



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ**

**ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**

**ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ  
ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΟΥΣ ΚΡΙΣΗΣ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ  
ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ 2010-2017**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΚΙΣΚΙΛΑ ΜΑΡΓΑΡΙΤΑ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΜΕΝΤΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ**

**ΠΑΤΡΑ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2022**

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα διπλωματική εργασία, πραγματεύεται τις επιπτώσεις που έχει επιφέρει η οικονομική κρίση στην ψυχική υγεία των Ελλήνων και, συγκεκριμένα στα ποσοστά αυτοκτονιών, όπως επίσης και το ρόλο του επαγγελματία κοινωνικού λειτουργού σε περιόδους κρίσης.

Κύριοι στόχοι είναι η ενημέρωση, η ευαισθητοποίηση και αφύπνιση του πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας και ιδιαίτερος αυτοκτονικού ιδεασμού, που προκαλούνται από πληθώρα παραγόντων, ένας απ' αυτούς και η οικονομική ύφεση, η κατανόηση των βαρύτατων συνεπειών που βιώνουν οι άνθρωποι σε μια χώρα που μαστίζεται από ολοένα αυξανόμενη ανεργία και τέλος η παράθεση κάποιων δυνατοτήτων αντιμετώπισης και πρόληψης του φαινομένου των αυτοκτονιών, καθώς και του αντίκτυπου της κρίσης στην ψυχική υγεία των ατόμων.

Για τη συγγραφή της εργασίας, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της βιβλιογραφικής ανασκόπησης πηγών. Μελετήθηκαν άρθρα από επιστημονικά περιοδικά στο διαδίκτυο (όπως «Εγκέφαλος»), χρησιμοποιώντας λέξεις-κλειδιά όπως αυτοκτονία και οικονομική κρίση, τα οποία πραγματεύονται το φαινόμενο της αυτοκτονίας και τη συσχέτιση της οικονομικής κρίσης με την ψυχική υγεία. Αναλύθηκαν και συγκρίθηκαν στοιχεία και μελέτες από την ΕΛ.ΣΤΑΤ και τη Μ.Κ.Ο «Κλίμακα» που αποτυπώνουν τους αριθμούς των αυτοκτονιών ανά έτος, φύλο και ηλικία από την αρχική περίοδο της κρίσης, το 2008, έως και το 2017. Παρατίθενται πίνακες και γραφήματα που απεικονίζουν ακριβώς αυτούς τους αριθμούς. Χρησιμοποιήθηκαν επίσης και στοιχεία από τον ιστότοπο της «Κλίμακας» για την παρουσίαση της 24ωρης γραμμής παρέμβασης για την αυτοκτονία (1018). Συνεχίζοντας αναφέρεται ο ρόλος του επαγγελματία κοινωνικού λειτουργού στον τομέα της ψυχικής υγείας και οι γενικότερες αρμοδιότητες του σε καταστάσεις κρίσης. Κλείνοντας, παρουσιάζονται τα συμπεράσματα της έρευνας, όπου καταλήγουμε στο ότι, σημαντικότερο ρόλο σε αυτές τις περιπτώσεις, οφείλει να διαδραματίζει το κράτος, με απώτερο σκοπό την εξομάλυνση του φαινομένου των αυτοκτονιών και των αποπειρών, διότι αποτελεί πολύ μεγαλύτερο κοινωνικό σκόπελο από αυτό που μπορεί να φανταζόμαστε.

*Λέξεις- Κλειδιά: αυτοκτονία, οικονομική κρίση, ανεργία, ψυχική υγεία, κοινωνικός λειτουργός*

## **ABSTRACT**

This dissertation discusses the effects of the financial crisis on the mental health of Greeks and, in particular, suicide rates, as well as the role of the professional social worker in times of crisis.

The main goal is to inform and raise awareness of the population on issues of mental health and especially suicidal ideation, caused by a variety of factors, one of them being the economic recession. Some other goals are to understand the dire consequences that people are experiencing in a country plagued by rising unemployment and finally listing some possibilities for tackling and preventing suicide, as well as preventing the impact of the crisis on people's mental health.

For the writing of the work, the method of bibliographic review of sources was used. Articles from online scientific journals (such as "Eghefalos") which deal with the phenomenon of suicide and the correlation of the financial crisis with mental health, have been studied, using keywords such as suicide and economical crisis. Data and studies from EL.STAT and the NGO "Klimaka" were analyzed and compared. These data, record the numbers of suicides per year, sex and age from the initial period of the crisis, in 2008, until 2017. Tables and graphs are shown that illustrate exactly these numbers. Data from "Klimaka" website were also used to present the 24-hour suicide intervention line (1018). Continuing, the role of the professional social worker in the field of mental health and his general responsibilities in situations of crisis are mentioned. In the end, the conclusions of the research are presented, where we agree that the most important role in these cases should be played by the state, with the ultimate goal of smoothing the phenomenon of suicides and suicide attempts, because it is a much larger social barrier than can be imagined.

*Keywords: suicide, financial crisis, unemployment, psychological health, social worker*

Περιεχόμενα	
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	1
<b>ABSTRACT</b> .....	2
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	5
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ</b> .....	7
1.1) ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ .....	7
1.2) ΟΡΙΣΜΟΙ.....	7
1.3) ΜΥΘΟΙ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ.....	8
1.4) ΤΥΠΟΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ .....	9
1.5) ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ Η ΣΟΒΑΡΗ ΑΠΟΠΕΙΡΑ.....	11
<i>Κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες</i> .....	11
<i>Δημογραφικοί παράγοντες</i> .....	12
<i>Οικογενειακοί παράγοντες και γεγονότα ζωής</i> .....	13
<i>Ψυχική νόσος</i> .....	13
1.6) ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ .....	14
<i>Πρωτογενής πρόληψη</i> .....	14
<i>Δευτερογενής πρόληψη</i> .....	15
<i>Τριτογενής πρόληψη</i> .....	16
1.7) ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ.....	17
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ</b> .....	18
2.1) ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ .....	18
<i>Κοινωνικοοικονομικοί Παράγοντες και Ψυχική Υγεία</i> .....	19
2.2) Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ .....	19
2.3) ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ.....	22
2.4) ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ .....	23
2.5) ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ.....	25
2.6) ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ.....	28
<i>Αυτοκτονία και αντίξοες συνθήκες εργασίας</i> .....	30
2.7) ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ.....	31
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΣΤΟΝ ΕΛΛΑΔΙΚΟ ΧΩΡΟ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 2010-2017</b> .....	34
3.1) ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΜΕ ΤΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΚΑΙ ΑΥΞΗΣΗ ΤΩΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΡΧΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ (2008-2011).....	34
3.1.1) <i>Σύγκριση των ποσοστών αυτοκτονίας για τα έτη 2008-2011</i> .....	37

3.2) ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΤΑ ΤΑ ΕΤΗ 2012-2016. ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΑΝΑ ΕΤΟΣ, ΦΥΛΟ, ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟ	40
3.3) ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2017: ΔΕΙΚΤΕΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ, ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΥΤΟΧΕΙΡΩΝ, ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ	44
3.4) ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΕΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	46
3.5) ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΥΠΟΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΩΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΩΝ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΟΥ	47
3.6) 24ΩΡΗ ΓΡΑΜΜΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ- 1018	49
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΟΥΣ ΚΡΙΣΗΣ</b>	51
4.1) Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	51
4.2) ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ	52
4.3) ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΑΤΟΜΑ (ΚΕΑ)	54
4.4) ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΜΕ ΟΜΑΔΕΣ (ΚΕμΟ & ΚΕΟ)	54
4.5) ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ (ΚΕΚ)	55
4.6) Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ	56
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ</b>	57
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</b>	58
<b>ΠΗΓΕΣ-ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	60

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η αυτοκτονία αποτελεί τόσο ένα ψυχολογικό όσο και κοινωνικό φαινόμενο, που πλήττει πολλές οικογένειες, ιδίως σε περιόδους κρίσης, όπως αυτή που διανύουμε εδώ και κάποια χρόνια στη χώρα μας.

Η συγκεκριμένη διπλωματική εργασία, επιχειρεί να μελετήσει το φαινόμενο των αυτοκτονιών στην Ελλάδα και ποιες είναι οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία των πολιτών. Πρόκειται για ένα ιδιαίτερα σύνθετο και περίπλοκο θέμα, το οποίο για πολλά χρόνια (ακόμα και σήμερα), για ένα σύνολο ανθρώπων, συγκρούεται με στερεότυπα και αντιλήψεις βαθιά ριζωμένες, με τον αυτόχειρα συχνά να χαρακτηρίζεται ως «τρελός» και την οικογένειά του να στιγματίζεται. Αυτή η κοινωνική αντίδραση έναντι της αυτοχειρίας, φαίνεται να οφείλεται και στην ίδια τη σύνθεση της ελληνικής κοινωνίας, με το ρόλο της Εκκλησίας, να είναι εξέχουσας σημασίας, με αποτέλεσμα να επηρεάζονται και να διαμορφώνονται κοινωνικές αντιλήψεις και στάσεις. Επέλεξα λοιπόν αυτό το θέμα, προκειμένου να το ερευνήσω περαιτέρω και να κατανοήσω τον αντίκτυπο που έχει η οικονομική κρίση, που τόσα χρόνια βιώνουμε, σε ένα πολύ σημαντικό αλλά περιθωριοποιημένο ζήτημα, καθώς επίσης και το ρόλο που μπορεί να συντελέσει ένας επαγγελματίας ψυχικής υγείας, όπως ο κοινωνικός λειτουργός, σε τέτοιες κρίσιμες καταστάσεις.

Επομένως, για τη μελέτη του φαινομένου, η εργασία χωρίστηκε σε τέσσερα κεφάλαια. Το πρώτο διαπραγματεύεται τους ορισμούς περί αυτοκτονίας, τους κυρίαρχους παράγοντες κινδύνου που οδηγούν σε απόπειρα ή/ και σε αυτοκτονία, κάποιους μύθους που έχουν και συνεχίζουν να διαδίδονται σε πολλούς λαούς σχετικά με τους αυτόχειρες και τέλος, κάποιους βασικούς τρόπους πρόληψης και αντιμετώπισης του φαινομένου.

Το δεύτερο κεφάλαιο αφορά τις επιδράσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία των ανθρώπων. Αναλύονται στοιχεία σχετικά με την κρίση και την ανεργία στην Ελλάδα και πως αυτά είναι αναμενόμενο να μην αφήσουν αλώβητους τους πολίτες. Ελλιπής ή καθόλου πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, χαμηλό εισόδημα, ψυχική νόσος, οικογενειακές συγκρούσεις λόγω δυσκολιών, ανθυγιεινός ή/και

επικίνδυνος τρόπος ζωής, είναι λίγα μόνο από τα αποτελέσματα της ύφεσης που συναντώνται στο εύρος του πληθυσμού.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται γραπτά αλλά και με διαγράμματα και πίνακες, ο αριθμός των αυτοκτονιών από την αρχή της ύφεσης έως και το 2017. Συγκρίνονται τα ποσοστά κατά την αρχική περίοδο (2008-2010) και των υπόλοιπων ετών, με κορύφωση το 2014, όπου καταγράφηκαν 565 θάνατοι από αυτοκτονία, με τη συντριπτική πλειοψηφία να αποτελείται από άντρες. Αναφέρεται επίσης και ο ρόλος που παίζουν ποικίλοι παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή και οικονομική κατάσταση, στην τέλεση αυτοκτονίας. Η υποκαταγραφή των αυτοκτονιών αλλά και των αποπειρών είναι ένα ακόμη γεγονός το οποίο πραγματεύεται το κεφάλαιο αυτό. Οι απόπειρες που εμφανίζονται στις υπηρεσίες υγείας, είναι πραγματικά πολύ λιγότερες από τις τελεσθείσες, καθώς οι περισσότερες καταχωρούνται ως «ατυχήματα» ή «θάνατος από άγνωστα αίτια». Τέλος, παρουσιάζονται στοιχεία από την Γραμμή Παρέμβασης για την Αυτοκτονία (1018), την οποία λειτουργεί η Κλίμακα, και οι υπηρεσίες οι οποίες προσφέρει.

Το τέταρτο κεφάλαιο εστιάζει στο ρόλο του κοινωνικού λειτουργού σε περιπτώσεις κρίσεων, μια εξ αυτών και η οικονομική ύφεση. Παρατίθενται ακόμη, κάποιες πληροφορίες σχετικά με το ρόλο του όταν εργάζεται με άτομα, με οικογένεια, με ομάδες και με κοινότητα. Τέλος, αναφέρεται και η θέση του κοινωνικού λειτουργού στη θεραπευτική ομάδα.

Κλείνοντας, στα κεφάλαια τέσσερα και πέντε, θα οδηγηθούμε στην παράθεση κάποιων προτάσεων και συμπερασμάτων, με στόχο τον περιορισμό του φαινομένου των αυτοκτονιών αφενός, και αφετέρου καταλήγουμε στον πολυσήμαντο ρόλο που παίζει το κράτος και οι πρακτικές που πρέπει να εφαρμόζονται σε περιπτώσεις κρίσεων.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

## 1.1) ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ

Η λέξη αυτοκτονία προέρχεται από τις λέξεις εαυτός- + -κτείνω υποδηλώνοντας την πράξη με την οποία κάποιος βάζει τέρμα στη ζωή του. 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 της 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. (Αβαγιάνου. Α., Γραμματικοπούλου Ε. 2000) Είναι γεγονός ότι η πράξη αυτοκτονίας άλλοτε χαρακτηρίζεται σαν ηρωική πράξη, άλλοτε σαν πράξη δειλίας και άλλοτε σαν πράξη ελευθερίας, αλλά και σαν πράξη βαθιάς διαταραχής. Δηλώνει ίσως ότι υπάρχουν τόσα είδη αυτοκτονίας, όσοι και οι άνθρωποι που τη διαπράττουν. Δεν είναι δηλαδή ίδια η περίπτωση αυτοκτονίας του στρατιωτικού ο οποίος ρίχνεται πάνω στη χειροβομβίδα που πρόκειται να εκραγεί με σκοπό να σώσει τους συναδέλφους του (αλτρουιστική), με εκείνη του φοιτητή που απέτυχε στις εξετάσεις ή εκείνου που πάσχει από βαριά και ανίατη αρρώστια ή που είναι ψυχικά άρρωστος. (Μπελεγρίνος Σ., Ζάχαρης Θ., Φραδέλος Ε. 2014)

## 1.2) ΟΡΙΣΜΟΙ

Η αυτοκτονία σαν πρόθεση ή σαν πράξη είναι μια από τις σοβαρότερες και πιο συναισθηματικά φορτισμένες καταστάσεις τόσο για τα ίδια τα άτομα που κάνουν τις απόπειρες, όσο για τις οικογένειές τους και τους ειδικούς που ασχολούνται με το θέμα. Αυτοκτονία αποκαλείται κάθε περίπτωση θανάτου που προκύπτει άμεσα ή έμμεσα από μια θετική ή αρνητική πράξη του ίδιου του θύματος που γνωρίζει ότι θα επιφέρει το αποτέλεσμα αυτό. Απόπειρα είναι μια πράξη που προσδιορίστηκε έτσι αλλά υστερεί από τον πραγματικό θάνατο. (Durkheim E., 1978) Αναμφίβολα, σε κοινούς όρους, η αυτοκτονία είναι κυρίως η πράξη απελπισίας ενός ανθρώπου, που δεν ενδιαφέρεται να ζήσει. Η αυθεντική



επιθυμία του ατόμου να πεθάνει μπορεί να συνυπάρχει με το στόχο να επιδράσει στους οικείους του ή αντίθετα μπορεί να μείνει κρυφή από τη συνείδησή του κατά τη διάρκεια της πράξης ή δευτερευόντως μπορεί ακόμα και να την αρνηθεί. (Chabrol H., 1987) Ένας ακόμα ενδιαφέρον ορισμός που έχει διατυπωθεί για την αυτοκτονία είναι εκείνος που την ορίζει σαν το θάνατο ο οποίος προκαλείται από μια εκούσια ενέργεια του ατόμου εναντίον του ίδιου του εαυτού. Η απόπειρα αυτοκτονίας είναι μια ανώμαλη επικοινωνία και υποδηλώνει την παθολογία της σχέσεως. Η αυτοκτονία είναι η τελική κοινή οδός η οποία ενοποιεί ποικίλους κοινωνικούς, μορφωτικούς, οικογενειακούς, ψυχολογικούς και βιολογικούς παράγοντες και όταν η απόφαση εμπεριέχει κάποια θυσία της ζωής. (Durkheim E., 1978)

### 1.3) ΜΥΘΟΙ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

**Μύθος 1<sup>ος</sup>:** Όσοι λένε πως θέλουν να αυτοκτονήσουν δεν το πραγματοποιούν ποτέ.

**Πραγματικότητα:** Τα άτομα που λένε ότι θέλουν να αυτοκτονήσουν συνήθως το καταφέρνουν.

**Μύθος 2<sup>ος</sup>:** Από τη στιγμή που κάποιος αποφασίσει ότι θέλει να αυτοκτονήσει, δεν μπορείτε να κάνετε τίποτα για να τον εμποδίσετε.

**Πραγματικότητα:** Η αυτοκτονία μπορεί να αποτραπεί. Οι περισσότεροι αυτοκτονικοί δε θέλουν να πεθάνουν. Αυτό που θέλουν στην πραγματικότητα είναι να σταματήσουν τον πόνο που αισθάνονται.

**Μύθος 3<sup>ος</sup>:** Ποτέ δεν πρέπει να ρωτάτε αυτοκτονικά άτομα αν θέλουν να αυτοκτονήσουν ή αν έχουν σκεφτεί τρόπο να το καταφέρουν, γιατί έτσι τους δίνετε την ιδέα να το κάνουν.

**Πραγματικότητα:** Είναι σημαντικό, και ως ειδικοί ψυχικής υγείας, να μιλάμε με αυτοκτονικά άτομα για αυτό το θέμα, καθώς μπορούμε να καταλάβουμε περισσότερα για το πώς σκέφτονται αλλά και να μάθουμε τις προθέσεις τους. Έτσι, τους δίνεται η δυνατότητα να διώξουν μέρος της έντασης που τους προκαλεί αυτοκτονικά συναισθήματα.

**Μύθος 4<sup>ος</sup>:** Οι νέοι άνθρωποι δε σκέφτονται ποτέ την αυτοκτονία, γιατί έχουν όλη τη ζωή μπροστά τους.

**Πραγματικότητα:** Η αυτοκτονία είναι η 3η κύρια αιτία θανάτου στις ηλικίες μεταξύ 15 -24 ετών. Μερικές φορές ακόμη και παιδιά μικρότερα των 10 ετών αυτοκτονούν.

**Μύθος 5<sup>ος</sup>:** Όσοι επιχειρούν να αυτοκτονήσουν είναι τρελοί.

**Πραγματικότητα:** Τα άτομα που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν ή καταφέρνουν να αυτοκτονήσουν δεν πάσχουν απαραίτητα από κάποια ψυχική νόσο. Υποφέρουν και πιθανότατα αυτό οφείλεται σε διατάραξη της χημικής ισορροπίας στον εγκέφαλο. Οποιοσδήποτε μπορεί να προβεί σε αυτοκτονία.

(Μύθοι- «Στοπ στην αυτοκτονία», 2013)

#### 1.4) ΤΥΠΟΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Μολονότι τα επιδημιολογικά στοιχεία υπογραμμίζουν την αυξανόμενη και ευρεία συχνότητα του φαινομένου και τις σοβαρές συνέπειές του τόσο βραχυπρόθεσμα, όσο και μακροπρόθεσμα για το ίδιο το άτομο και την οικογένειά του, η αυτοκτονική συμπεριφορά δεν έχει αποτελέσει αντικείμενο προσοχής ή ταξινόμησης από τα επίσημα ταξινομικά συστήματα διαγνωστικών κριτηρίων ψυχιατρικών διαταραχών όπως το DSM-IV, το οποίο το αναφέρει μόνο ως σύμπτωμα του Μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου και της Οριακής Διαταραχής Προσωπικότητας. Σύμφωνα, με τον R. King(1992), στην αυτοκτονία περιλαμβάνονται οι εξής υποκατηγορίες:

- **Αυτοκτονικός Ιδεασμός**
- **Αυτοκτονική Συμπεριφορά**

Για κάθε μια κατηγορία προτείνει τα εξής χαρακτηριστικά:

**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 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. (King R.A, Pfeffer, C., Gammon, GD., Cohen, D.1992)

### ***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, 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. (King R.A, Pfeffer, C., Gammon, GD., Cohen, D.1992)

## 1.5) ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ Η ΣΟΒΑΡΗ ΑΠΟΠΕΙΡΑ

### *Κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες*

Οι παράγοντες αυτοί θα πρέπει να διακριθούν σε κοινωνικούς, που αφορούν το ευρύτερο κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον, και σε εκείνους που σχετίζονται με την κοινωνική ομάδα η οποία περιβάλλει το άτομο (οικογένεια, ομάδα υποστήριξης κ.λπ.). Κοινωνιολογικές μελέτες τεκμηριώνουν την ισχυρή συσχέτιση μεταξύ αυτοκτονικής συμπεριφοράς και κοινωνικής αποδιοργάνωσης. Αυτό επισημάνθηκε ήδη από το 1897 από τον Durkheim (Paris & McMillan, 1987) στη μελέτη του για την αυτοκτονία. Ο ίδιος θεώρησε την αυτοκτονία διαταραχή της σχέσης του ατόμου με την κοινωνία και υποστήριξε ότι η αυτοκτονική συμπεριφορά καθορίζεται από δύο κυρίως παράγοντες: το βαθμό ενότητας-συνοχής της κοινωνικής ομάδας και το βαθμό του κοινωνικού ελέγχου και ρυθμίσεων που η κοινωνική ομάδα επιβάλλει στα μέλη της. Κατά τον Durkheim, υψηλός βαθμός συνοχής συνοδεύεται από χαμηλά ποσοστά αυτοκτονίας των ατόμων, αλλά συγχρόνως στις κοινωνίες αυτές παρατηρούνται οι αποκαλούμενες «αλτρουιστικές» αυτοκτονίες, δηλαδή η διάθεση των ατόμων να «θυσιαστούν» για την ομάδα. Σ' αυτήν την κατηγορία ανήκουν οι αυτοκτονίες των Ιαπώνων πιλότων «καμικάζι» κατά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, καθώς και τα φαινόμενα των ομαδικών αυτοκτονιών όπως των Σουλιωτισσών στο Ζάλογγο και των γυναικών της Νάουσας στην Αράπιτσα στην πρόσφατη ελληνική ιστορία. Αντιθέτως, σε κοινωνίες με χαμηλό βαθμό συνοχής, όπου το άτομο χάνει την αίσθηση ότι ανήκει στην κοινωνική ομάδα, έχουμε υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας, τις οποίες χαρακτηρίζει ως «εγωιστικές». Σε κοινωνίες, τέλος, με λίγες καθοδηγητικές ρυθμίσεις παρατηρούνται οι «ανομικές» αυτοκτονίες ως αποτέλεσμα διαταραχής της ισορροπίας μεταξύ ατόμων και κοινωνίας.

Ο Diekstra ερμηνεύει τα αυξημένα ποσοστά αυτοκτονίας στην Ευρώπη και τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής κατά την περίοδο της δεκαετίας του 1910, ως αποτέλεσμα των σημαντικών πολιτικών και κοινωνικών αλλαγών αυτής της περιόδου (Α΄ Παγκόσμιος Πόλεμος, Ρωσική Επανάσταση, εκβιομηχάνιση, αστικοποίηση, περιορισμός του ρόλου της οικογένειας κ.λπ.). Θεωρεί ότι οι αλλαγές αυτές συνέβαλαν στην ανατροπή των υπαρχόντων κοινωνικών και

πολιτικών δεδομένων και στη μετάβαση σε μία νέα μορφή κοινωνικής οργάνωσης, η οποία αποτέλεσε έναν σημαντικό στρεσογόνο παράγοντα.

Η μετανάστευση επίσης θεωρείται σημαντικός παράγοντας κινδύνου για αυτοκτονική συμπεριφορά, γιατί αποτελεί σημαντική ανατροπή των δεδομένων ζωής, η οποία συχνά οδηγεί σε συσσώρευση ψυχολογικών πιέσεων και σε ψυχολογική καταπόνηση. Στους παράγοντες που συσχετίζονται με το άμεσο κοινωνικό περιβάλλον, η πρώιμη (κατά την παιδική ηλικία) έκθεση σε βία καθώς και το ιστορικό αυτοκτονικής συμπεριφοράς στο οικογενειακό περιβάλλον συνδέονται με αυξημένα ποσοστά αυτοκτονίας. (Kom M., Botsis A.J., Kotler M., Plutchik R. και συν. 1992) Τέλος, η προβολή από τα ΜΜΕ γεγονότων αυτοκτονιών ή ταινιών με θέμα την αυτοκτονία έχει διαπιστωθεί ότι αυξάνει τους θανάτους από αυτοκτονία στα νεαρά άτομα το χρονικό διάστημα αμέσως μετά την προβολή του αντίστοιχου υλικού. (Gould M.S., Shaffer D., 1986)

#### *Δημογραφικοί παράγοντες*

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

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

Ηλικία και φύλο: Υψηλότεροι δείκτες θνησιμότητας από αυτοκτονία εμφανίζονται για τους άνδρες άνω των 45 ετών, ενώ στις γυναίκες άνω των 55 ετών. Οι ηλικιωμένοι άνδρες αυτοκτονούν με πιο βίαιες μεθόδους.

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

Εργασιακή-οικονομική κατάσταση: Οι άνεργοι και τα άτομα με οικονομικές δυσκολίες που ζουν σε συνθήκες φτώχειας, παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας. Τέλος, η εύκολη πρόσβαση σε πυροβόλα όπλα αποτελεί έναν πρόσθετο παράγοντα κινδύνου για αυτοκτονία, κυρίως για νεαρά άτομα ηλικίας 18-30 ετών, τα οποία δρουν πιο παρορμητικά. (Νηματούδης Ι., 2011)

### *Οικογενειακοί παράγοντες και γεγονότα ζωής*

Οι μελέτες των αυτοκτονιών και των σοβαρών αποπειρών τεκμηριώνουν επαρκώς ότι το οικογενειακό περιβάλλον των ατόμων με αυτοκτονική συμπεριφορά είναι σημαντικά επιβαρυνόμενο. Η απώλεια των γονέων, όπως θάνατος, χωρισμός ή διαζύγιο, κυρίως της μητέρας, τόσο κατά την πρώιμη όσο και στην μετέπειτα παιδική ηλικία, θεωρείται σημαντικός παράγοντας κινδύνου για αυτοκτονία.(Botsis A.J., Plutchik R., Kotler M., Van Praag H.M., 1995) Συγχρόνως η οικογενειακή αστάθεια, η αυστηρή ή απορριπτική οικογένεια, η υπερπροστατευτική οικογένεια, η έλλειψη συναισθηματικών δεσμών μεταξύ των μελών της οικογένειας θεωρούνται επίσης παράγοντες αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Στο ιστορικό των ατόμων που αυτοκτονούν ή πραγματοποιούν σοβαρή απόπειρα διαπιστώνονται συνήθως, όχι μόνο σημαντικές απώλειες κατά την παιδική ηλικία, αλλά και σημαντικά στρεσογόνα γεγονότα κατά τη διάρκεια των μηνών (6 έως 12) που προηγούνται της αυτοκτονίας, όπως: απώλεια αγαπημένων προσώπων, αλλαγή κατοικίας, σοβαρή σωματική αρρώστια, εργασιακές δυσκολίες ή απόρριψη και κυρίως ψυχική νόσος. (Νηματούδης Ι., 2011)

### *Ψυχική νόσος*

Η παρουσία ψυχικής νόσου αποτελεί τον πλέον σημαντικό παράγοντα κινδύνου για αυτοκτονία. Καλά σχεδιασμένες μελέτες διαπιστώνουν ότι περίπου το 95% των ατόμων που αυτοκτόνησαν έπασχαν από μία τουλάχιστον ψυχική διαταραχή, ενώ τα άτομα που αποπειρώνται, πάσχουν επίσης κατά τη χρονική περίοδο της απόπειρας από ψυχική διαταραχή ή παρουσιάζουν σημαντικές ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις.(Shaffer D., Garland A., Goud M., Fisher P., Trautman P., 1988) Έχει ήδη αναφερθεί ότι οι διαγνώσεις μεταξύ των δύο ομάδων δε διαφέρουν.(Betrans, Joyce, Mulder, Fergusson, Deavoll, Nightingale, χ.χ) Οι καταθλιπτικές διαταραχές αποτελούν τη σημαντικότερη διαγνωστική κατηγορία που συνδέεται με αυτοκτονία ή απόπειρες αυτοκτονίας, παρόλο που υψηλά ποσοστά διαπιστώνονται και για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια και αλκοολισμό. Σε σχέση με την κατάθλιψη, όταν η νόσος έχει χρόνια πορεία με συχνές και σοβαρές υποτροπές και κυρίως όταν συνοδεύεται από ψυχωτικά συμπτώματα, ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι 30 φορές

υψηλότερος απ' ό,τι για τον γενικό πληθυσμό.(Pokorny A.D., 1983) Τέλος, ιστορικό προηγούμενων αποπειρών αυτοκτονίας και κυρίως οι επαναλαμβανόμενες απόπειρες αποτελούν έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία. (Νηματούδης Ι., 2011)

#### 1.6) ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

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

Οι περισσότεροι που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν, στην πραγματικότητα δεν επιθυμούν να πεθάνουν και δίνουν συχνά σημάδια προειδοποίησης των προθέσεων τους. Εάν λοιπόν, αυτή η «κραυγή» βοήθειας γίνει εγκαίρως αντιληπτή, τότε είναι πιθανό να υπάρξει παρέμβαση με επιτυχία.(Carson& Butcher, 1992)

Οι κλινικοί επισημαίνουν ότι το να μιλά κανείς ανοιχτά και ψύχραιμα για την αυτοκτονία είναι χρήσιμο, καθώς ανακουφίζει από την αίσθηση μυστικοπάθειας και απομόνωσης και επιτρέπει την καλύτερη αξιολόγηση του κινδύνου. Οι θεραπευτές που συνεργάζονται με άτομα που έχουν τάσεις αυτοκτονίας, θα πρέπει να αφιερώνουν πολύ περισσότερο χρόνο μαζί τους σε σχέση με οποιονδήποτε άλλο ασθενή.(Kring et.al, 2007)

Η πρόληψη της αυτοκτονίας λοιπόν, αφορά την πρωτογενή, τη δευτερογενή και την τριτογενή πρόληψη.

*Πρωτογενής πρόληψη:* Η πλειοψηφία των ατόμων 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 ειδικό ψυχικής υγείας.

Ένα ακόμη μέτρο πρωτογενούς πρόληψης είναι οι δράσεις για την καταπολέμηση του στίγματος. Σημαντική είναι επίσης, η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση τόσο του ευρύτερου κοινού όσο και επαγγελματικών ομάδων που μπορούν να παίξουν ενεργό ρόλο στην αναγνώριση του αυτοκαταστροφικού ασθενή. Άλλα προληπτικά μέτρα που θα μπορούσαν να ληφθούν αφορούν τη μείωση των παραγόντων κινδύνου. Συγκεκριμένα, θα μπορούσαν να γίνουν δράσεις για τη λήψη μέτρων ώστε να περιοριστεί η ανεργία, αλλά και να προωθηθεί η κοινωνική συνοχή.(Μπεκιάρη& Κατσαδώρας, χ.χ)

*Δευτερογενής πρόληψη:* Στόχος της δευτερογενούς πρόληψης είναι η μείωση του κινδύνου αυτοκτονίας στους αυτοκαταστροφικούς ασθενείς. Ο αποτελεσματικός χειρισμός του αυτοκαταστροφικού ασθενή προϋποθέτει την αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου και την εκτίμηση του κινδύνου για αυτοκτονία. Ο θεραπευτής ακολουθώντας τη γνωστική προσέγγιση του Beck, μειώνει τον κίνδυνο αυτοκτονίας που διατρέχει ο ασθενής.

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, πρωτοπόρος στην ανάπτυξη παρεμβάσεων για την πρόληψη της αυτοκτονίας, αναφέρει στη στρατηγική του για την πρόληψη, τρεις στόχους:

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.(Kring et.al., 2007, Μπεκιάρη& Κατσαδώρας, χ.χ)



*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 αυτόχειρα και των ατόμων του περιβάλλοντος του.

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 ένας θάνατος οφείλεται σε αυτοκτονία, σε δολοφονία ή σε κάποιο ατύχημα.

Για να πραγματοποιηθεί μια ψυχολογική αυτοψία, οι ειδικοί έρχονται σε επαφή με το περιβάλλον του αυτόχειρα, τους συνεργάτες και τους γιατρούς του, ώστε να συγκεντρώσουν στοιχεία που αφορούν την προσωπικότητα 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 μια ολοκληρωμένη άποψη για τον αυτόχειρα.

Η μέθοδος της ψυχολογικής αυτοψίας είναι σημαντικό να πραγματοποιηθεί κάποιους μήνες μετά το θάνατο του ατόμου, καθώς τον πρώτο καιρό η οικογένεια του θα βιώνει αφόρητο πόνο. Για να επιτευχθεί η μέθοδος, η οικογένεια θα πρέπει να είναι σε θέση να απαντήσει λεπτομερώς στις ερωτήσεις σχετικά με τον αυτόχειρα και τον τρόπο θανάτου του, ενώ παράλληλα θα υπάρξει και υποστήριξη στους οικείους του θύματος. (Μπεκιάρη & Κατσαδώρας, χ.χ)

## 1.7) ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

Υπάρχουν διάφορες μέθοδοι και θεραπείες που αποσκοπούν στην αντιμετώπιση της αυτοκτονίας. Στην παρούσα εργασία θα αναφερθούμε σ' αυτές ονομαστικά και δε θα εμβαθύνουμε σε λεπτομέρειες ούτε σε τρόπους υλοποίησης της κάθε μιας.

1. Φαρμακευτική θεραπεία (Σολδάτος & Δικαίος, 1999)
2. Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (Παπαδημητρίου, 1999)
3. Στέρση ύπνου (Παπαδημητρίου, 1999)
4. Φωτοθεραπεία (Παπαδημητρίου, 1999)
5. Ψυχοχειρουργική θεραπεία (Παπαδημητρίου, 1999)
6. Ψυχοθεραπείες

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

### 2.1) ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ

Η οικονομική ύφεση αποτελεί πλέον παγκόσμιο πρόβλημα και η διερεύνηση των πιθανών επιπτώσεών της στον τομέα της υγείας κρίνεται αναγκαία.

Σε χώρες με χαμηλό εισόδημα, οι επιπτώσεις της κρίσης είναι αισθητές μέσω της μειωμένης καταναλωτικής ζήτησης, της αυστηρότερης πρόσβασης σε κεφάλαια, των λιγότερων άμεσων ξένων επενδύσεων και του μικρού προγράμματος δημοσίων επενδύσεων. Ως επακόλουθο, αυξάνεται η ανεργία και μειώνονται τα εισοδήματα. Οι υπηρεσίες του δημόσιου τομέα γίνονται η μοναδική πηγή υγειονομικής περίθαλψης καθότι μειώνεται η ζήτηση για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, την ίδια στιγμή που τα έσοδα των κυβερνήσεων για τη χρηματοδότησή τους είναι μειωμένα. Όταν τα τοπικά νομίσματα υποτιμούνται, το κόστος των εισαγωγών αυξάνεται. Οι τιμές των φαρμάκων αυξάνονται με αποτέλεσμα βασικά φάρμακα να μη διατίθενται πλέον ή η απόκτησή τους να γίνεται απαγορευτική λόγω υψηλού κόστους. (Chan M., 2009)

Ο αντίκτυπος εκτείνεται πέρα από το άτομο, την οικογένεια και τις κοινωνίες στο σύνολό τους. Κάτω από τις συνθήκες αυτές, λοιμώδεις ασθένειες, όπως το HIV και η πολυανθεκτική φυματίωση θα μπορούσαν να αποτελέσουν απειλή για τη δημόσια υγεία με συνέπειες και πέραν των εθνικών συνόρων. Οι πολιτικοί ηγέτες ανά τον κόσμο καλούνται να πάρουν ριζικές αποφάσεις για μεταρρυθμίσεις που θα αφορούν στην πρόληψη των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης. (Ευθυμίου Κ., Αργαλιά Ε., Κασκαμπά Ε., Μακρή Α., 2013)

## *Κοινωνικοοικονομικοί Παράγοντες και Ψυχική Υγεία*

Οι Gilman et al.(2002) διαπίστωσαν ότι τα άτομα με χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο κατά την παιδική ηλικία έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης μείζονος κατάθλιψης (1,69 με 2,07 φορές) από εκείνους με υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, ανεξάρτητα από την πορεία ζωής τους ακόμη και μετά την ενηλικίωσή τους. Έρευνα του Hudson (2005) καταδεικνύει μια ισχυρή αρνητική συσχέτιση μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών και της ψυχικής υγείας. Η σχέση αυτή τονίζει το ρόλο των κοινωνικών παραγόντων.

### 2.2) Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η παγκόσμια οικονομική κρίση που πλήττει στις μέρες μας και την ελληνική κοινωνία, αποτελεί έναν παράγοντα πολλαπλών ανατροπών με σημαντικές συνέπειες τόσο στο επίπεδο της συλλογικής λειτουργίας, όσο και στο ατομικό επίπεδο. Η προβληματική δομή και λειτουργία του ελληνικού κράτους εντείνει μάλιστα τις επιπτώσεις της κρίσης, φέρνοντας στην επιφάνεια τα συσσωρευμένα άλυτα ζητήματα στα οποία η ελληνική κοινωνία αδυνατούσε εδώ και πάρα πολύ καιρό, να λάβει το κόστος των προτεινόμενων λύσεων.

Αναλογιζόμενοι τις μεγαλύτερες οικονομικές κρίσεις που έχει γνωρίσει η υφήλιος τα τελευταία 100 χρόνια (κραχ του 1929, Ασιατική οικονομική κρίση του 1990), αλλά και τις εγχώριες περιόδους οικονομικής δυσκολίας και ανέχειας, διότι η Ελλάδα ανήκει σε εκείνη την ομάδα των χωρών, όπου στην ιστορία τους, μπορεί κανείς να συναντήσει πληθώρα γεγονότων οικονομικών κρίσεων, καταστροφών και πολέμων, είναι σίγουρο ότι τόσο η ανεργία, όσο και η ανασφάλεια και ο κοινωνικός αποκλεισμός θα αυξηθούν και θα πάρουν δραματικές διαστάσεις. Τον Οκτώβριο του 2010 έχει καταγραφεί ήδη, επισήμως αύξηση των δεικτών ανεργίας στην Ελλάδα, κατά 12,4% όπως αναφέρει η Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία. (Μπούρας, Λυκούρας 2011)

Την περίοδο του Οκτωβρίου 2010, τα χαρακτηριστικά της ανεργίας συνοψίζονται στα εξής: το ποσοστό ανεργίας των γυναικών (16,1%) είναι σημαντικά υψηλότερο από αυτό των ανδρών (9,7%). Από την κατά ομάδες ηλικιών διάρθρωση της ανεργίας, προκύπτει ότι το υψηλότερο ποσοστό παρατηρείται στους νέους ηλικίας 15-29 ετών, ήτοι 24,2%. Για νέες γυναίκες το αντίστοιχο ποσοστό φθάνει στο 30,6%. Ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, το υψηλότερο ποσοστό ανεργίας παρατηρείται σε όσους δεν έχουν πάει καθόλου σχολείο (19,3%), στους απόφοιτους ανώτερης τεχνολογικής επαγγελματικής εκπαίδευσης (15,1%) και σε όσους έχουν ολοκληρώσει μερικές τάξεις δημοτικού (12,4%). Το χαμηλότερο ποσοστό παρατηρείται σε όσους έχουν διδακτορικό ή μεταπτυχιακό (7,5%) και στους πτυχιούχους της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (9,4%). Το ποσοστό των «νέων ανέργων», δηλαδή όσων εισέρχονται για πρώτη φορά στην αγορά εργασίας αναζητώντας απασχόληση, ανέρχεται στο 23,7% του συνόλου των ανέργων, ενώ οι μακροχρόνια άνεργοι (αυτοί που αναζητούν από 12 μήνες και άνω εργασία, ανεξάρτητα αν είναι «νέοι» ή «παλαιοί» άνεργοι), αποτελούν αντίστοιχα το 48,4%. Το ποσοστό ανεργίας των ατόμων με ξένη υπηκοότητα, είναι μεγαλύτερο από το αντίστοιχο των Ελλήνων υπηκόων (14,0% έναντι 12,2%). Επίσης, το 74,5% των ξένων υπηκόων είναι οικονομικά ενεργό, ποσοστό σημαντικά υψηλότερο από το αντίστοιχο των Ελλήνων το οποίο είναι 54,0%. (ΕΛΣΤΑΤ, 2010)

Η άνοδος λοιπόν της ανεργίας, στο τέλος του 2010, σκιαγραφούσε μία κατάσταση εξαιρετικά δύσκολη, ενώ το Ινστιτούτο Εργασίας της ΓΣΕΕ/ΑΔΕΔΥ εκτιμούσε ότι η ανεργία στο τέλος του 2011 θα φθάσει το 22%, με το συνολικό αριθμό ανέργων να ανέρχεται σε 1.150.000 άτομα. Αν μάλιστα κανείς αναγάγει αυτόν τον αριθμό σε επίπεδο οικογενειών, γίνεται αντιληπτό πως δεν θα υπάρχει εύκολα οικογένεια χωρίς την ύπαρξη κάποιου ανέργου στο στενό ή στο ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον. (Αθηναϊκό Πρακτορείο Ειδήσεων - Μακεδονικό Πρακτορείο Ειδήσεων, 2011)

Ταυτόχρονα δε και τα κοινωνικά δίκτυα φροντίδας αναφέρουν αύξηση του αριθμού των ανθρώπων που προσφεύγουν σε αυτά ζητώντας στήριξη και κάλυψη των βασικών τους αναγκών (συσσίτια, στέγαση, δωρεάν ιατρική και φαρμακευτική περίθαλψη). Από τα τέλη Σεπτεμβρίου 2010 έχουν πολλαπλασιαστεί όσοι ζητούν φαγητό από τα συσσίτια της Εκκλησίας, κυρίως

από την αύξηση των Ελλήνων που καταφεύγουν σε αυτήν τη λύση. Τα συσσίτια διπλασιάστηκαν από 5.000 σε 10.000 την ημέρα μόνο στην Αθήνα. Την ίδια περίοδο, οι Έλληνες αποτελούσαν περίπου το 35-40% όσων μετέχουν στα συσσίτια, ενώ αποκαλυπτική του προβλήματος είναι και η ηλικιακή σύνθεση αυτών των ανθρώπων. Οι περισσότεροι από όσους κατέφυγαν στα συσσίτια αυτό το διάστημα ήταν πάνω από 50 ετών και κάτω από 70, βρίσκονταν δηλαδή κοντά στην ηλικία της συνταξιοδότησης. Το φαινόμενο αυτό εκτιμάται ότι συνδέεται με την αύξηση της ανεργίας σε αυτές τις “μη παραγωγικές” ηλικίες που έχασαν την δουλειά τους λίγο πριν τη σύνταξη. (Μπούρας, Λυκούρας 2011)

Επίσης, και οι τηλεφωνικές γραμμές ψυχολογικής στήριξης καταγράφουν αυξημένο αριθμό κλήσεων για ψυχολογικά προβλήματα σχετιζόμενα με την οικονομική κρίση. Η Γραμμή Βοήθειας για την Κατάθλιψη του Προγράμματος «Αντι-στίγμα» του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ), τους τελευταίους μήνες του 2010, είχε καταγράψει αυξημένο αριθμό κλήσεων με θεματολογία σχετική με οικονομικά προβλήματα και δυσκολίες στον τομέα της εργασίας. Στο 27% των κλήσεων, τα αιτήματα για παροχή ψυχολογικής βοήθειας συνδέονται με την οικονομική κρίση και τη δυσχερή κατάσταση που επικρατεί στον εργασιακό τομέα. Η ανεργία και η οικονομική επισφάλεια αποτελούν παράγοντες που αναφέρονται με μεγάλη συχνότητα από τους καλούντες ως επιβαρυντικοί για την ψυχολογική τους κατάσταση. (Μπούρας, Λυκούρας 2011)

Τα στοιχεία της Γραμμής Βοήθειας εμφανίζουν τις ψυχολογικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης να πλήττουν περισσότερο τους άνδρες (65%) και την κατεξοχήν παραγωγική ηλικιακή ομάδα (30-45 ετών), άτομα δηλαδή που κατά κανόνα έχουν να αντιμετωπίσουν πολλαπλές υποχρεώσεις (οικογενειακές και άλλες). Αλλά και τα άτομα νεότερης ηλικίας (18-30 ετών) βλέπουν με έντονο άγχος την έλλειψη επαγγελματικών προοπτικών και τους όρους που προδιαγράφουν το εργασιακό μέλλον τους. Πολλοί από τους καλούντες, δηλώνουν ανήμποροι να αντιμετωπίσουν τη δυσχερή και αδιέξοδη, πολλές φορές, κατάσταση στην οποία βρέθηκαν, φθάνοντας σε σημείο να σκέφτονται ακόμη και την αυτοκτονία ως ύστατη λύση. Στη χώρα μας ο αριθμός των

αυτοκτονιών αυξήθηκε φθάνοντας, το 2010, τους 24 θανάτους, ενώ έγιναν περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας. (Μπούρας, Λυκούρας 2011)

Αναλογιζόμενοι μάλιστα πως σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως υγεία ορίζεται, όχι μόνο η απουσία νόσου, αλλά και η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, είναι πλέον αναμφισβήτητο ότι η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της έχουν επηρεάσει, και θα συνεχίσουν να επηρεάζουν, τη σωματική και ψυχική υγεία. Η σχέση δε ανάμεσα στην εργασία και στους δείκτες υγείας του πληθυσμού έχει αποδειχθεί πολλάκις και αποδεικνύεται ακόμη, ιδιαίτερως ισχυρή. Η εργασιακή ασφάλεια ευνοεί την υγεία, την ευημερία και την εργασιακή ικανοποίηση, ενώ η ανεργία και η ανασφάλεια εντείνουν το άγχος και αυξάνουν τον κίνδυνο σωματικών και ψυχικών ασθενειών. (Μπούρας, Λυκούρας 2011)

«Δεν πρέπει να υποτιμήσουμε τις αναστατώσεις και τις πιθανές συνέπειες της οικονομικής κρίσης, δεν πρέπει να ξαφνιαστούμε αν δούμε περισσότερες αυτοκτονίες και ψυχικές διαταραχές», σημειώνει ο M. Chan, Πρόεδρος ΠΟΥ στις 13.10.2008. (ΠΟΥ, 2009)

### 2.3) ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ

Ο αντίκτυπος της ανεργίας στην υγεία έχει αποτελέσει αντικείμενο πολλών επιδημιολογικών μελετών. Συγκεκριμένα, βρετανικές μελέτες (Γιωτάκος Ο., 2010) κατά τις δεκαετίες του '70 και '80, έδειξαν ότι το ποσοστό θνησιμότητας των ανέργων ήταν 25% υψηλότερο από εκείνο των εργαζομένων ισοδύναμου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Επιπλέον, αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα φάνηκε να προκύπτει μετά από μακρόχρονη ανεργία, όταν ληφθούν υπόψη και άλλοι παράγοντες όπως ηλικία, φυλή, γάμος, εισόδημα, επάγγελμα και περιορισμένη πρόσβαση στην ιατρική φροντίδα. Η ανεργία, επίσης, πιθανά σχετίζεται με την υιοθέτηση ανθυγιεινών συνηθειών, όπως το κάπνισμα, καθώς και με ψυχικές διαταραχές, ψυχοσωματικές διαταραχές και αυτοκτονίες. (Γιωτάκος Ο., 2010)

Σε μελέτη του Πανεπιστημίου του Ελσίνκι, στη Φινλανδία, (Leahy R., 2011) η θνησιμότητα για τους άνεργους, που υπήρξαν στο παρελθόν ξανά άνεργοι, ήταν 2.5 φορές υψηλότερη από ό,τι σε αυτούς που δεν ήταν ξανά άνεργοι. Σε διαχρονική έρευνα των Voss et al.(Leahy R., 2011) σε 20.632 διδύμους, βρέθηκε ότι η ανεργία οδήγησε σε σημαντικές αυξήσεις στην αυτοκτονία, τους τραυματισμούς και τα ατυχήματα, με τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας να είναι μεταξύ των ατόμων με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο. Σε έρευνα των McKee και των συνεργατών του, καταδεικνύεται ότι αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνδέεται με παράλληλη αύξηση των αυτοκτονιών κατά 0.79%(Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, Mckee M., 2009). Άλλη μελέτη από τον Οικονόμου και συν. (2007) κατέληξε ότι η αύξηση της ανεργίας κατά 1%, συνεπάγεται αύξηση του δείκτη θνησιμότητας κατά 2.18.

Παράγοντες όπως το φύλο, το επαγγελματικό status, η χώρα διαμονής και η διάρκεια της ανεργίας φαίνεται να επηρεάζουν τη σχέση μεταξύ ανεργίας και ψυχικής υγείας. Στις χώρες που χαρακτηρίζονται από άνιση κατανομή του εισοδήματος ή σε χώρες με αδύναμο σύστημα προστασίας των πολιτών, η ανεργία έχει σημαντικότερες αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία. Η μετα-ανάλυση των Paul & Moser (2009) καταδεικνύει ότι η αρνητική επίπτωση της ανεργίας στην ψυχική υγεία έχει μέγεθος  $d = 0.51$ , που σημαίνει ότι το επίπεδο της υγείας των ανέργων είναι μισή τυπική απόκλιση κάτω από εκείνο των εργαζομένων. Η εύρεση εργασίας μετά από μία μακρά περίοδο ανεργίας σχετίζεται με βελτίωση της ψυχικής υγείας. Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζουν την υπόθεση ότι η ανεργία δεν συσχετίζεται απλά με την ψυχική δυσφορία αλλά ουσιαστικά την προκαλεί. (Paul K. & Moser K., 2009)

#### 2.4) ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Η οικονομική κατάσταση των ατόμων επιδρά στους δείκτες υγείας, όπως το προσδόκιμο επιβίωσης, τη νοσηρότητα, τη θνησιμότητα αλλά και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Αυτό αποτέλεσε το συμπέρασμα μελετών από πλήθος ερευνητών, οι οποίοι στην πλειονότητά τους, κατέληξαν ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ της οικονομικής κατάστασης του ατόμου



και του επιπέδου της υγείας του. (Mackenbach JP., 2005, Wagstaff A., 2002, Singh GK, Yu SM., 1996, Sells CW, Blum RW., 1996) Στις δυτικές χώρες, οι οικονομικές κρίσεις συχνά σχετίζονται με επιδείνωση των διαιτητικών συνηθειών, καθώς οι άνθρωποι στρέφονται σε φθηνό, πλαστικό φαγητό. Ωστόσο, υπάρχουν και διαπιστώσεις που δείχνουν ότι μπορεί να υπάρξουν κάποιες διατροφικές βελτιώσεις, καθώς σε περιόδους ύφεσης, οι άνθρωποι τείνουν να μαγειρεύουν περισσότερο στο σπίτι αντί να αγοράζουν έτοιμα απ' έξω. (Ruhm C., 2000, 2006, 2008)

Επίσης, η οικονομική ύφεση αυξάνει τις ανισότητες στην υγεία. (Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., McKee M., 2009) Η ισότητα στην υγεία είναι μια έννοια η οποία αντανακλά ίσες ευκαιρίες στη διανομή και στην προσπέλαση των υπηρεσιών υγείας. Έχει βρεθεί ότι οι υγειονομικές ανισότητες συνδέονται με κοινωνικούς δείκτες, όπως η κοινωνική τάξη και η ανεργία, πράγμα που αποδεικνύει τη σχέση μεταξύ οικονομικής κατάστασης των πολιτών και της υγείας τους. Η ανεργία, η μερική απασχόληση, οι εισοδηματικές ανισότητες, η επισφάλεια στην εργασία και η έλλειψη στέγης, οδηγούν στον κοινωνικό αποκλεισμό όλο και περισσότερων ομάδων, με αποτέλεσμα να δημιουργείται πρόσφορο έδαφος για ανάπτυξη διάφορων ψυχολογικών διαταραχών (π.χ. άγχος, κατάθλιψη) (Χαραλάμπους Α, Τσίση Θ., 2010)

Ο κοινωνικός αποκλεισμός και η φτώχεια που αυτός προκαλεί, συνεπάγεται την εμφάνιση ασθενειών σε άτομα που διαβιούν σε υποβαθμισμένο περιβάλλον, τρέφονται ανεπαρκώς και εργάζονται σε επικίνδυνα και ανθυγιεινά περιβάλλοντα. Επιπλέον το χαμηλό συνήθως εκπαιδευτικό επίπεδο τους, τους στερεί τη δυνατότητα γνώσης των κινδύνων που απειλούν την υγεία τους και υιοθέτησης ενός υγιεινού τρόπου διαβίωσης και το χαμηλό εισόδημα εμποδίζει την πρόσβαση τους σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. (Meessen B, Zhenzhong Z, Van Damme W, Devadasan N, Criel B, Bloom G., 2003, Σουλιώτης Κ., 2000) Σύμφωνα με το Βρετανικό Public Health Association (2005), τα άτομα που ζουν σε συνθήκες κοινωνικού αποκλεισμού εκτίθενται σε διπλάσιο κίνδυνο να νοσήσουν από σοβαρές ασθένειες ή ακόμα και να πεθάνουν από πρόωρο θάνατο.

Άλλες μελέτες κατέδειξαν ότι τα άτομα χαμηλού εισοδήματος περιορίζουν τη χρήση εκείνων των υπηρεσιών υγείας, που πρέπει τα ίδια να καταβάλουν σημαντικό μέρος της αντίστοιχης δαπάνης, όπως συμβαίνει για παράδειγμα στην περίπτωση της οδοντιατρικής περίθαλψης, καθώς και άλλων υγειονομικών υπηρεσιών που δεν καλύπτονται επαρκώς από τους ασφαλιστικούς φορείς. (Βρετανικός Σύνδεσμος Δημόσιας Υγείας, 2005) Τέλος, το χαμηλό εισόδημα συνεπάγεται μικρότερη πρόσβαση σε προληπτικές (συμβουλευτικές) και θεραπευτικές (συνταγογράφηση φαρμάκων και νοσοκομειακή περίθαλψη) υπηρεσίες υγείας υψηλού επιπέδου. (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2003)

## 2.5) ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Οι ψυχικές διαταραχές και ιδιαίτερα οι συναισθηματικές, κρίνονται πρωταρχικής σημασίας για τη δημόσια υγεία, καθώς κατατάσσονται στις πρώτες αιτίες που προκαλούν σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητας και μάλιστα σύμφωνα με τον ΠΟΥ, μέχρι το 2020, αναμενόταν να καταστούν δεύτερες σε συχνότητα εμφάνισης, μετά την ισχαιμική καρδιοπάθεια. (Γιωτάκος Ο., 2010)

Το ζήτημα των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία, απασχολεί ιδιαίτερα την επιστημονική κοινότητα και τονίζουν την ανάγκη παροχής της κατάλληλης παρέμβασης από τα συστήματα υγείας. Σύμφωνα με τους Kentikelenis A., Karanikolos M., Papanicolas I., Basu S., McKee M., Stuckler D.,(2011) στο περιοδικό Lancet αναφερόταν ότι οι καταθλιπτικές διαταραχές και ο αριθμός των αυτοκτονιών θα αυξάνονταν σημαντικά τα επόμενα χρόνια. Μάλιστα, σύμφωνα με άρθρο του Γιωτάκου (2010), στο Ηνωμένο Βασίλειο αναμενόταν τριπλασιασμός των ψυχωτικών επεισοδίων, διπλασιασμός της κατάχρησης αλκοόλ και δι- ή τριπλασιασμός των καταθλιπτικών επεισοδίων, ενώ αναφορές της ίδιας περιόδου έδειξαν αύξηση των αυτοκτονιών στην Ιαπωνία. Στη Χιλή, βρέθηκε ισχυρή σχέση μεταξύ απότομης περικοπής του εισοδήματος και εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών, με τη μείωση του εισοδήματος να πραγματοποιείται 6 μήνες πριν από την έναρξη της συμπτωματολογίας.

Η εργασία σε σημαντικό βαθμό συντελεί στον προσδιορισμό τόσο της ταυτότητας όσο και της εικόνας εαυτού του σύγχρονου ανθρώπου. Έτσι, πέρα από τα πρακτικά προβλήματα που αντιμετωπίζει όποιος βλέπει το εισόδημα του να περικόπτεται ή να εξανεμίζεται, εξίσου σημαντική είναι και η «συμβολική» κατάρρευση που αντιμετωπίζει. Η εργασία και η κοινωνική αυτοπεποίθηση που συνδέεται με αυτήν, επηρεάζει τον τρόπο αλληλεπίδρασης με τους άλλους, ακόμα και αν είναι οι φίλοι, οι συγγενείς, ο σύντροφος, το παιδί. Έντονη άλλωστε είναι η αίσθηση των ανέργων για προσωπική ανεπάρκεια και αδυναμία. (Μπούρας & Λυκούρας, 2011)

Οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι η απώλεια της εργασίας αυξάνει τον κίνδυνο ψυχιατρικών διαταραχών και των σωματικών επιπτώσεων τους. Πολλές μελέτες συγκλίνουν στη παραδοχή μίας ισχυρής συνάφειας ανάμεσα στην ανεργία και στην αύξηση της κατάθλιψης, του άγχους, της χρήσης ουσιών και της αντικοινωνικής συμπεριφοράς. (Murphy GC. & Athanasou JA., 1999)

Ο στιγματισμός και η ψυχολογική πίεση φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους άνδρες από ότι για τις γυναίκες, ίσως και λόγω των εναλλακτικών κοινωνικών ρόλων που οι γυναίκες επιτελούν (ανατροφή παιδιών, νοικοκυριό). (Shamir, B., 1985, Kulik L., 2000)

Η οικογενειακή κατάσταση είναι παράγοντας καθοριστικός για τη στήριξη της ψυχικής υγείας του ατόμου σε καταστάσεις οικονομικής κρίσης. Από μελέτες προκύπτει ότι η ύπαρξη συζύγου ή σταθερού συντρόφου, μπορεί να αποτελέσει όχι μόνο συναισθηματικό στήριγμα, αλλά και χειροπιαστή βοήθεια για την αντιμετώπιση των οικονομικών αναγκών μέσω της οικονομικής συμβολής του. (Vaananen A., Vahtera J., Pentti J., & Kivimaki, M., 2005, Leana, C.R., & Feldman, D.C., 1991) Επίσης, μελέτες δείχνουν ότι και η ηλικία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, με τα άτομα μέσης ηλικίας να υποφέρουν περισσότερο από την ανεργία (Broomhall, H.S., & Winfield, A.H., 1990), χωρίς ωστόσο να λείπουν και τα ερευνητικά δεδομένα όπου το γεγονός της ανεργίας μετά τις σπουδές, οδηγεί σε σημαντική επιδείνωση της ψυχικής υγείας. (Paul K., & Moser K, 2009)

Οι «ευαίσθητοι» εργαζόμενοι ή τα άτομα που νοσούν ήδη από κάποιο ψυχικό νόσημα, ανήκουν και αυτοί στις ομάδες του πληθυσμού που πλήττονται σαφώς

περισσότερο από την οικονομική κρίση. Η εργασιακή ανασφάλεια, στην περίπτωση τους, καθώς και το στρες που αυτή επιφέρει, λειτουργούν ιδιαίτερα ψυχοπιεστικά, εντείνοντας τις ήδη υπάρχουσες δυσκολίες του ατόμου. Επιπλέον, λόγω της οικονομικής κρίσης, και οι εργοδότες γίνονται λιγότερο «ανεκτικοί», εντοπίζουν τους «αδύναμους κρίκους» και τους απολύουν γρηγορότερα. Επομένως, με αυτόν τον τρόπο δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος, όπου η ψυχική ασθένεια οδηγεί στην απώλεια της εργασίας και στη φτώχεια, αλλά και αντίστροφα, όπου η ανεργία οδηγεί στην εμφάνιση ή στην επιδείνωση της ψυχικής ασθένειας. (Aro S., Aro H., Keskimaki I., 1995)

Σημαντικές είναι και οι επιπτώσεις των οικονομικών κρίσεων στα παιδιά. Πρώιμες αντίξοες εμπειρίες, μπορεί να τροποποιήσουν τη δομική και λειτουργική ανάπτυξη του εγκεφάλου του παιδιού, συμβάλλοντας στην αρνητική έκβαση της ψυχικής υγείας στο μέλλον. Η κακή κοινωνικοοικονομική κατάσταση των γονέων σχετίζεται επίσης με χαμηλή ικανότητα εστίασης της προσοχής των παιδιών. (Γιωτάκος Ο., 2010)

Μια ακόμη μελέτη που διεξήχθη στη Αυστραλία, η οποία συνέκρινε αυτό-αναφορές σχετικά με την κατάσταση της υγείας και την ψυχολογική λειτουργία ενηλίκων μέσης ηλικίας, πριν και κατά τη διάρκεια της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, έδειξε ότι οι διαφορές στην εκδήλωση ψυχολογικών συμπτωμάτων κατά την οξεία φάση της οικονομικής κρίσης και κατά τη διάρκεια της οικονομικής ανάκαμψης (με το επίπεδο του άγχους και της κατάθλιψης να είναι αυξημένα την περίοδο της ανάκαμψης), οφείλεται στην έννοια της οικονομικής κοινωνικής νόρμας. Κοινωνική νόρμα θεωρείται το σύνολο κανόνων και αξιών που πλαισιώνουν το κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο. Η σύγκριση της προσωπικής κατάστασης με την ισχύουσα νόρμα φαίνεται ότι αποτελεί αποτελεσματικό τρόπο αντιμετώπισης του στρες και των απειλητικών πληροφοριών. Έτσι, το να είσαι άνεργος έχει λιγότερες αρνητικές επιπτώσεις όταν το ποσοστό ανεργίας είναι τόσο υψηλό ώστε να θεωρείται κοινωνική νόρμα. (Sargent-Cox K, Butterworth P, Anstey K., 2011)

«Η βασική και σημαντική πρόκληση της εποχής, είναι να αντιμετωπιστεί η αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών ψυχικής υγείας που συνδυάζεται με ενδεχόμενο περιορισμό της χρηματοδότησης, δίνοντας πάντα έμφαση στη

διατήρηση της ποιότητας των υπηρεσιών, την αποτελεσματικότητά τους και το συμφέρον των ασθενών». (Μπούρας & Λυκούρας, 2011)

## 2.6) ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Μία εκτενής έρευνα των Chang et al. (2009) μελέτησε τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης (1997-1998) σε ασιατικές χώρες, όπως η Ιαπωνία, το Χονγκ Κονγκ, η Νότια Κορέα, η Ταϊβάν, η Σιγκαπούρη και η Ταϊλάνδη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι αυτοκτονίες ελαττώθηκαν στα τέλη της δεκαετίας του '80 και τις αρχές του '90 αλλά ότι αργότερα κατά την οικονομική κρίση αυξήθηκαν σημαντικά σε όλες τις χώρες. Αξίζει να σημειωθεί ότι δεν υπήρξε αισθητή αύξηση των αυτοκτονιών σε Ταϊβάν και Σιγκαπούρη, όπου η οικονομική κρίση επηρέασε λιγότερο το κατά κεφαλήν ακαθόριστο εγχώριο προϊόν και τα ποσοστά της ανεργίας. Επομένως, υποδεικνύεται ότι η ασιατική οικονομική κρίση, κυρίως μέσα από την αύξηση της ανεργίας, προκάλεσε άνοδο των αυτοκτονιών στις περισσότερες χώρες της Ν.Α. Ασίας. Το στρες το οποίο προκαλείται από την ανεργία και τα οικονομικά προβλήματα μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη, η οποία αυξάνει τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Εντούτοις, η ανεργία μπορεί να συμβάλλει στην αυτοκτονικότητα ανεξάρτητα από την ύπαρξη ψυχιατρικής ασθένειας. Πράγματι, μια επιπλέον έρευνα που εξετάζε παράγοντες που σχετίζονταν με τις αυτοκτονικές σκέψεις, βρήκε ότι η ανεργία συνδέεται με μια σχεδόν τετραπλάσια αύξηση τους.

Στην Ταϊλάνδη, διενεργήθηκε έρευνα που εξετάζει και αναλύει τις βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία, χρησιμοποιώντας υπάρχοντα δεδομένα και κάποιες ειδικές έρευνες και συνεντεύξεις κατά την διάρκεια 1998- 1999. Βρέθηκε ότι η ανεργία και η οικονομική δυσχέρεια έχουν σε σημαντικό βαθμό δυσμενείς επιπτώσεις στην ψυχική υγεία, τα επίπεδα του στρες και τον αυτοκτονικό ιδεασμό. Συγκεκριμένα, κατά την διάρκεια της κρίσης, η Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας διενέργησε τριμηνιαίες τηλεφωνικές έρευνες σε όλη τη χώρα για να εκτιμήσει το ψυχικό στρες, τον αυτοκτονικό ιδεασμό και τις μεθόδους αντιμετώπισης, χρησιμοποιώντας σταθμισμένα ερωτηματολόγια. Αυτό που παρατηρήθηκε ήταν, υψηλότερο ποσοστό κλινικού στρες,

αυτοκτονικού ιδεασμού και αισθημάτων απελπισίας για το μέλλον στους ανέργους σε σύγκριση με τους εργαζόμενους. (Tangcharoensathien V., Harnvoravongchai P., Pitayarangsarit S., Kasemsup V., 2000)

Μία άλλη έρευνα των Taylor et al. (2005) εξετάζει τη σχέση μεταξύ ποσοστών αυτοκτονίας και επιπολασμού των ψυχικών διαταραχών και αποπειρών αυτοκτονίας σε ομάδες διαφορετικού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου Αυστραλών κατοίκων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, για τους Αυστραλούς άνδρες το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο σχετίζεται πιο στενά με την αυτοκτονία απ' ό,τι οι ψυχικές παθήσεις και μάλιστα ο κίνδυνος αυτοκτονίας ατόμων χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου παρέμενε σημαντικά υψηλός σε όλες τις ηλικίες. Αυτό δείχνει ότι το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο σχετίζεται με τον κίνδυνο αυτοκτονίας πέρα και πάνω από την ύπαρξη ψυχικών διαταραχών, ένα εύρημα περισσότερο σύμφωνο με την ύπαρξη αιτιώδους συνάφειας. Οι ψυχικές παθήσεις και η προηγούμενη αυτοκτονική συμπεριφορά πιθανώς να παίζουν ένα διαμεσολαβητικό ρόλο για το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, όμως η παρούσα έρευνα υποστηρίζει την ύπαρξη και μίας ανεξάρτητης σχέσης.

Οι Stuckler et al. (2009) μελέτησαν σε 26 χώρες της Ευρώπης για το διάστημα 1970-2006, τον τρόπο που οι οικονομικές μεταβολές επηρέασαν τα ποσοστά θνησιμότητας στην Ευρώπη κατά τις τρεις αυτές δεκαετίες, καθώς επίσης και τον τρόπο που οι κυβερνήσεις θα μπορούσαν να περιστείλουν τις δυσμενείς επιπτώσεις αυτών. Βρήκαν ότι για κάθε αύξηση 1% στην ανεργία υπήρχε αύξηση 0,8% στις αυτοκτονίες, στις ηλικίες κάτω των 65 ετών, καθώς και αύξηση 0,8% στις ανθρωποκτονίες. Επίσης, αύξηση πάνω από 3% στην ανεργία είχε αντίστοιχα ακόμη μεγαλύτερη επίδραση στις αυτοκτονίες (αύξηση >4%), στις ηλικίες κάτω των 65 ετών, καθώς και στους θανάτους από χρήση αλκοόλ. Τέλος, βρήκαν ότι τα αυξανόμενα ποσοστά ανεργίας δεν είχαν καμία επίπτωση στο ποσοστό των αυτοκτονιών όταν οι δαπάνες σε ενεργά προγράμματα στήριξης της αγοράς εργασίας, τα οποία αποσκοπούν στη διατήρηση θέσεων εργασίας και την επανένταξη των απολυόμενων, ήταν πάνω από 190\$ ανά άτομο ανά έτος.

## *Αυτοκτονία και αντίξοες συνθήκες εργασίας*

Πέραν, της ευρέως τεκμηριωμένης επίδρασης της ανεργίας στην αυτοκτονικότητα, κάποιες άλλες μελέτες εφιστούν την προσοχή στη διαφοροποίηση του χαρακτήρα και των συνθηκών της εργασίας στις σύγχρονες κοινωνίες. Χαρακτηριστικό είναι, άλλωστε, ότι ο αντίκτυπος της παγκόσμιας οικονομικής ύφεσης στην ψυχική υγεία αποτυπώνεται ακόμα και σε χώρες που δεν βιώνουν την τρέχουσα περίοδο τις πιο οξείες οικονομικές πιέσεις.

Από έρευνα που έχει διενεργηθεί στην Ιαπωνία, προκύπτει ότι όχι μόνο η ανεργία, αλλά και οι σύγχρονες εργασιακές συνθήκες, διαμέσου ψυχικών διεργασιών σχετιζόμενων με το στρες, παίζουν καθοριστικό ρόλο στην εκδήλωση κατάθλιψης (Kitanaka J., 2011) και, ακόμα περισσότερο, αυτοκτονικότητας. (Chen J., Choi YC., Mori C., Sawada Y., Sugano S., 2012, Tanji F., Kakizaki M. Sugawara Y., Watanabe I., Nakaya N., Minami Y., et al., 2015) Συγκεκριμένα, ένα από τα σοβαρότερα κοινωνικά ζητήματα στη χώρα, τις χρονιές 2011-2012, αποτέλεσε ο σταθερά υψηλός αριθμός των αυτοκτονιών, οι οποίες σημείωσαν ραγδαία αύξηση κατά την οικονομική κρίση του 1997–1998, κοστίζοντας μέσα σε ένα έτος τις ζωές επιπλέον 30.000 ατόμων σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια. Ωστόσο, ο αριθμός των αυτοκτονιών διατηρήθηκε –με κάποιες διακυμάνσεις– αμείωτος και κατά την επόμενη τουλάχιστον δεκαετία, γεγονός που οι μελετητές βρήκαν να εμφανίζει υψηλή συσχέτιση με τους δείκτες της ανεργίας. (Chen J., et al. 2012)

Το εύρημα αυτό θα πρέπει να εκτιμηθεί και από τη σκοπιά της επίδρασης του μακροοικονομικού περιβάλλοντος: τα υψηλά ποσοστά ανεργίας σε μια κοινωνία επηρεάζουν σημαντικά και τις συνθήκες εργασίας για τον εργαζόμενο πληθυσμό. Η επισφαλής εργασία και το διαρκές άγχος που αυτή συνεπάγεται, ο ανταγωνισμός στο εργασιακό πεδίο και η δυσκολία επίτευξης των όλο και απαιτητικότερων στόχων παραγωγικότητας, μπορεί να έχουν αντίστοιχα ψυχοπιεστικές επιπτώσεις με το βίωμα της ανεργίας. (Zenger M., Hinz A., Petermann F., Brahler E., Stobel- Richter Y., 2013) Οι μελετητές εισάγουν ένα νέο όρο στη σύγχρονη προβληματική της αυτοκτονικότητας, κάνοντας λόγο για αυτοκτονίες από εργασιακή υπερφόρτωση (overwork suicide) και

υπογραμμίζοντας το ρόλο που παίζουν σε αυτές τις περιπτώσεις οι τεράστιες κοινωνικές πιέσεις στις οποίες υπόκεινται οι εργαζόμενοι. (Οικονόμου Μ., Παπασλάνης Θ., Χαρίτση Μ., Διέτη Ε., Σουλιώτης Κ., 2018)

Εν τέλει, η σχέση αυτοκτονικότητας και ανεργίας φαίνεται να διαμορφώνεται μέσα από την πολυπλοκότητα των αλληλεπιδράσεων ενός σημαντικού αριθμού παραγόντων, κοινωνικοοικονομικών και ατομικών: οι σύγχρονες μελέτες επισημαίνουν επιπλέον την απουσία κοινωνικών δικτύων προστασίας στις σύγχρονες, βιομηχανοποιημένες και ατομικιστικές κοινωνίες, όπου οι δεσμοί της οικογένειας έχουν σε μεγάλο βαθμό ατονήσει και ο εργασιακός χώρος κατέχει πλέον σημαντικότερη θέση στον αυτοπροσδιορισμό του ατόμου. (Kitanaka J., 2008)

## 2.7) ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Η οικονομική κρίση αντιπροσωπεύει μια μεγάλη πρόκληση για την κοινωνία. Αποτελεί μια δοκιμασία για το πολιτικό και κοινωνικό σύστημα και απαιτεί από την κοινωνία να δείξει και να αναπτύξει την ικανότητά της για προσαρμογή και ανανέωση. Αποφεύγοντας την ψυχιατρικοποίηση των κοινωνικών προβλημάτων, είναι σημαντικό να μη παραγνωρίζονται οι επιπτώσεις των κοινωνικών φαινομένων στην ψυχική υγεία του ατόμου. Ως εκ τούτου, κρίνεται σημαντικό να σχεδιαστούν παρεμβάσεις που θα βοηθήσουν στην καλύτερη αντιμετώπιση της κρίσης, σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο. Η πρωτογενής παρέμβαση χρειάζεται να εμπεριέχει τη δημιουργία κρατικών επιδοτούμενων προγραμμάτων επαγγελματικής επανεκπαίδευσης, με σκοπό την επανένταξη των ανέργων στην αγορά εργασίας, καθώς επίσης και προγράμματα ανάπτυξης δεξιοτήτων για μεγαλύτερη δυνατότητα επαγγελματικής ευελιξίας. Επιπλέον, οι ήπιες πολιτικές για τη σταδιακή αλλαγή του πλαισίου της αγοράς εργασίας, όπως μετακινήσεις θέσεων, μείωση ωρών εργασίας, άδειες με μειωμένες αποδοχές, θα βοηθήσουν δίνοντας τον απαιτούμενο χρόνο και τη στήριξη για τη δύσκολη προσαρμογή. (Μπούρας & Λυκούρας, 2011)



Η δευτερογενής παρέμβαση χρειάζεται να αφορά την προαγωγή διαχείρισης του στρες και των ψυχοπιεστικών καταστάσεων που βιώνει το άτομο, μέσω συμβουλευτικών προγραμμάτων οικονομικής διαχείρισης, ψυχολογικής υποστήριξης και επαγγελματικού προσανατολισμού. Κλειδί στο επίπεδο της δευτερογενούς πρόληψης αποτελεί η ενίσχυση του συστήματος υγείας για την έγκαιρη αντιμετώπιση των ψυχιατρικών διαταραχών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η προστασία, επίσης, των ατόμων που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο, κρίνεται σκόπιμο να βρίσκεται στο κέντρο της κινητοποίησης, ενεργοποιώντας τη δράση όλων των κοινωνικών δικτύων ασφαλείας (αθλητικοί όμιλοι, εμπορικές ενώσεις, φιλανθρωπικές οργανώσεις, εκκλησία, οικογένεια, φίλοι) για την υποστήριξη των ατόμων αυτών. Ιδιαίτερως κρίσιμη κρίνεται και η διατήρηση της κοινωνικής συνοχής, μέσω και της κοινωνικής προστασίας των ευπαθών ομάδων. Το παράδειγμα της Μαλαισίας στη διάρκεια της Ασιατικής κρίσης είναι χαρακτηριστικό, καθώς δείχνει πώς η διατήρηση των δαπανών για την κοινωνική προστασία των ευπαθών ομάδων και των ανέργων, μείωσε τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης σε σημαντικό βαθμό. (Hopkins S., 2006) Επίσης, σημαντική κρίνεται η εστίαση στον καλύτερο σχεδιασμό παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς σύμφωνα με έρευνα του Γιωτάκου (2012) φαίνεται να υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της προσβασιμότητας, της εγγύτητας και του αριθμού των υπηρεσιών υγείας με τους δείκτες αυτοκτονίας.

Η τριτογενής παρέμβαση χρειάζεται να εστιαστεί στην αποκατάσταση της υγείας των πληγέντων, αλλά και στην οικονομική ενίσχυση αυτών, διασφαλίζοντας τις ελάχιστες ικανές συνθήκες διαβίωσης. Τα επιδόματα ανεργίας, αλλά και τα ενεργά προγράμματα στήριξης της αγοράς εργασίας, μπορούν να αποδειχθούν ιδιαίτερα εργαλεία για τη στήριξη και την επανένταξη των πληγέντων. Επίσης, σε μελέτη της σχέσης μεταξύ των δημόσιων κοινωνικών δαπανών και των αυτοκτονιών στις 27 χώρες του Οργανισμού για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη (OECD) από το 1980 έως το 2003, βρέθηκε ότι κάθε αύξηση 10 δολαρίων ανά άτομο στις επενδύσεις για προγράμματα στήριξης της αγοράς εργασίας, μειώνει την επίπτωση της ανεργίας στις αυτοκτονίες κατά 0,04%. Εμφανίζεται ότι τα προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας μπορούν να αποτελέσουν ζωτικό παράγοντα για την

πρόληψη των αυτοκτονιών και ειδικά σε χώρες που βιώνουν κοινωνικο-οικονομική κρίση. (Park Y., et al., 2009)

Τέλος, είναι σημαντικό οι στερήσεις να μην υποβάλλονται ανισομερώς στις διάφορες κοινωνικές τάξεις, αλλά αντιθέτως, να αντιστοιχούν με τις οικονομικές δυνατότητες που κάθε τάξη διαθέτει. Όπου αυτό δεν είναι δυνατό, σημειώνει ο Freud ήδη από το 1930, θα κυριαρχήσει μέσα σε αυτόν τον πολιτισμό μία δυσαρέσκεια, που μπορεί να οδηγήσει σε επικίνδυνες εξεγέρσεις. Αλλά αν ένας πολιτισμός, δεν έχει καταφέρει να μην αποτελεί η ικανοποίηση ενός μέρους των μελών του προϋπόθεση της καταπίεσης ενός άλλου, ίσως της πλειονότητας, και αυτό γίνεται σε όλους τους σημερινούς πολιτισμούς, είναι ευνόητο ότι αυτοί οι καταπιεσμένοι θα αναπτύξουν έντονη εχθρότητα απέναντι στον πολιτισμό, τον οποίο στηρίζουν με την εργασία τους, αλλά έχουν ελάχιστο μερίδιο στην απόλαυση των αγαθών του. (Freud S., 1994)

Η αντιμετώπιση λοιπόν της οικονομικής κρίσης, είναι σημαντικό να επιτευχθεί μέσα από τη διασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου ζωής των πολιτών, αλλά και μέσω της οργάνωσης ενός ευρύτατου κοινωνικού δικτύου, που θα στέκει δίπλα στο άτομο σε αυτές τις στιγμές της μεγάλης δυσφορίας, θυμίζοντάς του ότι κοινωνία σημαίνει πρωτίστως κοινωνική αλληλεγγύη, συλλογικές δράσεις και παρεμβάσεις. (Μπούρας & Λυκούρας, 2011)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΣΤΟΝ ΕΛΛΑΔΙΚΟ ΧΩΡΟ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 2010-2017

### 3.1) ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΜΕ ΤΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΚΑΙ ΑΥΞΗΣΗ ΤΩΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΡΧΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ (2008-2011)

Για την Ελλάδα, η οποία βίωσε τα τελευταία χρόνια μια άνευ προηγουμένου οικονομική υποβάθμιση, με κύρια χαρακτηριστικά τη μείωση του εισοδήματος, την αύξηση της φορολογίας και την απώλεια χιλιάδων θέσεων εργασίας, η έξαρση της αυτοκτονικότητας αναδύθηκε ως ένας σοβαρός κίνδυνος. Σειρά μελετών, που εστίασαν στη σύγκριση του ποσοστού αυτοκτονιών πριν και μετά την οικονομική κρίση, επιβεβαιώνουν την αύξηση των αυτοκτονιών στην Ελλάδα και τη συσχέτιση της με μεταβολές σε κοινωνικοοικονομικούς δείκτες. (Οικονόμου Μ., Παπασλάνης Θ., Χαρίτση Μ., Διέτη Ε., Σουλιώτης Κ., 2018)

Αναλυτικότερα, κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης (2008–2011) στην Ελλάδα ο αριθμός θανάτων από αυτοκτονία αυξήθηκε κατά 55,8%, παρότι η συνολική θνησιμότητα την ίδια περίοδο αυξήθηκε μόλις κατά 1,1%. Οι αναλύσεις που διενεργήθηκαν ως προς την πιθανή συσχέτιση των μεταβολών στο δείκτη αυτοκτονίας (ΔΑ) με μακροοικονομικούς και κοινωνικούς δείκτες κατά την περίοδο 1990–2011 έδειξαν, στατιστικά σημαντική συσχέτιση του ΔΑ με τα ποσοστά ανεργίας και το δημόσιο χρέος. (Madianos MG., Alexiou T., Patelakis A., Economidou M., 2014) Παρεμφερή ευρήματα ως προς την αύξηση των αυτοκτονιών σε περιόδους οικονομικής ύφεσης και υψηλής ανεργίας στην Ελλάδα, προκύπτουν και από μελέτη που διενεργήθηκε σε μια κατά πολύ εκτενέστερη περίοδο (1968–2011), όπου βρέθηκε θετική συσχέτιση των ποσοστών ανεργίας με τον ΔΑ και αρνητική συσχέτιση του ρυθμού ανάπτυξης με τον ΔΑ. (Antonakakis N., Collins A., 2014)

Τα ελληνικά στοιχεία συμπλέουν με αυτά της διεθνούς βιβλιογραφίας, ιδιαίτερος ως προς το σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονίας για τους άνδρες σε περίοδο οικονομικής ύφεσης. Στο σύνολο των τετελεσμένων αυτοκτονιών κατά τη δεκαετία 2001–2011, το συντριπτικό ποσοστό του 82,8%

διαπράχθηκαν από άνδρες. Η καταγραφόμενη αύξηση του ΔΑ κατά 27,2% στην αρχική περίοδο της κρίσης (2008–2011) αποδίδεται στον αντίκτυπο των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών στον ανδρικό πληθυσμό: παρότι κατά την περίοδο 2001–2007 ο ΔΑ στους άνδρες κατέγραψε μείωση 8,4%, κατά την περίοδο 2008–2011 κατέγραψε αύξηση 26,9%, ενώ στην τάση του ΔΑ για τον γυναικείο πληθυσμό δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο περιόδων. (Kontaxakis V., Papaslanis T., Havaki- Kontaxaki B., Tsouvelas G., Giotakos O., Papadimitriou G., 2013)

Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι, ανεξαρτήτως φύλου, στην ηλικιακή ομάδα των 50–54 ετών καταγράφεται η μεγαλύτερη –και στατιστικά σημαντική– αύξηση του ΔΑ κατά την περίοδο 2008–2011. (Kontaxakis V. et al. 2013) Επίσης, μια ακόμη έρευνα για τις επιπτώσεις στην αυτοκτονικότητα στις διάφορες ηλικιακές ομάδες, έδειξε ότι πλήττονται ιδιαίτερα οι ομάδες των 45–64 και των 65–89 ετών, δηλαδή οι κατηγορίες του πληθυσμού που υφίστανται τις μεγαλύτερες μειώσεις μισθών ή περικοπές των συντάξεων τους. Ο αρνητικός ρυθμός ανάπτυξης, φάνηκε να επηρεάζει περισσότερο τον ΔΑ για τις ηλικιακές ομάδες των 25–44 και 65–89 ετών, ενώ σε μικρότερο βαθμό την ομάδα των 45–64 ετών, και τέλος η ανεργία βρέθηκε να έχει σημαντικότερη επίδραση στις αυτοκτονίες για την ομάδα των 25–44 ετών, γεγονός που ερμηνεύεται ως συνέπεια του ιδιαίτερα υψηλού ποσοστού ανεργίας στους νέους. (Antonakakis N., Collins A., 2014)

Πάντως, κάποιοι μελετητές σημειώνουν ότι οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης δεν είχαν γίνει ιδιαίτερα αισθητές έως τουλάχιστον το 2009, καθώς κατά την περίοδο 2000–2010 δεν διαπιστώνουν μεταβολή στην τάση του ΔΑ, ενώ επίσης δεν προκύπτει σημαντική συσχέτιση του ρυθμού ανάπτυξης με τη σχέση μεταξύ αυτοκτονιών και ανεργίας. (Fountoulakis K., Savoroulos C., Siamouli M., Zaggelidou E., Mageiria S., Iacovides A. et al. 2013) Επιπλέον, η διερεύνηση της τάσης του Σταθμισμένου Δείκτη Αυτοκτονιών κατά τη δεκαετία 1992–2012, κατέγραψε μειωμένο τον ΔΑ για την περίοδο 1992–2009, με στατιστικά σημαντικό ετήσιο ποσοστιαίο ρυθμό αλλαγής, ενώ κατέδειξε αλλαγή της τάσης του συνολικού ΔΑ κατά το έτος 2009, από το οποίο και μετά παρατηρείται αυξητική πλέον τάση, με στατιστικά σημαντικό ετήσιο ποσοστιαίο ρυθμό αλλαγής από το 2008, με αύξηση της τάξης του 9,25%, σε αντίθεση με

το γυναικείο πληθυσμό, όπου και εδώ η τάση του ΔΑ δεν παρουσιάζει σημαντικές διαφοροποιήσεις. (Papaslanis T., Kontaxakis V., Christodoulou C., Konstantakopoulos G., Kontaxaki M., Papadimitriou G., 2016) Άλλοι ερευνητές, με βάση το ότι τα πρώτα μέτρα λιτότητας επιβλήθηκαν το τέλος του 2010 και ως εκ τούτου τα αποτελέσματα της κρίσης δεν είχαν καταστεί έκδηλα έως τότε, υιοθέτησαν το διαχωρισμό μεταξύ 2003–2010 και 2010–2012 και διαπίστωσαν ότι ο ΔΑ αυξήθηκε κατά 35% μεταξύ των ετών 2010–2012 (από 3,37 σε 4,56 ανά 100.000). Κατά την περίοδο 2010–2012 καταγράφηκε στατιστικά σημαντική αύξηση του ΔΑ για την ηλικιακή ομάδα των 20–59 ετών και στα δύο φύλα, ενώ ειδικότερα στους άνδρες αυτής της ηλικίας, προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην ανεργία και τον ΔΑ, με την αύξηση της ανεργίας κατά 1%, να μεταβάλλει τον ΔΑ κατά 0,19 ανά 100.000. (Rachiotis G., Stuckler D., Mckee M., Hadjichristodoulou C., 2015)

Τέλος, ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα ευρήματα εργασίας στη Θεσσαλονίκη, όπου, κατά την περίοδο 2000–2012, παρότι διαπιστώνεται θετική συσχέτιση ανάμεσα στον ΔΑ και την ανεργία, η συσχέτιση του αριθμού των μη ολοκληρωμένων αυτοκτονιών (απόπειρες) με την ανεργία, καταγράφεται αρνητική. (Fountoulakis K., Savoroulos C., Apostolopoulou M., Dampali R., Zaggelidou E., Carlafti E., et al. 2015) Θα πρέπει εδώ να σημειωθεί ότι το μικρό μέγεθος του δείγματος καθίσταται προβληματικό ως προς τη στατιστική σημαντικότητα των ευρημάτων. Ωστόσο, μεταγενέστερη εργασία της ίδιας συγγραφικής ομάδας, (Fountoulakis K., Savoroulos C., Zannis P., Apostolopoulou M., Fountoukidis I., Kakaletsis N., et al. 2016) διαπιστώνει ότι κλιματικές μεταβλητές, και συγκεκριμένα η υψηλή θερμοκρασία, συσχετίζεται θετικά με τον ΔΑ στους άνδρες, ενώ αντίθετα η ανεργία δεν φαίνεται να σχετίζεται σημαντικά με αυτό. (Fountoulakis K., et al. 2015)

### 3.1.1) Σύγκριση των ποσοστών αυτοκτονίας για τα έτη 2008-2011

Τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ είναι ιδιαίτερα ανησυχητικά και καταδεικνύουν τη ραγδαία αύξηση των αυτοκτονιών στη χώρα μας τα χρόνια της κρίσης. Το ποσοστό της αύξησης των καταγεγραμμένων αυτοκτονιών είναι 26,5% το 2011 σε σχέση με το 2010 και 43% σε σχέση με το 2007, όπου ήταν η τελευταία χρονιά πριν το ξεκίνημα της κρίσης.

Συγκεκριμένα, το 2008 καταγράφηκαν **373** αυτοκτονίες (308 άντρες και 65 γυναίκες), το 2009, **391** (333 άντρες και 58 γυναίκες), το 2010, **377** (336 άντρες και 41 γυναίκες) και το 2011, **477** αυτοκτονίες με 393 άντρες και 84 γυναίκες.

Παρόλη την αισθητή αύξηση τους, η ΜΚΟ «Κλίμακα» υποστηρίζει πως στην πραγματικότητα οι τελεσθείσες αυτοκτονίες είναι πολύ περισσότερες από αυτές που καταγράφονται επίσημα.

Η περιφέρεια με τον υψηλότερο δείκτη αυτοκτονιών γι' αυτά τα έτη είναι η Κρήτη, όπου το 2011 καταγράφηκαν 37 αυτοκτονίες, το 2012, 49 αυτοκτονίες και το 2013 (μέχρι τις 27 Αυγούστου) 34 αυτοκτονίες.

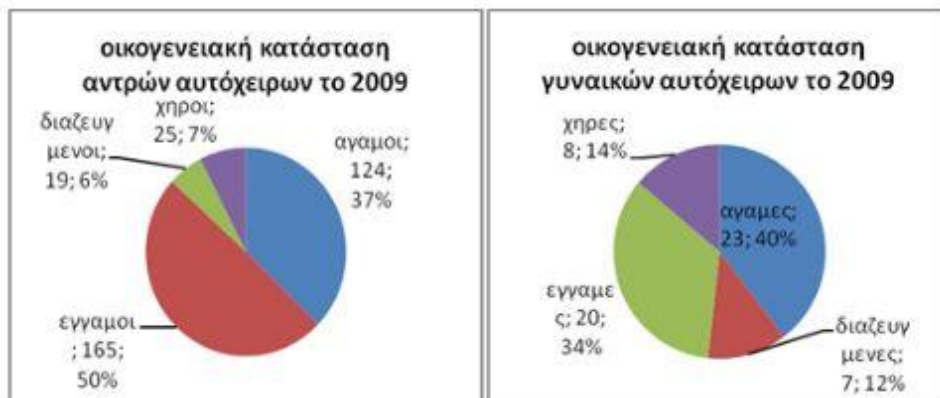
Σύμφωνα με την Κλίμακα, οι περισσότεροι (35%) που καλούν τη γραμμή παρέμβασης για την αυτοκτονία (1018) είναι άνεργοι και ακολουθούν οι ελεύθεροι επαγγελματίες και οι συνταξιούχοι. Ενώ μέχρι πριν κάποια χρόνια, οι κλήσεις που δεχόταν η γραμμή παρέμβασης αφορούσαν κυρίως θέματα που άπτονται ψυχικής υγείας, πλέον κυριαρχούν τα κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα. Τα ποσοστά των ανδρών και των γυναικών που απευθύνονται στη γραμμή είναι αρκετά κοντά μεταξύ τους. Το 41% που τηλεφωνεί, αφορά άτομα που ανησυχούν για κάποιο δικό τους άνθρωπο. (Το Βήμα, 2013)

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Γεωγραφική κατανομή αυτοκτονιών για τα έτη 2008-2011 (πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ.)**

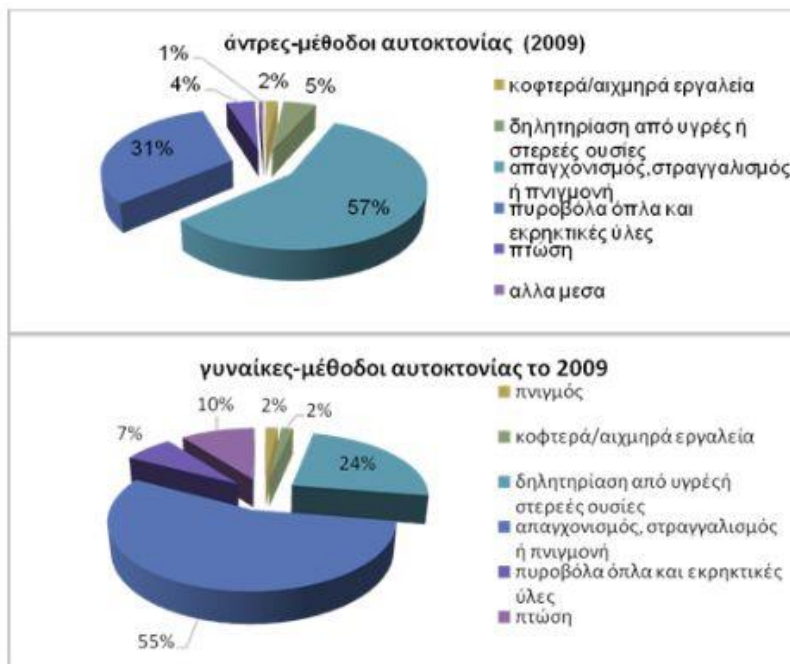
Περιφέρειες	2008	2009	2010	2011
<b>Ανατ. Μακεδονία &amp; Θράκη</b>	14	32	26	33
<b>Κεντρική Μακεδονία</b>	56	51	45	53

Δυτική Μακεδονία	8	6	9	14
Θεσσαλία	22	28	34	33
Ήπειρος	14	15	16	13
Ιόνια Νησιά	11	14	8	9
Δυτική Ελλάδα	33	25	27	36
Στερεά Ελλάδα	18	23	21	23
Πελοπόννησος	29	25	30	33
Αττική	111	122	109	172
Βόρειο Αιγαίο	4	4	10	4
Νότιο Αιγαίο	18	11	9	14
Κρήτη	28	33	27	37

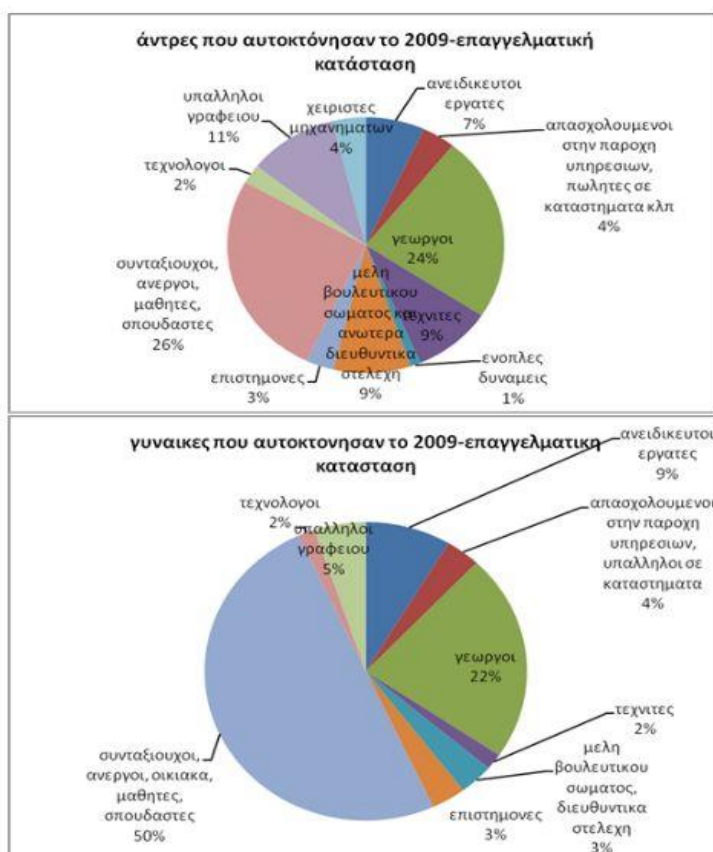
**ΓΡΑΦΗΜΑ 1: Οικογενειακή κατάσταση αντρών και γυναικών αυτοχέιρων το 2009 (πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ. 2009)**



**ΓΡΑΦΗΜΑ 2: Μέθοδοι αυτοκτονίας αντρών και γυναικών το 2009 (πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ. 2009)**



**ΓΡΑΦΗΜΑ 3: Επαγγελματική κατάσταση αυτοχειρών το 2009 (πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ. 2009)**





### 3.2) ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΤΑ ΤΑ ΕΤΗ 2012-2016. ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΑΝΑ ΕΤΟΣ, ΦΥΛΟ, ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟ

Πάνω από 4.200 άτομα αυτοκτόνησαν στην Ελλάδα την περίοδο 2008-2016, με τους άνδρες να αποτελούν τη συντριπτική πλειονότητα και το 2014 να καταγράφεται ρεκόρ αυτοκτονιών, σύμφωνα με στοιχεία που διαβιβάστηκαν στη Βουλή από το Υπουργείο Υγείας και αποτυπώνουν την εξέλιξη των αυτοκτονιών ανά έτος, φύλο και ηλικιακή ομάδα.

Τα στοιχεία αποκαλύπτουν ότι οι αυτοκτονίες σημειώνονται πιο συχνά στις ηλικίες από **40 έως 59 ετών**, ενώ η ηλικιακή ομάδα με τις περισσότερες καταγεγραμμένες αυτοκτονίες είναι αυτή των **45-49 ετών**.

Σύμφωνα με τα στοιχεία που διαβιβάστηκαν στη Βουλή, οι αυτοκτονίες στην Ελλάδα το 2014 σημείωσαν αύξηση **51,4%** σε σχέση με το 2008. Πιο αναλυτικά, οι αυτοχειρίες το 2012 ανήλθαν σε **508**, το 2013 σε **533**, το 2014 σε **565**, το 2015 σε **529** και το 2016 σε **484**.

Τα στοιχεία ανά φύλο, αποκαλύπτουν ότι την περίοδο 2008 έως και 2016, έχουν καταγραφεί στην Ελλάδα **3.487** αυτοκτονίες ανδρών και **750** γυναικών.

Πιο συγκεκριμένα, ανά ηλικιακή ομάδα, την ίδια περίοδο, έχουν καταγραφεί:

Στην ηλικιακή ομάδα 10-14 ετών 3 αυτοκτονίες, 15-19 ετών 60 αυτοκτονίες, 20-24 ετών 161 αυτοκτονίες, 25-29 ετών 224 αυτοκτονίες, 30-34 ετών 320 αυτοκτονίες, 35-39 ετών 308 αυτοκτονίες, 40-44 ετών 375 αυτοκτονίες, 45-49 ετών 463 αυτοκτονίες, 50-54 ετών 420 αυτοκτονίες, 55-59 ετών 413 αυτοκτονίες. Επίσης στην ηλικιακή ομάδα 60-64 ετών 337 αυτοκτονίες, 65-69 ετών 248 αυτοκτονίες, 70-74 ετών 227 αυτοκτονίες, 75-79 ετών 256 αυτοκτονίες, 80-84 ετών 211 αυτοκτονίες, και στην ηλικιακή ομάδα 85+ ετών 170 αυτοκτονίες. (Ναυτεμπορική, 2019)

Οι επαγγελματικές κατηγορίες στις οποίες ανήκαν οι αυτόχειρες της συγκεκριμένης περιόδου περιλαμβάνουν:

Ανειδίκευτους εργάτες: 3%

Χειριστές βιομηχανικών εγκαταστάσεων &εξοπλισμού συναρμολόγησης: 3%

Ειδικευμένοι τεχνίτες &ασκούντες τεχνολογικών επαγγελμάτων: 4%

Ειδικευμένοι γεωργοί: 15%

Πωλητές καταστημάτων: 6%

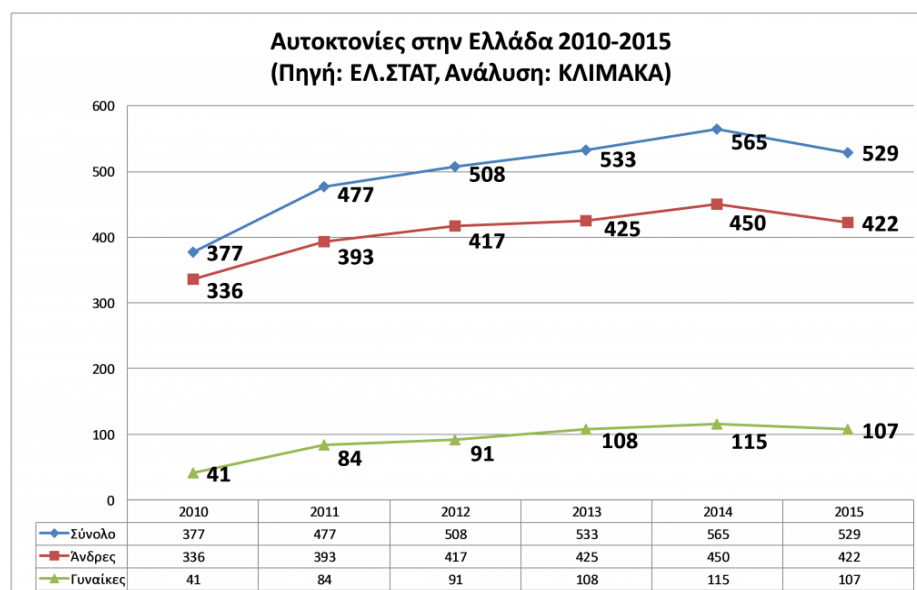
Υπάλληλοι γραφείου &συναφή επαγγέλματα: 4%

Βουλευτές &Ανώτερα/Διευθυντικά στελέχη: 3%

Οικονομικά ανενεργοί (συνταξιούχοι, οικιακά, μαθητές–σπουδαστές, άνεργοι, άεργοι): 43%

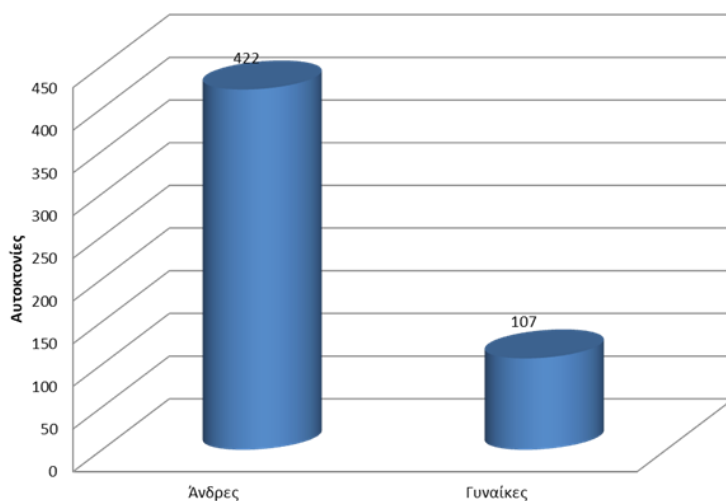
(ΚΛΙΜΑΚΑ, 2015)

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Αυτοκτονίες στην Ελλάδα το χρονικό διάστημα 2010-2015**  
(πηγή: Κλίμακα, 2018)



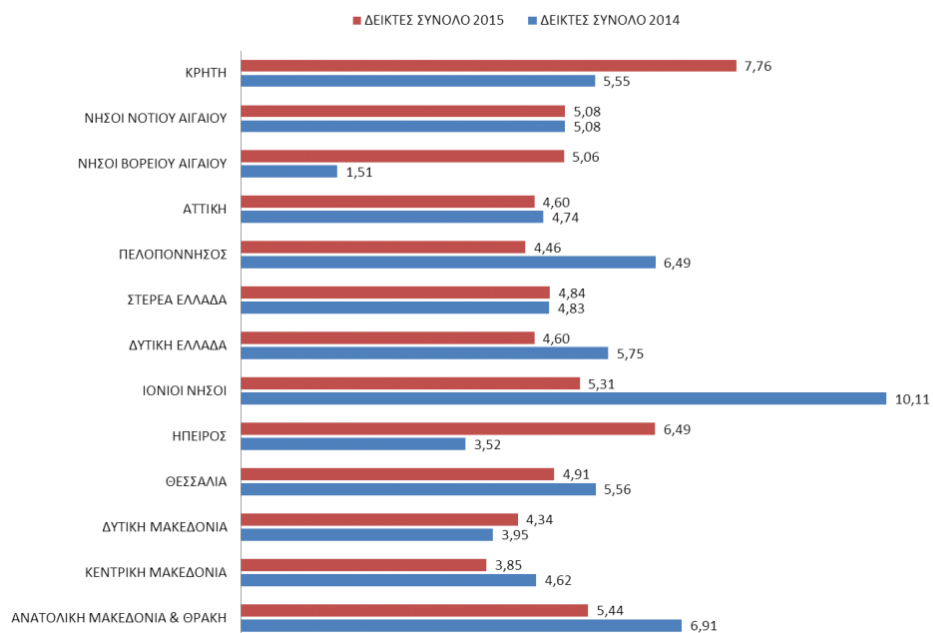
**ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Αυτοκτονίες ανά φύλο το 2015 (πηγή: Κλίμακα, 2018)**

**Αυτοκτονίες/ Φύλο/ 2015**  
(Πηγή ΕΛ.ΣΤΑΤ, Ανάλυση: ΚΛΙΜΑΚΑ)

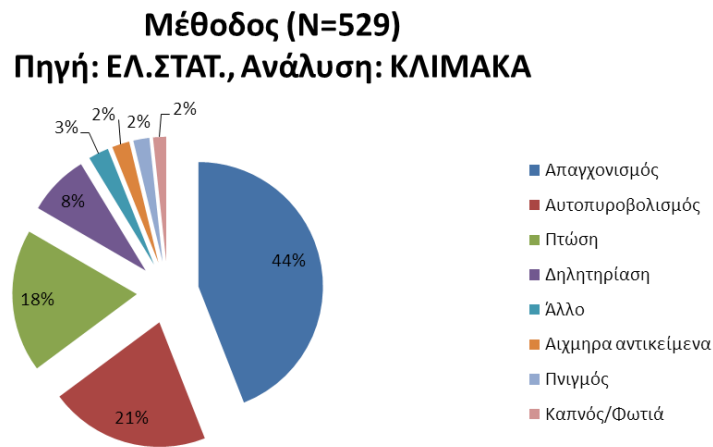


**ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Αυτοκτονίες ανά περιφέρεια το 2014-2015 (πηγή: Κλίμακα, 2018)**

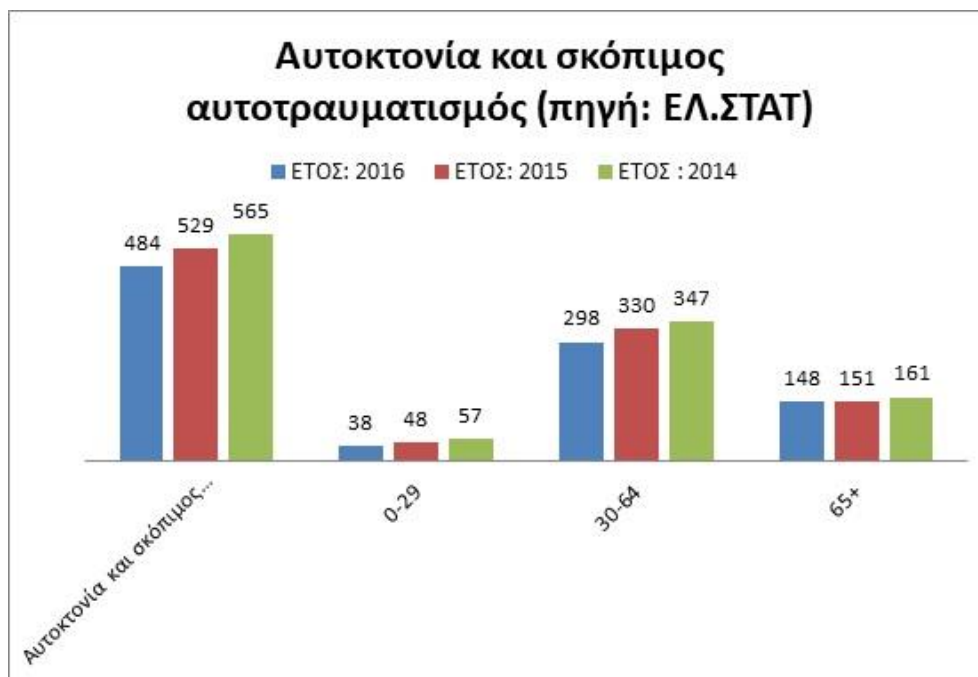
**Περιφέρειες 2014-2015-Σύνολο Πληθυσμού (ανά 100.000 άτομα, Πηγή:ΕΛ.ΣΤΑΤ, Ανάλυση:ΚΛΙΜΑΚΑ)**



**ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Μέθοδοι αυτοκτονίας το 2015 (πηγή: Κλίμακα, 2018)**



**ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Αυτοκτονία και σκόπιμος αυτοτραυματισμός (αισθητή μείωση το 2016 σε σχέση με το 2015 & 2014) (πηγή: Κλίμακα, 2018)**



### 3.3) ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2017: ΔΕΙΚΤΕΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ, ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΥΤΟΧΕΙΡΩΝ, ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ

Τα στοιχεία από την Ελληνική Στατιστική Αρχή, όπως αυτά αναλύθηκαν από το Παρατηρητήριο Αυτοκτονιών του Κέντρου Ημέρας για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας, σχετικά με τις αιτίες θανάτου στην Ελλάδα, αναδεικνύουν αύξηση των αυτοκτονιών για το έτος 2017, της τάξεως του **8,5%** σε σύγκριση με το 2016. Συγκεκριμένα, ο αριθμός των αυτοκτονιών για το 2017 ανήλθε στους **523** θανάτους, έναντι του 2016 που είχαν καταγραφεί 484. Κατά τα έτη **2010–2017** σημειώθηκαν τουλάχιστον **4.000 αυτοκτονίες**.

Η πλειοψηφία των αυτοχειρών για το έτος 2017 ήταν άνδρες σε ποσοστό **80%**. Πιο συγκεκριμένα, ο δείκτης θνησιμότητας λόγω αυτοκτονίας για τους άντρες ήταν **8,04** ανά 100.000 και **1,85** ανά 100.000 για τις γυναίκες, παρουσιάζοντας αμφότεροι ελάχιστη αύξηση σε σχέση με το 2016.

Για τους άνδρες, η ηλικιακή ομάδα με τις περισσότερες αυτοκτονίες ήταν εκείνη των υπερηλίκων (άτομα άνω των 80 ετών). Ιδιαίτερα ο δείκτης θνησιμότητας των αντρών ηλικίας από 80 έως 84 ετών, είναι ένας από τους υψηλότερους δείκτες που έχουν καταγραφεί για τη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα από το 2012 και έπειτα. Θα πρέπει να σημειωθεί πως οι δείκτες θνησιμότητας των αντρών ηλικίας άνω των 70, παρουσιάζουν σταθερή αυξητική τάση κατά την 5ετία 2013-2017 και παραμένουν οι υψηλότεροι συγκριτικά με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες του πληθυσμού. Ακολούθησαν οι άντρες παραγωγικής ηλικίας (45–49 ετών και 55–59 ετών) ενώ ιδιαίτερης σημασίας είναι η αισθητή αύξηση του δείκτη για τις ηλικίες 20–29 ετών.

Αντίστοιχα, στις γυναίκες οι υψηλότεροι δείκτες θνησιμότητας που καταγράφηκαν για το 2017 αφορούσαν τις ηλικίες 80 ετών και άνω σε σχέση με το προηγούμενο έτος, όπου συγκεκριμένα για την ηλικιακή ομάδα των 80–84 ετών δεν είχε καταγραφεί επίσημα καμία αυτοκτονία. Οι γυναίκες ηλικίας άνω των 60, όπως και εκείνες παραγωγικής ηλικίας 40–44 ετών, παρουσιάζουν επίσης υψηλούς δείκτες σε σχέση με το 2016.

Η περιφέρεια με τον υψηλότερο δείκτη θνησιμότητας λόγω αυτοκτονίας για το έτος 2017, ήταν εκείνη των Ιόνιων Νήσων και ακολούθησαν η Ήπειρος και η Κρήτη. Αντίστοιχα υψηλός δείκτης είχε παρουσιαστεί ξανά στην περιφέρεια των Ιόνιων Νήσων το 2014, περίοδος όπου έχει καταγραφεί ο υψηλότερος αριθμός αυτοκτονιών έως και σήμερα σε ολόκληρη τη χώρα.

Ο υψηλότερος δείκτης αυτοκτονιών ανδρών εμφανίζεται στα Ιόνια Νησιά και ακολουθούν η Ήπειρος και η Κρήτη, ενώ των γυναικών στη Θεσσαλία.

Η πιο συχνή μέθοδος αυτοκτονίας σε επίπεδο πληθυσμού, ήταν ο απαγχονισμός, ενώ ακολούθησαν η πτώση από ύψος και ο αυτοπυροβολισμός. Σε σχέση με το φύλο, ο απαγχονισμός αποτέλεσε τη συχνότερη μέθοδο αυτοκτονίας τόσο για τους άντρες όσο και τις γυναίκες, ωστόσο μια εξίσου συνηθισμένη μέθοδος για τις γυναίκες ήταν και η πτώση από ύψος.

Το 64% του συνόλου των αυτοκτονιών έλαβαν χώρα εντός οικίας, ενώ τουλάχιστον το 14% σε εξωτερικούς, δημόσιους χώρους, σχολεία, ιδρύματα κλπ. Η πλειοψηφία των αυτοχειρών (41%) ανήκαν στον οικονομικά ανενεργό πληθυσμό (συνταξιούχοι, οικιακά, άνεργοι, μαθητές–σπουδαστές). Παρόλο που ο γάμος θεωρείται προστατευτικός παράγοντας, εντούτοις για τους άντρες παρατηρείται πως το υψηλότερο ποσοστό των αυτοχειρών (43%) ήταν έγγαμοι, όπως και για τις γυναίκες (39%).

Τέλος, σύμφωνα με στοιχεία του Παρατηρητηρίου Αυτοκτονιών, οι αυτοκτονίες συνεχίζουν να παρουσιάζουν αισθητή αυξητική τάση για τα έτη 2018 & 2019, ακόμα μεγαλύτερη και από το 2017. (ΚΛΙΜΑΚΑ, 2017)

### 3.4) ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΕΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Παρόλο που οι αυτοκτονίες των ηλικιωμένων ατόμων ολοένα και αυξάνονται από το 2012, εντούτοις, καταβάλλονται ελάχιστες προσπάθειες πρόληψης του φαινομένου. Συχνά συμπτώματα όπως το αίσθημα μοναξιάς ή έκφραση έλλειψης νοήματος στη ζωή, παρερμηνεύονται ως «φυσικό αποτέλεσμα» της γενικότερης προοδευτικής έκπτωσης της λειτουργικότητας και αποδίδονται λανθασμένα σε παράγοντες όπως η ηλικία ή η προσωπικότητα, παρά θεωρούνται ενδείξεις νόσου της ψυχικής υγείας. Επιπλέον, πολύ συχνά οι αυτοκτονίες αυτής της ομάδας πληθυσμού υποκαταγράφονται (σε μεγαλύτερο βαθμό από την επικρατούσα υποκαταγραφή των αυτοκτονιών) λόγω απόδοσης των αιτιών του θανάτου σε χρόνιες παθήσεις.

Η Ελλάδα αποτελεί τη δεύτερη χώρα, μετά την Ιταλία, με το μεγαλύτερο ποσοστό (σχεδόν 22%) ηλικιωμένων ατόμων, σε σχέση με το σύνολο του πληθυσμού για τις χώρες που ανήκουν στην Ε.Ε. Η μακροπρόθεσμη αύξηση του συνόλου των ηλικιωμένων συνεπάγεται αύξηση του αριθμού των αυτοκτονιών το οποίο μεταφράζεται, εκτός από το βαρύ συναισθηματικό φορτίο που καλούνται να σηκώσουν οι άνθρωποι που μένουν πίσω, σε τεράστιο οικονομικό κόστος για τα άτομα, τις οικογένειες, την κοινότητα και το κράτος.

Από την άλλη μεριά, οι νεαρές ηλικίες (15-29 ετών), μολονότι δεν καταγράφουν τόσο υψηλά ποσοστά αυτοκτονιών σε σχέση με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, φαίνεται πως παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά αυτοτραυματικών ή/και παρα-αυτοκτονικών συμπεριφορών που συνιστούν, ωστόσο, σημαντικό δείκτη κινδύνου για αυτοκτονικότητα. Τόσο οι ηλικιωμένοι όσο και οι άνθρωποι νεαρής ηλικίας, είναι λιγότερο πιθανό να έρθουν σε επαφή με υπηρεσίες

ψυχικής υγείας, κάτι που τους τοποθετεί υψηλά στη βαθμίδα κινδύνου εκδήλωσης αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. (ΚΛΙΜΑΚΑ, 2017)

### 3.5) ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΥΠΟΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΩΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΩΝ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΟΥ

Ο συνολικός αριθμός των επίσημα καταγεγραμμένων θανάτων από αυτοκτονία, δεν αποτελεί παρά την κορυφή του παγόβουνου και σε καμία περίπτωση δεν αντικατοπτρίζει τη συνολική διάσταση του προβλήματος. Η υποκαταγραφή των αυτοκτονιών είναι δεδομένη σε παγκόσμιο επίπεδο σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Εκτιμάται πως κάθε αυτοκτονία ισοδυναμεί με τουλάχιστον 15–20 μη θανατηφόρες απόπειρες για τις οποίες δεν υπάρχουν καθόλου στοιχεία. Συνεπώς, μιλάμε για χιλιάδες απόπειρες αυτοκτονίας κάθε χρόνο και επίσης χιλιάδες άτομα και οικογένειες που βιώνουν το πένθος μιας πρόωρης απώλειας ζωής, με σαφείς κοινωνικές, οικονομικές και ψυχικές συνέπειες στις ζωές τους.

Η δυσκολία να εξακριβωθεί η ύπαρξη της αυτοκτονικής πρόθεσης (όπως στην περίπτωση ενός ατυχήματος ή πνιγμού), το στίγμα που περιβάλλει την αυτοκτονία και κατ' επέκταση οι πολιτισμικές και κοινωνικές ιδιαιτερότητες που συνοδεύουν τον εκάστοτε τόπο, δυσχεραίνουν τις διαδικασίες καταγραφής των αυτοκτονιών και τις καθιστούν αφερέγγυες. Οι αυτοκτονίες συχνά μπορεί να καταγράφονται με διαφορετική κωδικοποίηση, με βάση το ταξινομικό ψυχιατρικό εγχειρίδιο της 10ης έκδοσης του ICD-10, ως «θάνατοι ακαθορίστου προθέσεως», ως «άγνωστα αίτια θνησιμότητας» ή/ και ως «βίαιοι θάνατοι» π.χ. «ατυχήματα».

Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛ.ΣΤΑΤ., το 2017 παρατηρήθηκε αισθητή αύξηση στους βίαιους θανάτους που ταξινομούνται στα «εξωγενή αίτια νοσηρότητας και θνησιμότητας», μέσα στους οποίους περιλαμβάνονται οι υποκατηγορίες «ατυχήματα», «πτώσεις» (π.χ. πτώση από φυσικά μέρη, κτίρια κ.α.) και «έκθεση σε καπνό, φωτιά και φλόγες». Ιδιαίτερα, ο αριθμός του συνόλου των πτώσεων, κατά την τετραετία 2014–2017, διπλασιάστηκε (από 421 στις 902), ενώ ο δείκτης θνησιμότητας λόγω αυτοκτονίας παρέμεινε, σε γενικές γραμμές,



σταθερός κατά την ίδια χρονική περίοδο, γεγονός που προκάλεσε προβληματισμούς σχετικά με τον αριθμό που αντιστοιχεί σε περιστατικά αυτοκτονιών, τόσο σε αυτή όσο και στις υπόλοιπες υποκατηγορίες. Η ακριβής πιστοποίηση των αιτιών θανάτου και η διεξοδική διερεύνηση των εξωτερικών αιτιών και λογικών ακολουθιών των γεγονότων που οδήγησαν σε αυτόν (π.χ. ύπαρξη προηγούμενων αποπειρών, αυτοτραυματισμών, σημειωμάτων αυτοκτονίας κλπ.) θα σταθεί αρωγός στη δημιουργία και εφαρμογή αξιόπιστων διαδικασιών καταγραφής και αποτύπωσης των θανάτων, το οποίο συνιστά πρωτεύον συστατικό ανάπτυξης δράσεων και ανάληψης στρατηγικών πρωτοβουλιών στο πεδίο πρόληψης της αυτοκτονίας.

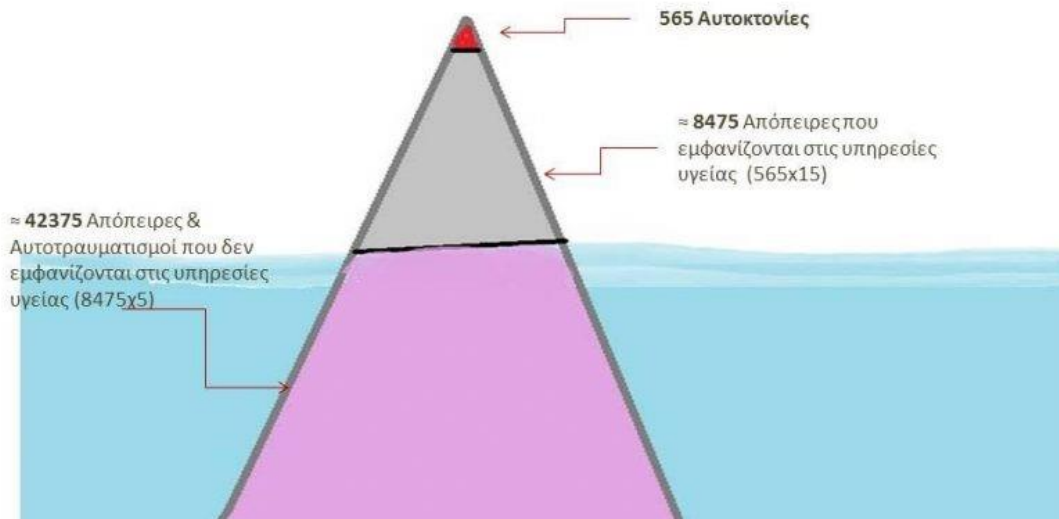
Η έγκαιρη αναγνώριση, θεραπεία και φροντίδα ατόμων ή ομάδων του πληθυσμού που είναι ευάλωτοι και διατρέχουν τον υψηλότερο κίνδυνο, όπως οι ηλικιωμένοι άνθρωποι αλλά και τα άτομα νεαρής ηλικίας, συνιστά θεμελιώδες μέσο αύξησης της αποτελεσματικότητας των στρατηγικών πρόληψης της αυτοκτονίας.

Οι κατευθυντήριες γραμμές του Π.Ο.Υ. σε επίπεδο πρόληψης της αυτοκτονίας, αφορούν μια ολοκληρωμένη φροντίδα σε όλα τα επίπεδα υγείας και κοινωνικής φροντίδας που θέτουν ως προτεραιότητα τον εντοπισμό των ομάδων υψηλού κινδύνου για αυτοκτονία και το συντονισμό των υπηρεσιών υγείας, με στόχο την ανάπτυξη και εφαρμογή στοχευμένων παρεμβάσεων. Η θεμελίωση μιας εθνικής στρατηγικής πρόληψης της αυτοκτονίας που θα αντανάκλα τις νέες ανάγκες και βασικές προτεραιότητες του πληθυσμού, συνιστά μείζον ζήτημα προστασίας της ανθρώπινης ζωής και προάσπισης του δικαιώματος της υπόστασης της, σε ένα πλαίσιο ψυχικής υγείας. (ΚΛΙΜΑΚΑ, 2017)

Ο πίνακας που ακολουθεί παρουσιάζει ένα παράδειγμα υποκαταγραφής των αυτοκτονιών στην Ελλάδα το 2014.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Καταγεγραμμένες αυτοκτονίες, καταγεγραμμένες απόπειρες και απόπειρες που έμειναν κρυφές το 2014**

## Αυτοκτονικότητα στην Ελλάδα (2014)



### 3.6) 24ΩΡΗ ΓΡΑΜΜΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ- 1018

Η Κλίμακα λειτουργεί από το 2007 τη μοναδική στην Ελλάδα τηλεφωνική Γραμμή Παρέμβασης για την Αυτοκτονία με το νούμερο 1018, η οποία στελεχώνεται από εξειδικευμένους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Η Γραμμή λειτουργεί σε εικοσιτετράωρη βάση, 7 ημέρες την εβδομάδα και δέχεται κλήσεις από κινητό ή σταθερό τηλέφωνο, με αστική χρέωση από όλες τις περιοχές της Ελλάδας. Οι κλήσεις είναι ανώνυμες και εμπιστευτικές, ενώ οι καλούντες έχουν τη δυνατότητα για άμεση συνάντηση με ειδικό μέσα σε 24 ώρες.

Στόχος της Γραμμής είναι η διαχείριση της αυτοκαταστροφικής κρίσης, έτσι ώστε να αποφευχθεί ο βραχυπρόθεσμος κίνδυνος αλλά και να διασφαλιστεί όσο το δυνατόν πιο άμεσα και αποτελεσματικά η παροχή ψυχιατρικής και ψυχολογικής στήριξης στον καλούντα και στην οικογένειά του. Σε περιπτώσεις όπου κρίνεται απαραίτητο, επιδιώκεται η συνέχιση της επικοινωνίας με τους καλούντες και η παρακολούθησή τους από το επιστημονικό προσωπικό του φορέα.

Απευθύνεται σε ανθρώπους που σκέφτονται να αυτοκτονήσουν, ανθρώπους που έχουν κάνει απόπειρες, ανθρώπους με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και ανθρώπους που βιώνουν την απώλεια ή ανησυχούν για κάποιο δικό τους πρόσωπο.

Στο Κέντρο Ημέρας για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας, ειδικά εκπαιδευμένοι επαγγελματίες ψυχικής υγείας αναλαμβάνουν τη θεραπευτική αντιμετώπιση ατόμων που έχουν εκδηλώσει αυτοκτονική συμπεριφορά, ενώ αναλόγως την περίπτωση, η θεραπεία μπορεί να αφορά βραχεία ή μακρόχρονη ψυχοθεραπευτική παρέμβαση.

Ειδικότερα παρέχεται ψυχιατρική και ψυχοκοινωνική αξιολόγηση, διάγνωση και θεραπευτική προσέγγιση, ατομικές και ομαδικές ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, παρέμβαση σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού και διαχείριση κρίσης, συνταγογράφηση φαρμακευτικής αγωγής.

Από την ίδρυση του ως τον Αύγουστο του 2020, ζήτησαν βοήθεια από το Κέντρο Ημέρας 4.022 άτομα και πραγματοποιηθήκαν 29.761 επισκέψεις.

Το 58% των ατόμων ήταν γυναίκες και το 42% άνδρες. Η πλειοψηφία των χρηστών των υπηρεσιών, κατά την πρώτη τους επίσκεψη, ήταν από 19 έως και 50 ετών. Σχεδόν το 40% δήλωσαν άνεργοι. Τρεις στους τέσσερις χρήστες επισκέφθηκαν το Κέντρο Ημέρας για λιγότερο από ένα χρόνο.

(ΚΛΙΜΑΚΑ,2018,2020)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΟΥΣ ΚΡΙΣΗΣ

### 4.1) Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στο άρθρο 3 του Προεδρικού Διατάγματος 891/1978 προσδιορίζονται οι αρμοδιότητες των κοινωνικών λειτουργών στον τομέα της υγείας. Συγκεκριμένα, ο κοινωνικός λειτουργός συμβάλλει στην πρόληψη ή αντιμετώπιση συναισθηματικών ή κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων που δημιουργούνται λόγω κλονισμού της σωματικής ή ψυχικής υγείας ατόμων, ή εξαιτίας χαρακτηριστικών της προσωπικότητάς τους ή άλλων δυσμενών καταστάσεων στο περιβάλλον τους. (Σταθόπουλος, 2005, Μπουρίκος, 2014)

Το έργο του κοινωνικού λειτουργού συνιστάται αρχικά στη διερεύνηση των κοινωνικών και οικονομικών συνθηκών της ζωής του εκάστοτε εξυπηρετούμενου και στη συνέχεια, στην παροχή ειδικών κοινωνικών υπηρεσιών, όπως ενημέρωση, συμβουλευτική, προώθηση της κοινωνικής ένταξης. Σύμφωνα με το Προεδρικό Διάταγμα 50/1989, οι πτυχιούχοι κοινωνικοί λειτουργοί κατέχουν εξειδικευμένες γνώσεις που μπορούν να εφαρμόσουν σε ατομικό και συνεργατικό επίπεδο, σε όλους τους τομείς δραστηριότητάς τους. Οι γνώσεις αυτές είναι οι απαιτούμενες για την επίτευξη των στόχων της πρόληψης και της θεραπείας κοινωνικών προβλημάτων, καθώς επίσης και για τη θετική ενίσχυση του βιοτικού επιπέδου και της λειτουργικότητας των ατόμων. (Μπουρίκος, 2014)

Σύμφωνα με τη Μαρτινάκη (2014), η ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης και θεραπευτικής συμμαχίας μεταξύ κοινωνικού λειτουργού και εξυπηρετούμενου, αποτελεί βασική προϋπόθεση για την κλινική πρακτική, καθώς αποτελεί ένα θεμελιώδες αξίωμα με ιδιαίτερη προέκταση στον τομέα της ψυχικής υγείας.

Ένας κοινωνικός λειτουργός δημιουργεί στον εξυπηρετούμενο την πεποίθηση ότι είναι ικανός να αλλάξει, γεγονός που σε πολλές περιπτώσεις δεν ενισχύεται από πρόσωπα του περιβάλλοντός του. Μ' αυτόν τον τρόπο, επικρατεί ένα

ασφαλές πλαίσιο εμπιστοσύνης, όπου μπορούν να εκφραστούν ανομολόγητοι φόβοι για πρόσωπα και συμπεριφορές. Τέλος, δίνεται η δυνατότητα ερμηνείας και κατανόησης συναισθημάτων, σκέψεων και συμπεριφορών που θεωρούνται ακατανόητα ή αδικαιολόγητα. (Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης και Πολιτικής Επιστήμης, ΔΠΘ)

#### 4.2) ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Ο κοινωνικός λειτουργός συνεργάζεται με όλες τις ειδικότητες, όπως ιατρούς, νοσηλευτές, ψυχολόγους, εργοθεραπευτές, οικονομικούς υπαλλήλους και διοικητικό προσωπικό και επικοινωνεί με τις υπάρχουσες υπηρεσίες. Συνοπτικά οι αρμοδιότητες του είναι:

- Συγκέντρωση στοιχείων για τη σύνταξη του κοινωνικού ιστορικού του εξυπηρετούμενου είτε από τον ίδιο, είτε από το κοινωνικό, συγγενικό ή φιλικό και επαγγελματικό του περιβάλλον.
- Στις περιπτώσεις κλειστών δομών, μεριμνά για την προσαρμογή του ασθενή ενημερώνοντας τον ίδιο και την οικογένεια του για παρεχόμενες υπηρεσίες.
- Οργανώνει, συχνά με τη συνεργασία ψυχολόγου ή ψυχιάτρου, θεραπευτικές ομάδες τις οποίες και εποπτεύει με στόχο την ενδυνάμωση των εξυπηρετούμενων, μέσω της κοινωνικοποίησης και της αξιοποίησης των δεξιοτήτων τους.
- Επιδιώκει τη σταθεροποίηση και ενίσχυση των σχέσεων ασθενούς-οικογένειας, αλλά και τη διατήρηση του επαγγελματικού και κοινωνικού περιβάλλοντος του ατόμου.
- Επικοινωνεί με τους αρμόδιους υπαλλήλους των ασφαλιστικών ταμείων για την παροχή ασφαλιστικής κάλυψης ή την ανανέωση της ήδη υπάρχουσας.
- Φροντίζει για την έκδοση Βιβλιαρίου Υγείας Ανασφαλιστού για τους άπορους και ανασφάλιστους.
- Επιλύει πρακτικά προβλήματα, όπως η έκδοση αστυνομικής ταυτότητας, σύνταξης και η χορήγηση επιδομάτων.

- Είναι ο συνδετικός κρίκος ανάμεσα σε διάφορες υπηρεσίες όπως αστυνομικές αρχές, δήμοι, κοινότητες, εκκλησιαστικές αρχές, δικαστήρια, για ζητήματα σχετικά με τους ασθενείς.
- Συνεργάζεται με τον Ο.Α.Ε.Δ και άλλους φορείς για την επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών μέσω προγραμμάτων.
- Επικοινωνεί με άλλες Κοινωνικές Υπηρεσίες για την παραπομπή και παρακολούθηση των εξυπηρετούμενων σε περίπτωση ειδικών προβλημάτων.
- Ανάλογα με το πλαίσιο που εργάζεται, οργανώνει κοινωνικές δραστηριότητες για την ψυχαγωγία και την κοινωνικοποίηση των ψυχικά πασχόντων, σε συνεργασία με φορείς της κοινότητας, άλλα πλαίσια κοινωνικής φροντίδας ή ιδιώτες.
- Αξιολογεί συνεχώς την πορεία των εξυπηρετούμενων, ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας.
- Παρακολουθεί επιμορφωτικά προγράμματα.

(Καλλινικάκη, 1998, Μουζακίτης, 1988, Σταθόπουλος, 2000, 2001, 2003, Φουσταλιεράκη, 2008, Δημοπούλου- Λαγωνίκα, 2011)

#### 4.3) ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΑΤΟΜΑ (ΚΕΑ)

Ο επαγγελματίας μέσω της επιστημονικής του κατάρτισης, έχει τη δυνατότητα λήψης κοινωνικού ιστορικού και διενέργειας κοινωνικής έρευνας που αποσκοπεί στη δημιουργία εξατομικευμένων παρεμβάσεων, κατάλληλων για τον κάθε άνθρωπο. Κύριο μέλημα του κοινωνικού λειτουργού είναι η ένταξη/επανένταξη των ευπαθών ομάδων (ψυχικά ασθενείς, τοξικομανείς, φυλακισμένοι/ αποφυλακισμένοι) στο κοινωνικό σύνολο και η εξασφάλιση των δικαιωμάτων τους. (Σταθόπουλος, 2005)

Η λήψη ενός καλού κοινωνικού ιστορικού μπορεί να υποδείξει τους παράγοντες που ενδέχεται μελλοντικά να επηρεάσουν θετικά την λειτουργικότητα του εξυπηρετούμενου ή να δημιουργήσουν προβλήματα και εντάσεις στη θεραπευτική διαδικασία, γεγονός που δε θα πρέπει να υποτιμάται από τους κοινωνικούς λειτουργούς. (Andrews, 2007)

Ο κοινωνικός λειτουργός στο χώρο εργασίας του, λειτουργεί μερικές φορές και ως πρόσωπο αναφοράς, δηλαδή καλλιεργεί μια πιο ουσιαστική σχέση με τους εξυπηρετούμενους που έχει υπό την ευθύνη του. Αναλαμβάνει την εποπτεία, ενδυνάμωση, παρότρυνση και επιβράβευση των ατόμων ανάλογα με την κατάκτηση των στόχων που ορίζονται στο ατομικό τους πρόγραμμα. Οι τεχνικές που ακολουθεί ως πρόσωπο αναφοράς καθορίζονται από τη θεραπευτική ομάδα. (Σταθόπουλος, 2005)

#### 4.4) ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΜΕ ΟΜΑΔΕΣ (ΚΕμΟ & ΚΕΟ)

Ως προς την κλινική παρέμβαση στην οικογένεια, ο κοινωνικός λειτουργός διενεργεί κατ' οίκον επισκέψεις. Κατά την πραγματοποίηση των επισκέψεων συλλέγει στοιχεία και καταγράφει συνθήκες που η οικογένεια δε θα αποκάλυπτε με άλλον τρόπο, στους επαγγελματίες υγείας. Γνώστης των τεχνικών λήψης του οικογενειακού ιστορικού, θα συγκεντρώσει τις κατάλληλες πληροφορίες και θα τις παρουσιάσει στην υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα. Αφού διερευνήσει την κατάσταση και τις ανάγκες που προκύπτουν απ' αυτήν, θα αναλάβει να

συμβουλέψει και να καθοδηγήσει το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή. Ειδικότερα, θα επιδιώξει να κινητοποιήσει τους συγγενείς, παρέχοντας την ενημέρωση που χρειάζονται για τις υπηρεσίες που μπορούν να απευθυνθούν, καθώς και για τα δικαιώματά τους. Ο κοινωνικός λειτουργός δε δρα για λογαριασμό της οικογένειας, αλλά την προετοιμάζει ώστε να μπορέσει να υποστηρίξει το μέλος που έχει ανάγκη.

Ακόμη, στην κοινωνική εργασία με ομάδες, ο κοινωνικός λειτουργός αναλαμβάνει το σχηματισμό ομάδων ασθενών για την εκπαίδευσή τους σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και στην κατάκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων. Σε ορισμένες δομές, τέτοιες ομάδες πραγματοποιούνται προκειμένου οι ασθενείς να μαθαίνουν να μοιράζονται τις ευθύνες, να προγραμματίζουν τις καθημερινές τους δουλειές, την προσωπική τους υγιεινή και να χειρίζονται τα οικονομικά τους. Με λίγα λόγια, οι ασθενείς εκπαιδεύονται ώστε να οργανώνουν μόνοι τους την καθημερινότητά τους. (Σταθόπουλος, 2005)

#### 4.5) ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ (ΚΕΚ)

Σε ό,τι αφορά στην κοινωνική εργασία με την κοινότητα, ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι διπτός. Αρχικά αποσκοπεί, μέσω της εργασίας του, στην ευαισθητοποίηση και κινητοποίηση της κοινότητας, ενημερώνοντας τους πολίτες για ζητήματα που άπτονται της κοινωνικής εργασίας, όπως είναι η ψυχική υγεία, οι άστεγοι, άτομα με αναπηρίες, πρόσφυγες/ μετανάστες, φυλακισμένοι κτλ. και που συνήθως επικρατεί μια αρνητική άποψη γύρω τους, καθώς και για τις κοινοτικές δομές και το έργο τους. Στη συνέχεια, έχοντας ως στόχο τη δικτύωση μεταξύ των κοινοτικών φορέων για την επανένταξη ευπαθών ομάδων όπως οι προαναφερθείσες, συνεργάζεται με φορείς όπως ο δήμος, οι ενορίες, τα θέατρα και οι ιδιωτικοί σύλλογοι.

Συνοπτικά, ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην κοινότητα, έχει στόχο την ευαισθητοποίηση των πολιτών, την αλλαγή στάσεων και την εξάλειψη των προκαταλήψεων και του στίγματος που περιβάλλουν πολλές φορές μειονοτικές ομάδες της κοινωνίας μας. Επομένως, ο επαγγελματίας θα χρησιμοποιήσει



όλες τις γνωριμίες και τις δημόσιες σχέσεις του με φορείς προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος του. (Σταθόπουλος, 2001, 2005)

#### 4.6) Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

Τέλος, ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στη θεραπευτική ομάδα είναι ιδιαίτερα σημαντικός, διότι μέσω της κοινωνικής εργασίας συλλέγονται όλα εκείνα τα στοιχεία που διαμορφώνουν μια πλήρη εικόνα για τις ανάγκες του εκάστοτε εξυπηρετούμενου. Τα στοιχεία που έχει συλλέξει ο επαγγελματίας μέσω της συνέντευξης, της κοινωνικής έρευνας και της κατ' οίκον επίσκεψης (όπου αυτό είναι εφικτό), καθώς και από τις πληροφορίες που προκύπτουν από τις επαφές με τον εργασιακό χώρο του εξυπηρετούμενου, το φιλικό του περιβάλλον και τη γειτονιά του, συντάσσουν ένα πλήρες αρχείο που η διεπιστημονική ομάδα θα βασιστεί για το σχεδιασμό του θεραπευτικού προγράμματος.

Συνοπτικά, η εργασία του κοινωνικού λειτουργού φέρνει στην επιφάνεια τις αντικειμενικές συνθήκες και τις ρεαλιστικές λύσεις των κοινωνικών προβλημάτων των εξυπηρετούμενων. Ο κοινωνικός λειτουργός αποτελεί το συνδετικό κρίκο ανάμεσα στην οικογένεια, τον εξυπηρετούμενο και την κοινότητα. (Σταθόπουλος, 2001, 2005)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Συνοψίζοντας όσα έχουν αναφερθεί μέχρι εδώ, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι όχι μόνο η αυτοκτονία είναι ένα πολύ σοβαρό ζήτημα που μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε οικογένεια, αλλά και στο ότι οι παράγοντες που συντελούν στη δημιουργία ψυχικής νόσου με την έσχατη έκφανση της, την αυτοκτονία, δεν είναι εύκολα επιλύσιμοι. Οικονομική ύφεση, ανεργία ή επισφαλής εργασία, έλλειψη στέγης, αθεράπευτη ψυχική νόσος, φτώχεια, συνδράμουν στη δημιουργία ενός φαύλου κύκλου όπου σίγουρα δε θα έχει θετική κατάληξη.

Επίσης, η δυσκολία πρόσβασης κάποιων ατόμων σε υπηρεσίες υγείας, είτε λόγω οικονομικής δυσχέρειας, είτε λόγω έλλειψης κατάλληλων θεραπευτικών δομών, καθιστά τρομερά δύσκολη, την επίλυση ζητημάτων ψυχικής και σωματικής υγείας, με αποτέλεσμα οι πιο ευάλωτοι να οδηγούνται σε πρόωρο θάνατο ή αυτοκτονία.

Πολλές οικογένειες βιώνουν καθημερινά τον πόνο της απώλειας ενός αγαπημένου προσώπου το οποίο τερμάτισε τη ζωή του, εξαιτίας των αιτιών που αναλύθηκαν σε όλο το εύρος της παρούσας πτυχιακής εργασίας. Αυτό καθιστά τους ανθρώπους που κλίνονται να αντιμετωπίσουν τον αναπάντεχο και βίαιο θάνατο, πέρα από συναισθηματικά ανέτοιμους, και πρακτικά ίσως επιβαρυσμένους.

Επομένως, κύριος στόχος της πολιτείας καθώς και των υπηρεσιών παροχής υγείας, πρέπει να καταστεί η σωστή πρόληψη της συμπεριφοράς των ατόμων που κινδυνεύουν να προβούν σε αυτοκτονία λόγω αντίξων συνθηκών ζωής και κοινωνικού αποκλεισμού, όπως επίσης και η αντιμετώπιση της κρίσης που βιώνει η κοινωνία μας, με τις αυτοχειρίες και τις απόπειρες αυτοκτονιών να αυξάνονται ολοένα και περισσότερο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Είναι γεγονός, ότι η οικονομική κρίση που διανύει η Ελλάδα τα τελευταία χρόνια, έχει επηρεάσει πολλούς τομείς της καθημερινότητας των πολιτών. Βρισκόμενοι ωστόσο εν έτη 2021, όπου η ανεργία παραμένει σε υψηλά επίπεδα, 13,3% (Σεπτέμβριος 2021) (Ναυτεμπορική,2021), αντιλαμβανόμαστε πως δεν έχει ξεπεραστεί ακόμη η κρίση, με χιλιάδες απώλειες στον τομέα των επιχειρήσεων, καθώς και με περικοπές σε μισθούς, συντάξεις και κοινωνικές δαπάνες.

Μέσα σε αυτό το κλίμα απαισιοδοξίας και απογοήτευσης, η ψυχική υγεία των Ελλήνων, δεν θα μπορούσε να μείνει αλώβητη. Εκατομμύρια Έλληνες, βλέποντας καθημερινά, να χάνουν την εργασία τους, να μειώνεται το βιοτικό τους επίπεδο ή να κινδυνεύουν να μείνουν άστεγοι, διακατέχονται από μία πληθώρα αρνητικών συναισθημάτων, τα οποία εκφράζονται μέσω της αύξησης περιστατικών ψυχικών, αγχωτικών και συναισθηματικών διαταραχών, αλλά και μέσω συγκρούσεων και διενέξεων στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, τα οποία μπορούν να οδηγήσουν και στην εμφάνιση φαινομένων λεκτικής και σωματικής βίας.

Άλλο ένα αποτέλεσμα της ύφεσης, το οποίο αναλύθηκε εκτενώς στην παρούσα διπλωματική εργασία, θεωρείται και η ανάπτυξη του αυτοκτονικού ιδεασμού. Αναμφισβήτητα, η μελέτη της παγκόσμιας ιστορίας, έχει δείξει την αύξηση των αυτοκτονιών σε περιόδους οικονομικών προβλημάτων, όπου τα άτομα οδηγούνται σε αυτοκαταστροφικές πράξεις, άλλοτε γιατί τις θεωρούν έναν τρόπο διαφυγής και άλλοτε, ως αφορμή, λόγω ύπαρξης κάποιας ψυχικής νόσου.

Όσο αναφορά τους λόγους που οδήγησαν τα άτομα στην αυτοκτονία, οι απαντήσεις ποικίλουν. Λόγοι ασθενείας, οικογενειακοί, οικονομικοί και αισθηματικοί, είναι κάποιες πιθανές αιτίες, με τις αυτοκτονίες που οφείλονται σε οικονομικούς λόγους, να βρίσκονται σε ανοδική πορεία από το 2007.

Ακόμα, οι αυτοκτονίες μπορούν να «κρύβουν» φαινόμενα μιμητισμού, ταύτισης, αλλά και κοινωνικών μηνυμάτων. Συνεπώς, ένας άνθρωπος διαβάζοντας ότι πολλοί πεθαίνουν εξαιτίας οικονομικών προβλημάτων, είναι πιθανόν να

οδηγηθεί σε αυτήν την πράξη, θεωρώντας ότι διαμαρτύρεται και ότι πρέπει να το κάνει, με στόχο την κοινωνική συνοχή και ευημερία. Θα πρέπει ωστόσο να προϋπάρχει και κάποιο ψυχολογικό υπόβαθρο.

Κλείνοντας, το αν οι αυτοκτονίες οφείλονται στην κρίση ή όχι, αυτό θα πρέπει ίσως να διερευνηθεί, όταν η Ελλάδα θα έχει ξεπεράσει την ύφεση και οι Έλληνες δεν θα νιώθουν απογοητευμένοι και απελπισμένοι. Το σίγουρο είναι, ότι η ψυχική υγεία των Ελλήνων έχει επηρεαστεί σημαντικά εξαιτίας των οικονομικών δυσχερειών, με αισθητές ψυχοσωματικές επιπτώσεις, αλλά και με την ανάδειξη και κλιμάκωση κοινωνικών φαινομένων.

Κύριο ρόλο σε αυτήν την κοινωνική κρίση, θα πρέπει να διαδραματίσει το ίδιο το κράτος. Ένα κράτος κοινωνικής πρόνοιας, δίχως περικοπές στην περίθαλψη, κρίνεται αναγκαίο, προκειμένου να ανασυγκροτηθούν οι πεπιοθήσεις και αντιλήψεις και να υπάρξει εκ νέου ένας ισχυρός κοινωνικός δεσμός ανάμεσα στο άτομο και την κοινωνία, μέσω ενεργών προγραμμάτων εργασίας, αλλά και ενισχύοντας τις δομές και τις υποδομές του.

## ΠΗΓΕΣ-ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Αβαγιάνου Α., (2000) *“Ευθάνατος θάνατος: Το ‘καλώς θανείν στην αρχαία Ελλάδα”* Γραμματικοπούλου Ε., Εκδόσεις: Αθήνα: Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών (ΕΙΕ)
- 2) Αθηναϊκό Πρακτορείο Ειδήσεων - Μακεδονικό Πρακτορείο Ειδήσεων, 15/1/2011, δήλωση Σάββα Ρομπόλη
- 3) Γιωτάκος Ο. (2010). *Οικονομική κρίση και ψυχική Υγεία*. Ψυχιατρική 21 (3): 195-204
- 4) Γιωτάκος Ο., Τσουβέλας Γ., Κονταξάκης Β. (2012) *“Αυτοκτονίες και υπηρεσίες παροχής ψυχικής υγείας στην Ελλάδα”* Ψυχιατρική 23:29–38
- 5) Δημοπούλου- Λαγωνίκα Μ. (2011) *«Μεθοδολογία κοινωνικής εργασίας, μοντέλα παρέμβασης. Από την ατομική στη γενική- ολιστική προσέγγιση»* Αθήνα, εκδ: ΤΟΠΟΣ
- 6) Ευθυμίου Κ., Αργαλιά Ε., Κασκαμπά Ε., Μακρή Α. (2013) *«Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. Τι γνωρίζουμε για την σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα;»* Εγκέφαλος 50, 22-30. Ανακτήθηκε 25/10/21 από <http://www.encephalos.gr/pdf/50-1-02g.pdf>
- 7) Έρευνα εργατικού δυναμικού της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας. Δελτίο τύπου 16/12/2010
- 8) Καλλινικάκη Θ. (1998) *«Κοινωνική εργασία- εισαγωγή στη θεωρία και την πρακτική της κοινωνικής εργασίας»* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- 9) Μαρτινάκη Σ. (2014) *«Ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης κοινωνικού λειτουργού- εξυπηρετούμενου σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας»* Αθήνα, Εκδ: ΒΗΤΑ
- 10) Μπεκιάρη Ε., Κατσαδώρος Κ. (χ.η) *“Οδηγός για την αναγνώριση του αυτοκαταστροφικού ασθενή”*. Αθήνα

- 11) Μπελεγρίνος Σ., Ζάχαρης Θ., Φραδέλος Ε.. *“Η αυτοκτονία ως κοινωνικό και ψυχολογικό φαινόμενο”*. Επιστημονικά Χρονικά (2014);19(4)  
Ανακτήθηκε 19/10/21 από: [http://www.tzaneio.gr/wp-content/uploads/epistimonika\\_xronika/p14-4-4.pdf](http://www.tzaneio.gr/wp-content/uploads/epistimonika_xronika/p14-4-4.pdf)
- 12) Μουζακίτης Χ. (1988) *«Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην ψυχιατρική κλινική του γενικού νοσοκομείου»* Περιοδικό Κοινωνική Εργασία. Τεύχος 12
- 13) Μπούρας Γ., Λυκούρας Λ. (2011) *«Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στη ψυχική υγεία»* Εγκέφαλος 48, 54-61. Ανακτήθηκε 25/10/21 από <http://www.hioniasvoli.gr/assets/%CE%AC%CF%81%CE%B8%CF%81%CE%BF-1.pdf>
- 14) Μπουρίκος Δ. (2014) *«Η άσκηση της κοινωνικής εργασίας στο χώρο της ψυχικής υγείας. Θεσμικά παράδοξα και οργανωτικά ελλείματα»* Αθήνα, Εκδ: ΒΗΤΑ
- 15) Μύθοι- Στοπ στην αυτοκτονία (2013, χ.η) Ανακτήθηκε από: <https://helpsuicide.wordpress.com/%CE%BC%CF%8D%CE%B8%CE%BF%CE%B9-%CE%B3%CE%B9%CE%B1-%CF%84%CE%B7%CE%BD-%CE%B1%CF%85%CF%84%CE%BF%CE%BA%CF%84%CE%BF%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%84%CE%B1/>
- 16) Νηματούδης Ι., (2011) *“Παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία και απόπειρα αυτοκτονίας”* Ανακτήθηκε 19/10/2021 από: <https://www.archaiologia.gr/wp-content/uploads/2011/07/101-3.pdf>
- 17) Οικονόμου Μ., Παπασλάνης Θ., Χαρίτση Μ., Διέτη Ε., Σουλιώτης Κ. (2018) *“Αυτοκτονικότητα και οικονομική ύφεση: διεθνή και Ελληνικά δεδομένα”* Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 35 (1): 27-35. Ανακτήθηκε 30/10/21 από <http://www.mednet.gr/archives/2018-sup/pdf/27.pdf>
- 18) Παπαδημητρίου Γ.Ν. (1999) *“Συναισθηματικές διαταραχές”* στο: Κοκκόρη Χ., Κοτοπούλου Ο., Μαλαδάκη Π., (2015) *“Κατάθλιψη (η ασθένεια της σύγχρονης εποχής) και αυτοκτονία”*, ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος, Πάτρα
- 19) Σολδάτος Κ., Δικαίος Δ. (1999) *“Άγχος και κατάθλιψη: εκδηλώσεις και αντιμετώπιση στη γενική ιατρική”* στο: Κοκκόρη Χ., Κοτοπούλου Ο., Μαλαδάκη

Π., (2015) *“Κατάθλιψη (η ασθένεια της σύγχρονης εποχής) και αυτοκτονία”*, ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος, Πάτρα

20) Σουλιώτης Κ., (2000) *«Ο ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας»*. Εκδόσεις Παπαζήση. Αθήνα

21) Σταθόπουλος Π. (2000) *«Κοινωνική εργασία. Διαδικασία, μέθοδοι και τεχνικές»* Αθήνα, εκδ: Παπαζήση

22) Σταθόπουλος Π. (2001) *«Κοινωνική εργασία- Θεωρία και πράξη»* Αθήνα, εκδ: Έλλην.

23) Σταθόπουλος Π. (2003) *«Κοινωνική πρόνοια- Μια γενική θεώρηση»*. Αθήνα, εκδ: Έλλην.

24) Σταθόπουλος Π. Α. (2005) *«Κοινωνική Πρόνοια- Ιστορική Εξέλιξη- Νέες Κατευθύνσεις»* Αθήνα, Εκδ: Παπαζήση

25) Φουσταλιεράκη Σ., Κοινωνική λειτουργός (2008) Κοινωνικός λειτουργός- Κοινωνική Εργασία σε υποστηρικτικό- συμβουλευτικό- θεραπευτικό επίπεδο. σ.σ 21 ΠΥΞΙΔΑ Α.Μ.Κ.Ε. Ανακτήθηκε 23/09/21 από [untitled \(pixidamko.gr\)](http://untitled.pixidamko.gr)

26) Χαραλάμπους Α, Τσίτση Θ. (2010) *«Οι επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης στον τομέα της υγείας και η ανάπτυξη ενός υπερεθνικού ρυθμιστικού πλαισίου»* Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 27(1):106-112

## ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Andrews AB. (2007) *Social History Assessment*, Sage Publications Inc
- 2) Antonakakis N., Collins A. (2014) «*The impact of fiscal austerity on suicide: on the empirics of a modern Greek tragedy*» *Soc Sci Med* 112:39–50
- 3) Aro S., Aro H., Keskimaki I. (1995) “*Socio-economic mobility among patients with schizophrenia or major affective disorder: A 17-year retrospective follow-up*” *Brit J Psychiatry* 166:759-767
- 4) Betrais, Joyce, Mulder, Fergusson, Deavoll, Nightingale (n.d) «*Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study*»
- 5) Botsis A.J., Plutchik R., Kotler M., Van Praag H.M., van Praag (1995) «*Parental loss and family violence in relation to suicide and violence risk*», *Suicide & Life-Threat Behavior*
- 6) Broomhall, H.S., & Winefield, A.H. (1990) “*A comparison of the affective well-being of young and middle-aged unemployed men matched for length of unemployment*”. *British Journal Medical Psychology* 63:43-52
- 7) Carson R., Butcher J., (1992) “*Abnormal psychology and modern life*” 9<sup>η</sup> έκδοση, New York, Harper Collins
- 8) Chabrol H., (1987) «*Οι τάσεις αυτοκτονίας του εφήβου*», (μτφ Τερζόγλου Α.), εκδόσεις Χατζινικολή. Αθήνα
- 9) Chan M. (2009) “*Impact of financial crisis on health: a truly global solution is needed*”
- 10) Chang S., Gunnell D., Sterne J., Lu T-H, Cheng A. (2009) “*Was the economic crisis 1997–1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time–trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand*” *Soc Sci Med* 68(7):1322–133
- 11) Chen J., Choi YC., Mori C., Sawada Y., Sugano S. (2012) “*Recession, unemployment and suicide in Japan*” *Japan Labor Review* 9:75–92



- 12) Diekstra, (n.d) «*Suicide and the attempted suicide: An international perspective*»
- 13) Durkheim E., (1978) «*Κοινωνικές αιτίες της αυτοκτονίας*», εκδόσεις Αναγνωστίδη Γ. Αθήνα
- 14) Durkheim E., *Suicide*, Free Press of Glencoe, Paris και McMillan, New York, (1987)
- 15) European Commission (2003). *The Social Situation in the European Union*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities;
- 16) Fountoulakis K., Savopoulos C., Siamouli M., Zaggelidou E., Mageiria S., Iacovides A. et al. (2013) «*Trends in suicidality amid the economic crisis in Greece*» *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 263:441–444
- 17) Fountoulakis K., Savopoulos C., Apostolopoulou M., Dampali R., Zaggelidou E., Carlafti E., et al. (2015) «*Rate of suicide and suicide attempts and their relationship to unemployment in Thessaloniki Greece (2000–2012)*» *J Affect Disord*
- 18) Fountoulakis K., Savopoulos C., Zannis P., Apostolopoulou M., Fountoukidis I., Kakaletsis N., et al. (2016) «*Climate change but not unemployment explains the changing suicidality in Thessaloniki Greece (2000–2012)*» *J Affect Disord* 193:331–338
- 19) Freud S. (1994) «*Ο πολιτισμός, πηγή δυστυχίας*» Αθήνα: Επίκουρος
- 20) Gilman S, Kawachi I, Fitzmaurice MG, Buka LS. (2002) «*Socioeconomic status in childhood and the lifetime risk of major depression*»
- 21) Gould M.S., Shaffer D., (1986) «*The impact of suicide in television movies: evidence of imitation*», *The New England Journal of Medicine*
- 22) *Health Inequalities*. (2005) UK Public Health Association. Ανακτήθηκε 15/09/21 από <https://ukpha.org.uk/>

- 23) Hopkins S. (2006) "*Economic stability and health status: evidence from East Asia before and after the 1990s economic crisis*" Health Policy 75:347-357
- 24) Hudson C. (2005) «*Socioeconomic Status and Mental Illness: Tests of the Social Causation and Selection Hypotheses*». Am J Orthopsych
- 25) Kentikelenis A., Karanikolos M., Papanicolas I., Basu S., McKee M., Stuckler D. (2011). «*Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy*». Lancet 378: 1457-1458
- 26) King, R.A., Pfeffer, C., Gammon, G.D., Cohen, D. (1992), «*Suicidality of Childhood and Adolescence*»
- 27) Kitanaka J. (2008) "*Diagnosing suicides of resolve: psychiatric practice in contemporary Japan*" Cult Med Psychiatry 3:152–176
- 28) Kitanaka J. (2008) "*Questioning the suicide of resolve: medico-legal disputes regarding "overwork suicide" in twentieth-century*" Japan
- 29) Kitanaka J. (2011) "*Depression in Japan: Psychiatric cures for a society in distress*" Princeton University Press, Princeton NJ
- 30) Kontaxakis V., Papanicolas T., Havaki-Kontaxaki B., Tsouvelas G., Giotakos O., Papadimitriou G. (2013) «*Suicide in Greece: 2001–2011*» Psychiatriki 24:170–174
- 31) Kom M., Botsis A.J., Kotler M., Plutchik R. et al. (1992) «*The suicide and aggression survey: a semistructured instrument for the measurement of suicidality and aggression*», Comprehensive Psychiatry
- 32) Kring A. M., Davison G. C., Neal J. M., Johnson S. L. (2007) "*Ψυχοπαθολογία*" (μτφ Καραμπά Θ.) Θεσσαλονίκη: Gutenberg
- 33) Kulik L. (2000) «*Jobless men and women: A comparative analysis of job search intensity, attitudes toward employment and related responses*» J Occup Organ Psychology 73:487-500
- 34) Leahy R. (2011) «*Unemployment's Human Costs*»

- 35) Leana, C.R., & Feldman, D.C., (1991) "Gender differences in responses to unemployment" J Vocational Behavior 38:65-77
- 36) Mackenbach JP. (2005) «Health Inequalities: Europe in profile». Expert report, UK Presidency of the EU
- 37) Madianos MG., Alexiou T., Patelakis A., Economou M. (2014) «Suicide, unemployment and other socioeconomic factors: evidence from the economic crisis in Greece» Eur J Psychiatry 28:39–49
- 38) Meessen B, Zhenzhong Z, Van Damme W, Devadasan N, Criel B, Bloom G. (2003) «Iatrogenic poverty» Tropical Medicine and International Health 8(7): 581-584
- 39) Murphy GC, Athanasou JA (1999) «The effects of unemployment on mental health». J Occup Organ Psychol; 72:83- 99
- 40) Papaslanis T., Kontaxakis V., Christodoulou C., Konstantakopoulos G., Kontaxaki M., Papadimitriou G. (2016) «Suicide in Greece 1992–2012: A time-series analysis» Int J Soc Psychiatry 62:471–476
- 41) Park Y., et al. (2009) "The Association between public social expenditure and suicides: evidence from OECD countries" J Prev Med Pub Health 42:123-129
- 42) Paul K, Moser K. (2009) "Unemployment impairs mental health: meta-analyses". J Vocat Behav 74:264–282
- 43) Pokorny A.D. (1983) «Prediction of suicide in psychiatric patients», Achieves of General Psychiatry
- 44) Rachiotis G., Stuckler D., Mckee M., Hadjichristodoulou C. (2015) «What has happened to suicides during the Greek economic crisis? Findings from an ecological study of suicides and their determinants (2003–2012)» BMJ Open

- 45) Ruhm C (2000). «*Are recessions good for your health?*» Q J Econ 115 (2): 617- 50
- 46) Ruhm C (2006). «*Macroeconomic conditions, health and mortality*». UK
- 47) Ruhm C (2008). «*Macroeconomic conditions, health and government policy*». New York
- 48) Sargent-Cox K., Butterworth P., Anstey K. (2011) “*The global financial crisis and psychological health in a sample of Australian older adults: A longitudinal study*”. Soc Sci Med 73(7):1105-1112
- 49) Sells CW, Blum RW (1996). «*Morbidity and mortality among US adolescents: an overview of data and trend*». American Journal of Public Health 86(4): 513- 519
- 50) Shaffer D., Garland A., Goud M., Fisher P., Trautman P. (1988) «*Preventing teenage suicide: a critical review*», Journal of America Academy of Child and Adolescent Psychiatry
- 51) Shamir, B (1985). «*Sex differences in psychological adjustment to unemployment and reemployment: A question of commitment, alternatives or finance?*» Social Problems 33:67-79
- 52) Singh GK, Yu SM. (1996) «*US childhood mortality, 1950 through 1993: trends and socioeconomic differentials*». American Journal of Public Health 86(4): 505- 512
- 53) Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. (2009) “*The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis*”. Lancet; 374: 315–23
- 54) Tangcharoensathien V., Harnvoravongchai P., Pitayarangarit S., Kasemsup V. (2000) “*Health impacts of rapid economic changes in Thailand*” Soc Sci Med 51:789±807

- 55) Tanji F., Kakizaki M. Sugawara Y., Watanabe I., Nakaya N., Minami Y., et al. (2015) "Personality and suicide risk: the impact of economic crisis in Japan" *Psychol Med* 45: 559–573
- 56) Taylor R., Page A., Morrella S., Harrison J., Carter G. (2005) "*Mental health and socio-economic variations in Australian suicide*". *Soc Sci Med* 61:1551–1559
- 57) Wagstaff A. (2002) «*Poverty and health sector inequalities*». *Bulletin of the World Health Organization* 80 97-105
- 58) World Health Organization (2009). *Financial crisis and global health: report of a high level consultation*. Geneva: World Health Organization
- 59) World Health Organization (2009). *Health amid a financial crisis: a complex diagnosis*. *Bull World Health Organ* 87:1-80
- 60) Vaananen A., Vahtera J., Pentti J., & Kivimaki, M., (2005) "Sources of social support as determinants of psychiatric morbidity after severe life events: Prospective cohort study of female employees". *J Psychosom Res* 58:459-46
- 61) Zenger M., Hinz A., Petermann F., Braehler E., Stobel- Richter Y. (2013) "*Health and quality of life within the context of unemployment and job worries*" *Psychother Psychosom Med Psychol* 63:129–137

## ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

- 1)(2013, 9 Σεπτεμβρίου) Αύξηση 43% των αυτοκτονιών στην Ελλάδα το 2011 σε σχέση με το 2007, *Το Βήμα*. Ανακτήθηκε 15/08/21 από <https://www.tovima.gr/2013/09/09/society/ayksisi-43-twn-aytoktoniwn-stin-ellada-to-2011-se-sxesi-me-to-2007/>
- 2) (2021, 3 Νοεμβρίου) Ευρωζώνη: Στο 7,4% η ανεργία τον Σεπτέμβριο- Πόσο έπεσε στην Ελλάδα, *Naftemporiki*. Ανακτήθηκε 10/11/21 από <https://www.naftemporiki.gr/finance/story/1796100/eurozoni-sto-74-i-anergia-ton-septembrio-poso-epese-stin-ellada>
- 3) (2019, 13 Μαΐου) ΕΛΣΤΑΤ: Πάνω από 4.200 αυτοκτονίες το 2008-2016, με ρεκόρ το 2014, *Naftemporiki*. Ανακτήθηκε 19/09/21 από <https://www.naftemporiki.gr/story/1474790/elstat-pano-apo-4200-autoktonies-to-2008-2016-me-rekor-to-2014>
- 4) (2020, 10 Σεπτεμβρίου) «Κλίμακα»: Αυξάνονται οι αυτοκτονίες στην Ελλάδα- Οι θλιβεροί αριθμοί. *LiFo*. Ανακτήθηκε 01/10/21 από <https://www.lifo.gr/now/greece/klimaka-ayxanontai-oi-aytoktonies-stin-ellada-oi-thliberoi-arithmoi#Echobox=1599721993>
- 5) (2015) Στατιστικά Αυτοκτονιών στην Ελλάδα, για τα τελευταία έτη, *ΚΛΙΜΑΚΑ*. Ανακτήθηκε 01/09/21 από <http://suicide-help.gr/statistika/>
- 6) (2017) Ανάλυση των τελευταίων στοιχείων της ΕΛ.ΣΤΑΤ για τις αυτοκτονίες του 2017: Σταθερά υψηλοί οι δείκτες αυτοκτονίας ηλικιωμένων ατόμων, *ΚΛΙΜΑΚΑ*. Ανακτήθηκε 01/09/21 από <https://www.klimaka.org.gr/analisi-stoixeion-elstat-2017-klimaka/>
- 7) (2014) Αυτοκτονικότητα στην Ελλάδα, *ΚΛΙΜΑΚΑ*. Ανακτήθηκε 02/10/21 από <http://suicide-help.gr/autoktonikotita-stin-ellada/>
- 8) (2018, 16 Φεβρουαρίου) ΚΛΙΜΑΚΑ: Οι θάνατοι από αυτοκτονία είναι πολύ περισσότεροι από τους επίσημα καταγεγραμμένους. *ONMED.GR*. Ανακτήθηκε 15/10/21 από <https://www.onmed.gr/ygeia-psyhikh/story/364146/klimaka-oi->

[thanatoi-apo-aytoktonia-einai-poly-perissoteroi-apo-toys-episima-katagegramm](#)

## **ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ**

Κατσαδώρας Κ. (2011) «Γραμμή Παρέμβασης για την Αυτοκτονία 1018»  
Εγκέφαλος 48, 151-158. Ανακτήθηκε 18/08/21 από  
<http://www.encephalos.gr/pdf/48-4-04g.pdf>

## **ΠΙΝΑΚΕΣ**

ΚΛΙΜΑΚΑ: Ανάλυση των τελευταίων στοιχείων της Ελ.Στατ. για τις αυτοκτονίες του 2015 (χ.η) Ανακτήθηκε 01/10/21 από <https://www.klimaka.org.gr/klimaka-analusi-twn-teleutaiwn-stoixeiwn-tis-elstat-gia-tis-autoktonies-tou-2015/>