Πίνακας 13: Ιεραρχικά μοντέλα των παραγόντων που συσχετίζονται με την Αυτοκτονικότητα RASS 6 μήνες μετά (ασθενείς)

Μεταβλητές	Μοντέλο 1	Μοντέλο 2	Μοντέλο 3	Μοντέλο 4	Μοντέλο 5
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ					
Φύλο	-0.144**	-0.149**	-0.113*	-0.036	-0.036
Ηλικία	0.057	-0.074	-0.004	0.006	0.006
Εκπαίδευση	-0.092	-0.090	-0.054	-0.021	-0.019
Χωρισμένος/ Χήρος	0.135**	0.136**	0.126*	0.059	0.058
ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ					
Χρόνιο Νόσημα		0.026	0.009	-0.006	-0.007
Συννοσηρότητα		0.149	0.078	0.021	0.022
ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ					
BIPQ Consequences			0.062	-0.011	-0.010
BIPQ Timeline			-0.012	-0.025	-0.026
BIPQ Person control			-0.008	0.061	0.060
BIPQ Treatm control			-0.085	-0.005	-0.004
BIPQ Identity			0.056	0.034	0.032
BIPQ Concern			0.020	0.014	0.012
BIPQ Comprehension			-0.045	-0.005	-0.005
BIPQ Emotions			0.152*	0.078	0.078
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ					
Επίσκεψη σε Ψυχολόγο/ Ψυχίατρο στο παρελθόν				0.033	0.034
Κατάθλιψη PHQ-9 ≥ 10				0.250***	0.249***
PHQ-9 βελτίωση σε 6 μήνες				-0.420***	-0.419***
Αυτοκτονικότητα RASS (I^n)				0.552***	0.550***
ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΚΡΙΣΗΣ					
Αντιληπτή επιρροή οικονομικής κρίσης					0.022
Δείκτης R²	0.074	0.083	0.155	0.593	0.593
Αύξηση του δείκτη R²	0.074	0.008	0.072	0.438	0.000
P-value (διαφοράς του R²)	< 0.001	0.149	< 0.001	< 0.001	0.494

Παράγοντες για τη βελτίωση της αυτοκτονικότητας (Ασθενείς)

Στην Ιεραρχική Ανάλυση Πολλαπλής Παλινδρόμησης, με εξαρτημένη μεταβλητή τη βελτίωση της Αυτοκτονικότητας RASS εντός εξαμήνου για το δείγμα των ασθενών κατασκευάστηκαν ομοίως τα τέσσερα μοντέλα. Στο πρώτο μοντέλο τοποθετήθηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, ενώ στη συνέχεια το ιατρικό ιστορικό, το ψυχιατρικό ιστορικό και τέλος ο βαθμός αντίληψης της οικονομικής κρίσης. Ο Πίνακας 13 φανερώνει πως τα δημογραφικά στοιχεία του πρώτου μοντέλου ερμηνεύουν μόλις το 0.6% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής, συνεπώς τα δημογραφικά δεν σχετίζονται με τη βελτίωση. Η προσθήκη των μεταβλητών για το ιατρικό ιστορικό στο 2^ο μοντέλο αύξησε το ποσοστό ερμηνείας κατά ποσοστό μικρότερο του 0.2% και άρα ούτε και το ιατρικό ιστορικό σχετίζεται με τη βελτίωση των ασθενών. Στη συνέχεια, η προσθήκη του ψυχιατρικού ιστορικού στο τρίτο μοντέλο αύξησε το ποσοστό ερμηνείας της ανεξάρτητης μεταβλητής κατά 41.0% ($p < 0.001$). Στο 4^ο και τελικό μοντέλο η προσθήκη της μεταβλητής για την αντίληψη της κρίσης δεν βελτίωσε το μοντέλο προκαλώντας λιγότερο από 0.1% αύξηση στην ερμηνεία της μεταβλητότητα της βελτίωσης RASS. Ομοίως, στο τελικό αποτέλεσμα, οι τρεις μεταβλητές που βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές ανήκουν όλες στο ψυχιατρικό ιστορικό και είναι η Αυτοκτονικότητα RASS και η διάγνωση κατάθλιψης PHQ-9 της αρχικής μέτρησης (αρνητική συσχέτιση), καθώς και η βελτίωση της κλίμακας PHQ-9 κατά τη διάρκεια του εξαμήνου.

Πίνακας 14: Ιεραρχικά μοντέλα των παραγόντων που συσχετίζονται με την βελτίωση της Αυτοκτονικότητας RASS (στο δείγμα των ασθενών)

***p<0.001, **p<0.01, *p<0.05

Μεταβλητές	Μοντέλο 1	Μοντέλο 2	Μοντέλο 3	Μοντέλο 4
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ				
<i>Φύλο</i>	0.040	0.037	0.047	0.045
<i>Ηλικία</i>	-0.018	-0.095	0.006	0.005
<i>Εκπαίδευση</i>	-0.066	-0.066	0.026	0.023
<i>Χωρισμένος/ Χήρος</i>	-0.046	-0.046	-0.063	-0.063
ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ				
<i>Χρόνιο Νόσημα</i>		-0.003	0.014	0.015
<i>Συννοσηρότητα</i>		0.092	-0.042	-0.043
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ				
<i>Επίσκεψη σε Ψυχολόγο/ Ψυχίατρο στο παρελθόν</i>			-0.046	-0.049
<i>Κατάθλιψη PHQ-9 ≥ 10</i>			-0.311***	-0.308***
<i>PHQ-9 βελτίωση σε 6 μήνες</i>			0.491***	0.491***
<i>Αυτοκτονικότητα RASS (1^η)</i>			0.526***	0.530***
ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΚΡΙΣΗΣ				
<i>Αντιληπτή επιρροή οικονομικής κρίσης</i>				-0.036
Δείκτης R²	0.006	0.009	0.419	0.420
Αύξηση του δείκτη R²	0.006	0.002	0.410	0.000
P-value (διαφοράς του R²)	0.580	0.606	< 0.001	0.342

Παράγοντες για τη βελτίωση της αυτοκτονικότητας (Υγιείς)

Στην συνέχεια πραγματοποιήθηκε Ιεραρχική Ανάλυση Πολλαπλής γραμμικής Παλινδρόμησης, με εξαρτημένη μεταβλητή τη βελτίωση της Αυτοκτονικότητας RASS μεταξύ του εξαμήνου, για το δείγμα των υγιών. Στη συγκεκριμένη ανάλυση κατασκευάστηκαν τρία μοντέλα, καθώς οι υγιείς συμμετέχοντες δεν είχαν ιατρικό ιστορικό. Στο πρώτο μοντέλο τοποθετήθηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, ενώ στη συνέχεια το ψυχιατρικό ιστορικό και τέλος ο βαθμός αντίληψης της οικονομικής κρίσης. Ο Πίνακας 14 δείχνει πως τα δημογραφικά στοιχεία του πρώτου μοντέλου ερμηνεύουν το 5.7% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής ($p = 0.31$), με την εκπαίδευση να είναι ο στατιστικά σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τη βελτίωση. Η προσθήκη των μεταβλητών του ψυχιατρικού ιστορικού στο 2^ο μοντέλο αύξησε το ποσοστό ερμηνείας κατά 62.9% ($p < 0.001$). Επιπλέον, στο 3^ο και τελικό μοντέλο η προσθήκη της μεταβλητής για την αντίληψη της κρίσης δεν βελτίωσε το μοντέλο, προκαλώντας λιγότερο από 0.3 % αύξηση στην ερμηνεία της βελτίωσης της Αυτοκτονικότητας. Από το τελικό αποτέλεσμα, οι δύο μεταβλητές που βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές είναι η Αυτοκτονικότητα RASS της αρχικής μέτρηση μαζί με τη διάγνωση κατάθλιψης PHQ-9 της αρχικής μέτρησης (αρνητική συσχέτιση).

Πίνακας 15: Ιεραρχικά μοντέλα των παραγόντων που συσχετίζονται με την βελτίωση της Αυτοκτονικότητας RASS (στο δείγμα των υγιών)

Μεταβλητές	Μοντέλο 1	Μοντέλο 2	Μοντέλο 3
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ			
<i>Φύλο</i>	-0.021	-0.073	-0.073
<i>Ηλικία</i>	-0.106	-0.081	-0.094
<i>Εκπαίδευση</i>	-0.259*	-0.028	-0.029
<i>Χωρισμένος/ Χήρος</i>	-0.031	0.074	0.069
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ			
<i>Επίσκεψη σε Ψυχολόγο/ Ψυχίατρο στο παρελθόν</i>		-0.111	-0.109
<i>Κατάθλιψη PHQ-9 ≥ 10</i>		-0.143	-0.144
<i>PHQ-9 βελτίωση σε 6 μήνες</i>		0.179*	0.181*
<i>Αυτοκτονικότητα RASS (1^η)</i>		0.786***	0.783***
ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΚΡΙΣΗΣ			
<i>Αντιληπτή επιρροή οικονομικής κρίσης</i>			0.054
Δείκτης R²	0.057	0.687	0.689
Αύξηση του δείκτη R²	0.057	0.629	0.003
P-value (F, διαφορά του R²)	0.312	< 0.001	0.420

Παράγοντες βελτίωσης της αυτοκτονικότητας (Ασθενείς)

Στην Ιεραρχική Ανάλυση Πολλαπλής Παλινδρόμησης, με εξαρτημένη μεταβλητή τη βελτίωση της Αυτοκτονικότητας RASS μεταξύ του εξαμήνου για το δείγμα των ασθενών κατασκευάστηκαν πέντε μοντέλα. Στο πρώτο μοντέλο τοποθετήθηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, ενώ στη συνέχεια το ιατρικό ιστορικό, η αντίληψη ασθενείας (BIPQ), το ψυχιατρικό ιστορικό και τέλος ο βαθμός αντίληψης της οικονομικής κρίσης. Ο Πίνακας 16 φανερώνει πως τα δημογραφικά στοιχεία του πρώτου μοντέλου ερμηνεύουν μόλις το 0.7% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής, και δεν βρέθηκαν σημαντικά ως προς τη βελτίωση. Η προσθήκη των μεταβλητών για το ιατρικό ιστορικό στο 2^ο μοντέλο αύξησε το ποσοστό ερμηνείας κατά ποσοστό 0.4% και άρα ούτε και το ιατρικό ιστορικό σχετίζεται με τη βελτίωση των ασθενών. Επιπρόσθετα, η προσθήκη των μεταβλητών της αντίληψης ασθενείας (BIPQ) πρόσθεσε 2.1% επιπλέον επεξηγηματική ικανότητα στο 3ο μοντέλο με καμία από τις 8 μεταβλητές να είναι σημαντικές από μόνες τους. Στη συνέχεια, η προσθήκη του ψυχιατρικού ιστορικού στο τέταρτο μοντέλο αύξησε το ποσοστό ερμηνείας της ανεξάρτητης μεταβλητής κατά 41.2% ($p < 0.001$). Στο 5^ο και τελικό μοντέλο η προσθήκη της μεταβλητής για την αντίληψη της κρίσης δεν βελτίωσε το μοντέλο προκαλώντας λιγότερο από 0.1% αύξηση στην ερμηνεία της μεταβλητότητας της βελτίωσης RASS. Στο τελικό μοντέλο, οι τρεις μεταβλητές που βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές ανήκουν στο ψυχιατρικό ιστορικό και είναι η Αυτοκτονικότητα RASS και η διάγνωση κατάθλιψης PHQ-9 της αρχικής μέτρησης, καθώς και η βελτίωση της κλίμακας PHQ-9 κατά τη διάρκεια του εξαμήνου.

Πίνακας 16: Ιεραρχικά μοντέλα των παραγόντων που συσχετίζονται με την βελτίωση της Αυτοκτονικότητας RASS (στο δείγμα των ασθενών)

Μεταβλητές	Μοντέλο 1	Μοντέλο 2	Μοντέλο 3	Μοντέλο 4	Μοντέλο 5
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ					
Φύλο	0.040	0.036	0.046	0.043	0.042
Ηλικία	-0.014	-0.111	-0.095	-0.007	-0.007
Εκπαίδευση	-0.071	-0.071	-0.060	0.025	0.023
Χωρισμένος/ Χήρος	-0.051	-0.051	-0.051	-0.069	-0.069
ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ					
Χρόνιο Νόσημα		-0.012	-0.025	0.007	0.008
Συννοσηρότητα		0.117	0.097	-0.024	-0.026
ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ					
BIPQ Consequences			0.015	0.013	0.012
BIPQ Timeline			0.030	0.029	0.030
BIPQ Person control			-0.060	-0.072	-0.071
BIPQ Treatm control			-0.040	0.006	0.004
BIPQ Identity			0.053	-0.040	-0.038
BIPQ Concern			0.014	-0.016	-0.014
BIPQ Comprehension			-0.002	0.005	0.005
BIPQ Emotions			-0.037	-0.092	-0.092
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ					
Επίσκεψη σε Ψυχολόγο/ Ψυχίατρο στο παρελθόν				-0.039	-0.041
Κατάθλιψη PHQ-9 ≥ 10				-0.294***	-0.293***
PHQ-9 βελτίωση σε 6 μήνες				0.495***	0.494***
Αυτοκτονικότητα RASS (1 ^η)				0.542***	0.545***
ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΚΡΙΣΗΣ					
Αντιληπτή επιρροή οικονομικής κρίσης					-0.026
Δείκτης R²	0.007	0.011	0.021	0.434	0.434
Αύξηση του δείκτη R²	0.007	0.003	0.011	0.412	0.001
P-value (διαφοράς του R²)	0.516	0.470	0.802	< 0.001	0.494

Παράγοντες που επηρεάζουν την σχέση μεταξύ αυτοκτονικότητας και της αντιληπτής επιρροής της κρίσης

Στη συνέχεια μελετήθηκε η σχέση μεταξύ της αυτοκτονικότητας RASS και της αντίληψης των ερωτηθέντων για την επιρροή της οικονομικής κρίσης στην οικονομική τους κατάσταση. Πιο συγκεκριμένα ελέγχθηκε εάν κάποιος παράγοντες επηρεάζουν τη σχέση αυτή και σε ποιο βαθμό (Moderation). Οι παράγοντες που διερευνήθηκαν είναι η ύπαρξη ή όχι ψυχιατρικής διαταραχής, η διαγνωσμένη κατάθλιψη και η ύπαρξη ή όχι διαταραχής άγχους. Η ανεξάρτητη μεταβλητή της αντιληπτής επιρροής της οικονομικής κρίσης, αλλά και οι τρεις παράγοντες κανονικοποιήθηκαν και στη συνέχεια πραγματοποιήθηκαν μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης. Για κάθε παράγοντα συγκρίθηκε το μοντέλο που περιέχει το γινόμενο του παράγοντα με την αντιληπτή επιρροή με αυτό που δεν το περιέχει.

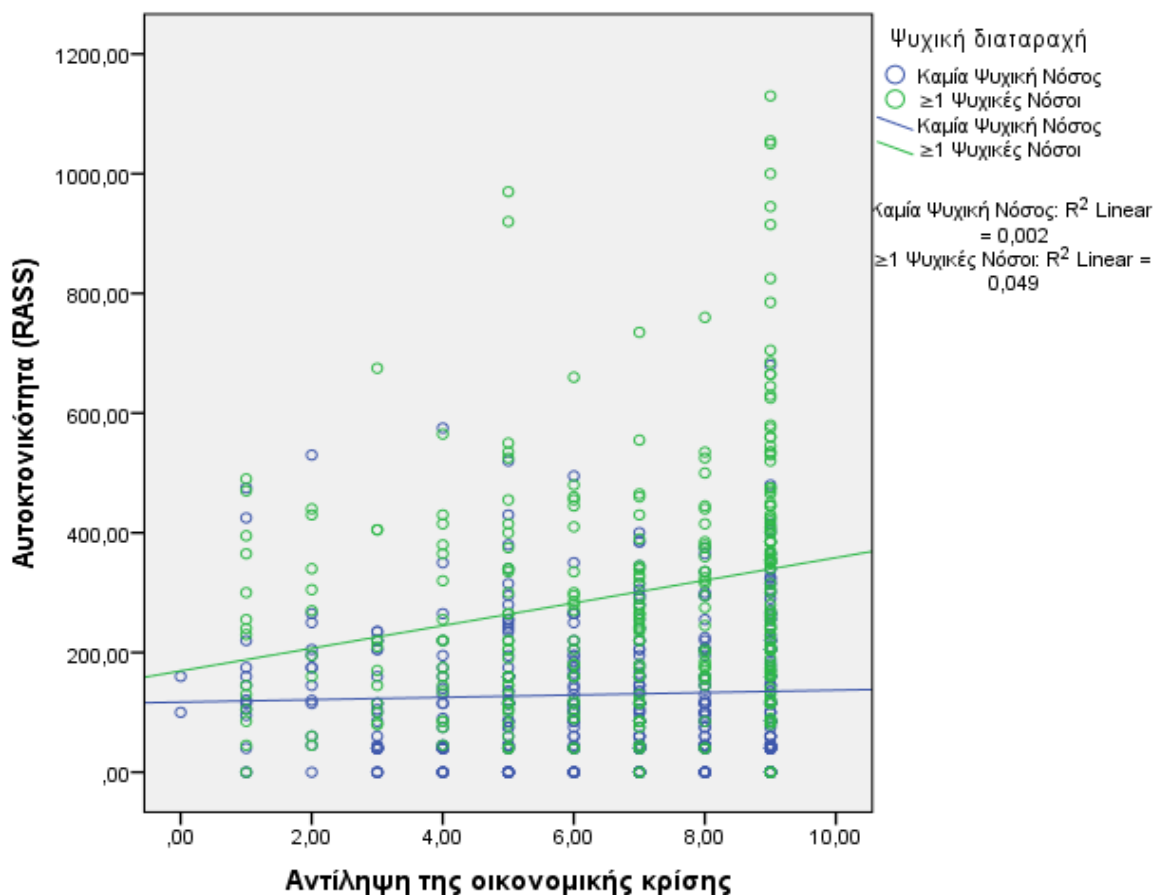
Στον Πίνακα 15 φαίνονται οι συντελεστές των 2 γραμμικών μοντέλων με παράγοντα την ψυχιατρική Διαταραχή. Το μοντέλο που περιέχει το γινόμενο του παράγοντα και της ανεξάρτητης μεταβλητής εξηγεί επιπλέον 1.2% της διασποράς του μοντέλου (23.1% -> 24.3%), διαφορά που βρέθηκε σημαντική (p -value < 0.000).

Πίνακας 17: Σύγκριση των δύο γραμμικών μοντέλων παλινδρόμησης με παράγοντα την Ψυχική Διαταραχή

Μεταβλητές	Συντελεστές	P-value	Συντελεστές	P-value
Αντιληπτή οικον. Κρίση	0.117	0.000	0.026	0.657
Ψυχική Διαταραχή	0.462	0.000	0.460	0.000
Αντιληπτή οικ. κρίση * Ψυχική διαταραχή	–	–	0.143	0.000
Δείκτης R²	0.231		0.243	
Αύξηση του δείκτη R²	0.231		0.012	
P-value (F, διαφορά του R²)	0.000		0.000	

Στο Γράφημα 5 φαίνεται πως η ευθεία παλινδρόμησης Αυτοκτονικότητας RASS και Αντιληπτής επιρροής της κρίσης έχει διαφορετική κλίση ανάλογα με το εάν το άτομο νοσεί από τουλάχιστον μία ψυχιατρική Διαταραχή. Αναλυτικότερα, τα άτομα χωρίς ψυχιατρική διαταραχή έχουν ευθεία σχεδόν παράλληλη με τον Χ άξονα που σημαίνει ότι η γραμμική συσχέτιση είναι κοντά στον μηδέν. Επομένως, υποδεικνύεται πως η αυτοκτονικότητα σχετίζεται με την Αντιληπτή επιρροή της κρίσης μόνο στα άτομα που νοσούν από ψυχιατρικές διαταραχές.

Γράφημα 5: Διάγραμμα διασποράς Αυτοκτονικότητας--Αντιληπτής επιρροής με βάση την Ψυχική διαταραχή



Παρακάτω, στον Πίνακα 16 παρουσιάζονται οι συντελεστές των δύο γραμμικών μοντέλων με παράγοντα την διάγνωση Κατάθλιψης. Το μοντέλο που περιέχει το γινόμενο εξηγεί επιπλέον 0.2% της διασποράς του μοντέλου (25.0% -> 25.2%) διαφορά που δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική.

Πίνακας 18 Σύγκριση των δύο γραμμικών μοντέλων παλινδρόμησης με παράγοντα την Κατάθλιψη

Μεταβλητές	Συντελεστές	P-value	Συντελεστές	P-value
Αντιληπτή οικον. Κρίση	0,078	0,012	0,052	0,141
Κατάθλιψη	0,484	0,000	0,476	0,000
Αντιληπτή οικ. κρίση * Κατάθλιψη	–	–	0,057	0,110
Δείκτης R²	0,250		0,252	
Αύξηση του δείκτη R²	0,250		0,002	
P-value (F, διαφορά του R²)	0,000		0,110	

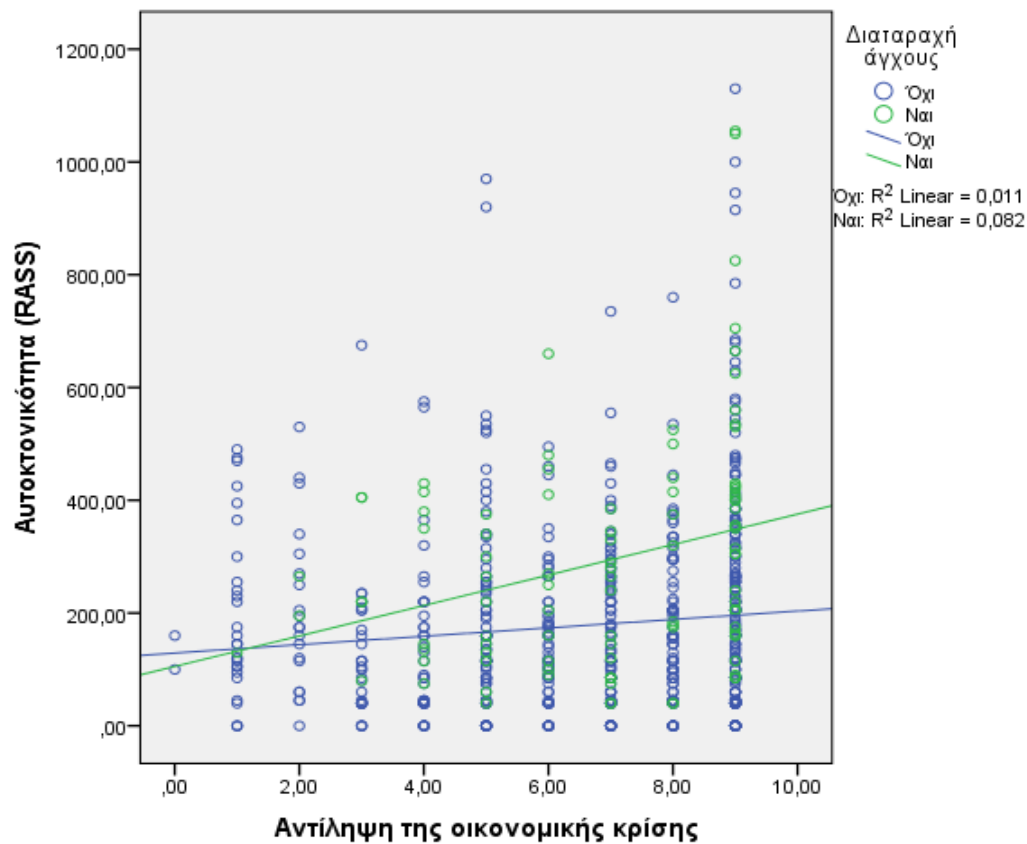
Τέλος, στον Πίνακα 17 παρατίθενται οι συντελεστές των δύο γραμμικών μοντέλων με παράγοντα την Διαταραχή Άγχους. Το μοντέλο που περιέχει το γινόμενο εξηγεί επιπλέον 0.7% της διασποράς του μοντέλου (6.5% -> 7.2%) διαφορά που υπολογίστηκε στατιστικά σημαντική (p -value = 0.019).

Πίνακας 19 Σύγκριση των δύο γραμμικών μοντέλων παλινδρόμησης με παράγοντα την Διαταραχή Άγχους

Μεταβλητές	Συντελεστές	P-value	Συντελεστές	P-value
Αντιληπτή οικον. Κρίση	0.127	0.000	0.099	0.007
Διαταραχή άγχους	0.215	0.000	0.206	0.000
Αντιληπτή οικ. κρίση * Διαταραχή άγχους	–	–	0.086	0.019
Δείκτης R²	0.065		0.072	
Αύξηση του δείκτη R²	0.065		0.007	
P-value (F, διαφορά του R²)	0.000		0.019	

Από το Γράφημα 6 φαίνεται πως η ευθεία παλινδρόμησης Αυτοκτονικότητας RASS και Αντιληπτής επιρροής της κρίσης έχει διαφορετική κλίση ανάλογα με το εάν το ο συμμετέχων διαγνώστηκε ή όχι από Διαταραχή Άγχους. Φαίνεται πως υπάρχει μία μικρή διαφορά στην κλίση, δηλαδή η σχέση μεταξύ αυτοκτονικότητας και Αντιληπτής επιρροής της κρίσης είναι πιο έντονη όταν το άτομο πάσχει από Διαταραχές άγχους.

Γράφημα 6: Διάγραμμα διασποράς Αυτοκτονικότητας--Αντιληπτής επιρροής με βάση την Διαταραχή Άγχους



Συζήτηση

Επιπολασμός αυτοκτονικότητας και ψυχιατρικών διαταραχών

Ο πρώτος στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση της επικράτησης της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής και του κινδύνου αυτοκτονίας σε ασθενείς με χρόνια σωματικά νοσήματα και συγκεκριμένα με διαβήτη, ρευματολογικές διαταραχές και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) που επισκέφτηκαν τα εξωτερικά ιατρεία ή το τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) του νοσοκομείου σε σύγκριση με φερόμενα ως υγιή άτομα (ομάδα ελέγχου). Στο δείγμα των συμμετεχόντων που ήταν ασθενείς, τα ευρήματά της μελέτης έδειξαν υψηλό επιπολασμό της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής (26.3 %), του αυτοκτονικού ιδεασμού και συμπεριφοράς (17.9%) και της Γενικευμένης Αγχώδους διαταραχής (ΓΑΔ) (14.9%), ενώ ένα σημαντικό ποσοστό του δείγματος ασθενών διαγνώστηκαν με δυσθυμία (6.1 %), διαταραχή πανικού (4.8%) και αγοραφοβία (3.3%).

Οι αντίστοιχες τιμές επιπολασμού στο δείγμα ελέγχου (εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης) ήταν χαμηλότερες, αλλά εξακολουθούσαν να είναι σχετικά υψηλές. Συγκεκριμένα οι αναλύσεις έδειξαν ότι το 11.6% των υγιών συμμετεχόντων παρουσίασε κατάθλιψη , το 3.1% αυτοκτονικότητα, δυσθυμία και αγχώδη διαταραχή αντίστοιχα. Επίσης, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι καθώς συγκρίθηκαν τα αποτελέσματα στις δύο διαφορετικές ομάδες χρησιμοποιώντας Chi-square αναλύσεις για τα κατηγορικά δεδομένα τα αποτελέσματα έδειξαν ότι και στην περίπτωση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής και στην αυτοκτονικότητα οι διαφορές μεταξύ ασθενών και υγιών είναι στατιστικά σημαντικές. Επίσης το ίδιο βρέθηκε και στην περίπτωση της διαταραχής πανικού, της αγοραφοβίας, της εξάρτησης σε αλκοόλ, και της αγχώδους διαταραχής.

Ο επιπολασμός της μείζονας καταθλιπτικής διαταραχής, της αυτοκτονικότητας και αλλά και της ΓΑΔ ήταν υψηλός στα άτομα με χρόνια σωματικά νοσήματα όπως αναμενόταν (358), αλλά διαπιστώθηκε επίσης υψηλός επιπολασμός μείζονας καταθλιπτικής διαταραχής και στο δείγμα ελέγχου. Αυτή η επικράτηση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής στο δείγμα ελέγχου (εργαζόμενοι νοσοκομειακής υγειονομικής περίθαλψης) είναι σύμφωνη με τα

αποτελέσματα της Economidou et al. (2016), οι οποίοι ανέφεραν επιπολασμό της κατάθλιψης 12.3% για το γενικό πληθυσμό το 2015 και της αυτοκτονικότητας 2.8% (359). Αυτοί οι ερευνητές ανέφεραν ότι ο επιπολασμός της κατάθλιψης στον γενικό πληθυσμό αυξήθηκε από 3,3% το 2008 σε 8,2% το 2011 φθάνοντας τα επίπεδα της τάξης του 12,3% κατά το 2015. Αντίθετα ο επιπολασμός της αυτοκτονικότητας που αναφέρθηκε από τους ίδιους ερευνητές ήταν διπλάσιος το 2011 με το ποσοστό να φτάνει το 6.7% , το 2009 το 5.2% ενώ το 2008 ήταν 2.4%, συμπεραίνοντας ότι τα επίπεδα της αυτοκτονικότητας το 2016 επέστρεψαν στην προ- οικονομικής κρίσης περίοδο (234, 359). Επίσης, διαπιστώθηκε ότι ο επιπολασμός σοβαρής ψυχικής δυσχέρειας είναι 6,8%, χρησιμοποιώντας το GHQ-28, μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας του ίδιου νοσοκομείου το 2009 (360). Παρόλο που η χρήση διαφορετικών εργαλείων εμποδίζει την άμεση σύγκριση μεταξύ των μελετών, τα παρόντα ευρήματα και τα αποτελέσματα των προαναφερθεισών μελετών δείχνουν ότι τα ποσοστά κατάθλιψης αυξάνονται καθώς η ύφεση παραμένει ενώ η αυτοκτονικότητα ήταν εντονότερη την περίοδο μεταξύ 2009-2013. Ο υψηλός επιπολασμός της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής που βρέθηκαν στη μελέτη μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης δημιουργεί επίσης ενδιαφέροντα ερωτήματα σχετικά με την έκταση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Οι δυσμενείς συνέπειες της τρέχουσας ύφεσης στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης έχουν ήδη αναφερθεί και (231) (361) οι επαγγελματίες που εργάζονται σε γενικά νοσοκομεία αντιμετωπίζουν περικοπές μισθών σε συνδυασμό με τον αυξημένο φόρτο εργασίας, και την αβεβαιότητα που προκλήθηκε από την κρίση (362).

Εκτός από σχολιασμό σχετικά με την αύξηση του επιπολασμού της κατάθλιψης και της αυτοκτονικότητας, είναι σημαίνουσας σημασία να αναφερθεί ότι τα αποτελέσματα της τρέχουσας έρευνας επαληθεύουν παλαιότερες μελέτες που αναφέρονται στην συσχέτιση της χρόνιας σωματική νόσου αλλά και της συννοσηρότητας με την μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και την αυτοκτονική συμπεριφορά. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), οι άνθρωποι που πάσχουν από χρόνια πόνο ή χρόνιες ασθένειες έχουν δύο έως τρεις φορές υψηλότερο κίνδυνο αυτοκτονίας από τον υπόλοιπο πληθυσμό.

Όλες οι ασθένειες που συνδέονται με τον πόνο, τη σωματική αναπηρία, τη βλάβη του νευρικού συστήματος και τη δυσφορία αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας (π.χ. καρκίνο, διαβήτη και HIV / AIDS) (363). Προγενέστερες μελέτες (107, 364) έδειξαν ότι το ένα τέταρτο όλων των ασθενών με χρόνια σωματικά νοσήματα παρουσιάζουν ταυτόχρονα άγχος και κατάθλιψη που συνδέονται με αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας (365, 366) και χειρότερα αποτελέσματα υγείας (367). Έχει επίσης αποδειχθεί ότι ο επιπολασμός της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής σε ασθενείς με ρευματολογικές διαταραχές που επισκέπτονται τις κλινικές παρακολούθησης εκτιμάται σε 25,4% (107), ενώ ο επιπολασμός της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής σε ασθενείς με χρόνια σωματικά νοσήματα που επισκέπτονται τα τμήματα επειγόντων περιστατικών ήταν 28,0% (305). Τα αποτελέσματα επαληθεύουν πολυάριθμες μελέτες που τονίζουν ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας αυξάνεται με γενικές σωματικές ασθένειες, όπως άσθμα, καρκίνο, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, στεφανιαία νόσο, σακχαρώδη διαβήτη, διαταραχές της σπονδυλικής στήλης (π.χ. διαταραχές του δίσκου), εγκεφαλικό επεισόδιο, πρόσφατη χειρουργική επέμβαση και χρόνια ή τερματική ασθένεια (52, 96).

Επιπρόσθετα, παρατηρώντας τα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται ότι οι συνεχείς και κατηγορικές μεταβλητές για την κατάθλιψη και την αυτοκτονικότητα βρίσκονται σε συμφωνία σχετικά με τη σημαντική διαφορά μεταξύ των υγιών και ασθενών στα αποτελέσματα.

Συγκεκριμένα χρησιμοποιώντας την κλίμακα PHQ- 9 φαίνεται ότι ο μέσος όρος των ασθενών και των υγιών συμμετεχόντων στα επίπεδα κατάθλιψης διαφέρει σημαντικά. Προγενέστερες σημαντικές έρευνες έχουν ορίσει ότι η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή θεωρείται παρούσα σε ένα συνηθισμένο κατώτατο όριο με κατώφλι το 10 , αν και κάποιες μελέτες έχουν επίσης προτείνει εναλλακτικά κατώφλια του 9, 11, ή 12 (311, 325). Μάλιστα σημαντική έρευνα σε ασθενείς με ρευματολογικά νοσήματα έδειξε ότι η κλίμακα PHQ-9 παρουσιάζει τον βέλτιστο συνδυασμό υψηλής ευαισθησίας και ακρίβειας, που ήταν σε θέση να διαγνώσει αξιόπιστα τη μείζονα κατάθλιψη (ευαισθησία 81.2%) και να αποκλείσει τη διαταραχή (ακρίβεια 86.8%)(107). Έτσι και στην παρούσα ανάλυση η εκτίμηση της κατάθλιψης μετρήθηκε σε ασθενείς και υγιείς με κατώφλι διάγνωσης το 10 και

βρέθηκε ότι το 26.8% (181) των ασθενών παρουσιάζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία ενώ το 10.1% (13) των υγιών παρουσιάζει καταθλιπτική συμπτωματολογία. Εκτός λοιπόν από τη στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του δείγματος ασθενών και υγιών φαίνεται ότι τα ποσοστά έρχονται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα της ψυχιατρικής συνέντευξης MINI όπως αναφέρθηκε παραπάνω. Ωστόσο, από τη στιγμή που στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση του PHQ-9, τα συμπεράσματά θα πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή, αφού οι πολιτισμικές διαφορές ενδέχεται να επηρεάσουν τη λειτουργία των εργαλείων εκτίμησης της κατάθλιψης, παρόλο που τα στοιχεία δείχνουν ότι το PHQ-9 μπορεί να χρησιμοποιηθεί χωρίς προσαρμογή σε διαφορετικούς πληθυσμούς (368).

Εν συνεχεία, και στην μέτρηση της αυτοκτονικότητας με την κλίμακα RASS φαίνεται ότι η διαφορά μεταξύ των συμμετεχόντων που ήταν ασθενείς με χρόνια σωματικά νοσήματα και του υγιή πληθυσμού είναι στατιστικά σημαντική. Μελέτες έχουν δείξει ότι η κλίμακα RASS αποτελεί αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο που μπορεί να αποδειχθεί πολύτιμο για την αξιολόγηση του κινδύνου αυτοκτονίας τόσο στο γενικό πληθυσμό, όσο και σε ψυχιατρικά ασθενείς. Παρόλο αυτά, εξ όσων είναι γνωστά η παρούσα έρευνα αποτελεί τη πρώτη μελέτη που χρησιμοποιεί την κλίμακα σε ασθενείς με χρόνια σωματικά νοσήματα. Τα αποτελέσματα της μέτρησης της αυτοκτονικότητας σε ασθενείς με χρόνια σωματικά νοσήματα διαφέρουν σημαντικά από αυτά της ομάδας ελέγχου (308).

Όμοια με τις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν για τη μέτρηση της αυτοκτονικότητας και της κατάθλιψης παρουσιάστηκαν και τα αποτελέσματα των μετρήσεων και από τις υπόλοιπες κλίμακες που συμπληρώθηκαν από τους συμμετέχοντες. Τα επίπεδα ανθεκτικότητας RS-14, της αίσθησης συνοχής SOC και θρησκευτικότητας με βάση την κλίμακα Durel ήταν διαφορετικά μεταξύ των συμμετεχόντων με χρόνια σωματικά νοσήματα και του υγιή πληθυσμού της έρευνας. Εξετάζοντας τη θρησκευτική αντιμετώπιση των προβλημάτων της ζωής με τη χρήση της κλίμακας RCOPE φαίνεται ότι στην περίπτωση της θετικής αντιμετώπισης μέσω της θρησκείας οι ασθενείς διαφέρουν σημαντικά στη μέτρηση σε σύγκριση με τους υγιείς καθώς στην περίπτωση των ασθενών υπάρχει

υψηλότερη βαθμολογία που υποδεικνύει ισχυρότερη θετική αντιμετώπιση της ασθένειας τους μέσω της θρησκείας. Ωστόσο, στην περίπτωση της αρνητικής αντιμετώπιση μέσω της θρησκείας φαίνεται να μην υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο δειγμάτων.

Προοπτική Μελέτη

Επιπλέον, πραγματοποιώντας αναλύσεις έξι μήνες μετά την αρχική εκτίμηση (baseline) διαπιστώθηκε ότι όλα τα αποτελέσματα (δηλαδή, σοβαρότητα του καταθλιπτικού συμπτώματος, κίνδυνος αυτοκτονίας, ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία) βελτιώθηκαν σημαντικά έξι μήνες μετά την έναρξη της μελέτης και την εφαρμογή της παρέμβασης χαμηλής έντασης. Το ποσοστό απόκρισης των συμμετεχόντων κατά την αρχική εκτίμηση ήταν υψηλό ενώ 6 μήνες μετά συμμετείχε το 70.1% των ασθενών και το 67.1% της ομάδας ελέγχου. Παρόλο αυτά, δεν μπορεί να ειπωθεί εάν αυτή η βελτίωση βασίζεται αποκλειστικά στην παρέμβασή που αναπτύχθηκε από την ερευνητική ομάδα και εφαρμόστηκε από τον ερευνητή, καθώς ο σχεδιασμός της μελέτης εμποδίζει να εξαχθούν συμπεράσματα σχετικά με το θέμα αυτό. Η παρέμβαση αφορά την παροχή μιας αξιόπιστης, πρακτικής και χαμηλής έντασης παρέμβαση που θα χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με τον κανόνα κλινικής πρόγνωσης. Αναλυτικότερα τις απαραίτητες δράσεις που μπορούν να ληφθούν όταν αναγνωρίζεται από τον κανόνα κλινικής πρόγνωσης η παρουσία αυτοκτονικότητας. Ωστόσο, αυτά τα ευρήματα παρέχουν στοιχεία σχετικά με την ταυτοποίηση των κύριων θεραπευτικών παραγόντων για τη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με χρόνια σωματικά νοσήματα.

Τα αποτελέσματα της προοπτικής μελέτης σχετικά με τους παράγοντες που σχετίζονται με την αυτοκτονικότητα κατά τη διάρκεια της επαναληπτικής μέτρησης (follow up) έδειξαν ότι το ψυχιατρικό ιστορικό σχετίζεται σημαντικά με την αυτοκτονικότητα στο συνολικό δείγμα ασθενών και υγείων (ομάδα ελέγχου) που έλαβαν μέρος στην έρευνα. Συγκεκριμένα, η υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα αυτοκτονικότητας RASS και η διάγνωση της κατάθλιψης (PHQ>10) κατά την αρχική εκτίμηση φαίνεται να σχετίζονται θετικά με τη βαθμολογία αυτοκτονικότητας κατά την επαναληπτική μέτρηση. Αντιθέτως, η βελτίωση της κατάθλιψης σχετίζεται αρνητικά με την αυτοκτονικότητα κατά την επαναληπτική μέτρηση. Αυτά τα

ευρήματα επιβεβαιώνουν τα αποτελέσματα αρκετών προηγούμενων μελετών σύμφωνα με τις οποίες οι ψυχιατρικές διαταραχές υπάρχουν στο 90% περίπου των ατόμων που αυτοκτονούν και συμβάλλουν στο 47%-74% του πληθυσμού με κίνδυνο αυτοκτονίας (2). Επιπλέον, το προηγούμενο ιστορικό αυτοκτονικής συμπεριφοράς έχει αναφερθεί ως ο ισχυρότερος μεμονωμένος παράγοντας πρόβλεψης της αυτοκτονίας (363), με τις εκτιμήσεις προηγούμενων ερευνητών να υποδεικνύουν ότι υπάρχουν 10 έως 40 μη θανατηφόρες προσπάθειες αυτοκτονίας για κάθε ολοκληρωμένη αυτοκτονία (369).

Όπως αναφέρθηκε, η αρχική εκτίμηση της αυτοκτονικότητας σχετίζεται θετικά με την επαναληπτική (follow up RASS) βαθμολογία της αυτοκτονικότητας. Παρά το γεγονός ότι στην παρούσα έρευνα με την κλίμακα RASS μελετάται περισσότερο ο αυτοκτονικός ιδεασμός και το πλάνο αυτοκτονίας, και υπάρχει μόνο μια ερώτηση σχετικά με προηγούμενη απόπειρα αυτοκτονίας, αρκετές έρευνες υποδεικνύουν και τη συσχέτιση μεταξύ του προηγούμενου ιστορικού αυτοκτονικού ιδεασμού και πλάνου αυτοκτονίας με μελλοντικές παρόμοιες συμπεριφορές (370). Ωστόσο, η σύνδεση του σχεδιασμού (πλάνου) μιας αυτοκτονίας με μετέπειτα αυτοκτονικές συμπεριφορές παραμένει αμφισβητήσιμη. Ορισμένοι ερευνητές πρότειναν ότι το πλάνο για αυτοκτονία αποτελεί απαραίτητο πρόδρομο για πιθανώς μελλοντική θανατηφόρο συμπεριφορά αυτοκτονίας (183) ενώ άλλοι ισχυρίστηκαν ότι η έλλειψη πλάνου και παρορμητικότητας προσδίδει μεγαλύτερο κίνδυνο για μελλοντική συμπεριφορά αυτοκτονίας (371).

Αναφορικά με τη βελτίωση της αυτοκτονικότητας στο δείγμα των ασθενών, τρεις μεταβλητές βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές : η Αυτοκτονικότητα RASS και η διάγνωση κατάθλιψης PHQ-9 κατά την αρχική μέτρηση, καθώς και η βελτίωση της κατάθλιψης που μετρήθηκε με την κλίμακα PHQ-9 κατά τη διάρκεια του εξαμήνου . Οι μεταβλητές αυτές είναι ακριβώς οι ίδιες με τις μεταβλητές που αναγνωρίστηκαν ως σημαντικές για την πρόγνωση αυτοκτονικότητας στη δεύτερη μέτρηση μετά την πάροδο 6 μηνών (follow-up) σε όλο το δείγμα της μελέτης. Στο δείγμα του υγιούς πληθυσμού, η ηλικία, η διάγνωση κατάθλιψης (PHQ>10) και η μικρότερη βαθμολογία στην κλίμακα αυτοκτονικότητας RASS βρέθηκε να σχετίζονται αρνητικά με τη βελτίωση της αυτοκτονικότητας.

Σε αντίθεση με την αρχική υπόθεση της έρευνας, η παρούσα μελέτη δε βρήκε σημαντικές συσχετίσεις της αυτοκτονικότητας με παράγοντες που αναφέρονται κατά κόρον στη βιβλιογραφία. Συγκεκριμένα, είναι αξιοσημείωτο ότι σε αντίθεση με πολυάριθμες προηγούμενες έρευνες δε βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ της αυτοκτονικότητας και του φύλου, της οικογενειακής κατάστασης αλλά και της παρουσίας χρόνιου νοσήματος και συννοσηρότητας. Αρχικά έχει υποστηριχθεί επανειλημμένα ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών σε ποσοστά αυτοκτονιών κάθε χρόνο, ενώ οι άνδρες είναι πιο επιρρεπείς από τις γυναίκες σε ολοκληρωμένες αυτοκτονίες (261). Σχετικά με τις μελέτες που εξετάζουν την συσχέτιση της οικογενειακής κατάστασης με την αυτοκτονικότητα φαίνεται ότι οι έγγαμοι άνθρωποι έχουν χαμηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας από τους ελεύθερους, και οι διαζευγμένοι, χωρισμένοι και χήροι έχουν τα υψηλότερα ποσοστά (37). Ακόμη, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, πολυάριθμες μελέτες έχουν τονίσει τη συσχέτιση των χρόνιων σωματικών νοσημάτων με τον κίνδυνο εμφάνισης αυτοκτονικότητας και πολλές από αυτές μελέτησαν και την συσχέτιση προσθέτοντας την ύπαρξη συννοσηρότητας (91-93).

Επιπρόσθετα, σε συνέχεια της επιστημονικής διαμάχης σχετικά με τη σύνδεση της οικονομικής ύφεσης και της αυτοκτονικότητας, η παρούσα μελέτη δε βρήκε κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Μόνο στην ομάδα των ασθενών με ιστορικό ψυχιατρικής διαταραχής η αυτοκτονικότητα αυξήθηκε υπό την τροποποιητική επίδραση της οικονομικής κρίσης. Αξίζει να σημειωθεί ότι στις προηγούμενες μελέτες εντός της Ελληνικής επικράτειας, η ύπαρξη ψυχιατρικού ιστορικού δεν εξετάστηκε ούτε ως τροποποιητικός παράγοντας αλλά ούτε και ως παράγοντας κινδύνου. Σημαντικοί επιστήμονες έχουν συζητήσει επί μακρόν τον αντίκτυπο της οικονομικής κρίσης στα ποσοστά αυτοκτονιών στην Ελλάδα με κάποιους να υποστηρίζουν ότι ήταν βιαστικό να ειπωθεί ότι η κρίση επηρέασε την αυτοκτονικότητα στην Ελλάδα ενώ άλλοι ανέφεραν αυξημένο αριθμό αυτοκτονιών και προσπαθειών αυτοκτονίας (239, 249-252). Συγκεκριμένα, τα παρόντα αποτελέσματα αποτελούν μια πρόσφατη αναφορά που υποδεικνύει ότι η οικονομική κρίση φαίνεται να μην επηρεάζει την αυτοκτονικότητα του γενικού πληθυσμού στον Ελλαδικό χώρο. Αντίστοιχα, η έρευνα που πραγματοποιήθηκε από

τους Fountoulakis et al. (2012) υποστήριξε ότι δεν υπάρχουν αξιόπιστες πληροφορίες για τη διατήρηση του αντίκτυπου της οικονομικής κρίσης και της αυτοκτονίας (251). Σύμφωνα με τον Fountoulaki et al. (2012) η αύξηση της αυτοκτονίας που παρατηρήθηκε θεωρήθηκε ως ένα σημάδι τυχαίας χρονικής διακύμανσης των ποσοστών αυτοκτονίας και δεν αποτελεί μεταβολή της τάσης αυτοκτονίας κατά τη διάρκεια της κρίσης (251).

Προς επικύρωση των παραπάνω όταν αρχικά οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν απλά για την οικονομική τους κατάσταση και τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στη ζωή τους, και ιδιαίτερα στην ψυχολογία τους η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων ανέφερε ότι επηρεάστηκε σημαντικά. Συγκεκριμένα, το 78.2% των ασθενών με χρόνια σωματικά νοσήματα και το 74.2% των υγιών αποκρίθηκαν ότι η ψυχολογία τους επηρεάστηκε από την οικονομική κρίση. Ωστόσο, στα άτομα με χρόνια σωματικά νοσήματα η αυτοκτονική συμπεριφορά δε φάνηκε να σχετίζεται σημαντικά με την αντιληπτή επιρροή της κρίσης. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκαν περαιτέρω αναλύσεις και μελετήθηκε η σχέση μεταξύ της αυτοκτονικότητας RASS και της αντίληψης των ερωτηθέντων για την επιρροή της οικονομικής κρίσης στην οικονομική τους κατάσταση. Πιο συγκεκριμένα ελέγχθηκε εάν κάποιος παράγοντας επηρεάζουν τη σχέση αυτή και σε ποιο βαθμό (Moderation). Οι παράγοντες που βρέθηκαν σημαντικοί είναι η ύπαρξη ή όχι ψυχιατρικής διαταραχής, η διαγνωσμένη κατάθλιψη και η ύπαρξη ή όχι διαταραχής άγχους.

Ειδικότερα, η τροποποιητική ανάλυση (moderation) έδειξε ότι η αυτοκτονικότητα σχετίζεται με την αντιληπτή επιρροή της κρίσης μόνο στα άτομα που νοσούν από ψυχιατρικές διαταραχές με αποτέλεσμα να επαληθευτεί η υπόθεση του ερευνητή. Ωστόσο, σε αντίθεση με τις προσδοκίες του ερευνητή, αυτή η μελέτη δεν διαπίστωσε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της αντιληπτής επιρροής της κρίσης και της αυτοκτονικότητας στην περίπτωση που το άτομο πάσχει από μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Αντίθετα, σε προγενέστερη όμοια συγχρονική ανάλυση που πραγματοποιήθηκε από τον ερευνητή σε 376 άτομα που πήραν μέρος στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι η αυτοκτονικότητα σχετίζεται με την αντιληπτή επιρροή της κρίσης στα άτομα που πάσχουν από μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (372). Αυτά τα αποτελέσματα είναι πιθανό να σχετίζονται με τη διαφορά του

τελικού δείγματος της παρούσας διατριβής αλλά και το γεγονός ότι η παρούσα τροποποιητική ανάλυση χρησιμοποίησε δεδομένα της προοπτικής μελέτης.

Επιπρόσθετα, σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι στην περίπτωση που το άτομο πάσχει από Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή (ΓΑΔ) υπάρχει σημαντική συσχέτιση. Συγκεκριμένα, η διάγνωση της ΓΑΔ τροποποίησε τη σχέση μεταξύ της αντιληπτής επίπτωσης της οικονομικής κρίσης και του κινδύνου αυτοκτονίας. Εξ όσων είναι γνωστά, αυτή είναι η πρώτη μελέτη στην Ελλάδα που παρουσιάζει ότι ο αντίκτυπος της κρίσης δεν συσχετίζεται με τον αυτοκτονικό κίνδυνο καθαυτό, αλλά η κρίση μπορεί να λειτουργήσει ως κατακρημνιστής σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες κινδύνου, όπως η παρουσία μιας ψυχιατρικής διαταραχής ή μιας αγχώδους διαταραχής. Με άλλα λόγια, τα άτομα με ψυχιατρικές ασθένειες μπορεί να είναι ιδιαίτερα ευάλωτα στις συνέπειες της οικονομικής ελληνικής κρίσης.

Στην παρούσα μελέτη οι αναλύσεις έδειξαν ότι υπάρχει ένας υψηλός επιπολασμός του κινδύνου αυτοκτονίας στα άτομα του εξετάστηκαν στην έρευνα, με τον αριθμό να αυξάνεται έως και 17.9% σε ασθενείς με χρόνια σωματικά νοσήματα που αναζητούν είτε επείγουσα φροντίδα στα τμήματα επειγόντων περιστατικών είτε στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου. Τα παρόντα αποτελέσματα είναι σημαντικά καθώς δείχνουν ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι ένα φαινόμενο στο οποίο πρέπει να δοθεί υψηλή σημασία την τρέχουσα περίοδο και γενικότερα σε περιόδους οικονομικής ύφεσης της χώρας, καθώς φαίνεται να επηρεάζει ένα αξιοσημείωτο ποσοστό ασθενών με χρόνια σωματικά νοσήματα. Τα αποτελέσματα της έρευνας έρχονται σε συμφωνία και με προηγούμενες μελέτες. Οι Merzagora, et al. (2016) εξέτασαν εάν η αυτοκτονική συμπεριφορά κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης επηρεάζεται από την αλληλεπίδραση μεταξύ της κατάστασης απασχόλησης ενός ατόμου και της παρουσίας ψυχολογικής ή σωματικής ασθένειας και έδειξαν ότι η σχέση μεταξύ της αυτοκτονικότητας και της οικονομικής κρίσης διαμεσολαβείται από την παρουσία ψυχικής ή σοβαρής σωματικής νόσου και όχι από την ανεργία (373). Επιπροσθέτως, άλλες διεθνείς έρευνες υποδεικνύουν ότι σε περίοδο οικονομικής κρίσης ο αντίκτυπος συγκεκριμένων οικονομικών προβλημάτων στην πιθανότητα αυτοκτονίας συχνά

διαμεσολαβείται από άλλους παράγοντες ατομικού επιπέδου, κυρίως ψυχολογικούς και σωματικούς, των οποίων η αρνητική επιρροή επιδεινώνεται από μειώσεις διαθεσιμότητας της υγειονομικής και κοινωνικής φροντίδας (374, 375).

Παρόλο που τα ποσοστά αυτοκτονίας στην Ελλάδα παραμένουν χαμηλά σε σύγκριση με άλλες χώρες (6.1. θάνατοι από αυτοκτονία/ 100.000 άτομα) (https://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates/en/ (2016) (accessed 23.11.2019), οι αναφερόμενες αυξήσεις έως και 40% μετά την οικονομική κρίση του 2008 είναι πολύ υψηλότερες από τις αυξήσεις που σημειώθηκαν κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες: 5.3% στη Γερμανία, 5.2% στην Πορτογαλία, 7.6% στην Τσεχική Δημοκρατία, 19.3% στην Πολωνία και 22.7% στη Σλοβακία (233). Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων και των δύο ομάδων, και συγκεκριμένα το 78.2% των ασθενών και το 74.2% των υγιών (ομάδα ελέγχου) ανέφεραν ότι η οικονομική κρίση είχε σημαντική επιρροή στην ψυχολογία τους αλλά και ο μέσος όρος της αντιληπτής επιρροής της οικονομικής κρίσης ήταν επίσης υψηλός και στις δύο ομάδες (Πίνακας 2). Ωστόσο αν και ο ερευνητής υπέθεσε ότι η αντιληπτή επιρροή της οικονομικής κρίσης συνδέεται με τον κίνδυνο αυτοκτονίας, φαίνεται ότι αυτό συμβαίνει μόνο στις περιπτώσεις που το άτομο πάσχει από μία ή παραπάνω ψυχιατρική διαταραχή. Είναι λοιπόν σημαντικό να γίνει μια προσπάθεια να εξηγηθούν τα συγκεκριμένα ευρήματα.

Κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης πολλές χώρες αλλά και η Ελλάδα πραγματοποίησαν αλλαγές στις υπηρεσίες υγείας καθώς το σύστημα υγείας επηρεάστηκε από σοβαρά μέτρα λιτότητας. Η δραστική μείωση των κρατικών δαπανών επηρέασε σημαντικά τη δομή και τη λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων που βρέθηκαν αντιμέτωπα με σοβαρές ελλείψεις προσωπικού, κλινών και φαρμάκων. Επιπλέον, οι πολιτικές προώθησης της υγείας περιορίστηκαν, εμποδίζοντας έτσι τις σχετικές πρωτοβουλίες για την πρόληψη των ασθενειών και τις πρακτικές εκπαίδευσης για την προώθηση της υγείας (233). Έτσι, είναι πιθανό ότι η αντιληπτή επιρροή της κρίσης από τους ασθενείς με χρόνια νοσήματα και παρουσία μίας ή παραπάνω ψυχιατρικής διαταραχής συνδέεται με τον κίνδυνο αυτοκτονίας καθώς στην περίοδο της οικονομικής ύφεσης της χώρας η συνέπεια των πολιτικών λιτότητας, αντανακλάται σε ατομικό επίπεδο σε μειωμένη ευεξία και

αυξημένη συχνότητα εμφάνισης στρες και ανασφάλειας για την υγεία. Μάλιστα και στην παρούσα έρευνα είναι άξιο προσοχής ότι σε ασθενείς με η αυτοκτονικότητα σχετίζεται με την επιρροή της ύφεσης σε ασθενείς με χρόνια σωματικά νοσήματα και συννοσηρότητα γενικευμένης αγχώδους διαταραχής. Ως εκ τούτου, θα μπορούσε ενδεχομένως να υποθεθεί ότι οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα σε περιόδους οικονομικής ύφεσης της χώρας βιώνουν γενικότερη ανασφάλεια για την υγεία τους και σε άτομα με συννοσηρότητα χρόνιων νοσημάτων και αγχώδους διαταραχής η ευαλωτότητα μπορεί να γίνει εντονότερη.

Οι χώρες στις οποίες διατηρήθηκαν οι δημόσιες επενδύσεις στις υπηρεσίες υγείας και οι δημόσιες δαπάνες για κοινωνική μέριμνα, όπως η Ισλανδία, η Φινλανδία, η Σουηδία και η Γερμανία, δεν αντιμετώπισαν αυτά τα προβλήματα κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης (374). Η Uutela (2010) επεσήμανε ότι οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχολογική υγεία του πληθυσμού ήταν λιγότερο σοβαρές στις χώρες όπου τα επίσημα και άτυπα κοινωνικά δίκτυα παρέμειναν σταθερά και εύκολα προσβάσιμα (376). Η παραπάνω παρουσίαση των αποτελεσμάτων της τροποποιητικής ανάλυσης δεν αποσκοπεί στην ελαχιστοποίηση της αρνητικής επίδρασης των οικονομικών κρίσεων στις αυτοκτονίες αλλά στην υπογράμμιση του σημαντικού ευρήματος ότι ο αντίκτυπός τους στην αυτοκτονία δεν οφείλεται αποκλειστικά στην επιδείνωση των οικονομικών συνθηκών των ατόμων. Η πρόσφατη έκθεση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας σχετικά με την πρόληψη της αυτοκτονίας έδειξε ότι η αλληλεπίδραση μεταξύ βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών, περιβαλλοντικών και πολιτιστικών παραγόντων έχει σημαντική επίδραση στη διακύμανση του ποσοστού αυτοκτονιών μεταξύ των χωρών (363).

Υπό αυτό το πρίσμα, το πιο σημαντικό νέο συμπέρασμα είναι ότι ο αντίκτυπος της τρέχουσας οικονομικής κρίσης συνδέεται με τον κίνδυνο αυτοκτονίας, αλλά η συσχέτιση αυτή τροποποιείται από την ύπαρξη ψυχιατρικής διαταραχής στο άτομο: όσο μεγαλύτερος είναι ο αντίκτυπος της κρίσης, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος αυτοκτονίας μόνο όταν **υπάρχει ψυχιατρική διαταραχή ή Γενικευμένη αγχώδη διαταραχή**. Εντύπωση δημιουργεί το γεγονός ότι δεν σημειώθηκε σημαντική συσχέτιση όταν το άτομο πάσχει από **μείζονα**

καταθλιπτική διαταραχή. Αυτό το εύρημα δείχνει ότι, εκτός από την αναγνωρισμένη σχέση ψυχιατρικών ασθενειών με τον αυτοκτονικό κίνδυνο (53), ο αντίκτυπος της κρίσης σε αυτά τα άτομα αυξάνει περαιτέρω αυτόν τον κίνδυνο. Ο αντιληπτός αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης στην παρούσα ανάλυση δεν βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με την συμπεριφορά αυτοκτονίας. Ωστόσο, φαίνεται ότι σε συνδυασμό με ψυχιατρικές διαταραχές αλλά και με διαταραχές άγχους που μπορεί το άτομο να αναπτύξει και σε περιόδους ύφεσης της χώρας, η αντιληπτή επιρροή της οικονομικής κρίσης μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στην αυτοκτονικότητα των ασθενών με χρόνια σωματικά νοσήματα που αποτελούν μια ευάλωτη ομάδα.

Η αντιληπτή εμπειρία μιας οικονομικής ύφεσης είναι προφανώς υποκειμενική και έχει ποικίλες επιπτώσεις στα άτομα (377), και ιδιαίτερα σε ασθενείς με σωματικές ασθένειες. Ο αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης μπορεί να αποτελέσει ένδειξη για το πώς τα άτομα αντιμετωπίζουν την κρίση, καθώς τα άτομα μπορεί να αντιμετωπίζουν τις οικονομικές κρίσεις με διάφορους τρόπους, ανάλογα με το συνδυασμό παραγόντων αλληλεπίδρασης όπως το φύλο, το εισόδημα, η αριθμητική και η πολιτική στάση (245). Τα ευρήματά μας υποδεικνύουν ότι ο αντίκτυπος της κρίσης μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο αυτοκτονίας σε άτομα με ψυχιατρική διαταραχή και παρόλο που μπορεί να είναι δύσκολο για τους επαγγελματίες του τομέα υγειονομικής περίθαλψης να παρεμβαίνουν σε καταστάσεις οικονομικής ύφεσης της χώρας, οι αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία μπορούν να αντιμετωπιστούν με συγκεκριμένη στόχευση των αντιληπτών επιπτώσεων της κρίσης σε ευάλωτους ασθενείς όπως οι ασθενείς με χρόνιες σωματικές ασθένειες που πάσχουν και από μία ή περισσότερες ψυχιατρικές διαταραχές.

Η διαπίστωση ότι η επίδραση της ύφεσης συνδέεται με μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονίας σε άτομα που έχουν διαγνωστεί με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή αξίζει να εξεταστεί περαιτέρω. Μελέτες έχουν αναφέρει ότι οι διαταραχές άγχους είναι παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονικό ιδεασμό και απόπειρες αυτοκτονίας (378), και μια πρόσφατη μετα-αναλυτική επισκόπηση κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το άγχος είναι στατιστικά σημαντικό, αλλά αδύναμο, προγνωστικό του αυτοκτονικού ιδεασμού και των αποπειρών αυτοκτονίας, με τις σημαντικότερες

συσχετίσεις να παρατηρούνται στη Διαταραχή μετα-τραυματικού άγχους (PTSD) (379). Ωστόσο, δεν πρέπει να υποτιμάται η σημασία της ΓΑΔ, όπως δείχνουν τα παρόντα ευρήματα. Τα ευρήματά της παρούσας μελέτης υπογραμμίζουν την ανάγκη να εκτιμηθούν και να αντιμετωπιστούν οι διαταραχές άγχους, ειδικά η ΓΑΔ, σε ασθενείς με χρόνια σωματικά νοσήματα στο ιατρικό περιβάλλον. Οι κλινικοί γιατροί, εκτός από την έγκαιρη αναγνώριση και θεραπεία της κατάθλιψης, θα πρέπει επίσης να διερευνήσουν την παρουσία συμπτωμάτων άγχους σε ασθενείς με χρόνια σωματικά νοσήματα, προκειμένου να αποφευχθεί η εμφάνιση αυτοκτονικότητας που προκλήθηκε από την τρέχουσα ελληνική οικονομική ύφεση. Η εξασφάλιση κατάλληλων συστημάτων, υπηρεσιών και υποστήριξης για τα άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές θα πρέπει να αποτελέσει προτεραιότητα για τους επαγγελματίες της υγείας στην εποχή της τρέχουσας ύφεσης.

Πλεονεκτήματα και περιορισμοί της μελέτης

Τα πλεονεκτήματα της τρέχουσας έρευνας περιλαμβάνουν τη χρήση της δομημένης ψυχιατρικής συνέντευξης MINI για τη διάγνωση ψυχιατρικής διαταραχής, η οποία διεξήχθη πρόσωπο με πρόσωπο με τους συμμετέχοντες στο χώρο του νοσοκομείου. Επιπρόσθετα, εκτός της ψυχιατρικής συνέντευξης χρησιμοποιήθηκαν γνωστά, τυποποιημένα εργαλεία όπως η κλίμακα RASS, μια έγκυρη κλίμακα για την μέτρηση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς που συμπληρώθηκε την ίδια μέρα με την ψυχιατρική συνέντευξη και ο ερευνητής ήταν “τυφλός” στα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου. Στην παρούσα έρευνα αποτελεί σημαντικό πλεονέκτημα η χρήση διαφορετικών και πολυάριθμων κλιμάκων καθώς έτσι ο ερευνητής κατάφερε να συλλέξει αρκετά και διαφορετικά στοιχεία για κάθε ασθενή και υγιή συμμετέχοντα. Επιπλέον, τα προαναφερθέντα εργαλεία χορηγήθηκαν σε ένα αρκετά μεγάλο δείγμα ασθενών με διαγνωσμένες χρόνιες σωματικές ασθένειες. Επίσης η μελέτη ήταν διαμηκής (longitudinal), και ένα από τα πλεονεκτήματα των προοπτικών μελετών είναι ότι μπορούν να βοηθήσουν στον προσδιορισμό των παραγόντων κινδύνου για την παρουσία της αυτοκτονικότητας καθώς η διαχρονική εκτίμηση με την πάροδο του χρόνου και η συλλογή των αποτελεσμάτων ανά τακτά χρονικά διαστήματα μπορεί να ελαχιστοποιήσει τις πιθανότητες σφαλμάτων. Ωστόσο, συνήθως συνήθως απαιτούνται αρκετά έτη

παρακολούθησης, έτσι ώστε να είναι δυνατή η εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων. Στην παρούσα όμως μελέτη η παρακολούθηση (follow up) πραγματοποιήθηκε 6 μήνες μετά την αρχική εκτίμηση, διάστημα αρκετά σύντομο.

Σε αυτό το σημείο πρέπει να αναφερθούν κάποιοι επιπρόσθετοι περιορισμοί της έρευνας. Αρχικά ένας σημαντικός περιορισμός έγκειται στο γεγονός ότι μελετήθηκαν πολλαπλές ασθένειες παρά μια μοναδική ομάδα ασθενών που νοσούν από μία ασθένεια. Αυτή η ανομοιογένεια απέτρεψε να υπολογιστεί η σοβαρότητα της ασθένειας χρησιμοποιώντας συγκεκριμένους δείκτες σοβαρότητας της νόσου (π.χ. HbA1c, σοβαρότητα δύσπνοιας, κτλ) που μπορεί να επηρέαζαν τα αποτελέσματα. Επίσης, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η ανάλυση διαμεσολάβησης (mediation) αντί της τροποποιητικής ανάλυσης (moderation) θα μπορούσε να είναι πιο κατάλληλη για την αξιολόγηση της αλληλεπίδρασης μεταξύ των μεταβλητών, καθώς η ψυχική ασθένεια θεωρείται ότι βρίσκεται στο μονοπάτι μεταξύ του στρεσογόνου παράγοντα (δηλαδή των δεικτών της ύφεσης) και του αποτελέσματος (δηλαδή της αυτοκτονικότητας).

Επιπλέον, τα συμπεράσματά των αναλύσεων της έρευνας θα πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή, καθώς το δείγμα ασθενών με χρόνια σωματικά νοσήματα δεν μπορεί να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικό του γενικού πληθυσμού της Ελλάδας ή όλων των ατόμων με χρόνια σωματικά νοσήματα. Ο συμμετέχοντες της έρευνας αποτελούν δείγμα μόνο των ασθενών με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, Σακχαρώδη διαβήτη και Ρευματολογικές παθήσεις που είχαν πρόσβαση στο Πανεπιστημιακό νοσοκομείο των Ιωαννίνων. Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί ότι το και το δείγμα του υγιή πληθυσμού δεν μπορεί να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικό του γενικού πληθυσμού της Ελλάδος καθώς ήταν αρκετά μικρό και συγκεκριμένο (νοσοκομειακός πληθυσμός). Το μειονέκτημα να χρησιμοποιούνται αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια για την εκτίμηση των ψυχολογικών παραγόντων μπορεί να σημαίνει ότι η υπάρχει η πιθανότητα να έχει απαντηθεί σημαντικός αριθμός ερωτηματολογίων με τρόπο που θεωρείται ότι τα καθιστά περισσότερο αποδεκτά σύμφωνα με τις κοινωνικές νόρμες, και όχι πάντα με ειλικρινή τρόπο ακόμη και μετά την επεξήγηση στους συμμετέχοντες ότι οι πληροφορίες θα μείνουν ανώνυμες. Επιπλέον η αυστηρή δομή των

ερωτηματολογίων, αντικατοπτρίζοντας το θεωρητικό υπόβαθρο στο οποίο βασίστηκε η δημιουργία τους, δεσμεύει τους συμμετέχοντες να απαντήσουν με τρόπους που ενδεχομένως αγνοούν σημαντικές πτυχές της οπτικής τους στα πράγματα. Άλλωστε δύσκολα μπορεί να τεκμηριωθούν συσχετίσεις του τύπου «αιτίου –αιτιατού » μέσω των αυτοσυμπληρούμενων εργαλείων, καθώς άλλοι ενδεχομένως πιο σημαντικοί παράγοντες για το κάθε υποκείμενο που δεν περιλαμβάνονται στο χορηγούμενο εργαλείο δεν διερευνώνται και δεν καταγράφονται (380). Τέλος, η πλειοψηφία του δείγματος είχε συνταξιοδοτηθεί και αυτό μπορεί να εξηγεί τα χαμηλά ποσοστά ανεργίας που αναφέρθηκαν σε σύγκριση με τα τριπλάσια ή τετραπλάσια ποσοστά που επίσημα ανακοινώθηκαν μεταξύ του 2013-2016 στην Ελλάδα.

Η παρούσα μελέτη επιβεβαιώνει ότι, σε ασθενείς με χρόνια σωματικά νοσήματα (Σακχαρώδη Διαβήτη, Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια και Ρευματολογικές ασθένειες), ο αντίκτυπος της τρέχουσας ελληνικής κρίσης συνδέεται σημαντικά με τον κίνδυνο αυτοκτονίας, αλλά μόνο σε εκείνους με διάγνωση παρούσας ψυχικής διαταραχής. Τα αποτελέσματα της μελέτης τονίζουν επίσης τη σημασία της αξιολόγησης και της διαχείρισης της ΓΑΔ σε ασθενείς με χρόνιες ιατρικές παθήσεις. Επιπλέον, αυτή η μελέτη εγείρει τη δυνατότητα ανάπτυξης ψυχοκοινωνικών θεραπειών που στοχεύουν σε δυσλειτουργικές ψυχολογικές αντιδράσεις στην οικονομική ύφεση, ειδικά σε ασθενείς με ασθενείς με χρόνια σωματικά νοσήματα που αντιμετωπίζουν κάποια ψυχιατρική διαταραχή ή ΓΑΔ. Αυτές οι στρατηγικές μπορεί να αποτρέψουν την εμφάνιση αυτοκτονικής συμπεριφοράς και ιδεασμού σε ευάλωτους πληθυσμούς.

Τα ευρήματά της παρούσας διατριβής υπογραμμίζουν επίσης την ανάγκη να εκτιμηθούν και να αντιμετωπιστούν οι καταθλιπτικές διαταραχές και ο αυτοκτονικός ιδεασμός σε ασθενείς με χρόνιες σωματικές παθήσεις εντός του ιατρικού πλαισίου. Οι κλινικοί γιατροί θα πρέπει να δίνουν ιδιαίτερη προσοχή σε καταθλιπτικά συμπτώματα ασθενών με χρόνια σωματικά νοσήματα, προκειμένου να αποφευχθεί μια επιπλέον εμφάνιση αυτοκτονικότητας προκαλούμενη από την τρέχουσα ελληνική κοινωνική και οικονομική κρίση, όπως έδειξαν τα ευρήματα της παρούσας διδακτορικής διατριβής. Η εξασφάλιση κατάλληλων συστημάτων,

υπηρεσιών και υποστήριξης για τους χρόνιους ασθενείς με ψυχιατρικές διαταραχές θα πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα για τους επαγγελματίες της υγείας στην εποχή της τρέχουσας ύφεσης.

Αναλυτικότερα, τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι μια ψυχοθεραπευτική προσέγγιση για την πρόληψη ή και τη θεραπεία των καταθλιπτικών συμπτωμάτων αλλά και της αγχώδους διαταραχής σε ασθενείς με χρόνιες σωματικές ασθένειες στην εποχή της οικονομικής ύφεσης θα πρέπει να αποτελέσει προτεραιότητα. Οι κλινικοί ιατροί και άλλοι ειδικοί υγειονομικής περίθαλψης οφείλουν να λάβουν υπόψη ότι η παρουσία αυτοκτονικής συμπεριφοράς πρέπει να αντιμετωπιστεί επαρκώς, δίνοντας ιδιαίτερα έμφαση στα άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές και χρόνιες σωματικές ασθένειες προκειμένου να αποφευχθεί περαιτέρω λειτουργική επιδείνωση.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν και από τους αρμόδιους των πολιτικών υγείας άλλων χωρών που βρίσκονται σε παρόμοιες οικονομικές συνθήκες, προκειμένου να αποφευχθεί η λιτότητα και οι μειώσεις του συστήματος δημόσιας υγείας. Ωστόσο, θα χρειαστεί να περαιτέρω έρευνα για να καθοριστούν συγκεκριμένες λειτουργικές και αποτελεσματικές στρατηγικές για τη έγκαιρη διάγνωση της αυτοκτονικότητας σε ασθενείς με χρόνιες σωματικές ασθένειες αλλά και περαιτέρω μελέτη της πιθανής συσχέτισης του ιστορικού ύπαρξης αυτοκτονικού ιδεασμού και σχεδιασμού με τη μελλοντική αυτοκτονική συμπεριφορά του ατόμου. Τέλος, θα ήταν ενδιαφέρον η μελλοντική έρευνα να επικεντρωθεί στη διερεύνηση των αντιληπτών επιπτώσεων της ελληνικής οικονομικής κρίσης σε ασθενείς με χρόνιες ιατρικές παθήσεις εκτός του σακχαρώδους διαβήτη (ΣΔ), των ρευματολογικών παθήσεων (ΡΑ) και της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ).

Δεδομένων όλων αυτών των σημείων, πρέπει να ασκηθεί μεγάλη προσοχή όσον αφορά τους ισχυρισμούς ότι υπάρχει αιτιώδης σχέση μεταξύ οικονομικής κρίσης και αυτοκτονιών. Αυτό ισχύει όχι μόνο για τις αναλύσεις που περιλαμβάνονται στην παρούσα διδακτορική διατριβή, αλλά και για τις πληροφορίες που παρέχουν τα μέσα ενημέρωσης στο κοινό.

Αυτές οι αδυναμίες παρά την διερευνητική αυτή ανάλυση μπορούν να χρησιμεύσουν ως καλό σημείο εκκίνησης για παρόμοια έρευνα στην Ελληνική Επικράτεια. Η παρουσία ενός ισχυρού και αποτελεσματικού συστήματος κοινωνικής και υγειονομικής περίθαλψης είναι το κλειδί για τον περιορισμό των αρνητικών επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην ψυχολογική και σωματική υγεία ενός πληθυσμού. Ο Διεθνής Οργανισμός Υγείας (WHO) ανέφερε ότι ο αντίκτυπος μιας οικονομικής κρίσης στην υγεία ενός πληθυσμού μιας χώρας εξαρτάται από τη δράση σε πέντε βασικούς τομείς: 1. ενεργά προγράμματα για την αγορά εργασίας, 2. προγράμματα οικογενειακής στήριξης 3. τον έλεγχο της τιμολόγησης και της διαθεσιμότητας αλκοόλ. 4. προγράμματα ελάφρυνσης χρέους 5. πρωτοβάθμια φροντίδα για τα άτομα που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο ψυχικών προβλημάτων (381). Το σημείο αυτό υπογραμμίζει περαιτέρω την ανάγκη, σε περίοδο οικονομικής ύφεσης, να εντοπιστούν ομάδες πληθυσμού που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας, προκειμένου να εστιάσουν τους ανεπαρκείς δημόσιους πόρους στις ανάγκες τους. Για το λόγο αυτό, θα πρέπει να προωθηθεί η έρευνα σχετικά με τον κίνδυνο αυτοκτονίας και να διαδοθούν ευρέως τα δεδομένα για το ποσοστό αυτοκτονίας και τους παράγοντες που την επηρεάζουν, συμπεριλαμβανομένων των ψυχολογικών και σωματικών προβλημάτων υγείας.

Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι υπάρχει σημαντική επικράτηση του κινδύνου αυτοκτονίας αλλά και σημαντικό ποσοστό επιπολασμού μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής σε ασθενείς με χρόνια σωματικά νοσήματα που αναζητούν φροντίδα στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων.

Ωστόσο, παρά το γεγονός ότι η παρούσα μελέτη δεν βρήκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της αντιληπτής επιρροής της κρίσης με τον κίνδυνο αυτοκτονίας σε ασθενείς με χρόνια σωματικά νοσήματα, τονίζει ότι, σε ασθενείς με χρόνια σωματικά νοσήματα, ο αντίκτυπος της τρέχουσας ελληνικής κρίσης συνδέεται σημαντικά με τον κίνδυνο αυτοκτονίας, μόνο σε εκείνους με διάγνωση της τρέχουσας ψυχικής διαταραχής. Τα δεδομένα μας υπογραμμίζουν επίσης τη σημασία της αξιολόγησης και της διαχείρισης της ΓΑΔ σε ασθενείς με μακροχρόνια ιατρική συνθήκες. Επιπλέον, αυτή η μελέτη εγείρει τη δυνατότητα ανάπτυξης

ψυχοκοινωνικών θεραπειών που στοχεύουν δυσλειτουργικές ψυχολογικές αντιδράσεις στην ύφεση, ειδικά σε ασθενείς με χρόνια σωματικά που αντιμετωπίζουν συμπτώματα ΓΑΔ. Αυτές οι στρατηγικές μπορεί να αποτρέψουν την εμφάνιση αυτοκτονίας σε ευάλωτους πληθυσμούς. Επιπρόσθετα, καθώς το ποσοστά κατάθλιψης, αγχώδης διαταραχής και αυτοκτονικότητας σε ασθενείς με χρόνια σωματικά νοσήματα ήταν σημαντικά, οι κλινικοί γιατροί θα πρέπει να έχουν υπόψη τους ότι σε ασθενείς με χρόνια σωματικά νοσήματα η παραπομπή για ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις είναι σημαίνουσα σημασίας. Ο σχεδιασμός ψυχοεκπαιδευτικών θεραπειών που στοχεύουν σε αναπαραστάσεις ασθενειών σε ασθενείς με χρόνια σωματικά νοσήματα είναι μια σημαντική προοπτική που ανοίγει η παρούσα μελέτη και μπορεί να έχει ευεργετική επίδραση στην ψυχική υγεία των ασθενών. Η γνωστική συμπεριφοριστική θεραπεία (ΓΣΘ) που στοχεύει τις ψυχιατρικές ασθένειες μπορεί να είναι αποτελεσματική για ασθενείς με σωματικά νοσήματα.

Περίληψη

Η αυτοκτονία αποτελεί ένα παγκόσμιο φαινόμενο και συνιστά σημαντικό πρόβλημα κοινωνικής και υγειονομικής περίθαλψης. Για πολλές δεκαετίες, παρατηρείται αυξανόμενο ενδιαφέρον για την ανάπτυξη στρατηγικών πρόληψης αυτοκτονίας. Η αυτοκτονία αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο ως σοβαρή, παγκόσμια ανησυχία για τη δημόσια υγεία και έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί τη δέκατη κύρια αιτία θανάτου παγκοσμίως. Το κατά προσέγγιση διεθνές βάρος της αυτοκτονίας είναι ένα εκατομμύριο θανάτους ετησίως και η ευαισθητοποίηση του κοινού είναι απαραίτητη για την αποτελεσματική πρόληψη των αυτοκτονιών. Τα ποσοστά αυτοκτονίας ποικίλλουν ανάλογα με τις περιφέρειες και τις χώρες και ο κίνδυνος αυτοκτονίας ποικίλλει ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, την κατάσταση της απασχόλησης και την καλή σωματική και ψυχική υγεία ενός ατόμου.

Ένας σημαντικός αριθμός ερευνών έχει πραγματοποιηθεί με σκοπό να διερευνηθούν παράγοντες κινδύνου οι οποίοι προβλέπουν την εμφάνιση αυτοκτονικού ιδεασμού και συμπεριφοράς. Ειδικότερα, οι μελέτες έχουν δείξει ότι δημογραφικοί παράγοντες, όπως το φύλο και η ηλικία βρέθηκαν να είναι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την αυτοκτονικότητα. Επίσης, πολυάριθμες μελέτες διερευνούν τη συσχέτιση της χρόνιας σωματικής νόσου αλλά και της περιόδου της οικονομικής κρίσης της Ελλάδας με την εμφάνιση αλλά και την αύξηση του κινδύνου αυτοκτονικής συμπεριφοράς.

Η συγχρονική (cross-sectional) μελέτη είχε τους εξής στόχους: 1) Να αξιολογηθεί η ψυχική καταπόνηση, η αυτοκτονικότητα, η αντίληψη των ασθενών για τη νόσο, η αίσθηση συνοχής, η ανθεκτικότητα αλλά και η θρησκευτικότητα των ασθενών με χρόνια σωματικά νοσήματα. Η προοπτική (prospective) μελέτη είχε τους εξής στόχους: 1) να αξιολογηθεί η πορεία της ψυχικής καταπόνησης και της ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνια σωματικά νοσήματα, κατά τη διάρκεια ενός εξαμήνου 2) να αναγνωριστούν οι παράγοντες που σχετίζονται με την αυτοκτονικότητα στο συνολικό δείγμα αλλά και χωριστά στους ασθενείς και στην ομάδα ελέγχου 3) να αναγνωριστούν οι παράγοντες για τη βελτίωση της αυτοκτονικότητας στους ασθενείς αλλά και στην ομάδα ελέγχου 4) να εξεταστούν οι

παράγοντες που επηρεάζουν τη σχέση της αυτοκτονικότητας με την αντιληπτή επιρροή της κρίσης .

Στη συγχρονική μελέτη συμμετείχαν 821 άτομα, από τα οποία τα 629 ανήκαν στην ομάδα των ασθενών με χρόνια σωματικά νοσήματα και τα 129 άτομα στην ομάδα ελέγχου. Στην προοπτική μελέτη, 464 ασθενείς με χρόνια σωματικά νοσήματα που συμμετείχαν στην πρώτη φάση της μελέτης, και 110 υγιή άτομα έλαβαν μέρος στη δεύτερη εκτίμηση, 6 μήνες αργότερα. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με ημιδομημένη ψυχιατρική συνέντευξη, καθώς και με τη συμπλήρωση ερευνητικών εργαλείων.

Τα ευρήματά της μελέτης παρουσίασαν υψηλό επιπολασμό της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, του αυτοκτονικού ιδεασμού και συμπεριφοράς και της Γενικευμένης Αγχώδους διαταραχής (ΓΑΔ) σε ασθενείς με χρόνια σωματικά νοσήματα που επισκέπτονται το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων (εξωτερικά ιατρεία και ΤΕΠ) κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα. Ταυτόχρονα, σημαντικό ποσοστό του δείγματος των υγιών παρουσίασε καταθλιπτική συμπτωματολογία, αρκετά μικρότερο βέβαια από το δείγμα των ασθενών. Επιπρόσθετα τα αποτελέσματα της τρέχουσας έρευνας επαληθεύουν την συσχέτιση της χρόνιας σωματική νόσου αλλά και της συννοσηρότητας με την μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και την αυτοκτονική συμπεριφορά.

Επιπλέον, πραγματοποιώντας αναλύσεις έξι μήνες μετά την αρχική εκτίμηση (baseline) διαπιστώθηκε ότι όλα τα αποτελέσματα (δηλαδή, σοβαρότητα του καταθλιπτικού συμπτώματος, κίνδυνος αυτοκτονίας, ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία) βελτιώθηκαν σημαντικά έξι μήνες μετά την έναρξη της μελέτης και την εφαρμογή της παρέμβασης χαμηλής έντασης. Τα αποτελέσματα της προοπτικής μελέτης σχετικά με τους παράγοντες που σχετίζονται με την αυτοκτονικότητα κατά τη διάρκεια της επαναληπτικής μέτρησης (follow up) έδειξαν ότι το ψυχιατρικό ιστορικό σχετίζεται σημαντικά με την αυτοκτονικότητα στο συνολικό δείγμα ασθενών και υγιών (ομάδα ελέγχου) που έλαβαν μέρος στην έρευνα. Συγκεκριμένα, η υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα αυτοκτονικότητας RASS και η διάγνωση της κατάθλιψης (PHQ>10) κατά την αρχική εκτίμηση φαίνεται να σχετίζονται θετικά με τη βαθμολογία αυτοκτονικότητας κατά την επαναληπτική

μέτρηση. Αντιθέτως, η βελτίωση της κατάθλιψης σχετίζεται αρνητικά με την αυτοκτονικότητα κατά την επαναληπτική μέτρηση. Αναφορικά με τη βελτίωση της αυτοκτονικότητας στο δείγμα των ασθενών, τρεις μεταβλητές βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές : η Αυτοκτονικότητα RASS και η διάγνωση κατάθλιψης PHQ-9 κατά την αρχική μέτρηση, καθώς και η βελτίωση της κατάθλιψης που μετρήθηκε με την κλίμακα PHQ-9 κατά τη διάρκεια του εξαμήνου . Οι μεταβλητές αυτές είναι ακριβώς οι ίδιες με τις μεταβλητές που αναγνωρίστηκαν ως σημαντικές για την πρόγνωση αυτοκτονικότητας στη δεύτερη μέτρηση μετά την πάροδο 6 μηνών (follow-up) σε όλο το δείγμα της μελέτης. Στο δείγμα του υγιούς πληθυσμού, η ηλικία, η διάγνωση κατάθλιψης (PHQ>10) και η μικρότερη βαθμολογία στην κλίμακα αυτοκτονικότητας RASS βρέθηκε να σχετίζονται αρνητικά με τη βελτίωση της αυτοκτονικότητας.

Τέλος, το πιο σημαντικό νέο εύρημα είναι ότι ο αντίκτυπος της τρέχουσας οικονομικής κρίσης συνδέεται με τον κίνδυνο αυτοκτονίας, αλλά η συσχέτιση αυτή τροποποιείται από την ύπαρξη ψυχιατρικής διαταραχής στο άτομο: όσο μεγαλύτερος είναι ο αντίκτυπος της κρίσης, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος αυτοκτονίας μόνο όταν υπάρχει ψυχιατρική διαταραχή ή Γενικευμένη αγχώδη διαταραχή. Υπό αυτό το πρίσμα, καθώς το ποσοστά κατάθλιψης, αγχώδης διαταραχής και αυτοκτονικότητας σε ασθενείς με χρόνια σωματικά νοσήματα ήταν σημαντικά στην παρούσα έρευνα, οι κλινικοί γιατροί θα πρέπει να έχουν υπόψη τους ότι σε ασθενείς με χρόνια σωματικά νοσήματα η παραπομπή για ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις είναι σημαίνουσας σημασίας.

Summary

Suicide is a worldwide phenomenon and is a major problem in social and health care. For many decades, there has been a growing interest in developing suicide prevention strategies. Suicide is recognized as a serious, worldwide public health concern and has been proven to be the tenth leading cause of death worldwide. The approximate international burden of suicide is one million deaths a year and public awareness is needed to effectively prevent suicide. Suicide rates vary by region and country, and the risk of suicide varies according to gender, age, employment status and quality of physical and mental health. A considerable number of substantial studies have been conducted to investigate risk factors that predict suicidal ideation and behavior. In particular, studies have shown that demographic factors such as gender and age have been found to be essential risk factors associated with suicide. Numerous studies have also investigated the association between chronic medical disease and Greek financial crisis with the existence and increased risk of suicidal behavior.

The cross-sectional study had the following objectives: 1) To evaluate mental stress, suicide behavior, patients' illness perception, sense of coherence, resilience and religiousness of patients with chronic medical diseases. The prospective study had the following objectives: 1) to assess the course of mental stress and quality of life of patients with chronic medical diseases during a semester 2) to identify the factors associated with suicide behavior in the overall sample but also separately in patients and in the control group 3) to identify factors for improving suicide behavior in patients and in the control group 4) to identify factors affecting the relationship of suicide behavior with perceived influence of financial crisis.

In the cross-sectional study participated 821 subjects, 629 of whom were in the group of patients with chronic medical diseases and 129 in the control group. In the prospective study, 464 patients with chronic medical diseases and 110 healthy subjects participated in the first phase of the study, participated in the second assessment 6 months later. The data were collected through semi-structured psychiatric interview, as well as by completing questionnaires. The findings of the

study showed a high prevalence of major depressive disorder, suicidal ideation and behavior and Generalized Anxiety Disorder (GAD) in patients with chronic medical diseases visiting the University Hospital of Ioannina during the Greek financial crisis. At the same time, a significant proportion of the healthy sample had depressive symptoms, however smaller than the patient sample. In addition, the results of current research verify the association between chronic physical illness and comorbidity with major depressive disorder and suicidal behavior.

In addition, analyses occurred six months after baseline found that all outcomes (ie, severity of depressive symptom, risk of suicide, quality of life related to health) were significantly improved. The results of the prospective study on factors related to suicidality during follow-up showed that psychiatric history was significantly associated with suicidality in the overall sample of patients and healthy subjects (control group) participated in the study. Specifically, the high RASS Suicide Score and the diagnosis of depression (PHQ > 10) at baseline seem to be positively correlated with suicide scores on the follow up. On the contrary, depression improvement is negatively related to suicide on follow up assessment. Regarding the improvement of suicide in the patient sample, three variables were found statistically significant: RASS suicidality and PHQ-9 depression diagnosis at baseline, and improvement in depression measured with the PHQ-9 scale during 6 months. These variables are same with the variables identified as important for predicting suicidality in the second measurement after a 6-month follow-up throughout the study sample. In the healthy population sample, age, diagnosis of depression (PHQ > 10), and lower RASS scores were found to be negatively correlated with improved suicidality. Finally, the most important new finding is that the impact of the current financial crisis is linked to the risk of suicide, but this correlation is moderated by the presence of a psychiatric disorder: the greater the impact of the crisis, the greater the risk of suicide only when a psychiatric disorder or generalized anxiety disorder is diagnosed. In this light, as the rates of depression, anxiety disorder, and suicide in patients with chronic medical diseases were significant in the present study, clinicians should be aware that referral for psychiatric intervention is important in patients with chronic medical diseases.

Βιβλιογραφία

Βιβλιογραφία

1. Bachmann S. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *International journal of environmental research and public health*. 2018;15(7).
2. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009;373(9672):1372-81.
3. Perhats C, Valdez AM. Suicide prevention in the emergency department. *Journal of emergency nursing: JEN : official publication of the Emergency Department Nurses Association*. 2008;34(3):251-3.
4. Karthick S, Barwa S. A review on theoretical models of suicide. 2017.
5. De Leo D, Burgis S, Bertolote JM, Kerkhof AJ, Bille-Brahe U. Definitions of suicidal behavior: Lessons learned from the WHO/EURO Multicentre Study. *Crisis*. 2006;27(1):4-15.
6. Durkheim E. *Suicide: A sociological study*. Paris, Alcan. 1897.
7. Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Isometsa E, Kuoppasalmi KI, et al. Mental disorders and comorbidity in suicide. *American journal of psychiatry*. 1993;150:935-.
8. Mann JJ. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*. 2003;4(10):819-28.
9. Pfab R, Eyer F, Jetzinger E, Zilker T. Cause and motivation in cases of non-fatal drug overdoses in opiate addicts. *Clinical Toxicology*. 2006;44(3):255-9.
10. Youdelis-Flores C, Ries R. Addiction and suicide. *Am J Addict*. 2015;24:98-104.
11. Stengel E. *Suicide and Attempted Suicide*, Carstairs, GM. Baltimore, Penguin Book, pp1-149; 1964.
12. Ramachandran VS. *Encyclopedia of human behavior*: Academic Press; 2012.
13. Organization WH. Suicide statistics: introduction. Retrieved January. 2008;2:2008.
14. Cooper J, Kapur N, Webb R, Lawlor M, Guthrie E, Mackway-Jones K, et al. Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162(2):297-303.

15. Control CfD, Prevention, Control CfD, Prevention. Morbidity and Mortality Weekly Report: Surveillance Summaries: Epidemiology Program Office, Centers for Disease Control and Prevention, US ...; 2002.
16. Curtin SC, Warner M, Hedegaard H. Increase in suicide in the United States, 1999-2014: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and ...; 2016.
17. Control CfD, Prevention. Suicide facts at a glance 2015. CDC org. 2015.
18. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*. 1999;56(7):617-26.
19. Kumar S, Verma AK, Bhattacharya S, Rathore S. Trends in rates and methods of suicide in India. *Egyptian Journal of Forensic Sciences*. 2013;3(3):75-80.
20. Gaynes BN, West SL, Ford CA, Frame P, Klein J, Lohr KN. Screening for suicide risk in adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine*. 2004;140(10):822-35.
21. Organization WH. World report on violence and health. Geneva: world health organization. 2002. Chapter. 2014;6:149.
22. Schrijvers DL, Bollen J, Sabbe BG. The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *Journal of affective disorders*. 2012;138(1-2):19-26.
23. Monnin J, Thiemard E, Vandiel P, Nicolier M, Tio G, Courtet P, et al. Sociodemographic and psychopathological risk factors in repeated suicide attempts: gender differences in a prospective study. *Journal of affective disorders*. 2012;136(1-2):35-43.
24. Taktak Ş, Uzun İ, Balcıoğlu İ. Gender differences in completed suicides in Istanbul, Turkey. *Journal of affective disorders*. 2013;145(3):394-9.
25. Cooper P, Milroy C. The coroner's system and under-reporting of suicide. *Medicine, Science and the Law*. 1995;35(4):319-26.
26. Phillips MR, Li X, Zhang Y, Eddleston M. Suicide rates in China. *The Lancet*. 2002;359(9325):2274-5.

27. Qin P, Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(4):427-32.
28. McKeown RE, Cuffe SP, Schulz RM. US suicide rates by age group, 1970–2002: an examination of recent trends. *American Journal of Public Health*. 2006;96(10):1744-51.
29. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
30. Conwell Y, Van Orden K, Caine ED. Suicide in older adults. *Psychiatric Clinics*. 2011;34(2):451-68.
31. Qin P. Suicide risk in relation to level of urbanicity—a population-based linkage study. *International Journal of Epidemiology*. 2005;34(4):846-52.
32. Notes S. "Non-Natural Mortality Surveillance Focus on Suicide in South Africa". 2000.
33. Brezo J, Paris J, Barker ED, Tremblay R, Vitaro F, Zoccolillo M, et al. Natural history of suicidal behaviors in a population-based sample of young adults. *Psychological Medicine*. 2007;37(11):1563-74.
34. Nock MK, Green JG, Hwang I, McLaughlin KA, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA psychiatry*. 2013;70(3):300-10.
35. Kposowa AJ, Breault KD, Singh GK. White male suicide in the United States: A multivariate individual-level analysis. *Social Forces*. 1995;74(1):315-25.
36. Smith JC, Mercy JA, Conn JM. Marital status and the risk of suicide. *American journal of public health*. 1988;78(1):78-80.
37. Kachur S, Potter L, James S, Powell K. Suicide in the United States, 1980-1992. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Injury Prevention and Control. 1995.
38. Kposowa AJ. Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2000;54(4):254-61.
39. Heikkinen ME, Isometsä ET, Marttunen MJ, Aro HM, Lönnqvist JK. Social factors in suicide. *The British Journal of Psychiatry*. 1995;167(6):747-53.

40. Luoma JB, Pearson JL. Suicide and marital status in the United States, 1991–1996: is widowhood a risk factor? *American Journal of Public Health*. 2002;92(9):1518-22.
41. Denney JT, Rogers RG, Krueger PM, Wadsworth T. Adult suicide mortality in the United States: marital status, family size, socioeconomic status, and differences by sex. *Social science quarterly*. 2009;90(5):1167-85.
42. Mościcki E, O'Carroll P, Rae D, Locke B, Roy A, Regier D. Suicide attempts in the Epidemiologic Catchment Area study. *The Yale Journal of Biology and Medicine*. 1988;61(3):259.
43. Sorenson SB, Golding JM. Suicide ideation and attempts in Hispanics and non-Hispanic whites: demographic and psychiatric disorder issues. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1988;18(3):205-18.
44. Oquendo MA, Lizardi D, Greenwald S, Weissman MM, Mann JJ. Rates of lifetime suicide attempt and rates of lifetime major depression in different ethnic groups in the United States. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004;110(6):446-51.
45. Fortuna LR, Perez DJ, Canino G, Sribney W, Alegria M. Prevalence and correlates of lifetime suicidal ideation and attempts among Latino subgroups in the United States. *The Journal of clinical psychiatry*. 2007;68(4):572.
46. Kessler RC, Berglund P, Borges G, Nock M, Wang PS. Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *Jama*. 2005;293(20):2487-95.
47. Willis LA, Coombs DW, Drentea P, Cockerham WC. Uncovering the mystery: Factors of African American suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2003;33(4):412-29.
48. Carli V, Mandelli L, Zaninotto L, Iosue M, Hadlaczky G, Wasserman D, et al. Serious suicidal behaviors: socio-demographic and clinical features in a multinational, multicenter sample. *Nordic journal of psychiatry*. 2014;68(1):44-52.
49. Albert SM, Rabkin J, Del Bene M, Tider T, O'Sullivan I, Rowland L, et al. Wish to die in end-stage ALS. *Neurology*. 2005;65(1):68-74.
50. Lester D. Religious homogeneity and suicide. *Psychological Reports*. 2000;87(3):766-.

51. Lawrence RE, Brent D, Mann JJ, Burke AK, Grunebaum MF, Galfalvy HC, et al. Religion as a risk factor for suicide attempt and suicide ideation among depressed patients. *The Journal of nervous and mental disease*. 2016;204(11):845.
52. Crump C, Sundquist K, Sundquist J, Winkleby MA. Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: a Swedish national cohort study. *Psychological medicine*. 2014;44(2):279-89.
53. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *British journal of psychiatry*. 1997;170(3):205-28.
54. Hawgood J, De Leo D. Anxiety disorders and suicidal behaviour: an update. *Current opinion in psychiatry*. 2008;21(1):51-64.
55. Ösby U, Brandt L, Correia N, Ekblom A, Sparén P. Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Archives of general psychiatry*. 2001;58(9):844-50.
56. Qin P. The impact of psychiatric illness on suicide: differences by diagnosis of disorders and by sex and age of subjects. *Journal of psychiatric research*. 2011;45(11):1445-52.
57. Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Archives of general psychiatry*. 2011;68(10):1058-64.
58. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(3):247-53.
59. Rihmer Z. Suicide and bipolar disorder. *Bipolar depression: molecular neurobiology, clinical diagnosis and pharmacotherapy*: Springer; 2009. p. 47-56.
60. Caldwell CB, Gottesman II. Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizophrenia bulletin*. 1990;16(4):571-89.
61. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World psychiatry*. 2014;13(2):153-60.
62. Harrington R, Rutter M, Weissman M, Fudge H, Groothues C, Bredenkamp D, et al. Psychiatric disorders in the relatives of depressed probands I. Comparison of prepubertal, adolescent and early adult onset cases. *Journal of Affective Disorders*. 1997;42(1):9-22.

63. Appleby L, Shaw J, Amos T, McDonnell R, Harris C, McCann K, et al. Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *Bmj*. 1999;318(7193):1235-9.
64. Jacobs DG, Baldessarini RJ, Conwell Y, Fawcett JA, Horton L, Meltzer H, et al. Assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *APA Pract Guidel*. 2010;1-183.
65. Westbrook LE, Silver EJ, Stein RE. Implications for estimates of disability in children: a comparison of definitional components. *Pediatrics*. 1998;101(6):1025-30.
66. Brown RT, DuPaul GJ. Introduction to the mini-series: Promoting school success in children with chronic medical conditions. *School Psychology Review*. 1999;28(2):175-81.
67. Salaffi F, Stancati A, Procaccini R, Cioni F, Grassi W. Assessment of circadian rhythm in pain and stiffness in rheumatic diseases according the EMA (Ecologic Momentary Assessment) method: patient compliance with an electronic diary. *Reumatismo*. 2005:238-49.
68. Seoane-Mato D, Sánchez-Piedra C, Silva-Fernández L, Sivera F, Blanco FJ, Ruiz FP, et al. Prevalence of rheumatic diseases in adult population in Spain (EPISER 2016 study): Aims and methodology. *Reumatología Clínica (English Edition)*. 2019;15(2):90-6.
69. Calandre EP, Rico-Villademoros F, Slim M. Suicidal behaviors in patients with rheumatic diseases: a narrative review. *Rheumatology international*. 2018;38(4):537-48.
70. Lash TL, Johansen MB, Christensen S, Baron JA, Rothman KJ, Hansen JG, et al. Hospitalization rates and survival associated with COPD: a nationwide Danish cohort study. *Lung*. 2011;189(1):27-35.
71. Rennard SI. COPD: overview of definitions, epidemiology, and factors influencing its development. *Chest*. 1998;113(4):235S-41S.
72. Atsou K, Chouaid C, Hejblum G. Variability of the chronic obstructive pulmonary disease key epidemiological data in Europe: systematic review. *BMC medicine*. 2011;9(1):7.
73. Donaldson G, Wedzicha J. COPD exacerbations· 1: Epidemiology. *Thorax*. 2006;61(2):164-8.

74. Anzueto A. Impact of exacerbations on COPD. *European Respiratory Review*. 2010;19(116):113-8.
75. Mikkelsen RL, Middelboe T, Pisinger C, Stage KB. Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A review. *Nordic journal of psychiatry*. 2004;58(1):65-70.
76. Ninot G. Anxiety and depression in COPD: a review. *Revue des maladies respiratoires*. 2011;28(6):739-48.
77. Tan WC. Factors associated with outcomes of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2004;1(2):225-47.
78. Willgoss T, Yohannes A, Goldbart J, Fatoye F. COPD and anxiety: its impact on patients' lives. *Nursing times*. 2011;107(15-16):16-9.
79. King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes, 1995–2025: prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes care*. 1998;21(9):1414-31.
80. Giuffrida FM, Reis AF. Genetic and clinical characteristics of maturity-onset diabetes of the young. *Diabetes, Obesity and Metabolism*. 2005;7(4):318-26.
81. Robles GI, Singh-Franco D. A review of exenatide as adjunctive therapy in patients with type 2 diabetes. *Drug design, development and therapy*. 2009;3:219.
82. Parakh K. Diabetes and mortality risk after acute coronary syndromes. *JAMA*. 2007;298(20):2367-8.
83. Chan M. Global report on diabetes. World Health Organization, Geneva, Switzerland. 2016:1-88.
84. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *The Lancet*. 2007;370(9590):851-8.
85. Isometsä ET, Henriksson MM, Aro HM, Heikkinen ME, Kuoppasalmi KI, Lönnqvist JK. Suicide in major depression. *The American journal of psychiatry*. 1994.
86. Health NCCfM, editor *Depression in adults with a chronic physical health problem: treatment and management* 2010: British Psychological Society.
87. Rihmer Z. Can better recognition and treatment of depression reduce suicide rates? A brief review. *European Psychiatry*. 2001;16(7):406-9.

88. Hendin H. Suicide, assisted suicide, and medical illness. *The Journal of clinical psychiatry*. 1999.
89. Webb RT, Kontopantelis E, Doran T, Qin P, Creed F, Kapur N. Suicide risk in primary care patients with major physical diseases: a case-control study. *Archives of general psychiatry*. 2012;69(3):256-64.
90. Haste F, Charlton J, Jenkins R. Potential for suicide prevention in primary care? An analysis of factors associated with suicide. *Br J Gen Pract*. 1998;48(436):1759-63.
91. Beautrais AL. A case control study of suicide and attempted suicide in older adults. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2002;32(1):1-9.
92. Rubenowitz E, Waern M, Wilhelmson K, Allebeck P. Life events and psychosocial factors in elderly suicides—a case–control study. *Psychological medicine*. 2001;31(7):1193-202.
93. Waern M, Runeson BS, Allebeck P, Beskow J, Rubenowitz E, Skoog I, et al. Mental disorder in elderly suicides: a case-control study. *American Journal of Psychiatry*. 2002;159(3):450-5.
94. Conwell Y, Lyness JM, Duberstein P, Cox C, Seidlitz L, DiGiorgio A, et al. Completed suicide among older patients in primary care practices: a controlled study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2000;48(1):23-9.
95. Juurlink DN, Herrmann N, Szalai JP, Kopp A, Redelmeier DA. Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Archives of internal medicine*. 2004;164(11):1179-84.
96. Campbell G, Darke S, Bruno R, Degenhardt L. The prevalence and correlates of chronic pain and suicidality in a nationally representative sample. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2015;49(9):803-11.
97. Ratcliffe GE, Enns MW, Belik S-L, Sareen J. Chronic pain conditions and suicidal ideation and suicide attempts: an epidemiologic perspective. *The Clinical journal of pain*. 2008;24(3):204-10.
98. Tang NK, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychological medicine*. 2006;36(5):575-86.
99. Chung JH, Kim S-H, Lee YW. Suicidal ideation and suicide attempts among asthma. *Annals of general psychiatry*. 2016;15(1):35.

100. Pompili M, Forte A, Palermo M, Stefani H, Lamis DA, Serafini G, et al. Suicide risk in multiple sclerosis: a systematic review of current literature. *Journal of psychosomatic research*. 2012;73(6):411-7.
101. Tian N, Cui W, Zack M, Kobau R, Fowler KA, Hesdorffer DC. Suicide among people with epilepsy: A population-based analysis of data from the US National Violent Death Reporting System, 17 states, 2003–2011. *Epilepsy & Behavior*. 2016;61:210-7.
102. Tsigebrhan R, Hanlon C, Medhin G, Fekadu A. Help seeking and suicidality among people with epilepsy in a rural low income country setting: cross-sectional survey. *International journal of mental health systems*. 2017;11(1):44.
103. Rahman S, Alexanderson K, Jokinen J, Mittendorfer-Rutz E. Risk factors for suicidal behaviour in individuals on disability pension due to common mental disorders—a nationwide register-based prospective cohort study in Sweden. *PLoS One*. 2014;9(5).
104. Abad VC, Sarinas PS, Guilleminault C. Sleep and rheumatologic disorders. *Sleep medicine reviews*. 2008;12(3):211-28.
105. Newman S, Mulligan K. The psychology of rheumatic diseases. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2000;14(4):773-86.
106. Torta R, Pennazio F, Ieraci V. Anxiety and depression in rheumatologic diseases: the relevance of diagnosis and management. *Reumatismo*. 2014:92-7.
107. Hyphantis T, Kotsis K, Voulgari PV, Tsifetaki N, Creed F, Drosos AA. Diagnostic accuracy, internal consistency, and convergent validity of the Greek version of the patient health questionnaire 9 in diagnosing depression in rheumatologic disorders. *Arthritis Care & Research*. 2011;63(9):1313-21.
108. Calandre EP, Navajas-Rojas MA, Ballesteros J, Garcia-Carrillo J, Garcia-Leiva JM, Rico-Villademoros F. Suicidal ideation in patients with fibromyalgia: a cross-sectional study. *Pain Practice*. 2015;15(2):168-74.
109. Mok CC, Chan KL, Cheung EFC, Yip PSF. Suicidal ideation in patients with systemic lupus erythematosus: incidence and risk factors. *Rheumatology*. 2014;53(4):714-21.
110. Kye S-Y, Park K. Suicidal ideation and suicidal attempts among adults with chronic diseases: a cross-sectional study. *Comprehensive psychiatry*. 2017;73:160-7.

111. Liu H-Y, Fuh J-L, Lin Y-Y, Chen W-T, Wang S-J. Suicide risk in patients with migraine and comorbid fibromyalgia. *Neurology*. 2015;85(12):1017-23.
112. Zakeri Z, Shakiba M, Narouie B, Mladkova N, Ghasemi-Rad M, Khosravi A. Prevalence of depression and depressive symptoms in patients with systemic lupus erythematosus: Iranian experience. *Rheumatology international*. 2012;32(5):1179-87.
113. Xie L-F, Chen P-L, Pan H-F, Tao J-H, Li X-P, Zhang Y-J, et al. Prevalence and correlates of suicidal ideation in SLE inpatients: Chinese experience. *Rheumatology international*. 2012;32(9):2707-14.
114. Li Z, Yang Y, Dong C, Li L, Cui Y, Zhao Q, et al. The prevalence of suicidal ideation and suicide attempt in patients with rheumatic diseases: a systematic review and meta-analysis. *Psychology, health & medicine*. 2018;23(9):1025-36.
115. Lee S, Fung S, Tsang A, Liu Z, Huang Y-Q, He Y, et al. Lifetime prevalence of suicide ideation, plan, and attempt in metropolitan China. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2007;116(6):429-37.
116. Jarpa E, Babul M, Calderón J, González M, Martínez M, Bravo-Zehnder M, et al. Common mental disorders and psychological distress in systemic lupus erythematosus are not associated with disease activity. *Lupus*. 2011;20(1):58-66.
117. Tang K-T, Hsieh C-W, Hsieh T-Y, Lan J-L, Chen Y-H, Chen D-Y. Suicide attempts in patients with systemic lupus erythematosus: A single-center experience and literature review. *Psychosomatics*. 2015;56(2):190-5.
118. Karassa F, Magliano M, Isenberg D. Suicide attempts in patients with systemic lupus erythematosus. *Annals of the rheumatic diseases*. 2003;62(1):58-60.
119. LI-YU J, NAVARRA SV. A survey of psychosocial attributes of Filipino patients with systemic lupus erythematosus. *APLAR Journal of Rheumatology*. 2007;10(2):107-11.
120. Tang K, Lin C, Chen H, Chen Y, Chen D. Suicidal drug overdose in patients with systemic lupus erythematosus, a nationwide population-based case-control study. *Lupus*. 2016;25(2):199-203.
121. Racine M. Chronic pain and suicide risk: A comprehensive review. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2018;87:269-80.

122. Calandre EP, Vilchez JS, Molina-Barea R, Tovar MI, Garcia-Leiva JM, Hidalgo J, et al. Suicide attempts and risk of suicide in patients with fibromyalgia: a survey in Spanish patients. *Rheumatology*. 2011;50(10):1889-93.
123. Lan C-C, Tseng C-H, Chen J-H, Lan J-L, Wang Y-C, Tsay GJ, et al. Increased risk of a suicide event in patients with primary fibromyalgia and in fibromyalgia patients with concomitant comorbidities: a nationwide population-based cohort study. *Medicine*. 2016;95(44).
124. Dreyer L, Kendall S, Danneskiold-Samsøe B, Bartels EM, Bliddal H. Mortality in a cohort of Danish patients with fibromyalgia: increased frequency of suicide. *Arthritis & Rheumatism*. 2010;62(10):3101-8.
125. Wolfe F, Hassett AL, Walitt B, Michaud K. Mortality in fibromyalgia: A study of 8,186 patients over thirty-five years. *Arthritis care & research*. 2011;63(1):94-101.
126. Tektonidou MG, Dasgupta A, Ward MM. Suicidal ideation among adults with arthritis: prevalence and subgroups at highest risk. Data from the 2007–2008 National Health and Nutrition Examination Survey. *Arthritis care & research*. 2011;63(9):1322-33.
127. Fuller-Thomson E, Ramzan N, Baird SL. Arthritis and suicide attempts: findings from a large nationally representative Canadian survey. *Rheumatology international*. 2016;36(9):1237-48.
128. Timonen M, Viilo K, Hakko H, Särkioja T, Ylikulju M, Meyer-Rochow VB, et al. Suicides in persons suffering from rheumatoid arthritis. *Rheumatology*. 2003;42(2):287-91.
129. Treharne GJ, Lyons AC, Kitas GD. Suicidal ideation in patients with rheumatoid arthritis: research may help identify patients at high risk. *BMJ: British Medical Journal*. 2000;321(7271):1290.
130. de Oliveira Ribeiro NP, de Mello Schier AR, Ornelas AC, de Oliveira CMP, Nardi AE, Silva AC. Anxiety, depression and suicidal ideation in patients with rheumatoid arthritis in use of methotrexate, hydroxychloroquine, leflunomide and biological drugs. *Comprehensive psychiatry*. 2013;54(8):1185-9.
131. Coventry PA, Gemmell I, Todd CJ. Psychosocial risk factors for hospital readmission in COPD patients on early discharge services: a cohort study. *BMC pulmonary medicine*. 2011;11(1):49.

132. Dahlén I, Janson C. Anxiety and depression are related to the outcome of emergency treatment in patients with obstructive pulmonary disease. *Chest*. 2002;122(5):1633-7.
133. de Voogd JN, Wempe JB, Koëter GH, Postema K, van Sonderen E, Ranchor AV, et al. Depressive symptoms as predictors of mortality in patients with COPD. *Chest*. 2009;135(3):619-25.
134. Di Marco F, Verga M, Reggente M, Casanova FM, Santus P, Blasi F, et al. Anxiety and depression in COPD patients: the roles of gender and disease severity. *Respiratory medicine*. 2006;100(10):1767-74.
135. Fan VS, Ramsey SD, Giardino ND, Make BJ, Emery CF, Diaz PT, et al. Sex, depression, and risk of hospitalization and mortality in chronic obstructive pulmonary disease. *Archives of internal medicine*. 2007;167(21):2345-53.
136. Xu W, Collet J-P, Shapiro S, Lin Y, Yang T, Platt RW, et al. Independent effect of depression and anxiety on chronic obstructive pulmonary disease exacerbations and hospitalizations. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 2008;178(9):913-20.
137. Atlantis E, Fahey P, Cochrane B, Smith S. Bidirectional associations between clinically relevant depression or anxiety and COPD: a systematic review and meta-analysis. *Chest*. 2013;144(3):766-77.
138. Goodwin RD. Is COPD associated with suicide behavior? *Journal of psychiatric research*. 2011;45(9):1269-71.
139. Fleehart S, Fan VS, Nguyen HQ, Lee J, Kohen R, Herting JR, et al. Prevalence and correlates of suicide ideation in patients with COPD: a mixed methods study. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*. 2014;9:1321.
140. Allebeck P, Bolund C, Ringbäck G. Increased suicide rate in cancer patients a cohort study based on the Swedish cancer-environment register. *Journal of clinical epidemiology*. 1989;42(7):611-6.
141. Fredrikson S, Cheng Q, Jiang G-X, Wasserman D. Elevated suicide risk among patients with multiple sclerosis in Sweden. *Neuroepidemiology*. 2003;22(2):146-52.
142. Goodwin RD, Marusic A, Hoven CW. Diabetes and suicidal ideation among youth in the community. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2002;156(8):841-.

143. Strid JMC, Christiansen CF, Olsen M, Qin P. Hospitalisation for chronic obstructive pulmonary disease and risk of suicide: a population-based case-control study. *BMJ open*. 2014;4(11):e006363.
144. Atlas D. International diabetes federation. *IDF diabetes Atlas*. International Diabetes Federation Brussels, Belgium; 2015.
145. Sigal R, Armstrong M, Colby P, Kenny GP, Plotnikoff RC, Reichert SM, et al. Canadian Diabetes Association clinical practice guidelines: Physical activity and diabetes. *Can J Diabetes*. 2013;37:S40-S4.
146. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes care*. 2001;24(6):1069-78.
147. Nouwen A, Winkley K, Twisk J, Lloyd CE, Peyrot M, Ismail K, et al. Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for the onset of depression: a systematic review and meta-analysis. Springer; 2010.
148. Rotella F, Mannucci E. Diabetes mellitus as a risk factor for depression. A meta-analysis of longitudinal studies. *Diabetes research and clinical practice*. 2013;99(2):98-104.
149. Klonsky ED, May AM, Saffer BY. Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annual review of clinical psychology*. 2016;12:307-30.
150. Goldston DB, Kovacs M, Ho VY, Parrone PL, Stiffler L. Suicidal ideation and suicide attempts among youth with insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1994;33(2):240-6.
151. Farberow N. Indirect self-destructive behavior in diabetics and Buerger's disease patients. *Many faces of suicide: Indirect self-destructive behavior*. 1980:79-88.
152. Batty GD, Kivimaki M, Park IS, Jee SH. Diabetes and raised blood glucose as risk factors for future suicide: cohort study of 1 234 927 Korean men and women. *J Epidemiol Community Health*. 2012;66(7):650-2.
153. Davis W, Starkstein S, Bruce D, Davis T. Risk of suicide in Australian adults with diabetes: the Fremantle Diabetes Study. *Internal medicine journal*. 2015;45(9):976-80.

154. Webb RT, Lichtenstein P, Dahlin M, Kapur N, Ludvigsson JF, Runeson B. Unnatural deaths in a national cohort of people diagnosed with diabetes. *Diabetes care*. 2014;37(8):2276-83.
155. Pompili M, Lester D, Innamorati M, De Pisa E, Amore M, Ferrara C, et al. Quality of life and suicide risk in patients with diabetes mellitus. *Psychosomatics*. 2009;50(1):16-23.
156. Ceretta LB, Réus GZ, Abelaira HM, Jornada LK, Schwalm MT, Hoepers NJ, et al. Increased prevalence of mood disorders and suicidal ideation in type 2 diabetic patients. *Acta diabetologica*. 2012;49(1):227-34.
157. Handley T, Ventura A, Browne JL, Rich J, Attia J, Reddy P, et al. Suicidal ideation reported by adults with type 1 or type 2 diabetes: results from Diabetes MILES—Australia. *Diabetic medicine*. 2016;33(11):1582-9.
158. Gómez-Peralta TG, González-Castro TB, Fresan A, Tovilla-Zárate CA, Juárez-Rojop IE, Villar-Soto M, et al. Risk factors and prevalence of suicide attempt in patients with type 2 diabetes in the mexican population. *International journal of environmental research and public health*. 2018;15(6):1198.
159. Chung JH, Moon K, Kim DH, Min J-W, Kim TH, Hwang H-J. Suicidal ideation and suicide attempts among diabetes mellitus: the Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES IV, V) from 2007 to 2012. *Journal of psychosomatic research*. 2014;77(6):457-61.
160. Quan H, Arboleda-Flórez J, Fick GH, Stuart HL, Love EJ. Association between physical illness and suicide among the elderly. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2002;37(4):190-7.
161. Igwe M, Uwakwe R, Ahanotu C, Onyeama G, Bakare M, Ndukuba A. Factors associated with depression and suicide among patients with diabetes mellitus and essential hypertension in a Nigerian teaching hospital. *African health sciences*. 2013;13(1):68-77.
162. Tabb KM, Perez-Flores N, Wang Y, Huang H. The burden of suicidal ideation among persons with type II diabetes: A scoping review. *Journal of psychosomatic research*. 2017;103:113-8.

163. Lee H-Y, Hahm M-I, Lee SG. Risk of suicidal ideation in diabetes varies by diabetes regimen, diabetes duration, and HbA1c level. *Journal of psychosomatic research*. 2014;76(4):275-9.
164. Wang Y, Tang S, Xu S, Weng S, Liu Z. Association between diabetes and risk of suicide death: a meta-analysis of 3 million participants. *Comprehensive psychiatry*. 2016;71:11-6.
165. Elamoshy R, Bird Y, Thorpe L, Moraros J. Risk of depression and suicidality among diabetic patients: a systematic review and meta-analysis. *Journal of clinical medicine*. 2018;7(11):445.
166. Wang B, An X, Shi X, Zhang J-a. Management of endocrine disease: suicide risk in patients with diabetes: a systematic review and meta-analysis. *European journal of endocrinology*. 2017;177(4):R169-R81.
167. Ahmedani BK, Peterson EL, Hu Y, Rossom RC, Lynch F, Lu CY, et al. Major physical health conditions and risk of suicide. *American journal of preventive medicine*. 2017;53(3):308-15.
168. O'Shea B. *Narcissism: Psychoanalytic Essays*. By Bela Grunberger. Madison, Connecticut: International Universities Press. 1990. 311 pp. \$19.95. *The British Journal of Psychiatry*. 1991;158(1):151-.
169. Freud S. Mourning and melancholia. *SE*, 14: 243-258. London: Hogarth. 1917.
170. Masango S, Rataemane S, Motojesi A. Suicide and suicide risk factors: A literature review. *South African Family Practice*. 2008;50(6):25-9.
171. Jacobs D, Brewer M. APA practice guideline provides recommendations for assessing and treating patients with suicidal behaviors. *Psychiatric Annals*. 2004;34(5):373-80.
172. Ystgaard M, Arensman E, Hawton K, Madge N, van Heeringen K, Hewitt A, et al. Deliberate self-harm in adolescents: comparison between those who receive help following self-harm and those who do not. *Journal of adolescence*. 2009;32(4):875-91.
173. van Heeringen K. Stress-diathesis model of suicidal behavior. The neurobiological basis of suicide. 2012;51:113.

174. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American journal of Psychiatry*. 1999;156(2):181-9.
175. Dwivedi Y. *The neurobiological basis of suicide*: CRC press; 2012.
176. Forman EM, Berk MS, Henriques GR, Brown GK, Beck AT. History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology. *American Journal of Psychiatry*. 2004;161(3):437-43.
177. Troister T, Holden RR. Comparing psychache, depression, and hopelessness in their associations with suicidality: A test of Shneidman's theory of suicide. *Personality and Individual Differences*. 2010;49(7):689-93.
178. Mann JJ, Haghghi F. Genes and environment: multiple pathways to psychopathology. *Biological psychiatry*. 2010;68(5):403-4.
179. Miller JM, Kinnally EL, Ogden RT, Oquendo MA, Mann JJ, Parsey RV. Reported childhood abuse is associated with low serotonin transporter binding in vivo in major depressive disorder. *Synapse*. 2009;63(7):565-73.
180. Van Heeringen C. *Understanding suicidal behaviour: The suicidal process approach to research, treatment and prevention*: Wiley; 2001.
181. Oquendo MA, Galfalvy H, Russo S, Ellis SP, Grunebaum MF, Burke A, et al. Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2004;161(8):1433-41.
182. Joiner T. *Why people die by suicide*: Harvard University Press; 2007.
183. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner Jr TE. The interpersonal theory of suicide. *Psychological review*. 2010;117(2):575.
184. Conner KR, Britton PC, Sworts LM, Joiner Jr TE. Suicide attempts among individuals with opiate dependence: The critical role of belonging. *Addictive behaviors*. 2007;32(7):1395-404.
185. Jahn DR, Cukrowicz KC, Linton K, Prabhu F. The mediating effect of perceived burdensomeness on the relation between depressive symptoms and suicide ideation in a community sample of older adults. *Aging & Mental Health*. 2011;15(2):214-20.
186. Van Orden KA, Witte TK, Gordon KH, Bender TW, Joiner Jr TE. Suicidal desire and the capability for suicide: Tests of the interpersonal-psychological theory of

suicidal behavior among adults. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2008;76(1):72.

187. Blackhart GC, Nelson BC, Knowles ML, Baumeister RF. Rejection elicits emotional reactions but neither causes immediate distress nor lowers self-esteem: A meta-analytic review of 192 studies on social exclusion. *Personality and Social Psychology Review*. 2009;13(4):269-309.

188. Wachtel S, Teismann T. Die Interpersonale Theorie suizidalen Verhaltens. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*. 2013.

189. Hill RM, Pettit JW. Perceived burdensomeness and suicide-related behaviors in clinical samples: Current evidence and future directions. *Journal of Clinical Psychology*. 2014;70(7):631-43.

190. Abbar M, Courtet P, Amadéo S, Caer Y, Mallet J, Baldy-Moulinier M, et al. Suicidal behaviors and the tryptophan hydroxylase gene. *Archives of general psychiatry*. 1995;52(10):846-9.

191. Smalheiser NR, Lugli G, Rizavi HS, Torvik VI, Turecki G, Dwivedi Y. MicroRNA expression is down-regulated and reorganized in prefrontal cortex of depressed suicide subjects. *PloS one*. 2012;7(3).

192. Fudalej S, Kopera M, Wołyńczyk-Gmaj D, Fudalej M, Krajewski P, Wasilewska K, et al. Association between FKBP5 functional polymorphisms and completed suicide. *Neuropsychobiology*. 2015;72(2):126-31.

193. Bach H, Arango V. Neuroanatomy of serotonergic abnormalities in suicide. *The neurobiological basis of suicide: CRC Press/Taylor & Francis*; 2012.

194. Höfer P, Schosser A, Calati R, Serretti A, Massat I, Kocabas NA, et al. The impact of serotonin receptor 1A and 2A gene polymorphisms and interactions on suicide attempt and suicide risk in depressed patients with insufficient response to treatment—a European multicentre study. *International clinical psychopharmacology*. 2016;31(1):1-7.

195. Chandley MJ, Ordway GA. Noradrenergic dysfunction in depression and suicide. *The neurobiological basis of suicide: CRC Press/Taylor & Francis*; 2012.

196. Fiori LM, Turecki G. Genetic and epigenetic influences on expression of spermine synthase and spermine oxidase in suicide completers. *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2010;13(6):725-36.

197. Arango V, Underwood MD, Mann JJ. Serotonin brain circuits involved in major depression and suicide. *Progress in brain research*. 136: Elsevier; 2002. p. 443-53.
198. Mann JJ, Huang Y-y, Underwood MD, Kassir SA, Oppenheim S, Kelly TM, et al. A serotonin transporter gene promoter polymorphism (5-HTTLPR) and prefrontal cortical binding in major depression and suicide. *Archives of general psychiatry*. 2000;57(8):729-38.
199. Bach P, Gaudiano BA, Hayes SC, Herbert JD. Acceptance and commitment therapy for psychosis: intent to treat, hospitalization outcome and mediation by believability. *Psychosis*. 2013;5(2):166-74.
200. Dulchin MC, Oquendo MA, Malone KM, Ellis SP, Li S, Mann JJ. Prolactin response to dl-fenfluramine challenge before and after treatment with paroxetine. *Neuropsychopharmacology*. 2001;25(3):395-401.
201. Duval F, Mokrani M-C, Correa H, Bailey P, Valdebenito M, Monreal J, et al. Lack of effect of HPA axis hyperactivity on hormonal responses to d-fenfluramine in major depressed patients: implications for pathogenesis of suicidal behaviour. *Psychoneuroendocrinology*. 2001;26(5):521-37.
202. Mann JJ, McBride PA, Malone KM, DeMeo M, Keilp J. Blunted serotonergic responsivity in depressed inpatients. *Neuropsychopharmacology*. 1995;13(1):53-64.
203. Mockus SM, Vrana KE. Advances in the molecular characterization of tryptophan hydroxylase. *Journal of Molecular Neuroscience*. 1998;10(3):163-79.
204. Zhang X, Beaulieu J-M, Sotnikova TD, Gainetdinov RR, Caron MG. Tryptophan hydroxylase-2 controls brain serotonin synthesis. *Science*. 2004;305(5681):217-.
205. Walther DJ, Peter J-U, Bashammakh S, Hörtnagl H, Voits M, Fink H, et al. Synthesis of serotonin by a second tryptophan hydroxylase isoform. *Science*. 2003;299(5603):76-.
206. Bonkale WL, Murdock S, Janosky JE, Austin MC. Normal levels of tryptophan hydroxylase immunoreactivity in the dorsal raphe of depressed suicide victims. *Journal of neurochemistry*. 2004;88(4):958-64.
207. Raymond JR, Mukhin YV, Gelasco A, Turner J, Collinsworth G, Gettys TW, et al. Multiplicity of mechanisms of serotonin receptor signal transduction. *Pharmacology & therapeutics*. 2001;92(2-3):179-212.

208. Vergé D, Daval G, Patey A, Gozlan H, El Mestikawy S. Presynaptic 5-HT autoreceptors on serotonergic cell bodies and/or dendrites but not terminals are of the 5-HT_{1A} subtype. *European journal of pharmacology*. 1985;113(3):463-4.
209. Stockmeier CA, Shapiro LA, Dilley GE, Kolli TN, Friedman L, Rajkowska G. Increase in serotonin-1A autoreceptors in the midbrain of suicide victims with major depression—postmortem evidence for decreased serotonin activity. *Journal of Neuroscience*. 1998;18(18):7394-401.
210. Boldrini M, Underwood MD, Mann JJ, Arango V. Serotonin-1A autoreceptor binding in the dorsal raphe nucleus of depressed suicides. *Journal of psychiatric research*. 2008;42(6):433-42.
211. Arango V, Ernsberger P, Sved AF, Mann JJ. Quantitative autoradiography of α ₁- and α ₂-adrenergic receptors in the cerebral cortex of controls and suicide victims. *Brain research*. 1993;630(1-2):271-82.
212. Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW, et al. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*. 2002;297(5582):851-4.
213. Huang Y-y, Cate SP, Battistuzzi C, Oquendo MA, Brent D, Mann JJ. An association between a functional polymorphism in the monoamine oxidase a gene promoter, impulsive traits and early abuse experiences. *Neuropsychopharmacology*. 2004;29(8):1498-505.
214. Stoff DM, Mann JJ. Suicide research: Overview and introduction. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1997;836(1):1-11.
215. Ryding E, Ahnlide J-A, Lindström M, Rosén I, Träskman-Bendz L. Regional brain serotonin and dopamine transporter binding capacity in suicide attempters relate to impulsiveness and mental energy. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2006;148(2-3):195-203.
216. Carballo JJ, Akamnonu CP, Oquendo MA. Neurobiology of suicidal behavior. An integration of biological and clinical findings. *Archives of suicide research*. 2008;12(2):93-110.
217. Chrousos GP, Gold PW. The concepts of stress and stress system disorders: overview of physical and behavioral homeostasis. *Jama*. 1992;267(9):1244-52.
218. Coryell W, Schlessler M. The dexamethasone suppression test and suicide prediction. *American Journal of Psychiatry*. 2001;158(5):748-53.

219. Eisen RB, Perera S, Banfield L, Anglin R, Minuzzi L, Samaan Z. Association between BDNF levels and suicidal behaviour: a systematic review and meta-analysis. *Systematic reviews*. 2015;4(1):187.
220. Eastwood SL, Harrison PJ. Synaptic pathology in the anterior cingulate cortex in schizophrenia and mood disorders. A review and a Western blot study of synaptophysin, GAP-43 and the complexins. *Brain research bulletin*. 2001;55(5):569-78.
221. Wagner G, Schultz CC, Koch K, Schachtzabel C, Sauer H, Schlösser RG. Prefrontal cortical thickness in depressed patients with high-risk for suicidal behavior. *Journal of psychiatric research*. 2012;46(11):1449-55.
222. Dwivedi Y, Rizavi HS, Conley RR, Roberts RC, Tamminga CA, Pandey GN. Altered gene expression of brain-derived neurotrophic factor and receptor tyrosine kinase B in postmortem brain of suicide subjects. *Archives of general psychiatry*. 2003;60(8):804-15.
223. Karege F, Vaudan G, Schwald M, Perroud N, La Harpe R. Neurotrophin levels in postmortem brains of suicide victims and the effects of antemortem diagnosis and psychotropic drugs. *Molecular Brain Research*. 2005;136(1-2):29-37.
224. Deveci A, Aydemir O, Taskin O, Taneli F, Esen-Danaci A. Serum BDNF levels in suicide attempters related to psychosocial stressors: a comparative study with depression. *Neuropsychobiology*. 2007;56(2-3):93-7.
225. Lee B-H, Kim H, Park S-H, Kim Y-K. Decreased plasma BDNF level in depressive patients. *Journal of affective disorders*. 2007;101(1-3):239-44.
226. Golomb BA. Cholesterol and violence: is there a connection? *Annals of internal medicine*. 1998;128(6):478-87.
227. Vandonos S, Hessel P, Leone T, Avendano M. Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis? A quasi-experimental approach. *The European Journal of Public Health*. 2013;23(5):727-31.
228. Coope C, Donovan J, Wilson C, Barnes M, Metcalfe C, Hollingworth W, et al. Characteristics of people dying by suicide after job loss, financial difficulties and other economic stressors during a period of recession (2010–2011): A review of coroners' records. *Journal of affective disorders*. 2015;183:98-105.

229. Chang S-S, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *Bmj*. 2013;347:f5239.
230. Molarius A, Berglund K, Eriksson C, Eriksson HG, Lindén-Boström M, Nordström E, et al. Mental health symptoms in relation to socio-economic conditions and lifestyle factors—a population-based study in Sweden. *BMC public health*. 2009;9(1):302.
231. Hyphantis T. The "depression" of mental health care in general hospitals in Greece in the era of recession. *Journal of psychosomatic research*. 2013;74(6):530.
232. Rachiotis G, Stuckler D, McKee M, Hadjichristodoulou C. What has happened to suicides during the Greek economic crisis? Findings from an ecological study of suicides and their determinants (2003–2012). *BMJ open*. 2015;5(3):e007295.
233. Simou E, Koutsogeorgou E. Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. *Health policy*. 2014;115(2-3):111-9.
234. Economou M, Madianos M, Peppou LE, Patelakis A, Stefanis CN. Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. *Journal of affective disorders*. 2013;145(3):308-14.
235. Kondilis E, Giannakopoulos S, Gavana M, Ierodiakonou I, Waitzkin H, Benos A. Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: the Greek case. *American journal of public health*. 2013;103(6):973-9.
236. Economou M, Madianos M, Peppou LE, Theleritis C, Patelakis A, Stefanis C. Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis. *World Psychiatry*. 2013;12(1):53-9.
237. Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A, McKee M, Stuckler D. Greece's health crisis: from austerity to denialism. *The Lancet*. 2014;383(9918):748-53.
238. Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M, Stuckler D. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *The Lancet*. 2011;378(9801):1457-8.
239. Antonakakis N, Collins A. The impact of fiscal austerity on suicide: on the empirics of a modern Greek tragedy. *Social science & medicine*. 2014;112:39-50.
240. Branas CC, Kastanaki AE, Michalodimitrakis M, Tzougas J, Kranioti EF, Theodorakis PN, et al. The impact of economic austerity and prosperity events on

suicide in Greece: a 30-year interrupted time-series analysis. *BMJ open*. 2015;5(1):e005619.

241. Hawton K, Comabella CC, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *Journal of affective disorders*. 2013;147(1-3):17-28.

242. Perhats C, Valdez AM. Suicide prevention in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*. 2008;34(3):251-3.

243. Ifanti AA, Argyriou AA, Kalofonou FH, Kalofonos HP. Financial crisis and austerity measures in Greece: their impact on health promotion policies and public health care. *Health policy*. 2013;113(1-2):8-12.

244. Madianos M, Economou M, Alexiou T, Stefanis C. Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2011;46(10):943-52.

245. Burns WJ, Peters E, Slovic P. Risk perception and the economic crisis: A longitudinal study of the trajectory of perceived risk. *Risk Analysis: An International Journal*. 2012;32(4):659-77.

246. Kahn JR, Pearlin LI. Financial strain over the life course and health among older adults. *Journal of health and social behavior*. 2006;47(1):17-31.

247. Zivin K, Paczkowski M, Galea S. Economic downturns and population mental health: research findings, gaps, challenges and priorities. *Psychological medicine*. 2011;41(7):1343-8.

248. Chang S-S, Gunnell D, Sterne JA, Lu T-H, Cheng AT. Was the economic crisis 1997–1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time–trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. *Social science & medicine*. 2009;68(7):1322-31.

249. Karamanoli E. Greece's financial crisis dries up drug supply. *The Lancet*. 2012;379(9813):302.

250. Kentikelenis A, Papanicolas I. Economic crisis, austerity and the Greek public health system. *The European journal of public health*. 2012;22(1):4-5.

251. Fountoulakis KN, Grammatikopoulos IA, Koupidis SA, Siamouli M, Theodorakis PN. Health and the financial crisis in Greece. *The Lancet*. 2012;379(9820):1001-2.

252. Liaropoulos L. Greek economic crisis: not a tragedy for health. *Bmj*. 2012;345:e7988.
253. Papaslanis T, Kontaxakis V, Christodoulou C, Konstantakopoulos G, Kontaxaki M-I, Papadimitriou GN. Suicide in Greece 1992–2012: A time-series analysis. *International Journal of Social Psychiatry*. 2016;62(5):471-6.
254. Wong PW, Chan WS, Chen EY, Chan SS, Law Y, Yip PS. Suicide among adults aged 30–49: A psychological autopsy study in Hong Kong. *BMC Public Health*. 2008;8(1):147.
255. Värnik A, Sisask M, Värnik P. *Baltic suicide paradox*: Tallinn University Press/Tallinna Ülikooli Kirjastus; 2010.
256. Qin P, Agerbo E, Westergård-Nielsen N, Eriksson T, Mortensen PB. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *The British journal of psychiatry*. 2000;177(6):546-50.
257. Payne S, Swami V, Stanistreet DL. The social construction of gender and its influence on suicide: a review of the literature. *Journal of Men's Health*. 2008;5(1):23-35.
258. Catalano R. The health effects of economic insecurity. *American Journal of Public Health*. 1991;81(9):1148-52.
259. McLean J, Maxwell M, Platt S, Harris FM, Jepson R. *Risk and protective factors for suicide and suicidal behaviour: A literature review*: Scottish Government; 2008.
260. Martikainen P, Bartley M, Lahelma E. *Psychosocial determinants of health in social epidemiology*. Oxford University Press; 2002.
261. Möller-Leimkühler AM. The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2003;253(1):1-8.
262. Canetto SS, Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1998;28(1):1-23.
263. Wålinder J, Rutz W. Male depression and suicide. *International clinical psychopharmacology*. 2001;16:S21-S4.
264. Foucault M. *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*. 1965. Trans Richard Howard New York: Vintage. 1988.

265. Hawton K. Sex and suicide: Gender differences in suicidal behaviour. *The British Journal of Psychiatry*. 2000;177(6):484-5.
266. Canetto SS. Men who survive a suicidal act: successful coping or failed masculinity? 1995.
267. Mościcki EK. Gender differences in completed and attempted suicides. *Annals of epidemiology*. 1994;4(2):152-8.
268. Hanna EZ, Grant BF. Gender differences in DSM-IV alcohol use disorders and major depression as distributed in the general population: Clinical implications. *Comprehensive Psychiatry*. 1997;38(4):202-12.
269. Levi-Belz Y. Stress-related growth among suicide survivors: The role of interpersonal and cognitive factors. *Archives of Suicide Research*. 2015;19(3):305-20.
270. Calati R, Giegling I, Rujescu D, Hartmann AM, Möller H-J, De Ronchi D, et al. Temperament and character of suicide attempters. *Journal of psychiatric research*. 2008;42(11):938-45.
271. Costa PT, McCrae RR. Professional manual: revised NEO personality inventory (NEO-PI-R) and NEO five-factor inventory (NEO-FFI). 1992.
272. McCrae RR, Costa PT. Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of personality and social psychology*. 1987;52(1):81.
273. Ferguson CJ. A meta-analysis of normal and disordered personality across the life span. *Journal of personality and social psychology*. 2010;98(4):659.
274. Matthews G, Saklofske DH, Costa PT, Deary IJ, Zeidner M. Dimensional Models of Personality: A Framework for Systematic Clinical Assessment¹. *European Journal of Psychological Assessment*. 1998;14(1):36-49.
275. Kumar PS, Rajmohan V, Sushil K. An exploratory analysis of personality factors contributed to suicide attempts. *Indian journal of psychological medicine*. 2013;35(4):378.
276. Gladstone GL, Parker GB, Mitchell PB, Malhi GS, Wilhelm K, Austin M-P. Implications of childhood trauma for depressed women: an analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self-harm and revictimization. *American Journal of Psychiatry*. 2004;161(8):1417-25.

277. Chioqueta AP, Stiles TC. Personality traits and the development of depression, hopelessness, and suicide ideation. *Personality and individual differences*. 2005;38(6):1283-91.
278. Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L, Denning DG, Cox C, Caine ED. Personality traits and suicidal behavior and ideation in depressed inpatients 50 years of age and older. *Journals of Gerontology Series B*. 2000;55(1):P18-P26.
279. Bi B, Liu W, Zhou D, Fu X, Qin X, Wu J. Personality traits and suicide attempts with and without psychiatric disorders: analysis of impulsivity and neuroticism. *BMC psychiatry*. 2017;17(1):294.
280. Brezo J, Paris J, Turecki G. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2006;113(3):180-206.
281. Useda JD, Duberstein PR, Conner KR, Conwell Y. Personality and attempted suicide in depressed adults 50 years of age and older: a facet level analysis. *Comprehensive psychiatry*. 2004;45(5):353-61.
282. Hirvikoski T, Jokinen J. Personality traits in attempted and completed suicide. *European Psychiatry*. 2012;27(7):536-41.
283. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. *American journal of psychiatry*. 2001;158(11):1783-93.
284. Singh PK, Rao V. Explaining suicide attempt with personality traits of aggression and impulsivity in a high risk tribal population of India. *PloS one*. 2018;13(2).
285. Conner KR, Swogger MT, Houston RJ. A test of the reactive aggression-suicidal behavior hypothesis: is there a case for proactive aggression? *Journal of abnormal psychology*. 2009;118(1):235.
286. McGirr A, Turecki G. The relationship of impulsive aggressiveness to suicidality and other depression-linked behaviors. *Current psychiatry reports*. 2007;9(6):460-6.
287. Beevers CG, Miller IW. Perfectionism, cognitive bias, and hopelessness as prospective predictors of suicidal ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2004;34(2):126-37.

288. Sheikholeslami H, Kani C, Kani K, Ghafelebashi H. Repetition of suicide-related behavior: a study of the characteristics, psychopathology, suicidality and negative life events in Iran. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2009;39(1):45-62.
289. Berk MS, Jeglic E, Brown GK, Henriques GR, Beck AT. Characteristics of recent suicide attempters with and without borderline personality disorder. *Archives of Suicide Research*. 2007;11(1):91-104.
290. Stringer B, van Meijel B, Eikelenboom M, Koekkoek B, Licht CM, Kerkhof AJ, et al. Recurrent suicide attempts in patients with depressive and anxiety disorders: the role of borderline personality traits. *Journal of affective disorders*. 2013;151(1):23-30.
291. Voracek M. Big Five personality factors and suicide rates in the United States: A state-level analysis. *Perceptual and Motor Skills*. 2009;109(1):208-12.
292. Voracek M. Regional analysis of big five personality factors and suicide rates in Russia. *Psychological reports*. 2013;113(1):31-5.
293. Tsoh J, Chiu HF, Duberstein PR, Chan SS, Chi I, Yip PS, et al. Attempted suicide in elderly Chinese persons: a multi-group, controlled study. *The American journal of geriatric psychiatry*. 2005;13(7):562-71.
294. Beautrais AL. Further suicidal behavior among medically serious suicide attempters. *Suicide and life-threatening behavior*. 2004;34(1):1-11.
295. McCann SJ. Suicide, big five personality factors, and depression at the American state level. *Archives of Suicide Research*. 2010;14(4):368-74.
296. Chapman BP, Roberts B, Lyness J, Duberstein P. Personality and physician-assessed illness burden in older primary care patients over 4 years. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2013;21(8):737-46.
297. Sutin AR, Zonderman AB, Ferrucci L, Terracciano A. Personality traits and chronic disease: Implications for adult personality development. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2013;68(6):912-20.
298. Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Archives of internal medicine*. 2002;162(20):2269-76.

299. Terracciano A, Sutin AR, An Y, O'Brien RJ, Ferrucci L, Zonderman AB, et al. Personality and risk of Alzheimer's disease: new data and meta-analysis. *Alzheimer's & Dementia*. 2014;10(2):179-86.
300. Papadimitriou G, Beratis S, Matsoukas T, Soldatos K. The Greek translation of the Mini International Neuropsychiatric Interview MINI 5.0. 0. Dept of Psychiatry of the University of Athens and Patras. 2004.
301. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of clinical psychiatry*. 1998.
302. Pettersson A, Modin S, Wahlström R, af Winklerfelt Hammarberg S, Krakau I. The Mini-International Neuropsychiatric Interview is useful and well accepted as part of the clinical assessment for depression and anxiety in primary care: a mixed-methods study. *BMC family practice*. 2018;19(1):19.
303. de Azevedo Marques JM, Zuardi AW. Validity and applicability of the Mini International Neuropsychiatric Interview administered by family medicine residents in primary health care in Brazil. *General hospital psychiatry*. 2008;30(4):303-10.
304. Mordal J, Gundersen Ø, Bramness J. Norwegian version of the Mini-International Neuropsychiatric Interview: feasibility, acceptability and test-retest reliability in an acute psychiatric ward. *European Psychiatry*. 2010;25(3):172-7.
305. Hyphantis T, Kroenke K, Papatheodorou E, Paika V, Theocharopoulos N, Ninou A, et al. Validity of the Greek version of the PHQ 15-item Somatic Symptom Severity Scale in patients with chronic medical conditions and correlations with emergency department use and illness perceptions. *Comprehensive psychiatry*. 2014;55(8):1950-9.
306. Walker J, Hansen CH, Hodges L, Thekkumpurath P, O'Connor M, Sharma N, et al. Screening for suicidality in cancer patients using Item 9 of the nine-item patient health questionnaire; does the item score predict who requires further assessment? *General hospital psychiatry*. 2010;32(2):218-20.
307. Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-IV-R Psychotic Disorders: procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview

(MINI). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*. 1998;13(1):26-34.

308. Fountoulakis KN, Pantoula E, Siamouli M, Moutou K, Gonda X, Rihmer Z, et al. Development of the Risk Assessment Suicidality Scale (RASS): a population-based study. *Journal of affective disorders*. 2012;138(3):449-57.

309. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*. 2002;159(6):909-16.

310. Hyphantis T, Kotsis K, Kroenke K, Paika V, Constantopoulos S, Drosos AA, et al. Lower PHQ-9 cutpoint accurately diagnosed depression in people with long-term conditions attending the Accident and Emergency Department. *Journal of affective disorders*. 2015;176:155-63.

311. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*. 2001;16(9):606-13.

312. Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric annals*. 2002;32(9):509-15.

313. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV, Hahn SR, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: the PRIME-MD 1000 study. *Jama*. 1994;272(22):1749-56.

314. Gräfe K, Zipfel S, Herzog W, Löwe B. Screening psychischer Störungen mit dem "Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)". *Diagnostica*. 2004;50(4):171-81.

315. Dumont P, Andreoli A, Borgacci S, Carballeira Y, Rentsch D, Archinard M. Quick detection of depression: A significant clinical issue. *Revue medicale suisse*. 2005;1(5):344-6, 9.

316. Diez-Quevedo C, Rangil T, Sanchez-Planell L, Kroenke K, Spitzer RL. Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosomatic medicine*. 2001;63(4):679-86.

317. Mazzotti E, Fassone G, Picardi A, Sagoni E, Ramieri L, Lega I, et al. Il Patient Health Questionnaire (PHQ) per lo screening dei disturbi psichiatrici: Uno studio di validazione nei confronti della Intervista Clinica Strutturata per il DSM-IV asse I (SCID-I). *Italian Journal of Psychopathology*. 2003;9(3):235-42.

318. Becker S, Al Zaid K, Al Faris E. Screening for somatization and depression in Saudi Arabia: a validation study of the PHQ in primary care. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2002;32(3):271-83.
319. Chowdhury AN, Ghosh S, Sanyal D. Bengali adaptation of brief patient health questionnaire for screening depression at primary care. *Journal of the Indian Medical Association*. 2004;102(10):544-7.
320. Corapcioglu A, Ozer GU. Adaptation of revised Brief PHQ (Brief-PHQ-r) for diagnosis of depression, panic disorder and somatoform disorder in primary healthcare settings. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2004;8(1):11-8.
321. Persoons P, Luyckx K, Desloovere C, Vandenberghe J, Fischler B. Anxiety and mood disorders in otorhinolaryngology outpatients presenting with dizziness: validation of the self-administered PRIME-MD Patient Health Questionnaire and epidemiology. *General hospital psychiatry*. 2003;25(5):316-23.
322. Schreuders B, Van Oppen P, Van Marwijk H, Smit J, Stalman W. Frequent attenders in general practice: problem solving treatment provided by nurses [ISRCTN51021015]. *BMC family practice*. 2005;6(1):42.
323. Wittkamp KA, Naeije L, Schene AH, Huyser J, van Weert HC. Diagnostic accuracy of the mood module of the Patient Health Questionnaire: a systematic review. *General hospital psychiatry*. 2007;29(5):388-95.
324. Gilbody S, Richards D, Brealey S, Hewitt C. Screening for depression in medical settings with the Patient Health Questionnaire (PHQ): a diagnostic meta-analysis. *Journal of general internal medicine*. 2007;22(11):1596-602.
325. Gilbody S, Richards D, Barkham M. Diagnosing depression in primary care using self-completed instruments: UK validation of PHQ-9 and CORE-OM. *Br J Gen Pract*. 2007;57(541):650-2.
326. Hyphantis T, Kotsis K, Tsifetaki N, Creed F, Drosos AA, Carvalho AF, et al. The relationship between depressive symptoms, illness perceptions and quality of life in ankylosing spondylitis in comparison to rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*. 2013;32(5):635-44.
327. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *Journal of psychosomatic research*. 2006;60(6):631-7.

328. Ginieri-Coccosis M, Triantafillou E, Tomaras V, Soldatos C, Mavreas V, Christodoulou G. Psychometric properties of WHOQOL-BREF in clinical and health Greek populations: incorporating new culture-relevant items. *Psychiatrike= Psychiatriki*. 2012;23(2):130-42.
329. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell K. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of life Research*. 2004;13(2):299-310.
330. Power M, Bullinger M, Harper A. The World Health Organization WHOQOL-100: Tests of the universality of quality of life in 15 different cultural groups worldwide. *Health psychology*. 1999;18(5):495.
331. Group W. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*. 1998;28(3):551-8.
332. Taylor WJ, Myers J, Simpson RT, McPherson KM, Weatherall M. Quality of life of people with rheumatoid arthritis as measured by the World Health Organization Quality of Life Instrument, Short Form (WHOQOL-BREF): Score distributions and psychometric properties. *Arthritis Care & Research*. 2004;51(3):350-7.
333. Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well: Jossey-bass*; 1987.
334. Karalis I, Langius A, Tsirogianni M, Faresjö T, Nettelbladt P, Lionis C. The translation-validation of the sense of coherence scale into Greek and its use in primary health care. *Archives of Hellenic Medicine*. 2004;21(2):195-203.
335. Eriksson M, Lindström B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2005;59(6):460-6.
336. Büchi S, Sensky T, Allard S, Stoll T, Schnyder U, Klaghofer R, et al. Sense of coherence--a protective factor for depression in rheumatoid arthritis. *The Journal of rheumatology*. 1998;25(5):869-75.
337. Hyphantis TN, Tsifetaki N, Siafaka V, Voulgari PV, Pappa C, Bai M, et al., editors. *The impact of psychological functioning upon systemic sclerosis patients' quality of life. Seminars in arthritis and rheumatism*; 2007: Elsevier.

338. Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2007;61(11):938-44.
339. Ntountoulaki E, Paika V, Kotsis K, Papaioannou D, Andreoulakis E, Fountoulakis KN, et al. The Greek version of the resilience scale (rs-14): psychometric properties in three samples and associations with mental illness, Suicidality, and Quality of Life. 2017.
340. Wagnild G. The Resilience Scale: User's guide guide for the US English version of the Resilience Scale and the 14-item Resilience Scale ver. 3.33. Resilience Center. Montana, USA. 2016.
341. Windle G, Bennett KM, Noyes J. A methodological review of resilience measurement scales. *Health and quality of life outcomes*. 2011;9(1):8.
342. Ahern NR, Kiehl EM, Lou Sole M, Byers J. A review of instruments measuring resilience. *Issues in comprehensive Pediatric nursing*. 2006;29(2):103-25.
343. Aiena BJ, Baczwaski BJ, Schulenberg SE, Buchanan EM. Measuring resilience with the RS-14: A tale of two samples. *Journal of Personality Assessment*. 2015;97(3):291-300.
344. Damásio BF, Borsa JC, da Silva JP. 14-item resilience scale (RS-14): psychometric properties of the Brazilian version. *Journal of nursing measurement*. 2011;19(3):131-45.
345. Li M-Y, Yang Y-L, Liu L, Wang L. Effects of social support, hope and resilience on quality of life among Chinese bladder cancer patients: a cross-sectional study. *Health and quality of life outcomes*. 2016;14(1):73.
346. Nishi D, Uehara R, Kondo M, Matsuoka Y. Reliability and validity of the Japanese version of the Resilience Scale and its short version. *Bmc research notes*. 2010;3(1):310.
347. Yang Y, Li M-H, Xia Y. Measurement invariance of the Resilience Scale. *The International Journal of Educational and Psychological Assessment*. 2012.
348. Kwon HJ, Kwon SJ. Korean version of the 14-Item resilience scale (RS-14) for university students: a validity and reliability study. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2014;23(4):226-32.

349. Tempiski P, Santos IS, Mayer FB, Enns SC, Perotta B, Paro HB, et al. Relationship among medical student resilience, educational environment and quality of life. *PLoS One*. 2015;10(6).
350. Tian J, Hong JS. Validation of the Chinese version of the Resilience Scale and its cutoff score for detecting low resilience in Chinese cancer patients. *Supportive Care in Cancer*. 2013;21(5):1497-502.
351. Panicker AS, Chelliah A. Resilience and stress in children and adolescents with specific learning disability. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2016;25(1):17.
352. Pargament KI. *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*: Guilford press; 2001.
353. Pargament KI, Smith BW, Koenig HG, Perez L. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the scientific study of religion*. 1998:710-24.
354. Pargament KI, McCarthy S, Shah P, Ano G, Tarakeshwar N, Wachholtz A, et al. Religion and HIV: A review of the literature and clinical implications. *Southern Medical Journal*. 2004;97(12):1201-9.
355. Pargament K, Feuille M, Burdzy D. The Brief RCOPE: Current psychometric status of a short measure of religious coping. *Religions*. 2011;2(1):51-76.
356. Paika V, Andreoulakis E, Ntountoulaki E, Papaioannou D, Kotsis K, Sifaka V, et al. The Greek-Orthodox version of the Brief Religious Coping (B-RCOPE) instrument: psychometric properties in three samples and associations with mental disorders, suicidality, illness perceptions, and quality of life. *Annals of general psychiatry*. 2017;16(1):13.
357. Koenig HG, Büssing A. The Duke University Religion Index (DUREL): a five-item measure for use in epidemiological studies. *Religions*. 2010;1(1):78-85.
358. Ntountoulaki E, Guthrie E, Kotsis K, Paika V, Tatsioni A, Tomenson B, et al. Double RASS cutpoint accurately diagnosed suicidal risk in females with long-term conditions attending the emergency department compared to their male counterparts. *Comprehensive psychiatry*. 2016;69:193-201.
359. Economou M, Angelopoulos E, Peppou LE, Souliotis K, Tzavara C, Kontoangelos K, et al. Enduring financial crisis in Greece: prevalence and correlates

of major depression and suicidality. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2016;51(7):1015-24.

360. Goulia P, Voulgari PV, Tsifetaki N, Drosos AA, Hyphantis T. Comparison of health-related quality of life and associated psychological factors between younger and older patients with established rheumatic disorders. *Aging & mental health*. 2010;14(7):819-27.

361. Rachiotis G, Kourousis C, Kamilaraki M, Symvoulakis EK, Dounias G, Hadjichristodoulou C. Medical supplies shortages and burnout among greek health care workers during economic crisis: a pilot study. *International journal of medical sciences*. 2014;11(5):442.

362. Karamanoli E. Debt crisis strains Greece's ailing health system. *The Lancet*. 2011;378(9788):303-4.

363. Organization WH. Preventing suicide: A global imperative: World Health Organization; 2014.

364. Kotsis K, Voulgari PV, Tsifetaki N, Machado MO, Carvalho AF, Creed F, et al. Anxiety and depressive symptoms and illness perceptions in psoriatic arthritis and associations with physical health-related quality of life. *Arthritis care & research*. 2012;64(10):1593-601.

365. Creed F, Morgan R, Fiddler M, Marshall S, Guthrie E, House A. Depression and anxiety impair health-related quality of life and are associated with increased costs in general medical inpatient. *Psychosomatics*. 2002;43(4):302-9.

366. Dickens C, Katon W, Blakemore A, Khara A, McGowan L, Tomenson B, et al. Does depression predict the use of urgent and unscheduled care by people with long term conditions? A systematic review with meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*. 2012;73(5):334-42.

367. Guthrie E, Jackson J, Shaffer J, Thompson D, Tomenson B, Creed F. Psychological disorder and severity of inflammatory bowel disease predict health-related quality of life in ulcerative colitis and Crohn's disease. *The American journal of gastroenterology*. 2002;97(8):1994-9.

368. Huang FY, Chung H, Kroenke K, Delucchi KL, Spitzer RL. Using the patient health questionnaire-9 to measure depression among racially and ethnically diverse primary care patients. *Journal of general internal medicine*. 2006;21(6):547-52.

369. Haukka J, Suominen K, Partonen T, Lönnqvist J. Determinants and outcomes of serious attempted suicide: a nationwide study in Finland, 1996–2003. *American journal of epidemiology*. 2008;167(10):1155-63.
370. Anderson HD. Suicide ideation, depressive symptoms, and out-of-home placement among youth in the US child welfare system. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2011;40(6):790-6.
371. Simon TR, Swann AC, Powell KE, Potter LB, Kresnow M-j, O'Carroll PW. Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2001;32(Supplement to Issue 1):49-59.
372. Ntountoulaki E, Paika V, Papaioannou D, Guthrie E, Kotsis K, Fountoulakis KN, et al. The relationship of the perceived impact of the current Greek recession with increased suicide risk is moderated by mental illness in patients with long-term conditions. *Journal of psychosomatic research*. 2017;96:98-105.
373. Merzagora I, Mugellini G, Amadasi A, Travaini G. Suicide risk and the Economic Crisis: An exploratory analysis of the case of Milan. *PloS one*. 2016;11(12).
374. Arie S. Has austerity brought Europe to the brink of a health disaster? *Bmj*. 2013;346:f3773.
375. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*. 2009;374(9686):315-23.
376. Uutela A. Economic crisis and mental health. *Current opinion in psychiatry*. 2010;23(2):127-30.
377. Whitehead BR, Bergeman CS. The effect of the financial crisis on physical health: Perceived impact matters. *Journal of health psychology*. 2017;22(7):864-73.
378. Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, de Graaf R, Asmundson GJ, Ten Have M, et al. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(11):1249-57.
379. Bentley KH, Franklin JC, Ribeiro JD, Kleiman EM, Fox KR, Nock MK. Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*. 2016;43:30-46.

380. Κώτση Α. Επιδημιολογία της επιλόχειας κατάθλιψης και διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου: Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. Σχολή Ιατρικής. Τμήμα Ιατρικής. Τομέας Κοινωνικής ...; 2009.

381. Organization WH. Regional Office for Europe (2011) Impact of economic crises on mental health. World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe, Copenhagen.