

ΙΟΝΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΤΜΗΜΑ ΙΣΤΟΡΙΑΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΑ

Η δημογραφική προσέγγιση των αυτοκτονιών στην Ελλάδα  
και την Ευρωπαϊκή Ένωση κατά τα έτη 1975 έως 2016

Εκπόνηση-Συγγραφή: Ρουμπγέ Ανίλα

A.M.: MTID1508

Εποπτεία:

1. Δημήτρης Ανωγιάτης-Pelé
2. Μαρία Μάνδυλα-Κουσουνή
3. Φωτεινή Μηλιώνη

ΚΕΡΚΥΡΑ, ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ 2019

Στο Γιάννη,  
που βίωσε μέσα του την ματαιότητα  
πιο έντονα από την ομορφιά  
αυτής της ύπαρξης...

## Πρόλογος

Ένα θέμα βαθιά προσωπικό πολλές φορές μπορεί να αποτελέσει ένα κοινωνικό φαινόμενο όταν συμβαίνει με μεγάλη συχνότητα. Το θέμα των αυτοκτονιών, παρότι μια προσωπική επιλογή, φαίνεται να έχει σοβαρό αντίκτυπο στην κοινωνία σε σημείο που να μας προβληματίζει αν και κατά πόσο δεν είναι τόσο προσωπικό τελικά, αλλά πιθανόν να το δημιουργεί η ίδια η κοινωνία. Τα κοινωνικά φαινόμενα έχουν πολλές φορές αντίκτυπο στην ψυχολογία του ατόμου σε σημείο ώστε να αποφασίσει να βρει την έσχατη λύση και να δώσει τέλος στη ζωή του. Μια λύση τόσο οριστική και αμετάκλητη που προηγούμενη της δεν έχει υπάρξει, η διακοπή της ίδιας της ύπαρξης. Ο μεγαλύτερος φόβος του κάθε ανθρώπου μοιάζει ως ελευθερία και ως λυτρωμός για τους αυτόχειρες. Η εικόνα της ψυχικής κατάστασης, λίγο πριν την υλοποίηση της τελευταίας πράξης εν ζωή ενός αυτόχειρα, μοιάζει στα ματιά μας είτε υπερβολικά χαοτική είτε υπερβολικά κενή. Σίγουρα δεν θυμίζει κάτι φυσιολογικό στα όρια του φυσιολογικού που θέλουμε να ορίζουμε σε μια οργανωμένη κοινωνία. Αυτό που αποτελεί γεγονός προς έρευνα στο συγκεκριμένο ζήτημα είναι πώς μια τόσο βαθιά προσωπική επιλογή γίνεται ένα γενικευμένο κοινωνικό φαινόμενο, ικανό να μετρηθεί, και πως η οργάνωση της κοινωνίας μας καταφέρνει και είναι τόσο ατελής ώστε να αφήνει τόσα περιθώρια, ώστε τόσα πολλά άτομα επιλέγουν να μην υπάρχουν πια σε αυτήν. Το θέμα της αυτοχειρίας αποτελεί για κάποιους ανθρώπους μια “λύση” για τη λύτρωσή τους από τα προβλήματα. Διότι μην ξεχνάμε ότι την αυτοχειρία την επιλέγουν τα έλλογα όντα, ο άνθρωπος κάνει την επιλογή της αφαίρεσης της ζωής του διότι δεν αντέχει άλλο τη σκέψη της ύπαρξής του με τον υπάρχοντα τρόπο. Είναι το ον που μπορεί και ακολουθεί άλλο ένστικτο από αυτό της επιβίωσης. Και οι υπόλοιποι που μένουν να το παρατηρούν μπορούν να το μετρήσουν και να βρουν τι έφταιξε, τι πήγε σε διαφορετική νόρμα από τη συνηθισμένη και οδήγησε το άτομο στην αυτοκαταστροφή του. Να σχεδιάσουν και να εφαρμόσουν έναν διαφορετικό τρόπο ύπαρξης, εύπλαστο, μεταβαλλόμενο, προσαρμοσμένο για κάθε μέλος της κοινωνίας, ώστε η ίδια η ύπαρξη να δίνει μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη μηδένιση της.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

|                  |   |
|------------------|---|
| Πρόλογος.....    | 3 |
| Περιεχόμενα..... | 4 |

### ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

|                                                                                  |     |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1: Οι αυτοκτονίες στις 28 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε ιστόγραμμα... | 65  |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2: Οι αυτοκτονίες στις 28 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.....             | 66  |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3: Κατάταξη αυτοκτονιών στις αιτίες θανάτου στην Ευρωπαϊκή Ένωση.....  | 67  |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4: Οι αυτοκτονίες παγκόσμια ανά φύλο το έτος 2016.....                 | 68  |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5: Αιτίες θανάτων σε ηλικίες 15-29.....                                | 69  |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6: Οι αυτοκτονίες στις 28 χώρες της Ε.Ε. ανά φύλο.....                 | 72  |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7: Οι αυτοκτονίες ανά ηλικιακή ομάδα.....                              | 74  |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8: Αυτοκτονίες στις 5 χώρες με τα μεγαλύτερα ποσοστά.....              | 76  |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9: Αυτοκτονίες στις 5 χώρες με τα μεγαλύτερα ποσοστά ανά φύλο.....     | 78  |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10: Αυτοκτονίες στην Ελλάδα συνολικά και ανά φύλο.....                 | 85  |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11: Αυτοκτονίες και ανεργία στην Ελλάδα.....                           | 88  |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 12: Σχεδιάγραμμα με τους παράγοντες κινδύνου.....                      | 100 |

### ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

|                                                                                                   |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Σύγκριση δεδομένων αυτοκτονιών και ανεργίας στην Ελλάδα κατά την οικονομική κρίση..... | 91  |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Μέθοδοι αυτοκτονιών 2000-2005.....                                                     | 110 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Μέθοδοι αυτοκτονιών στις 16 χώρες της ΕΑΑΔ 2000-2005 ανά φύλο.....                     | 111 |

### ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΧΑΡΤΩΝ

|                                                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------|----|
| ΧΑΡΤΗΣ 1: Αυτοκτονίες στις 28 χώρες της Ε.Ε. το έτος 1990 ..... | 70 |
| ΧΑΡΤΗΣ 2: Αυτοκτονίες στις 28 χώρες της Ε.Ε. το έτος 2016.....  | 71 |
| Περίληψη.....                                                   | 7  |
| Abstract.....                                                   | 8  |
| Εισαγωγή.....                                                   | 9  |
| ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ                                                    |    |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: Θεωρητικό πλαίσιο.....                          | 11 |
| 1.1. Η αυτοκτονία ως έννοια.....                                | 12 |
| 1.2. Θεωρίες περί αυτοκτονίας.....                              | 17 |
| 1.2.1. Karl Marx.....                                           | 18 |
| 1.2.2. Emile Durkheim.....                                      | 21 |
| 1.2.3. Jack D. Douglas.....                                     | 25 |
| 1.3. Κλίμα, εποχικότητα και αυτοκτονίες.....                    | 28 |
| 1.4. Η θέση της εκκλησίας για την πράξη της αυτοχειρίας.....    | 31 |
| 1.5. Κοινωνιολογικά συμπεράσματα.....                           | 34 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: Αυτοκτονία ως ψυχική νόσος.....               | 41 |
| 2.1. Η κατάθλιψη ως αιτία αυτοκτονιών.....                      | 41 |
| 2.2. Το κοινωνικό πλαίσιο της κατάθλιψης.....                   | 48 |
| 2.3. Η ιατρικοποίηση της ύπαρξης.....                           | 51 |
| 2.4. Αυτοκτονικός ιδεασμός.....                                 | 54 |
| 2.4.1. Σχέση αποπειρών αυτοκτονίας με αυτοκτονίες.....          | 54 |
| 2.4.2. Αναγνώριση ενός αυτοκτονικού ασθενούς.....               | 57 |

|                                                          |    |
|----------------------------------------------------------|----|
| 2.4.3. Αυτοκτονικός ιδεασμός και ψυχικές διαταραχές..... | 58 |
|----------------------------------------------------------|----|

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

|                                                        |    |
|--------------------------------------------------------|----|
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: Δημογραφική ανάλυση των δεδομένων..... | 64 |
|--------------------------------------------------------|----|

|                                            |    |
|--------------------------------------------|----|
| 3.1. Αυτοκτονίες στα 28 κράτη της Ε.Ε..... | 65 |
|--------------------------------------------|----|

|                                                      |    |
|------------------------------------------------------|----|
| 3.2. Αυτοκτονίες στα 28 κράτη της Ε.Ε. ανά φύλο..... | 72 |
|------------------------------------------------------|----|

|                                                                |    |
|----------------------------------------------------------------|----|
| 3.3. Αυτοκτονίες στα 28 κράτη της Ε.Ε. ανά ηλικιακή ομάδα..... | 74 |
|----------------------------------------------------------------|----|

|                                                                                     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.4. Αυτοκτονίες στις 5 χώρες με τους υψηλότερους δείκτες αυτοκτονιών στην Ε.Ε..... | 76 |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                            |    |
|--------------------------------------------|----|
| 3.5. Αυτοκτονίες και οικονομική κρίση..... | 79 |
|--------------------------------------------|----|

|                                          |    |
|------------------------------------------|----|
| 3.5.1. Κοινωνιολογικές παρατηρήσεις..... | 83 |
|------------------------------------------|----|

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| 3.6. Αυτοκτονία στην Ελλάδα..... | 85 |
|----------------------------------|----|

|                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.6.1.Οικονομική κρίση στην Ελλάδα και συσχέτιση με τις αυτοκτονίες..... | 87 |
|--------------------------------------------------------------------------|----|

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| 3.7. Κοινωνιολογικά συμπεράσματα..... | 92 |
|---------------------------------------|----|

|                                                            |    |
|------------------------------------------------------------|----|
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ:Στρατηγικές πρόληψης των αυτοκτονιών..... | 94 |
|------------------------------------------------------------|----|

|                                                                       |    |
|-----------------------------------------------------------------------|----|
| 4.1. “Αποτρέποντας την αυτοκτονία” Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ..... | 97 |
|-----------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                                          |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 4.2. Βελτιστοποίηση Προγραμμάτων Πρόληψης Αυτοκτονίας και Εφαρμογή τους στην Ευρώπη..... | 101 |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

|                                                                  |     |
|------------------------------------------------------------------|-----|
| 4.3. Οι συχνότερες μέθοδοι αυτοκτονίας ανά φύλο στην Ευρώπη..... | 107 |
|------------------------------------------------------------------|-----|

|                                                                                      |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 4.4. Γραμμές βοήθειας που αποτρέπουν τον αυτοκτονικό ιδεασμό και την αυτοκτονία..... | 114 |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----|

|                   |     |
|-------------------|-----|
| Αποτελέσματα..... | 122 |
|-------------------|-----|

|                   |     |
|-------------------|-----|
| Συμπεράσματα..... | 123 |
|-------------------|-----|

|                   |     |
|-------------------|-----|
| Βιβλιογραφία..... | 125 |
|-------------------|-----|

## Περίληψη

Η αυτοκτονία διαφαίνεται ως μια πράξη προσωπική, όμως αποτελεί ένα βαθιά κοινωνικό πρόβλημα και ένα ζήτημα δημογραφικής ανάλυσης για την εξαγωγή πληροφοριών και δεδομένων που εξυπηρετούν στο να αποσαφηνιστούν οι ομάδες στόχου που χρήζουν ιδιαίτερης φροντίδας και προσοχής. Η θεωρητική προσέγγιση των κοινωνιολόγων βοηθάει να φανεί το κοινωνικό πλαίσιο που υλοποιούνται οι πράξεις των αυτοκτονιών και τι είναι αυτό που δεν αφήνει χώρο παρά μόνο για τη ματαιότητα της ύπαρξης. Το κλίμα και ο τρόπος που ζει κάθε άνθρωπος σαφώς επηρεάζει την ποιότητα της ζωής του, όμως και η οργάνωση της κοινωνίας που ζει είναι καθοριστική για την δόμηση της ύπαρξης και της προσωπικότητας του. Διότι η ψυχοσύνθεση του κάθε ατόμου χτίζεται και δομείται μέσα στην κοινωνία που ζει και στην αλληλεπίδρασή του με τους άλλους. Η ψυχολογία του ατόμου παίζει καθοριστικό ρόλο στην απόφαση της υλοποίησης μιας τέτοιας πράξης, καθώς, όπως διαφαίνεται, η κατάθλιψη αποτελεί μάλιστα της σύγχρονης εποχής και οδηγεί τα άτομα στην αυτοχειρία ως ένα σημάδι μελαγχολίας και απελπισίας. Η ψυχική υγεία αποτελεί ένα κεφάλαιο της ιατρικής η οποία με τη σειρά της βοηθάει και τις άλλες επιστήμες να μελετήσουν αλλά και να αντιμετωπίσουν την εμφάνιση του φαινομένου. Η δημογραφική ανάλυση συλλέγει όλες τις πληροφορίες από τις διάφορες επιστήμες που μπορούν να καταγράψουν το φαινόμενο και εξάγει αντικειμενικά και ξεκάθαρα αποτελέσματα, ώστε να διακριθούν όλοι οι μύθοι και οι πραγματικότητες του φαινομένου της αυτοχειρίας. Σαφώς είναι κατανοητό ότι οι αυτοκτονίες αποτελούν “πρόβλημα” και όχι ένα απλώς δημογραφικό φαινόμενο προς μελέτη. Είναι ένα φαινόμενο δολοφονίας του εαυτού και η κοινωνία οφείλει να επέμβει για να βοηθήσει τους ανθρώπους αυτούς που οδηγούνται σε αυτό το σημείο. Γι’ αυτό λοιπόν χρειάζονται παρεμβάσεις και μάλιστα πολιτικές για την αντιμετώπιση του φαινομένου σε εθνικό αλλά και Ευρωπαϊκό επίπεδο που να οδηγούν στην ευημερία και στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης όλων των ανθρώπων.

## **Abstract**

Suicide differs as an act of an individual, but it is a profound social problem and a demographic analysis issue for extracting information and data that helps to clarify the target groups that need special care and attention. The theoretical approach of sociologists helps to see the social context in which acts of suicide are carried out and what is it that leaves no space but for the futility of existence. The climate and the place where every person lives clearly affects the quality of his life, but the organization of the society he lives is decisive for the construction of his existence and personality. Because the individual's psychosynthesis is built and structured in the society that lives and in its interaction with others. The psychology of the person plays a decisive role in the decision to implement such an act because, as depression appears to be a scourge of the modern age and leads people to suicide as a sign of melancholy and despair. Mental health is a chapter of medicine which, in turn, helps other sciences to study and to cope with the phenomenon of suicide. Clearly, is understandable that suicide is a "problem" and not a merely demographic phenomenon to study. It is a phenomenon of self-assassination and society must intervene to help those people who are led to this point. That is why we need interventions and indeed policies to address the phenomenon at national and European level that lead to the well-being and improvement of the living conditions of all people.

## Εισαγωγή

Αυτό που θα εξεταστεί στην παρούσα εργασία είναι ποσό επιδρά η κοινωνία στον άνθρωπο ή ο άνθρωπος στη κοινωνία. Πόσο δηλαδή μπορεί να επηρεάζει η κοινωνία που ζούμε την ανθρώπινη ύπαρξη σε σημείο που να μας κάνει να πιστέψουμε ότι δεν αξίζει και πρέπει να αφαιρεθεί. Έχει διαφορά η εκάστοτε κοινωνία που ζει κάθε άνθρωπος; Γι' αυτό το λόγο θα εξεταστούν και οι ευρωπαϊκές χώρες για να μπορέσει να φανεί η σύγκριση μεταξύ των χωρών και ποια είναι πραγματικά αυτά τα αίτια που οδηγούν κάποιον στην αυτοχειρία. Πως μπορεί μια τόσο ατομική απόφαση για τη ζωή ή το θάνατο να είναι ένα γεγονός κοινωνικό και πόσο μάλλον να δημιουργείται και να καταλήγει από συμβάντα που βρίσκονται ή δημιουργούνται στο κοινωνικό περιβάλλον το οποίο επηρεάζει το άτομο και την οικογένεια.

Θα διαπιστωθεί ή θα καταρριφθεί η υπόθεση ότι φταίει το κλίμα; Ότι όσο πιο οργανωμένη είναι μια κοινωνία τόσο πιο άσκοπη είναι η ύπαρξη του ανθρώπου σε αυτή; Τι δημιουργεί μέσα στο άτομο το συναίσθημα του απόλυτου κενού και τον φτάνει στο σημείο να δώσει τέλος σε κάτι που δεν υπάρχει επιστροφή;

Ο λόγος της εξέτασης ενός βαθιά ψυχολογικού φαινομένου, όπως είναι η αφαίρεση της ίδιας της ύπαρξης, είναι γιατί αποτελεί ένα κοινωνικό φαινόμενο και όχι απλά ένα προσωπικό ζήτημα. Δένοντας τη δημογραφία με την κοινωνιολογία, θίγοντας σαφώς και ψυχολογικά ζητήματα, θα αναδειχτεί η βαθιά ένωση των επιστημών στα φαινόμενα που επηρεάζουν την ίδια τη ύπαρξη. Το δημογραφικό ζήτημα των αυτοκτονιών αποτελεί εναρκτήριο θέμα για την μελέτη του κοινωνικού ζητήματος με καθαρά όρους δημογραφικούς. Θα γίνει προσπάθεια μιας ενδελεχούς έρευνας πάνω σε αυτό το κοινωνικό θέμα, χρησιμοποιώντας τις απαραίτητες δημογραφικές μεθόδους.

Η μελέτη του φαινομένου της αυτοκτονίας θα γίνει αναλύοντας συγκεκριμένες μεταβλητές, όπως είναι η ηλικία, το φύλο, ο τόπος διαμονής, αλλά και κάποιες κοινωνικές μεταβλητές που δεν μπορούν να μετρηθούν, αλλά θα υπάρξει προσπάθεια μελέτης τους για το αν θα πρέπει στο συγκεκριμένο ζήτημα να ληφθούν υπόψη, όπως είναι το κλίμα, οι κοινωνικές αλλαγές ακόμα και η αλλαγή των συνηθειών, ώστε να έχουμε το φαινόμενο της αυτοχειρίας.

Στο πρώτο κεφάλαιο θα γίνει προσπάθεια να δοθεί μια εικόνα για το θεωρητικό πλαίσιο που υπάρχει γύρω από την έννοια της αυτοκτονίας, καθώς και του αυτοκτονικού ιδεασμού. Μπορεί έτσι να διαπιστωθεί η ιστορική εξέλιξη της, καθώς και ο τρόπος που οι άνθρωποι αντιλαμβάνονταν την έννοια και πώς δρούσαν προς τους αυτόχειρες. Οι πρώτοι θεωρητικοί που ασχολήθηκαν με το θέμα των αυτοκτονιών έδωσαν το έναυσμα για την έναρξη της μελέτης του θέματος, ώστε πρώτα να γίνει κατανοητό τι συμβαίνει και στη συνέχεια πως πρέπει να αντιμετωπιστεί το φαινόμενο από την κοινωνία. Σαφώς η εκκλησία προσδίδει ένα νόημα στη συγκεκριμένη πράξη και θα εξεταστεί αν μπορεί και να την επηρεάσει.

Στη συνέχεια, στο δεύτερο κεφάλαιο, η σύνδεση των αυτοκτονιών με θέματα ψυχικής υγείας, μια συσχέτιση άρρηκτα συνδεδεμένη, δίνει πληροφορίες για τον τρόπο εντοπισμού, αλλά και αντίδρασης που θα πρέπει να έχει ένας άνθρωπος με ισορροπημένη ψυχική κατάσταση προς έναν άνθρωπο που βρίσκεται σε ευάλωτη ψυχολογία και προχωράει προς την πράξη της αυτοχειρίας. Η ιατρική είναι η επιστήμη που έρχεται μπροστά στην αντιμετώπιση του φαινομένου κάθε ανθρώπου ξεχωριστά. Μέσω της ψυχιατρικής εντοπίζονται ορισμένα περιστατικά με τη δημιουργία της πρώτης ιδέας της αυτοκτονίας, αλλά και με το ίδιο το περιστατικό όταν έχει πραγματοποιήσει αυτοκτονία. Η κατάθλιψη αποτελεί ίσως το πρώτο σημάδι που κρούει τον κώδωνα του κινδύνου για την ύπαρξη της ιδέας της αυτοκτονίας και για την άμεση επέμβαση των ψυχολόγων και ψυχιάτρων στην ψυχική αυτή διαταραχή. Εκτός από τους επιστήμονες της ψυχικής υγείας καλούνται όσοι εργάζονται στο τομέα της υγείας να εντοπίσουν και να παραπέμψουν ένα πιθανό περιστατικό αυτοχειρίας, γεγονός που απαιτεί εκπαίδευση και κατάρτιση πάνω στο ζήτημα. Σαφώς η εργασία με ευάλωτες και ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, όπου αναγνωρίζεται ψυχική ανισορροπία του ατόμου, αποτελεί πεδίο αναγνώρισης του φαινομένου και χρήζει επίσης ανάγκη εκπαίδευσης και κατάρτισης στο ζήτημα.

Στο τρίτο κεφάλαιο θα πραγματοποιηθεί μια δημογραφική ανάλυση βάσει των δεδομένων που έχουν συλλεχθεί για το ζήτημα της αυτοχειρίας για τα έτη 1975-2016, με ανάλυση σε επιμέρους κατηγοριοποιήσεις, που δίνουν πιο ξεκάθαρα την πληροφορία ή πρόσθετες πληροφορίες στο κεντρικό ζήτημα, όπως είναι το φύλλο και η ηλικία. Σημαντικό ζήτημα στο κεφάλαιο θα αποτελέσει η οικονομική κρίση, ιδιαίτερα στην Ελλάδα, όπου συγκρίνοντας δεδομένα θα διαπιστωθεί εάν υπάρχει συσχέτιση. Η ανάλυση των δεδομένων αποτελεί ένα

από τα πιο σημαντικά κεφάλαια, καθώς γεννά την πληροφορία από την αρχή και δίχως καμιά επιρροή εξάγει αντικειμενικά συμπεράσματα.

Τέλος, το τέταρτο κεφάλαιο θα αποτελέσει ένα κεφάλαιο συγκέντρωσης πληροφοριών για τις πιο σημαντικές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στην Ευρωπαϊκή ένωση για το ζήτημα των αυτοκτονιών και ποιες κατευθυντήριες γραμμές έδωσαν στις χώρες που την αποτελούν για να μειώσουν την εμφάνιση του φαινομένου. Η συγκεντρωτική ματιά των πολιτικών αυτών βοηθάει να υπάρξει μια σφαιρική εικόνα της δράσης των φορέων που χαράσσουν πολιτικές και βλέποντας τα με κριτική ματιά, να προστεθούν σχόλια από δημογραφική σκοπιά. Οι πληροφορίες για την πρόληψη της αυτοκτονίας αποτελούν βασικές κατευθυντήριες γραμμές για επαγγελματίες που εργάζονται με ευπαθείς ομάδες και όχι μόνο.

## **Γενικό Μέρος**

### **Κεφάλαιο 1: Θεωρητικό πλαίσιο**

Έναρξη της ανάλυσης θα αποτελέσει το θεωρητικό πλαίσιο γύρω από το θέμα που πραγματεύεται η παρούσα μελέτη, καθώς αποτελεί σημαντική διαδικασία για την απόδοση της οπτικής με την οποία θα εξεταστούν τα δεδομένα στη συνέχεια. Το ιστορικό πλαίσιο θα επιτρέψει την παρακολούθηση της πορείας της έννοιας της αυτοκτονίας μέσα στο χρόνο, γεγονός που θα επηρεάσει την ανάλυση των δεδομένων, καθώς θα διασαφηνιστεί τι συντέλεσε στη μείωση ή στην αύξηση τους στην πορεία του χρόνου. Η κοινωνιολογική αυτή ανάλυση θα επιτρέψει να μελετηθεί πως η αυτοκτονία είναι μια πράξη κοινωνική και γιατί θα πρέπει να θεωρηθεί ως πρόβλημα που πρέπει να το διαχειριστεί η κοινωνία, αλλά και η πολιτεία, ώστε να συρρικνωθεί σαν φαινόμενο. Θα επιτρέψει επίσης να φανούν στη συνέχεια οι διαφορετικοί δείκτες ανά κοινωνική οργάνωση στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

## 1.1. Η αυτοκτονία ως έννοια

Το κοινωνικό περιβάλλον από το οποίο προερχόμαστε συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με το είδος των αποφάσεων που θεωρούμε ενδεδειγμένες. Το κάθε άτομο μεμονωμένα θεωρεί ότι έχει τον απόλυτο έλεγχο πολλές φορές των επιλογών και αποφάσεων του. Όμως το κοινωνικό περιβάλλον ελέγχει σε μεγάλο βαθμό αυτές τις αποφάσεις και συχνά τις καθορίζει και απόλυτα.

Η αυτοκτονία, ως ένα πρόβλημα κοινωνικό, επηρεάζεται από τις σχέσεις μεταξύ αυτού που μας κάνει η κοινωνία και εκείνου που εμείς κάνουμε στον εαυτό μας. Οι δραστηριότητες μας δομούν-διαμορφώνουν τον κοινωνικό κόσμο που μας περιβάλλει και ταυτόχρονα δομούνται από τον κοινωνικό κόσμο.<sup>1</sup>

Πολλοί θεωρητικοί που ανέλυσαν κοινωνιολογικά ζητήματα θεώρησαν την κοινωνική μεταβολή ως μια κατάσταση την οποία δεν μπορούσε όλος ο πληθυσμός να διαχειριστεί. Σύμφωνα με τον Durkheim, οι διαδικασίες της μεταβολής στο σύγχρονο κόσμο είναι τόσο γρήγορες και έντονες, ώστε να δημιουργούν μείζονες κοινωνικές δυσκολίες, τις οποίες συνέδεε με την ανομία, ένα συναίσθημα ματαιότητας ή απελπισίας που το προκαλούσε η σύγχρονη κοινωνική ζωή. Ο Marx αντιτάχθηκε σε αυτή την ιδέα, πιστεύοντας ότι δεν είναι οι ιδέες ή οι αξίες που πρεσβεύουν οι άνθρωποι που αποτελούν τη βασική πηγή της κοινωνικής μεταβολής. Η κοινωνική μεταβολή προωθείται μάλλον από τις οικονομικές επιδράσεις. Στη συνέχεια ο Weber έρχεται να συμφωνήσει και με τους δύο κοινωνιολόγους, ότι δηλαδή και οι οικονομικοί παράγοντες είναι σημαντικοί, οι ιδέες και οι αξίες όμως ασκούν εξίσου μεγάλη επιρροή στην κοινωνική μεταβολή. Από αυτό γίνεται διαπίστωση ότι οι πολιτισμικές ιδέες και αξίες συμβάλλουν στη διαμόρφωση της κοινωνίας και διαμορφώνουν τις ατομικές μας πράξεις. Ο Habermas, ένας από τους σημαντικότερους κοινωνιολογικούς στοχαστές, τόνισε ότι οι καπιταλιστικές κοινωνίες, στις οποίες η μεταβολή είναι πάντοτε παρούσα, τείνουν να καταστρέψουν την ηθική τάξη, από την οποία στην πραγματικότητα εξαρτώνται. Ζούμε σε μια κοινωνική οργάνωση όπου η οικονομική αύξηση τείνει να λάβει το προβάδισμα έναντι όλων των άλλων, η κατάσταση όμως αυτή αφαιρεί το νόημα της καθημερινής ζωής.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Anthony Giddens, Κοινωνιολογία, εκδ. Gutenberg, Αθήνα, 2002, σελ.55

<sup>2</sup> Anthony Giddens, Κοινωνιολογία, ό.π., σελ. 62

Η αυτοκτονία μπορεί να συμβεί μόνο όταν ένα άτομο σκέφτεται ενεργά την αυτοκαταστροφή του. Όλα τα ζώα, συμπεριλαμβανομένου και του ανθρώπου, ρέπουν προς τη διατήρηση της ζωής. Οι άνθρωποι όμως, σε αντίθεση με άλλα ζώα, είναι σε θέση να δράσουν αντίθετα προς την ροπή αυτή, θέτοντας σε κίνδυνο τη ζωή τους με αναρριχήσεις στα βουνά ή με άλλες επικίνδυνες δραστηριότητες, ακόμα και αυτοκτονώντας. Αυτό συμβαίνει διότι, όπως υποστηρίζουν οι περισσότεροι βιολόγοι και κοινωνιολόγοι, τα ανθρώπινα όντα δεν έχουν ένστικτα.<sup>3</sup>

Παρότι είμαστε ακόμα ευάλωτοι στα βακτήρια και τους ιούς, σήμερα αρρωσταίνουμε και πεθαίνουμε κυρίως λόγω των ατομικών και συλλογικών συμπεριφορών μας. Σύμφωνα με μια έρευνα του 2002, ανθρώπινες συμπεριφορές, όπως το κάπνισμα, το ποτό, η σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλάξεις και η κακή διατροφή, αποτελούν μείζονες αιτίες θανάτου και πρόκλησης ασθενειών σε ολόκληρο τον κόσμο.<sup>4</sup> Οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες επηρεάζουν μακροπρόθεσμα τον άνθρωπο ακόμα και τον τρόπο που σκέφτεται για την ίδια την κοινωνία που ζει.

Ο Durkheim υποστήριξε ότι κεντρική θέση στην ύπαρξη ενός ατόμου έχει η έννοια της κοινωνικής ολοκλήρωσης. Η κοινωνική ολοκλήρωση αναφέρεται στην πυκνότητα των κοινωνικών σχέσεων- στο σύνολο των σχέσεων που αναπτύσσονται στο εσωτερικό μιας ομάδας ανθρώπων. Όσο πιο συνδεδεμένοι είναι οι άνθρωποι μεταξύ τους, τόσο πιο ισχυρά και ουσιαστικά είναι τα συναισθήματα που παράγουν αυτές οι σχέσεις. Ο Durkheim υποστήριξε ότι η κοινωνική ολοκλήρωση είναι αναγκαία προϋπόθεση για τη διατήρηση της κοινωνικής τάξης και για την ευτυχία των ανθρώπων. Συγκεκριμένα, πρότεινε ότι η ευτυχία εξαρτάται από τη δυνατότητα των ατόμων να ανακαλύψουν μια αίσθηση σκοπού και νοήματος πέρα από τον εαυτό τους, και ότι αυτό το επιτυγχάνουν συμμετέχοντας σε ομάδες. Ο Durkheim θέλησε να αποδείξει ότι η καταστροφή των κοινωνικών δεσμών, όπως το διαζύγιο, είχε αρνητικές συνέπειες για τον άνθρωπο και, υπό ορισμένες συνθήκες, μπορεί να αυξήσει ακόμα και την πιθανότητα αυτοκτονίας. Όταν τα άτομα είναι ενταγμένα σε ένα δίκτυο κοινωνικών δεσμών, είναι λιγότερο πιθανό να αυτοκτονήσουν από ότι αν δεν έχουν ενσωματωθεί πλήρως στο συλλογικό βίο.

---

<sup>3</sup> Κώστας Θεολόγου, Σημειώσεις κοινωνιολογίας, Κοινωνιολογία της τεχνολογίας και του πολιτισμού, σελ. 7

<sup>4</sup> Michael Hughes, Carolyn J. Kroehler, Κοινωνιολογία. Οι βασικές έννοιες, εκδ. ΚΡΙΤΙΚΗ, Αθήνα, 2007, σελ. 56

Οι δυο βασικοί πυλώνες που φαίνεται να αποτρέπουν την ροπή προς τις αυτοκτονικές τάσεις είναι η κοινωνική ενσωμάτωση και η κοινωνική σταθερότητα. Υπάρχει δηλαδή μια συναίνεση πάνω σε κοινές πεποιθήσεις και αξίες και πάνω σε κοινά νοήματα.

Σύμφωνα, με τον R. King, <sup>5</sup> στην αυτοκτονία περιλαμβάνονται οι εξής υποκατηγορίες:

## 1. Αυτοκτονικός ιδεασμός

## 2. Αυτοκτονική συμπεριφορά

Για κάθε μια κατηγορία προτείνει τα εξής κριτήρια:

### Αυτοκτονικός Ιδεασμός (χωρίς αυτοκτονικές πράξεις)

*Σημαντική ενασχόληση, που αφορά τη λεκτική έκφραση ή το σχεδιασμό πράξεων, οι οποίες θα βάλουν σε κίνδυνο τη σωματική του ακεραιότητα ή και τη ζωή του με έστω μία από τις παρακάτω ενδείξεις:*

- ❖ Επαναλαμβανόμενες σκέψεις ή και εικόνες αυτοκτονίας.
- ❖ Λεκτική έκφραση ή σχεδιασμός μεθόδων αυτοκτονίας ή σοβαρού σωματικού αυτοτραυματισμού.
- ❖ Περιστασιακές ή μόνιμες απειλές του παιδιού ότι θα αφαιρέσει τη ζωή του.
- ❖ Αποχαιρετιστήρια σημειώματα ή άλλα μηνύματα που αναφέρονται στην πιθανότητα αυτοκτονίας.
- ❖ Πράξεις προετοιμασίας ή αναζήτηση μεθόδου για την πραγματοποίηση του αυτοκτονικού σχεδίου.

---

<sup>5</sup>King, R.A., Pfeffer, C., Gammon, G.D., Cohen, D., «Suicidality of Childhood and Adolescence», Advances in Clinical Child Psychology volume 14, Springer, Boston, MA, 1992, σελ. 297-325

### Αυτοκτονική Πράξη ή Συμπεριφορά

*Είναι η συμπεριφορά όπου το άτομο στοχεύει να αφαιρέσει τη ζωή του με έστω μία από τις παρακάτω ενδείξεις:*

- ❖ Εκτέλεση πράξης η οποία έχει ως αποτέλεσμα το σοβαρό σωματικό τραυματισμό ή το θάνατο του ίδιου του ατόμου.
- ❖ Πρωταρχικός σκοπός της πράξης αυτής είναι ο θάνατος ή η πρόκληση σοβαρής σωματικής βλάβης.

Παρότι η αυτοκτονική συμπεριφορά φαίνεται να μην έχει αποκτήσει μια αυτόνομη ταυτότητα μέσα στα πλαίσια της φαινομενολογικής ταξινόμησης, όπως είναι τα επίσημα ταξινομικά συστήματα, έχει πολύ ιδιαίτερη σημασία και ταυτότητα για τα ίδια τα άτομα που την επιχειρούν, για τα άτομα του περιβάλλοντος τους, καθώς και για τους ειδικούς της ψυχικής υγείας. Βέβαια η αυτοκτονική συμπεριφορά μπορεί να διαρκεί μέσα στο χρόνο για μεγάλο διάστημα και γι' αυτό χρησιμοποιείται και ο όρος χρόνια αυτοκτονία. Παραδείγματα τέτοιων συμπεριφορών είναι το κάπνισμα, ο αλκοολισμός, η κατάχρηση ουσιών και η νευρική ανορεξία.<sup>6</sup>

Υπάρχουν πολλές έρευνες σχετικές με τα κίνητρα και τις αφορμές που οδήγησαν στην αυτοκτονία, τα οποία είναι:

---

<sup>6</sup>Σ. Μπελεγρίνος, Θ. Ζάχαρης, Ε. Φραδέλος. Η αυτοκτονία ως κοινωνικό και ψυχολογικό φαινόμενο. Επιστημονικά Χρονικά 2014;19(4): 370-379.

1. Το συναίσθημα του ατόμου που βρίσκεται σε αδιέξοδο.

2. Ο θάνατος αγαπημένου προσώπου και επιθυμία συνάντησής τους στον άλλο κόσμο. Μια ένδειξη γι' αυτό αποτελεί το γεγονός, ότι πολλές αυτοκτονίες επιχειρούνται την ημέρα του θανάτου ή της ονομαστικής γιορτής ή των γενεθλίων του αγαπημένου προσώπου.

3. Η ερωτική απογοήτευση.

4. Οι συζυγικές φιλονικίες.

5. Το συναίσθημα μοναξιάς και απομόνωσης.

6. Ο βίαιος χωρισμός από τη μητέρα ή από τα αγαπημένα πρόσωπα.

7. Τα αισθήματα εκθρότητας και επιθετικότητας που στρέφονται κατά του εαυτού του (αντεπιθετικότητα), με πρόθεση να πληγωθεί το πρόσωπο με το οποίο είχαν ταυτιστεί και το οποίο μισεί.

8. Το σήμα επίκλησης για προσοχή και για βοήθεια από το περιβάλλον.

9. Σαν εκβιασμός στην απειλή απώλειας αγαπημένου προσώπου. Η απόπειρα γίνεται π.χ. για να μη χωριστούν οι γονείς ή για να μη φύγει το αγαπημένο πρόσωπο.

10. Η ανίατη σωματική ασθένεια.

11. Η αποτυχία ή ο φόβος αποτυχίας στο σχολείο, στο επάγγελμα (ανεργία), στον έρωτα ή στο γάμο.

Δεν είναι λίγες επίσης οι περιπτώσεις, που οι νέοι οδηγούνται στην απόπειρα αυτοκτονίας ή την αυτοκτονία κάτω από την επήρεια του αλκοόλ ή των ναρκωτικών ή τέλος από έλλειψη ευχάριστων συναισθημάτων για τις προσωπικές τους σχέσεις. <sup>7</sup>

## 1.2. Θεωρίες περί αυτοκτονίας

Η αυτοκτονία είναι μια πράξη απελπισίας ενός ανθρώπου που, τη συγκεκριμένη στιγμή, τη βλέπει ως τη μόνη λύση και διέξοδο στον αφόρητο ψυχικό πόνο που βιώνει. Είναι κοινό χαρακτηριστικό σε όλες τις ανθρώπινες κοινωνίες, σε όλη τη διάρκεια της ιστορικής εξέλιξης του ανθρώπου. Στην αρχαία Ελλάδα μάλιστα υπήρχαν πολλοί λόγοι για τους οποίους θα μπορούσε η αυτοκτονία να θεωρηθεί θεμιτή λύση. Μερικά από αυτά τα κίνητρα ήταν για να αποφύγουν τη δυσφήμιση και να διατηρήσουν μια έντιμη φήμη, για να αποφύγουν περαιτέρω βάσανα - η αυτοκτονία γίνεται εγγυήτρια της προσωπικής ελευθερίας, για να δώσουν ένα τέλος στο άλγος και για να θυσιαστούν για το κοινό καλό, επιτελώντας το καθήκον, δηλαδή αυτοκτονούν για χάρη ανώτερων, υψηλών, πατριωτικών ιδεωδών. Οι Έλληνες θεωρούσαν την αυτό-θυσία, που έσωζε την κοινωνία, ως χρηστή· η υποταγή μέχρι αυτοκτονίας στις διαταγές σε καιρό μάχης ήταν επαινετή. <sup>8</sup> Η αυτοκτονία ως πράξη άρχισε να απασχολεί έντονα την κοινωνία σε μια περίοδο όπου κυριαρχούσαν οι ιατρικές και ψυχολογικές μελέτες για το φαινόμενο. Ήδη από τα μέσα του 17ου αιώνα άρχισαν να γίνονται οι πρώτες μελέτες, παρά τις αντιθέσεις που πρόβαλαν οι θεολόγοι. <sup>9</sup> Η μέριμνα για τη ζωή, ωστόσο, συνεπάγεται και τη μέριμνα για τις αιτίες θανάτου του πληθυσμού. Μια μορφή θανάτου, ίσως η πιο αινιγματική, αποτελεί και η αυτοκτονία, γεγονός που προτρέπει τους πρώτους κοινωνιολόγους στη μελέτη της. Την πρώτη απόπειρα κοινωνιολογικής προσέγγισης της αυτοκτονίας την οφείλουμε στην Madame de Stael και την πραγματεία της “Σκέψεις περί αυτοκτονίας”, η οποία εκδόθηκε το 1813. Πρόκειται για μια προσπάθεια

---

<sup>7</sup>Πιάνος Χ.Κ., 2000, «Ψυχοκοινωνικές διαταραχές και αντιμετώπισή τους», εκδόσεις Έλλην, Αθήνα, σελ. 17-19, 119-122, 256-257, 258, 260-262, 264- 265, 266-270, 272-279, 284-293.

<sup>8</sup>Αφροδίτη Α Βαγιανού, “Ευθάνατος θάνατος’: Το ‘καλώς θανείν’ στην αρχαία Ελλάδα,” Ελένη Γραμματικοπούλου, Ed. Αθήνα: Εθνικό ίδρυμα Ερευνών (ΕΙΕ), 2000. 31-54.

<sup>9</sup>Minois George, 2006, Ιστορία της αυτοκτονίας: η δυτική κοινωνία αντιμετώπη με τον εκούσιο θάνατο. Αθήνα, Πολύτροπον, σελ. 205

σύνδεσης του φαινομένου με τις ευρύτερες κοινωνικές συνθήκες και εν τέλει με συνθήκες έξω από το άτομο.<sup>10</sup> Ακολουθεί η επισκόπηση των σημαντικότερων από αυτούς.

### 1.2.1. Karl Marx

Το 1846 ο Marx δημοσιεύει στο περιοδικό *Gesellschafts Spiegel* (Ο καθρέφτης της κοινωνίας) το κείμενο Peuchet: Περί αυτοκτονίας. Αφορά τη μετάφραση ενός κειμένου του Jacques Peuchet από τον ίδιο τον Marx. Ο Marx χρησιμοποιεί τη μαρτυρία του Peuchet περί αυτοκτονίας- η οποία συντάχτηκε στα γεράματά του και δημοσιεύτηκε οχτώ χρόνια μετά το θάνατό του (1838)- ως δείγμα κοινωνικής κριτικής. Σκοπός είναι να θίξει κριτικά τη «φαντασίωση των φιλόφρων αστών ότι τάχα αρκεί να δώσουν στους προλετάριους λίγο ψωμί και λίγη μόρφωση, λες και μόνον οι εργάτες μαραίνονται κάτω από τις σημερινές κοινωνικές συνθήκες και κατά τα άλλα ο υπαρκτός μας κόσμος είναι ο καλύτερος».<sup>11</sup>

Στο κείμενο αυτό, διατυπώνονται από τον Peuchet κάποιες θέσεις, με τις οποίες ο Marx ήταν σύμφωνος. Καταρχάς, η αυτοκτονία βγαίνει από το χώρο της παθολογίας και του αφύσικου, και, λόγω της κανονικότητας του ετήσιου αριθμού, γίνεται αντιληπτή, αφενός, ως «σύμπτωμα της ελλιπούς οργάνωσης της κοινωνίας» και της «διαρκώς ανανεούμενης κοινωνικής πάλης» αφετέρου, η οποία αφορά όλες τις κοινωνικές τάξεις και όχι μόνο τις φτωχές. Επίσης, «η αυτοκτονία είναι το έσχατο καταφύγιο μπρος τη δυστυχία της ιδιωτικής ζωής»<sup>12</sup>

Η κριτική του Peuchet και συνακόλουθα του Marx, έχει διπλή κατεύθυνση. Αφενός, κατευθύνεται προς την πολιτική διοίκηση. Δεν φτάνουν μόνον οι φιλελεύθερες διακηρύξεις περί ατομικών δικαιωμάτων, χρειάζονται και κατάλληλοι θεσμοί για να υλοποιηθούν, με την υπόθεση ότι οι αυτοκτονίες ενδέχεται να μπορούν να αποτραπούν, αν υπήρχε ένα νομικό πλαίσιο που να προστάτευε επαρκώς τους αυτόχειρες πριν προβούν στη πράξη. Αφετέρου, η κριτική στρέφεται και προς την κοινή γνώμη περί αυτοκτονίας. Δεν είναι μόνο το στίγμα της

---

<sup>10</sup>Minois George, 2006, Ιστορία της αυτοκτονίας: η δυτική κοινωνία αντιμέτωπη με τον εκούσιο θάνατο. Αθήνα, Πολύτροπον

<sup>11</sup>Marx Καρλ, 2003, Περί αυτοκτονίας, Αθήνα, εκδόσεις νήσος σελ.8

<sup>12</sup>Marx Καρλ, 2003, Περί αυτοκτονίας, ό.π., σελ 10

κοινής γνώμης, που οδηγεί τα άτομα στην αυτοκτονία, αλλά και η ίδια η πράξη της αυτοκτονίας κάνει την κοινή γνώμη να μιλάει για το θύμα με τα πιο εξευτελιστικά λόγια, ως εάν το στίγμα να συνεχίζεται μετά θάνατον. Η κοινή γνώμη είναι «αδαής και διεστραμμένη, γιατί ο καθένας είναι ξένος με τον εαυτό του και όλοι είναι ξένοι ο ένας με τον άλλον». <sup>13</sup>

Αυτές οι θέσεις βρίσκονται σε πλήρη συμφωνία με τις θέσεις που είχαν διατυπωθεί από τον Μαρξ, δύο χρόνια πριν, και δημοσιεύτηκαν για πρώτη φορά το 1932, υπό τον τίτλο “Οικονομικά και Φιλοσοφικά χειρόγραφα του 1844”. Εκεί, στην προσπάθειά του να καταδείξει την αλλοτριωμένη εργασία ως αιτία της ατομικής ιδιοκτησίας, διατυπώνει τις εξής θέσεις: 1) ο εργάτης σχετίζεται με το προϊόν της εργασίας του, όπως θα σχετιζόταν με ένα ξένο αντικείμενο, <sup>14</sup> 2) αν το προϊόν της εργασίας είναι η αλλοτρίωση, αναγκαστικά η ίδια η παραγωγή είναι ενεργή αλλοτρίωση, <sup>15</sup> 3) η αποξενωμένη εργασία αποξενώνει τον άνθρωπο από την ανθρώπινη διάστασή του <sup>16</sup> και 4) η αποξενωμένη εργασία είναι η αποξένωση του ανθρώπου από τον άνθρωπο. <sup>17</sup>

Βλέπουμε, ότι αυτές οι θέσεις κλιμακώνονται προοδευτικά από το αντικείμενο παραγωγής έως τον άνθρωπο και τις σχέσεις του με άλλους ανθρώπους. Αυτό συμβαίνει αβίαστα στη σκέψη του Μαρξ, αφού δεν αποδέχεται το μεθοδολογικό διαχωρισμό του ατόμου από την κοινωνία. <sup>18</sup> Το άτομο είναι πάντα ον κοινωνικό και σε κάθε του σκέψη και πράξη αποκρυσταλλώνεται ολόκληρη η κοινωνία του. Η παραγωγή αποτελεί τον προνομιακό τόπο, όπου ο άνθρωπος, μέσω της εργασίας του, ιδιοποιείται τη φύση, τα νοήματα και τους άλλους ανθρώπους, με σκοπό να παράξει, τι; Κυρίως, και πριν από οτιδήποτε άλλο, τα αναγκαία για την ύπαρξή του αγαθά. Με άλλα λόγια, να παράξει ζωή.

---

<sup>13</sup>Μαρξ Καρλ, 2003, Περί αυτοκτονίας, ό.π., σελ. 30

<sup>14</sup>Μαρξ Καρλ, 2012, Οικονομικά και Φιλοσοφικά Χειρόγραφα 1844, μτφ. Αποστόλης Λυκούργος, Αθήνα, Μαρξιστικό βιβλιοπωλείο, σελ. 86

<sup>15</sup>Μαρξ Καρλ, 2012, Οικονομικά και Φιλοσοφικά Χειρόγραφα 1844, ό.π., σελ. 89

<sup>16</sup>Μαρξ Καρλ, 2012, Οικονομικά και Φιλοσοφικά Χειρόγραφα 1844, ό.π., σελ. 94

<sup>17</sup>Μαρξ Καρλ, 2012, Οικονομικά και Φιλοσοφικά Χειρόγραφα 1844, ό.π., σελ. 95

<sup>18</sup>Μαρξ Καρλ, 2012, Οικονομικά και Φιλοσοφικά Χειρόγραφα 1844, ό.π., σελ. 127

Όταν λοιπόν ο άνθρωπος δεν αναγνωρίζει τον εαυτό του στο αντικείμενο, το οποίο ο ίδιος κατασκευάζει, αλλοτριώνεται· γίνεται ξένος προς αυτό και αυτό ξένο προς τον άνθρωπο. Συνέπεια τούτου, η διαδικασία παραγωγής, η οποία συμπυκνώνεται στο αντικείμενο, γίνεται αλλοτριωτική διαδικασία, αφού η εργασία έχει γίνει επιβεβλημένη εργασία. Ο άνθρωπος δεν αντλεί ικανοποίηση από αυτήν, αλλά την αντιμετωπίζει ως μέσο ικανοποίησης αναγκών εξωτερικών ως προς αυτήν. Έτσι, αλλοτριώνεται από την ίδια τη φύση του είδους του, αφού η εργασία είναι η ιδιοποίηση της φύσης από τον άνθρωπο. Μέσω της εργασίας ο άνθρωπος επιβεβαιώνει τη φυσική του ύπαρξη και ταυτόχρονα μετατρέπει τη φύση σε ανθρώπινη φύση. Όταν η εργασία είναι αλλοτριωτική, δεν μπορεί και ο ίδιος ο άνθρωπος παρά να αλλοτριώνεται από τη φύση του.

Η αλλοτρίωση, όμως, δεν αφορά μόνο τον εργάτη. Ο Marx θα τονίσει: «ό,τι ισχύει για τη σχέση του ανθρώπου προς την εργασία του, προς το προϊόν της εργασίας του και τον εαυτό του, ισχύει επίσης για τη σχέση ενός ανθρώπου προς τους υπόλοιπους ανθρώπους, όπως και προς την εργασία και το αντικείμενο της εργασίας των υπόλοιπων ανθρώπων»<sup>19</sup>. Δηλαδή, εφόσον ο άνθρωπος αλλοτριώνεται από την εργασία του, αλλοτριώνεται ταυτόχρονα από τους άλλους ανθρώπους, αφού μέσα από την εργασία του παράγει τη σχέση άλλων ανθρώπων προς την εργασία.

Αν τώρα το αντικείμενο της εργασίας γίνεται αντιληπτό ως ξένο, τότε σε ποιον ανήκει; Φυσικά, σε άλλον άνθρωπο. <sup>20</sup> Έτσι, ο άνθρωπος τίθεται από τον άλλον άνθρωπο ως ξένη και εχθρική δύναμη, ο οποίος απολαμβάνει το αντικείμενο της εργασίας. Κατ' επέκταση, παράγοντας, ο άνθρωπος, παράγει και αναπαράγει ταυτόχρονα τις σχέσεις εκμετάλλευσης, ανισότητας εντός της παραγωγικής διαδικασίας.

Ο Marx δεν ασχολήθηκε συστηματικά με το φαινόμενο της αυτοκτονίας. Απλώς είδε τις αυτοκτονίες ως καταγγελία των υφιστάμενων κοινωνικών σχέσεων και τις χρησιμοποίησε στο βαθμό που ταίριαζαν στη φιλοσοφική του θέση περί αλλοτρίωσης. Το σημαντικό που πρέπει να κρατήσουμε είναι, ότι το προσωπικό συμβάν είναι και πολιτικό και πως η σχέση του ατόμου με τον εαυτό του και το σώμα του, η ιδιαίτερη δηλαδή σύνθεση συνείδησης και ύλης, μεσολαβείται πάντα από τις κοινωνικές σχέσεις εντός των οποίων

---

<sup>19</sup>Μαρξ Καρλ, 2012, Οικονομικά και Φιλοσοφικά Χειρόγραφα 1844, ό.π., σελ. 95

<sup>20</sup>Μαρξ Καρλ, 2012, Οικονομικά και Φιλοσοφικά Χειρόγραφα 1844, ό.π., σελ. 96

αναπτύσσεται· ή, καλύτερα, η σχέση του ατόμου με τον εαυτό του είναι η ίδια σχέση κοινωνική. Κατ' επέκταση, ο αυτόχειρας εκτελεί την πράξη του σαν ένα προσωπικό βίωμα, μονωμένο από την κοινωνία, αποτυπώνοντας τη στάση του απέναντι στη ζωή και στο θάνατο, η οποία όμως καλλιεργείται μέσα από τις σχέσεις του με την κοινωνία και την μεταξύ τους αλληλεπίδραση.

### 1.2.2. Emile Durkheim

Το 1897 και στο πλαίσιο του θετικισμού, ο Γάλλος κοινωνιολόγος Emile Durkheim, εκδίδει τις *Κοινωνικές Αιτίες της Αυτοκτονίας*, με απώτερο σκοπό τη θεμελίωση της κοινωνιολογίας ως θετικής επιστήμης των κοινωνικών φαινομένων με ξεχωριστή μέθοδο. Το έργο αυτό αποτελεί τομή τόσο στην κοινωνιολογία, όσο και στον τρόπο με τον οποίο σκεφτόμαστε την αυτοκτονία. Συλλέγοντας στατιστικά δεδομένα κυρίως από Γαλλία, Αγγλία, Γερμανία, από το 1841 έως το 1872, με τη βοήθεια στατιστικολόγων και του ανιψιού και μαθητή του Marcel Mauss, παρατήρησε ότι τα ποσοστά των αυτοκτονιών παρουσιάζουν μια σταθερά ανοδική τάση στο πέρασμα των χρόνων και αναρωτήθηκε πού οφείλεται αυτή η σταθερότητα. Στόχος του ήταν να αποδείξει ότι, αυτό που μοιάζει σαν την κατεξοχήν ατομική πράξη με εξαιρετικά μύχια προέλευση, δεν είναι παρά προϊόν κοινωνικών συνθηκών που υπερβαίνουν κατά πολύ το άτομο.

Ο Durkheim ορίζει την αυτοκτονία ως εξής: «κάθε περίπτωση θανάτου που προκύπτει άμεσα ή έμμεσα από μια θετική ή αρνητική πράξη του ιδίου του θύματος, που γνωρίζει ότι θα επιφέρει το αποτέλεσμα αυτό». <sup>21</sup> Ως άμεσα θετική πράξη εννοεί τη θανάτωση μέσω μιας πρακτικής που εμπεριέχει την ενεργητική συμμετοχή του ατόμου, όπως ο απαγχονισμός κ.τ.λ. Ενώ έμμεσα αρνητική πράξη θεωρείται κυρίως η θανάτωση εξαιτίας της παθητικής παράδοσης του ατόμου σε μια θανατηφόρα διαδικασία, όπως η μη λήψη φαρμακευτικής περίθαλψης, ή η διακοπή μηχανικής υποστήριξης. Σε κάθε περίπτωση, έμφαση δίνεται στην συνείδηση του θανατηφόρου αποτελέσματος της πράξης, ώστε να μπορούμε να κάνουμε λόγο για αυτοκτονία.

---

<sup>21</sup>Durkheim Emile, [1897], *Κοινωνικές αιτίες της αυτοκτονίας*, Γερ. Αναγνωστίδη, Αθήνα, σελ. 18

Αυτό που παρατήρησε ο Durkheim είναι ότι διαφορετικές εθνότητες και κοινωνικές ομάδες συμπεριφέρονται διαφορετικά ως προς την αυτοκτονία και κάποιες παρουσιάζουν σταθερά υψηλότερους δείκτες από άλλες. Πιο συγκεκριμένα, οι άνδρες αυτόχειρες, σε όλες τις διαθέσιμες στατιστικές που μελέτησε ήταν πολλαπλάσιοι των γυναικών. Ανάμεσά τους, οι ανύπαντροι και οι χηρευμένοι ήταν πιο πιθανό να αυτοκτονήσουν από τους παντρεμένους. Από την άλλη όμως, οι παντρεμένες αυτοκτονούσαν συχνότερα από τις διαζευγμένες και τις χήρες. Αναφορικά με την οικογενειακή πυκνότητα, όσο πιο πολλά παιδιά είχε μια οικογένεια, τόσο μειωνόταν η πιθανότητα αυτοκτονίας.<sup>22</sup>

Επίσης, οι μεγάλες θρησκευτικές ομάδες έδιναν διαφορετικά ποσοστά. Οι Προτεστάντες έδιναν σταθερά τα υψηλότερα νούμερα, συγκριτικά με τους Καθολικούς, ενώ οι Εβραίοι είχαν τα χαμηλότερα και από τους δύο. Ωστόσο, η Αγγλία, η οποία είναι προτεσταντική χώρα, έδινε πάντα χαμηλότερα ποσοστά από τους, επίσης, Προτεστάντες Γερμανούς. Άλλο ένα παράδοξο έγκειται στο ότι οι Εβραίοι έχουν τους χαμηλότερους δείκτες αυτοκτονίας, ενώ ταυτόχρονα είναι η θρησκευτική ομάδα που την καταδικάζει λιγότερο. Όσον αφορά την οικονομική δύναμη και τη σχέση της με την αυτοκτονία, παρατήρησε ότι οι οικονομικά ισχυρότερες τάξεις αυτοκτονούν πιο συχνά από τις ασθενέστερες, καθώς και ότι η αυτοκτονία ανθεί περισσότερο στις πόλεις, παρά στην επαρχία.<sup>23</sup>

Ο Durkheim θεώρησε ανεπαρκείς τις μέχρι τότε ψυχολογικές εξηγήσεις του φαινομένου και προκρίνει τα κοινωνικά αίτια για την εξήγησή του. Για να το κάνει αυτό, αναλύει τις κοινωνικές σχέσεις σε δύο άξονες. Σε αυτόν της κοινωνικής ολοκλήρωσης ή συνοχής και σε αυτόν της κανονιστικής ρύθμισης. Ως ολοκλήρωση εννοεί την πρόσδεση, την πειθαρχία και την αγάπη του ατόμου προς την κοινωνία του. Με άλλα λόγια, την ισχύ της συνοχής του ατόμου με μια συλλογική οντότητα, πέρα και πάνω από αυτό.<sup>24</sup> Διαχώρισε έτσι σε δύο κατηγορίες τον πρώτο άξονα:

---

<sup>22</sup>Durkheim Emile, [1897], Κοινωνικές αιτίες της αυτοκτονίας, ό.π., 292

<sup>23</sup>Durkheim Emile, [1897], Κοινωνικές αιτίες της αυτοκτονίας, ό.π.

<sup>24</sup>Durkheim Emile, [1897], Κοινωνικές αιτίες της αυτοκτονίας, ό.π.

### **Την εγωιστική αυτοκτονία :**

Οι αυτοκτονίες αυτού του τύπου είναι προϊόντα της ανεπαρκούς ενσωμάτωσης. Στις κοινωνίες όπου απαντάται αυτός ο τύπος υπάρχουν αδυνατισμένοι κοινωνικοί δεσμοί λόγω της (υπερβολικής) έμφασης που δίνεται στην ατομική ευημερία/επιτυχία και στα ατομικά συμφέροντα. Το άτομο δηλαδή αποδεσμεύεται από το κοινωνικό σύνολο και στρέφεται στον εαυτό του, ο οποίος δεν βρίσκει κάποιο νόημα ή σκοπό στη ζωή, αφού έχει αποσπαστεί από την κοινωνία, η οποία είναι η μόνη ικανή «να μεταδώσει μια συλλογική γνώμη για την αξία της ανθρώπινης ζωής». <sup>25</sup> Τα ποσοστά αυτοκτονιών μπορούν να αναδείξουν αυτό το γεγονός σε συνάρτηση με τα ποσοστά που δείχνουν την ιδιαίτερη θρησκευτική ένταξη, την οικογενειακή κατάσταση και τα πολιτικά γεγονότα. Έτσι ο Durkheim παρατήρησε ότι οι Προτεστάντες είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς, λόγω της ανάθεσης της ευθύνης στο ίδιο το άτομο. Αντίθετα, οι κοινωνικοί δεσμοί στις Καθολικές κοινωνίες είναι πολύ έντονοι με αποτέλεσμα να κηδεμονεύεται το άτομο και να είναι στενά ενσωματωμένο στην κοινότητα. Έτσι ο βαθμός συνοχής της θρησκευτικής κοινότητας στην οποία ανήκει δημιουργεί εντονότερο το αίσθημα του ανήκειν και αποτρέπει το άτομο από το να νιώθει περιθωριοποιημένο και άρα να καταλήξει στην αυτοχειρία. Οι ανύπαντροι, οι διαζευγμένοι και οι χήροι άνδρες είναι πιο επιρρεπείς στην αυτοκτονία σε σχέση με τους παντρεμένους. Τέλος, στις περιόδους έντονης πολιτικής και στρατιωτικής κινητοποίησης τα ποσοστά αυτοκτονιών είναι μειωμένα. <sup>26</sup>

### **Την αλτρουιστική αυτοκτονία:**

Πρόκειται για την περίπτωση υπερβολικής ενσωμάτωσης. Οι κοινωνίες αυτές δίνουν ελάχιστη σημασία στις ανάγκες των ατόμων σε σχέση με τις συνολικές κοινωνικές ανάγκες. Αφορά κοινωνικές σχέσεις, οι οποίες προσιδιάζουν σε προνεωτερικές-παραδοσιακές κοινωνίες, όπου το Εγώ ανήκει στις διάφορες ομάδες που συμμετέχει, είτε αυτές είναι εθνικές, φυλετικές ή/και θρησκευτικές. Με παραδείγματα από την Πολυνησία, την Ιαπωνία, το Θιβέτ, την Ινδία, αλλά και από θρησκευτικές σχέτες, υποστηρίζει ότι υπάρχουν περιπτώσεις, όπου η κοινωνία, ρητά ή άρρητα, τυπικά ή άτυπα, επιζητά τη θανάτωση του ατόμου με «δική του» θέληση. <sup>27</sup> Το άτομο ενδέχεται να προσφερθεί να σκοτωθεί για το

<sup>25</sup>Durkheim Emile, [1897], Κοινωνικές αιτίες της αυτοκτονίας, ό.π., σελ. 234

<sup>26</sup>Durkheim Emile, [1897], Κοινωνικές αιτίες της αυτοκτονίας, ό.π., σελ. 233

<sup>27</sup>Durkheim Emile, [1897], Κοινωνικές αιτίες της αυτοκτονίας, ό.π., σελ. 245

«καλό» του κοινωνικού συνόλου και να γίνει μάρτυρας για χάρη της θρησκευτικής ή εθνοτικής κοινότητάς του. Με αυτόν τον τρόπο η κοινωνία επισκιάζει το άτομο, το οποίο θυσιάζει την ύπαρξή του για χάρη της.

Στο δεύτερο άξονα, όπου ορίζει την κανονιστική ρύθμιση, διαχωρίζει σε δύο ακόμα κατηγορίες:

#### **Την φαταλιστική αυτοκτονία:**

Αυτός ο τύπος αυτοκτονίας αφορά περιπτώσεις υπερβολικής ρύθμισης της ζωής των ατόμων από τους κοινωνικούς θεσμούς. Μοιραία, λέει ο Durkheim, στις υπερβολικά αυταρχικές και καταπιεστικές κοινωνίες, όπου δεν υπάρχουν κοινωνικά κινήματα ικανά να επιφέρουν στοιχειώδεις αλλαγές, θα υπάρξουν άνθρωποι που θα προτιμήσουν να αυτοκτονήσουν παρά να ζήσουν σε τέτοιες κοινωνίες. Τέτοιες είναι π.χ. οι περιπτώσεις των φυλακισμένων που προτιμούν να κρεμαστούν στα κελιά τους παρά να υφίστανται συνεχείς κακοποιήσεις και βασανιστήρια από φύλακες, συγκρατούμενους και ειδικούς βασανιστές.<sup>28</sup>

#### **Την ανομική αυτοκτονία:**

Ο Durkheim ανέφερε την «ανομική αυτοκτονία» σε περιπτώσεις κατά τις οποίες το άτομο βρίσκεται απρόσμενα σε μια κατάσταση όπου η καθιερωμένη σχέση του με την κοινωνία και τους θεσμούς της «καταρρέει». Η ανεργία, η φτώχεια, η μετανάστευση κ.ά. αποτελούν καταστάσεις που θέτουν εξαιρετικά απότομες αλλαγές στη σχέση του ατόμου με τις κοινωνικές δομές, δημιουργώντας αποδιοργάνωση, έντονο στρες και πιθανή απώλεια ελέγχου. Το άτομο νιώθει χαμένο στην απόγνωση, αν η κρίση είναι αρνητική, ή απορροφάται από τα αχαλίνωτα πάθη του και τις ακόρεστες επιθυμίες του, αν η κρίση είναι θετική.<sup>29</sup>

Η οικονομική ανομία συνίσταται στην ολοένα και επιταχυνόμενη απορρύθμιση των βιομηχανικών σχέσεων, από άλλες αρχές, όπως τη θρησκεία ή την πολιτική. Παρατήρησε ότι η ξέφρενη ανάπτυξη με μόνο σκοπό τη βιομηχανική ευημερία αποδιοργάνωνε κοινωνικές σχέσεις που ήταν σταθερές για αιώνες, ενώ δεν τοποθετούσε νέες στη θέση τους. Σε αυτή την πυρετώδη περιπέτεια για πρόοδο, το άτομο εθίζεται στην ακόρεστη κίνηση προς τα εμπρός,

---

<sup>28</sup>Durkheim Emile, [1897], Κοινωνικές αιτίες της αυτοκτονίας, ό.π., σελ. 487

<sup>29</sup>Durkheim Emile, [1897], Κοινωνικές αιτίες της αυτοκτονίας, ό.π., σελ. 284

με αποτέλεσμα ο παραμικρός περιορισμός να του φαίνεται ανυπόφορος. Επίσης, έχοντας χάσει την όποια ασφαλιστική δικλείδα ρύθμισης της οικονομικής και κοινωνικής ζωής, δεν μπορεί να διαχειριστεί μόνο του τις πάντα επικείμενες οικονομικές κρίσεις, με αποτέλεσμα να βυθίζεται εύκολα στην απελπισία.<sup>30</sup>

Ο Durkheim μας αναλύει στο έργο του ότι δεν υπάρχει η αυτοκτονία αλλά τύποι αυτοκτονιών και αυτοί οι τύποι συμπυκνώνουν τους δύο άξονες των κοινωνικών σχέσεων. Σε αντίθεση με τον Marx, ο μεθοδολογικός ολισμός του Durkheim εξετάζει τις κοινωνικές σχέσεις και ανιχνεύει συμμεταβολές στις διάφορες μεταβλητές για την αναζήτηση αιτιακών παραγόντων, παραγκωνίζοντας το όποιο προσωπικό βίωμα. Ο Durkheim αποδέχεται τον διαχωρισμό ατόμου και κοινωνίας και δίνει τα πρωτεία στις απρόσωπες δυνάμεις της, οι οποίες θα καθορίσουν σε τελική ανάλυση τον τρόπο πρόσδεσης στη ζωή.

Αναμφίβολα, ο Durkheim και ο Marx έζησαν σε μια εποχή όπου άρχισαν να γίνονται συνειδητές οι απορρυθμιστικές συνέπειες της εκβιομηχάνισης και της επικράτησης του καπιταλισμού γενικότερα. Το όλο θεωρητικό οικοδόμημα του Durkheim εδράζεται στην αγωνία να σώσει η κοινωνία κάτι από τις παλιές της συνεκτικές και ρυθμιστικές της ιδιότητες. Επομένως, παραδέχεται ότι η κοινωνία είναι ο τόπος της τάξης και της ηθικής, ο οποίος σώζει το άτομο από την εγωιστική και ανομική αυτοκτονία.

### **1.2.3. Jack D. Douglas**

Στη συνέχεια υπήρξαν και άλλοι θεωρητικοί που μελέτησαν το φαινόμενο και άσκησαν κριτική στους κλασικούς θεωρητικούς για τις θεωρίες τους. Ο Douglas ήταν ένας από αυτούς που άσκησε ιδιαίτερη κριτική στον Durkheim και πρόσθεσε νέα στοιχεία για το ζήτημα. Το 1967 ο Αμερικάνος βεμπεριανός κοινωνιολόγος, Jack D. Douglas, έγραψε το έργο του “The Social Meanings of Suicide” και ασκεί δριμεία κριτική τόσο στον Durkheim, όσο και στο ευρύτερο θετικιστικό μοντέλο των μετα-ντυρκαιμιανών ερευνών, αλλά και στα ίδια τα επίσημα στατιστικά δεδομένα. Θεωρεί πως ο Durkheim, στην προσπάθειά του να εδραιώσει την κοινωνιολογία ως ανεξάρτητη επιστήμη, εξιδανίκευσε τη δική του μέθοδο, παρακάμπτοντας τις αντιφάσεις και τις ανεπάρκειές της. Παρατηρεί ότι ο Durkheim τελικά

---

<sup>30</sup>Durkheim Emile, [1897], Κοινωνικές αιτίες της αυτοκτονίας, ό.π., σελ. 288

επιβάλλει τις γενικές αιτίες της αυτοκτονίας στα δεδομένα αντί να καταλήγει σε αυτές, δείχνοντας ότι χρησιμοποίησε την κοινή λογική της καθημερινότητάς του για να εξετάσει τη θεωρία του.<sup>31</sup>

Οι συλλογικές αναπαραστάσεις για τον Durkheim έχουν ομογενοποιητικό και αντικειμενικό χαρακτήρα. Αυτή η προσέγγιση απέρρεε από την αντίληψη της κοινωνίας ως ακόμα συμπαγούς οντότητας. Στην εποχή του Douglas, έχει επισυμβεί η αλλαγή του παραδείγματος από το μεθοδολογικό ολισμό στο μεθοδολογικό ατομικισμό, γι' αυτό και μπορεί να κάνει λόγο για νοήματα που ενώνουν το ατομικό με το κοινωνικό. Η αλλαγή αυτή αποτελεί σύμπτωμα του κατακερματισμού του κοινωνικού πεδίου, τις απαρχές του οποίου προσπαθούσε να συλλάβει ο Durkheim.

Παράλληλα, ο Douglas θα ασκήσει κριτική στα επίσημα στατιστικά. Παρατήρησε ότι δεν υπάρχει συμφωνία ανάμεσα στους εθνικούς και τους τοπικούς νόμους για το πώς θα καθοριστεί η αυτοκτονία και η απόπειρά της.<sup>32</sup> Πρόκειται περί αμερικανικού προβλήματος, αφού ενίοτε οι ομοσπονδιακοί νόμοι ενδέχεται να διαφέρουν από τους εκάστοτε πολιτειακούς. Άλλο σημαντικό μειονέκτημα αποτελεί το γεγονός ότι στην πράξη οι ιατροδικαστές χρησιμοποιούν διαφορετικούς ορισμούς της αυτοκτονίας, καθώς επίσης, διαφορετικά ιατροδικαστικά γραφεία εφαρμόζουν διαφορετικές διαδικασίες έρευνας, ώστε να καταλήξουν στην κατηγοριοποίηση του θανάτου. Το γεγονός αυτό καθιστά προβληματική τη σύγκριση των επίσημων στατιστικών σε τοπικό, πόσο μάλλον σε διεθνές επίπεδο.<sup>33</sup>

Από τα παραπάνω έπεται ότι θεωρεί προβληματική και την μετα-ντυρκαιμιανή έρευνα της αυτοκτονίας. Αφού ασκήσει κριτική στις γνωστότερες κοινωνιολογικές θεωρίες μέχρι την εποχή του, θα τις κατηγορήσει για επιβολή της θεωρίας πάνω στα δεδομένα, για μη κριτική επεξεργασία των επίσημων στατιστικών, καθώς και για μονόπλευρη ενασχόληση με τη μακροδομή.<sup>34</sup> Το σημαντικότερο, όμως, μειονέκτημά τους υποστηρίζει πως είναι η αντίληψη της πολιτισμικής ομοιογένειας, σύμφωνα με την οποία οι κοινωνιολόγοι υποθέτουν πως οι

---

<sup>31</sup>Douglas D. Jack, 1967, *The Social Meanings of Suicide*, Princeton University Press, New Jersey, σελ. 73

<sup>32</sup>Douglas D. Jack, 1967, *The Social Meanings of Suicide*, ό.π., σελ. 228

<sup>33</sup>Douglas D. Jack, 1967, *The Social Meanings of Suicide*, ό.π., σελ. 228

<sup>34</sup>Douglas D. Jack, 1967, *The Social Meanings of Suicide*, ό.π., σελ. 153

αντιλήψεις μιας κοινωνίας είναι λίγο πολύ ίδιες στην επικράτειά της.<sup>35</sup> Παράγωγο αυτής της αντίληψης αποτελεί και η υπόθεση των κοινωνιολόγων, ότι χρησιμοποιούν τον ίδιο ορισμό της αυτοκτονίας με τους υπεύθυνους για την καταχώρηση των στατιστικών.<sup>36</sup>

Εν τέλει, ο Douglas θεωρεί προβληματική την ίδια την ιδέα περί «πραγματικού δείκτη» αυτοκτονιών και προτείνει μια διαφορετική προσέγγιση του φαινομένου.<sup>37</sup> Αποδεχόμενος τη βεμπεριανή προσέγγιση της κατανόησης (Verstehen) των κοινωνικών φαινομένων, βλέπει την αυτοκτονία ως μια πράξη γεμάτη νόημα, το οποίο αποδίδεται από τους ίδιους τους δρώντες. Η πράξη μπορεί να φαίνεται ίδια σε έναν εξωτερικό παρατηρητή, ωστόσο οι δρώντες ενδέχεται να την νοηματοδοτούν εντελώς ξεχωριστά από τον ίδιο.<sup>38</sup> Σκοπός, λοιπόν, του κοινωνιολόγου είναι να κατανοήσει, όσο είναι δυνατόν, αυτά τα αποδιδόμενα νοήματα, των οποίων η φύση είναι κατεξοχήν κοινωνική κι όχι ατομική.

Για την κατανόηση των νοημάτων, ο Douglas προτείνει τη μέθοδο του συγκειμενικού καθορισμού (contextual determination of meanings), σύμφωνα με την οποία ο κοινωνιολόγος μετακινείται από το ειδικό στο γενικό και το αντίστροφο.<sup>39</sup> Η υπόθεση πίσω από αυτή τη μέθοδο είναι ότι το δρων υποκείμενο δεν νοηματοδοτεί μια πράξη εν πολιτισμικό κενώ, αλλά συνδιαλέγεται πάντα με τις ευρύτερες αντιλήψεις της κοινωνίας στην οποία ζει, ακόμα κι αν τις αγνοεί συνειδητά. Ο κοινωνιολόγος οφείλει να γνωρίζει το ευρύτερο πολιτισμικό πεδίο και να διακρίνει από το λόγο του δρώντος, με ποιον τρόπο αυτές οι αντιλήψεις αξιολογούνται και επηρεάζουν την νοηματοδότησή του. Χωρίς να παρουσιάζει εξαντλητικά τη μέθοδό του, θα λέγαμε ότι μοιάζει με μια πρόωρη κριτική ανάλυση λόγου, όπου το προσωπικό βρίσκεται σε άμεση συνδιαλλαγή με το κοινωνικοπολιτικό πεδίο.

Αναλύοντας μερικές προσωπικές μαρτυρίες ατόμων που στράφηκαν στη βοήθεια ψυχολόγων και ψυχιάτρων, εντόπισε ένα πλούτο νοηματοδοτήσεων, που αντιτίθενται στη στείρα αντίληψη της αυτοκτονίας ως θέληση για παύση της ζωής. Ενδέχεται, επομένως, η

---

<sup>35</sup>Douglas D. Jack, 1967, *The Social Meanings of Suicide*, ό.π., σελ. 155

<sup>36</sup>Douglas D. Jack, 1967, *The Social Meanings of Suicide*, ό.π., σελ. 229

<sup>37</sup>Douglas D. Jack, 1967, *The Social Meanings of Suicide*, ό.π., σελ. 231

<sup>38</sup>Douglas D. Jack, 1967, *The Social Meanings of Suicide*, ό.π., σελ. 236

<sup>39</sup>Douglas D. Jack, 1967, *The Social Meanings of Suicide*, ό.π., σελ. 242,257

αυτοκτονία να είναι ένας τρόπος μεταμόρφωσης του εαυτού εντός μιας νέας ύπαρξης.<sup>40</sup> Επίσης, μπορεί κάποιος να αυτοκτονήσει, όχι για να πεθάνει, αλλά από μια υπέρμετρη αγάπη για τη ζωή και για να ζήσει περισσότερο.<sup>41</sup> Τέλος, η αυτοκτονία μπορεί να δηλώνει επιθυμία να αλλάξουν οι σημαντικοί άλλοι του δρώντος ή/και να αποτελεί ένδειξη προσήλωσης σε κάποιον, ή ακόμα να είναι μέσο απειλής ή εξιλέωσης.<sup>42</sup>

Η πρόταση του Douglas δεν βρήκε την ανταπόκριση που επεδίωκε και οι επόμενοι κοινωνιολόγοι συνέχισαν στα χνάρια του Durkheim. Ωστόσο, στις μέρες μας, αναδύεται η ανάγκη έρευνας των αντιλήψεων περί αυτοκτονίας σε κοινωνικό και ατομικό επίπεδο και στις μεταξύ τους συνάψεις.<sup>43</sup>

### **1.3. Κλίμα, εποχικότητα και αυτοκτονίες**

#### ***Το κλίμα ως καθοριστικός παράγοντας για την αύξηση των αυτοκτονιών***

Θα ήταν χρήσιμο να τονίσουμε, χωρίς να επεκταθούμε σε θέματα ψυχολογίας και παιδοψυχολογίας, αλλά για να δώσουμε ένα στοιχείο σημαντικό για την ανάλυση της πηγής των αυτοκτονικών σκέψεων, ότι υπάρχουν σημαντικά ευρήματα που δείχνουν ότι οι κληρονομικοί και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν και αλληλοεπηρεάζονται. Καθώς μεγαλώνει ένα παιδί, η άμεση επίδραση της φύσης στη συμπεριφορά του γίνεται όλο και μικρότερη. Αντίθετα, αναβαθμίζεται ο ρόλος της μάθησης, ενώ και ο ίδιος ο εγκέφαλος επηρεάζεται από την αλληλεπίδραση με το περιβάλλον. Η ψυχολογική ανάπτυξη του εγκεφάλου των μικρών παιδιών επηρεάζεται, για παράδειγμα, από την εμπειρία τραυματικών γεγονότων. Αντίστοιχα οι νευρώνες του εγκεφάλου ενισχύονται και βελτιώνονται όταν το περιβάλλον είναι πλούσιο, ασφαλές και γεμάτο ερεθίσματα. Τελικά η αλληλεπίδραση της φύσης με την ανατροφή επηρεάζει τη συμπεριφορά, ενώ και η ίδια η συμπεριφορά και οι ατομικές εμπειρίες επηρεάζουν τη νευρολογική ανάπτυξη, η οποία με τη σειρά της επιδρά

---

<sup>40</sup>Douglas D. Jack, 1967, *The Social Meanings of Suicide*, ό.π., σελ. 286

<sup>41</sup>Douglas D. Jack, 1967, *The Social Meanings of Suicide*, ό.π., σελ. 288

<sup>42</sup>Douglas D. Jack, 1967, *The Social Meanings of Suicide*, ό.π., σελ. 301,302

<sup>43</sup>Wray Matt, Colen Cyntia, Pescolido Bernice, «The Sociology of Suicide», στο *Annual Review of Sociology* (37), Annual Reviews, 2011, σελ. 522

στις μετέπειτα εμπειρίες και τη συμπεριφορά του ατόμου. Η συμπεριφορά επηρεάζει τις λειτουργίες και την αρχιτεκτονική του εγκεφάλου, οπότε οι εμπειρίες έχουν μακροχρόνιες συνέπειες στη δομή και τη λειτουργία του. <sup>44</sup>

Σε εργασία που πραγματοποιήθηκε για τη διαπίστωση συσχέτισης των αυτοκτονιών με το κλίμα <sup>45</sup> φαίνεται να υπάρχει μια σχετική συσχέτιση, που όμως επηρεάζεται και αρκετά από την οικονομική κατάσταση μιας χώρας. Φαίνεται δηλαδή πως οι χώρες της Μεσογειακής Ευρώπης παρουσιάζουν χαμηλότερους δείκτες, ενώ οι χώρες της Ανατολικής Ευρώπης παρουσιάζουν υψηλότερους δείκτες. Οι λόγοι για αυτές τις μεγάλες διαφορές μεταξύ εθνικών / περιφερειακών ποσοστών αυτοκτονίας δεν έχουν εξηγηθεί πλήρως ούτε μπορούν να προσδοθούν απόλυτα στο κλίμα. Πρέπει να ληφθούν υπόψη οι γεωγραφικές, οικονομικές, θρησκευτικές και άλλες κοινωνικο-πολιτισμικές διαφορές (γεωγραφικό πλάτος, γεωγραφικό μήκος, υψόμετρο), αλλά και ότι πιθανόν υπάρχει αλληλοσύνδεση μεταξύ τους. Ωστόσο, οι διαφορές στην ψυχιατρική νοσηρότητα (συμπεριλαμβανομένης της κατάχρησης αλκοόλ), καθώς και η δυσκολία στην ακρίβεια της καταγραφής της αυτοκτονίας, το στίγμα που συνδέεται με την ψυχική ασθένεια και την αυτοκτονία (πιθανώς επηρεάζουν τη συμπεριφορά αναζήτησης βοήθειας και τα ποσοστά αναφοράς), τη διαθεσιμότητα θανατηφόρων μεθόδων, καθώς και τη διαθεσιμότητα και την ποιότητα των συστημάτων κοινωνικής / υγειονομικής περίθαλψης, μπορούν να αυξήσουν ή να μειώσουν τα ποσοστά, ανεξαρτήτως κλίματος ή γεωγραφικής περιοχής.

Η βιβλιογραφία που ερευνήσαμε δείχνει ότι υπάρχει κάποια επιρροή ως προς την εποχικότητα και ότι συνολικά ο ρυθμός αυτοκτονίας είναι υψηλότερος το φθινόπωρο, αλλά και κατά τη διάρκεια του καλοκαιριού με το χαμηλότερο παρατηρούμενο κατά τη διάρκεια του χειμώνα. <sup>46</sup> Άλλες εργασίες αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά κατά την άνοιξη και το

---

<sup>45</sup>Michael Hughes, Carolyn J. Kroehler, *Κοινωνιολογία, Οι βασικές έννοιες*, εκδ. ΚΡΙΤΙΚΗ, Αθήνα, 2007, σελ. 166

<sup>45</sup>Konstantinos N. Fountoulakis, Relationship of suicide rates with climate and economic variables in Europe during 2000–2012 2016; 15: 19. Published online 2016 Aug 9. doi: 10.1186/s12991-016-0106-2

<sup>46</sup>Aydin A, Gulec M, Boysan M, Selvi Y, Selvi F, Kadak MT, Besiroglu L. Seasonality of self-destructive behaviour: seasonal variations in demographic and suicidal characteristics in Van, Turkey. *Int J Psychiatry Clin*, 2013  
doi: 10.3109/13651501.2012.697565.

καλοκαίρι ή την άνοιξη και το φθινόπωρο ή μόνο την άνοιξη.<sup>47</sup> Η πρώτη μελέτη για τις επιπτώσεις του κλίματος στις αυτοκτονίες ανέφερε ότι η πτώση της βαρομετρικής πίεσης συσχετίστηκε με την αύξηση των αυτοκτονιών,<sup>48</sup> αλλά αυτό δεν επιβεβαιώθηκε από τις τελευταίες μελέτες. Είναι χρήσιμο να τονίσουμε επίσης ότι η βιβλιογραφία για τις επιπτώσεις του κλίματος πάνω στη θνησιμότητα είναι περιορισμένη. Βλέπουμε λοιπόν ότι η αποκλειστική σύνδεση των αυτοκτονιών με το κλίμα αποτελεί στερεότυπο, καθώς δεν εξαρτάται αποκλειστικά από αυτόν τον παράγοντα.

Τέτοιου είδους προσεγγίσεις της αυτοκτονίας ήταν ήδη διαδεδομένες στην εποχή του Durkheim. Ο ίδιος άσκησε κριτική στην εξήγηση του φαινομένου με βάση την ηλιοφάνεια ή/και τη θερμότητα. Για τον Durkheim, δεν είναι το ηλιακό φως και η ζέστη που επηρεάζουν τους νευροδιαβιβαστές και προκαλούν την αυτοκτονική συμπεριφορά, αλλά η ένταση της κοινωνικής ζωής που αυξάνεται όσο μεγαλώνει η μέρα. Από την αρχή της άνοιξης αυξάνονται οι μετακινήσεις, οι συναλλαγές κάθε είδους, άρα μεγαλώνουν οι προσδοκίες, κατ'επέκταση και οι αποτυχίες, θα συμπληρώσουμε εμείς. Με άλλα λόγια, για τον Ντυρκάιμ το ηλιακό φως είναι το μέσο που βοηθάει στην έξαψη της κοινωνικής ζωής. Αυτή η έξαψη είναι που πυροδοτεί τις αυτοκτονίες κι όχι η ηλιοφάνεια καθ'αυτή.<sup>49</sup>

Σε περιόδους ραγδαίων κοινωνικών μεταβολών και ανακατατάξεων αυξάνονται οι πιθανότητες εμφάνισης συλλογικών συμπεριφορών, δηλαδή κοινών και σχετικά αυθόρμητων και ανοργάνωτων τρόπων σκέψης, συναισθήματος και συμπεριφοράς. Οι συλλογικές συμπεριφορές αποτελούν και αυτές πηγή κοινωνικής αλλαγής. Από τις απαρχές της ανθρώπινης ιστορίας οι άνθρωποι έχουν εμφανίσει μια τεράστια ποικιλία μορφών μαζικής συμπεριφοράς στις οποίες εντάσσονται οι κοινωνικές αναταραχές, οι εξεγέρσεις, οι μανίες, οι εφήμερες μόδες, οι πανικοί, οι μαζικές φυγές, ο θρησκευτικός φανατισμός και οι επαναστάσεις. Θα πρέπει λοιπόν να συμπληρώσουμε στη συζήτηση μας και τον προβληματισμό των απότομων κοινωνικών αλλαγών, με επιπτώσεις στη συλλογική

---

<sup>47</sup>Doganay Z, Sunter AT, Guz H, Ozkan A, Altintop L, Kati C, Colak E, Aygun D, Guven H. Climatic and diurnal variation in suicide attempts in the ED. *Am J Emerg Med*. 2003;21(4):271–275. doi: 10.1016/S0735-6757(03)00039-1

<sup>48</sup>Digon E, Bock HB. Suicides and climatology. *Arch Environ Health*. 1966;12(3):279–286. doi: 10.1080/00039896.1966.10664374.

<sup>49</sup>Durkheim Emile, Κοινωνικές αιτίες της αυτοκτονίας, ό.π., σελ 117

συμπεριφορά και πολύ πιθανόν και στο συλλογικό συναίσθημα, με αποτέλεσμα τις αυτοκτονικές τάσεις.

#### **1.4. Η θέση της εκκλησίας για την πράξη της αυτοχειρίας**

Η στάση των περισσότερων θρησκειών απέναντι στην αυτοκτονία είναι αρνητική. Οι θρησκείες αυτές, όντας στον αντίποδα του ατομικισμού, δέχονται την πραγματικότητα ως μία ενιαία οντότητα, με επίκεντρο το Θείο στοιχείο, γύρω από το οποίο αναπτύσσονται όλα τα άλλα στοιχεία, δηλαδή το ανθρώπινο και το κοσμικό, το έμψυχο και το άψυχο, το έλλογο και το άλογο. Η ζωή ανήκει στο θεϊκό παράγοντα της πραγματικότητας που καθορίζει το ρυθμό των όντων σε όλη την κλίμακα της ύπαρξής τους. Καθένα εντάσσεται και υποτάσσεται στον κύκλο της ζωής και του θανάτου, που καθορίζεται από το θείο στοιχείο. Ο άνθρωπος λοιπόν δεν δικαιούται να διαταράξει τον κύκλο της ζωής και γι' αυτό απαγορεύεται ο φόνος του άλλου ανθρώπου όσο και του ίδιου του εαυτού.

Για την Εκκλησία η αυτοαφαίρεση της ζωής αποτελεί βαρύτατο αμάρτημα, καθώς έρχεται ενάντια στη θεία λειτουργία και είναι βλασφημία κατά του Αγίου Πνεύματος. Ο φόνος άλλωστε είναι ένα από τα θανάσιμα αμαρτήματα και η αυτοχειρία είναι και αυτή φόνος.

Από πολύ νωρίς θεμελιώθηκε η διδασκαλία της Εκκλησίας σχετικά με την αυτοκτονία. Δεν υπάρχουν πολλοί κανόνες που να αναφέρονται στην αυτοκτονία. Ο μοναδικός είναι ο ΙΔ' του Τιμόθεου Αλεξανδρείας, σύμφωνα με τον οποίο, ο αυτοκτόνος, είναι αυτοφονευτής του εαυτού του και βάσει αυτού του κανόνα νομοθετούνται όλες οι αποφάσεις για ζητήματα αυτοκτονίας από τις Τοπικές Συνόδους μέχρι και σήμερα.<sup>50</sup> Η αυτοκτονία μάλιστα θεωρείται βαρύτερο αμάρτημα απ' ότι ο φόνος, καθώς ο αυτόχειρας πεθαίνει χωρίς φυσικά να έχει την δυνατότητα να μετανοήσει.

Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο, από τα πρώτα κιόλας χριστιανικά χρόνια, η παράδοση της Εκκλησίας απαγόρευσε την εξόδια εκκλησιαστική τελετή στους αυτόχειρες.

Στα τέλη του 19ου αιώνα (10-6-1887) η Ιερά Σύνοδος με εγκύκλιο της κάνει λόγο για απαγόρευση της εκκλησιαστικής ταφής του αυτόχειρα, θεωρώντας τον 'αναγκαστικά

---

<sup>50</sup>Ηλία Βουλγαράκη, Αυτοκτονία και εκκλησιαστική ταφή, εκδόσεις Αρμός, Αθήνα, 2000, σελ. 35

αμετανόητο' και πως εκούσια έχει στερηθεί την αιώνια ζωή.<sup>51</sup> Σε άλλη εγκύκλιο η Εκκλησία της Ελλάδος το 1900 (27-3-1900), στο πνεύμα της διάταξης του ιερού Τιμόθεου, εξαιρεί από τη στέρηση ταφής τους αυτόχειρες πάσχοντες από ψυχική νόσο, θέτοντας όμως σαν βασικό όρο την ύπαρξη βεβαίωσης από δύο γιατρούς.<sup>52</sup>

Η χριστιανική διδασκαλία θεωρεί την αυτοκτονία λοιπόν ως ένα από τα μεγαλύτερα αμαρτήματα, η δε Ορθόδοξη Εκκλησία στηριζόμενη στην Αγία Γραφή και στην Ιερά Παράδοση θεωρεί την αυτοκτονία ως έγκλημα εναντίον της ιερότητας της ανθρώπινης ζωής και ως κλονισμό και απώλεια της πίστεως και της ελπίδας του αυτόχειρα προς τον Θεό.

Το θέμα της αρνήσεως της εκκλησιαστικής ταφής αποτελούσε πάντοτε πρόβλημα, όχι μόνο για το άμεσο περιβάλλον του νεκρού, αλλά και για τη μεριά του εκκλησιαστικού περιβάλλοντος του αυτόχειρα, δηλαδή της ενορίας του. Και αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι δεν πρόλαβαν να συμπαρασταθούν σε ένα μέλος της που είχε την ανάγκη τους και να το αποτρέψουν από το να δώσει μια τέτοιου είδους λύση στο πρόβλημα του.

Η Αγία Γραφή αποτελεί την κεντρική διδασκαλία της Εκκλησίας σχετικά με την αυτοκτονία. Όλοι οι Πατέρες της Εκκλησίας τονίζουν την ιερότητα της ανθρώπινης ζωής. Ολόκληρο το πνεύμα της Εκκλησίας δεν αποδέχεται και φυσικά εναντιώνεται στην αυτοκτονία, ειδικά από ανθρώπους που έχουν σώας τας φρένας κατά τη διάρκεια της αποτρόπαιης αυτής πράξης. Καμία δικαιολογία δεν δίνουν στους αυτόχειρες, όποια κι αν είναι η αιτία που τους οδήγησε στο να τερματίσουν τη ζωή τους. Είτε η αυτοκτονία προήλθε από ψυχολογικά αίτια (πόνος, θλίψη), είτε από οποιαδήποτε άλλη αιτία, η αυτοκτονία καταδικάζεται κατηγορηματικά. Για την Εκκλησία, η πρόωρη και με βίαιο τρόπο έξοδος από τον κόσμο, προσβάλλει την κυριότητα της ζωής από το Θεό, μιας και ο άνθρωπος είναι απλώς διαχειριστής και όχι ιδιοκτήτης της ζωής.<sup>53</sup>

Η άποψη αυτή ενισχύεται και από την ρητή εντολή που έδωσε ο Θεός: 'ου φονεύσεις' στους ανθρώπους. Αυτή η εντολή βέβαια δεν αναφέρεται μόνο απέναντι στους άλλους

---

<sup>51</sup>Ηλία Βουλγαράκη, Αυτοκτονία και εκκλησιαστική ταφή, ό.π., σελ. 85

<sup>52</sup>Λήμμα 'αυτοκτονία- κανονικό δίκαιο', *Θρησκευτική και Ηθική Εγκυκλοπαίδεια*, εκδ. ΜΑΡΤΙΝΟΣ Αθήνα 1963, σελ. 503

<sup>53</sup>Σπυρίδωνος Δ. Κοντογιάννη, Η αυτοκτονία και η θέση της ορθόδοξης Εκκλησίας, Ανάτυπο από τη μηνιαία εφημερίδα της Εκκλησίας της Ελλάδος, 'Η αλήθεια', Αθήνα 2001, σελ 12

ανθρώπους, αλλά και στον ίδιο του τον εαυτό. Διότι κανείς δεν έχει το δικαίωμα να αφαιρεί μια ζωή, είτε είναι δικιά του, είτε κάποιου άλλου ανθρώπου. Τα όρια της ζωής είναι καθορισμένα για τον καθένα από εμάς από τον ίδιο τον Θεό.<sup>54</sup>

Ο Ιερός Χρυσόστομος θεωρεί τους αυτόχειρες εγκληματίες και αναφέρει πως τιμωρούνται στην αιώνια κόλαση. Τονίζει μάλιστα πως ο Θεός τους τιμωρεί περισσότερο και από τους κοινούς δολοφόνους.<sup>55</sup> Επίσης αναφέρει πως το χέρι με το οποίο ο αυτόχειρας τερμάτισε τη ζωή του, θάβεται ξεχωριστά από το υπόλοιπο σώμα. Μια τακτική που ακολουθούσαν και οι αρχαίοι Έλληνες τον 4ο αιώνα π.Χ., όπου σύμφωνα με τον νόμο του Πλάτωνα οι αυτόχειρες εκτός του ότι δεν τύχαιναν την ίδια ταφή με τους φυσιολογικά θανούντες, το χέρι με το οποίο τερμάτισαν τη ζωή τους θάβονταν μακριά και χωριστά από το υπόλοιπο σώμα.<sup>56</sup>

Από τις θέσεις λοιπόν της Εκκλησίας, προκύπτει το συμπέρασμα ότι ο μόνος λόγος που αίρει την απαγόρευση της κηδείας των αυτοχείρων είναι η ψυχοπάθεια. Πολλές φορές δίνει ως ευκαιρία στην κήδευση του νεκρού, μια αρκετά υποτιμητική για την υπόληψη του λύση. Ζητάει λοιπόν ο ιερέας από τους συγγενείς του αυτόχειρα ένα πιστοποιητικό από ψυχίατρο πως ο νεκρός δεν έχει “σώας τας φρένας”. Στην εποχή μας παρατηρείται μια αδιαφορία από μέρους των ανθρώπων απέναντι στη θρησκεία και κατ’ επέκταση στην Εκκλησία. Κάτω από αυτές τις συνθήκες που έχουν διαμορφωθεί είναι προφανές πως ο λόγος της εκκλησίας για την αυτοκτονία δεν μπορεί να λειτουργήσει όπως λειτουργούσε άλλοτε θετικά για το μετριασμό του κακού. Επιπλέον σήμερα, μόνο ένας μικρός αριθμός ατόμων γνωρίζει τη σχετική απαγόρευση της εκκλησίας και φυσικά ένας ακόμα πιο μικρός αριθμός θα ανέστειλε την απόφαση του για αυτοκτονία απλά και μόνο επειδή δεν θα είχε εκκλησιαστική ταφή.<sup>57</sup>

---

<sup>54</sup>Γεωργίου Πουλή, Ο ακούσιος φόνος κατά το Εκκλησιαστικό Δίκαιο, Θεσσαλονίκη 1993, σελ 25

<sup>55</sup>Ιωάννου Χρυσοστόμου, Υπόμνημα εις τον άγιο Ματθαίον τον ευαγγελιστή, ομιλία LXXXV, PG 58,759B, PG 61,218D

<sup>56</sup>Πλάτωνος νόμοι, 873 C, Κλασική Βιβλιοθήκη, Α. Αρχαίοι Έλληνες Συγγραφείς, απόδοση Βασίλη Μοσκόβη, Εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 1988

<sup>57</sup>Ηλία Βουλγαράκη, Αυτοκτονία και εκκλησιαστική ταφή, ό.π., σελ. 7

## 1.5. Κοινωνιολογικά συμπεράσματα

Από τις θεωρήσεις που αναλύουμε μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι όλοι οι αναλυτές του φαινομένου καταλήγουν στον κοινωνικό χαρακτήρα που έχει η πράξη της αυτοχειρίας. Η αυτοκτονία έχει νόημα κοινωνικό και επέρχεται από την αλληλεπίδραση που έχει το άτομο με το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο δρα και επιβιώνει. Η αλληλεπίδραση η οποία πραγματοποιείται καθ' όλη την ύπαρξη του ατόμου παίζει τον πιο καθοριστικό ρόλο στην διαμόρφωση της ψυχοσύνθεσης και του τρόπου δράσης του. Το άτομο αλληλεπιδρά όμως σε μια κοινωνία ήδη διαμορφωμένη από τους προγόνους του. Του δίνεται έτοιμη μια χτισμένη κοινωνία που καλείται να συμμορφωθεί και να ανακαλύψει τον δικό του τρόπο επιβίωσης μέσα σε αυτήν. Δημιουργείται το έθος στην ύπαρξη του κάθε ατόμου, δηλαδή η συνήθεια για τον τρόπο που δρα και φέρεται. Αυτό όμως που μας ενδιαφέρει ιδιαίτερα να αναλύσουμε είναι σε ποιες περιπτώσεις αυτός ο τρόπος ύπαρξης του ατόμου δεν είναι αρκετός σε σημείο να μην επαρκεί για να καλύψει την ικανοποίηση για την ύπαρξη του;

Θεωρώντας ότι το άτομο είναι ξένο απέναντι στην κοινωνία την οποία αλληλεπιδρά, εφόσον δεν την ορίζει ο ίδιος, αναγνωρίζει και τον εαυτό του ως ξένο προς αυτήν. Σύμφωνα με τον Marx, όπου ο άνθρωπος σε συνθήκες αλλοτρίωσης αναγνωρίζει τον άλλον σαν ξένο αποξενώνεται και ταυτόχρονα από τον εαυτό του. Εφόσον λοιπόν η κοινωνία αποτελεί μια δύναμη πάνω από το άτομο, κατ' επέκταση η αυτοκτονία είναι αποτέλεσμα δυνάμεων που υπερβαίνουν το άτομο, το οποίο προκύπτει από την αλλοτρίωση από τον εαυτό του και από την κοινωνία.

Θεωρείται ότι η κοινωνική αναγνώριση είναι η ιδιαίτερη αυτή λειτουργία που διαπερνά τις κοινωνικές σχέσεις και και μπορεί να συγκρατήσει ή να οδηγήσει το άτομο στην αυτοχειρία.

Η κοινωνική αναγνώριση είναι η λειτουργία που στηρίζει την ύπαρξη ως τέτοια, έχοντας στο άλλο άκρο της τη ματαίωση. Αν η κοινωνική αναγνώριση περιγράφει τη διαδικασία μέσω της οποίας το έμβιο ον μετατρέπεται σε ανθρώπινο υποκείμενο, ικανό να συμμετέχει σε μια κοινωνία, η ματαίωση περιγράφει την ακύρωση αυτής της διαδικασίας, η οποία μπορεί να επέλθει οποτεδήποτε και κάτω από αυτήν υπάρχει το κενό. Το αντίκρισμα του

κενού που θα επέλθει από τη ματαίωση αποτελεί μια εξαιρετικά τραυματική εμπειρία, ύστατο αντίκτυπο της οποίας είναι η αυτοκτονία.

Από πού έρχεται η κοινωνική αναγνώριση; Η χρήση του επιθέτου «κοινωνική» μαρτυρά το γεγονός ότι η αναγνώριση δεν μπορεί να επέλθει παρά από τον άλλον, από έναν άλλον άνθρωπο. Προτού ο άνθρωπος αυτοαναγνωριστεί ως ξεχωριστό άτομο, κάποιοι άλλοι το έχουν αναγνωρίσει ως τέτοιο και μόνο έτσι θα μπορέσει να ξεκινήσει να αυτοαναγνωρίζεται και να αναγνωρίζει άλλους. Μόνο έτσι δηλαδή, θα μετατραπεί σε υποκείμενο αναγνώρισης με τη διπλή σημασία του όρου υποκείμενο: ως προϊόν και ταυτόχρονα ως φορέας αναγνώρισης.

Για να αναγνωρίσει, πρέπει πρώτα να αναγνωριστεί. Χρονικά, η πρώτη αναγνώριση έρχεται από τον γονεϊκό άλλον. Ο μικρός άνθρωπος έρχεται βιολογικά και νευρολογικά πρόωρα στον κόσμο και συνεπώς είναι έμβιο ον και όχι υποκείμενο ακόμα. Χωρίς τον άλλο, είναι θέμα ημερών, το νεογέννητο να επιστρέψει στην ανόργανη ύλη.

Τις περισσότερες φορές όμως, κάποιος θα βρεθεί και θα φροντίσει το εξαιρετικά ανήμπορο ον. Αυτός που θα αναλάβει τη φροντίδα του θα είναι και ο γονικός άλλος και θα είναι τέτοιος εξαιτίας αυτής της ανάληψης φροντίδας και όχι εξαιτίας της βιολογίας. Το γεγονός ότι συνήθως γεννήτωρ και γονέας συμπίπτουν, επουδενί δεν σημαίνει ότι η γονική σχέση εδράζεται στη βιολογία ή στη σύζευξη ωαρίου και σπερματοζωαρίου. Τα επιτεύγματα της σύγχρονης γενετικής αποκάλυψαν αυτό που ούτως ή άλλως ίσχυε για τον άνθρωπο, ότι δηλαδή γονέας είναι αυτός που αναγνωρίζεται ως τέτοιος από τον νόμο, γραπτό ή άγραφο. Επομένως, η κοινωνία, διά μέσου του νόμου, είναι ήδη παρούσα από την αρχή και αποτελεί τον τρίτο όρο που μεσολαβεί και συνέχει τη δυαδική σχέση γονέα-παιδιού. Ας θυμηθούμε εδώ, τον τρόπο με τον οποίο ο νόμος αναγνώριζε τις γυναίκες, την εποχή του Μαρξ και θα καταλάβουμε το πώς ο νόμος συγκροτεί και συνοδεύει το άτομο καθ' όλη τη ζωή του και σε όλες τις σχέσεις του, και πώς είναι ικανός να οδηγήσει το άτομο στην αυτοκτονία.

Ο γονέας, λοιπόν, επιφορτίζεται με την υποχρέωση να φροντίζει για την ανάπτυξη του μικρού ανθρώπου, παρέχοντάς του όλα εκείνα τα απαραίτητα μέσα για το σκοπό αυτό. όμως, η ανατροφή δε συμβαίνει σε κάποια στυγνή ωφελμιστική βάση· το παιδί δεν λαμβάνει απλά τροφή και νερό. Ταυτόχρονα με αυτά, ενδύεται και όλες τις κοινωνικές σημασίες της εποχής

του. Ο γονέας, με τη φροντίδα του, αναγνωρίζει σε πρώτο χρόνο, ότι το παιδί αξίζει να ζήσει. Πρώτο σκαλοπάτι της αναγνώρισης είναι, με άλλα λόγια, η αναγνώριση της αξίας της ζωής ως τέτοιας. Αυτό επιτελείται καθημερινά, μέσω του βλέμματος, του αγγίγματος, της φωνής και μετέπειτα του λόγου.

Σε δεύτερο χρόνο, ο γονέας θα αναγνωρίσει το παιδί ως μέλος της κοινωνίας εντός της οποίας γεννήθηκε. Πρόκειται για τη δεύτερη φάση αναγνώρισης, όπου τώρα το παιδί όχι μόνο αξίζει να ζει γενικά, αλλά αξίζει να ζει και εντός της κοινωνίας. Είναι ως εάν μια δεύτερη γέννηση να περιμένει το παιδί. Η βάπτισμα, ως τελετή, άλλο δεν κάνει από το να αναπαριστά αυτή τη δεύτερη γέννηση. Για παράδειγμα, στις χριστιανικές βαπτίσεις, ο μικρός άνθρωπος αναγνωρίζεται ως μέλος της εν Χριστώ κοινωνίας. Πέρα από τις όποιες διαφορές στα δόγματα, η βάπτισμα είναι πριν απ' όλα κοινωνικό γεγονός, γι' αυτό και συναθροίζεται όλη η κοινωνία, ώστε να αναγνωρίσει το νέο μέλος της και να του αποδώσει όνομα. Το όνομά μας, δηλαδή αυτό που μας χαρακτηρίζει και μας καθιστά ξεχωριστούς, μας έχει αποδοθεί από άλλους και έχει αξία στο βαθμό που αναγνωρίζεται από τους άλλους.

Πολλές έρευνες έχουν επικεντρώσει την προσοχή τους στο δεσμό, ιδιαίτερα της μητέρας με το παιδί, καθώς και στην ποιότητα αυτού του δεσμού. Η θεωρία του δεσμού όπως περιγράφηκε από τον J. Bowlby (1988) είναι ένα βιολογικά προερχόμενο σύστημα σχέσεων, που χτίζεται ανάμεσα στο βρέφος και στον άνθρωπο που το φροντίζει και έτσι δομείται η μεταξύ τους οικειότητα, εμπιστοσύνη και ασφάλεια μέσα σε ένα μικρόκοσμο που δεν περιλαμβάνει κινδύνους. Αυτό το σύστημα των σχέσεων, όταν δοκιμάζεται από πίεση και αντέχει, ενδυναμώνει το αίσθημα ασφάλειας (ψυχικής και σωματικής) του παιδιού και το οπλίζει με τρόπους ψυχικής λειτουργίας, χαρακτηριστικά προσωπικότητας και εσωτερικά μοντέλα σχέσεων.<sup>58</sup> Μέσα από αυτή την πρώτη αμοιβαία συναλλαγή και αλληλεπίδραση το παιδί δομεί τον εσωτερικό του κόσμο με ασφάλεια, αναπτύσσεται συναισθηματικά και επεκτείνει την ικανότητα του να σχετίζεται και τις συναισθηματικές του επενδύσεις στα υπόλοιπα μέλη της άμεσης οικογένειάς του (πατέρας, αδέρφια) και στη συνέχεια της ευρύτερης οικογένειάς του. Έχουν αναφερθεί οι εξής τύποι δεσμών:

---

<sup>58</sup>Bowlby J., 1988, «A secure base, parent-child attachment and healthy human development», Hogart Press, London, 1988, p.p. 13-17, 19-25, 85-88

**α) ασφαλής δεσμός**

**β) ανασφαλής / αποφευκτικός δεσμός**

**γ) αμφιθυμικός / αντιδραστικός δεσμός**

**δ) ο αγχώδης/αποδιοργανωμένος δεσμός**

Στην έρευνα των Adam, Sheldon - Keller and West (1996), διαπιστώθηκε ότι ο τύπος του δεσμού παίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση του ψυχισμού και συγκεκριμένα στην τάση του να χειρίζεται τα συναισθήματα του στις σχέσεις του με δημιουργικό ή αυτοκαταστροφικό τρόπο, άσχετα με το φύλο. Η λειτουργικότητα και η υγεία του ψυχισμού του ατόμου καθορίζεται ανάλογα με τον τύπο του δεσμού ανάμεσα σε μητέρα και παιδί, δηλαδή όσο αρτιότερος και σταθερότερος ο δεσμός τόσο αρτιότερος και σταθερότερος ο τρόπος, που δομείται ο ψυχισμός του παιδιού. Ειδικά ο τέταρτος τύπος δεσμού: αγχώδης και αποδιοργανωμένος φαίνεται να σχετίζεται με την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, ιδιαίτερα όταν έχει υπάρξει αποχωρισμός, απώλεια ή κακοποίηση κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας. Οποιοδήποτε τραύμα που συνδέεται με το δεσμό θέτει τον ψυχισμό του ατόμου βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα σε κινδύνους.<sup>59</sup>

Σε έρευνα των T. Joiner and D. Rudd διαπιστώνεται ότι οι τύποι δεσμών που δεν είναι ασφαλείς σχετίζονται θετικά με την ύπαρξη αυτοκτονικού ιδεασμού, καθώς και με την επιλογή περισσότερο βίαιων και θανάσιμων μεθόδων αυτοκτονίας. Καθώς οι μη ασφαλείς τύποι δεσμού σχετίζονται με υψηλό αυτοκτονικό ιδεασμό και ο αυτοκτονικός ιδεασμός σχετίζεται θετικά σε υψηλό βαθμό με τις απόπειρες αυτοκτονίας είναι εμφανές ότι οι μη ασφαλείς τύποι δεσμού έχουν επίσης στενή σχέση με αυτές. Πιο συγκεκριμένα, ο ανασφαλής/ αποφευκτικός δεσμός και ο αμφιθυμικός/ αντιδραστικός δεσμός υποδεικνύουν ότι στην κρίσιμη βρεφική ηλικία δεν μπόρεσε εσωτερικά να αναπαρασταθεί μια ισχυρή, ασφαλής και αξιαγάπητη εικόνα εαυτού και συνεπώς τα συναισθήματα της απελπισίας, της

---

<sup>59</sup>Adam, K.S., Sheldon-Keller, A.E, West, M., 1996 «Attachment organization and history of suicidal behavior in clinical adolescents». Journal of Consulting and 2.Clinical Psychology, p.p 252-257, 254-260, 264-272

ανισχυρότητας, της αναξιότητας και η συναισθηματική οδύνη που τα συνοδεύει συμβάλλουν στην αυτοκαταστροφικότητα και αυτοκτονικότητα του ατόμου.<sup>60</sup>

Συνακόλουθα, η ίδια η ταυτότητά μας δομείται διά μέσου του άλλου και έχει αξία στο βαθμό που την αναγνωρίζει ο άλλος. Αυτό σημαίνει ότι, όταν ο άλλος πάψει να αναγνωρίζει την ταυτότητά μας, χάνεται εκείνος ο συγκροτικός πόλος που τη στήριζε και το άτομο ίσως εκπέσει στη ματαιώση, όπως πολύ ορθά το θέτει ο Καναδός φιλόσοφος και θεωρητικός της ταυτότητας Charles Taylor: “Αφού η ταυτότητά μας συγκροτείται εν μέρει από την αναγνώριση ή την απουσία της- και ενίοτε από την εσφαλμένη αναγνώριση που μας επιφυλάσσουν οι άλλοι- ένα άτομο ή μια ομάδα μπορούν να υποστούν σοβαρή ζημιά ή παραμόρφωση, εάν οι άνθρωποι στην κοινωνία που ζουν τους μεταδίδουν την περιοριστική, μειωτική και περιφρονητική εικόνα που διατηρούν γι’ αυτά. Η απουσία αναγνώρισης ή η εσφαλμένη αναγνώριση μπορούν να αποβούν επιζήμιες και να αποτελέσουν μια μορφή καταπίεσης, η οποία καταλήγει στον εγκλωβισμό και σε έναν εσφαλμένο, διαστρεβλωμένο τρόπο ύπαρξης.”<sup>61</sup>

Η θέληση για ζωή μεταδίδεται μέσω της κοινωνικής αναγνώρισης και δεν είναι ούτε αυτονόητη, ούτε εντοπίζεται σε κάποιο ένστικτο επιβίωσης. Ο άνθρωπος μπορεί να χάσει τη θέλησή του για ζωή, ή μπορεί και να παίζει με το θάνατο και να αυτοκτονήσει ακριβώς επειδή δεν έχει ένστικτα. Ο άνθρωπος χρειάζεται, πέρα και πάνω από την υλική επάρκεια, την αναγνώριση στο βλέμμα του άλλου, που θα λάβει τη μορφή της αγάπης και της στοργής, οι οποίες θα αποτελέσουν τις σχέσεις, εντός των οποίων θα δημιουργηθεί η ταυτότητα. Όπως λοιπόν η θέληση για ζωή έχει κοινωνική προέλευση, έτσι και η θέληση για θάνατο, η αυτοκτονία δηλαδή, έχει την ίδια προέλευση.<sup>62</sup>

Μέσα από τη σταθερότητα του κοινωνικού πλαισίου, εντός του οποίου αναπτύσσεται ένα παιδί μπορεί να επιτευχθεί η κοινωνική αναγνώριση. Η σταθερότητα του πλαισίου είναι η βασική συνιστώσα, η οποία δίνει τον τόνο στην κοινωνική αναγνώριση. Το θέμα όμως δεν είναι μέσα σε αυτό το σταθερό πλαίσιο που προσφέρει η οικογένεια να αποφύγουμε τη

---

<sup>60</sup>Rudd M, Joiner T. The assessment, management, and treatment of suicidality: Toward clinically informed and balanced standards of care. Clin Psychology. 1998;5:133–150

<sup>61</sup>Taylor Charles, 1997, Πολυπολιτισμικότητα: εξετάζοντας την πολιτική της αναγνώρισης, Αθήνα, εκδόσεις Πόλις, σελ. 71-72

<sup>62</sup>Taylor Charles, 1997, Πολυπολιτισμικότητα: εξετάζοντας την πολιτική της αναγνώρισης, ό.π., σελ. 84

ματαιώση, αλλά να μάθουμε να την διαχειριζόμαστε, κάτι που ένα σταθερό οικογενειακό πλαίσιο διευκολύνει. Το σταθερό πλαίσιο δεν σημαίνει απαραίτητα ότι θα ανταποκρίνεται πλήρως σε κάποια πρότυπα οικογενειακής αρμονίας, αλλά ότι εντός του δεν υφίστανται απότομες διακυμάνσεις, για παράδειγμα αιφνίδιοι θάνατοι, χωρισμοί, ή ανούσιες τιμωρίες και μια περιρρέουσα συναισθηματική αστάθεια. Επίσης, σταθερό πλαίσιο δε σημαίνει δύσκαμπτο. Χρειάζονται εκείνοι οι συμβιβασμοί και οι υποχωρήσεις, που θα καταστήσουν τις ματαιώσεις πιο ανώδυνες.<sup>63</sup>

Αυτά όμως συμβαίνουν σε διατομικό επίπεδο. Βλέπουμε ότι τα πράγματα σε ευρύτερες κοινωνικές ομάδες είναι κάπως διαφορετικά. Για παράδειγμα μπορεί μια μειονοτική ομάδα να ματαιώνεται και να αποκλείεται από την ευρύτερη κοινωνία, αλλά ταυτόχρονα αναγνωρίζεται ως ομάδα κι ως τέτοια αποκλείεται. Ο ομαδικός αποκλεισμός οδηγεί στη δημιουργία σταθερών κοινωνικών δεσμών εντός της αποκλεισμένης ομάδας, πολλές φορές ιεραρχικών, με αποτέλεσμα το κάθε άτομο της μειονοτικής ομάδας να μεριμνά για την επιβίωσή της και την αλλαγή στην αναγνώρισή της και αυτό αμέσως γεμίζει τη ζωή του με νόημα και σκοπό. Έτσι, μπορεί η μειονοτική ομάδα να ματαιώνεται από την κοινωνία, το κάθε μέλος της όμως, αναγνωρίζεται από τη μειονότητα ως απολύτως απαραίτητο για την ίδια. Για παράδειγμα, μπορεί οι Εβραίοι της εποχής του Ντυρκάιμ να ήταν αποκλεισμένοι σε γκέτο, ο αποκλεισμός, όμως, ως ξεχωριστή ομάδα τους ανάγκασε να αναπτύξουν μια εξαιρετική συνοχή και αυστηρή ρύθμιση, ήτοι ένα σταθερό ενδοομαδικό πλαίσιο, χωρίς απότομες διακυμάνσεις.<sup>64</sup>

Από την άλλη, η ματαιώση γίνεται δυσβάσταχτη για κάποιον όταν αποκλείεται ως άτομο μεμονωμένο, κάτι που υφίσταται κατεξοχήν εντός των κυρίαρχων ομάδων στις σύγχρονες κοινωνίες. Ο κανόνας της κοινωνικής κινητικότητας, χαρακτηριστικό των σύγχρονων κοινωνιών, σημαίνει ότι το κοινωνικό πλαίσιο δεν είναι σταθερό. Ο καθένας μπορεί να ανέλθει, αλλά και να κατέλθει. Όσο πιο ψηλά είναι όμως κάποιος σε ασταθείς συνθήκες, τόσο πιο επώδυνη θα είναι η πτώση. Αυτό σημαίνει ότι το άτομο βρίσκεται διαρκώς εκτεθειμένο σε απότομες διακυμάνσεις στην κοινωνική του ζωή, τις οποίες ίσως δυσκολευτεί

---

<sup>63</sup> Φρόντ Σίγκμουντ, 1909, «Το οικογενειακό μυθιστόρημα των νευρωτικών», επιμ. Παπαχριστόπουλος Ν., Σαμαρτζή, Κ., Πάτρα, 2009, εκδόσεις Opportuna, σελ 21-26.

<sup>64</sup> Berger Peter, 1983, «On the obsolescence of the concept of Honour», στο Revisions: Changing Perspectives in Moral Philosophy, επιμ. Stanley Hauerwas, Alasdair MacIntyre, Notre Dame (Indiana), Notre Dame University Press, σελ. 172-181

να διαχειριστεί, αφού η σύγχρονη κοινωνία το έχει παραμελήσει και παράλληλα έχει αναγάγει τον γενικευμένο ανταγωνισμό και ατομικισμό σε ύψιστη αρετή.<sup>65</sup> Η ανομική αυτοκτονία ανθεί εκεί όπου η κυρίαρχη πλειονότητα αδυνατεί να αναπτύξει αντανεκλαστικά αλληλεγγύης σε κρίσιμες στιγμές, αφού η ίδια η κυριαρχία της την έκανε να επαναπαύεται και τα μέλη της δεν έχουν από που να πιαστούν πλέον.

Ο αποκλεισμός της μειονοτικής ομάδας ως ομάδας, από την κυρίαρχη πλειονότητα, είναι ικανός να αναπτύξει στη μειονότητα αντανεκλαστικά αλληλεγγύης και συνοχής, τα οποία θα σώσουν το άτομο από την αυτοκτονία. Το αναγνωρίζει, όμως, προηγείται του ανήκειν, αφού η ομάδα πρέπει να αναγνωρίσει το άτομο ως άξιο να βρίσκεται στους κόλπους της, προτού το ενσωματώσει.<sup>66</sup>

Οδηγούμαστε έτσι στην προσθήκη άλλων δύο συνιστωσών στη λειτουργία της κοινωνικής αναγνώρισης, το μέγεθος της ομάδας και της αυτοαναγνώρισης, δηλαδή της συνείδησης της ομάδας ότι αποτελεί ομάδα.

Το γεγονός ότι και η κυρίαρχη πλειονότητα είναι επιρρεπής στην αυτοκτονία μας κάνει να υποψιαζόμαστε ότι η επίδραση του μεγέθους της ομάδας παύει από ένα σημείο κι έπειτα. Από τη στιγμή που η πλειονότητα γίνει κυρίαρχη, οποιαδήποτε αύξηση στο μέγεθός της παύει να συμβάλλει στην αυτοαναγνώρισή της ως ομάδα, με αποτέλεσμα να φθίνουν τα δίκτυα συνοχής και αλληλεγγύης και τα μέλη της να αυτοαναγνωρίζονται ως άτομα πλέον, επιρρεπή στην αυτοκτονία.<sup>67</sup>

Θεωρούμε ότι η κοινωνική αναγνώριση αποτελεί τη βασική κοινωνική λειτουργία, η οποία διατηρεί τον άνθρωπο στη ζωή και του μεταδίδει τη θέληση για ζωή. Η αυτοκτονία, δηλαδή η θέληση για θάνατο, είναι πιθανό να επέλθει όταν το υποκείμενο χάσει την αναγνώριση που κάποτε έχαιρε και υποπέσει στη ματαίωση. Οι πιθανότητες και οι τύποι αυτοκτονίας θα εξαρτηθούν από τη σταθερότητα του κοινωνικού πλαισίου, εντός του οποίου ζει το υποκείμενο. Σε ένα δύσκαμπτο κοινωνικό πλαίσιο, όπου το υποκείμενο αναγνωρίζεται με όρους τιμής, τότε ίσως εμφανιστούν αλτρουιστικές και φαταλιστικές αυτοκτονίες. Από

---

<sup>65</sup> Berger Peter, 1983, «On the obsolescence of the concept of Honour», ο.π., σελ. 176

<sup>66</sup> Berger Peter, 1983, «On the obsolescence of the concept of Honour», ο.π., σελ. 177

<sup>67</sup> Berger Peter, 1983, «On the obsolescence of the concept of Honour», ο.π., σελ. 178

την άλλη, σε ένα ασταθές πλαίσιο, όπου το υποκείμενο αναγνωρίζεται με όρους αξιοπρέπειας, δηλαδή στο κυρίαρχο σήμερα υπόδειγμα, θα εμφανιστούν εγωιστικές κι ανομικές αυτοκτονίες.

## **Κεφάλαιο 2: Η αυτοκτονία ως ψυχική νόσος**

Είναι γενικά παραδεκτό ότι η βασική ψυχική ασθένεια που οδηγεί στην αυτοκτονία είναι η κατάθλιψη. Ωστόσο, τι είναι η κατάθλιψη; Η επικρατέστερη επιστημονική άποψη συναινεί στο ότι πρόκειται για βιολογική νόσο, με τρεις βασικούς τύπους: την μείζονα κατάθλιψη, τη δυσθυμία και τη διπολική διαταραχή. Έπεται ότι βιολογική θα είναι και η αντιμετώπισή της, γι' αυτό και απασχολεί ολόκληρο τον κλάδο της ιατρικής και όχι μόνο της ψυχιατρικής.<sup>68</sup>

### **2.1. Η κατάθλιψη ως αιτία αυτοκτονιών**

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 60% των ατόμων που αυτοκτονούν, πριν επιχειρήσουν την ενέργεια υποφέρουν από κατάθλιψη. Το 10% των ατόμων με καταθλιπτικά συμπτώματα καταλήγουν σε αυτοκτονία. Η αυτοκτονία στους καταθλιπτικούς ασθενείς είναι 25 φορές συχνότερη από ότι στο γενικό πληθυσμό.<sup>69</sup>

Για να κατανοηθεί καλύτερα ο όρος σε πρώτο επίπεδο η κατάθλιψη μπορεί να αποτελεί μια φυσιολογική διάθεση ή συναίσθημα θλίψης ως αποτέλεσμα κάποιου σημαντικού για το άτομο γεγονότος (π.χ. θάνατος, σημαντική απώλεια αγαπημένου προσώπου) και μπορεί να διαρκεί για μικρό χρονικό διάστημα. Στην συνέχεια, η κατάθλιψη μπορεί να θεωρηθεί σύμπτωμα που προέρχεται από αντίδραση σε στρεσογόνες καταστάσεις ή ακόμα και μία δευτερογενής αντίδραση ασθενών με οργανικά/ψυχιατρικά προβλήματα. Τέλος, ακόμη ένα ενδεχόμενο εμφάνισης κατάθλιψης στο άτομο είναι με την μορφή μιας ψυχοπαθολογικής διαταραχής/σύνδρομο και έτσι, σε αυτή τη φάση γίνεται λόγος για μία κατάθλιψη με κλινικά

---

<sup>68</sup>Βάρβογλη Λ., 2006, Ερευνώντας τους λαβυρίνθους του εγκεφάλου, Εκδόσεις Καστανιώτη Α.Ε., Αθήνα, σελ. 425.

<sup>69</sup> Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, "First WHO report on suicide prevention", 2014  
<https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/suicide-prevention-report/en/>

συμπτώματα όπου στην Ψυχιατρική ορίζεται ως ψυχική ασθένεια.<sup>70</sup> Αποτελεί μία αντίδραση στην ψυχική ένταση και δεν περιορίζεται σε χώρο και χρόνο, επομένως, δεν διακρίνει το άτομο στο οποίο θα παρουσιαστεί. Όλοι οι άνθρωποι καλούνται να αντιμετωπίσουν εντάσεις στην ζωή τους, τις οποίες άλλοι τις ξεπερνούν και άλλοι τις ξεπερνούν με δυσκολία ή απλά αδυνατούν.<sup>71</sup>

Ο λόγος που αναλύεται η έννοια της κατάθλιψης είναι διότι η καταθλιπτική διαταραχή είναι η κύρια ασθένεια, όπου ο ασθενής καταφεύγει σε αυτοκτονία. Το ποσοστό αυτοκτονικών τάσεων στους καταθλιπτικούς ασθενείς είναι στο 75%, ενώ ένας στους εκατό ασθενείς, κατά τους 12 πρώτους μήνες του καταθλιπτικού επεισοδίου, αυτοκτονεί. Το ποσοστό των 15% ασθενών με κατάθλιψη επαναλαμβανόμενων φάσεων καταλήγει σε αυτοκτονία. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος για να σχεδιάσει ο ασθενής τον τρόπο αυτοκτονίας του βρίσκεται κατά την έναρξη και κατά τη σταδιακή υποχώρηση της νόσου. Άρα τα κύρια χαρακτηριστικά που θέλουν ιδιαίτερη προσοχή είναι να συνοψίζεται η φαρμακευτική αγωγή για τουλάχιστον έξι μήνες μετά τα συμπτώματα βελτίωσης και να παρακολουθείται ο ασθενής.<sup>72</sup>

Έχουν σημειωθεί πολλές στρεσογόνες καταστάσεις και δυσάρεστα γεγονότα που συνήθως συντελούν θετικά ως προς την εκδήλωση συμπτωμάτων κατάθλιψης. Τέτοια γεγονότα και καταστάσεις συχνά αφορούν το πένθος, τη μετανάστευση, την ανεργία, την εμφάνιση σοβαρής σωματικής νόσου, καθώς και πολλές άλλες περιπτώσεις όπως μπορεί να είναι η πρόωμη απώλεια ενός γονέα, η ύπαρξη ιστορικού κακής γονικής συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία του ατόμου, η κοινωνική απομόνωση, το χαμηλό μορφωτικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο, οι κακές συζυγικές σχέσεις και η χηρεία.<sup>73</sup>

Όλα αυτά μπορεί να αποτελούν το έναυσμα και την αφορμή για την εμφάνιση κατάθλιψης. Με την πάροδο του χρόνου όμως, η νόσος “αυτονομείται” και έτσι τα επεισόδια

---

<sup>70</sup>Κλεφτάρας, Γ., 1998, Η κατάθλιψη σήμερα: περιγραφή, διάγνωση, θεωρίες και ερευνητικά δεδομένα, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, σελ. 25

<sup>71</sup>Flach, F. F., 1996, Κατάθλιψη, εκδόσεις Δίοδος, Αθήνα, σελ. 34

<sup>72</sup>Χριστοδούλου, Γ. Ν., 1998, Κατάθλιψη, (2η εκδ.), εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, σελ. 52

<sup>73</sup> Χριστοδούλου, Γ. Ν., 1998, Κατάθλιψη, ό.π., σελ. 72

είναι σε θέση να εκδηλώνονται χωρίς να υπάρχουν κάποια από τα ερεθίσματα που την προκαλούν.<sup>74</sup>

Επιπλέον, με βάση το γνωσιακό μοντέλο (Ευθυμίου, 2002), η ιδιοσυγκρασία του κάθε ατόμου απέναντι σε κάποιο δυσάρεστο γεγονός και γενικότερα ο τρόπος σκέψης και αντίληψης των πραγμάτων αποτελεί παράγοντα που συμβάλλει στην εμφάνιση συμπτωματολογίας.<sup>75</sup>

Αξιίζει να σημειωθεί πως τα άτομα που εμφανίζουν κάποιου είδους δυσλειτουργικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας έχουν μεγαλύτερη προδιάθεση εμφάνισης κατάθλιψης.<sup>76</sup>

Ο κύριος περιβαλλοντικός παράγοντας που μπορεί να συμβάλει στην εμφάνιση της κατάθλιψης είναι τα διάφορα στρεσογόνα γεγονότα (ανεργία, πένθος, διαζύγια), τα οποία διακρίνοντας σε τέσσερις άξονες. Τα οικογενειακά, τα ψυχοπιεστικά, τα κοινωνικοπολιτισμικά και τα βιολογικά γεγονότα.<sup>77</sup>

Ο συνδυασμός περιβαλλοντικών και γενετικών παραγόντων παρουσιάζει τροποποίηση του συναισθήματος της ευαισθησίας σε διάφορα γεγονότα, που μπορεί να συμβούν στη ζωή, με αποτέλεσμα να εκδηλωθεί πιο εύκολα το καταθλιπτικό επεισόδιο.<sup>78</sup>

### **Μείζων κατάθλιψη**

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5), τα κύρια συμπτώματα της μείζονος κατάθλιψης είναι τα εξής:

1. καταθλιπτική διάθεση κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας,
2. μεγάλη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης για όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες,

---

<sup>74</sup> Χριστοδούλου, Γ. Ν., 1998, Κατάθλιψη, ό.π., σελ. 79

<sup>75</sup> Πολυκανδριώτη, Μ., & Στεφανίδου Σ., Κατάθλιψη σε μη ψυχιατρικούς ασθενείς, Οκτώβριος- Δεκέμβριος 2013, Επιστημονικό περιοδικό “Το βήμα του Ασκληπιού”, σελ. 397 – 408.

<sup>76</sup> Πολυκανδριώτη, Μ., & Στεφανίδου Σ., Κατάθλιψη σε μη ψυχιατρικούς ασθενείς, ό.π., σελ. 397 – 408.

<sup>77</sup> Χριστοδούλου, Γ. Ν., 1998, Κατάθλιψη, ό.π., σελ. 83

<sup>78</sup> Χριστοδούλου, Γ. Ν., 1998, Κατάθλιψη, ό.π., σελ. 124

3. σημαντική μείωση ή αύξηση του βάρους (πάνω από 5% σε ένα μήνα) ή αυξομειώσεις στην όρεξη σχεδόν καθημερινά,
4. αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν καθημερινά,
5. ψυχοκινητική αναστολή ή παρόρμηση σχεδόν καθημερινά,
6. αίσθημα κούρασης καθημερινά,
7. αισθήματα απαξίωσης ή υπερβολικής ενοχής,
8. ελαττωμένη ικανότητα σκέψης ή συγκέντρωσης,
9. αυτοκτονικός ιδεασμός ή απόπειρα αυτοκτονίας με ή χωρίς πλάνο.

Για να τεθεί η διάγνωση της μείζονος κατάθλιψης απαιτούνται τουλάχιστον πέντε από τα παραπάνω συμπτώματα να έχουν διάρκεια πάνω από δύο εβδομάδες, με κύρια έμφαση στα δύο πρώτα.<sup>79</sup>

### **Δυσθυμία**

Για τη διάγνωση της δυσθυμίας, ή αλλιώς της επίμονης (persistent) καταθλιπτικής διαταραχής, απαιτείται η επιμονή της καταθλιπτικής διάθεσης για πάνω από δύο χρόνια στους ενήλικες ή για τουλάχιστον ένα χρόνο σε παιδιά ή ανήλικους. Επίσης, μέσα στο παραπάνω διάστημα θα πρέπει να έχει παρατηρηθεί επιμονή για πάνω από δύο μήνες των εξής συμπτωμάτων:

1. ανορεξία ή βουλιμία,
2. αϋπνία ή υπερυπνία,
3. χαμηλή ενέργεια ή κούραση,
4. χαμηλή αυτοεκτίμηση,
5. αδυναμία συγκέντρωσης ή λήψης αποφάσεων,

---

<sup>79</sup>American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), 5<sup>th</sup> ed, American Psychiatric Publishing, Washington DC, London, England, 2013, σελ. 160-161

6. αισθήματα απελπισίας.<sup>80</sup>

### Διπολική διαταραχή

Η διπολική διαταραχή είναι η νέα ονομασία της μανιοκατάθλιψης κι αποτελείται από δύο τύπους. Στον πρώτο τύπο (bipolar I), παρουσιάζεται μανιακό επεισόδιο, ήτοι μια έντονη κι ευερέθιστη διάθεση, η οποία επιμένει για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας για πάνω από μια εβδομάδα και εμφανίζει τα εξής συμπτώματα:

1. αυξημένη αυτοπεποίθηση και μεγαλομανία,
2. μειωμένη ανάγκη για ύπνο,
3. υπερβολική φλυαρία,
4. ασυναρτησία σκέψεων,
5. απόσπαση προσοχής,
6. υπερδραστηριότητα (κοινωνική, εργασιακή ή σεξουαλική) ή ψυχοκινητική παρόρμηση (συνήθως άσκοπη),
7. έντονη εμπλοκή σε δραστηριότητες με υψηλή πιθανότητα επώδυνων συνεπειών (αναφέρονται ενδεικτικά η καταναλωτική μανία, η σεξουαλική αδιακρισία και οι ανόητες (foolish) επιχειρηματικές επενδύσεις, όχι όμως η απόπειρα αυτοκτονίας).

Για τη διάγνωση της διπολικής διαταραχής I είναι απαραίτητο το μανιακό επεισόδιο να προηγείται ή να ακολουθείται από υπομανιακά (θα δούμε στη συνέχεια τα χαρακτηριστικά τους) ή μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια, τα συμπτώματα των οποίων παραθέσαμε παραπάνω.

Στον δεύτερο τύπο διπολικής διαταραχής (bipolar II) παρατηρείται υπομανιακό επεισόδιο. Τα συμπτώματά του είναι ακριβώς τα ίδια με εκείνα του μανιακού επεισοδίου, ωστόσο δεν είναι τόσο έντονα, ώστε να προκαλέσουν σοβαρή κοινωνική ή εργασιακή δυσλειτουργία και διαρκούν τουλάχιστον τέσσερις συνεχόμενες μέρες. Κι εδώ, για τη διάγνωση της διπολικής

---

<sup>80</sup>American Psychiatric Association, 2013, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), 5<sup>th</sup> ed, ό.π., σελ. 168

διαταραχής II απαιτείται να πληρούνται τα κριτήρια του υπομανιακού και του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου.<sup>81</sup>

Σύμφωνα με το ταξινομικό σύστημα διαγνωστικών κριτηρίων ψυχιατρικών διαταραχών (DSM-IV) η αυτοκτονία δεν προβλέπεται ως ανεξάρτητη ψυχική διαταραχή, αλλά ως σύμπτωμα του Μείζονος Καταθλιπτικού επεισοδίου και της Οριακής Μεταιχμιακής Διαταραχής Προσωπικότητας.<sup>82</sup>

Ωστόσο, η αυτοκτονία δεν ανήκει στις διαταραχές της διάθεσης και δεν σχετίζεται αποκλειστικά με την κατάθλιψη. Συνδέεται όμως, με αυτήν σε μεγαλύτερο βαθμό από οποιαδήποτε άλλη ψυχική διαταραχή και συγκεκριμένα άπτεται περισσότερο της ήπιας μορφής κατάθλιψης, από ότι της βαριάς. Αυτό συμβαίνει κυρίως γιατί οι πάσχοντες από βαριά κατάθλιψη δεν έχουν τη βούληση να υλοποιήσουν αυτό που νιώθουν, γι' αυτό και πολλές φορές τα άτομα με κατάθλιψη αυτοκτονούν συνήθως όταν έχουν αρχίσει να αντιμετωπίζουν την κατάθλιψή τους. Σε αυτό το σημείο, η παρορμητικότητα και η κινητοποίησή τους έχουν αυξηθεί, αλλά υπάρχει ακόμα η απελπισία.<sup>83</sup>

Για την εξήγηση των αιτίων που προκαλούν την κατάθλιψη η βασική επιστημονική μελέτη εστιάζει στους νευροχημικούς παράγοντες. Η υπόθεση της μονοαμινεργικής ανεπάρκειας, υποστηρίζει ότι η κατάθλιψη οφείλεται στην «ανεπαρκή λειτουργία των νορεπινεφρινεργικών και σεροτονινεργικών απολήξεων». Επίσης, η υπόθεση των βιολογικών μεταβολών ανάγει την κατάθλιψη «στις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της νορεπινεφρίνης και 5-HT στη συναπτική σχισμή των αντίστοιχων συνάψεων» και η υπόθεση της αυτορρύθμισης των υποδοχέων εντοπίζει την κατάθλιψη στις μοριακές βιοχημικές διεργασίες.<sup>84</sup>

Υποστηρίζεται ότι οι βασικοί νευροδιαβιβαστές που παίζουν το σημαντικότερο ρόλο στην εκδήλωση της κατάθλιψης είναι η νοραδρεναλίνη και η σεροτονίνη. Οπότε, η ενίσχυση της

---

<sup>81</sup>American Psychiatric Association, 2013, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), 5<sup>th</sup> ed, ό.π., σελ. 132-133

<sup>82</sup>Μπελεγρίνος, Σ., Ζάχαρης, Θ., & Φραδέλος, Ε., (2014) Η αυτοκτονία ως κοινωνικό και ψυχολογικό φαινόμενο. Επιστημονικά Χρονικά, 19 (4), Αθήνα, (σελ. 370-379).

<sup>83</sup>Καλαντζή-Αζίζι, Α. & Ευσταθίου, Γ., Διαταραχές διάθεσης. Στο Α. Καλαντζής- Αζίζι & Γ. Ευσταθίου (επιμ.). Κλινική Ψυχολογία και ψυχοπαθολογία, εκδόσεις Πεδίο, Αθήνα, 2010, σελ. 138-148 & 377-397

<sup>84</sup>Βάρβογλη Λ., 2006, Ερευνώντας τους λαβυρίνθους του εγκεφάλου, Εκδόσεις Καστανιώτη Α.Ε., Αθήνα, σελ. 412-413

νευροδιαβιβαστικής τους δραστηριότητας θα οδηγήσει στην καταπολέμησή της. Γίνεται έτσι φανερό, ότι η αιτιότητα της κατάθλιψης ανάγεται στις εγκεφαλικές λειτουργίες. Κατ' επέκταση, στην αυτοκτονία πρόκειται για την αυτοκαταστροφική εκείνη συμπεριφορά που προκαλείται από τη δυσλειτουργία των εγκεφαλικών συνάψεων.<sup>85</sup>

Για τη θεραπεία της κατάθλιψης, η δημοφιλέστερη μέθοδος είναι η χορήγηση αντικαταθλιπτικών χαπιών, όπως τα τρικυκλικά ή οι πιο διαδεδομένοι σήμερα εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs). Τα χάπια αυτά έχουν την ικανότητα να επενεργούν απευθείας στις νευρωνικές συνάψεις και σε βάθος χρόνου ο ασθενής ενδέχεται να ανακουφιστεί από το ψυχικό άλγος.<sup>86</sup>

Ωστόσο, η χορήγηση αντικαταθλιπτικών δε μοιάζει να είναι χωρίς προβλήματα. Πιο συγκεκριμένα, δεν είναι σαφές το γιατί, ενώ επιδρούν άμεσα στις συνάψεις, το θεραπευτικό αποτέλεσμα εμφανίζεται μετά από τρεις έως έξι εβδομάδες, καθώς επίσης ένα μεγάλο ποσοστό καταθλίψεων δεν ανταποκρίνεται στην φαρμακευτική δράση. Παράλληλα, έχει παρατηρηθεί πως η χορήγησή τους σε παιδιά και εφήβους, ενδέχεται να αυξήσει την επιθετικότητα, αλλά και τις τάσεις αυτοκτονίας. Επιπλέον, η συνταγογράφησή τους είναι χαλαρή, γεγονός που θέτει σε αμφισβήτηση τόσο το αποτελεσματικό όσο και το ηθικό της όλης υπόθεσης. Επίσης, έχει υποστηριχθεί ότι και τα placebo χάπια είναι εξίσου αποτελεσματικά.<sup>87</sup>

Μάλιστα, ακόμη και η ίδια η υπόθεση, του πιο σημαντικού νευροδιαβιβαστή, της σεροτονίνης, μοιάζει προβληματική. Το σκεπτικό πίσω από την σεροτονίνη ως αιτία της κατάθλιψης είναι το εξής: εφόσον λειτουργούν (αν κι όποτε) οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης, αναδρομικά λέμε, ότι η σεροτονίνη είναι το κλειδί για την εξήγηση των αιτιών της κατάθλιψης. Όπως όμως πολύ έξυπνα επισημαίνουν οι Αμερικάνοι ψυχίατροι Lacasse και Leo, με αυτό το σκεπτικό θα έπρεπε να παραδεχτούμε και την πτώση των επιπέδων ασπιρίνης ως αιτία των πονοκεφάλων, αφού η ασπιρίνη λειτουργεί. Ακόμη, επισημαίνουν,

---

<sup>85</sup>Βάρβογλη Λ., 2006, Ερευνώντας τους λαβυρίνθους του εγκεφάλου, ό.π., σελ. 412-413

<sup>86</sup>Βάρβογλη Λ., 2006, Ερευνώντας τους λαβυρίνθους του εγκεφάλου, ό.π., σελ. 413

<sup>87</sup>Parascakis A, Michopoulos I., Christodoulou C., Koutsaftis F., Douzenis A., 2016, «Psychiatric Medication Intake in Suicide Victims: Gender Disparities and Implications for Suicide Prevention», στο Journal of Forensic Sciences, σελ. 2, doi: 10.1111/1556-4029.13195

ότι δεν υπάρχει κάποιο επιστημονικά αποδεκτό ιδανικό «χημικής ισορροπίας» της σεροτονίνης, ώστε να μπορούμε να κάνουμε λόγο για «χημική ανισορροπία».<sup>88</sup>

Αν μάλιστα λάβουμε υπόψιν μας το ότι μεταξύ 1979 και 1996 επταπλασιάστηκε ο αριθμός των διαγνώσεων ατόμων με κατάθλιψη,<sup>89</sup> καθώς και ότι, μόνο στις ΗΠΑ, από το 1996 έως το 2002 πενταπλασιάστηκε η φαρμακευτική αγωγή αντιψυχωτικών σε παιδιά, θα πρέπει να αναρωτηθούμε σοβαρότερα για το επιστημονικό υπόβαθρο αυτής της επιδημίας της κατάθλιψης.<sup>90</sup>

## 2.2. Το κοινωνικό πλαίσιο της κατάθλιψης

Μέσα σε ποιο κοινωνικό πλαίσιο αναδύθηκε και εξαπλώθηκε η επιδημία της κατάθλιψης, αλλά και η συζήτηση γύρω από αυτήν; Αν στο τέλος του 19ου αιώνα κυριαρχούσαν οι μεγάλες υστερίες και γενικότερα οι νευρώσεις, γιατί στο τέλος του 20ου κυριαρχεί η κατάθλιψη; Οι νευρώσεις ήταν συμπτώματα-απαντήσεις στα πρώτα μεγάλα επιτεύγματα της βιομηχανικής επανάστασης. Η καπιταλιστική οργάνωση της κοινωνίας προσέφερε στο άτομο τέτοιες δυνατότητες και ευκαιρίες, που κανένα άλλο σύστημα δεν είχε προσφέρει μέχρι τότε. Το άτομο, μπροστά σε αυτόν τον πρωτοφανή δυναμισμό βρισκόταν αντιμέτωπο με ερεθίσματα, τα οποία δεν μπορούσε να αντέξει χωρίς επιπτώσεις στο νευρικό του σύστημα. Η σύγκρουση μεταξύ απόλαυσης και ενοχής λόγω απόλαυσης ερχόταν να εκφραστεί στο σώμα ως σύμπτωμα.<sup>91</sup>

Αυτό ήταν μόνο η αρχή. Μετά από έναν αιώνα και μέσα από εξαιρετικά οδυνηρές για την ανθρωπότητα εμπειρίες, περάσαμε στη μετανεωτερικότητα, ή στο «υπερμοντέρνο», όπως το

---

<sup>88</sup>Parascakis A, Michopoulos I., Christodoulou C., Koutsaftis F., Douzenis A., 2016, «Psychiatric Medication Intake in Suicide Victims: Gender Disparities and Implications for Suicide Prevention» ό.π., σελ. 2

<sup>89</sup>Gori Roland, Del Volgo Marie-Jose, «Από την κοινωνία της νόρμας στην διαχειριστική αντίληψη της φροντίδας», στο Υγεία, ασθένεια και κοινωνικός δεσμός, επιμ. Παπαχριστόπουλος Νίκος, Σαμαρτζή Κυριακή, 2<sup>η</sup> έκδοση, εκδόσεις Opportuna, Πάτρα 2015, σελ. 420

<sup>90</sup>Jaudel Nathale, «Τι νέα από την Αμερική;», στο Υγεία, ασθένεια και κοινωνικός δεσμός, επιμ.

Παπαχριστόπουλος Νίκος, Σαμαρτζή Κυριακή, 2<sup>η</sup> έκδοση, Πάτρα, 2015, εκδόσεις Opportuna, σελ. 63

<sup>91</sup>Assoun Paul-Laurent, «Η απόλαυση της δυσφορίας. Το υπερμοντέρνο υπό την οπτική της ψυχανάλυσης», στο Υγεία, ασθένεια και κοινωνικός δεσμός, επιμ. Παπαχριστόπουλος Νίκος, Σαμαρτζή Κυριακή, 2<sup>η</sup> έκδοση, Πάτρα, 2015, εκδόσεις Opportuna, σελ. 34

ονομάζει ο Γάλλος ψυχαναλυτής Assoun. Η διαρκής επαναστατικοποίηση των παραγωγικών δυνάμεων, η πρόοδος στις επιστήμες και την τεχνολογία με την παράλληλη αποσύνθεση των όποιων σταθερών κοινωνικών θεμελίων που κληροδότησαν οι προνεοτερικές κοινωνίες, παρήγαγαν ένα νέο κοινωνικό υποκείμενο στις δυτικές κοινωνίες.

Ο εαυτός και η ατομική ταυτότητα έγιναν οι ύψιστες αξίες που αξιώνουν την υπεράσπιση από το άτομο και το εμπλέκουν σε κάποια συλλογική δράση. Ζητούμενο πάνω απ' όλα είναι η διεκδίκηση και η διατήρηση μιας ατομικής απόλαυσης. Σύμφωνα με τον Assoun: «το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του υπερμοντέρνου, αναμφιβόλως, είναι η κυριαρχία του λόγου της απόλαυσης». Ο σημερινός καπιταλισμός βομβαρδίζει το άτομο με αντικείμενα απόλαυσης. Με άλλα λόγια, η απόλαυση έχει ανταλλακτική αξία· είναι το καλύτερο εμπόρευμα. Μια γενικευμένη υπερβολή κατακλύζει το άτομο, το οποίο εγκαλείται να απολαύσει. Ωστόσο, ο Assoun προειδοποιεί ότι η υπερβολή υποκρύπτει μια δυσκολία προς απόλαυση.<sup>92</sup>

Αν οι ουτοπίες του 19<sup>ου</sup> αιώνα υπόσχονταν την τέλεια κοινωνία, η σημερινή ουτοπία υπόσχεται την πρόσβαση σε μια τέλεια, α-κοινωνική απόλαυση, παραγκωνίζοντας τον κοινωνικό άλλον ή μετατρέποντάς τον σε στήριγμα επίτευξης της απόλαυσης. Το άτομο εμπλέκεται σε αυτό το κινήγι της απόλαυσης, η οποία φαντάζει πλέον εφικτή. Όμως, η απόλαυση δεν έρχεται. Η απόλαυση, όπως μας έδειξε ο Φρόιντ και μετέπειτα ο Λακάν, μοιάζει με το παράδοξο του Αχιλλέα και της χελώνας: μπορούμε να την προσπεράσουμε, αλλά δε θα την φτάσουμε. Όλοι οι προηγούμενοι πολιτισμοί μπορούν να ιδωθούν ως ευφάνταστες προσπάθειες απόκρυψης αυτού του παράδοξου. Μόνο ο σημερινός υπόσχεται ανοιχτά ότι μπορεί να το καταλύσει.<sup>93</sup>

Υπάρχει μια δομική δυσκολία προς την επίτευξη της απόλαυσης, ακριβώς επειδή η καλλιέργεια της φαντασίωσης της απόλαυσης δεν είναι παρά επίπτωση του νόμου. Ένα αυστηρά ελεγχόμενο και σταθερό κοινωνικό περιβάλλον μπορεί εκ πρώτης όψεως να μοιάζει ότι περιορίζει το άτομο από την πρόσβαση σε μια απόλαυση, ταυτόχρονα όμως ο ίδιος ο περιορισμός συμβάλλει στην καλλιέργεια και στη διατήρηση της φαντασίωσής της. Από τη

---

<sup>92</sup>Assoun Paul-Laurent, “Η απόλαυση της δυσφορίας”. ό.π., σελ. 43-45

<sup>93</sup>Assoun Paul-Laurent, “Η απόλαυση της δυσφορίας”. ό.π., σελ. 46

δεκαετία του 1970, όμως, και με την αποτυχία των τελευταίων μεγάλων πολιτικών κινημάτων, οι δυτικές κοινωνίες όχι μόνο δεν περιορίζουν την απόλαυση, αλλά και εγκαλούν το υποκείμενο (ως άτομο πάντα) να απολαύσει, προσφέροντάς του ποικιλόμορφες δυνατότητες. Αυτό επουδενί δεν σημαίνει ότι οι σύγχρονες κοινωνίες δεν έχουν νόμους και δεν ρυθμίζονται, απλώς έχει αλλάξει ο τρόπος έγκλισης του ατόμου από την κοινωνία. Από εκεί που απαιτούνταν να κοινωνικοποιηθεί το άτομο, βγαίνοντας από το κλειστό ναρκισσιστικό του κύκλωμα και να ανοιχτεί προς τον άλλον και προς ένα σκοπό, περάσαμε στην εξατομίκευση του κοινωνικού, όπου δημοφιλείς έννοιες, όπως «αυτοβελτίωση», «προσωπική ανάπτυξη» και «εαυτός» δεν είναι παρά οι ενσωματωμένες από το άτομο κοινωνικές επιταγές, οι οποίες παραγνωρίζονται ως ατομικές κι άλλο δεν κάνουν από το να το προσαρμόζουν στο υφιστάμενο κοινωνικό σύστημα. Σε αυτό το καθόλα επιτρεπτικό πλαίσιο, η απόλαυση αλλάζει καθεστώς και μοιάζει εφικτή. Τη στιγμή όμως που πάμε να την αγγίξουμε εκεί όπου μας υποσχέθηκαν ότι θα την βρούμε, αυτή μετατίθεται όλο και πιο μακριά, σαν το μαρτύριο του Ταντάλου, επειδή η χειροπιαστή εκπλήρωσή της στην κοινωνική πραγματικότητα πάντα θα είναι υποδεέστερη της φανταστικής της υπόσχεσης. Κατ' επέκταση όσο πιο πολύ «απολαμβάνει» το άτομο, τόσο περισσότερο εκτίθεται στη ματαιώση που την επακολουθεί και τόσο ανικανοποίητο θα νιώθει. Δεν είναι τυχαίο ότι οι ψυχαναλυτές σήμερα αναφέρουν ότι οι αναλυόμενοι παραπονούνται για τις ενοχές που νιώθουν, επειδή δεν απολαμβάνουν, ενώ στην εποχή του Φρόιντ ένιωθαν ενοχές ακριβώς επειδή απολάμβαναν πάρα πολύ.<sup>94</sup>

Αυτή η δομική δυσκολία προς απόλαυση γίνεται αντιληπτή με όρους προσωπικής ανεπάρκειας και ανικανότητας, ή «ανηδονίας» με ψυχιατρικούς όρους. Μην έχοντας πια από κάπου να πιαστεί, το άτομο, κορεσμένο και μονίμως ανικανοποίητο, έρχεται αντιμέτωπο με το εξαιρετικά δημοφιλές, πλέον, και γνώριμο στην κατάθλιψη, κενό. Το κενό σηματοδοτεί την απουσία εκείνων των κοινωνικών στυλοβατών που υποβαστούσαν το άτομο και ρύθμιζαν την απόλαυσή του. Μια καλή οπτική μεταφορά του κενού θα ήταν η περίφημη σκιηνή από τα παιδικά καρτούν, όπου μια γάτα, ενώ έχει ξεπεράσει κατά πολύ το χείλος του γκρεμού, συνεχίζει αμέριμνη και ναρκισσευόμενη την πορεία της στον αέρα, ώσπου ξαφνικά κοιτάζει κάτω, αντικρίζει το κενό και τότε είναι που αρχίζει η πτώση. Έτσι και το σύγχρονο υποκείμενο, παρασύρθηκε από το κυνήγι της απόλαυσης και με διαλυμένους κοινωνικούς

---

<sup>94</sup>Assoun Paul-Laurent, “Η απόλαυση της δυσφορίας”. ό.π., σελ. 49-51

δεσμούς συνεχίζει την πορεία του έχοντας μείνει μετέωρο. Το αντίκρισμα του κενού δεν είναι παρά η συνειδητοποίηση της κοινωνικής ματαιώσης· διαδικασία, η οποία είχε ξεκινήσει προ πολλού.<sup>95</sup>

### **2.3. Η ιατρικοποίηση της ύπαρξης**

Ο σύγχρονος άνθρωπος με τις εκκλήσεις του για ευτυχία, ή αλλιώς για απόλαυση, συμβάλλει στην εδραίωση της ιατρικοποίησης. Η συζήτηση για την κατάθλιψη εντάσσεται στο ευρύτερο πλαίσιο της ιατρικοποίησης της ύπαρξης. Πρόκειται για όρο των κοινωνικών επιστημών της δεκαετίας του '70 και περιγράφει τη διαδικασία κατά την οποία «ορισμένα φαινόμενα προσδιορίζονται ως ιατρικά προβλήματα και εξηγούνται με όρους υγείας και ασθένειας» και, επακόλουθα, η διαχείρισή τους επαφίεται στους ειδικούς των διαφόρων κλάδων της ιατρικής.<sup>96</sup> Δημιουργείται έτσι ένα αλληλοτροφοδοτούμενο από την ιδεολογία της ευτυχίας δίκτυο μεταξύ επιστήμης, σύγχρονου καπιταλισμού και καθημερινού ανθρώπου. Η ιατρικοποίηση βρήκε πρόσφορο έδαφος να αναδυθεί και να επεκταθεί μέσα από τις αργόσυρτες διαδικασίες της απομάγευσης και του εξορθολογισμού της κοινωνικής ζωής. Πρόκειται για την απομάκρυνση της ιατρικής από τα στενά όρια της θεραπείας και την εξάπλωσή της στους τομείς της πρόληψης, της βελτίωσης, αλλά και της επαγρύπνησης για την υγεία. Αναμφίβολα, συνέβαλε στην αποστιγματοποίηση κυρίως των ψυχικά ασθενών και στην αντιμετώπισή τους με περισσότερο ανθρωπιστικό τρόπο, ωστόσο η ιατρικοποίηση παρουσιάζει και μια διαστροφική συνιστώσα. Το διαστροφικό της έγκειται στο ότι μακράν του να αποπνέει ασφάλεια στα άτομα και να τα κάνει να νιώθουν υγιή, τα μετατρέπει σε «δυνητικούς ασθενείς»,<sup>97</sup> μεταδίδοντας μια μόνιμη απειλή έκπτωσης στο χώρο της ασθένειας και μια διαρκή ανασφάλεια. Έτσι, η ιατρικοποίηση φτάνει να επεμβαίνει σε κάθε έκφανση της ύπαρξης, έως το πιο μύχιο και καθημερινό συνάμα. Μια μικρή αύξηση στις τιμές της χοληστερίνης είναι ικανή να γεμίσει το άτομο άγχος και να αποταθεί σε ειδικό.

---

<sup>95</sup>Assoun Paul-Laurent, «Η απόλαυση της δυσφορίας». ό.π., σελ. 53

<sup>96</sup>Ανδριάκαινα Ελένη, «“Ιατρικοποίηση”: από την σωτηρία της ψυχής στην θεραπεία του σώματος», στο Υγεία, ασθένεια και κοινωνικός δεσμός, επιμ. Παπαχριστόπουλος Νίκος, Σαμαρτζή Κυριακή, 2<sup>η</sup> έκδοση, Πάτρα, 2015, εκδόσεις Opportuna, σελ. 461

<sup>97</sup>Gori Roland, Del Volgo Marie-Jose, 2015, «Από την κοινωνία της νόρμας στην διαχειριστική αντίληψη της φροντίδας», ό.π. σελ 433

Ο δρόμος προς την ευτυχία, όμως, περνά από αυτό που ο Βεργέτης χαρακτηρίζει «απορριπτικό αποκλεισμό του υποκειμένου», <sup>98</sup> ο οποίος αποτελεί την άλλη σημαντική επίπτωση της ιατροκοποίησης. Σε όλα τα παραπάνω, ο τελευταίος που έχει λόγο είναι το ίδιο το υποκείμενο. Ο ψυχίατρος δεν συνομιλεί με ένα υποκείμενο με παρελθόν, με ασυνείδητες συγκρούσεις και επιθυμίες, αλλά με συναπτικές μεμβράνες και μοριακές δομές. Η απάντηση, λοιπόν, στο αίτημα για ευτυχία και απόλαυση είναι κωδικοποιημένη σε μια μοριακή δομή, η οποία με τη σειρά της ενθυλακώνεται σε ένα χάπι. Ως αποτέλεσμα, ο γιατρός μετατρέπεται σε «διανομέα, αιχμάλωτο της λογικής της αγοράς, στην υπηρεσία της εξουσίας των τεχνοεπιστημών», όπως είχε πει ο Λακάν ήδη από το 1966. <sup>99</sup>

Ο απορριπτικός αποκλεισμός του υποκειμένου εδραιώνεται και με τις ευλογίες του ίδιου του ατόμου. Η διαρκώς ενισχυόμενη ναρκισσιστική ενασχόληση με τον εαυτό οδήγησε στον αποκλεισμό του κοινωνικού άλλου από την ιστορία του ατόμου και ταυτόχρονα στον αποκλεισμό του υποκειμένου του ασυνειδήτου. Όταν το άτομο στρέφεται στα χάπια για την ανακούφιση της αδιαμφισβήτητης δυσφορίας του, δεν συνδιαλέγεται ούτε με την κοινωνία του, ούτε με την ιστορία του, αλλά μόνο με μοριακές δομές. Παρατηρούμε εδώ, μια παράδοξη συμπαιγνία μεταξύ υποκειμενικότητας και αντικειμενικότητας, όπου, στρεφόμενο προς το εσωτερικό του, το άτομο συναντά το πραγματικό των εγκεφαλικών συνάψεων.

Ως συνέπεια, το αίτημα για θεραπεία και αποκατάσταση της ικανότητας προς απόλαυση καταλήγει στο αντίθετό του: στην διαιώνιση της δυσφορίας. Αντί να αναλογιστούμε τι συμβαίνει και παράγονται τόσες πολλές δυσφορίες σε κοινωνικό επίπεδο, αφήνουμε τις κοινωνικές συνθήκες ως έχουν και στρεφόμαστε στις εγκεφαλικές συνάψεις των ποντικών για να βρούμε την απάντηση. <sup>100</sup>

Αν η κατάθλιψη είναι ασθένεια που απορρέει από τη δυσλειτουργία των εγκεφαλικών συνάψεων, τότε και η αυτοκτονία δεν είναι παρά αποτέλεσμα αυτής της δυσλειτουργίας. Συνεπώς, η αυτοκτονία χάνει το καθεστώς της ως ηθελημένος θάνατος και μετατρέπεται σε

---

<sup>98</sup>Βεργέτης Δημήτρης, 2015, «Λακάν και Φουκώ: τα νέα συμπτώματα», στο Ψυχανάλυση και κοινωνικά συμπτώματα, επιμ. Παπαχριστόπουλος Νίκος, Πάτρα: Opportuna, σελ. 210

<sup>99</sup>Pierra-Guillot Valerie, «Η ιατρική επιστήμη και το φάρμακο», στο Υγεία, ασθένεια και κοινωνικός δεσμός, επιμ. Παπαχριστόπουλος Νίκος, Σαμαρτζή Κυριακή, 2<sup>η</sup> έκδοση, Πάτρα, 2015, εκδόσεις Opportuna, σελ. 153-154

<sup>100</sup>Gori Roland, Del Volgo Marie-Jose, 2015, «Από την κοινωνία της νόρμας στην διαχειριστική αντίληψη της φροντίδας», ό.π. σελ. 423-424

απόρροια μιας εκφυλιστικής διαδικασίας του εγκεφάλου, επί της οποίας ο αυτόχειρας, ως άλλος υπονοβάτης, δεν έχει καμία εξουσία. Το αν ο υποψήφιος αυτόχειρας επιλέξει την δημόσια ή μυστική εκτέλεση της πράξης του, το αν τη σχεδιάζει επί μακρό ή αποτελεί πράξη εν βρασμώ, το αν την επικοινωνήσει σε άλλους (σε ποιους και με ποιο τρόπο) ή όχι, καθώς και το ποιο μέσο θα επιλέξει, είτε είναι άνευ σημασίας, είτε εξηγούνται όλα μέσω των επιπέδων πρόσληψης σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης.<sup>101</sup>

Ούτως ή άλλως, ο θάνατος εντός της διαδικασίας της ιατρικοποίησης της ύπαρξης έχει μετατραπεί σε ένα απαράδεκτο γεγονός και αυτό το καταμαρτυρούν, μεταξύ άλλων, τόσο η τάση μας να μην αποδεχόμαστε ούτε το θάνατο από «φυσικά αίτια», όσο και οι εξελίξεις της σύγχρονης κρυογενετικής που υπόσχεται τη δυνατότητα αιώνιας ζωής. Με τον παράλληλο αποκλεισμό του κοινωνικού και του υποκειμένου του ασυνειδήτου από το σκηνικό της ύπαρξης, η ίδια η ζωή μετατρέπεται σε αποτέλεσμα της εύρυθμης χημικής λειτουργίας του εγκεφάλου και του σωματικών λειτουργιών εν γένει. Αν κάποια απόκλιση στις τιμές δημιουργήσει την αδιανόητη επιθυμία για θάνατο, δεν έχουμε παρά να χορηγήσουμε την κατάλληλη ουσία και το άτομο θα είναι πάλι ικανό να απολαμβάνει και να καταναλώνει όπως πρέπει.<sup>102</sup>

Με άλλα λόγια, αν η αυτοκτονία δεν ανήκει στον αυτόχειρα, αλλά στους νευροδιαβιβαστές του, τότε δεν του ανήκει ούτε η ζωή.

---

<sup>101</sup>Pierra-Guillot Valerie, «Η ιατρική επιστήμη και το φάρμακο», στο στο Υγεία, ασθένεια και κοινωνικός δεσμός, επιμ. Παπαχριστόπουλος Νίκος, Σαμαρτζή Κυριακή, 2<sup>η</sup> έκδοση, Πάτρα, 2015, εκδόσεις Opportuna, σελ. 144

<sup>102</sup>Pierra-Guillot Valerie, «Η ιατρική επιστήμη και το φάρμακο», ό.π., σελ. 145-146

## 2.4. Αυτοκτονικός ιδεασμός

Ο αυτοκτονικός ιδεασμός αφορά τη λεκτική έκφραση ή το σχεδιασμό πράξεων, οι οποίες θα βάλουν σε κίνδυνο τη σωματική του ακεραιότητα ή και τη ζωή του ατόμου με έστω μία από τις παρακάτω ενδείξεις:

**1. Επαναλαμβανόμενες σκέψεις ή/και εικόνες αυτοκτονίας**

**2. Λεκτική έκφραση ή σχεδιασμός μεθόδων αυτοκτονίας ή σοβαρού σωματικού αυτοτραυματισμού**

**3. Περιστασιακές ή μόνιμες απειλές του παιδιού ότι θα αφαιρέσει τη ζωή του**

**4. Αποχαιρετιστήρια σημειώματα ή άλλα μηνύματα που αναφέρονται στην πιθανότητα αυτοκτονίας**

**5. Πράξεις προετοιμασίας ή αναζήτηση μεθόδου για την πραγματοποίηση του αυτοκτονικού σχεδίου**

Πηγή:<sup>103</sup>

### 2.4.1. Σχέση αποπειρών αυτοκτονίας με αυτοκτονίες

Η σχέση των αποπειρών αυτοκτονίας με τις επιτυχείς αυτοκτονίες είναι δεδομένη. Όπως είναι γνωστό, 20-30% των ατόμων που αυτοκτονούν έχουν πραγματοποιήσει απόπειρα ή απόπειρες στο παρελθόν, ενώ 2% των αποπειραθέντων πραγματοποιούν επιτυχή αυτοκτονία

---

<sup>103</sup>Νίκος Μάνος, Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, University studio press – Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων & Περιοδικών, Θεσσαλονίκη 2008, σελ. 126

ένα χρόνο μετά την απόπειρα. Το ποσοστό αυτό αυξάνεται κατά 1% για κάθε ένα από τα επόμενα χρόνια, φθάνοντας σε ποσοστό 10-15% δέκα χρόνια αργότερα.<sup>104</sup>

Τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των ατόμων που αυτοκτονούν διαφέρουν σημαντικά από τα χαρακτηριστικά των αποπειραθέντων ατόμων. Έτσι, τα άτομα που αυτοκτονούν είναι συνήθως:

Άνδρες

ώριμης  
ηλικίας

Με μείζονα  
ψυχοπαθολογία

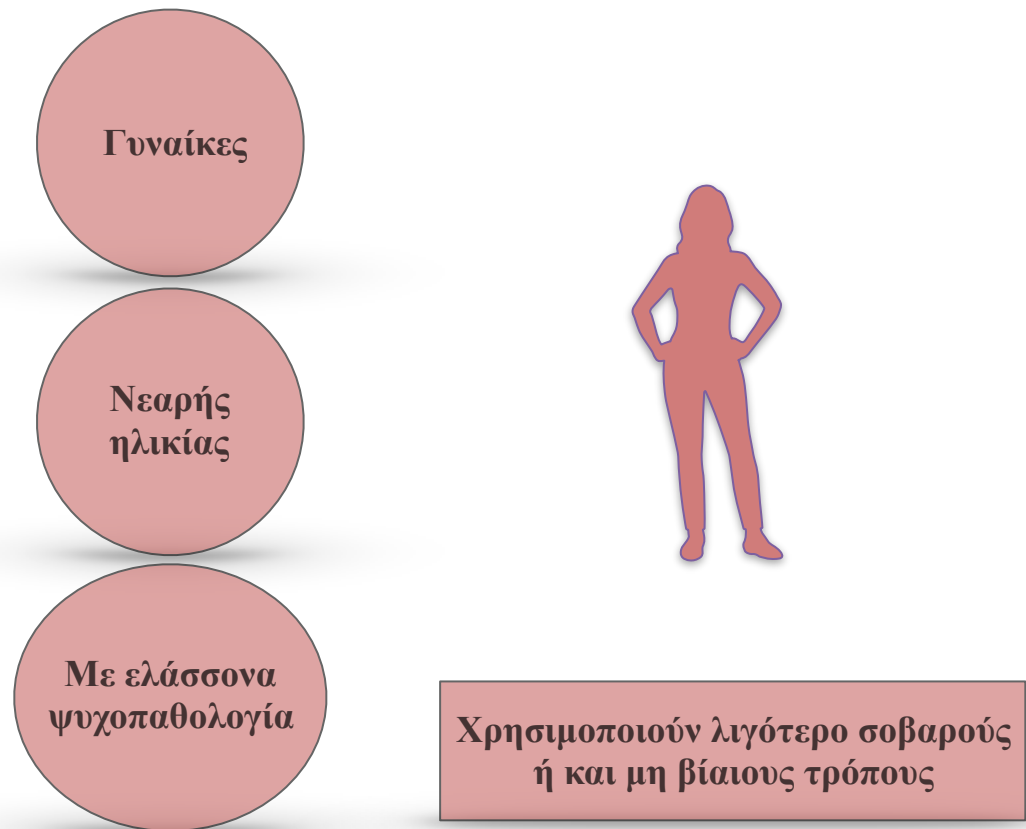


Χρησιμοποιούν σοβαρούς ή και  
βίαιους τρόπους

---

<sup>104</sup>Νίκος Μάνος, Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, ό.π., σελ. 213

Αντίθετα, τα άτομα που επιχειρούν απόπειρα αυτοκτονίας είναι συνήθως:



Βέβαια, έχουν εντοπιστεί και ομοιότητες μεταξύ αποπειραθέντων και ατόμων που αυτοκτόνησαν (κυρίως σε επίπεδο κοινωνικών παραμέτρων), όπως:

- Η ύπαρξη ανεργίας
- Η αστική διαμονή
- Η διαλυμένη οικογένεια στην παιδική ηλικία. <sup>105</sup>

---

<sup>105</sup>Γ. Ν. Χριστοδούλου και συνεργάτες, ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ, 2<sup>ος</sup> τόμος, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2008, σελ. 314

### 2.4.2. Αναγνώριση ενός αυτοκτονικού ασθενούς

Η αναγνώριση του αυτοκαταστροφικού ασθενή βασίζεται στη λήψη ενός καλού ιστορικού. Για να γίνει η λήψη του ιστορικού, ο γιατρός κι ο ασθενής πρέπει να βρίσκονται σ' έναν ήσυχο χώρο, όπου ο ασθενής θα μπορεί να μιλήσει εμπιστευτικά για προσωπικά του θέματα. Μέσα από αυτή τη συζήτηση θα αντληθούν πληροφορίες τόσο από τη λεκτική όσο και από την εξωλεκτική επικοινωνία με τον ασθενή. Σημάδια, όπως η επιβράδυνση στην κίνηση ή την ομιλία, η ψυχοκινητική ανησυχία, η παραμέληση της προσωπικής υγιεινής, η αποφυγή της βλεμματικής επαφής, το άγχος κ.ά., μπορεί να υποδηλώνουν την ύπαρξη κατάθλιψης, άλλης ψυχικής νόσου ή πρόθεσης αυτοκαταστροφής.

Οι ακόλουθοι παράγοντες μπορεί να ενοχοποιηθούν ως προγνωστικοί της απόπειρας αυτοκτονίας σε ένα ήδη ψυχικά άρρωστο άτομο.

☹ 1) Το άτομο εκφράζει συγκεκριμένες ιδέες και μεθόδους αυτοκαταστροφής και ήδη έχει κάνει προετοιμασίες (διαθήκη, μοίρασμα περιουσιακών αντικειμένων, αποχαιρετιστήριες επιστολές).

☹ Προηγούμενη απόπειρα κατά την οποία υπήρξε διαταραχή της συνείδησης (ημικωματώδης, κωματώδης).

☹ Χρήση μέσου κατά την προηγούμενη απόπειρα, το οποίο πιθανόν να προκαλούσε το θάνατο (λήψη μεγάλης ποσότητας δισκίων, ατελής απαγχονισμός, πυροβολισμός, πτώση από ύψος).

☹ Η βλάβη που επήλθε ήταν πολύ σοβαρή (τραυματισμός εσωτερικών οργάνων ή οστών με αργή ανάρρωση ή ανικανότητα).

☹ Η απόπειρα έγινε σε χώρο μακράν της κατοικίας ή της εργασίας και με μικρή πιθανότητα διάσωσης.

☹ Προνοσηρή προσωπικότητα μεθοριακού τύπου.

☹ Μείζων κατάθλιψη σε ανάρρωση όταν η βούληση (για αυτοκαταστροφή) είχε ενδυναμωθεί.

☹ Σοβαρή αποδιοργάνωση του υποστηρικτικού συστήματος (εγκατάλειψη από σύντροφο, απόλυση από δουλειά, οικονομική καταστροφή).

☹ Σοβαρή σωματική νόσος με πιθανή τελική έκβαση.

Κίνδυνος για τον ψυχίατρο είναι η δική του αμφιθυμική σχέση ως προς την ίδια την αυτοκτονία ή η συναισθηματική του υπερεμπλοκή με τα αδιέξοδα του αρρώστου, που είναι απελπισμένος ή σε απόγνωση ή ο ίδιος υπερεκτιμά την «καλή» εικόνα του αρρώστου, ο οποίος δέχεται τη στοργή των δικών του και περιβάλλεται από συμπάθεια, κάτι που δε μειώνει την πιθανότητα μιας νέας απόπειρας αυτοκαταστροφής.<sup>106</sup>

### **2.4.3. Αυτοκτονικός ιδεασμός και ψυχικές διαταραχές**

Οι ψυχικές διαταραχές σε ένα μεγάλο ποσοστό, ιδιαίτερα η κατάθλιψη και η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, συνδέονται με τα φαινόμενο της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Άλλες ψυχικές διαταραχές που μπορεί να παρουσιάσουν αυτοκτονική συμπεριφορά είναι η σχιζοφρένεια, η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, η διπολική διαταραχή, η δυσθυμική διαταραχή, η μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας, η μετατραυματική διαταραχή στρες, ακόμα και η διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία.

Η ψυχική ασθένεια είναι μία έννοια που υποδηλώνει την ύπαρξη μιας συναισθηματικής διαταραχής ή διαταραχής της σκέψης ή διαταραχής της προσωπικότητας, που επηρεάζει αρνητικά την ψυχική ευεξία, την υγεία και την ασφάλεια του ατόμου. Οι ψυχασθένειες παραμένουν συνήθως καλά κρυμμένες, είτε λόγω επιλογής του ασθενούς, είτε επειδή δεν αναγνωρίζονται τόσο από τον ασθενή όσο και από την οικογένειά του ως πραγματικές ασθένειες. Παρά την άρνηση του ασθενούς ή της οικογένειάς του, τελικά φανερώνονται. Ορισμένοι άνθρωποι υποφέρουν από υπερβολικούς φόβους, που συνοδεύονται από ένα πλήθος αναγνωρίσιμων συμπτωμάτων. Άλλοι βασανίζονται από συνεχείς αρνητικές ή δυσάρεστες σκέψεις και στρέφονται στο αλκοόλ για να ξεφύγουν από αυτές. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο ψυχικός πόνος του ασθενούς είναι τόσο έντονος, ώστε να θεωρεί την

---

<sup>106</sup> Δέσποινα Σικελιανού, Κλινική ψυχοπαθολογία ενηλίκων, Εκδόσεις ΔΙΟ- ΝΙΚΟΣ, Αθήνα 2010, σελ. 56

αυτοκτονία ανακούφιση. Μελέτες υποστηρίζουν ότι πάνω από το 90% των θυμάτων από αυτοκτονία έχουν διαγνωστεί με κάποια ψυχική ασθένεια.

Οι ψυχικές ασθένειες που παρουσιάζουν αυτοκτονικό ιδεασμό είναι:

- Διαταραχή Πανικού και Αγοραφοβία

Η διαταραχή πανικού χαρακτηρίζεται από συχνές προσβολές πανικού που δε σχετίζονται με συγκεκριμένες καταστάσεις και από την ανησυχία ότι το άτομο θα βιώσει και άλλες προσβολές πανικού. Η διαταραχή πανικού ξεκινά συνήθως στην εφηβεία και μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες με την πάροδο του χρόνου. Για παράδειγμα, το ένα τέταρτο των ατόμων με διαταραχή πανικού αναφέρουν ότι παραμένουν άνεργοι για περισσότερο από πέντε χρόνια. Εκείνοι που παρουσιάζουν και αγοραφοβία τείνουν να έχουν πολύ πιο χρόνια συμπτώματα.

- Διαταραχές συνδεόμενες με τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών

Η κατάχρηση ουσιών και η εξάρτηση από αυτές έχει λάβει μεγάλες διαστάσεις αποτελώντας φαινόμενο επιβαρυντικό και καταστροφικό, τόσο για τις σύγχρονες κοινωνίες, όσο και για τα μέλη τους, ωστόσο το φαινόμενο της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών υφίσταται από το πρώιμο στάδιο της ανθρώπινης κοινωνίας. Οι διαταραχές αυτές αποτελούν μερικές από τις δυσκολότερες στην αντιμετώπισή τους, ψυχοπαθολογικές καταστάσεις. Ως ψυχοδραστική ουσία ορίζεται κάθε φυσική ή χημική ουσία, η οποία μεταβάλλει τον τρόπο λειτουργίας του ανθρώπινου σώματος, επιδρώντας στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα με συνέπεια την αλλαγή της συναισθηματικής κατάστασης, της αντίληψης και σκέψης του χρήστη.

Κατά το DSM-IV-TR, οι διαταραχές που συνδέονται με τις ουσίες διακρίνονται σε:

- ➡ Διαταραχές χρήσης ουσιών (Εξάρτηση, Κατάχρηση κ.λ.π.)
- ➡ Διαταραχές που προκαλούνται από τις ουσίες (Τοξίκωση, Στέρηση κ.λ.π.)
- ➡ Διαταραχές που συνδέονται με το αλκοόλ

- Διπολική διαταραχή

Πρόκειται για μια σοβαρή νευροψυχιατρική διαταραχή του συναισθήματος όπου οι εναλλαγές του συναισθήματος αυξάνονται σε συχνότητα και σοβαρότητα. Χαρακτηρίζεται από υποτροπιάζοντα επεισόδια συναισθηματικής διαταραχής, τα οποία συνήθως αφορούν υποτροπές τόσο μανιακών όσο και μειζόνων καταθλιπτικών επεισοδίων. Καθημερινά όλοι οι άνθρωποι βιώνουν διακυμάνσεις στη διάθεσή τους, οι οποίες εξαρτώνται από τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος και από τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα τα επεξεργάζονται, τα ερμηνεύουν και τα εσωτερικεύουν. Στη διπολική διαταραχή όμως, η μεταβλητότητα της διάθεσης είναι πολύ διαφορετική από τη συνηθισμένη. Οι διακυμάνσεις της διάθεσης είναι ιδιαίτερα σοβαρές λόγω της μεγάλης έντασης, της μακράς διάρκειας και των σημαντικών αρνητικών επιπτώσεών τους στην κοινωνική και επαγγελματική ζωή του ατόμου.<sup>107</sup>

- Δυσθυμική διαταραχή

Με τον όρο δυσθυμική διαταραχή ορίζουμε μια κατάσταση κατά την οποία υπάρχει μικρότερης έντασης καταθλιπτικό συναίσθημα από αυτό που απαιτείται για τη διάγνωση του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. Εμφανίζεται σε μεγαλύτερα ποσοστά στις γυναίκες παρά στους άντρες. Το καταθλιπτικό συναίσθημα μπορεί να μην είναι σταθερό και να παρουσιάζει διακυμάνσεις της έντασής του και αντιδραστικότητα σε περιβαλλοντικά ερεθίσματα, δηλαδή να βελτιώνεται όταν συμβαίνει κάτι ευχάριστο και να χειροτερεύει σε δυσάρεστες καταστάσεις για το άτομο. Τυπικά όσοι πάσχουν από αυτή τη διαταραχή αναφέρουν πως έχουν κατάθλιψη για πολλά χρόνια ή από τότε που θυμούνται τον εαυτό τους. Αυτό το καταθλιπτικό συναίσθημα τους έχει γίνει χαρακτηριστικό γνώρισμα και συχνά το θεωρούν φυσιολογικό.<sup>108</sup>

---

<sup>107</sup>Γ. Ν. Παπαδημητρίου, Ι. Α. Λιάππας, Ε. Λύκουρας, Σύγχρονη Ψυχιατρική, 1ος τόμος, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2013, σελ. 412

<sup>108</sup>Κ. Σολδάτος, Λ. Λύκουρας, Σύγγραμμα Ψυχιατρικής, 1ος τόμος, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2010, σελ. 73

- Μετατραυματική διαταραχή στρες

Η μετατραυματική διαταραχή στρες είναι ευρέως αναγνωρισμένη ως μια φυσική αντίδραση του ατόμου απέναντι στη βίωση ή τη θέαση έντονων τραυματικών γεγονότων. Σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM – IV – TR, η διάγνωση της συγκεκριμένης διαταραχής δίνεται όταν το άτομο συμμετείχε ή ήταν μάρτυρας σε ένα γεγονός στο οποίο υπήρχε πραγματικός ή επαπειλούμενος θάνατος, σοβαρός τραυματισμός ή απειλή της σωματικής ακεραιότητας του εαυτού ή άλλων ατόμων και η άμεση αντίδραση ήταν έντονος φόβος, αίσθημα αβοηθητότητας ή τρόμος.<sup>109</sup>

- Οριακή – Μεταίχμακή Διαταραχή Προσωπικότητας

Ο όρος «Οριακή – Μεταίχμακή Διαταραχή Προσωπικότητας» αρχικά χρησιμοποιήθηκε για ασθενείς που βρίσκονταν στο μεταίχμιο μεταξύ νεύρωσης και σχιζοφρένειας, ήταν δηλαδή ασθενείς που ήταν πολύ ευαίσθητοι για να αντιμετωπιστούν μέσω κλασικών ψυχαναλυτικών τεχνικών ψυχοθεραπείας, αλλά και που τα συμπτώματά τους δεν ήταν τέτοια ώστε να δικαιολογούν τη διάγνωση της σχιζοφρένειας. Το DSM – IV – TR ορίζει την οριακή διαταραχή προσωπικότητας ως ένα διάχυτο πρότυπο αστάθειας στις διαπροσωπικές σχέσεις, στην εικόνα του εαυτού και στα συναισθήματα, καθώς και έκδηλης παρορμητικότητας.

Η έναρξή της τοποθετείται στην πρώιμη ενήλικη ζωή και στα βασικά χαρακτηριστικά της περιλαμβάνονται πέντε από τα ακόλουθα:

- Απεγνωσμένες προσπάθειες αποφυγής της πραγματικής ή φαντασιούμενης εγκατάλειψης
- Διαταραχή της ταυτότητας: επίμονα ασταθής εικόνα ή αίσθηση του εαυτού
- Πρότυπο ασταθών και έντονων διαπροσωπικών σχέσεων, οι οποίες βρίσκονται στα όρια της εξιδανίκευσης και της υποτίμησης

---

<sup>109</sup>Κ. Σολδάτος, Λ. Λύκουρας, Σύγγραμμα Ψυχιατρικής, 1ος τόμος, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2010, σελ. 74

- Παρορμητικότητα σε δύο τουλάχιστον περιοχές, η οποία είναι εν δυνάμει βλαπτική για τον εαυτό (π.χ. κατάχρηση ουσιών)
- Υποτροπιάζουσα αυτοκτονική συμπεριφορά ή συμπεριφορά αυτοακρωτηριασμού
- Χρόνια αισθήματα ματαιότητας
- Συναισθηματική αστάθεια οφειλόμενη σε έκδηλη αντιδραστικότητα της διάθεσης
- Απρόσφορος, έντονος θυμός ή δυσκολία ελέγχου του θυμού
- Παροδικός, συνδεδεμένος με στρες, παρανοειδής ιδεασμός ή βαριά αποσυνδεδετικά συμπτώματα.<sup>110</sup>

### *Κλινική εικόνα*

Η συμπεριφορά τέτοιων ατόμων είναι παρορμητική, απρόβλεπτη και έντονα αυτοκαταστροφική. Η διάθεσή τους παρουσιάζει έντονες αλλαγές από φυσιολογική σε δυσφορική, σε καταθλιπτική και σε κρίσεις θυμού. Συνηθισμένος ακόμα είναι ο αυτοκτονικός ιδεασμός, ο αυτοτραυματισμός (κόψιμο των χεριών, των ποδιών ή του κορμού, το κάψιμο κ.ά) και οι απόπειρες αυτοκτονίας. Η απρόβλεπτη, παρορμητική και δυνητικά αυτοκαταστροφική συμπεριφορά μπορεί να εκφράζεται μέσω της ενασχόλησης με τυχερά παιχνίδια, το αλόγιστο ξόδεμα χρημάτων, την έντονη σεξουαλική δραστηριότητα, την κατάχρηση ουσιών και τα επεισόδια υπερφαγίας.<sup>111</sup>

- Σχιζοφρένεια

Η Σχιζοφρένεια θεωρείται ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, στην οποία το άτομο απαντά με τρόπους που βλάπτουν τη ζωή του. Αυτή η αλλοίωση ή παραμόρφωση της πραγματικότητας – ο

<sup>110</sup>Mary Ann Hogan, Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας Ανασκοπήσεις και Αιτιολογήσεις, Εκδόσεις Π. Χ. Πασχάλιδης – Broken Hill Publishers LTD, 2012, σελ. 87

<sup>111</sup>Andrew R. Getzfeld, Βασικά στοιχεία ψυχοπαθολογίας, Εκδόσεις Gotsis, Πάτρα, 2009, σελ. 151

- Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή

ψυχωτικός πυρήνας της αρρώστιας – παρουσιάζεται με διαταραχές – συμπτώματα στην αντίληψη, στη σκέψη, στο συναίσθημα, στην ομιλία και στην ψυχοκινητικότητα.<sup>112</sup>

Όπως το λέει και η λέξη η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από το ότι σε κάποια χρονική περίοδο συμπτώματα Μείζονος Καταθλιπτικού, Μανιακού ή Μεικτού Επεισοδίου συνυπάρχουν με συμπτώματα που πληρούν και κάποια από τα κριτήρια της Σχιζοφρένειας. Επιπλέον, όμως, για να βγει η διάγνωση θα πρέπει αφενός να υπάρχουν παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις τουλάχιστον για 2 εβδομάδες με απουσία έντονων συμπτωμάτων διαταραχής της διάθεσης και αφετέρου τα συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης να είναι παρόντα για σημαντικό μέρος της όλης διάρκειας της διαταραχής. Επίσης, πρέπει να αποκλεισθούν «οργανικές» αιτίες, όπως διάφορες ουσίες (π.χ. κοκαΐνη) και γενικές ιατρικές καταστάσεις (π.χ. υπερθυρεοειδισμός ή κροταφική επιληψία). Η ελάχιστη διάρκεια ενός σχιζοσυναισθηματικού επεισοδίου είναι 1 μήνας.<sup>113</sup>

Είδαμε λοιπόν ποιές μπορεί να είναι αυτές οι αιτίες από ιατρικής άποψης που ένα άτομο μπορεί να οδηγηθεί στην αυτοκτονία βάσει κάποιων ασθενειών που δεν εξαρτώνται απόλυτα από την κατάσταση της κοινωνικής τους ζωής, αλλά από πρόβλημα υγείας μη ελέγξιμο από το άτομο. Η κατάσταση της υγείας του ατόμου είναι που σε αυτή την περίπτωση οδηγεί το άτομο στην αυτοχειρία, γεγονός που κάνει πιο δύσκολο το ρόλο των πολιτικών αντιμετώπισης του φαινομένου με μέσα βελτίωσης της κοινωνικής ζωής του ατόμου. Σαφώς η ψυχιατρική μεταρρύθμιση καθώς και οι πολιτικές μείωσης των αυτοκτονιών επεμβαίνουν δραστικά στη μείωση του φαινομένου και στα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας.

---

<sup>112</sup>Νίκος Μάνος, Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, University studio press – Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων & Περιοδικών, Θεσσαλονίκη 2008, σελ. 304

<sup>113</sup>Τα συμπτώματα της Σχιζοφρένειας, Βιονευρολογικά (Portal Νευρο-Ψυχιατρικών Παθήσεων, [www.bioneurologics.gr](http://www.bioneurologics.gr) , 29 Ιανουαρίου 2015.

## Ειδικό Μέρος

### Κεφάλαιο 3: Δημογραφική ανάλυση των δεδομένων

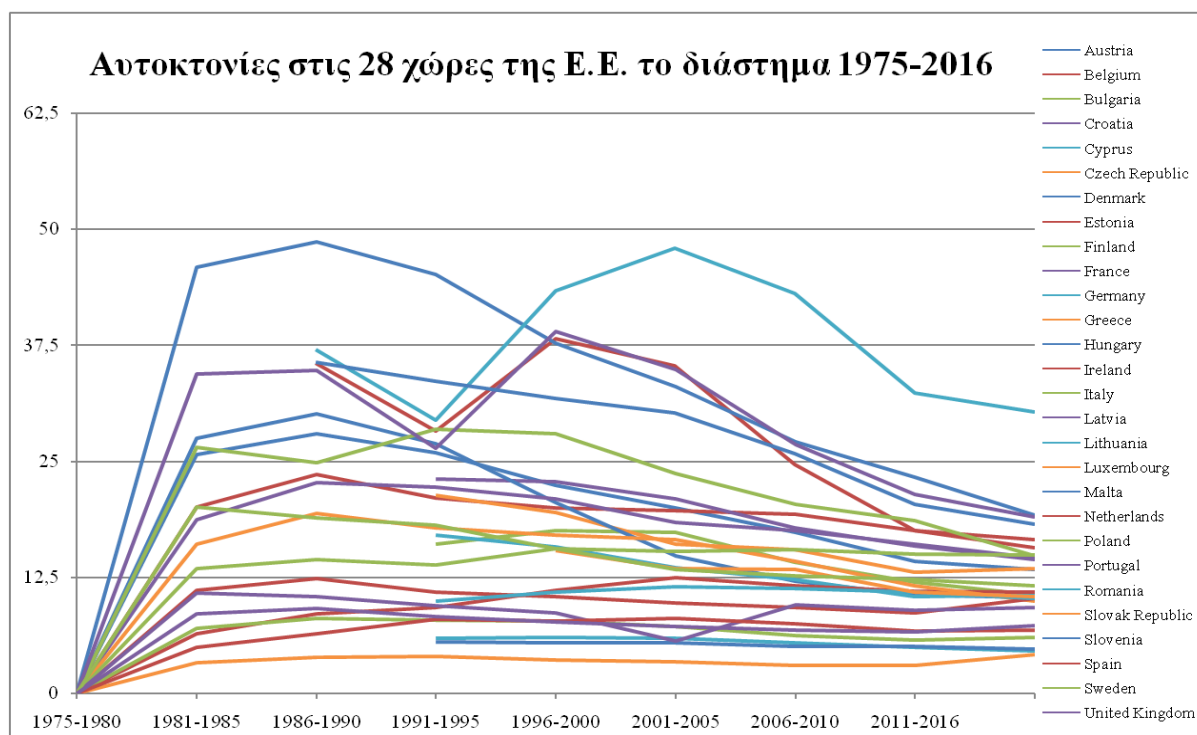
Στη συνέχεια της μελέτης θα αναλυθούν τα δεδομένα με σκοπό να εξεταστεί με ποιόν τρόπο εξελίχθηκε το ζήτημα των αυτοκτονιών στην Ευρωπαϊκή Ένωση και αν επιβεβαιώνεται η διαψεύδεται η υπόθεση ότι η αυτοκτονίες στην Ευρωπαϊκή Ένωση μειώνονται με την εξέλιξη των κοινωνιών. Η δεύτερη υπόθεση που θα εξεταστεί είναι αν υπάρχει αύξηση των αυτοκτονιών με το φαινόμενο της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα. Για να πραγματοποιηθεί η δημογραφική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας καθώς και δεδομένα από την Eurostat. Στη συνέχεια η επεξεργασία των δεδομένων απόδωσε κάποια διαγράμματα, πάνω στα οποία υπάρχει δυνατότητα διεξαγωγής ορισμένων συμπερασμάτων. Η μέθοδος επεξεργασίας των δεδομένων που πραγματοποιήθηκε ήταν η καταγραφή των δεδομένων σε πίνακα excel και έπειτα εξαγωγή των συμπερασμάτων τους με την χρήση φίλτρων και εξισώσεων. Στη συνέχεια, τα αποτελέσματα επεξεργάστηκαν με σκοπό την δημιουργία διαγραμμάτων ανάλογα το ζήτημα που ήταν χρήσιμο να παρουσιαστεί.

Η δημογραφία αποτελεί την επιστήμη που μπορεί να αποτυπώσει το φαινόμενο καθώς και ιστορικά να δώσει συγκριτικά στοιχεία. Η ανάλυση δημογραφικών δεδομένων, καθώς οι θάνατοι από αυτοκτονίες αποτελούν ένα μετρήσιμο φαινόμενο με επίπτωση στην δημογραφική αλλαγή των κοινωνιών, οδηγεί σε συμπεράσματα για τα ποσοστά, είτε συγκριτικά είτε μεμονωμένα, καθώς και για το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή ή κοινωνική κατάσταση ακόμα και την οικονομική. Μέσω της δημογραφικής αυτής ανάλυσης έχουν τη δυνατότητα αναλυτές και κοινωνικοί επιστήμονες, καθώς και όσοι χαράσσουν κοινωνικές πολιτικές, να διαμορφώσουν πολιτικές αντιμετώπισης και μείωσης του φαινομένου, βελτίωση της ζωής του ατόμου καθώς και μια γενικότερη αναδιαμόρφωση της ίδιας της κοινωνικής λειτουργίας, με σκοπό τη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου των κατοίκων κάθε χώρας. Στο κεφάλαιο αυτό θα παρατηρηθούν και θα αναλυθούν τα δεδομένα που έχουν συλλεγεί, καθώς θα δώσουν κάποια γενικά συμπεράσματα, με σκοπό να επιβεβαιώσει ή να απορρίψει την υπόθεση εργασίας, αν και κατά πόσο η εναρμόνιση της κοινωνικής ζωής με την οικονομική σταθερότητα και ευημερία μειώνουν τα ποσοστά αυτοκτονιών.

### 3.1. Αυτοκτονίες στα 28 κράτη της Ε.Ε.

Στο παρακάτω διάγραμμα (Διάγραμμα 1) μπορούμε να δούμε πως εξελίχθηκαν οι αυτοκτονίες στις 28 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Με μια ματιά μπορούμε αμέσως να διακρίνουμε τις χώρες με τους μεγαλύτερους δείκτες. Η Ουγγαρία και η Λιθουανία αποτελούν τις χώρες που έχουν καταγραφεί οι μεγαλύτεροι δείκτες αυτοκτονιών ανά 100.000 κατοίκους.

Διάγραμμα 1: Οι αυτοκτονίες στις 28 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης

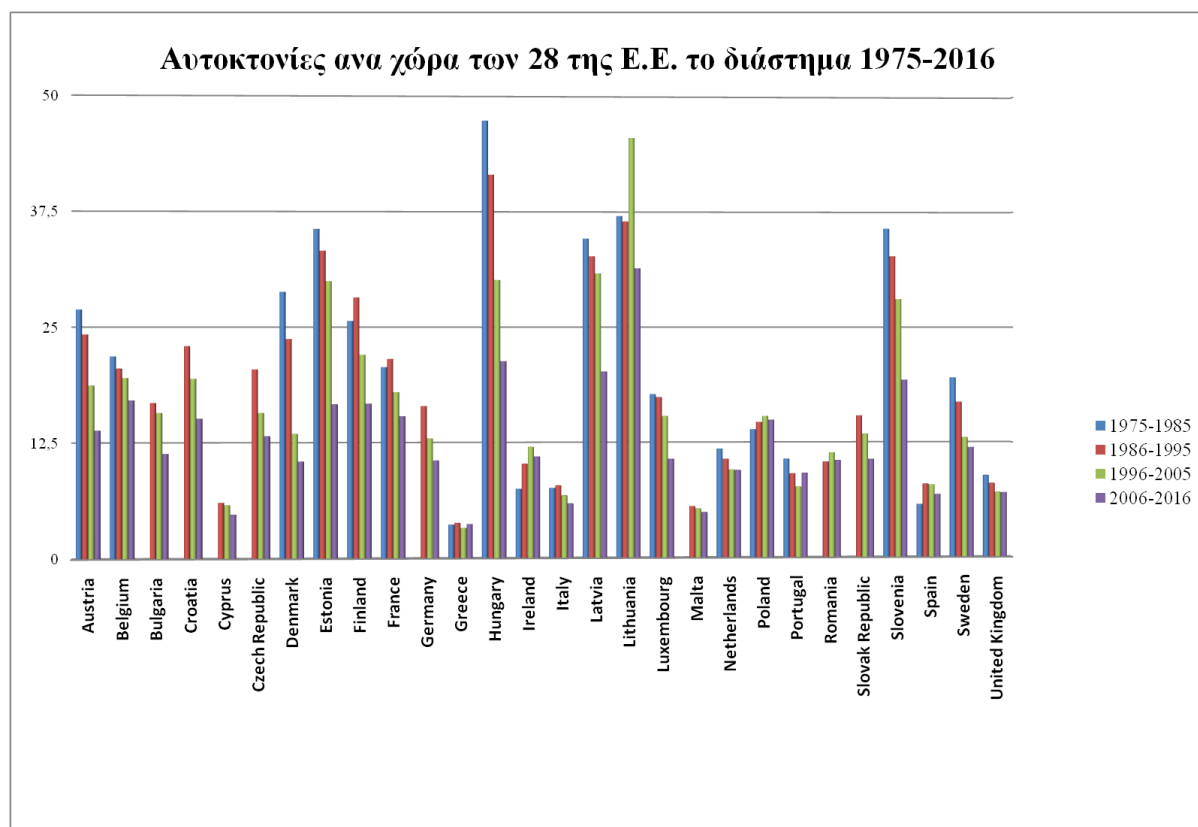


Πηγή: Ιδία επεξεργασία στοιχείων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας

Στο διάγραμμα 1, αλλά και στο διάγραμμα 2 μπορούμε να παρατηρήσουμε έντονα τους υψηλούς αυτούς δείκτες με τη διαφορά ότι η Ουγγαρία ρίχνει σταδιακά τους δείκτες ανά πενταετία από το 1975 μέχρι το 2016, με υψηλότερο δείκτη τη πενταετία 1981-1985, ο οποίος και αποτελεί τον υψηλότερο δείκτη που έχει καταγραφεί στις χώρες της Ε.Ε. το διάστημα 1975-2016, ενώ η Λιθουανία φαίνεται να μειώνει με χαμηλότερους ρυθμούς, διατηρώντας ακόμα σχετικά υψηλούς δείκτες ανάμεσα στις χώρες της Ε.Ε., με υψηλότερους δείκτες την πενταετία 1996-2000. Στη συνέχεια η Λετονία, η Σλοβακία και η

Σλοβενία φαίνεται να ακολουθούν με μια σταθερή μείωση των δεικτών τους προς τα τελευταία χρόνια. Οι χώρες με τους χαμηλότερους δείκτες βλέπουμε να είναι η Ελλάδα, η Μάλτα, αλλά και η Κύπρος.

Διάγραμμα 2: Οι αυτοκτονίες στις 28 χώρες της Ε.Ε.

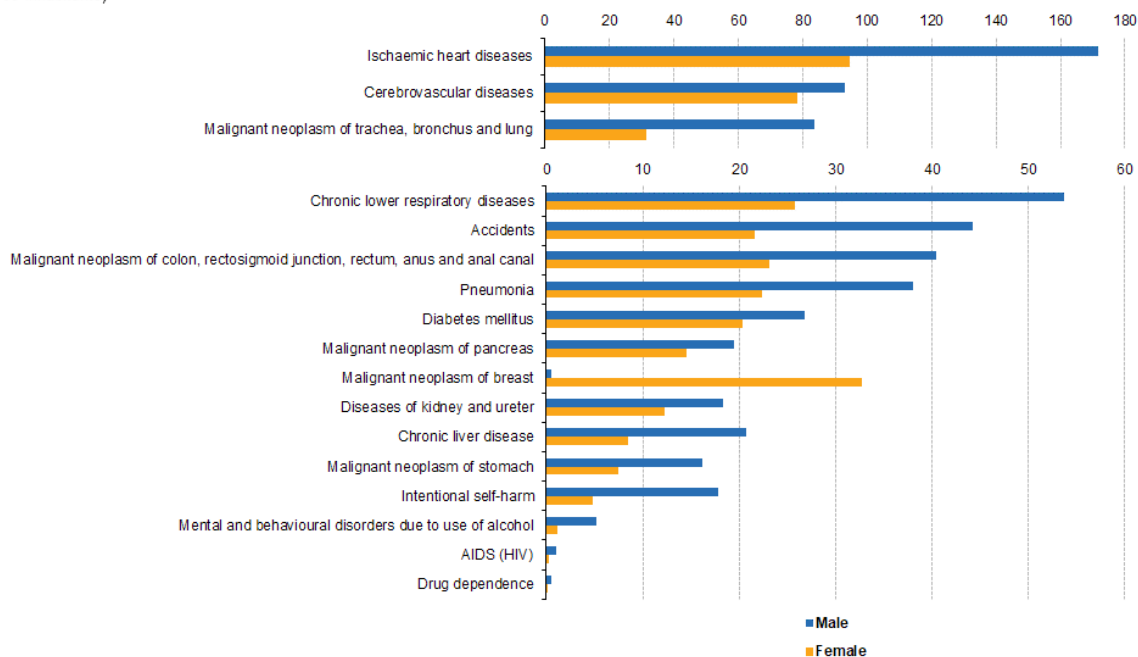


Πηγή: Ιδία επεξεργασία στοιχείων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας

Μπορούμε επίσης να παρατηρήσουμε στο διάγραμμα 3 την θέση που λαμβάνουν οι αυτοκτονίες στις αιτίες θανάτου του πληθυσμού στην Ευρωπαϊκή ένωση. Στα δεδομένα του 2015, σύμφωνα με την Eurostat, παρατηρούμε ότι οι αυτοκτονίες (intentional self-harm) καταλαμβάνουν υψηλότερη θέση και από τους θανάτους από την ασθένεια του AIDS αλλά και από τους θανάτους από ναρκωτικά.

### Διάγραμμα 3: Κατάταξη αυτοκτονιών στις αιτίες θανάτου στην Ε.Ε.

**Causes of death — standardised death rate, EU-28, 2015**  
(per 100 000 inhabitants)



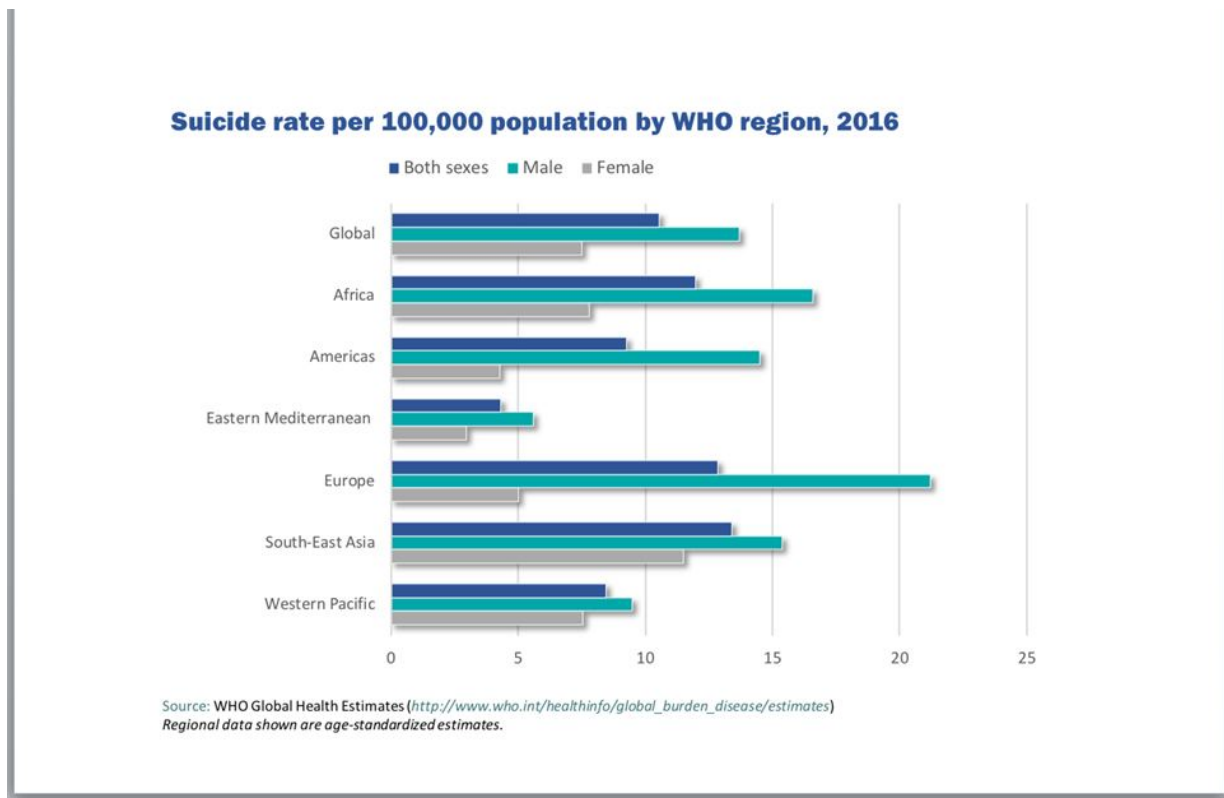
Note: the figure is ranked on the average of male and female. Note the difference in the scales employed between the two parts of the figure. For the age standardisation, among older people, the age group aged 85 and over was used rather than separate age groups for 85-89, 90-94 and 95 and over.  
Source: Eurostat (online data code: hlth\_cd\_asdr2)

eurostat 

Πηγή: Eurostat, Causes of death, 2015

Στο διάγραμμα 4 μπορούμε να παρατηρήσουμε συγκριτικά τη θέση που καταλαμβάνει η Ευρώπη παγκόσμια σε σχέση με τις αυτοκτονίες. Αυτό που κάνει ιδιαίτερη εντύπωση είναι ότι τα ποσοστά των αντρών στην Ευρώπη είναι τα υψηλότερα παγκοσμίως, παρά τη μείωση από το 1975 μέχρι το 2016 που είδαμε παραπάνω μέσα στις ίδιες τις χώρες. Παγκόσμια μπορούμε να δούμε ότι οι άντρες έχουν μεγαλύτερα ποσοστά συγκριτικά με τις γυναίκες και συγκεκριμένα στην Ευρώπη φαίνονται να έχουν τα τριπλάσια.

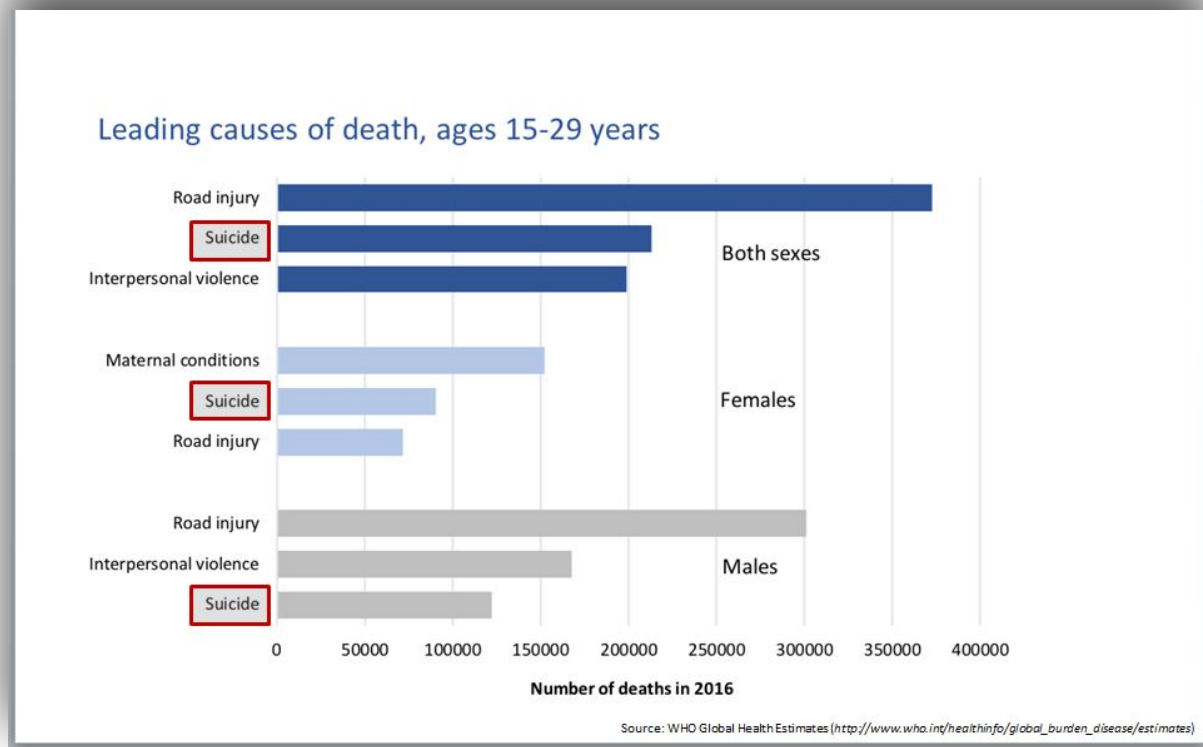
Διάγραμμα 4: Αυτοκτονίες παγκόσμια ανά φύλο το έτος 2016



Πηγή: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Suicide rate per 100,000 population, 2016

Θα ήταν χρήσιμο να παρατηρήσουμε την θέση που καταλαμβάνουν οι αυτοκτονίες στις αιτίες θανάτων στις ηλικίες 15-29. Στο διάγραμμα 5 μπορούμε να διαπιστώσουμε την σημαντικότητα του φαινομένου και στις νεαρές ηλικίες και όχι απαραίτητα μόνο στις μεγαλύτερες. Όπως θα δούμε παρακάτω, από τα δεδομένα μας, αυτοκτονούν κυρίως οι μεγαλύτερες ηλικίες, όμως έχουμε και αρκετά σημαντικά ποσοστά και στις νεαρότερες. Και στα δύο φύλα οι αυτοκτονίες έρχονται στην δεύτερη θέση έπειτα από τα τροχαία. Είναι σημαντικό δεδομένο, καθώς έχει να κάνει με την οργάνωση της ίδιας της κοινωνίας, όταν παρατηρείται ματαιότητα ή δυσκολία αντιμετώπισης της ζωής σε τέτοια νεαρή ηλικία.

Διάγραμμα 5: Αιτίες θανάτων σε ηλικίες 15-29



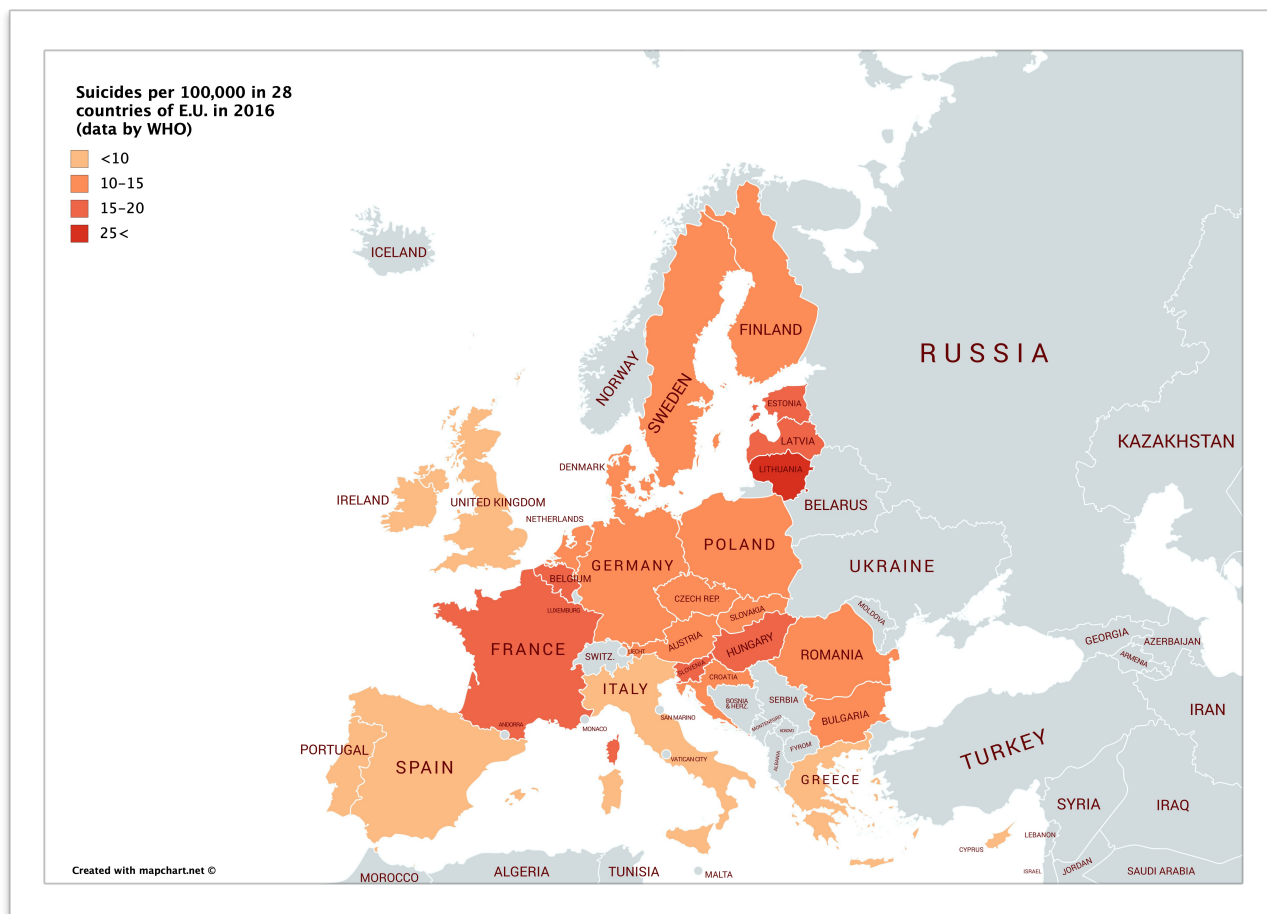
Πηγή: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Leading causes of death, ages 15-29 years, 2016

### Επεξεργασία των δεδομένων από τον Π.Ο.Υ. Με το πρόγραμμα marchart

Θα ήταν πολύ χρήσιμο να αποτυπωθούν τα δεδομένα σε ένα χάρτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης για να κατανοήσουμε πως διαμορφώνονται οι δείκτες αυτοκτονιών στις 28 χώρες της Ε.Ε. Ύστερα από την επεξεργασία των δεδομένων μας πάνω σε χάρτη διαπιστώνουμε με χρωματισμούς τις χώρες με μεγαλύτερους ή μικρότερους δείκτες αυτοκτονιών. Η Λιθουανία είναι η χώρα που έχει τιμές από 20 και πάνω, ενώ συνεχίζει η Ουγγαρία, το Βέλγιο, η Σλοβενία και η Γαλλία. Αυτό που μπορεί να παρατηρηθεί από το χάρτη είναι πως οι μεσογειακές χώρες, Κύπρος, Ελλάδα, Ιταλία, Μάλτα, Ισπανία και Πορτογαλία κατέχουν τους μικρότερους δείκτες. Από την υπόλοιπη Ευρώπη τα ποσοστά αυτά τα καταλαμβάνει μόνο το Ηνωμένο Βασίλειο και η Ιρλανδία. Ίσως το δεδομένο αυτό να μας βάζει σε προβληματισμό με το θέμα του κλίματος που συζητήσαμε παραπάνω, καθώς και της κουλτούρας στις χώρες της Μεσογείου, ακόμα και όποιες κοινωνικές συνήθειες εξυπηρετούν στο να διατηρούνται οι

δείκτες αυτοκτονιών χαμηλοί. Σαφώς δεν μπορεί να αποτελεί ένα τυχαίο γεγονός οι χαμηλότεροι δείκτες να βρίσκονται στις νοτιότερες χώρες της Ευρώπης.

### Χάρτης 1: Αυτοκτονίες στις 28 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης το 2016

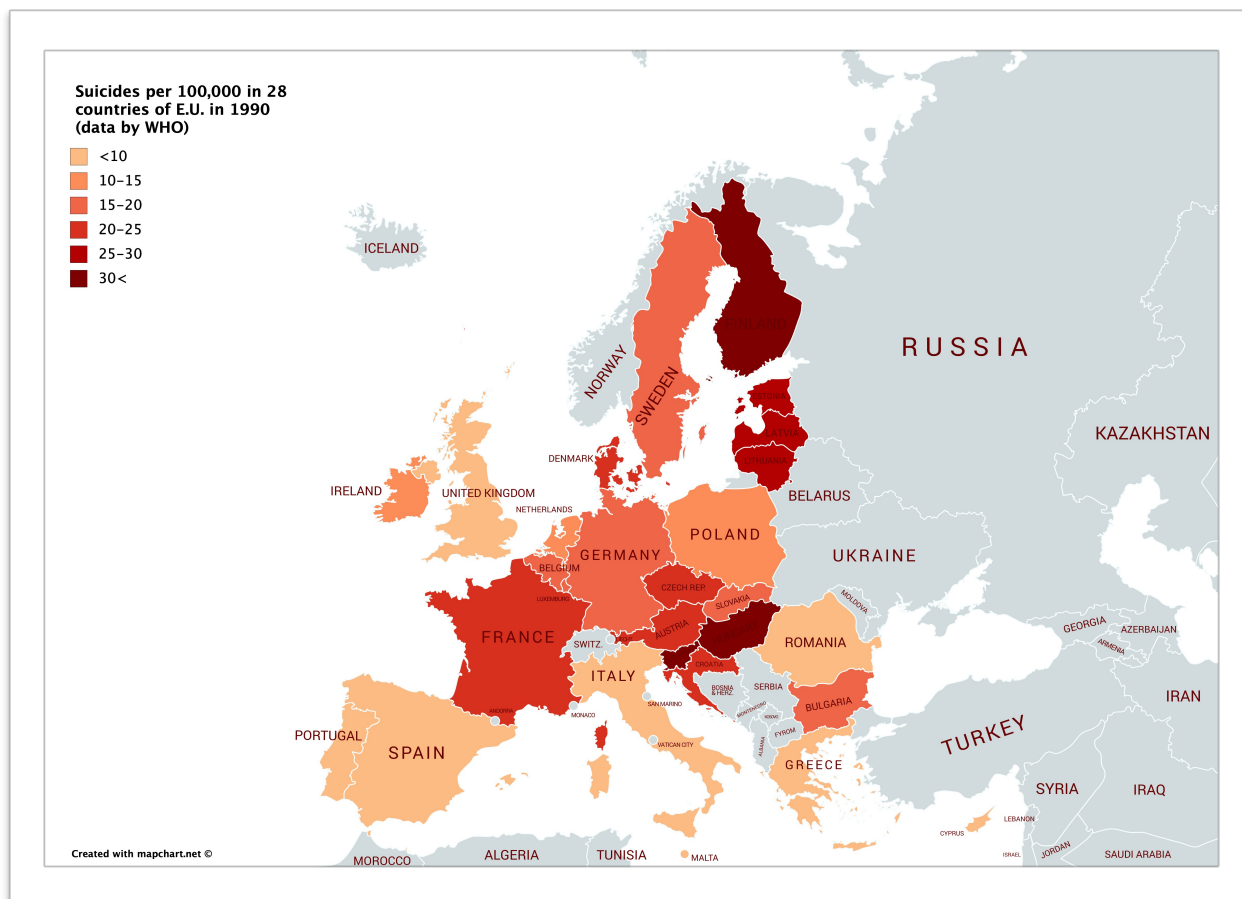


Πηγή: Ίδια επεξεργασία των δεδομένων του Π.Ο.Υ. με το πρόγραμμα mapchart

Θα ήταν πολύ σκόπιμο να παρατηρήσουμε τον ίδιο χάρτη, που επεξεργαστήκαμε για το 2016, με τα δεδομένα του 1990. Καθώς για το 1975 δεν διαθέτουμε στοιχεία για όλες τις χώρες θα συγκρίνουμε την πρώτη χρονολογία που διαθέτει το σύνολο των δεδομένων. Στα δεδομένα του 1990 λοιπόν παρατηρούμε αρχικά ότι επιβεβαιώνεται η υπόθεση εργασίας μας. Ότι δηλαδή οι δείκτες αυτοκτονιών μειώνονται με την εξέλιξη και την εναρμόνιση της λειτουργίας των κοινωνιών. Βλέπουμε ότι οι δείκτες είναι κατά πολύ υψηλότεροι το 1990 σε σχέση με το 2016 και μάλιστα σε διαφορετικές χώρες από ότι παραπάνω. Όπως είδαμε και παραπάνω στα δεδομένα μας χώρες όπως η Φιλανδία, η Ουγγαρία και η Σλοβενία είχαν αρκετά υψηλούς δείκτες αυτοκτονιών οι οποίες χώρες όμως τους έριξαν σε χαμηλότερους

ρυθμούς σε σχέση με άλλες χώρες, όπως η Λιθουανία, ή οποία διατηρείται ακόμα σε παρόμοια επίπεδα, ελαφρώς πιο χαμηλά, κατέχοντας την υψηλότερη θέση το 2016.

## Χάρτης 2: Αυτοκτονίες στις 28 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης το 1990

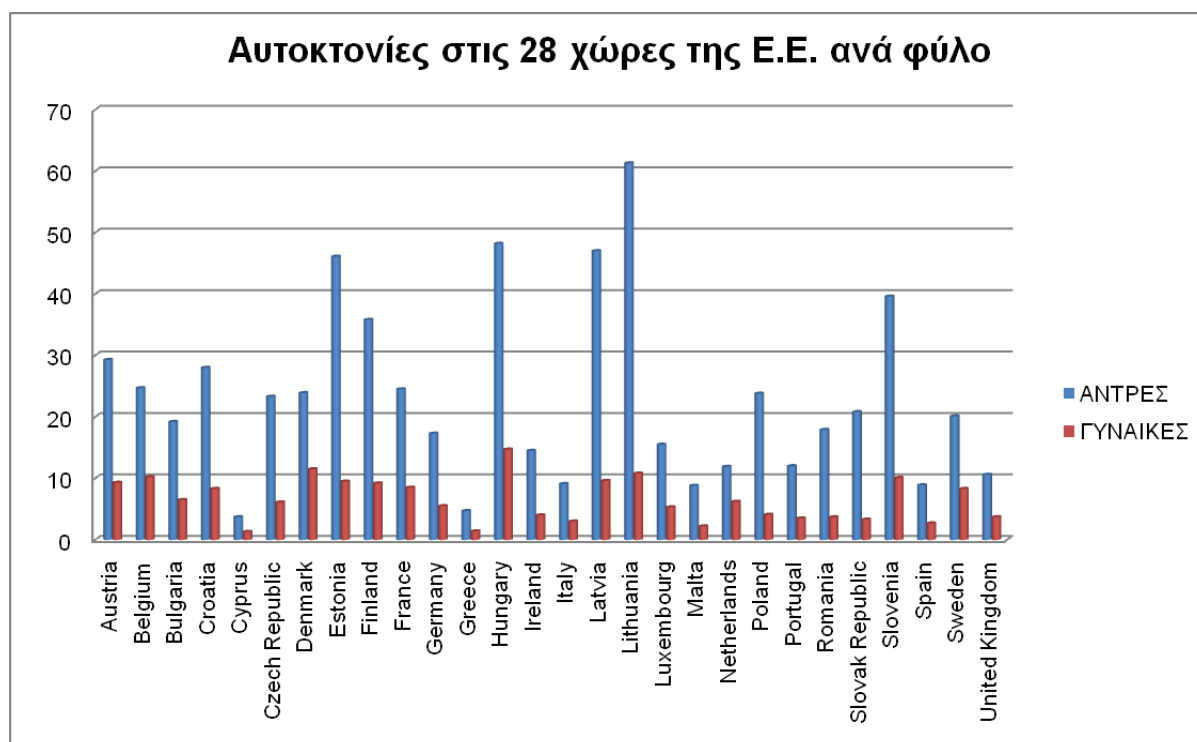


Πηγή: Ιδία επεξεργασία των δεδομένων από τον Π.Ο.Υ. Με το πρόγραμμα mapchart

Θα τονίσουμε λοιπόν ότι στην πάροδο του χρόνου, αλλά και στην εξέλιξη των κοινωνιών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι αυτοκτονίες έχουν μειωθεί. Η πρώτη υπόθεση εργασίας μας, λοιπόν, επιβεβαιώνεται από τα στοιχεία που έχουμε επεξεργαστεί. Θα ήταν ωφέλιμο να δούμε στη συνέχεια κάποια αναλυτικά δεδομένα που προκύπτουν από τα στοιχεία επεξεργασίας, όπου αφορούν δεδομένα ανάλυσης δημογραφικού περιεχομένου.

### 3.2. Αυτοκτονίες στα 28 κράτη της Ε.Ε. ανά φύλο

Διάγραμμα 6: Οι αυτοκτονίες στις 28 χώρες της Ε.Ε. ανά φύλο



Πηγή: Ιδία επεξεργασία στοιχείων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας

Στη συνέχεια, μελετώντας τα δεδομένα μας μπορούμε να δούμε συγκεντρωτικά τα αποτελέσματα που διεξήγαμε ανά φύλο για τις 28 χώρες της Ε.Ε. Παρατηρούμε ότι σε όλες τις χώρες χωρίς καμία εξαίρεση υπερτερούν οι τιμές για το ανδρικό φύλο. Οι άντρες δηλαδή εμφανίζουν δείκτες αυτοκτονιών εμφανώς πολύ μεγαλύτερους από αυτό των γυναικών. Βλέπουμε έτσι στο διάγραμμα 6 χώρες όπως η Λιθουανία, η Ουγγαρία, η Λετονία, η Εσθονία και η Σλοβενία να εμφανίζουν τιμές τριπλάσιες ακόμα και τετραπλάσιες για τους άντρες συγκριτικά με τις γυναίκες, παρόλο που όπως είδαμε παραπάνω στην μελέτη μας οι γυναίκες πραγματοποιούν περισσότερες απόπειρες με περισσότερα κρούσματα κατάθλιψης από ότι οι άντρες.

Πάνω στο θέμα των αυτοκτονιών κατά φύλο ο Durkheim έθεσε κάποιους προβληματισμούς, οι οποίοι ίσως είχαν μια λογική στην δική του εποχή, καθώς στη συνέχεια τα κίνητρα έγιναν περισσότερο περίπλοκα για το κάθε φύλο. Η άποψη του έγκειται στα διαφορετικά συμφέροντα των δύο φύλων από το γάμο. Στο θεωρητικό του οικοδόμημα, το διαζύγιο είναι έκφραση συζυγικής ανομίας· ήτοι, απορρύθμιση της ρυθμιστικής δύναμης που

επιτελεί ο γάμος πάνω στα ένστικτα και τα αισθήματα. Ο Durkheim ήρθε αντιμέτωπος με το φαινόμενο, κατά το οποίο στις κοινωνίες όπου το διαζύγιο δεν είχε ακόμα θεσμοθετηθεί, οι παντρεμένες είχαν μεγαλύτερο μερίδιο στην αυτοκτονία από τις ανύπαντρες· φαινόμενο αντίστροφο από τη σχέση παντρεμένων κι ανύπαντρων ανδρών με την αυτοκτονία. Μάλιστα τη σχέση αυτή τη διατύπωσε και ως νόμο: «από την άποψη της αυτοκτονίας, ο γάμος είναι ευνοϊκότερος για τη σύζυγο όσο περισσότερο ευρύτερα συνηθίζεται το διαζύγιο και αντίστροφα».

Για να εξηγήσει αυτό το φαινόμενο θεωρεί ως δεδομένο, ότι η γυναίκα είναι περισσότερο φυσικό ον παρά κοινωνικό και υπόκειται σε περιορισμούς που υποβάλλονται από τον οργανισμό της, δηλαδή είναι από τη φύση της μονογαμική. Από την άλλη, ο άνδρας, επειδή συμμετέχει ενεργά στην κοινωνική ζωή είναι πιο περίπλοκος πνευματικά, οπότε η σεξουαλική του δραστηριότητα αποδεσμεύεται από τους φυσικούς περιορισμούς και χρειάζεται ρύθμιση, δηλαδή να υπόκειται σε κοινωνικό έλεγχο. Άρα, με το γάμο η γυναίκα υπόκειται σε περιορισμούς που δεν της είναι απαραίτητοι, αφού είναι ούτως ή άλλως από τη φύση περιορισμένη, ενώ ο άνδρας χρειάζεται τους περιορισμούς του γάμου, για να μη μείνουν τα πάθη ανεξέλεγκτα. Είναι με αυτό τον τρόπο, που ο παντρεμένος προφυλάσσεται από την αυτοκτονία περισσότερο από τον ανύπαντρο ή τον διαζευγμένο, ενώ από την άλλη η παντρεμένη, χωρίς τη διέξοδο του διαζυγίου, ασφυκτιά εντός του γάμου και είναι περισσότερο εκτεθειμένη στην αυτοκτονία. Επομένως, τα διαφορετικά συμφέροντα των δύο φύλων από το γάμο εδράζονται τρόπων τινά, κατά τον Ντυρκάιμ, στη διαφορετική φύση τους και όχι στα διαφορετικά κοινωνικά νοήματα που αποδίδονται από τους δρώντες.

Επίσης, παραδέχεται ότι οι άνδρες, οι οποίοι, μην ξεχνάμε, αυτοκτονούν περισσότερο από τις γυναίκες σε πολλαπλάσιο βαθμό, εμπλέκονται περισσότερο στις κοινωνικές διαδικασίες από τις γυναίκες και είναι περισσότερο ηθικοί. Από την άλλη, όμως θα πάρει θέση και θα καταλήξει στο ότι η αυτοκτονία είναι πράξη ανήθικη, γιατί αρνείται τη «θρησκεία της ανθρωπότητας», και παθολογική.<sup>114</sup> Αν λοιπόν, η αυτοκτονία είναι πράξη ανήθικη και παθολογική και ταυτόχρονα αντλεί τα θύματά της κυρίως από τον ανδρικό πληθυσμό, γιατί επιμένει να αποδέχεται τους άνδρες ως πνευματικά και ηθικά ανώτερους; Επίσης, γιατί στις «φυγόκεντρες» από το γάμο τάσεις των ανδρών, λόγω των ακόρεστων επιθυμιών τους, δεν

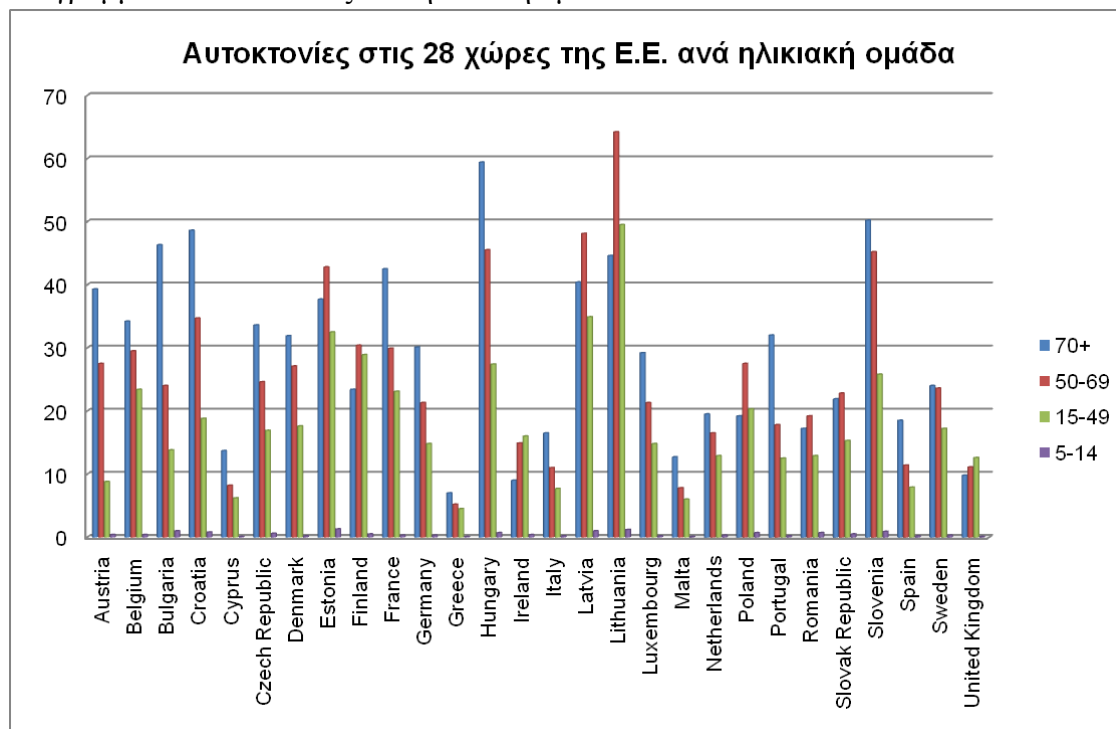
---

<sup>114</sup>Durkheim Emile, [1897], Κοινωνικές αιτίες της αυτοκτονίας, Αθήνα, Γερ. Αναγνωστίδη σελ. 393

βλέπει μια εγγενή ανηθικότητα από μέρους τους; Θέση μας είναι, ότι αν παραδεχόταν κάτι τέτοιο θα έπρεπε να αποδώσει τέτοια τιμή στις γυναίκες -ως όντα καλύτερα κοινωνικοποιούμενα (ή μήπως συμμορφούμενα;), αφού ούτε αυτοκτονούν όσο οι άνδρες, ούτε έχουν φυγόκεντρες τάσεις από το γάμο, ο οποίος αποτελεί έκφανση της κοινωνικής συνοχής, αφού είναι εγγενώς μονογαμικές, κατά τον Durkheim πάντα- που θα προσέκρουε στην ιδεολογία της εποχής. Αποδίδοντας αυτήν την ηθικότητα στη βιολογική φύση της γυναίκας, ο Durkheim πετυχαίνει ένα διπλό στόχο. Από τη μία, μένει συνεπής ως προς τα στατιστικά του και από την άλλη, μένει συνεπής ως προς την ιδεολογία της εποχής του, που ήθελε τη γυναίκα κοινωνικά υποδεέστερη από τον άνδρα και την κοινωνία υπόθεση των ανδρών.<sup>115</sup> Τονίζουμε εδώ πως η εποχή της πρώτης αυτής διαχώρισης και ανάλυσης των αυτοκτονιών βάση φύλου ήταν μια εποχή όπου δεν αποδεχόταν καμία ισότητα των φύλων ούτε ως προς τα κοινωνικά τους δικαιώματα. Οι γυναίκες δεν είχαν καμία ανάμειξη, κατά την ιδεολογία της εποχής στην εξέλιξη της κοινωνίας, η οποία αφορά μόνο τον αντρικό πληθυσμό.

### 3.3. Αυτοκτονίες στα 28 κράτη της Ε.Ε. ανά ηλικιακή ομάδα

Διάγραμμα 7: Αυτοκτονίες ανά ηλικιακή ομάδα



Πηγή: Ιδία επεξεργασία στοιχείων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας

<sup>115</sup>Durkheim Emile, [1897], Κοινωνικές αιτίες της αυτοκτονίας, Αθήνα, Γερ. Αναγνωστήδη σελ. 399-400

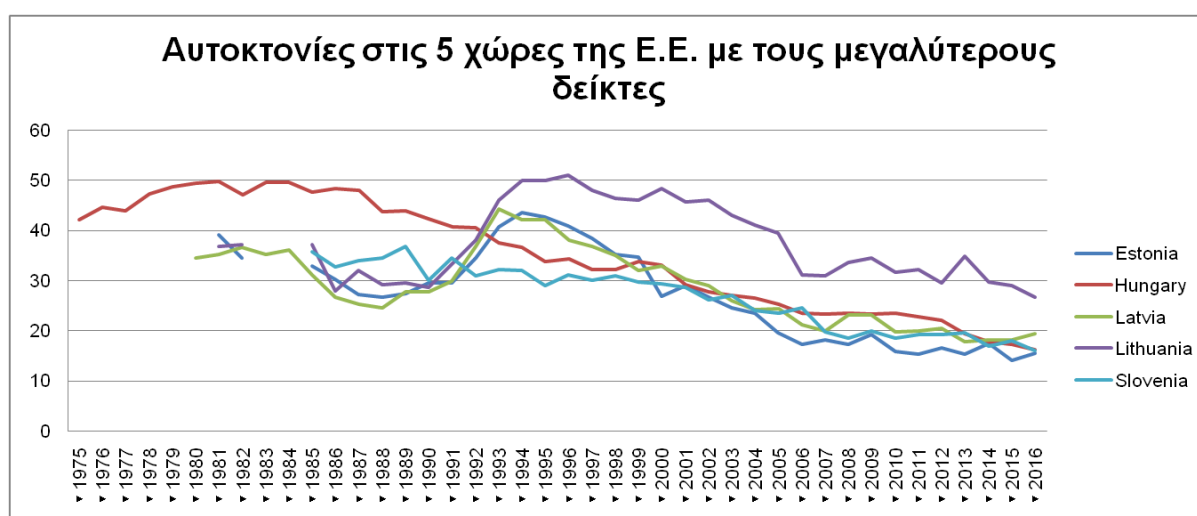
Στα αποτελέσματα που διεξήχθησαν από τα δεδομένα για τις αυτοκτονίες ανά ηλικιακή ομάδα παρατηρήσαμε στο διάγραμμα 7 ότι στις περισσότερες χώρες υπερτερεί η ομάδα των 70+. Φαίνεται δηλαδή ότι τα άτομα που βρίσκονται σε γεροντική ηλικία προσφεύγουν περισσότερο στις αυτοκτονίες και μάλιστα στους δείκτες αυτούς βρίσκονται κυρίως οι άντρες που είναι διαζευγμένοι ή σε χηρεία. Παρατηρούμε σαφώς σε κάποιες χώρες, όπως είναι η Εσθονία, η Λετονία και ακόμα πιο έντονα η Λιθουανία, αλλά και η Πολωνία, να εμφανίζουν υψηλότερους δείκτες η ηλικιακή ομάδα 50-69. Οι λόγοι που βλέπουμε αυτή την ηλικία να έχει περισσότερους αυτόχειρες δεν διαφέρει από τους 70+. Αυτό που έχει αρκετό ενδιαφέρον να παρατηρήσουμε είναι η Ιρλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο, καθώς βλέπουμε ότι οι υψηλότεροι δείκτες εμφανίζονται στην παραγωγική ηλικία ενός ανθρώπου δηλαδή στην ηλικιακή ομάδα 15-49. Αξίζει να σημειωθεί διότι η ηλικιακή αυτή ομάδα έχει σαφώς διαφορετικά κίνητρα που οδηγούν στην αυτοχειρία και απαιτεί επίσης και διαφορετικές πολιτικές για την αντιμετώπιση τους. Η Λιθουανία έχει τον υψηλότερο δείκτη στην ηλικιακή ομάδα 50-69, ενώ ακολουθούν άλλες τρεις χώρες, η Εσθονία, η Λετονία και η Πολωνία, με υψηλότερους δείκτες στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα. Υψηλοί διακρίνονται οι δείκτες της ηλικιακής ομάδας 70+ σε Ουγγαρία αρχικά και στη συνέχεια και σε άλλες χώρες, όπως μπορούμε να δούμε και στο διάγραμμα 7. Παρατηρούμε ότι στις περισσότερες χώρες υπερτερεί η ηλικιακή ομάδα 70+, συνδυάζοντας εδώ το δεδομένο του φύλου, όπου αυτοκτονούν κυρίως οι άντρες. Τα κίνητρα για τους άντρες αυτής της ηλικιακής ομάδας, όπως είδαμε παραπάνω, είναι κυρίως η μοναξιά, άντρες δηλαδή που είναι χήροι ή άτομα μοναχικά με ευμετάβλητη ψυχοπαθολογία.

Εντοπίζοντας τις ομάδες στόχου η κάθε πολιτική για την εξάλειψη του φαινομένου θα πρέπει να διαμορφώνεται αντίστοιχα με τις διαπιστώσεις που προκύπτουν από τα δεδομένα. Αυτό το δεδομένο είναι κάτι που θα αναλύσουμε και θα παρατηρήσουμε εκτενέστερα στο 5ο κεφάλαιο για τις πολιτικές αντιμετώπισης του φαινομένου. Τέλος να πούμε ότι στην Εσθονία, στην Λετονία και στην Λιθουανία παρατηρούνται και υψηλότερα κρούσματα αυτοκτονιών στην ηλικιακή ομάδα 15-49 συγκριτικά με τις άλλες χώρες.

### 3.4. Αυτοκτονίες στις 5 χώρες της Ε.Ε. με τους υψηλότερους δείκτες αυτοκτονιών στην Ε.Ε.

Αξίζει να κάνουμε μια περαιτέρω ανάλυση στα δεδομένα μας για τις 5 χώρες της ευρωπαϊκής Ένωσης που εμφανίζουν τους μεγαλύτερους δείκτες. Οι χώρες αυτές είναι η Εσθονία, η Ουγγαρία, η Λετονία, η Λιθουανία και η Σλοβενία. Θα ήταν χρήσιμο να δούμε αυτές τις χώρες αναλυτικά και να διαπιστώσουμε την πορεία που έλαβαν οι αυτοχειρίες στο διάστημα 1975-2016.

Διάγραμμα 8: Αυτοκτονίες στις 5 χώρες με τα μεγαλύτερα ποσοστά



Πηγή: Ιδία επεξεργασία στοιχείων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας

Στο διάγραμμα 8 θα παρατηρήσουμε ότι οι αυτοκτονίες ξεκίνησαν με υψηλούς δείκτες στην Ουγγαρία, η οποία από το 1990 και έπειτα άρχισε να φθίνει, σε αντίθεση με την Λιθουανία όπου από το 1990 και έπειτα ανέβασε τους δείκτες της με μικρές μειώσεις, καθώς έχει κρατήσει ακόμα τον υψηλότερο δείκτη αυτοκτονιών σε όλη την Ευρωπαϊκή Ένωση.

Στη δεκαετία του 1930, λίγο πριν από την έναρξη του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου, η όμορφη πόλη της Βουδαπέστης κέρδισε μια πολύ άσχημη φήμη. Η πρωτεύουσα της Ουγγαρίας θεωρήθηκε η «Πόλη των Αυτοκτονιών». Ο Α΄ Παγκόσμιος Πόλεμος είχε τελειώσει, αλλά οι συνέπειες του και η οικονομική κρίση που ακολούθησε διέλυσε πολλές οικονομίες και προκάλεσε οξύτατα κοινωνικά προβλήματα. Η Ευρώπη δυσκολευόταν να ορθοποδήσει. Τις μεγαλύτερες δυσκολίες αντιμετώπισαν τα κράτη της Ανατολικής Ευρώπης. Η κρίση οδήγησε πολλούς πολίτες στην απόγνωση. Στη Βουδαπέστη άρχισαν οι αυτοκτονίες. Αρκετοί, μάλλον

υπερβολικά, θεώρησαν ότι ένα τραγούδι που ακούστηκε για πρώτη φορά το 1933, επηρέασε πολλούς κατοίκους της Βουδαπέστης ώστε να πάρουν την τελική απόφαση. Ο πιο συνηθισμένος τρόπος αυτοκτονίας ήταν ο πνιγμός, γι' αυτό και τα πλοία του λιμενικού αύξησαν τις περιπολίες στις όχθες του Δούναβη για να αποτρέψουν τους απελπισμένους Μαγυάρους. Το τραγούδι λεγόταν, «Gloomy Sunday» – Ζοφερή Κυριακή και πιστεύεται ότι πολλοί αυτόχειρες πριν πνιγούν, άκουγαν αυτό το κομμάτι. Έτσι, έμεινε γνωστό ως το Ουγγρικό Τραγούδι της Αυτοκτονίας. Αρκετοί ραδιοφωνικοί σταθμοί απαγόρευσαν την αναμετάδοση επειδή συνδέθηκε με τις μαζικές αυτοκτονίες. Οι αυτοκτονίες έπρεπε να αντιμετωπιστούν και επιλέχθηκε ένας μάλλον παράδοξος τρόπος. Ο καθηγητής Τζένο μαζί με τον υπνωτιστή Μπίνκζο αποφάσισαν να δημιουργήσουν μία λέσχη γέλιου. Αν και αρχικά η σκέψη ξεκίνησε σαν αστείο, το Σχολείο για Χαμόγελα είχε θετικό αποτέλεσμα. Μέχρι και σήμερα πολλοί νευρολόγοι και κλινικοί ψυχολόγοι υποστηρίζουν ότι ακόμη κι ένα βεβιασμένο χαμόγελο έχει τη δυνατότητα να «ξεγελάσει» τον ανθρώπινο εγκέφαλο. Καθώς ο άνθρωπος χαμογελά, εκούσια ή ακούσια, ο εγκέφαλός του εκκρίνει ορμόνες που είναι υπεύθυνες για την ευτυχία και την καλή ψυχολογική κατάσταση. Όταν το ποσοστό της αυτοχειρίας μειώθηκε, το σχολείο επικεντρώθηκε στην εκπαίδευση συγκεκριμένων τύπων χαμόγελων.<sup>116</sup> Βλέπουμε έτσι την Ουγγαρία να μειώνει τους δείκτες αυτοκτονιών της, παρόλο που διατηρεί ακόμα υψηλούς συγκριτικά με άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Αναλύοντας την Λιθουανία μπορούμε να δούμε και από το διάγραμμα 6 ότι τα ποσοστά της είναι υψηλά κυρίως στον ανδρικό πληθυσμό. Τα ποσοστά αυτοκτονίας μεταξύ των Λιθουανών ανδρών αυξήθηκαν από το 1990 έως το 2005 και στη συνέχεια ακολούθησε μια πτωτική τάση. Παρόμοιες, αλλά λιγότερο σαφείς και αξιοσημείωτες αλλαγές στις τάσεις αυτοκτονίας εντοπίστηκαν μεταξύ των γυναικών της Λιθουανίας. Ορισμένες μελέτες έχουν αναλύσει τη σχέση μεταξύ των ποσοστών αυτοκτονίας και των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων της υγείας, όπως το φύλο, τις αστικές και αγροτικές διαφορές, τα ποσοστά ανεργίας και άλλα.<sup>117</sup> Ο προσδιορισμός των χρονικών τάσεων και των μεθόδων αυτοκτονίας από τα δύο φύλα και σε διάφορες περιοχές της συγκεκριμένης χώρας αποτελούν σημαντικά

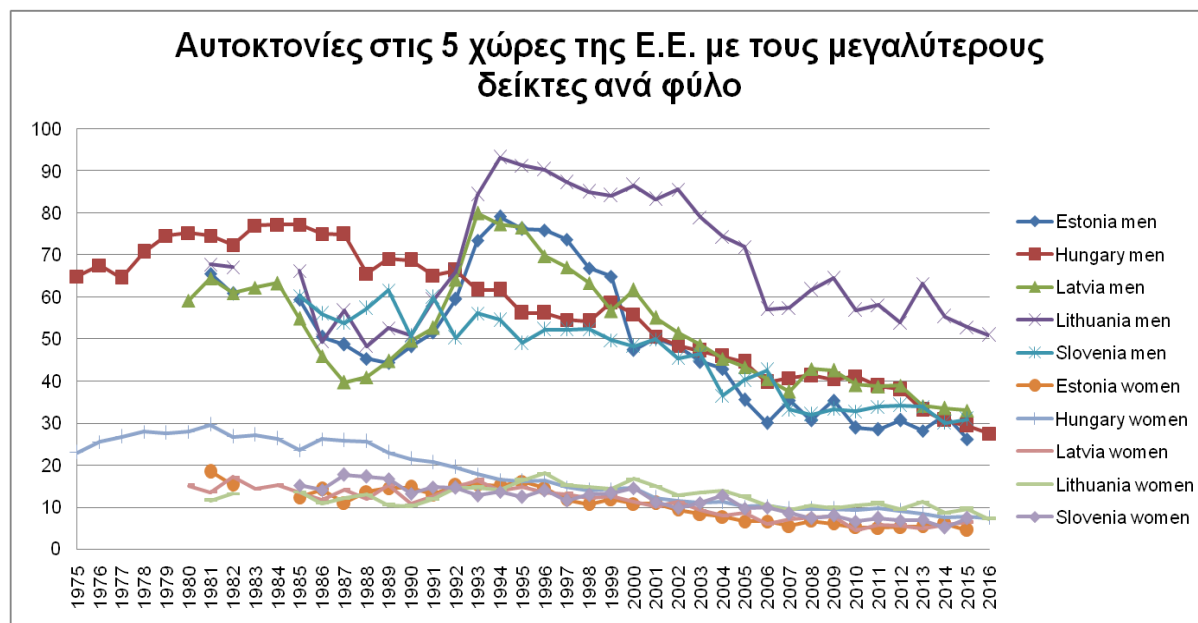
---

<sup>116</sup>//[io9.com/the-creepy-story-of-how-budapest-became-a-city-of-smil-1635708606/all](http://io9.com/the-creepy-story-of-how-budapest-became-a-city-of-smil-1635708606/all)

<sup>117</sup>Abdonas Tamosiunas, Regina Reklaitiene, Dalia Virviciute, and Diana Sopagiene, Trends in suicide in a Lithuanian urban population over the period 1984–2003 BMC Public Health. 2006; 6: 184. Published online 2006 Jul 13. doi: [10.1186/1471-2458-6-184]

καθήκοντα για τους ερευνητές που επιδιώκουν να αναπτύξουν στρατηγικές παρέμβασης και ολοκληρωμένες δραστηριότητες πρόληψης αυτοκτονιών.

Διάγραμμα 9: Αυτοκτονίες στις 5 χώρες με τα μεγαλύτερα ποσοστά ανά φύλο



Πηγή: Ιδία επεξεργασία στοιχείων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας

Η Λετονία, που όπως είδαμε έχει τη δεύτερη μεγαλύτερη τάση αυτοκτονιών στην παραγωγική ηλικιακή ομάδα 15-49, μετά την Λιθουανία, βλέπουμε στο διάγραμμα 9 πως ακολούθησε παρόμοια γραμμή με αυτήν της Λιθουανίας, είχε δηλαδή αύξηση από το 1988 και έπειτα με κορύφωση το 1994 και στη συνέχεια ακολούθησε φθίνουσα πορεία. Παρόμοια κατάσταση μπορούμε να παρατηρήσουμε και για την Εσθονία, ενώ η Σλοβενία ακολούθησε πιο σταθερούς δείκτες με μικρή πτωτική τάση. Αυτά τα στοιχεία βλέπουμε ότι χαρακτηρίζουν τον ανδρικό πληθυσμό, καθώς ο γυναικείος ακολουθεί αρκετά χαμηλότερους δείκτες με σταθερή φθίνουσα πορεία. Οι γυναίκες στην Ουγγαρία φαίνεται να είχαν τους υψηλότερους δείκτες αυτοκτονιών στον γυναικείο πληθυσμό μέχρι και το 1990, όπου στη συνέχεια βλέπουμε πτωτική τάση και παρόμοιους δείκτες και στις 5 χώρες που μελετάμε.

Αυτό που μπορούμε να πούμε συμπερασματικά είναι ότι και οι 5 χώρες σχεδόν με τους ίδιους ρυθμούς μείωσαν τους δείκτες αυτοκτονίας. Σαφώς οι κοινωνικοοικονομικές αλλαγές συντέλεσαν σε αυτή τη μείωση, καθώς και οι αλλαγές σε πολιτικό επίπεδο των χωρών της Ε.Ε. Με θετική απάντηση βλέπουμε ότι η υπόθεση εργασίας μας επιβεβαιώνεται και πως οι αυτοκτονίες μειώνονται στις χώρες της Ε.Ε., όταν αρχίζει και υπάρχει σταθεροποίηση των

οικονομικών και πολιτικών γεγονότων. Η θεωρία μας αυτή θα δούμε ότι επιβεβαιώνεται στην Ελλάδα όπου ανεβαίνουν οι δείκτες όταν υπάρχει αστάθεια στην οικονομική και κοινωνική κατάσταση της χώρας.

### 3.5. Αυτοκτονίες και οικονομική κρίση

Πλήθος ερευνών έχουν δείξει διαχρονικά την υψηλή συσχέτιση του δείκτη ανεργίας με την κατάθλιψη και τις αυτοκτονίες. Η απώλεια της εργασίας εντείνει το άγχος και αυξάνει τον κίνδυνο, τόσο σωματικών, όσο και ψυχικών παθήσεων. Η συγκριτική μελέτη διαφορετικών κοινωνικο-οικονομικών πλαισίων, σε χωριστά γεωγραφικά και χωρικά όρια επιβεβαιώνει την ισχύ της συσχέτισης. Η συσχέτιση των δύο αυτών φαινομένων δείχνει ότι η οικονομική κατάσταση ή η απότομη αλλαγή των σταθερών μπορεί να ταράξει τον κοινωνικό ιστό και την ψυχολογία των ανθρώπων που επηρεάζονται από αυτές τι αλλαγές σε σημείο που να τους οδηγήσουν στην αυτοχειρία.<sup>118</sup>

Κατά τη διάρκεια της ύφεσης η οικονομία χαρακτηρίζεται από τη διαρκή και αισθητή μείωση όλων των μεγεθών και της δραστηριότητάς της. Πρόκειται για μια κυκλική διεργασία που οδηγεί στην επιδείνωση των βασικών μακροπρόθεσμων δεικτών (Α.Ε.Π., εργασία, επενδύσεις κ.α.). Η ένταση της σημερινής ύφεσης οδηγεί από τη μια στη δραματική επιδείνωση της υγείας των πολιτών και από την άλλη στην κατάρρευση του κράτους πρόνοιας. Η οικονομική κατάσταση επιδρά στους δείκτες υγείας, όπως το προσδόκιμο επιβίωσης, τη νοσηρότητα, τη θνησιμότητα, αλλά και τη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Πλήθος ερευνητών στην πλειονότητά τους καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ της επιδείνωσης της οικονομικής κατάστασης του ατόμου και του επιπέδου υγείας του.<sup>119</sup>

Ιδιαίτερα έντονος είναι ο αντίκτυπος των οικονομικών κρίσεων στην ψυχική υγεία. Ο πλέον αδύναμος κρίκος στην αλυσίδα των επιπτώσεων φαίνεται να είναι οι άνεργοι. Οι περισσότερες έρευνες στο συγκεκριμένο πεδίο φαίνεται να συγκλίνουν στο ότι η απώλεια της

---

<sup>118</sup> Τσουνής Ανδρέας, Η σχέση της ανεργίας με την κατάθλιψη και τις αυτοκτονίες: Η κλινική αντανάκλαση της οικονομικής κρίσης, Τετράδια ψυχιατρικής, Αθήνα, 2013, σελ. 24-25

<sup>119</sup> Prof. Dr. Johan P. Mackenbach, Health Inequalities: Europe in profile, 2005  
Adam Wagstaff, Bulletin of the World Health Organization 2002, Poverty and health sector inequalities

εργασίας μεγεθύνει τον κίνδυνο, τόσο των ψυχικών διαταραχών, όσο και των σωματικών του επιπτώσεων. Όπως έχει επανειλημμένως διαπιστωθεί υπάρχει υψηλή συνάφεια ανάμεσα στην ανεργία και στην αύξηση των διαταραχών της διάθεσης, του άγχους, της χρήσης ουσιών και των αυτοκτονιών. Φαίνεται ότι ο μέσος όρος των ατόμων που αντιμετωπίζουν ψυχικές δυσκολίες είναι υπερδιπλάσιος για όσους χάνουν την εργασία τους.<sup>120</sup>

Η εργασία στις σύγχρονες κοινωνίες αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο, στη βάση του οποίου συντελείται ο προσδιορισμός της ταυτότητας και της εικόνας του εαυτού. Η απώλεια της εκτός του ότι φέρνει το άτομο αντιμέτωπο με πληθώρα προβλημάτων επιβίωσης, ως απότοκο της έλλειψης εισοδήματος, οδηγεί σε μια κατάρρευση στο πεδίο του κοινωνικού, επηρεάζοντας την αίσθηση της αυτοεκτίμησης και τον τρόπο αλληλεπίδρασης με τους άλλους.<sup>121</sup>

Η ανασκόπηση πληθώρας ερευνών δείχνει επίσης υψηλή συσχέτιση ανάμεσα στο ποσοστό ανεργίας και την αύξηση των αυτοκτονιών. Οι άνεργοι διατρέχουν σε γενικές γραμμές 2-3 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο απ' ό,τι ο υπόλοιπος πληθυσμός. Ιδιαίτερα ευάλωτες ομάδες φαίνεται να είναι οι μεσήλικες και άγαμοι άντρες, ενώ και στους νέους που πλήττονται σε μεγάλο βαθμό από απώλεια θέσεων απασχόλησης, φαίνεται να υπάρχει υψηλή συσχέτιση. Τα δεδομένα από έρευνες σε διαφορετικές χώρες με υψηλή διαφοροποίηση στο οικονομικό και πολιτισμικό πλαίσιο φαίνεται να συγκλίνουν σε αυτό. Μελέτη που έλαβε χώρα σε 26 ευρωπαϊκές χώρες έδειξε πως κάθε αύξηση 1% σε εθνικό ποσοστό ανεργίας σχετίζεται με αύξηση 0.8% στις αυτοκτονίες σε άτομα κάτω των 65, ενώ αύξηση περισσότερο από 3% έχει ακόμη μεγαλύτερη επίδραση, οδηγώντας σε αντίστοιχη άνοδο του ποσοστού των αυτοκτονιών στο 4,5%, δείχνοντας έτσι το δυναμικό και πολλαπλασιαστικό χαρακτήρα του φαινομένου.<sup>122</sup>

Βάση των παραπάνω μπορούμε λοιπόν να κατανοήσουμε ότι η οικονομική κρίση και τα φαινόμενα που τη συνοδεύουν, με προεξέχον αυτό της ανεργίας, οδηγεί σε αύξηση του

---

<sup>120</sup> Murphy and Athanasou, The effect of unemployment on mental health, Journal of Occupational and Organizational Psychology, The British Psychological Society, Great Britain, 1999, σελ., 83-99

<sup>121</sup> Τσουνής Ανδρέας, Η σχέση της ανεργίας με την κατάθλιψη και τις αυτοκτονίες: Η κλινική αντανάκλαση της οικονομικής κρίσης, Τετράδια ψυχιατρικής, Αθήνα, 2013 σελ., 24-30

<sup>122</sup> Stuckler et al., The Public Health Effect of Economic Crises and Alternative Policy Responses in Europe: An Empirical Analysis, Centre for Crime and Justice Studies, King's College, London, 2009

ποσοστού των αυτοκτονιών. Αυτό συνδέεται με την αναταραχή που επικρατεί στην κοινωνία σε περιόδους οικονομικής κρίσης, σε αποσταθεροποίηση και αποσάθρωση των κοινωνικών σταθερών.

Σε μια ανασκόπηση της επιστημονικής γραμματείας γύρω από τη σχέση των οικονομικών κρίσεων και των αυτοκτονιών, ο Innamorati και οι συνεργάτες διαπίστωσαν ότι η συζήτηση στρέφεται γύρω από δύο βασικές θεωρίες, τη φιλοκυκλική και την αντικυκλική.<sup>123</sup> Σύμφωνα με τη φιλοκυκλική, οι δείκτες αυτοκτονίας είναι υψηλότεροι σε περιόδους οικονομικής μεγέθυνσης. Οι βασικές παραδοχές αυτής της θεωρίας εδράζονται στην ασυμφωνία μεταξύ φιλοδοξιών και αμοιβών, που πυροδοτείται σε περιόδους οικονομικής μεγέθυνσης. Η ασυμφωνία αυτή ίσως αποτελέσει ενισχυτικό παράγοντα για να προβεί κάποιος στην αυτοκτονία. Η αντικυκλική θεωρία, από την άλλη, υποστηρίζει ότι οι αυτοκτονίες αυξάνονται σε περιόδους ύφεσης. Η θεωρία αυτή βασίζεται στην υπόθεση της αγανάκτησης-επιθετικότητας. Γενικά, οι κύκλοι της οικονομίας επηρεάζουν την κατάταξη του ατόμου στην κοινωνική ιεραρχία και είναι πολύ πιθανό όταν κάποιος υποβιβαστεί, δηλαδή χάσει το κύρος που έχαιρε, να αγανακτήσει, να στρέψει την επιθετικότητα στον εαυτό του και να αυτοκτονήσει. Είναι πιο πιθανό, δηλαδή, οι αυτοκτονίες κατά τις οικονομικές υφέσεις να επισυμβαίνουν μεταξύ των υψηλά ιστάμενων προσώπων.<sup>124</sup>

Και οι δύο θεωρίες έχουν τύχει εμπειρικής τεκμηρίωσης. Συγκεκριμένα, προς υποστήριξη της φιλοκυκλικής θεωρίας, έχει παρατηρηθεί στη Γερμανία, την περίοδο 1980-2000, ότι για μια ποσοστιαία άνοδο της ανεργίας, οι αυτοκτονίες των ανδρών μειώνονται κατά 0,98% και των γυναικών κατά 1,98%.<sup>125</sup> Επίσης, στη Φιλανδία είχε παρατηρηθεί αύξηση των αυτοκτονιών των ανδρών κατά 20% και των γυναικών κατά 22%, κατά την περίοδο ευμάρειας 1985-1990, ενώ κατά την ύφεση του 1990-1995, οι αυτοκτονίες των ανδρών μειώθηκαν κατά 13% και των γυναικών κατά 4%.

---

<sup>123</sup>Innamorati M., Pompili M., Lester D., Yang B., 2012, «Economic crises and suicides», στο Economic crises, Nova Sciences Publishers, doi: 10.2174/978160805049911201010030, σελ. 124

<sup>124</sup>Innamorati M., Pompili M., Lester D., Yang B., 2012, «Economic crises and suicides», στο Economic crises, Nova Sciences Publishers, doi: 10.2174/978160805049911201010030, σελ. 125

<sup>125</sup>Neumayer E., 2004, «Recessions Lower (Some) Mortality Rates: Evidence from Germany», στο Social Science and Medicine, 58(6), σελ. 1037-1047, doi: 10.1016/j.socscimed.2004.02.018

Πλήθος ερευνών έχει τεκμηριώσει και την αντικυκλική θεωρία, με στοιχεία από διάφορες χώρες, όχι μόνο Ευρωπαϊκές. Έχει υποστηριχθεί ότι πράγματι υφεσιακοί παράγοντες, όπως η ανεργία, η μείωση του ΑΕΠ, η μείωση των εσόδων σχετίζονται θετικά με τις αυτοκτονίες. Ο Stuckler και οι συνεργάτες του, σε μια μεγάλη έρευνα που εκπόνησαν για την εξέταση της επίδρασης των οικονομικών κρίσεων στους δείκτες θνησιμότητας σε 26 χώρες της ΕΕ για την περίοδο 1970-2007, βρήκαν ότι, συνολικά, 1% αύξηση στα ποσοστά ανεργίας σχετιζόταν με 0,79% αύξηση στους δείκτες αυτοκτονίας για τις ηλικίες κάτω των 65 ετών.<sup>126</sup> Ωστόσο, εξετάζοντας τις χώρες μεμονωμένα, η επίδραση αυτή παρουσίαζε ποικιλομορφία, λόγω χάρη από ισχυρή και θετική στην Ισπανία, έως αρνητική στη Σουηδία.

Παράλληλα, υπάρχουν και ανάμικτα ευρήματα, που έχουν εντοπίσει ότι η ύφεση επηρεάζει διαφορετικά τις διάφορες πληθυσμιακές ομάδες. Για παράδειγμα, στην Ιταλία την περίοδο 1977-1987, βρέθηκε ότι η ανεργία σχετιζόταν αρνητικά με τους δείκτες αυτοκτονίας των γυναικών και θετικά με των ανδρών, ή στην Φιλανδία, για την περίοδο 1960-1979, βρέθηκε ότι οι δείκτες αυτοκτονίας των ηλικιωμένων άνω των 64 ετών δεν επηρεάστηκαν καθόλου από την ύφεση.

Επίσης, έχουν αναφερθεί περιπτώσεις όπου δεν υπάρχει κάποια σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στους οικονομικούς κύκλους και τις αυτοκτονίες. Για παράδειγμα στην Ιρλανδία, την περίοδο 1968-2000, ενώ υπήρχε σταθερή αύξηση στους δείκτες αυτοκτονίας, κοινωνικοοικονομικοί δείκτες, όπως ο ΑΕΠ, ποσοστά ανεργίας, γάμων κλπ, δεν φάνηκαν να αποτελούν τις βασικές αιτίες πίσω από αυτήν.<sup>127</sup>

Τέλος έχει υποστηριχθεί και η αντίστροφη θέση, ότι δηλαδή δεν είναι η ανεργία που ωθεί στην αυτοκτονία, αλλά άτομα με κάποια ψυχική διαταραχή είναι πιο πιθανό να μείνουν άνεργα, όποτε η ανεργία (μήπως και η οικονομική κρίση εν γένει;) είναι παρεπόμενο της ψυχικής διαταραχής, η οποία αποτελεί τη βασική αιτία της αυτοκτονίας. Συγκεκριμένα, έρευνα που μελέτησε μεγάλο δείγμα μεσήλικων Σουηδών ανδρών, την περίοδο της ύφεσης

---

<sup>126</sup>David Stuckler, Sanjay Basu, Marc Suhrcke, Adam Coutts, Martin McKee, 2009, « The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis», στο Lancet, 374, σελ. 320. Doi:10.1016/S0140-6736(09)61124-7

<sup>127</sup>David Stuckler, Sanjay Basu, Marc Suhrcke, Adam Coutts, Martin McKee, 2009, « The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis»,ό.π., σελ. 321. Doi:10.1016/S0140-6736(09)61124-7

της δεκαετίας του '90, βρήκε ότι οι ενδείξεις ψυχικής διαταραχής τους καθιστούσαν πιο επιρρεπείς στην ανεργία και ερμήνευαν καλύτερα την τάση προς αυτοκτονία.<sup>128</sup>

### 3.5.1. Κοινωνιολογικές παρατηρήσεις

Συμπερασματικά, από τις έρευνες που διεξήχθησαν, οι συγγραφείς καταλήγουν στο ότι δεν υπάρχουν ακόμα πειστικές αποδείξεις για την ισχυρή συσχέτιση (θετική ή αρνητική) μεταξύ οικονομικών υφέσεων και δεικτών αυτοκτονίας.<sup>129</sup> Παρόλα αυτά σημαντικό δεδομένο μελέτης αποτελούν τα στατιστικά δεδομένα τα οποία όταν τα εξετάζουμε συγκριτικά μπορούμε να διεξάγουμε κάποια γενικά συμπεράσματα όπως θα δούμε παρακάτω.

Στο τέλος της μονογραφίας του, ο Durkheim προσπαθεί να εντοπίσει ποιος θεσμός της σύγχρονης κοινωνίας μπορεί να αποτελέσει προνομιακό τόπο προστασίας έναντι της αυτοκτονίας. Αφού αποκλείσει τη θρησκεία, την πολιτική και την παιδεία, θα εξάρει το χώρο της εργασίας και δη τις αρετές του συνεταιρισμού, οι οποίες μπορούν να «αποτραβήξουν το άτομο από την κατάσταση της ηθικής απομόνωσης».<sup>130</sup> Το σκεπτικό είναι, ότι η επαγγελματική ζωή πλαισιώνει το σύνολο της σύγχρονης ζωής και η επαγγελματική ομάδα ασκεί μόνιμα τον έλεγχο της στο άτομο, κάτι που δεν μπορούν να κάνουν οι άλλοι θεσμοί.

Αν ήδη στην εποχή του αυτή η θέση εκφραζόταν ως επιθυμία ή ευχή, σήμερα κάτι τέτοιο μοιάζει τουλάχιστον υπεραισιόδοξο. Ο Ντυρκάιμ ήταν αρκετά οξυδερκής ώστε να συλλάβει τις απορρυθμιστικές ιδιότητες, οι οποίες είναι εγγενείς στην οικονομία της αγοράς. Μπορεί το εργατικό και συνδικαλιστικό κίνημα να σημείωσαν αρκετές επιτυχίες και να κατάφεραν να εμπνεύσουν κάποια αλληλεγγύη τα χρόνια που ακολούθησαν τον Ντυρκάιμ, ωστόσο από τη δεκαετία του '70 και με την εξάπλωση του νεοφιλελευθερισμού, ως τάση και ιδεολογία στον δυτικό κόσμο, η απορρύθμιση των εργασιακών σχέσεων βρίσκεται στο κέντρο της διαδικασίας.

---

<sup>128</sup>Ludin A., Lundberg I., Hallsten L., Ottoson J., Hemmingsson T., 2009, «Unemployment and mortality—a longitudinal prospective study on selection and causation in 49.321 Swedish middle-aged men», στο J Epidemiol Community Health 2010, 64, σελ. 22–28. doi:10.1136/jech.2008.079269

<sup>129</sup>Innamorati M., Pompili M., Lester D., Yang B., 2012, «Economic crises and suicides», ό.π. σελ. 135

<sup>130</sup>Durkheim Emile, [1897], Κοινωνικές αιτίες της αυτοκτονίας, ό.π. σελ 446

Το αν θα δούμε την οικονομική κρίση ως ανωμαλία ή κανονικότητα έχει επιπτώσεις στον τρόπο που θα προσπαθήσουμε να αντιμετωπίσουμε το πρόβλημα των αυτοκτονιών, αν παραδεχθούμε, ότι αφενός αποτελεί πρόβλημα κι αφετέρου, αν παραδεχθούμε ότι η ανεργία ενδέχεται να συμβάλλει στην αύξησή τους. Αν δούμε την κρίση ως ανωμαλία, κάτι που φαίνεται να αποτελεί την κυρίαρχη αντίληψη των επιστημόνων που εξετάσαμε, τότε για την αντιμετώπιση της αυτοκτονίας ίσως προτείνουμε κάποια μέτρα τόνωσης της εργασιακής ζήτησης, ώστε να ενταχθούν όσο γίνεται περισσότεροι στην αγορά εργασίας, μέχρι να έρθει η ανάπτυξη και με το σκεπτικό ότι οι δείκτες της αυτοκτονίας είναι δυνατόν να γυρίσουν στα προ της κρίσης επίπεδα.

Η παραδοχή αυτής της προσέγγισης έγκειται στο ότι βλέπει την ανεργία μόνο ως απώλεια εισοδήματος, χωρίς να αναρωτιέται ποια είναι η φύση των σχέσεων εργασίας στις οποίες θέλουμε να ενταχθούν οι άνεργοι και επίσης, δεν λαμβάνει υπόψιν το γεγονός ότι οι ίδιες οι υφιστάμενες απορρυθμισμένες εργασιακές σχέσεις μπορούν να αποτελέσουν εστία ανομικών αυτοκτονιών. Θεωρείται πλέον χαρακτηριστική η περίπτωση της France Telecom, όπου κατά την περίοδο 2008-2011 σημειώθηκαν 64 αυτοκτονίες εργαζομένων της. Από τα σημειώματα που άφησαν πίσω τους οι αυτόχειρες, καθώς κι από το γεγονός ότι κάποιες από τις αυτοκτονίες και τις απόπειρες συνέβησαν στο χώρο εργασίας, προέκυψε ότι οι συνθήκες εργασίας ήταν τέτοιες που οδήγησαν αυτά τα άτομα στο απροχώρητο, όπως εξουθενωτικά ωράρια, απειλές απόλυσης και ηθική παρενόχληση.<sup>131</sup> Επομένως, ούτε η εργασία από μόνη της, πέρα από τις υφιστάμενες εργασιακές σχέσεις και συνθήκες, εγγυάται κάποια ασφάλεια έναντι των αυτοκτονιών.

Τα παραπάνω μας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η απώλεια εργασίας δεν αποτελεί από μόνη της κίνητρο για να οδηγηθεί κάποιος στην αυτοκτονία, αλλά συνδυαστικά με την κοινωνική απορύθμιση που επιφέρει μπορεί να οδηγήσει το άτομο στην απόγνωση ή στην αδυναμία αντιμετώπισης των απαιτήσεων που έχει η σύγχρονη κοινωνία για να θεωρεί ένα άτομο αντάξιο μέλος της με αξιοπρεπή τρόπο διαβίωσης. Πολλές φορές οι απαιτήσεις της ίδιας της κοινωνίας από τα άτομα και η αδυναμία τους να ανταποκριθούν σε αυτές τους οδηγούν στην κατάθλιψη και ενίοτε στην αυτοκτονία. Βλέπουμε λοιπόν και πάλι ότι η αλληλεπίδραση του ατόμου με την κοινωνία που ζει είναι ο πιο κρίσιμος παράγοντας για

---

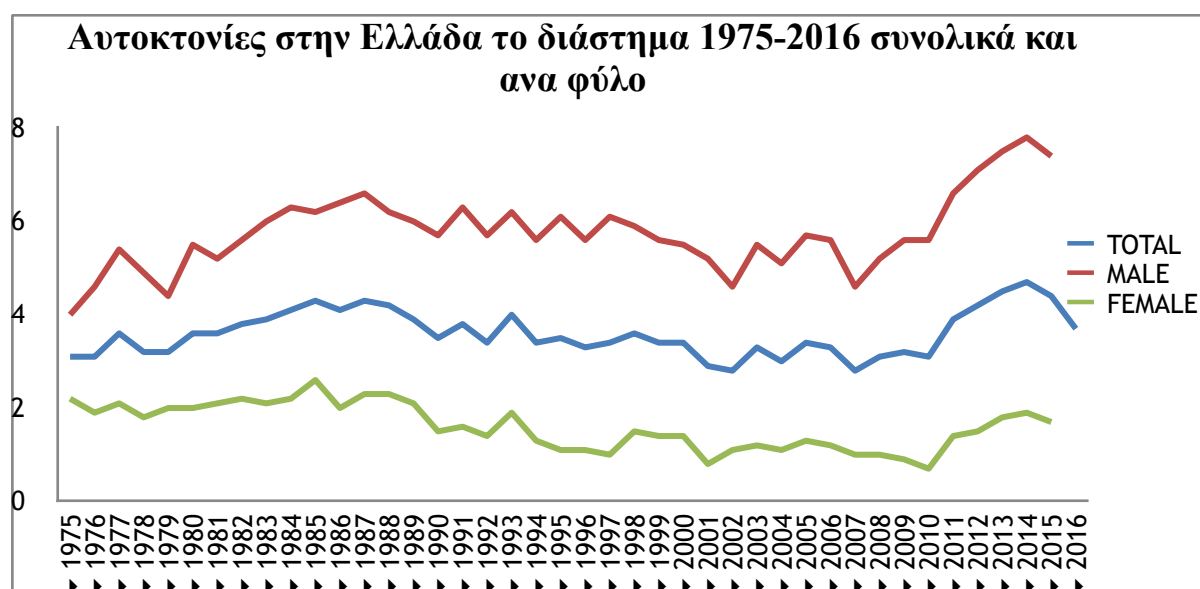
<sup>131</sup>Sarah Waters, 2014, A Capitalism that kills: Workplace Suicides at France Télécom, στο French Politics, Culture & Society, 32 (3), σελ. 121-141, doi:10.3167/fpcs.2014.320307

να οδηγηθεί στην αυτοχειρία και καθώς η εργασία αποτελεί τον πιο σημαντικό παράγοντα ρύθμισης της ζωής του ατόμου, κατ' επέκταση η μη εργασία τον πιο σημαντικό παράγοντα απορύθμισής του.<sup>132</sup>

### 3.6. Αυτοκτονίες στην Ελλάδα

Στο παρόν κεφάλαιο θα δούμε την περίπτωση της Ελλάδας πως εξελίχθηκε κατά τα έτη 1975 έως 2016. Για να μπορέσουμε να έχουμε μια αναλυτική εικόνα για την περίπτωση της Ελλάδας θα δημιουργήσουμε διαγράμματα με τα στοιχεία που έχουμε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

Διάγραμμα 10: Αυτοκτονίες στην Ελλάδα συνολικά και ανά φύλο



Πηγή: Ιδία επεξεργασία στοιχείων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας

Από την ανάλυση των δεδομένων που αντλούμε από τον Π.Ο.Υ. μπορούμε να παρατηρήσουμε το διάγραμμα 10. Παρατηρήσαμε στα παραπάνω διαγράμματα, που αναλύσαμε για τις 28 χώρες, πως η Ελλάδα έχει τα χαμηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών σε όλη την Ευρωπαϊκή Ένωση. Βλέπουμε επίσης ότι και στην Ελλάδα τα ποσοστά αυτοκτονιών για όλα τα έτη που μελετάμε είναι υψηλότερα για τους άνδρες με αρκετά μεγάλη διαφορά από τις γυναίκες. Βλέπουμε επίσης ότι από το 2010 και έπειτα οι αυτοκτονίες αυξήθηκαν με

<sup>132</sup>Sarah Waters, 2014, A Capitalism that kills: Workplace Suicides at France Télécom, ό.π., σελ. 121-141, doi: 10.3167/fpcs.2014.320307

πρωτοφανή για τη χώρα ποσοστά κυρίως για τους άνδρες καθώς οι γυναίκες αυξήθηκαν ελάχιστα. Παρόλα αυτά βλέπουμε πως ακολούθησαν μια κοινή πορεία αυξομειώσεων με το 2016 να φαίνεται ότι οι δείκτες ξανά πέφτουν.

Από τη μεγάλη έρευνα της ψυχιατρικής ομάδας του Ζαχαράκη (2003) θα πληροφορηθούμε για το αυτοκτονικό προφίλ της Ελλάδας από το 1980 έως το 1997. Εντός αυτής της περιόδου οι αυτοκτονίες ανέρχονται στις 6703, από τις οποίες οι 4961 (74%) αφορούν άνδρες και οι 1742 (26%) γυναίκες. Επιπλέον, οι συγγραφείς παρατηρούν πως αυξάνεται η τάση αυτοκτονίας στους άνδρες άνω των 65 ετών.

Τα αίτια των χαμηλών δεικτών αυτοκτονίας στην Ελλάδα τα αποδίδουν σε κοινωνικούς παράγοντες, όπως οι στενοί οικογενειακοί δεσμοί, η μικρή κοινωνική απομόνωση, η αποδοχή της εξωτερίκευσης του θυμού και ίσως, η αρνητική στάση της Εκκλησίας απέναντι στο φαινόμενο.<sup>133</sup>

Στο ίδιο μήκος κύματος κινείται η εργασία των Vougiouklakis και συνεργατών, του τμήματος Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, για τις αυτοκτονίες των νέων ηλικίας 10-24 ετών στην περιοχή της Ηπείρου, την περίοδο 1998-2008. Σύμφωνα με τους ερευνητές, η Ήπειρος παρουσιάζει τα χαμηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας στην Ελλάδα. Οι παράγοντες που συμβάλλουν σε αυτό είναι πάλι κοινωνικοί, όπως οι ηθικοί κανόνες της Εκκλησίας, που προσδίδουν κοινωνική σταθερότητα και κυρίως, η εκτεταμένη οικογένεια θεωρείται παράγοντας προστασίας. Ωστόσο ενδέχεται «οι δυτικές επιδράσεις και οι αλλαγές στον ελληνικό τρόπο ζωής», να διαβρώσουν τα προστατευτικά κοινωνικά δίκτυα, γεγονός που καθιστά την εξέλιξη του φαινομένου «απρόβλεπτη».<sup>134</sup>

Θα είναι πολύ χρήσιμο παρόλα αυτά να δούμε στη συνέχεια αν επηρέασε η οικονομική κρίση τα κρούσματα αυτοχειρίας στην Ελλάδα και να αιτιολογήσουμε τις αυξήσεις του φαινομένου τα τελευταία χρόνια.

---

<sup>133</sup>Ζαχαράκης Κ., Μαδιανός Μ., Παπαδημητρίου Γ., Στεφανής Κ., 2003, «Επιδημιολογία της αυτοκτονίας στην Ελλάδα 1980-1997», στο Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 20(2), σελ. 191-199.

<sup>134</sup>Vougiouklakis Theodore, Tsiligianni Christina, Boumba Vasiliki, 2009, «Children, adolescents and young adults suicide data from Epirus, northwestern Greece», στο Forensic Science Medicine and Pathology, Humana Press, Doi: 10.1007/s12024-009-9105-9.

### **3.6.1. Οικονομική κρίση στην Ελλάδα και συσχέτιση με τις αυτοκτονίες**

Εξετάζοντας πανοραμικά την μέχρι τώρα ελληνική επιστημονική έρευνα περί αυτοκτονίας είναι φανερό πως η οικονομική κρίση πυροδότησε το ενδιαφέρον για την ενασχόληση με το θέμα. 11 από τις 22 έρευνες που διεξήχθησαν από το 2010 μέχρι σήμερα έχουν στον τίτλο τους και την «οικονομική κρίση», ενώ οι υπόλοιπες την αναφέρουν εντός. Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα, που παίρνει τη μορφή ανεργίας και περικοπών εισοδημάτων, αυξάνει τις ψυχικές ασθένειες (κυρίως την κατάθλιψη), των οποίων μια εκδήλωση αποτελεί και η αυτοκτονία. Σε αυτό το συμπέρασμα συμβάλλει και η πρωτοκαθεδρία των ψυχιάτρων στη συζήτηση, οι οποίοι καλύπτουν πάνω από το 55% της δημοσιευμένης έρευνας.

Από την επισκόπηση της επιστημονικής γραμματείας για την Ελλάδα, είδαμε να προκύπτει το συμπέρασμα, ότι η ανεργία (μαζί με την κατάθλιψη) και δη τα υψηλά ποσοστά της κατά την τρέχουσα οικονομική κρίση, είναι η βασική αιτία πίσω από τις αυτοκτονίες. Το γεγονός όμως, ότι τα υψηλότερα ποσοστά ανεργίας παρατηρούνται διαχρονικά στις γυναίκες, ενώ ταυτόχρονα παρουσιάζουν τους χαμηλότερους δείκτες αυτοκτονίας, μας ώθησε να ερευνήσουμε περαιτέρω τη συσχέτιση ανεργίας και αυτοκτονίας.

Ενδεικτικά να αναφέρουμε, ότι η Ελλάδα παρουσιάζει τους χαμηλότερους δείκτες αυτοκτονίας στην Ευρώπη και ταυτόχρονα τα υψηλότερα ποσοστά ανεργίας, ιδιαίτερα μετά το 2011.

Διάγραμμα 11: Αυτοκτονίες και ανεργία στην Ελλάδα



Πηγή: Ιδία επεξεργασία στοιχείων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας

Στο διάγραμμα 11 επιχειρούμε να κάνουμε μια σύγκριση των αυτοκτονιών με την ανεργία στην Ελλάδα από το 1975 έως το 2016. Παρατηρούμε ότι δεν υπάρχουν και πολλά κοινά να διακρίνει κανείς εκτός από το 2010 και έπειτα όπου μαζί με την αύξηση της ανεργίας υπάρχει και μια αύξηση των αυτοκτονιών, ενώ το 2016 που η ανεργία μειώνεται βλέπουμε μια σχετική μείωση και στις αυτοκτονίες. Αυτό μπορεί να μας οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι διαφαίνεται μια σχετική συσχέτιση στα δύο φαινόμενα ειδικότερα τα χρόνια της οικονομικής κρίσης.

Η οικονομική κρίση έπληξε ιδιαίτερα την Ελλάδα. Καθώς η Ελλάδα προσπάθησε να αναχρηματοδοτήσει το ήδη υψηλό χρέος της, η λεπτομερής εξέταση από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή έθεσε ερωτήματα σχετικά με τα οικονομικά της στοιχεία.<sup>135</sup> Οι ανησυχίες ότι μπορεί να χρειαστεί να προστεθούν επιπλέον τόκοι στα χρέη της οδήγησαν σε σειρά πακέτων διάσωσης από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (Τρόικα). Ωστόσο, αυτά ξεπέρασαν το τίμημα, καθώς η Ελλάδα αναγκάστηκε να εφαρμόσει αυστηρές λιτότητες από το 2010. Η κυβέρνηση υποχρεώθηκε να

<sup>135</sup>Rauch B, Götsche M, Brähler G et al. Fact and fiction in EU-governmental economic data. German Econ Rev 2011 <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-0475.2011.00542.x>

μειώσει τις δαπάνες κατά € 28 δις, το 2010-2011, ενώ άλλα € 13 δις. για το 2012-2014. Συνολικά, αυτό αντιστοιχούσε σχεδόν στο 32% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ) για το 2012. Τα πρώτα τρία πακέτα λιτότητας, το 2010, περιλάμβαναν περικοπές στις θέσεις εργασίας και στους μισθούς του δημόσιου τομέα και στις συντάξεις, αύξηση των έμμεσων φόρων και ιδιωτικοποίηση των κρατικών βιομηχανιών. Ως αποτέλεσμα, η ελληνική οικονομία μειώθηκε σχεδόν κατά το ένα τέταρτο μεταξύ 2008 και 2012 και η ανεργία σχεδόν διπλασιάστηκε, από 12,7% το 2010 σε 24,3% το 2012. Μέχρι το Φεβρουάριο του 2012, 20.000 επιπλέον Έλληνες είχαν καταστεί άστεγοι και το 20% των καταστημάτων του ιστορικού κέντρου της Αθήνας ήταν άδεια, <sup>136</sup> καθώς μειώθηκε και η αγοραστική κίνηση. Εκτιμήθηκε επίσης ότι σχεδόν 1 στους 10 από τους κατοίκους της Αθήνας επισκέπτονταν καθημερινά κοινωνικά συσσίτια. <sup>137</sup>

Οι έρευνες σχετικά με τις συνέπειες αυτής της κρίσης για την υγεία έχουν προκαλέσει πολλές αμφισβητήσεις. Οι πρώτες έρευνες που καταδεικνύουν την αύξηση των αυτοκτονιών <sup>138</sup> και των προσπαθειών αυτοκτονίας <sup>139</sup> απορρίφθηκαν από κριτικούς που υποστήριξαν ότι ήταν πρόωρο να καταλήξει σε συμπέρασμα και ούτως ή άλλως, δεδομένου του ιστορικά χαμηλού ποσοστού αυτοκτονίας της Ελλάδας, οι αριθμοί ήταν πολύ χαμηλοί για να καταλήξουν σε οριστικό συμπέρασμα. Επιπλέον, άλλες μελέτες έχουν αναφέρει μια σειρά αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία που συνδέονται με τη λιτότητα στην Ελλάδα, συμπεριλαμβανομένης της μείζονος κατάθλιψης, των δραστικών μειώσεων των δαπανών για την ψυχική υγεία και της έλλειψης φαρμάκων. <sup>140</sup>

Η αντιπαράθεση για τις αυτοκτονίες είναι αναμφισβήτητα εκπληκτική, δεδομένου του μεγάλου αριθμού αποδεικτικών στοιχείων, τόσο από προηγούμενες οικονομικές κρίσεις, όσο και από άλλες χώρες κατά τη διάρκεια της τρέχουσας κρίσης, γεγονός που υποδηλώνει ότι μια αύξηση θα αναμενόταν σε μια χώρα που αντιμετωπίζει προβλήματα στην κλίμακα αυτών

---

<sup>136</sup>Hope K. Grim effects of austerity show on Greek streets, Financial Times, 17 February 2012.

<sup>137</sup>Henley J. Greece on the breadline: how leftovers became a meal, Guardian, 14 March 2012.

<sup>138</sup>Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I et al. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. Lancet 2011;378:1457–8 [doi:10.1016/S0140-6736\(11\)61556-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61556-0)

<sup>139</sup>Economou M, Madianos M, Theleritis C et al. Increased suicidality amid economic crisis in Greece. Lancet 2011;378:1459 [doi:10.1016/S0140-6736\(11\)61638-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61638-3)

<sup>140</sup>Kentikelenis A, Papanicolas I. Economic crisis, austerity and the Greek public health system. Eur J Public Health 2012;22:4–5 [doi:10.1093/eurpub/ckr190](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr190)

που αντιμετωπίζει η Ελλάδα. <sup>141</sup> Οι προκαταρκτικές εκθέσεις που έγιναν από την αρχή της οικονομικής κρίσης και που συνεχίστηκαν στην πορεία υποδηλώνουν αύξηση των απόλυτων αριθμών αυτοκτονιών και ποσοστών αυτοκτονιών στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. <sup>142</sup>

Αποτελεί ερευνητικό ενδιαφέρον να δούμε πως η οικονομική κρίση επηρέασε τα ποσοστά αυτοκτονίας στην Ελλάδα. Για να το διαπιστώσουμε θα χρησιμοποιήσουμε δεδομένα από την Ελληνική Στατιστική αρχή που μας δείχνουν τα ποσοστά ανεργίας στην Ελλάδα κατά τα έτη 2004 με 2016 σε συνδυασμό με τα δεδομένα που έχουμε αντλήσει από τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας (WHO) σχετικά με τα ποσοστά των αυτοκτονιών.

---

<sup>141</sup>Rachiotis G, Kourousis C, Kamilaraki M et al. Medical supplies shortages and burnout among Greek Health Care workers during economic crisis: a pilot study. Int J Med Sci 2014;11:442–7 [doi:10.7150/ijms.7933](https://doi.org/10.7150/ijms.7933)

<sup>142</sup>Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A et al. Greece's health crisis: from austerity to denialism. Lancet 2014;383:748–53 [doi:10.1016/S0140-6736\(13\)62291-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62291-6)

Πίνακας 1. Σύγκριση δεδομένων αυτοκτονιών και ανεργίας στην Ελλάδα κατά την οικονομική κρίση.

## Συσχέτιση ανεργίας και αυτοκτονιών στην Ελλάδα κατά

| Έτος | Ανεργία (%) | Δείκτης αυτοκτονιών/<br>100.000 |
|------|-------------|---------------------------------|
| 2004 | 10,6        | 3                               |
| 2005 | 10          | 3,4                             |
| 2006 | 9           | 3,3                             |
| 2007 | 8,4         | 2,8                             |
| 2008 | 7,8         | 3,1                             |
| 2009 | 9,6         | 3,2                             |
| 2010 | 12,8        | 3,1                             |
| 2011 | 17,9        | 3,9                             |
| 2012 | 24,5        | 4,2                             |
| 2013 | 27,5        | 4,5                             |
| 2014 | 26,5        | 4,7                             |
| 2015 | 25          | 4,4                             |
| 2016 | 23,5        | 3,7                             |

Πηγή: Ιδία επεξεργασία δεδομένων από ΕΛΣΤΑΤ <http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SJO02/> και Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας

Στον πίνακα 1 μπορούμε να παρατηρήσουμε τα ποσοστά ανεργίας συγκριτικά με του δείκτες αυτοκτονίας. Μπορούμε λοιπόν να παρατηρήσουμε ότι στη διάρκεια της οικονομικής κρίσης και συγκεκριμένα τα χρόνια που η οικονομική κρίση έκανε αισθητή την παρουσία της, 2010-2015, παρατηρούμε ότι μαζί με τα ποσοστά ανεργίας ανέβηκε και ο δείκτης αυτοκτονίας. Βλέπουμε δηλαδή να υπάρχει ανάμεσα σε αυτά τα δύο στοιχεία άμεση σύνδεση. Το έτος 2016 μπορούμε να διαπιστώσουμε τη μικρή μείωση των αυτοκτονιών όταν αρχίζουν και πέφτουν τα ποσοστά ανεργίας.

Θα πρέπει εδώ να τονίσουμε την αντιδιαστολή της ανεργίας κατά φύλο. Η ανεργία των γυναικών, παρά το γεγονός ότι είναι υψηλότερη, δεν αποδίδει τα απαραίτητα υψηλά ποσοστά στις αυτοκτονίες.

### 3.7. Κοινωνιολογικά Συμπεράσματα

Θα πρέπει να προσθέσουμε ένα προβληματισμό που κάνει δύσκολη την πραγματοποίηση των ερευνών στο ζήτημα των αυτοκτονιών. Υπάρχουν αρκετές καθυστερήσεις δημοσίευσης των στοιχείων περί αυτοκτονίας στην Ελλάδα. Οι συνεχιζόμενες καθυστερήσεις στη δημοσίευση στοιχείων θνησιμότητας σημαίνουν ότι στο εγγύς μέλλον δεν θα είναι εφικτή η πλήρης ενημέρωση της ιστορίας της οικονομικής κρίσης και της αυτοκτονίας, μια αποτυχία που έχει σημαντικές πολιτικές συνέπειες, καθώς σημαίνει ότι η ελληνική κυβέρνηση και οι πιστωτές της αναπόφευκτα θα δώσουν προτεραιότητα στα μέτρα αναδιάρθρωσης της οικονομίας, έναντι εκείνων που θα μπορούσαν να προστατεύσουν την υγεία. Η παράβλεψη των επιπτώσεων της λιτότητας στην υγεία ενισχύθηκε από τη διαμάχη για τα λεγόμενα πρώιμα στοιχεία με γνωστές αδυναμίες στα δεδομένα που καθιστούν εύκολη την αποδέσμευση πρότασης αναδυόμενων προβλημάτων. Ωστόσο, με τα διαθέσιμα δεδομένα, είναι δυνατό να επιλυθεί η προηγούμενη διαμάχη. Υπήρξε σαφής αύξηση των αυτοκτονιών μεταξύ εκείνων που βρίσκονται σε ηλικία εργασίας και μεγαλύτερης ηλικίας και συμπίπτει με την επιβολή λιτότητας, με ρυθμούς που δεν παρατηρούνται για μια δεκαετία.<sup>143</sup>

Η παρούσα εργασία προβάλλει μια αιτιακή συσχέτιση ανάμεσα στην ανεργία και τις αυτοκτονίες καθώς βλέπουμε βάση στοιχείων ότι τα δύο αυτά φαινόμενα συνδέονται. Το κριτήριο της αναλογίας επιτυγχάνεται με το ότι στην παρούσα κρίση έχουν αποδειχθεί οικονομικές διαταραχές που συνδέονται όχι μόνο με αυτοκτονίες, αλλά και με μια σειρά ψυχιατρικών διαταραχών.

Η ανάλυση που παρουσιάστηκε παραπάνω δίνει ως αποτέλεσμα ότι η αυξημένη θνησιμότητα από την αυτοκτονία στην Ελλάδα, η οποία αποτελεί κίνδυνο για την υγεία, συνδέεται με τη λιτότητα. Ένας ευλογοφανής μηχανισμός είναι ότι η λιτότητα αυξάνει άμεσα τους κινδύνους αυτοκτονίας, με την απώλεια των θέσεων εργασίας, καθώς αυξάνεται και η οικονομική ανασφάλεια. Αυτές οι αυτοκτονίες, που χαρακτηρίζονται και ως «οικονομικές αυτοκτονίες»,<sup>144</sup> θα μπορούσαν να αντανakλούν μια οξεία αντίδραση του ελληνικού πληθυσμού στις ραγδαίες και δραματικές αλλαγές των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών που

<sup>143</sup>OECD. Main economic indicators. Paris, 2014.

<http://stats.oecd.org/mei/default.asp?lang=e&subject=10&country=GRC>

<sup>144</sup>Reeves A, McKee M, Gunnell D et al. Economic shocks, resilience, and male suicides in the Great Recession: cross-national analysis of 20 EU countries. Eur J Public Health 2014 [Epub ahead of print 6 Oct 2014].

προκάλεσαν τα προγράμματα λιτότητας. Όπως διαπιστώθηκε παραπάνω στη μελέτη μας οι κίνδυνοι είναι συγκεντρωμένοι σε ανέργους άνδρες. Αυτό το δεδομένο υπενθυμίζει μια άλλη περίπτωση στην οποία παρατηρήθηκε αύξηση αυτοκτονιών κατά 39% μεταξύ 1989 και 1994 στους Ρώσους άνδρες κατά την εφαρμογή των προγραμμάτων «σοκ θεραπείας», τα οποία επίσης είχαν ως αποτέλεσμα σημαντικές αυξήσεις της ανεργίας και πολλών οικονομικών δεινών.<sup>145</sup> Επιπλέον σε πρόσφατα επιδημιολογικά δεδομένα η Ισπανία έδειξε αύξηση κατά 8% του ποσοστού αυτοκτονίας που την συνδέει με την οικονομική κρίση,<sup>146</sup> τη στιγμή που η ανεργία αυξήθηκε από 8% σε 24%. Ένας άλλος πιθανός μηχανισμός που μπορεί να επιδεινώσει την κατάσταση είναι η μείωση του ελληνικού προϋπολογισμού για την υγεία, με περικοπές στις υπηρεσίες.<sup>147</sup> Η έρευνα που διεξήχθη πριν από την τρέχουσα κρίση έδειξε μια συσχέτιση μεταξύ των περιφερειακών αποκλίσεων στην αυτοκτονία στην Ελλάδα και της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας.<sup>148</sup>

Κλείνοντας το κεφάλαιο αξίζει να σημειωθεί ότι τα ιστορικά στοιχεία δείχνουν πως οι αυξήσεις των αυτοκτονιών κατά τη διάρκεια δύσκολων οικονομικών περιόδων δεν είναι αναπόφευκτες. Ορισμένες χώρες μπόρεσαν να σπάσουν τη σχέση μεταξύ αυτοκτονίας και απώλειας θέσεων εργασίας, δημιουργώντας ενεργά προγράμματα για την αγορά εργασίας, δίνοντας ελπίδα σε αυτούς που χάνουν τις θέσεις εργασίας, με ευκαιρίες, όπως η επανεκπαίδευση της ανταλλαγής πληροφοριών και η στήριξη των ατόμων με αναπηρία.<sup>149</sup> Το 1990 και το 1993, η Φινλανδία παρουσίασε πενταπλάσια αύξηση της ανεργίας, από 3,2% σε 16,6%, κατά τη διάρκεια της οποίας τα ποσοστά αυτοκτονίας μειώθηκαν σταθερά. Παρόμοιο μοντέλο μειωμένης θνησιμότητας για την περίπτωση των αυτοκτονιών παρατηρήθηκε στη Σουηδία κατά την περίοδο 1991-1992.<sup>150</sup> Οι δύο χώρες εφάρμοσαν ενεργά προγράμματα

---

<sup>145</sup>Walberg P, McKee M, Shkolnikov V et al. Economic change, crime, and mortality crisis in Russia: regional analysis. *BMJ* 1998;317:312–18 [doi:10.1136/bmj.317.7154.312](https://doi.org/10.1136/bmj.317.7154.312)

<sup>146</sup>Lopez Bernal JA, Gasparrini A, Artundo CM et al. The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis. *Eur J Public Health* 2013;23:732–6 [doi:10.1093/eurpub/ckt083](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt083)

<sup>147</sup>Kentikelenis A, Papanicolas I. Economic crisis, austerity and the Greek public health system. *Eur J Public Health* 2012;22:4–5 [doi:10.1093/eurpub/ckr190](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr190)

<sup>148</sup>Γιωτάκος Ο., Τσουβέλας Γ., Κονταξάκης Β., Αυτοκτονίες και υπηρεσίες παροχής ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, *ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ*, Τόμος 23 Τεύχος 1, Αθήνα, Ιανουάριος - Μάρτιος 2012, σελ. 29–38.

<sup>149</sup>Stuckler D, Basu S, Suhrcke M et al. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet* 2009;374:315–23 [doi:10.1016/S0140-6736\(09\)61124-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61124-7)

<sup>150</sup>Stuckler D, Basu S, Suhrcke M et al. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet* 2009;374:315–23 [doi:10.1016/S0140-6736\(09\)61124-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61124-7)

αγοράς εργασίας κατά τη διάρκεια της οικονομικής ύφεσης για να βοηθήσουν τους ανέργους να βρουν γρήγορα θέσεις εργασίας. Έτσι, όπως συμβαίνει και με τις ιστορικές απαντήσεις σε άλλες κρίσεις, όπως οι λιμοί στην Ιρλανδία ή τη Βεγγάλη, οι πολιτικές που υιοθετούν οι αρχές μπορούν να μετριάσουν τις συνέπειες της κρίσης ή να τις επιδεινώσουν.<sup>151</sup> Δυστυχώς, κατά τη σημερινή κρίση στην Ευρώπη, το τελευταίο φαίνεται να έχει επικρατήσει.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Στρατηγικές πρόληψης των αυτοκτονιών**

Στο παρόν κεφάλαιο θα αναλυθούν οι πολιτικές που έγιναν για το χρονικό διάστημα που μελετάμε δηλαδή από το 1975 έως το 2016, και με ποιό τρόπο εφαρμόστηκαν ώστε να αντιμετωπιστεί το φαινόμενο των αυτοκτονιών. Έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον καθώς θα δούμε έτσι και με ποιό τρόπο κατανόησε η Ευρωπαϊκή Ένωση το φαινόμενο, ώστε να οδηγηθεί στην εφαρμογή συγκεκριμένων πολιτικών.

Η πρόληψη της αυτοκτονίας είναι μία ιδιαίτερα δύσκολη υπόθεση. Ένας λόγος που συμβαίνει αυτό είναι ότι τα άτομα που σκέφτονται να διαπράξουν αυτοκτονία, δεν μπορούν να συνειδητοποιήσουν ότι εκείνη τη στιγμή η σκέψη τους είναι περιορισμένη και υπάρχει παραλογισμός στις πράξεις τους, ούτε επίσης ότι χρειάζονται βοήθεια. Λιγότερο από το ένα τρίτο των ατόμων αυτών επιδιώκει οικειοθελή ψυχολογική υποστήριξη. Υπάρχουν και οι περιπτώσεις όπου η οικογένεια ή οι φίλοι φέρνουν αυτά τα άτομα σε κέντρα ψυχικής υγείας, επειδή παρουσιάζουν σημάδια κατάθλιψης ή απειλούν ότι θα αυτοκτονήσουν.

Η πλειοψηφία των ατόμων, βέβαια, δεν λαμβάνει τη προσοχή που ζητά. Οι περισσότεροι άνθρωποι που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν, στην πραγματικότητα δεν επιθυμούν απόλυτα να πεθάνουν και δίνουν συχνά σημάδια προειδοποίησης των προθέσεών τους. Εάν λοιπόν, αυτή η «κραυγή» βοήθειας γίνει εγκαίρως αντιληπτή, τότε είναι πιθανό να υπάρξει παρέμβαση με επιτυχία.<sup>152</sup>

---

<sup>151</sup>Sen A. Poverty and famines: an essay on entitlement and deprivation. Reprint with corrections. Oxford: Clarendon, 1981, 1982. σελ. 14-15

<sup>152</sup>Carson, R. C., & Butcher, J. N. Abnormal psychology and modern life (9th ed.). New York, NY, US: HarperCollins Publishers, 1992, σελ. 71-73

Πολλοί θεωρούν ότι το να μιλά κανείς για την αυτοκτονία αυξάνει τις πιθανότητες να συμβεί, κάτι που δεν είναι αληθές. Οι κλινικοί επισημαίνουν το ότι να μιλά κανείς γι' αυτήν, ανοιχτά και ψύχραιμα, είναι χρήσιμο, καθώς ανακουφίζει από την αίσθηση μυστικοπάθειας και απομόνωσης και επιτρέπει την καλύτερη αξιολόγηση του κινδύνου. Οι θεραπευτές που συνεργάζονται με άτομα τα οποία έχουν τάσεις αυτοκτονίας, θα πρέπει να αφιερώνουν πολύ περισσότερο χρόνο μαζί τους σε σχέση με οποιονδήποτε άλλο ασθενή.<sup>153</sup>

Η πρόληψη της αυτοκτονίας λοιπόν, μπορεί να είναι πρωτογενής, δευτερογενής ή τριτογενής:

### Πρωτογενής Πρόληψη

Τα περισσότερα άτομα που αυτοκτονούν υποφέρουν από κάποια ψυχική διαταραχή, γι' αυτό και στόχος της πρωτογενούς πρόληψης είναι η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία των διαταραχών αυτών, και ειδικότερα της κατάθλιψης. Δυστυχώς όμως, όπου υπάρχουν ψυχικές παθήσεις, υπάρχει έντονα και ο στιγματισμός, με αποτέλεσμα πολλοί άνθρωποι να διστάζουν να απευθυνθούν σε κάποιον ψυχολόγο ή ψυχίατρο.

Ένα λοιπόν, ακόμα μέτρο πρωτογενούς πρόληψης είναι και οι δράσεις για την καταπολέμηση στίγματος. Το μέτρο για την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση τόσο του ευρύτερου κοινού όσο και επαγγελματικών ομάδων που μπορούν να παίξουν ενεργό ρόλο στην αναγνώριση του αυτοκαταστροφικού ασθενή είναι ένα σημαντικό πρώτο βήμα. Άλλα προληπτικά μέτρα που θα μπορούσαν να ληφθούν αφορούν τη μείωση των παραγόντων κινδύνου. Αναλυτικότερα, θα μπορούσαν να γίνουν δράσεις για τη λήψη μέτρων ώστε να καταπολεμηθεί η ανεργία, αλλά και να προωθηθεί η κοινωνική συνοχή.

### Δευτερογενής Πρόληψη

Στόχος της δευτερογενούς πρόληψης είναι η μείωση του κινδύνου αυτοκτονίας στους αυτοκαταστροφικούς ασθενείς. Ο αποτελεσματικός χειρισμός του αυτοκαταστροφικού

---

<sup>153</sup>Μπεκιάρη Ελενη & Κατσαδώρας Κυριάκος, Οδηγός για την αναγνώριση ενός αυτοκαταστροφικού ασθενή, Κλίμακα Φορέας ανάπτυξης ανθρώπινου και κοινωνικού κεφαλαίου, Αθήνα, [http://www.klimaka.org.gr/wp-content/uploads/2017/05/odigos\\_giatroi\\_autoktonia\\_new.pdf](http://www.klimaka.org.gr/wp-content/uploads/2017/05/odigos_giatroi_autoktonia_new.pdf) σελ. 45

ασθενή προϋποθέτει την αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου και την εκτίμηση του κινδύνου για αυτοκτονία. Ο θεραπευτής μειώνει το κίνδυνο αυτοκτονίας που διατρέχει ο ασθενής.<sup>154</sup>

Επιπλέον, κάποιες έρευνες που έχουν γίνει στο γενικό πληθυσμό αναφέρουν ότι η φαρμακευτική θεραπεία για τις διαταραχές της διάθεσης μειώνει τον κίνδυνο αυτοκτονίας τρεις με τέσσερις φορές. Συγκεκριμένα για την καταθλιπτική διαταραχή, τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι αυτά που βοηθούν στη μείωση της αυτοκτονίας, ιδιαίτερα στα ηλικιωμένα άτομα.

Ο Edwin Shneidman, ιδρυτής του Κέντρου πρόληψης αυτοκτονιών στο Los Angeles το 1958 και πρωτοπόρος στην ανάπτυξη παρεμβάσεων για την πρόληψη της αυτοκτονίας, αναφέρει στη στρατηγική του για την πρόληψη τρεις στόχους:<sup>155</sup>

1. Να μειώσει τον έντονο ψυχικό πόνο

2. Να βοηθήσει το άτομο να δει ότι έχει και άλλες επιλογές, πέρα από τη συνεχή οδύνη.

3. Να ενθαρρύνει το άτομο να πάρει κάποια απόσταση από την καταστροφική πράξη.

### Τριτογενής Πρόληψη:

Η τριτογενής πρόληψη εστιάζει κυρίως στην αντιμετώπιση των συνεπειών της αυτοκτονίας, έτσι ώστε να έχουν το μικρότερο δυνατό αντίκτυπο. Σημαντικό μέτρο είναι λοιπόν, η υποστήριξη της οικογένειας του ατόχου και των ατόμων του περιβάλλοντός του.<sup>156</sup>

Στη Φιλανδία, στον Καναδά και σε κάποιες άλλες χώρες, στα μέτρα της τριτογενούς πρόληψης έχει ενταχθεί και η μέθοδος «ψυχολογική αυτοψία». Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται ήδη από τις αρχές του προηγούμενου αιώνα με σκοπό να εξακριβωθεί εάν

<sup>154</sup>Μπεκιάρη Ελενη & Κατσαδώρας Κυριάκος, Οδηγός για την αναγνώριση ενός αυτοκαταστροφικού ασθενή, ό.π., σελ. 57

<sup>155</sup>Edwin Shneidman, Suicidology: Contemporary Developments, Foreword by Milton Greenblatt, Grune & Stratton, New York, 1976, σελ. 132

<sup>156</sup>Μπεκιάρη Ελενη & Κατσαδώρας Κυριάκος, Οδηγός για την αναγνώριση ενός αυτοκαταστροφικού ασθενή, ό.π., σελ. 57

ένας θάνατος οφείλεται σε αυτοκτονία, σε δολοφονία ή σε κάποιο ατύχημα, όπως για παράδειγμα πνιγμό.<sup>157</sup>

Για να πραγματοποιηθεί μια ψυχολογική αυτοψία, οι ειδικοί έρχονται σε επαφή με το περιβάλλον του ατόχειρα, τους συνεργάτες και τους γιατρούς του, ώστε να συγκεντρώσουν στοιχεία που αφορούν την προσωπικότητά του, τον τρόπο ζωής και τις δυσκολίες που αντιμετώπιζε. Επίσης, δίνουν βάση στην ψυχική και σωματική υγεία του θύματος, αλλά και στο οικογενειακό ιστορικό ψυχικής νόσου ή αυτοκτονίας, με σκοπό να σχηματίσουν μία ολοκληρωμένη άποψη για τον ατόχειρα.

Η μέθοδος της ψυχολογικής αυτοψίας είναι σημαντικό να πραγματοποιηθεί κάποιους μήνες μετά το θάνατο του ατόμου, καθώς τον πρώτο καιρό η οικογένειά του θα βιώνει αφόρητο πόνο. Για επιτευχθεί η μέθοδος, η οικογένεια θα πρέπει να είναι σε θέση να απαντήσει λεπτομερώς στις ερωτήσεις σχετικά με τον ατόχειρα και τον τρόπο θανάτου του, ενώ παράλληλα θα υπάρξει και υποστήριξη στους οικείους του θύματος.<sup>158</sup>

#### **4.1. “Αποτρέποντας την αυτοκτονία” Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας**

Τον Μάιο του 2013, η εξηκοστή έκτη Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας υιοθέτησε το πρώτο Σχέδιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ). Η πρόληψη της αυτοκτονίας αποτέλεσε αναπόσπαστο μέρος του σχεδίου, με στόχο τη μείωση του ποσοστού αυτοκτονίας στις χώρες κατά 10% έως το 2020. Δεν υπάρχει καμία εξήγηση για το γιατί οι άνθρωποι πεθαίνουν από αυτοκτονία. Ωστόσο, πολλές αυτοκτονίες συμβαίνουν παρορμητικά και, υπό τέτοιες συνθήκες, η εύκολη πρόσβαση σε ένα μέσο αυτοκτονίας - όπως τα φυτοφάρμακα ή τα πυροβόλα όπλα - μπορεί να κάνει τη διαφορά ως προς το εάν ένα άτομο ζει ή πεθαίνει.<sup>159</sup>

---

<sup>157</sup>Μπεκιάρη Ελενη & Κατσαδώρας Κυριάκος, Οδηγός για την αναγνώριση ενός αυτοκαταστροφικού ασθενή, ό.π., σελ. 58

<sup>158</sup>Μπεκιάρη Ελενη & Κατσαδώρας Κυριάκος, Οδηγός για την αναγνώριση ενός αυτοκαταστροφικού ασθενή, ό.π., σελ. 58-59

<sup>159</sup>World Health Organisation. Preventing suicide. A global imperative. Geneva: World Health Organization, Switzerland, 2014, ISBN 978 92 4 156477 9 σελ. 7

Οι κοινωνικοί, ψυχολογικοί, πολιτιστικοί και άλλοι παράγοντες μπορούν να αλληλεπιδρούν για να οδηγήσουν ένα άτομο σε αυτοκτονική συμπεριφορά, αλλά το στίγμα που συνδέεται με τις ψυχικές διαταραχές και την αυτοκτονία σημαίνει ότι πολλοί άνθρωποι αισθάνονται ανίκανοι να ζητήσουν βοήθεια. Παρά τις αποδείξεις ότι πολλοί θάνατοι μπορούν να προληφθούν, η αυτοκτονία είναι πολύ συχνά χαμηλή προτεραιότητα για τις κυβερνήσεις και τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής. Στόχος της έκθεσης που πραγματοποιήθηκε το 2014 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας με τίτλο “Αποτρέποντας την αυτοκτονία”<sup>160</sup> ήταν να δοθεί προτεραιότητα στην πρόληψη των αυτοκτονιών στην παγκόσμια δημόσια υγεία και τις ατζέντες της δημόσιας πολιτικής και να αυξηθεί η ευαισθητοποίηση σχετικά με την αυτοκτονία ως ζήτημα δημόσιας υγείας. Η έκθεση αναπτύχθηκε μέσω μιας παγκόσμιας διαδικασίας διαβούλευσης και βασίζεται σε συστηματικές ανασκοπήσεις δεδομένων και αποδεικτικών στοιχείων, καθώς και σε εισροές από εταίρους και ενδιαφερόμενους φορείς.

Στην αναφερόμενη έκθεση λοιπόν τονίζεται ότι οι προσπάθειες πρόληψης αυτοκτονίας απαιτούν συντονισμό και συνεργασία μεταξύ πολλών τομέων της κοινωνίας, δημόσιους και ιδιωτικούς, συμπεριλαμβανομένων τόσο των τομέων υγείας όσο και μη υγείας, όπως η εκπαίδευση, η εργασία, η γεωργία, η επιχειρηματικότητα, η δικαιοσύνη, οι νόμοι, η άμυνα, η πολιτική και τα μέσα ενημέρωσης. Οι προσπάθειες αυτές πρέπει να είναι ολοκληρωμένες, ολοκληρωμένες και συνεργιστικές, καθώς καμία ενιαία προσέγγιση δεν μπορεί να επηρεάσει μόνη της ένα ζήτημα τόσο περίπλοκο όσο η αυτοκτονία.<sup>161</sup>

Μία αναγνωρισμένη στρατηγική για την πρόληψη της αυτοκτονίας είναι η αξιολόγηση και η διαχείριση των ψυχικών διαταραχών, όπως περιγράφεται στο πρόγραμμα δράσης της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας για την Ψυχική Υγεία (mhGAP), το οποίο προσδιορίζει στρατηγικές ατομικών επιπέδων που βασίζονται σε στοιχεία, συμπεριλαμβανομένης της αξιολόγησης και διαχείρισης προσώπων που επιχείρησαν αυτοκτονία. Σε επίπεδο πληθυσμού, το mhGAP υποστηρίζει τον περιορισμό της πρόσβασης στα μέσα αυτοκτονίας, την ανάπτυξη πολιτικών για τη μείωση της βλαβερής χρήσης αλκοόλ μέσω μιας σειράς

---

<sup>160</sup> World Health Organisation. Preventing suicide. A global imperative. Geneva: World Health Organization. ό.π., σελ. 7

<sup>161</sup> World Health Organisation. Preventing suicide. A global imperative. Geneva: World Health Organization, ό.π., σελ. 11

επιλογών πολιτικής και την ενθάρρυνση των μέσων ενημέρωσης να ακολουθούν τις υπεύθυνες πρακτικές αναφοράς σχετικά με την αυτοκτονία.<sup>162</sup>

Επιπλέον, αποδείχθηκε επίσης ότι αποδίδεται προτεραιότητα στις προληπτικές παρεμβάσεις μεταξύ ευάλωτων πληθυσμών, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που έχουν προηγουμένως επιχειρήσει να αυτοκτονήσουν. Ως αποτέλεσμα, η «απομάκρυνση» έχει αναγνωριστεί ως ένα σημαντικό συστατικό της πρόληψης της αυτοκτονίας. οι οικογένειες που έχουν υποβαθμιστεί και οι φίλοι των ανθρώπων που έχουν πεθάνει από αυτοκτονία απαιτούν επίσης φροντίδα και υποστήριξη.<sup>163</sup>

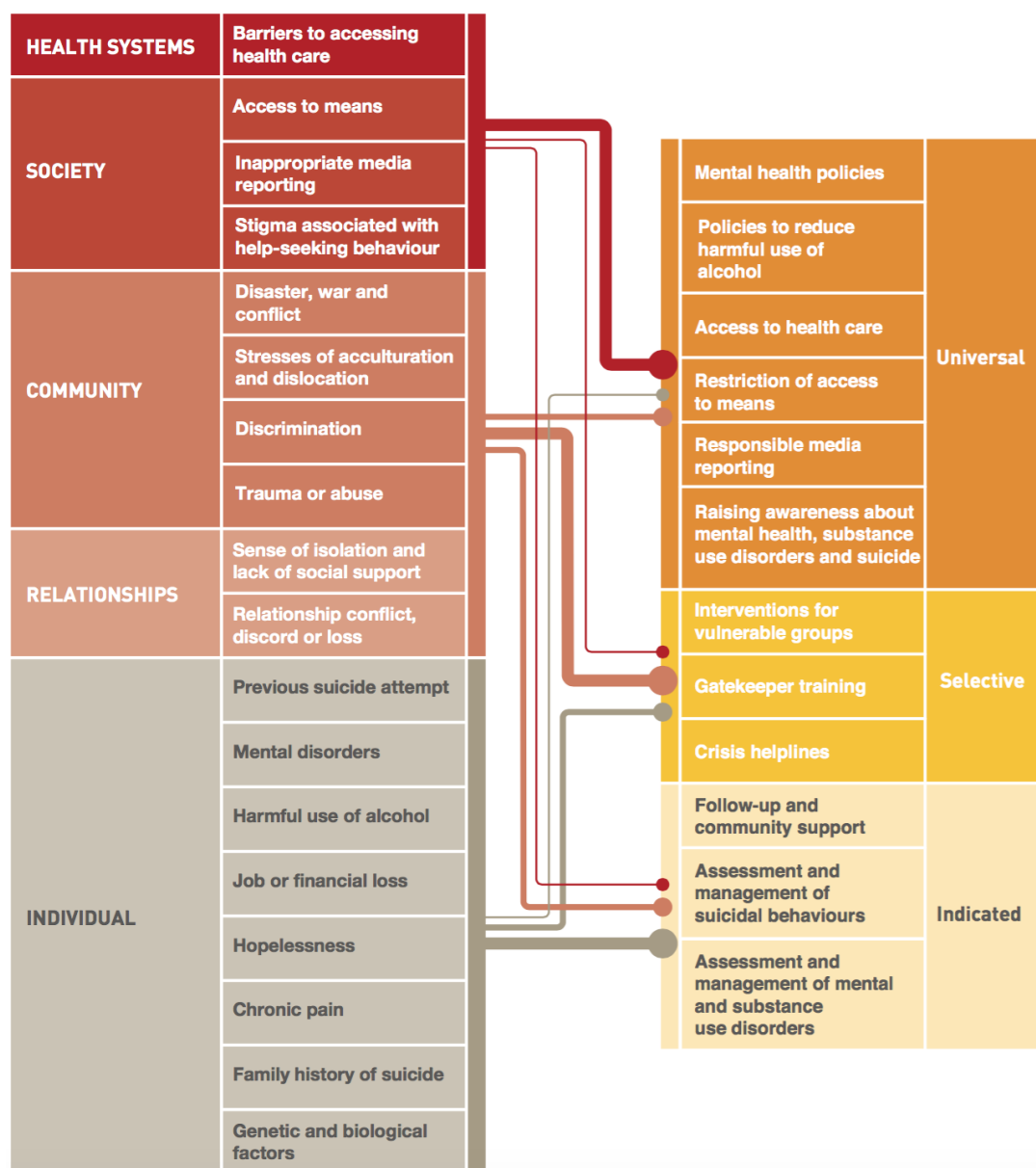
Στη παρούσα έκθεση δημιουργήθηκε ένα σχεδιάγραμμα με τους βασικούς παράγοντες κινδύνου για την αυτοκτονία ευθυγραμμισμένοι με σχετικές παρεμβάσεις.

---

<sup>162</sup>World Health Organisation. Preventing suicide. A global imperative. Geneva: World Health Organization, ό.π., σελ. 11

<sup>163</sup>World Health Organisation. Preventing suicide. A global imperative. Geneva: World Health Organization, ό.π., σελ. 12

Διάγραμμα 12: Σχεδιάγραμμα με τους παράγοντες κινδύνου



Πηγή: World Health Organisation. Preventing suicide. A global imperative. Geneva: World Health Organization, Switzerland, 2014, ISBN 978 92 4 156477 9 σελ. 31

Η πρόληψη της αυτοκτονίας απαιτεί όραμα, σχέδιο και σύνολο στρατηγικών. Αυτές οι προσπάθειες πρέπει να ενημερώνονται με δεδομένα. Ένα καθοδηγητικό εννοιολογικό πλαίσιο πρέπει να δημιουργηθεί με πολιτιστικό και ειδικό τρόπο, παρόλο που δεν υπάρχει καθολικό σύνολο στρατηγικών που θα λειτουργούν σε κάθε χώρα. Η εδραιωμένη ηγεσία είναι απαραίτητη, εφόσον οι στόχοι της πρόληψης της αυτοκτονίας μπορούν να επιτευχθούν μόνο μέσω συνεχών προσπαθειών. Προκειμένου να δημιουργηθούν κοινωνικές αλλαγές,

απαιτούνται τρεις σημαντικοί παράγοντες: η γνώση (επιστημονική και ενημερωμένη με την πρακτική), η δημόσια στήριξη (πολιτική βούληση) και μια κοινωνική στρατηγική, όπως η εθνική αντίδραση για την επίτευξη στόχων πρόληψης αυτοκτονίας.<sup>164</sup>

Είδαμε λοιπόν πως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας επικεντρώνεται στο θέμα των αυτοκτονιών και πως ακολουθεί στοχευμένες πολιτικές χωρίς να αφήνει κανένα τομέα της ζωής του ατόμου που μπορεί να τον οδηγήσει στην αυτοκτονία ανυπολόγιστο. Ένα πολυεπίπεδο ζήτημα όπως είναι αυτό των αυτοκτονιών απαιτεί και πολυεπίπεδες μεθόδους για την αντιμετώπιση του.

#### **4.2. Βελτιστοποίηση Προγραμμάτων Πρόληψης Αυτοκτονίας και Εφαρμογή τους στην Ευρώπη (Optimizing Suicide Prevention Programs and Their Implementation in Europe-OSPI Europe)**

Η κοινότητα της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την πρόληψη της αυτοκτονίας επικεντρώθηκε στην καλλιέργεια της ευαισθητοποίησης για την κατάθλιψη και της φροντίδας των ατόμων που υποφέρουν από κατάθλιψη, ένας στόχος που εκτελέστηκε στο πλαίσιο της **Ευρωπαϊκής Συμμαχίας κατά της Κατάθλιψης (EAAD)**. Η παρέμβαση του EAAD αποτελείται από:<sup>165</sup>

Εκπαιδευτικές συνεδρίες και πρακτική υποστήριξη για τους γιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Δραστηριότητες δημοσίων σχέσεων και εκστρατείες μαζικών μέσων μαζικής ενημέρωσης.

Εκπαιδευτικές συνεδρίες για κοινοτικούς διαμεσολαβητές που λειτουργούν ως φύλακες των καταθλιπτικών και αυτοκτονικών ατόμων στην κοινότητα.

<sup>164</sup>World Health Organisation. Preventing suicide. A global imperative. Geneva: World Health Organization, ό.π., σελ. 48

<sup>165</sup>Ulrich Hegerl, Lisa Wittenburg, Ella Arensman, Chantal Van Audenhove, James C Coyne, David McDaid, Christina M van der Feltz-Cornelis, Ricardo Gusmão, Mária Kopp, Margaret Maxwell, Ullrich Meise, Saska Roskar, Marco Sarchiapone, Armin Schmidtke, Airi Värik & Anke Bramesfeld, BMC Public Health volume 9, Article number: 428,2009. Final Report Summary - OSPI-EUROPE (Optimizing suicide prevention programs and their implementation in Europe) BMC Public Health volume 9, Article number: 428, 2009, <https://cordis.europa.eu/project/rcn/90959/reporting/en>

## Προβολή και υποστήριξη ομάδων υψηλού κινδύνου και αυτοβοήθειας (π.χ. γραμμές βοήθειας).

Οι θανατηφόρες και μη θανατηφόρες πράξεις αυτοκτονίας αποτελούν σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας. Αυτό συμβαίνει ιδιαίτερα στην Ευρώπη, όπου βρίσκονται τα υψηλότερα ποσοστά για την ολοκληρωμένη αυτοκτονία στον κόσμο.<sup>166</sup> Κάθε χρόνο περισσότεροι από 58.000 άνθρωποι πεθαίνουν από αυτοκτονία εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (στοιχεία της ΠΟΥ), η αυτοκτονία συγκαταλέγεται στις 10 κύριες αιτίες θανάτου όλων των ηλικιών.<sup>167</sup> Οι αυτοκτονικές πράξεις δημιουργούν σημαντικό βάρος ασθενειών και θανάτου. Η αυτοκτονία πρέπει να θεωρείται όχι μόνο ως το πρόωρο τέλος μιας ανθρώπινης ζωής, αλλά ως σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει και τραυματίζει τα μέλη της οικογένειας και άλλα εμπλεκόμενα πρόσωπα. Ως εκ τούτου, το 1984 τα ευρωπαϊκά κράτη-μέλη της ΠΟΥ όρισαν μείωση της αυτοκτονίας ως έναν από τους κύριους στόχους της πολιτικής για την υγεία και ενίσχυσαν αυτόν τον στόχο σε διάφορα έγγραφα, στα οποία και έπαιρναν στοχευμένη θέση επί του θέματος.<sup>168</sup> Επιπλέον, η πρόληψη της αυτοκτονίας είναι ένας από τους πέντε τομείς προτεραιότητας του Ευρωπαϊκού Συμφώνου για την Ψυχική Υγεία και την Καλή Υγεία, το οποίο ξεκίνησε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή το 2008.<sup>169</sup>

Στενά συνδεδεμένες με τις ολοκληρωμένες αυτοκτονίες είναι οι μη θανατηφόρες αυτοκτονικές πράξεις. Ο ρυθμός των μη θανατηφόρων αυτοκτονικών πράξεων εκτιμάται ότι είναι περίπου 10 φορές υψηλότερος από εκείνον των αυτοκτονιών. Οι μη θανατηφόρες αυτοκτονικές ενέργειες είναι ο ισχυρότερος προγνωστικός δείκτης για την αυτοκτονία, ειδικά στους άνδρες.<sup>170</sup> Έτσι, κάθε παγκόσμια στρατηγική για την πρόληψη της αυτοκτονίας θα

<sup>166</sup>Varnik A, Wasserman D, Dankowicz M, Eklund G. Age-specific suicide rates in the Slavic and Baltic regions of the former USSR during perestroika, in comparison with 22 European countries. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1998;394:20–25. doi: 10.1111/j.1600-0447.1998.tb10761.x.

<sup>167</sup>WHO/Europe. SDR, suicide and self inflicted injury all ages per 100000, last available (2001-2003) WHO, European health for all database (HFA-DB) 2004.

<sup>168</sup>World Health Organization. Suicide Prevention in Europe. The WHO European monitoring survey on national suicide prevention programmes and strategies. WHO, Geneva; 2002.

<sup>169</sup>European Pact for Mental Health and Well-being. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/docs/pact\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf)

<sup>170</sup>Hawton K, Arensman E, Wasserman D, Hulten A, Bille-Brahe U, Bjerke T, Crepet P, Deisenhammer E, Kerkhof A, De Leo D. Relation between attempted suicide and suicide rates among young people in Europe. *J Epidemiol Community Health.* 1998;52:191–194. doi: 10.1136/jech.52.3.191.

πρέπει επίσης να περιλαμβάνει την πρόληψη μη θανατηφόρων αυτοκτονικών πράξεων, όχι μόνο ως στόχο από μόνο του, αλλά ως αποτελεσματικό μέσο πρόληψης ολοκληρωμένων αυτοκτονιών.

Οι τιμές μη θανατηφόρων αυτοκτονικών πράξεων και αυτοκτονιών εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες. Εκτιμάται ότι στην Ευρώπη το 90% των αυτοκτονιών εμφανίζεται στο πλαίσιο μιας ψυχιατρικής διαταραχής. Ωστόσο, η αυτοκτονία και η μετάβαση από μη θανατηφόρες σε θανατηφόρες πράξεις είναι σύνθετα φαινόμενα, που περιπλέκονται από την πρόσβαση σε θανατηφόρα μέσα, το φύλο και τους πολιτιστικούς και κοινωνικούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των στάσεων απέναντι στην αυτοκτονία, καθώς και των παραγόντων της προσωπικότητας, όπως η παρορμητικότητα. Λόγω της πολυπαραγοντικής φύσης της αυτοκτονίας, οι παρεμβάσεις που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα σε πολλαπλά επίπεδα θεωρούνται πιο αποτελεσματικές.<sup>171</sup>

Λόγω της πολυπλοκότητας του κινδύνου αυτοκτονίας και των ελλειπών αποδεικτικών στοιχείων αλλά εντούτοις της μεγάλης ανάγκης για αποτελεσματική πρόληψη των αυτοκτονιών σε κοινοτικό επίπεδο, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή δεσμεύτηκε να χρηματοδοτήσει ένα ερευνητικό έργο στο πλαίσιο του έβδομου προγράμματος πλαισίου με στόχο τη βελτιστοποίηση της αυτοκτονίας προγράμματα πρόληψης και της εφαρμογής τους στην Ευρώπη (OSPI-Europe). Ο στόχος της OSPI-Europe ήταν να παρέχει στους υπεύθυνους για τη χάραξη περιφερειακών πολιτικών και στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή μια αποτελεσματική ιδέα για την πρόληψη των αυτοκτονιών βάσει αποδεικτικών στοιχείων καθώς και τα αντίστοιχα υλικά και μέσα για την πολύπλευρη παρέμβαση και κατευθυντήριες γραμμές για τη διαδικασία εφαρμογής.<sup>172</sup>

Οι συγκεκριμένοι στόχοι της μελέτης περιλάμβαναν:

1. Ανάπτυξη μιας τεχνολογικής πρόνοιας για την πρόληψη της αυτοκτονίας που να λαμβάνει υπόψη βέλτιστες πρακτικές που βασίζονται σε τεκμήρια και διεθνείς εμπειρίες με πολυεπίπεδες παρεμβάσεις.

<sup>171</sup>Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, Lonnqvist J, Malone K, Marusic A. Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA. 2005;294:2064–2074. doi: 10.1001/jama.294.16.2064.

<sup>172</sup>Iomaki E, Rasanen P, Viilo K, Hakko H. Suicidal behavior among adolescents with conduct disorder--the role of alcohol dependence. Psychiatry Res. 2007;150:305–311. doi: 10.1016/j.psychres.2006.02.011.

2. Εφαρμογή μιας πολυεπίπεδης κοινοτικής παρέμβασης σε τέσσερις πολιτισμικά διαφορετικές ευρωπαϊκές περιοχές μοντέλων με συγκρίσιμο τρόπο.

3. Αξιολόγηση της παρέμβασης σε ένα ελεγχόμενο, συγκρίσιμο σχέδιο ανά χώρα, συμπεριλαμβανομένων πρωτογενών και δευτερογενών αποτελεσμάτων, καθώς και διεξαγωγή διαδικασιών και οικονομικών αξιολογήσεων.

*Πηγή:*<sup>173</sup>

Οι βάσεις για το έργο OSPI-Europe δημιουργήθηκαν μέσω ενός πολυδύναμου προγράμματος παρέμβασης για τη βελτίωση της φροντίδας της κατάθλιψης και της πρόληψης της αυτοκτονίας που εφαρμόστηκε στη Νυρεμβέργη της Γερμανίας, μια πόλη με πληθυσμό 500.000 κατοίκων (Nuremberg Alliance Against Depression, NAD). Η παρέμβαση της Νυρεμβέργης προσέγγισε την πρόληψη της αυτοκτονίας και των μη θανατηφόρων αυτοκτονικών πράξεων εστιάζοντας όχι μόνο στη βελτίωση της αντιμετώπισης της κατάθλιψης αλλά και στην εφαρμογή άλλων μέτρων, όπως η επιρροή των μέσων ενημέρωσης στην αναφορά αυτοκτονίας με υπεύθυνο και σεβάσμιο τρόπο. Η υπόθεση ήταν ότι η βελτίωση της ευαισθητοποίησης και της θεραπείας της κατάθλιψης θα οδηγούσε σε μείωση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς σε πληθυσμιακή βάση. Το NAD περιλάμβανε μια παρέμβαση 4 επιπέδων:<sup>174</sup>

1. Εκπαίδευση και πρακτική υποστήριξη για τους γιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην ανίχνευση και θεραπεία της κατάθλιψης.

2. Δραστηριότητες δημοσίων σχέσεων για την ενημέρωση του κοινού σχετικά με την κατάθλιψη, συμπεριλαμβανομένων των εκστρατειών κατά του στιγματισμού.

<sup>173</sup><https://cordis.europa.eu/project/rcn/90959/reporting/en>

<sup>174</sup>Hegerl U, Nikelewski G, Pfeiffer-Gerschel T, Althaus D. gesundheitsziele.de. Impulse, Wirkungen und Erfahrungen. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. Köln: Akademische Verlagsgesellschaft Aka GmbH, Berlin; 2005. Das Bündnis gegen Depression: ein Projekt zur Prävention von Depression und Suizid; pp. 179–188.

3. Εκπαιδευτικές συναντήσεις σχετικά με την κατάθλιψη και την αυτοκτονία για κοινοτικούς διαμεσολαβητές όπως ιερείς, κοινωνικοί λειτουργοί, γηριατρικοί παρέχοντες φροντίδα, καθηγητές και δημοσιογράφοι που είναι πύργοι σε θέση να κατευθύνουν ευάλωτα και υψηλού κινδύνου άτομα σε αποτελεσματική θεραπεία

4. Υπέρβαση σε ομάδες υψηλού κινδύνου (άτομα μετά από μη θανατηφόρες αυτοκτονικές πράξεις), δημιουργία γραμμών βοήθειας και υποστήριξη δραστηριοτήτων αυτοβοήθειας στις οποίες εμπλέκονται ασθενείς και συγγενείς.

Το NAD αξιολογήθηκε αυστηρά σύμφωνα με έναν ελεγχόμενο σχεδιασμό πριν από την εκτέλεση της αποστολής του με τη μείωση του αριθμού των αυτοκτονικών πράξεων (θανατηφόρων και μη θανατηφόρων) ως πρωταρχικό αποτέλεσμα. Μετά από δύο χρόνια παρέμβασης διαπιστώθηκε σημαντική μείωση στον αριθμό των αυτοκτονικών πράξεων σε σύγκριση με το έτος αναφοράς. Η μείωση αυτή ήταν σαφώς σημαντική σε σύγκριση με τις αντίστοιχες αλλαγές στην περιοχή ελέγχου (Wuerzburg). Η μείωση επίσης ήταν ακόμη πιο έντονη στις δευτερεύουσες αναλύσεις που εξέταζαν μόνο τις πέντε πιο θανατηφόρες μεθόδους απόπειρας αυτοκτονίας.<sup>175</sup>

Η έννοια της παρέμβασης 4 επιπέδων της NAD βελτιώθηκε περαιτέρω και μεταφέρθηκε σε άλλες χώρες της ΕΕ. Έτσι συνήλθε η Ευρωπαϊκή Συμμαχία κατά της Κατάθλιψης (EAAD). Το EAAD ήταν ένα δίκτυο χρηματοδοτούμενο από την ΕΕ εταίρων από 17 χώρες, οι οποίες στόχευαν στην υλοποίηση της ιδέας παρέμβασης τεσσάρων επιπέδων στις περιφέρειές τους, προσαρμόζοντάς την στις τοπικές συνθήκες, διατηρώντας παράλληλα τα βασικά συστατικά. Η ισχυρή βάση δεδομένων, τα υλικά, οι έννοιες και τα εργαλεία αξιολόγησης του NAD, σε συνδυασμό με το δίκτυο και την εμπειρία του EAAD αποτελούν το υπόβαθρο και το σημείο εκκίνησης από το οποίο αναπτύχθηκε το OSPI-Europe. Πριν από τη σχεδίαση της βέλτιστης παρέμβασης, η βιβλιογραφία επανεξετάστηκε συστηματικά και πραγματοποιήθηκαν διαβουλεύσεις με εμπειρογνώμονες για την έρευνα αυτοκτονίας. Το κριτήριο για την επιλογή ατομικών προληπτικών στρατηγικών ήταν τα επιστημονικά

<sup>175</sup>Hegerl U, Althaus D, Schmidtke A, Niklewski G. The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychol Med.* 2006;36:1225–1233. doi: 10.1017/S003329170600780X.

στοιχεία για την αποτελεσματικότητα. Εκτός από την αξιολόγηση των επιπτώσεων των πέντε επιπέδων παρέμβασης χωριστά, λήφθηκαν επίσης υπόψη τα συνεργιστικά αποτελέσματα της πολύπλευρης προσέγγισης. Ο πληθυσμός-στόχος, στον οποίο έπρεπε να αποφευχθεί η αυτοκτονία, κυμαινόταν από την εφηβεία έως το γήρας (υψηλό ποσοστό αυτοκτονίας στις περισσότερες χώρες).<sup>176</sup>

Ένα βασικό στοιχείο της τελευταίας τεχνολογίας, παρέμβασης που αναπτύχθηκε μέσω του OSPI-Europe ήταν η ιδέα παρέμβασης 4 επιπέδων EAAD / NAD και τα διαθέσιμα υλικά που χρησιμοποιούνταν ήδη στο πλαίσιο του EAAD. Υπήρχαν διαθέσιμα αποδεικτικά στοιχεία χαμηλότερου επιπέδου ότι οι μεμονωμένες στρατηγικές που συνδυάζονταν με την έννοια της παρέμβασης 4 επιπέδων μπορεί να ήταν αποτελεσματικές.<sup>177</sup> Ωστόσο, υπήρχαν ισχυρά αποδεικτικά στοιχεία που έδειχναν ότι η παρέμβαση τεσσάρων επιπέδων ήταν αποτελεσματική ως πακέτο. Στο πλαίσιο της παρέμβασης των τεσσάρων επιπέδων της EAAD ενισχύθηκε με τη συμπερίληψη πρόσθετων στρατηγικών που είχαν δείξει δυνατότητες αποτελεσματικότητας. Έτσι, στο πλαίσιο της διαδικασίας βελτιστοποίησης, οι προσπάθειες περιορισμού της πρόσβασης σε θανατηφόρα μέσα περιλάμβαναν ένα πέμπτο επίπεδο παρέμβασης της OSPI-Europe. Το επίκεντρο του πέμπτου επιπέδου περιλάμβανε δράσεις, όπως η συνεργασία με τα τοπικά συμβούλια για την εγκατάσταση υψηλότερων κιγκλιδωμάτων στις γέφυρες και η ενθάρρυνση της συνταγογράφησης αντικαταθλιπτικών, που είναι λιγότερο πιθανό να είναι θανατηφόρα σε υπερβολικές δόσεις.<sup>178</sup>

Το OSPI-Europe στόχευε να παρέχει στα κράτη μέλη της ΕΕ ρεαλιστικές συστάσεις βάσει αποδείξεων και υποστήριξη αποφάσεων σχετικά με το σχεδιασμό και την εφαρμογή αποτελεσματικών προγραμμάτων για τη μείωση της αυτοκτονίας. Η συγκεκριμένη εστίαση στην εφαρμογή επέτρεπε να μελετηθεί η αποτελεσματικότητα του προγράμματος πρόληψης, καθώς και μια διαδικασία αξιολόγησης της ίδιας της υλοποίησης. Επιπλέον, προσδιορίστηκε η πρακτικότητα των αναπτυγμένων υλικών και μέσων, οι ενδεχόμενες ελλείψεις, οι

---

<sup>176</sup>Hegerl U, Pfeiffer-Gerschel T. The 'European Alliance against depression', The World Journal of Biological Psychiatry. τεύχος 9, τόμος 1, Γερμανία, 2008, σελ. 51-58

<sup>177</sup>Althaus D, Hegerl U. The evaluation of suicide prevention activities: state of the art. World J Biol Psychiatry. 2003;4:156–165. doi: 10.1080/15622970310029913.

<sup>178</sup>Hegerl U, Althaus D, Schmidtke A, Niklewski G. The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. Psychol Med. 2006;36:1225–1233. doi: 10.1017/S003329170600780X.

δυνατότητες βελτίωσης, καθώς έγιναν βελτιώσεις με βάση τα διδάγματα που αντλήθηκαν. Έτσι, το πρόγραμμα OSPI-Europe επιδίωκε να γεφυρώσει το χάσμα μεταξύ θεωρητικών συστάσεων και πρακτικής εφαρμογής.<sup>179</sup>

Η Ευρωπαϊκή Συμμαχία κατά της Κατάθλιψης (EAAD) απέδειξε ότι είναι δυνατή η εφαρμογή βασικών στοιχείων της παρέμβασης OSPI-Europe σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες και συστήματα υγείας σύμφωνα με τυποποιημένη διαδικασία. Η κοινοπραξία OSPI-Europe βασίστηκε στα θεμέλια του EAAD, τα δίκτυα, την εμπειρογνομosύνη, την προηγούμενη συνεργασία και την ανταλλαγή γνώσεων που αναπτύχθηκε στις διάφορες χώρες του EAAD και κατά τις συνεργασίες του EAAD από την ίδρυσή του το 2004 και έπειτα. Τέλος, προκειμένου η OSPI-Europe να συνεισφέρει στην πρόληψη της αυτοκτονίας στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα χρειάστηκε όχι μόνο να κατασκευάσει μια ισχυρή παρέμβαση και να διεξάγει έρευνα υψηλού επιπέδου, αλλά έπρεπε επίσης να διαδώσει τα αποτελέσματα που διεξήγαγε. Οι στρατηγικές διάδοσης παρέμειναν βασικό στοιχείο του έργου μέχρι την ολοκλήρωση του. Οι στρατηγικές αυτές προσαρμοσμένες σε διαφορετικά ακροατήρια μπορούν να συμβάλλουν στη διευκόλυνση της μετάφρασης των αποτελεσμάτων της έρευνας σε πολιτικές και δράσεις.<sup>180</sup>

#### **4.3. Οι συχνότερες μέθοδοι αυτοκτονίας ανά φύλο στην Ευρώπη**

Στην συνέχεια γίνεται αναφορά σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 16 χώρες που συμμετείχαν στην Ευρωπαϊκή Συμμαχία κατά της Κατάθλιψης (EAAD).<sup>181</sup> Για τις μεθόδους που χρησιμοποιήθηκαν για την επιτέλεση της πράξης της αυτοκτονίας, διεξήχθησαν συμπεράσματα που αποτελούν εργαλείο για το σχεδιασμό στρατηγικών παρέμβασης για την

---

<sup>179</sup>Hegerl U, Althaus D, Schmidtke A, Niklewski G. The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *ό.π.*

<sup>180</sup>Hegerl U, Wittman M, Arensman E, van Audenhove C, Bouleau JH, Feltz-Cornelis C van der, Gusmao R, Kopp M, Löhr C, Maxwell M. The European Alliance Against Depression (EAAD): A multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. *World J Biol Psychiatry*. 2008;9(1):51–59. doi: 10.1080/15622970701216681.

<sup>181</sup>A Värník, K Kõlves, C M van der Feltz-Cornelis, A Marusic, H Oskarsson, A Palmer, T Reisch, G Scheerder, E Arensman, E Aromaa, G Giupponi, R Gusmão, M Maxwell, C Pull, A Szekely, V Pérez Sola, U Hegerl. Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the “European Alliance Against Depression” *J Epidemiol Community Health*. 2008 Jun; 62(6): 545–551. Published online 2008 May 13. doi: [10.1136/jech.2007.065391](https://doi.org/10.1136/jech.2007.065391)

αυτοκτονία. Στην έρευνα μελετήθηκαν στοιχεία σχετικά με τις μεθόδους αυτοκτονίας για 119.122 άνδρες και 41.338 γυναίκες το 2000-2005 από 16 χώρες που συμμετέχουν στην EAAD. Αξίζει να αναφέρουμε την συγκεκριμένη έρευνα, καθώς δίνει στοιχεία για την εικόνα των αυτοκτονιών στην Ε.Ε. και δημιουργεί αντιλήψεις για την αντιμετώπιση του φαινομένου. Ένα σημαντικό καθήκον των ερευνητών καθώς και των υπερασπιστών της δημόσιας υγείας είναι να αναζητήσουν αποτελεσματικές στρατηγικές παρέμβασης για την πρόληψη αυτοκτονιών. Οι μελέτες σχετικά με τις μεθόδους αυτοκτονίας σε σχέση με διαφορετικές πολιτιστικές ομάδες, ομάδες εθνοτήτων, φύλου και ηλικίας μπορούν να παράσχουν χρήσιμες πληροφορίες για την ανάπτυξη αποτελεσματικών προγραμμάτων πρόληψης και παρέμβασης.

Τα ποσοστά ανδρικής αυτοκτονίας υπερβαίνουν σημαντικά τις τιμές των γυναικών σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες (<http://data.euro.who.int/hfamdb/>). Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι ένας πρωταρχικός λόγος για τις διαφορές στις τιμές των αυτοκτονιών ανά φύλο στις ολοκληρωμένες αυτοκτονίες είναι οι διαφορετικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται από το κάθε φύλο.<sup>182</sup>

Ορισμένοι παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν την απόφαση ενός ατόμου σχετικά με τη μέθοδο σε μια πράξη αυτοκτονίας. Ο Hendin<sup>183</sup> αποδίδει την επιλογή της μεθόδου σε μια μορφή τελικής επικοινωνίας προσωπικών και κοινωνικών αναγκών: ένα τελευταίο μήνυμα. Πιστεύει ότι αυτό το μήνυμα είναι μια έκφραση της ζωής που απομένει και της ελπίδας του ατόμου να λύσει τις συγκρούσεις που τον μάστιζαν στη ζωή.

Οι διαφορετικές μέθοδοι αποδίδουν μικτά αποτελέσματα όσον αφορά τη θνησιμότητα. Επομένως, δεν υπάρχει ενιαία απάντηση στο ερώτημα εάν η επιλογή μεθόδου μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέτρο αυτοκτονικής πρόθεσης. Ομοίως, μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αποκαλύπτει ανόμοια συμπεράσματα. Ορισμένοι δεν έχουν βρει σημαντικές διαφορές φύλου μεταξύ του επιπέδου αυτοκτονικής πρόθεσης,<sup>184</sup> άλλοι υποστήριξαν ότι οι

---

<sup>182</sup>Denning DG, Conwell Y, King D, et al. Method choice, intent, and gender in completed suicide. *Suicide Life Threat Behav* 2000;30:282–8

<sup>183</sup>Hendin H. *Suicide in America*. New York: Norton, 1982

<sup>184</sup>Moscicki E. Gender differences in completed and attempted suicides. *Ann Epidemiol* 1994;4:152–1

γυναίκες τείνουν να χρησιμοποιούν λιγότερο θανατηφόρες μεθόδους, επειδή έχουν λιγότερη επιθυμία να αυτοκτονήσουν.<sup>185</sup>

Τα στοιχεία συγκεντρώθηκαν από 16 ευρωπαϊκές χώρες που συμμετείχαν στο χρηματοδοτούμενο από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή έργο «Ευρωπαϊκή Συμμαχία κατά της Κατάθλιψης». Το Ηνωμένο Βασίλειο εκπροσωπείται στη μελέτη από δύο χώρες: την Αγγλία και τη Σκωτία. Στο Βέλγιο, την Εσθονία, τη Φινλανδία, τη Γερμανία, την Ουγγαρία, την Ισλανδία, την Ιταλία (Νότιο Τυρόλο), το Λουξεμβούργο, τις Κάτω Χώρες, την Πορτογαλία, τη Σκωτία, τη Σλοβενία, την Ισπανία και την Ελβετία προσδιορίστηκε η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε σε πράξη αυτοκτονίας σύμφωνα με τους κωδικούς X60-X84 από τη δέκατη αναθεώρηση της διεθνούς στατιστικής ταξινόμησης των ασθενειών και των συναφών προβλημάτων υγείας (ICD-10, Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, 1992). Στις ακόλουθες χώρες, οι πράξεις αυτοκτονίας εντοπίστηκαν από τους κωδικούς E950-E959 της ICD-9 (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, 1978) για κάποια ή για όλη την περίοδο μελέτης: Αγγλία το 2000, Πορτογαλία το 2000-2001 και Ιρλανδία για όλη τη διάρκεια της μελέτης.<sup>186</sup>

---

<sup>185</sup>Lester D. “Why do people choose particular methods for suicide”, τεύχος 30, τόμος 4, Act Nerv Super, Praha, 1988, σελ. 312-314

<sup>186</sup>A Värnik, K Kõlves, C M van der Feltz-Cornelis, A Marusic, H Oskarsson, A Palmer, T Reisch, G Scheerder, E Arensman, E Aromaa, G Giupponi, R Gusmão, M Maxwell, C Pull, A Szekely, V Pérez Sola, U Hegerl. Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the “European Alliance Against Depression” J Epidemiol Community Health. 2008 Jun; 62(6): 545–551. Published online 2008 May 13. doi: [10.1136/jech.2007.065391](https://doi.org/10.1136/jech.2007.065391)

Πίνακας 2: Μέθοδοι αυτοκτονιών 2000-2005

| Μέθοδοι αυτοκτονιών σε απόλυτους αριθμούς και σε ποσοστά ανά φύλο στις χώρες της EAAD σε συνδιασμό με τα έτη 2000-2005 |               |            |              |            |               |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------|--------------|------------|---------------|------------|
|                                                                                                                        | Άνδρες        |            | Γυναίκες     |            | Σύνολο        |            |
|                                                                                                                        | Αριθμός       | %          | Αριθμός      | %          | Αριθμός       | %          |
| Δηλητηρίαση από φάρμακα (X60–X64)                                                                                      | 10211         | 8.6        | 10209        | 24.7       | 20420         | 12.7       |
| Δηλητηρίαση από άλλα μέσα (X65–X69)                                                                                    | 6432          | 5.4        | 1766         | 4.3        | 8198          | 5.1        |
| Απαγχονισμός (X70)                                                                                                     | 64730         | 54.3       | 14735        | 35.6       | 79465         | 49.5       |
| Πνιγμός (X71)                                                                                                          | 3598          | 3.0        | 3186         | 7.7        | 6784          | 4.2        |
| Πυροβόλο όπλο (X72–X74)                                                                                                | 11593         | 9.7        | 548          | 1.3        | 12141         | 7.6        |
| Άλμα από ύψος (X80)                                                                                                    | 9341          | 7.8        | 5977         | 14.5       | 15318         | 9.5        |
| Κινούμενο αντικείμενο (X81)                                                                                            | 5817          | 4.9        | 2162         | 5.2        | 7979          | 5.0        |
| Άλλοι μέθοδοι                                                                                                          | 7400          | 6.2        | 2755         | 6.7        | 10155         | 6.3        |
| <b>Συνολικό</b>                                                                                                        | <b>119122</b> | <b>100</b> | <b>41338</b> | <b>100</b> | <b>160460</b> | <b>100</b> |

Πηγή:<sup>187</sup>

Η έρευνα αυτή βασίζεται σε 160.460 περιπτώσεις αυτοκτονίας, 119.122 (74%) άνδρες και 41.338 (26%) γυναίκες, οι οποίοι αυτοκτόνησαν σε 16 ευρωπαϊκές χώρες κατά τα έτη 2000-2005. Η πιο συχνή μέθοδος αυτοκτονίας για όλες τις χώρες της EAAD που μελετήθηκαν και για τα δύο φύλα ήταν, όπως μπορεί να παρατηρηθεί από τον πίνακα 2, ο απαγχονισμός (54,3% μεταξύ των αυτοκτονούντων ανδρών και 35,6% μεταξύ των αυτοκτονούντων γυναικών). Για τους άνδρες ακολούθησαν σε μακρινή αριθμητική

<sup>187</sup>A Värník, K Kõlves, C M van der Feltz-Cornelis, A Marusic, H Oskarsson, A Palmer, T Reisch, G Scheerder, E Arensman, E Aromaa, G Giupponi, R Gusmão, M Maxwell, C Pull, A Szekely, V Pérez Sola, U Hegerl. Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the “European Alliance Against Depression” J Epidemiol Community Health. 2008 Jun; 62(6): 545–551. Published online 2008 May 13. doi: [10.1136/jech.2007.065391](https://doi.org/10.1136/jech.2007.065391) σελ. 546

απόσταση οι αυτοκτονίες από πυροβόλα όπλα (9,7%) και οι αυτοκτονίες από δηλητηρίαση με λήψη φαρμάκων (8,6%). Για τις γυναίκες οι επόμενες συχνότερες μέθοδοι ήταν η δηλητηρίαση από λήψη φαρμάκων (24,7%) και το άλμα από ύψος (14,5%), όπως φαίνεται και μπορεί να διαπιστωθεί από τον πίνακα 2.

Ο απαγχονισμός ήταν η συχνότερη μέθοδος αυτοκτονίας των ανδρών σε όλες τις χώρες εκτός από την Ελβετία, όπου τα πυροβόλα όπλα κατέχουν την πρώτη θέση. Τα πυροβόλα όπλα ήταν η δεύτερη πιο κοινή μέθοδος αυτοκτονίας των ανδρών στο Βέλγιο, την Εσθονία, τη Φινλανδία, τη Γερμανία και τη Σλοβενία. Σε αντίθεση στην Σκωτία παρατηρείται ότι η χρήση των πυροβόλων όπλων κατέχει την χαμηλότερη θέση. (πίνακας 3).

Πίνακας 3: Μέθοδοι αυτοκτονιών στις 16 χώρες της EAAD 2000-2005 ανά φύλο

| Μέθοδοι αυτοκτονιών σε ποσοστά στις χώρες της EAAD ανά φύλο κατά το διάστημα 2000-2005 |                         |                           |              |         |               |               |                       |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------|--------------|---------|---------------|---------------|-----------------------|---------------|
|                                                                                        | Δηλητηρίαση από φάρμακα | Δηλητηρίαση από άλλα μέσα | Απαγχονισμός | Πνιγμός | Πυροβόλα όπλα | Άλμα από ύψος | Κινούμενο αντικείμενο | Άλλοι μέθοδοι |
| Βέλγιο                                                                                 |                         |                           |              |         |               |               |                       |               |
| Άνδρες                                                                                 | 6.8                     | 3.9                       | 57.3         | 7.0     | 12.0          | 3.3           | 5.2                   | 4.5           |
| Γυναίκες                                                                               | 17.4                    | 3.3                       | 36.9         | 18.6    | 3.7           | 7.6           | 6.3                   | 6.1           |
| Αγγλία                                                                                 |                         |                           |              |         |               |               |                       |               |
| Άνδρες                                                                                 | 14.7                    | 11.5                      | 55.4         | 2.1     | 3.6           | 2.7           | 5.4                   | 4.7           |
| Γυναίκες                                                                               | 41.0                    | 4.5                       | 36.4         | 4.5     | 0.6           | 3.6           | 5.9                   | 3.5           |
| Εσθονία                                                                                |                         |                           |              |         |               |               |                       |               |
| Άνδρες                                                                                 | 1.6                     | 2.4                       | 79.1         | 0.3     | 8.5           | 3.2           | 0.4                   | 4.4           |
| Γυναίκες                                                                               | 9.2                     | 2.6                       | 70.8         | 1.9     | 1.7           | 10.6          | 0.0                   | 3.3           |
| Φινλανδία                                                                              |                         |                           |              |         |               |               |                       |               |
| Άνδρες                                                                                 | 17.3                    | 6.1                       | 33.4         | 3.7     | 24.6          | 4.7           | 4.8                   | 5.4           |
| Γυναίκες                                                                               | 50.1                    | 1.2                       | 20.7         | 9.7     | 2.1           | 6.6           | 6.0                   | 3.5           |
| Γερμανία                                                                               |                         |                           |              |         |               |               |                       |               |
| Άνδρες                                                                                 | 8.2                     | 4.1                       | 54.9         | 2.0     | 10.4          | 7.8           | 5.6                   | 7.1           |
| Γυναίκες                                                                               | 23.2                    | 3.1                       | 37.9         | 6.7     | 1.3           | 14.1          | 5.2                   | 8.3           |
| Ουγγαρία                                                                               |                         |                           |              |         |               |               |                       |               |
| Άνδρες                                                                                 | 6.9                     | 5.1                       | 69.7         | 1.2     | 4.1           | 5.0           | 2.6                   | 5.5           |

|              |      |      |      |      |      |      |      |     |
|--------------|------|------|------|------|------|------|------|-----|
| Γυναίκες     | 26.6 | 6.6  | 45.3 | 3.9  | 0.6  | 9.6  | 2.4  | 5.0 |
| Ισλανδία     |      |      |      |      |      |      |      |     |
| Άνδρες       | 22.7 | 8.6  | 36.7 | 6.3  | 15.6 | 4.7  | 0.0  | 5.5 |
| Γυναίκες     | 45.2 | 14.3 | 16.7 | 16.7 | 0.0  | 2.4  | 0.0  | 4.8 |
| Ιρλανδία     |      |      |      |      |      |      |      |     |
| Άνδρες       | 8.0  | 2.9  | 60.2 | 16.2 | 7.6  | 1.8  | 2.0  | 1.2 |
| Γυναίκες     | 28.1 | 1.3  | 33.4 | 25.5 | 1.9  | 3.6  | 4.9  | 1.3 |
| Ιταλία       |      |      |      |      |      |      |      |     |
| Άνδρες       | 2.7  | 9.5  | 55.4 | 5.0  | 6.8  | 14.0 | 1.8  | 5.0 |
| Γυναίκες     | 7.6  | 7.6  | 28.8 | 12.1 | 1.5  | 33.3 | 6.1  | 3.0 |
| Λουξεμβούργο |      |      |      |      |      |      |      |     |
| Άνδρες       | 8.7  | 8.0  | 39.1 | 2.7  | 13.0 | 17.1 | 2.0  | 9.4 |
| Γυναίκες     | 28.6 | 8.2  | 14.3 | 3.1  | 1.0  | 32.7 | 3.1  | 9.2 |
| Ολλανδία     |      |      |      |      |      |      |      |     |
| Άνδρες       | 10.8 | 3.7  | 48.4 | 6.5  | 4.1  | 8.2  | 11.7 | 6.6 |
| Γυναίκες     | 24.4 | 2.5  | 33.8 | 10.4 | 0.5  | 10.7 | 12.0 | 5.8 |
| Πορτογαλία   |      |      |      |      |      |      |      |     |
| Άνδρες       | 2.1  | 13.2 | 52.3 | 4.3  | 12.5 | 5.7  | 1.1  | 8.7 |
| Γυναίκες     | 9.1  | 21.8 | 31.5 | 13.1 | 2.7  | 11.7 | 1.4  | 8.8 |
| Σκωτία       |      |      |      |      |      |      |      |     |
| Άνδρες       | 17.4 | 6.7  | 56.2 | 3.9  | 2.1  | 5.6  | 2.5  | 5.5 |
| Γυναίκες     | 46.0 | 1.1  | 33.3 | 6.4  | 0.1  | 6.3  | 1.6  | 5.1 |
| Σλοβενία     |      |      |      |      |      |      |      |     |
| Άνδρες       | 2.2  | 7.3  | 65.9 | 2.3  | 12.6 | 3.7  | 1.5  | 4.6 |
| Γυναίκες     | 8.3  | 5.1  | 55.4 | 11.9 | 1.1  | 9.4  | 3.7  | 5.1 |
| Ισπανία      |      |      |      |      |      |      |      |     |
| Άνδρες       | 3.4  | 4.4  | 52.7 | 3.9  | 6.9  | 18.3 | 3.7  | 6.7 |
| Γυναίκες     | 8.1  | 6.4  | 29.5 | 6.8  | 1.0  | 37.4 | 3.0  | 7.8 |
| Ελβετία      |      |      |      |      |      |      |      |     |
| Άνδρες       | 13.1 | 3.5  | 27.2 | 3.0  | 33.6 | 9.2  | 6.0  | 4.5 |
| Γυναίκες     | 37.5 | 2.4  | 19.1 | 10.0 | 3.6  | 14.7 | 8.5  | 4.3 |
| Σύνολο       |      |      |      |      |      |      |      |     |
| Άνδρες       | 8.6  | 5.5  | 54.5 | 3.0  | 9.7  | 7.6  | 4.8  | 6.1 |

|          |      |     |      |     |     |      |     |     |
|----------|------|-----|------|-----|-----|------|-----|-----|
| Γυναίκες | 24.9 | 4.4 | 35.7 | 7.8 | 1.3 | 14.1 | 5.2 | 6.6 |
|----------|------|-----|------|-----|-----|------|-----|-----|

Πηγή:<sup>188</sup>

Ο απαγχονισμός ήταν η πιο κοινή μέθοδος μεταξύ των γυναικών σε οκτώ χώρες: Βέλγιο, Εσθονία, Γερμανία, Ουγγαρία, Ιρλανδία, Ολλανδία, Πορτογαλία και Σλοβενία. Η δηλητηρίαση από φάρμακα ήταν η πιο συχνή μέθοδος για τις γυναίκες σε πέντε χώρες: την Αγγλία, τη Φινλανδία, την Ισλανδία, τη Σκωτία και την Ελβετία. Μεταξύ γυναικών, το άλμα από ύψος τοποθετήθηκε πρώτο στην Ιταλία (Νότιο Τιρόλο), το Λουξεμβούργο και την Ισπανία (πίνακας 3).

Αν και τα ποσοστά αυτοκτονίας είναι γενικά πολύ υψηλότερα στους άνδρες απ' ό,τι στις γυναίκες, με εξαίρεση μερικές ασιατικές χώρες, <sup>189</sup> υπάρχουν περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας για τις γυναίκες, όπως έχουν καταχωρηθεί από τις μελέτες του ΠΟΥ στις περισσότερες συμμετέχουσες χώρες, <sup>190</sup> και πολύ περισσότερες διαγνώσεις περιστατικών κατάθλιψης σε γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες. <sup>191</sup> Αυτό το παράδοξο του φύλου θέτει υπό αμφισβήτηση τους πιθανούς λόγους των διαφορετικών επιπέδων επικράτησης σε αυτοκτονίες που ολοκληρώθηκαν μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Αρκετές μελέτες έχουν ασχοληθεί με το θέμα των διαφορετικών τύπου μεθόδων που χρησιμοποιούνται σε ανδρικούς και γυναικείους πληθυσμούς αυτοκτονίας ως τον πρωταρχικό λόγο για διαφορές φύλου στη θνησιμότητα από την αυτοκτονία. Παραδοσιακά, οι γυναίκες έχουν επιλέξει μεθόδους αυτοκτονίας που είναι λιγότερο θανατηφόρες και οι

<sup>188</sup>A Värnik, K Kõlves, C M van der Feltz-Cornelis, A Marusic, H Oskarsson, A Palmer, T Reisch, G Scheerder, E Arensman, E Aromaa, G Giupponi, R Gusmão, M Maxwell, C Pull, A Szekely, V Pérez Sola, U Hegerl. Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the "European Alliance Against Depression" J Epidemiol Community Health. 2008 Jun; 62(6): 545–551. Published online 2008 May 13. doi: [10.1136/jech.2007.065391](https://doi.org/10.1136/jech.2007.065391) σελ. 547-548

<sup>189</sup>Schmidtke A, Weinacker B, Apter A, et al. Suicide rates in the world: update. Arch Suicide Res 1999;5:81–9

<sup>190</sup>Schmidtke A, Weinacker B, Löhr C, et al. Suicide and suicide attempts in Europe—an overview. In: Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D, et al., editors. eds. *Suicidal behaviour in Europe*. Results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. Seattle, Toronto, Bern, Gottingen: Hogrefe & Huber, 2004:15–28

<sup>191</sup>Murphy GE. Why women are less likely than men to commit suicide. Compr Psychiatry, τεύχος 39,1998, σελ. 165–175

άνδρες έχουν επιλέξει τεχνικές που είναι πιο βίαιες και των οποίων οι συνέπειες είναι μη αναστρέψιμες.<sup>192</sup>

Στη μελέτη παρατηρήθηκε έντονη ομοιότητα μεταξύ της Ουγγαρίας, της Σλοβενίας και της Εσθονίας, με βάση τα πολύ υψηλά ποσοστά απαγχονισμού, τόσο για τους άντρες όσο και για τις γυναίκες. Σε μια προσπάθεια να βρούμε μια εξήγηση, σημειώνουμε τα ακόλουθα κοινά χαρακτηριστικά των τριών χωρών:

- πρόσφατα σοσιαλιστικά υπόβαθρα,
- ταχείες κοινωνικοπολιτικές και οικονομικές μεταβολές στην ένταξη στην Ευρωπαϊκή Ένωση,
- πολύ υψηλή κατανάλωση αλκοόλ,
- υψηλά ποσοστά εξάρτησης από τα αλκοολούχα ποτά και κατάχρηση μεταξύ των αυτοκτονιών,
- και υψηλά ποσοστά συνολικής αυτοκτονίας.<sup>193</sup>

Υπάρχουν αξιοσημείωτα λίγες μελέτες για την πρόληψη των αυτοκτονιών σε θέματα φύλου σχετικά με την επιλογή μεθόδου.<sup>194</sup> Ο προσδιορισμός και η σύγκριση των μεθόδων αυτοκτονιών που χρησιμοποιούνται σε διαφορετικές χώρες ανά φύλο θα μπορούσε να οδηγήσει στην ανάπτυξη στρατηγικών παρέμβασης. Η μελέτη που παρουσιάσαμε εντοπίζει ομάδες χωρών με παρόμοια πρότυπα μεθόδων αυτοκτονίας ανά φύλο και ενθαρρύνει την έρευνα και ανάπτυξη συνεργατικών στρατηγικών πρόληψης αυτοκτονίας. Ωστόσο, ο έλεγχος της πρόσβασης στις μεθόδους είναι μόνο μια από τις στρατηγικές για την πρόληψη των αυτοκτονιών. Άλλες προσεγγίσεις, όπως η καλύτερη αναγνώριση και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών και η βελτίωση της τοξικολογικής βοήθειας, πρέπει να τεθούν σε εφαρμογή.

---

<sup>192</sup>Hawton K. Sex and suicide. Gender differences in suicidal behaviour. Br J Psychiatry 2000;177:484–5

<sup>193</sup>Bilban M, Skibin L. Presence of alcohol in suicide victims. Forensic Sci Int 2005;147:9–12

<sup>194</sup>Beautrais A. Gender issues in youth suicidal behaviour. Emerg Med 2002;14:35–42

#### **4.4. Γραμμές βοήθειας που αποτρέπουν τον αυτοκτονικό ιδεασμό και την αυτοκτονία**

Ο αυτοκτονικός ιδεασμός όπως είδαμε παραπάνω μπορεί να έχει πολλές πηγές μέχρι να φτάσει να γίνει πράξη αυτοκτονίας. Τα προβλήματα στον οικογενειακό ή εργασιακό περιβάλλον μπορεί να φτάσουν έναν άνθρωπο στην απελπισία. Εάν όμως ζητήσει βοήθεια πάνω στο πρόβλημα που τον απασχολεί μπορεί να αποτραπεί και ο αυτοκτονικός ιδεασμός πριν ακόμα γίνει πράξη. Οι Γραμμές Βοήθειας είναι τηλεφωνικές και μπορεί να είναι δωρεάν. Η επικοινωνία είναι ανώνυμη και ίσως αυτό να διευκολύνει το άτομο να εκφράσει τη σκέψη του και το πρόβλημα του. Κάθε οργανισμός είναι υπεύθυνος για τους συγκεκριμένους όρους και προϋποθέσεις της γραμμής που λειτουργεί.

#### **Γραμμές Βοήθειας για Ενήλικους**

##### **-Γραμμή Βοήθειας για την αυτοκτονία: 1018**

Παρέμβαση για την αυτοκτονία

-Κάθε μέρα, όλο το 24ωρο

-Πανελλαδική εμβέλεια

-Κόστος αστικής κλήσης

<http://suicide-help.gr/>

##### **- Γραμμή Βοήθειας για την Κατάθλιψη: 1034**

Προβλήματα ψυχικής υγείας, εξειδίκευση στο θέμα της κατάθλιψης.

-Δευτέρα έως Παρασκευή

-Πανελλαδική εμβέλεια

-Κόστος αστικής κλήσης

<http://www.depressionanxiety.gr/149/article/greek/149/141/index.htm>

**- Γραμμή Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας: 197**

Εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής στήριξης και κοινωνικής αλληλεγγύης.

-Κάθε ημέρα, όλο το 24ωρο

-Πανελλαδική εμβέλεια

-Δωρεάν κλήση

<http://www.ekka.org.gr/index.php/author-login/2018-05-17-09-06-24/26-197>

**- Γραμμή SOS Αιγινήτειου: 210-7222333**

Τηλεφωνική βοήθεια για ψυχολογικά προβλήματα.

-Κάθε ημέρα από 3:00 μ.μ. έως 11:00 μ.μ.

-Πανελλαδική εμβέλεια

-Κόστος αστικής κλήσης

**- Γραμμή SOS της Γενικής Γραμματείας Ισότητας: 15900**

Τηλεφωνική βοήθεια και συμβουλές σε γυναίκες θύματα βίας.

-Κάθε ημέρα, όλο το 24ωρο

-Πανελλαδική εμβέλεια

-Κόστος αστικής κλήσης

<http://www.isotita.gr>

**-Ανοιχτή γραμμή οικογενειακής συμβουλευτικής & θεραπείας του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής: 210-5234737**

Τηλεφωνική βοήθεια και συμβουλές

-Κάθε ημέρα, όλο το 24ωρο (πιθανόν να σας ζητηθεί να αφήσετε όνομα και τηλ. αριθμό και θα σας καλέσουν).

-Πανελλαδική εμβέλεια

-Κόστος αστικής κλήσης

<http://psychomed.gr/?p=634>

**-Γραμμή Ψυχολογικής Υποστήριξης Στρατού**

Στρατός ξηράς: 800-114-5551

Αεροπορία: 800-114-5552

Ναυτικό: 800-114-5553

*Απευθύνεται στο προσωπικό των ενόπλων δυνάμεων και προσφέρει συμβουλές σε θέματα προσαρμογής στη στρατιωτική ζωή, αλλά και σε θέματα ψυχικής υγείας, άγχους, κατάθλιψης, εθισμού, σχέσεων και συμπεριφοράς κ.ά.*

-Κάθε ημέρα, όλο το 24ωρο

-Πανελλαδική εμβέλεια

-Δωρεάν κλήση

**-Ανοιχτή Τηλεφωνική Γραμμή Ελπίδας Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας: 210-6401200**

Ψυχολογική υποστήριξη και συμβουλές σε πάσχοντες από καρκίνο ή σε άτομα του οικογενειακού ή φιλικού τους περιβάλλοντος.

-Δευτέρα έως Παρασκευή 7:30 π.μ. έως 8:00 μ.μ.

-Πανελλαδική εμβέλεια

-Κόστος αστικής κλήσης

<http://www.moh.gov.gr/articles/citizen/xrhsima-thlefwna-amp-dieythynseis/202-210-6401200-ellhnikh-antikarkinikh-etaireia>

#### **-Γραμμή Βοήθειας για θέματα AIDS Νοσ. Α. Συγγρός: 210-7222222**

Συμβουλές και ψυχολογική υποστήριξη για οροθετικούς, ασθενείς με AIDS και τους συγγενείς τους.

-Δευτέρα έως Παρασκευή 9:00 π.μ. έως 9:00 μ.μ.

-Πανελλαδική εμβέλεια

-Κόστος αστικής κλήσης

#### **Γραμμές Βοήθειας για Παιδιά και Εφήβους**

##### **-Εθνική Γραμμή Παιδικής Προστασίας: 1107**

Άμεση ενημέρωση και επείγουσα συμβουλευτική, ψυχολογική και κοινωνική στήριξη για παιδιά και γονείς.

-Κάθε ημέρα, όλο το 24ωρο

-Πανελλαδική εμβέλεια

-Δωρεάν κλήση

[http://www.aboutyouth.gr/el/service\\_1107.html](http://www.aboutyouth.gr/el/service_1107.html)

### **-Εθνική Γραμμή για τα Παιδιά SOS: 1056**

Δέχεται καταγγελίες για παιδιά-θύματα κακοποίησης. Ψυχολογική στήριξη σε παιδιά και εφήβους και συμβουλευτική σε γονείς και εκπαιδευτικούς.

-Κάθε ημέρα, όλο το 24ωρο

-Πανελλαδική εμβέλεια

-Δωρεάν κλήση

<https://www.hamogelo.gr/gr/el/paidia-thimata-vias:sos-1056/>

### **-Γραμμή του Συνηγόρου του Παιδιού για παιδιά: 800-11-32000**

Συμβουλές για τα δικαιώματα του παιδιού (έως 18 ετών), παρέμβαση σε υποθέσεις που αφορούν ενέργειες ή παραλείψεις δημοσίων υπηρεσιών αλλά και ιδιωτών (φυσικών ή νομικών προσώπων).

-Δευτέρα έως Παρασκευή 9:00 π.μ. έως 3:00 μ.μ.

-Πανελλαδική εμβέλεια

-Δωρεάν κλήση

### **-Γραμμή Βοηθείας Help-Line: 210-6007686**

Απευθύνεται σε παιδιά & εφήβους και τις οικογένειές τους, παρέχοντας υποστήριξη και συμβουλές για θέματα που σχετίζονται με τη χρήση του Διαδικτύου, του κινητού τηλεφώνου και των ηλεκτρονικών παιχνιδιών (παρενόχληση, εξάρτηση, επιβλαβές περιεχόμενο, διαδικτυακή αποπλάνηση, bullying, ρατσιστική συμπεριφορά κ.λπ.).

-Δευτέρα έως Παρασκευή 9:00 π.μ. έως 5:00 μ.μ.

-Πανελλαδική εμβέλεια

-Δωρεάν κλήση

**-Ανοιχτή γραμμή εφήβων και νέων του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής: 210-3638833**

Τηλεφωνική βοήθεια και συμβουλές

-Κάθε ημέρα, όλο το 24ωρο (πιθανόν να σας ζητηθεί να αφήσετε όνομα και τηλ. αριθμό και θα σας καλέσουν).

-Πανελλαδική εμβέλεια

-Κόστος αστικής κλήσης

<https://www.18ano.gr/cause/τμήμα-εφήβων-νέων/>

## **Γραμμές απεξάρτησης**

Απευθύνονται σε χρήστες και εξαρτημένους από τις τοξικές ουσίες και το αλκοόλ, στους ανθρώπους του περιβάλλοντός τους και σε εκπαιδευτικούς. Στα τηλέφωνα απαντούν ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί και κοινωνιολόγοι που παρέχουν ψυχολογική στήριξη και συμβουλές παρέμβασης στην κρίση (δηλαδή την ώρα εκδήλωσης των στερητικών συμπτωμάτων).

**-Γραμμή SOS του Οργανισμού Καταπολέμησης των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ): 1031**

Τηλεφωνική βοήθεια και συμβουλές

-Δευτέρα έως Παρασκευή 8:00 π.μ. έως 8:00 μ.μ.

-Αστική χρέωση για όλη την Ελλάδα.

<https://www.okana.gr>

**-Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ ΙΘΑΚΗ): 1145**

Τηλεφωνική βοήθεια και συμβουλές

-Δευτέρα έως Παρασκευή 9:00 π.μ. έως 9:00 μ.μ.

-Αστική χρέωση για όλη την Ελλάδα.

<https://www.kethea.gr>

**-Μονάδα Απεξάρτησης του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής: 210-3617089**

Τηλεφωνική βοήθεια και συμβουλές

-Δευτέρα έως Παρασκευή 10:00 π.μ. έως 8:00 μ.μ.

-Αστική χρέωση.

**-Ανοιχτή γραμμή απεξάρτησης ΙΑΣΩΝ: 210-8656600**

Τηλεφωνική βοήθεια και συμβουλές

-Δευτέρα έως Παρασκευή 9:00 π.μ. έως 10:00 μ.μ.

-Αστική χρέωση.

**-Γραμμή για εξάρτηση από τυχερά παιχνίδια του Ελληνικού Κέντρου Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής και Περίθαλψης: 800-11-10401**

Τηλεφωνική βοήθεια και συμβουλές

Κάθε ημέρα, όλο το 24ωρο.

-Αστική χρέωση.

## Αποτελέσματα

Από την παρούσα μελέτη διαπιστώθηκαν αποτελέσματα που αφορούν τις υποθέσεις της εργασίας που είχαν εισαχθεί στην εισαγωγή αλλά και ζητήματα που προβληματίσαν καθ' όλη την διάρκεια της εργασίας. Η μελέτη των χωρών της Ε.Ε. έδωσε την δυνατότητα σύγκρισης και παρατήρησης του ζητήματος της αυτοκτονίας.

**Πρώτο αποτέλεσμα:** Από τα δεδομένα προκύπτουν ότι το κλίμα δεν αυξάνει ούτε μειώνει τα ποσοστά αυτοκτονίας, αντίθετα παρατηρήθηκε από τους πίνακες και ιδιαίτερα έντονα στους χάρτες, ότι η βελτίωση της οργάνωσης της κοινωνίας αλλά και η εφαρμογή πολιτικών για την μείωση των αυτοκτονιών σε χώρες με δυσχερές κλίμα επέφερε αποτελέσματα και μάλιστα θετικά. Το κλίμα λοιπόν δεν αποτελεί παράγοντα που επηρεάζει τους δείκτες αυτοκτονίας.

**Δεύτερο αποτέλεσμα:** Στη συνέχεια, διαπιστώθηκε ότι στην πάροδο των χρόνων οι αυτοκτονίες μειώθηκαν και δεν αυξήθηκαν. Παρατηρήθηκε δηλαδή μείωση των πράξεων της αυτοχειρίας στη πλειονότητα των χωρών της Ε.Ε. Να τονιστεί εδώ ότι βελτιώθηκε και η καταγραφή των αποπειρών αυτοκτονίας αλλά και των αυτοκτονιών σε βάθος χρόνου, γεγονός που όπως μελετήθηκε, δεν έχει γρήγορο ρυθμό στην Ελλάδα, καθώς υπάρχει καθυστέρηση στην καταγραφή και δημοσίευση των δεδομένων που αφορούν την αυτοκτονία.

**Τρίτο αποτέλεσμα:** Οι δείκτες αυτοκτονίας στην Ελλάδα επηρεάστηκαν από τους δείκτες της ανεργίας με ανοδική κίνηση. Παρατηρήθηκε ότι μαζί με την ανεργία αυξήθηκαν και οι δείκτες αυτοκτονίας με τους υψηλότερους δείκτες το χρονικό διάστημα 2012 με 2015 που έχουν καταγράψει από το 1975 που μελετήθηκε. Επιβεβαιώνεται με αυτόν τον τρόπο η σχέση της οικονομικής κρίσης με την επιρροή στην ψυχολογική κατάσταση του ατόμου, γεγονός που οδηγεί σε μια γενικότερη επισκόπηση, δηλαδή στην επιρροή των αλλαγών της κοινωνίας πάνω στη ψυχολογία του ατόμου.

**Τέταρτο αποτέλεσμα:** Τέλος παρατηρήθηκε ότι οι πολιτικές για τη μείωση των δεικτών αυτοκτονίας επέφεραν θετικά αποτελέσματα ως προς την ενημέρωση και τη γνώση του ζητήματος, ως προς την πρόληψη των αυτοκτονιών, αλλά και ως προς τη μείωση των δεικτών αυτοκτονίας.

## Συμπεράσματα

Παρόλο που δεν μπορεί να γίνει εύκολα αντιληπτό, καθώς η ανάγκη για ελευθερία και η πεποίθηση ότι οι πράξεις του καθενός είναι καθαρά ατομικές και ελεύθερες επιλογές, η κοινωνία που ζούμε καθορίζει απόλυτα την ύπαρξη και τις επιλογές μας. Η ανάγκη της αναγνώρισης από την κοινωνία μας ωθεί να επιλέγουμε τον τρόπο ζωής μας, ώστε να μας αποδέχεται ένας κύκλος συνανθρώπων μας. Φαίνεται ότι η κοινωνική συνοχή είναι αυτή που μπορεί να αποτρέψει ένα φαινόμενο αυτοχειρίας και η κοινωνική απορρύθμιση να το γεννήσει.

Οι θεολόγοι διατηρούν σταθερά αρνητική θέση στο φαινόμενο της αυτοκτονίας, θεωρώντας ότι οι αυτόχειρες δεν έχουν το δικαίωμα εκκλησιαστικής ταφής, καθώς πηγαίνουν ενάντια στο λόγο του Θεού. Η στάση αυτή της εκκλησίας και των θεολόγων απέτρεπε στο παρελθόν την ολοκλήρωση της πράξης της αυτοχειρίας, όσο όμως η κοινωνία εκσυγχρονίζεται και οι άνθρωποι απομακρύνονται από τους θεσμούς της εκκλησίας ως κανόνες συμπεριφοράς και ύπαρξης, η επιρροή αυτή συρρικνώνεται. Η μεγέθυνση της κοινωνικής επιρροής στο άτομο αφήνει ανυπολόγιστο το ενδεχόμενο της αδυναμίας της εκκλησιαστικής ταφής του.

Σαφώς η οικονομική κρίση επηρέασε τους δείκτες αυτοκτονιών στην Ελλάδα, όπως είδαμε, όμως μας βάζει σε σκέψεις αν ήταν η ίδια η ανεργία που προκάλεσε την έξαρση του φαινομένου ή αν ήταν η κοινωνική απορρύθμιση που την ακολούθησε και κατά συνέπεια οδήγησε στην αύξηση των αυτοκτονιών. Θα πρέπει να ήμαστε αρκετά προσεκτικοί πριν γίνουμε απόλυτοι στο συμπέρασμα της σύνδεσης των δύο φαινομένων-ανεργίας και αυτοκτονίας. Παρόλο που η Ελλάδα αποτέλεσε τη χώρα με τη σοβαρότερη και μεγαλύτερη χρονικά οικονομική κρίση, κατέχει ακόμα τους χαμηλότερους δείκτες σε όλη την Ε.Ε.

Η δημογραφία ως επιστήμη έδωσε εκείνη την αντικειμενική ματιά, αλλά και την εικονική αποτύπωση του φαινομένου, όπου βοηθάει να διαχωρίσουμε, να μεταφράσουμε και να κατανοήσουμε το φαινόμενο των αυτοκτονιών από όλες τις πτυχές του.

Η ανάλυση των δεδομένων αυτοκτονίας των χωρών της Ε.Ε. έδωσε μια εικόνα ανάλυσης αλλά και σύγκρισης των χωρών μεταξύ τους παρόλο που θα ήταν χρήσιμο να διεξαχθεί στο μέλλον μια συγκριτική ανάλυση των χωρών ως αποτέλεσμα των διαφοροποιήσεων σε

δημογραφικούς δείκτες. Μια ανάλυση δηλαδή των κοινωνικών συνηθειών και της κουλτούρας της κάθε χώρας καθώς και της νοοτροπίας τους ιστορικά για την αντιμετώπιση της ζωής με θετικό ή αρνητικό τρόπο. Είδαμε ότι η κοινωνική συνοχή αποτελεί τον καλύτερο ρυθμιστή της αυτοολοκλήρωσης του ατόμου και της αποδοχής του ίδιου του του εαυτού εφόσον γίνεται η αποδοχή από την κοινωνία. Χρήζει λοιπόν περαιτέρω ανάλυσης και η έρευνα δεν θα μπορούσε να σταματήσει στις συγκεκριμένες παραδοχές. Αξίζει στο μέλλον να ερευνηθεί πως η κουλτούρα, τα ήθη και τα έθιμα αλλά και η οργάνωση της κοινωνίας με συγκεκριμένους κοινωνικούς και πολιτικούς νόμους καθορίζουν την διαμόρφωση και εξέλιξη των δημογραφικών δεδομένων και κατά συνέπεια την αλλαγή ή μη της ίδιας της κοινωνικής ροής.

## **Βιβλιογραφία**

### **Ελληνική Βιβλιογραφία**

**Αφροδίτη Α. Αβαγιανού**, Ευθάνατος θάνατος: Το ‘καλώς θανείν’ στην αρχαία Ελλάδα, Ελένη Γραμματικοπούλου, Εθνικό ίδρυμα Ερευνών (ΕΙΕ), Αθήνα, 2000.

**Ανδριάκαινα Ελένη**, “Ίατρικοποίηση”: από την σωτηρία της ψυχής στην θεραπεία του σώματος, στο Υγεία, ασθένεια και κοινωνικός δεσμός, επιμ. Παπαχριστόπουλος Νίκος,

Σαμαρτζή Κυριακή, 2<sup>η</sup> έκδοση, Πάτρα: Opportuna, 2015.

**Βάρβογλη Λ.**, 2006, Ερευνώντας τους λαβυρίνθους του εγκεφάλου, Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη Α.Ε.

**Βεργέτης Δημήτρης**, «Λακάν και Φουκώ: τα νέα συμπτώματα», στο Ψυχανάλυση και κοινωνικά συμπτώματα, επιμ. Παπαχριστόπουλος Νίκος, Πάτρα: Opportuna, 2015

**Βουλγαράκης Ηλίας**, Αυτοκτονία και εκκλησιαστική ταφή, εκδόσεις Αρμός, Αθήνα, 2000

**Γεωργίου Πουλή**, Ο ακούσιος φόνος κατά το Εκκλησιαστικό Δίκαιο, εκδόσεις Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη 1993

**Γιωτάκος Ο., Τσουβέλας Γ., Κονταξάκης Β.**, Αυτοκτονίες και υπηρεσίες παροχής ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ, Τόμος 23 Τεύχος 1, Αθήνα, Ιανουάριος - Μάρτιος 2012

**Ζαχαράκης Κ, Μαδιανός Μ, Παπαδημητρίου Γ, Στεφανής Κ.**, 2003, «Επιδημιολογία της αυτοκτονίας στην Ελλάδα 1980-1997», στο Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 20(2)

**Θρησκευτική και Ηθική Εγκυκλοπαίδεια**, Μαρτίνος Αθανάσιος, εκδόσεις Μαρτίνος, Αθήνα 1963, λήμμα ‘αυτοκτονία- κανονικό δίκαιο’.

**Ιωάννου Χρυσοστόμου**, Υπόμνημα εις τον άγιο Ματθαίον τον ευαγγελιστή, ομιλία LXXXV, PG 58,759B, PG 61,218D

**Κλεφτάρας, Γ.**, Η κατάθλιψη σήμερα: περιγραφή, διάγνωση, θεωρίες και ερευνητικά δεδομένα, Αθήνα, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1998

**Καλαντζή-Αζίζι, Α. & Ευσταθίου Γ.**, Διαταραχές διάθεσης. Στο Α. Καλαντζής- Αζίζι & Γ. Ευσταθίου (επιμ.). Κλινική Ψυχολογία και ψυχοπαθολογία, εκδόσεις Πεδίο, Αθήνα, 2010

**Μπελεγρίνος Σ. , Θ. Ζάχαρης, Ε. Φραδέλος.** Η αυτοκτονία ως κοινωνικό και ψυχολογικό φαινόμενο, Επιστημονικά Χρονικά, 2014.

**Νίκος Μάνος,** Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, University studio press – Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων & Περιοδικών, Θεσσαλονίκη 2008.

**Μπεκιάρη Ελένη και Κατσαδώρας Κυριάκος,** Οδηγός για την αναγνώριση ενός αυτοκαταστροφικού ασθενή, Κλίμακα, Φορέας ανάπτυξης ανθρώπινου και κοινωνικού κεφαλαίου, Αθήνα

**Παπαδημητρίου Γ.Ν. , Ι. Α. Λιάππας, Ε. Λύκουρας,** Σύγχρονη Ψυχιατρική, 1ος Τόμος, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2013

**Πιάνος Χ.Κ.,** «Ψυχοκοινωνικές διαταραχές και αντιμετώπισή τους», εκδόσεις έλλην, Αθήνα, 2000

**Πολυκανδριώτη, Μ., & Στεφανίδου Σ.** Κατάθλιψη σε μη ψυχιατρικούς ασθενείς. Το βήμα του Ασκληπιού, Αθήνα, 2013.

**Πλάτωνος** νόμοι 873 C Κλασική Βιβλιοθήκη, Α. Αρχαίοι Έλληνες Συγγραφείς, απόδοση Βασίλη Μοσκόβη, Εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 1988

**Σπυρίδωνος Δ. Κοντογιάννη,** Η αυτοκτονία και η θέση της ορθόδοξης Εκκλησίας, Ανάτυπο από τη μηνιαία εφημερίδα της Εκκλησίας της Ελλάδος, 'Η αλήθεια', Αθήνα 2001

**Σικελιανού Δέσποινα,** Κλινική ψυχοπαθολογία ενηλίκων, Εκδόσεις ΔΙΟ- ΝΙΚΟΣ, Αθήνα 2010.

**Σολδάτος Κ., Α. Λύκουρας,** Σύγγραμμα Ψυχιατρικής, 1ος Τόμος, Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2010

**Τα συμπτώματα της Σχιζοφρένειας,** Βιονευρολογικά (Portal Neuro – Ψυχιατρικών Παθήσεων, [www.bioneurologics.gr](http://www.bioneurologics.gr), Ιανουάριος 29, 2015

**Τσουνής Ανδρέας**, Η σχέση της ανεργίας με την κατάθλιψη και τις αυτοκτονίες: Η κλινική αντανάκλαση της οικονομικής κρίσης, Τετράδια ψυχιατρικής, Αθήνα, 2013

**Χριστοδούλου και συνεργάτες**, ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ, 2ος τόμος, Ιατρικές Εκδόσεις BHTA, Αθήνα, 2008

## **Ξένη Βιβλιογραφία**

**Anthony Giddens**, Κοινωνιολογία, εκδ. Gutenberg, Αθήνα, 2002

**Aydin A, Gulec M, Boysan M, Selvi Y, Selvi F, Kadak MT, Besiroglu L.** Seasonality of self-destructive behaviour: seasonal variations in demographic and suicidal characteristics in Van, Turkey. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2013;17(2):110–119. doi: 10.3109/13651501.2012.697565.

**Adam, K.S., Sheldon-Keller, A.E, West, M.,** 1996 «Attachment organization and history of suicidal behavior in clinical adolescents». *Journal of Consulting and 2.Clinical Psychology.*

**American Psychiatric Association**, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), 5<sup>th</sup> ed, American Psychiatric Publishing, Washington DC, London, England, 2013

**Assoun Paul-Laurent**, «Η απόλαυση της δυσφορίας. Το υπερμοντέρνο υπό την οπτική της ψυχανάλυσης», », στο Υγεία, ασθένεια και κοινωνικός δεσμός, επιμ. Παπαχριστόπουλος Νίκος, Σαμαρτζή Κυριακή, 2<sup>η</sup> έκδοση, εκδόσεις Opportuna, Πάτρα, 2015

**Andrew R. Getzfeld**, Βασικά στοιχεία ψυχοπαθολογίας, Εκδόσεις Gotsis, Πάτρα, 2009.

**Abdonas Tamosiunas, Regina Reklaitiene, Dalia Virviciute, and Diana Sopagiene**, Trends in suicide in a Lithuanian urban population over the period 1984–2003 *BMC Public Health.* 2006; 6: 184. Published online 2006 Jul 13. doi: [[10.1186/1471-2458-6-184](https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-184)]

**A Värnik, K Kõlves, C M van der Feltz-Cornelis, A Marusic, H Oskarsson, A Palmer, T Reisch, G Scheerder, E Arensman, E Aromaa, G Giupponi, R Gusmão, M Maxwell, C Pull, A Szekely, V Pérez Sola, U Hegerl.** Suicide methods in Europe: a gender-specific

analysis of countries participating in the “European Alliance Against Depression” J Epidemiol Community Health. 2008 Jun; 62(6): 545–551. Published online 2008 May 13. doi: [10.1136/jech.2007.065391](https://doi.org/10.1136/jech.2007.065391)

**Althaus D, Hegerl U.** The evaluation of suicide prevention activities: state of the art. World J Biol Psychiatry. 2003;4:156–165. doi: 10.1080/15622970310029913.

**Bowlby J.** «A secure base, parent-child attachment and healthy human development», Hogart Press, London, 1988

**Bilban M, Skibin L.** Presence of alcohol in suicide victims. Forensic Sci Int 2005.

**Beautrais A.** Gender issues in youth suicidal behaviour. Emerg Med 2002.

**Carson, R. C., & Butcher, J. N.** Abnormal psychology and modern life (9th ed.). New York, NY, US: HarperCollins Publishers, 1992.

**Denning DG, Conwell Y, King D, et al.** Method choice, intent, and gender in completed suicide. Suicide Life Threat Behav 2000.

**Durkheim Emile,** Κοινωνικές αιτίες της αυτοκτονίας, Γερ. Αναγνωστίδη, Αθήνα, 1867.

**Douglas D. Jack,** The Social Meanings of Suicide, New Jersey: Princeton University Press, 1967.

**Doganay Z, Sunter AT, Guz H, Ozkan A, Altintop L, Kati C, Colak E, Aygun D, Guven H.** Climatic and diurnal variation in suicide attempts in the ED. Am J Emerg Med. 2003. doi: 10.1016/S0735-6757(03)00039-1

**Digon E, Bock HB.** Suicides and climatology. Arch Environ Health. 1966. doi: 10.1080/00039896.1966.10664374.

**David Stuckler, Sanjay Basu, Marc Suhrcke, Adam Coutts, Martin McKee,** « The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis», Lancet, 2009, Doi:10.1016/S0140-6736(09)61124-7

**Economou M, Madianos M, Theleritis C et al.** Increased suicidality amid economic crisis in Greece. Lancet 2011, [doi:10.1016/S0140-6736\(11\)61638-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61638-3)

**European Pact for Mental Health and Well-being.** [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/docs/pact\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf)

**Flach, F. F.,** Κατάθλιψη, εκδόσεις Δίοδος, Αθήνα, 1996.

**Fountoulakis Konstantinos N.,** Relationship of suicide rates with climate and economic variables in Europe during 2000–2012 2016, Published online 2016 Aug 9. doi: 10.1186/s12991-016-0106-2

**Gori Roland, Del Volgo Marie-Jose,** «Από την κοινωνία της νόρμας στην διαχειριστική αντίληψη της φροντίδας», στο Υγεία, ασθένεια και κοινωνικός δεσμός, επιμ. Παπαχριστόπουλος Νίκος, Σαμαρτζή Κυριακή, 2<sup>η</sup> έκδοση, εκδόσεις Opportuna, Πάτρα, 2015,

**Hawton K.** Sex and suicide. Gender differences in suicidal behaviour. Br J Psychiatry 2000.

**Hope K.** Grim effects of austerity show on Greek streets. Financial Times 17 February 2012.

**Henley J.** Greece on the breadline: how leftovers became a meal. Guardian 14 March 2012.

**Hawton K, Arensman E, Wasserman D, Hulten A, Bille-Brahe U, Bjerke T, Crepet P, Deisenhammer E, Kerkhof A, De Leo D.** Relation between attempted suicide and suicide rates among young people in Europe. J Epidemiol Community Health. 1998, doi: 10.1136/jech.52.3.191.

**Hegerl U, Wittman M, Arensman E, van Audenhove C, Bouleau JH, Feltz-Cornelis C van der, Gusmao R, Kopp M, Löhr C, Maxwell M.** The European Alliance Against Depression (EAAD): A multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. World J Biol Psychiatry. 2008, doi: 10.1080/15622970701216681.

**Hendin H.** Suicide in America. New York: Norton, 1982

**Hegerl U, Nikelewski G, Pfeiffer-Gerschel T, Althaus D. gesundheitsziele.de. Impulse, Wirkungen und Erfahrungen.** Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. Köln: Akademische Verlagsgesellschaft Aka GmbH, Berlin, Das Bündnis gegen Depression: ein Projekt zur Prävention von Depression und Suizid, 2005.

**Hegerl U, Althaus D, Schmidtke A, Niklewski G.** The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychol Med.* 2006, doi: 10.1017/S003329170600780X.

**Hegerl U, Pfeiffer-Gerschel T.** The 'European Alliance against depression', *The World Journal of Biological Psychiatry.* τεύχος 9, τόμος 1, Γερμανία, 2008

**Innamorati M., Pompili M., Lester D, Yang B.,** 2012, «Economic crises and suicides», *Economic crises*, Nova Sciences Publishers, 2012 doi: 10.2174/978160805049911201010030

**Iomaki E, Rasanen P, Viilo K, Hakko H.** Suicidal behavior among adolescents with conduct disorder--the role of alcohol dependence. *Psychiatry Res.* 2007, doi: 10.1016/j.psychres.2006.02.011.

**Jaudel Nathale,** «Τι νέα από την Αμερική;», στο Υγεία, ασθένεια και κοινωνικός δεσμός, επιμ. Παπαχριστόπουλος Νίκος, Σαμαρτζή Κυριακή, 2<sup>η</sup> έκδοση, εκδόσεις Opportuna, Πάτρα, 2015.

**Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A et al.** Greece's health crisis: from austerity to denialism. *Lancet* 2014, doi:[10.1016/S0140-6736\(13\)62291-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62291-6)

**Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I et al.** Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet* 2011, doi:[10.1016/S0140-6736\(11\)61556-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61556-0)

**Kentikelenis A, Papanicolas I.** Economic crisis, austerity and the Greek public health system. *Eur J Public Health* 2012, doi:[10.1093/eurpub/ckr190](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr190)

**King, R.A., Pfeffer, C., Gammon, GD., Cohen, D.,** «Suicidality of Childhood and Adolescence», *Advances in Clinical Child Psychology* volume 14, Springer, Boston, MA, 1992

**Lester D.** “Why do people choose particular methods for suicide”, τεύχος 30, τόμος 4, *Act Nerv Super*, Praha, 1988

**Ludin A., Lundberg I., Hallsten L., Ottoson J., Hemmingsson T.,** «Unemployment and mortality—a longitudinal prospective study on selection and causation in 49.321 Swedish

middle-aged men», J Epidemiol Community Health 2010, 2009, doi:10.1136/jech.2008.079269

**Lopez Bernal JA, Gasparrini A, Artundo CM et al.** The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis. Eur J Public Health 2013, [doi: 10.1093/eurpub/ckt083](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt083)

**Michael Hughes, Carolyn J. Kroehler,** Κοινωνιολογία Οι βασικές έννοιες, εκδ. ΚΡΙΤΙΚΗ, Αθήνα, 2007

**Minois George,** Ιστορία της αυτοκτονίας: η δυτική κοινωνία αντιμέτωπη με τον εκούσιο θάνατο, Πολύτροπον, Αθήνα, 2006.

**Marx Karl,** Περί αυτοκτονίας, εκδόσεις νήσος, Αθήνα, 2003.

**Marx Karl,** Οικονομικά και Φιλοσοφικά Χειρόγραφα 1844, μτφ. Αποστόλης Λυκούργος, εκδόσεις Μαρξιστικό βιβλιοπωλείο, Αθήνα, 2012

**Mary Ann Hogan,** Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας Ανασκοπήσεις και Αιτιολογήσεις, Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης – Broken Hill Publishers LTD, Αθήνα, 2012

**Murphy and Athanasou,** The effect of unemployment on mental health, Journal of Occupational and Organizational Psychology, The British Psychological Society, Great Britain, 1999

**Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, Lonnqvist J, Malone K, Marusic A.** Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA. 2005, doi: 10.1001/jama.294.16.2064.

**Moscicki E.** Gender differences in completed and attempted suicides. Ann Epidemiol 1994.

**Murphy GE.** Why women are less likely than men to commit suicide. Compr Psychiatry 1998.

**Neumayer E.,** 2004, «Recessions Lower (Some) Mortality Rates: Evidence from Germany», στο Social Science and Medicine, 2004, doi: 10.1016/j.socscimed.2004.02.018

**OECD.** Main economic indicators. Paris, 2014.

<http://stats.oecd.org/mei/default.asp?lang=e&subject=10&country=GRC>

**Parascakis A, Michopoulos I, Christodoulou C, Koutsaftis F, Douzenis A.** «Psychiatric Medication Intake in Suicide Victims: Gender Disparities and Implications for Suicide Prevention», στο Journal of Forensic Sciences, 2016, doi: 10.1111/1556-4029.13195

**Pierra-Guillot Valerie,** «Η ιατρική επιστήμη και το φάρμακο», στο Υγεία, ασθένεια και κοινωνικός δεσμός, επιμ. Παπαχριστόπουλος Νίκος, Σαμαρτζή Κυριακή, 2<sup>η</sup> έκδοση, Opportuna, Πάτρα, 2015.

**Prof. Dr. Johan P. Mackenbach,** Health Inequalities: Europe in profile, 2005 Adam Wagstaff, Bulletin of the World Health Organization 2002, Poverties and health sector inequalities

**Rudd M, Joiner T.** The assessment, management, and treatment of suicidality: Toward clinically informed and balanced standards of care. Clin Psychology. 1998.

**Rauch B, Götttsche M, Brähler G et al.** Fact and fiction in EU-governmental economic data. German Econ Rev 2011 <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-0475.2011.00542.x>

**Rachiotis G, Kourousis C, Kamilaraki M et al.** Medical supplies shortages and burnout among Greek Health Care workers during economic crisis: a pilot study. Int J Med Sci 2014, [doi:10.7150/ijms.7933](http://dx.doi.org/10.7150/ijms.7933)

**Reeves A, McKee M, Gunnell D et al.** Economic shocks, resilience, and male suicides in the Great Recession: cross-national analysis of 20 EU countries. Eur J Public Health 2014.

**Stuckler et al.,** The Public Health Effect of Economic Crises and Alternative Policy Responses in Europe: An Empirical Analysis, 2009

**Sarah Waters,** 2014, A Capitalism that kills: Workplace Suicides at France Télécom, στο French Politics, Culture & Society, 2014, doi:10.3167/fpcs.2014.320307

**Stuckler D, Basu S, Suhrcke M et al.** The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. Lancet 2009, [doi:10.1016/S0140-6736\(09\)61124-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61124-7)

**Sen A.** Poverty and famines: an essay on entitlement and deprivation. Reprint with corrections. Oxford: Clarendon, 1981, 1982.

**Schmidtke A, Weinacker B, Apter A, et al.** Suicide rates in the world: update. Arch Suicide Res 1999;5.

**Schmidtke A, Weinacker B, Löhr C, et al.** Suicide and suicide attempts in Europe—an overview. In: Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D, et al., editors. , eds. *Suicidal behaviour in Europe*. Results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. Seattle, Toronto, Bern, Gottingen: Hogrete & Huber, 2004.

**Taylor Charles,** Πολυπολιτισμικότητα: εξετάζοντας την πολιτική της αναγνώρισης, εκδόσεις Πόλις, Αθήνα, 1997

**Vougiouklakis Theodore, Tsiligianni Christina, Boumba Vasiliki,** «Children, adolescents and young adults suicide data from Epirus, northwestern Greece», στο Forensic Science Medicine and Pathology, Humana Press, 2009, Doi: 10.1007/s12024-009-9105-9.

**Varnik A, Wasserman D, Dankowicz M, Eklund G.** Age-specific suicide rates in the Slavic and Baltic regions of the former USSR during perestroika, in comparison with 22 European countries. Acta Psychiatr Scand Suppl. 1998, doi: 10.1111/j.1600-0447.1998.tb10761.x.

**Wray Matt, Colen Cynthia, Pescolido Bernice,** «The Sociology of Suicide», στο Annual Review of Sociology (37), Annual Reviews, 2011.

**Walberg P, McKee M, Shkolnikov V et al.** Economic change, crime, and mortality crisis in Russia: regional analysis. BMJ 1998, [doi:10.1136/bmj.317.7154.312](https://doi.org/10.1136/bmj.317.7154.312)

**World Health Organisation.** Preventing suicide. A global imperative. Geneva: World Health Organization. 2014

**WHO/Europe. SDR,** suicide and self inflicted injury all ages per 100000, last available (2001-2003) WHO, European health for all database (HFA-DB) 2004

**World Health Organization.** Suicide Prevention in Europe. The WHO European monitoring survey on national suicide prevention programmes and strategies. WHO, Geneva; 2002