

Επιδημιολογία της αυτοκτονίας στην Ελλάδα 1980-1997

Κ. Ζαχαράκης,¹
Μ. Μαδιανός,²
Γ. Παπαδημητρίου,³
Κ. Στεφανής⁴

ΣΚΟΠΟΣ Η επιδημιολογική μελέτη του φαινομένου της αυτοκτονίας κατά το διάστημα 1980-1997 στην Ελλάδα και η διερεύνηση της σχέσης της αυτοκτονίας με δημογραφικές και κοινωνικές μεταβλητές. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ** Το σύνολο των καταγεγραμμένων αυτοκτονιών κατά το διάστημα 1980-1997 ανέρχεται σε 6703, από τις οποίες οι 4961 (74%) αφορούσαν άνδρες και οι 1742 (26%) γυναίκες. Έγινε υπολογισμός ετήσιων και μέσων δεικτών αυτοκτονίας (ΔΑ) ως προς φύλο και ηλικία, ως προς φύλο και οικογενειακή κατάσταση και ως προς φύλο και τόπο διαμονής. Μελετήθηκαν επίσης και οι μέθοδοι αυτοκτονίας ως προς το φύλο. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Οι μέσοι προτυπωμένοι ως προς την ηλικία ΔΑ για τους άνδρες ήταν 5,87/100.000 και για τις γυναίκες 1,82/100.000. Οι ΔΑ αυξάνονταν με την πρόοδο της ηλικίας, ιδιαίτερα στους άνδρες. Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαχρονική αυξητική τάση των αυτοκτονιών στους άνδρες ηλικίας 45-54 ετών. Αντίθετα, στις αυτοκτονίες των γυναικών παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαχρονική πτωτική τάση στις ηλικίες 15-24, 75-84 και στο άθροισμα των ηλικιών. Οι έγγαμοι είχαν τους χαμηλότερους ΔΑ και στα δύο φύλα. Εξαιρετικά υψηλοί ΔΑ παρατηρήθηκαν στους χήρους άνδρες ηλικίας 25-34 ετών. Οι ΔΑ στις αγροτικές περιοχές ήταν υπερδιπλάσιοι των ΔΑ στις αστικές περιοχές. Οι μέθοδοι αυτοκτονίας ήταν κατά κύριο λόγο βίαιες, ιδιαίτερα στους άνδρες, και οι συχνότερες μέθοδοι ήταν ο απαγχονισμός, ο αυτοπυροβολισμός και η δηλητηρίαση, ενώ στις γυναίκες ο απαγχονισμός, η δηλητηρίαση και ο πνιγμός. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Οι ΔΑ στην Ελλάδα είναι από τους χαμηλότερους στην Ευρώπη. Οι χαμηλοί ΔΑ, οι παρατηρούμενες διαχρονικές τάσεις και οι επιδημιολογικές ιδιαιτερότητες των αυτοκτονιών στην Ελλάδα οφείλονται, πιθανότατα, σε μια σύνθεση κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων, αλλά και επερχόμενων αλλαγών στον τρόπο ζωής.

¹ Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα

² ΚΚΨΥ Ζωγράφου, Πανεπιστήμιο Αθηνών

³ Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα

⁴ Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα

Epidemiology of suicide in Greece: 1980-1997

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Αυτοκτονία
Επιδημιολογία
Μέθοδοι
Οικογενειακή κατάσταση
Τόπος διαμονής

Υποβλήθηκε 10.06.2002
Εγκρίθηκε 25.06.2002

Η αυτοκτονία αποτελεί μια σύνθετη πολυπαραγοντική ανθρώπινη συμπεριφορά. Έχει καταδειχθεί η στενή σχέση της με ψυχικές διαταραχές και κυρίως κατάθλιψη, αλκοολισμό, σχιζοφρένεια και διαταραχές προσωπικότητας.¹⁻³

Γενετικοί,⁴⁻⁶ βιολογικοί^{7,8} και κοινωνικοοικονομικοί^{9,10} παράγοντες συμμετέχουν στην παθογένεια και εκδήλωση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Η συχνότητα της αυτοκτονίας παρουσιάζει σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφόρων κρατών και πολιτισμών.^{11,12} Σε όλα σχεδόν τα κράτη, όμως, οι δείκτες αυτοκτονίας (ΔΑ) είναι υψηλότεροι στους άνδρες απ' ό,τι στις γυναίκες, τείνουν να αυξάνονται με την πρόοδο της ηλικίας και είναι χαμηλότεροι στους έγγαμους απ' ό,τι στους άγαμους, χήρους και διαζευγμένους.^{13,14} Στα Δυτικά κράτη, οι ΔΑ είναι συνήθως υψηλότεροι στις αστικές περιοχές.¹⁵

Προηγούμενες μελέτες για τις αυτοκτονίες στο σύνολο της Ελλάδας, που καλύπτουν μέρος των δεκαετιών του '60 και του '70, δείχνουν ότι για τις περιόδους αυτές η Ελλάδα είχε ΔΑ από τους χαμηλότερους στην Ευρώπη, με καθοδικές τάσεις.^{16,17}

Στον πίνακα 1 αναφέρονται οι ΔΑ διαφόρων Ευρωπαϊκών κρατών.

Ο ελληνικός πληθυσμός παρουσιάζει κοινωνιολογικά χαρακτηριστικά που συμβάλλουν στην ύπαρξη χαμηλών ΔΑ. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι ενδεικτικά χαμηλής κοινωνικής απομόνωσης και αυξημένης κοινωνικής και οικογενειακής συνοχής και μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται οι σχετικά μικρές γεωγραφικές αποστάσεις μεταξύ των διαφόρων κοινοτήτων, η μακρόχρονη ιστορία της

Πίνακας 1. Δείκτες αυτοκτονίας σε Ευρωπαϊκές χώρες (ανά 100.000 κατοίκους).¹³

Χώρα	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Αυστρία (1988)	33,6	13,3	24,95
Βέλγιο (1986)	30,9	14,1	22,5
Βουλγαρία (1987)	24	9,5	16,75
Τσεχοσλοβακία (1988)	26,4	9,5	17,95
Δανία (1987)	36,1	19,9	28
Φινλανδία (1987)	44,6	11,7	28,15
Γαλλία (1987)	31,7	12,5	22,1
Δυτική Γερμανία (1988)	24	10,8	17,9
Ουγγαρία (1988)	58,1	25,6	41,85
Ισλανδία (1988)	23,9	4	13,95
Ιρλανδία (1987)	10,4	3,4	6,9
Ιταλία (1986)	11,8	4,7	8,25
Λουξεμβούργο (1988)	28,6	8,9	18,75
Μάλτα (1988)	4,7	0,6	2,65
Ολλανδία (1987)	13,7	8,4	11,05
Νορβηγία (1987)	23,5	7,7	15,6
Πολωνία (1988)	20,5	4,3	12,4
Πορτογαλία (1988)	12,5	3,7	8,1
Ισπανία (1985)	9,7	3,5	6,6
Σουηδία (1987)	26	10,9	18,45
Ελβετία (1988)	32,4	12,9	22,65
ΕΣΣΔ (1987)	30,3	9,3	19,8
Ηνωμένο Βασίλειο (1988)	13	4,6	8,8
Πουγκοσλαβία (1987)	23,9	10,6	17,25

χώρας, η ύπαρξη σταθερής εθνικής ταυτότητας, αλλά και η κοινωνική ομοιομορφία του πληθυσμού,¹⁸ καθώς επίσης και ο γενικότερος τρόπος ζωής.^{16,19}

Κατά τις δύο τελευταίες δεκαετίες η Ελλάδα δέχεται διαρκώς αυξανόμενες επιρροές από τη Δύση, με επακόλουθες αλλαγές σε όλους τους τομείς και φυσικά στον τρόπο ζωής. Η μετανάστευση και η αστυφιλία, μεταξύ άλλων, συνέβαλαν σε μεγαλύτερη πολυπλοκότητα της ελληνικής κοινωνίας, με αποτέλεσμα την αυξημένη συχνότητα καταθλιπτικών διαταραχών, αυτοκτονικού ιδεασμού και αποπειρών αυτοκτονίας, ιδιαίτερα στις αστικές περιοχές.^{20,21}

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η επιδημιολογική διερεύνηση του φαινομένου της αυτοκτονίας στην Ελλάδα κατά την περίοδο των ανωτέρω κοινωνικών αλλαγών (1980–1997). Η μελέτη, κατά το μεγαλύτερο μέρος της, αποτέλεσε τμήμα της διδακτορικής διατριβής του πρώτου συγγραφέα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Στη μελέτη περιελήφθησαν όλες οι αυτοκτονίες που καταγράφηκαν στην Ελλάδα κατά το διάστημα 1980–1997. Τα αρχικά στοιχεία, καθώς και οι επίσημοι πληθυσμοί (απογραφών και υπολογιζόμενοι), ελήφθησαν από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδας (ΕΣΥΕ). Αναφέρουμε εδώ ότι η διαδικασία χαρακτηρισμού ενός θανάτου ως αυτοκτονία δεν μεταβλήθηκε καθόλο το χρονικό διάστημα που καλύπτει η μελέτη.

Υπολογίστηκαν οι επίσημοι και μέσοι ΔΑ ως προς φύλο και ηλικία, σε 10ετείς ομάδες ηλικιών (όλοι οι ΔΑ αναφέρονται σε 100.000 πληθυσμού).

Οι επίσημοι ΔΑ που αναφέρονται στο σύνολο των ανδρών και στο σύνολο των γυναικών είναι προτυπωμένοι ως προς την ηλικία, με πληθυσμό αναφοράς τον πληθυσμό της Ελλάδας κατά το έτος 1991.

Για τη μελέτη των διαχρονικών τάσεων των ειδικών κατά φύλο και ηλικία ΔΑ έγινε αρχικά ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis), η οποία έδειξε μη γραμ-

μική συσχέτιση των ΔΑ με το χρόνο. Στη συνέχεια, υπολογίστηκε ο συντελεστής συσχέτισης κατά Pearson (r) μεταξύ αυτών των ΔΑ και του χρόνου (σε έτη). Η συσχέτιση μεταξύ αυτοκτονίας και οικογενειακής κατάστασης μελετήθηκε μόνο για τα απογραφικά έτη 1981 και 1991, καθώς μόνο για τα έτη αυτά υπάρχουν ακριβή στοιχεία οικογενειακής κατάστασης.

Για τα ίδια έτη μελετήθηκε και η συσχέτιση μεταξύ αυτοκτονίας και τύπου διαμονής. Έγινε υπολογισμός και σύγκριση των προτυπωμένων ως προς την ηλικία ΔΑ μεταξύ περιοχών αστικών (>10.000 κάτοικοι), ημιαστικών (κάτοικοι μεταξύ 2.000 και 10.000) και αγροτικών (<2.000 κάτοικοι).

Η μελέτη των μεθόδων αυτοκτονίας έγινε με υπολογισμό των μέσων ΔΑ κατά φύλο και μέθοδο (κωδικοί E950-E958, με βάση την Ένατη Αναθεώρηση της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης των Νόσων, Κακώσεων και Αιτιών Θανάτου).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το σύνολο των καταγεγραμμένων αυτοκτονιών κατά την περίοδο 1980-1997 ανέρχεται σε 6703, από τις οποίες σε 4.961 (74%) οι αυτόχειρες ήταν άνδρες, ενώ σε 1.742 (26%) ήταν γυναίκες.

Στην εικόνα 1 παρουσιάζονται οι μέσοι ετήσιοι ΔΑ ανά ηλικία και φύλο. Οι μέσοι ΔΑ αυτοκτονίας των ανδρών ήταν υψηλότεροι από τους αντίστοιχους των γυναικών σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Οι μέσοι ΔΑ και

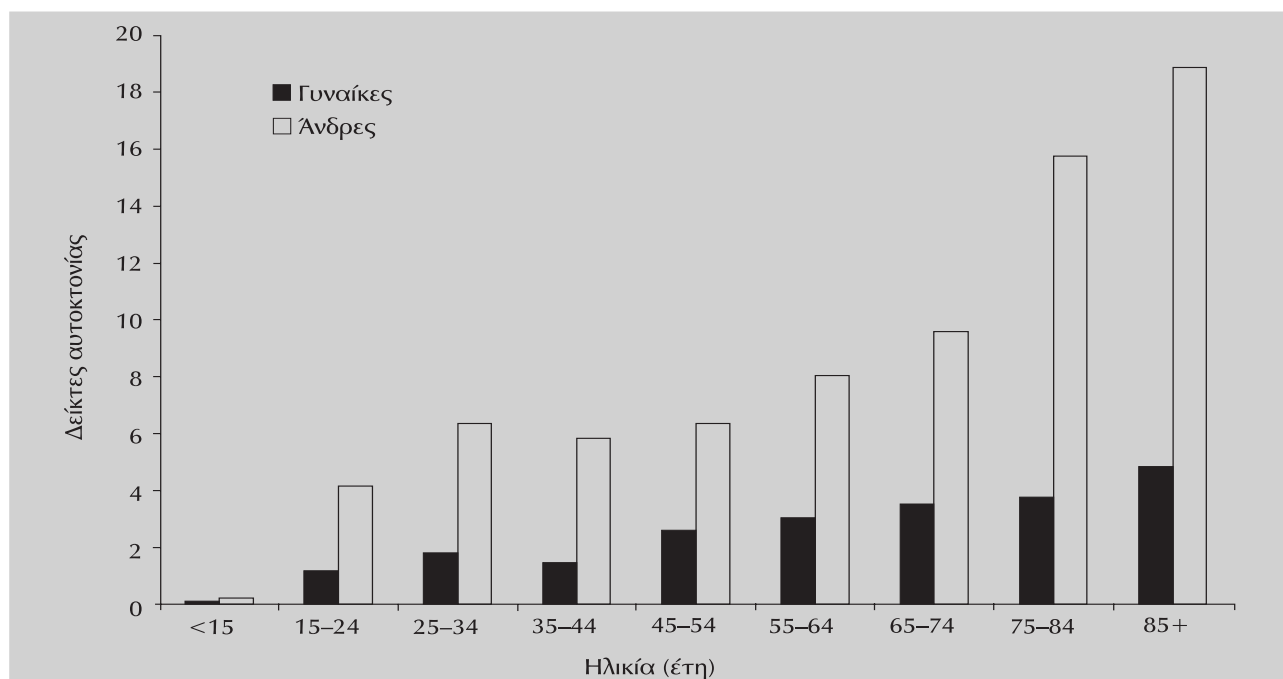
στα δύο φύλα αυξάνονται με την πρόοδο της ηλικίας, αλλά στους άνδρες η τάση αυτή είναι εντονότερη και ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 65 ετών.

Οι πίνακες 2 και 3 παρουσιάζουν τους ετήσιους ΔΑ των ανδρών και γυναικών, αντίστοιχα, κατά ηλικιακή ομάδα. Όπως φαίνεται από τους πίνακες αυτούς, ο μέσος ΔΑ για το σύνολο των ανδρών ήταν 5,87/100.000, ενώ ο αντίστοιχος ΔΑ για τις γυναίκες ήταν 1,82/100.000 (δείκτες προτυπωμένοι ως προς την ηλικία). Οι ΔΑ των ανδρών ήταν υψηλότεροι από τους αντίστοιχους των γυναικών σε όλα τα έτη και σε όλες τις ηλικιακές ομάδες (εξαιρείται η ομάδα <15 ετών το 1981). Οι ΔΑ των ανδρών στις περισσότερες ηλικιακές ομάδες παρουσίασαν αυξητικές τάσεις κατά την περίοδο αυτή, με στατιστικά σημαντική αύξηση στην ομάδα 45-54 ετών ($P<0,01$).

Οι ΔΑ των γυναικών, αντίθετα, παρουσίασαν πτωτικές τάσεις σχεδόν σε όλες τις ηλικιακές ομάδες κατά την ανωτέρω περίοδο. Οι τάσεις αυτές ήταν στατιστικά σημαντικές στις ηλικίες 15-24 ($P<0,05$), 75-84 ($P<0,05$) και στο σύνολο ($P<0,01$).

Στον πίνακα 4 απεικονίζονται οι ΔΑ κατά φύλο, ηλικία και οικογενειακή κατάσταση, για τα έτη 1981 και 1991.

Όπως φαίνεται στον πίνακα 4, η αυτοκτονία είναι λιγότερο συχνή στους έγγαμους απ' ό,τι στους άγαμους,



Εικόνα 1. Μέσοι δείκτες αυτοκτονίας ανά φύλο και ηλικία (ανά 100.000 πληθυσμού).

Πίνακας 2. Δείκτες αυτοκτονίας (ΔΑ) (1980-1997) στους άνδρες κατά ηλικία (ανά 100.000 πληθυσμού).

Ηλικία (έτη)	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	Μέσοι ΔΑ
<15	0,44	0,09	0,18	0,64	0,18	0,00	0,00	0,28	0,00	0,39	0,3	0,4	0,21	0,21	0,22	0,00	0,21	0,00	0,21
15-24	3,02	3,14	2,93	5,19	4,5	4,51	5,76	4,51	4,85	4,14	5,11	3,92	2,64	3,63	4,13	4,39	4,20	3,97	4,14
25-34	5,36	5,69	4,67	7,28	6,61	5,86	7,79	6,72	7,54	7,6	6,48	5,24	5,24	6,44	5,69	7,41	6,00	6,10	6,32
35-44	5,65	4,92	6,6	4,37	5,82	6,09	4,01	6,33	5,76	6,87	5,54	5,92	5,71	8,07	4,54	6,46	5,80	6,20	5,81
45-54*	5,16	5,8	4,84	5,92	6,45	7,02	6,02	6,59	5,72	5,81	5,18	6,81	7,22	6,68	7,12	7,21	7,32	7,10	6,33
55-64	5,39	7,73	10,29	9,38	10,1	8,94	7,94	9,09	9,68	5,95	6,94	8,14	7,5	8,65	7,41	6,34	6,20	8,20	7,99
65-74	10,14	8,76	11,3	8,39	10,22	10,91	12,17	7,53	7,49	9,68	6,95	11,71	10,48	9,84	9,64	7,94	8,50	10,10	9,56
75-84	15,67	11,62	13,4	12,97	14,68	14,72	20,9	21,95	15,67	15,38	16,59	17,52	17,18	14,47	13,59	14,53	15,30	16,70	15,71
85+	21,27	14,95	11,69	20,05	19,69	16,52	14,52	23,38	27,05	15,25	23,01	21,74	15	10,64	16,63	26,57	21,70	20,54	18,84
Σύνολο**	5,17	5,07	5,58	5,95	6,24	6,07	6,39	6,41	6,16	5,84	5,62	6,09	5,63	6,08	5,49	5,9	5,92	6,12	5,87

*: Pearson's $r=0,65$, $P<0,01$

** : Προτυπωμένος ως προς ηλικία δείκτης αυτοκτονίας (ΔΑ)

Πίνακας 3. Δείκτες αυτοκτονίας (1980-1997) στις γυναίκες κατά ηλικία (ανά 100.000 πληθυσμού).

Ηλικία (έτη)	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	Μέσοι ΔΑ
<15	0,09	0,28	0,1	0,1	0,1	0,00	0,00	0,1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05
15-24*	0,58	1,43	2,4	2,1	2,09	1,8	1,77	1,63	0,54	0,94	1,06	0,66	0,53	0,79	0,39	0,79	0,66	0,53	1,15
25-34	1,07	2,73	2,42	1,35	3,12	2,65	1,46	1,3	1,57	2,26	1,53	1,36	1,34	1,84	1,17	1,42	1,57	1,84	1,78
35-44	1,9	0,79	1,27	1,11	1,59	1,75	1,91	1,73	1,55	2,28	0,9	1,78	1,47	1,01	1,28	0,84	1,01	1,55	1,43
45-54	2,77	3,15	2,69	3,39	3,26	3,58	2,44	3,71	2,98	2,07	3,06	2,58	1,28	3,51	1,43	1,43	1,26	1,43	2,56
55-64	2,93	3,07	2,97	2,85	2,73	4,2	3,68	4,72	3,33	3,71	2,13	2,55	2,4	2,71	2,72	2,28	2,40	2,85	3,01
65-74	4,45	3,27	3,96	3,5	4,2	5,37	2,67	3,39	6,96	3,79	2,54	1,99	2,54	3,85	2,92	2,06	2,54	2,67	3,48
75-84**	5,78	5,61	3,33	6,06	2,37	3,83	5,94	4,25	6,03	3,31	2,53	3,94	2,5	3,56	2,49	1,42	2,49	1,42	3,71
85+	7,72	3,81	7,74	1,87	0,00	8,76	3,05	4,45	7,22	7,07	2,74	5,25	6,39	8,7	4,74	2,23	2,47	1,87	4,8
Σύνολο***	1,94	2,1	2,16	2,03	2,17	2,56	2,02	2,25	2,22	2,03	1,49	1,57	1,32	1,88	1,32	1,15	1,32	1,15	1,82

*Pearson's $r=-0,63$, $P<0,05$

**Pearson's $r=-0,63$, $P<0,05$

***Pearson's $r=-0,72$, $P<0,01$

***Προτυπωμένος ως προς την ηλικία δείκτης αυτοκτονίας (ΔΑ)

χήρους και διαζευγμένους. Μεταξύ των διαζευγμένων, καταγράφονται αυτοκτονίες μόνο στις ηλικιακές ομάδες 25-64 ετών για τους άνδρες και 25-54 ετών για τις γυναίκες. Μεταξύ των χήρων, στους μεν άνδρες οι ΔΑ είναι εξαιρετικά υψηλοί στις ηλικίες 25-34, ενώ στις γυναίκες οι υψηλότεροι ΔΑ παρατηρούνται στις ηλικίες 35-44. Η αναλογία των ΔΑ χήροι/έγγαμοι ήταν γενικά υψηλότερη στους άνδρες.

Ο πίνακας 5 παρουσιάζει τους προτυπωμένους ως προς την ηλικία ΔΑ ανδρών και γυναικών σε αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές για τα έτη 1981 και 1991. Οι ΔΑ και για τα δύο φύλα ήταν διπλάσιοι στις αγροτικές περιοχές απ' ό,τι στις αστικές.

Στον πίνακα 6 παρουσιάζονται οι μέσοι ετήσιοι ΔΑ ανά μέθοδο και φύλο. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν ήταν κυρίως βίαιες.

Ο απαγχονισμός ήταν η συχνότερη μέθοδος, καθώς χρησιμοποιήθηκε περίπου στο 45% του συνόλου των αυτοκτονιών. Επόμενες σε συχνότητα μέθοδοι ήταν στους άνδρες τα πυροβόλα όπλα και η δηλητηρίαση και στις γυναίκες η δηλητηρίαση και ο πνιγμός.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Έχει διαπιστωθεί σε μελέτες του παρελθόντος ότι οι ΔΑ στην Ελλάδα ήταν από τους χαμηλότερους παγκο-

Πίνακας 4. Δείκτες αυτοκτονίας κατά φύλο, ηλικία και οικογενειακή κατάσταση (ανά 100.000 πληθυσμού).

Ηλικία (έτη)	Άνδρες							
	Έγγαμοι (1981)	Άγαμοι (1981)	Χήροι (1981)	Διαζευγμένοι (1981)	Έγγαμοι (1991)	Άγαμοι (1991)	Χήροι (1991)	Διαζευγμένοι (1991)
<15	0	0,08	0	0	0	0,39	0	0
15-24	2	3,28	0	0	0	4,09	0	0
25-34	1,86	12,9	484,26	0	2,3	8,68	214,59	0
35-44	3,76	16,29	0	16,93	3,93	20,74	0	7,21
45-54	4,89	21,56	22,93	0	4,9	35,39	0	27,18
55-64	6,37	21,52	44	25,46	5,82	45,12	39,72	0
65-74	7,61	35,08	11,01	0	10,03	29,88	32,26	0
75-84	6,48	17,44	35,16	0	14,2	30,25	29,25	0
>85	18,63	0	18,91	0	19,61	76,92	25,64	0

Ηλικία (έτη)	Γυναίκες							
	Έγγαμες (1981)	Άγαμες (1981)	Χήρες (1981)	Διαζευγμένες (1981)	Έγγαμες (1991)	Άγαμες (1991)	Χήρες (1991)	Διαζευγμένες (1991)
<15	0	0,27	0	0	0	0	0	0
15-24	0,86	1,7	0	0	0	0,83	0	0
25-34	2,21	3,8	0	18,26	1,06	2,78	0	0
35-44	0,54	2,19	7,68	0	1,18	6,68	7,52	4,02
45-54	2,62	11,04	4,48	0	2,07	6,31	5,3	5,38
55-64	2,65	10,14	3,12	0	1,58	10,74	4,5	0
65-74	2,66	0	4,63	0	1,7	4,02	2,34	0
75-84	4,43	0	7,21	0	3,39	0	4,59	0
>85	0	0	5,28	0	0	0	6,86	0

Πίνακας 5. Προτυπωμένοι ως προς την ηλικία δείκτες αυτοκτονίας σε αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές (ανά 100.000 πληθυσμού).

	Άνδρες			Γυναίκες		
	Αστικές	Ημιαστικές	Αγροτικές	Αστικές	Ημιαστικές	Αγροτικές
1981	3,45	3,68	7,61	1,6	1,74	3,43
1991	4,08	4,78	8,7	1,06	1,1	2,8

Αστικές: >10.000 κάτοικοι

Ημιαστικές: Κάτοικοι μεταξύ 2.000 και 10.000

Αγροτικές: <2.000 κάτοικοι

σμίως και οι δεύτεροι (μετά τη Μάλτα) χαμηλότεροι στην Ευρώπη.^{11,16} Οι ΔΑ της περιόδου 1980-1997 είναι επίσης πολύ χαμηλοί σε παγκόσμια κλίμακα και από τους χαμηλότερους στην Ευρώπη.^{11,12,29} Σε όλες τις χώρες και βέβαια και στην Ελλάδα, ορισμένοι θάνατοι από αυτοκτονίες καταχωρούνται ως θάνατοι από ατυχήματα ή από αδιευκρίνιστα αίτια. Το φαινόμενο αυτό είναι διεθνώς γνωστό ως *underreporting* και μπορεί να συμβαίνει είτε σκόπιμα (απόκρυψη της πραγματικής αιτίας θανάτου προς αποφυγή του κοινωνικού στίγματος), είτε χωρίς πρόθεση (αντικειμενική αδυναμία διευκρίνισης των συνθηκών του θανάτου). Αν και το ακριβές μέγεθος του φαινομένου

αυτού στη χώρα μας είναι άγνωστο, δεν υπάρχει αμφιβολία ότι οι αυτοκτονίες στην Ελλάδα είναι σχετικά λίγες. Είναι πολύ πιθανό ότι στη χώρα μας συγκεκριμένοι κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες δρουν «προστατευτικά» κατά της αυτοκτονίας. Παρά τη σταδιακή μεταμόρφωση της ελληνικής οικογένειας σε πυρηνικό τύπο οικογένειας,²² οι δεσμοί μεταξύ των μελών της παραμένουν ισχυροί, εξασφαλίζοντας ψυχολογική υποστήριξη σε ψυχοπιεστικές περιόδους αλλά και σε περίπτωση ψυχικών νοσημάτων. Η κοινωνική απομόνωση, που έχει συσχετιστεί θετικά με την αυτοκτονία,²³ εξακολουθεί να έχει μικρές διαστάσεις στην Ελλάδα. Πρέπει επίσης να

Πίνακας 6. Μέσοι επίσημοι δείκτες αυτοκτονίας κατά φύλο και μέθοδο (ανά 100.000 πληθυσμού).

Μέθοδος	Άνδρες	Γυναίκες
E950 Δηλητηρίαση	0,51	0,35
E951 Ασφυξία από οικιακά αέρια	0,00	0,00
E952 Ασφυξία από άλλα αέρια	0,03	0,00
E953 Απαγχονισμός	2,85	0,90
E954 Πνιγμός	0,30	0,26
E955 Πυροβόλα όπλα, εκρηκτικά	1,36	0,11
E956 Αιχμηρά ή νύσσοντα όργανα	0,06	0,02
E957 Πτώση από ύψος	0,25	0,17
E958 Άλλα αίτια	0,20	0,12
Σύνολο (E950-E958)	5,87	1,82

(προτυπωμένος ως προς την ηλικία)

Κωδικοί E950-E958: Από την Ένατη Αναθεώρηση της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης των Νόσων, Κακώσεων και Αιτιών Θανάτου

τονισθεί ότι η εξωτερίκευση του θυμού και της επιθετικότητας είναι κοινωνικά αποδεκτή στη χώρα μας. Η αρνητική στάση της Εκκλησίας απέναντι στην αυτοκτονία πιθανότατα συμβάλλει επίσης στον περιορισμό της συχνότητάς της. Οι σχετικά χαμηλοί ΔΑ και άλλων κρατών, όπως η Ιταλία, η Νορβηγία και η Ολλανδία, έχουν επίσης κατά μεγάλο μέρος αποδοθεί σε ανάλογους οικογενειακούς και κοινωνικούς παράγοντες.²⁴⁻²⁶

Η υπεροχή των ΔΑ των ανδρών έναντι των γυναικών είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο,¹¹ που αποδίδεται κυρίως στο ότι οι άνδρες είναι πιο επιθετικοί και επιλέγουν μεθόδους αυτοκτονίας πιο βίαιες και άρα πιο αποτελεσματικές απ' ό,τι οι γυναίκες.

Η αύξηση των ΔΑ με την πρόοδο της ηλικίας παρατηρείται στη συντριπτική πλειοψηφία των χωρών που έχουν μελετηθεί. Το εύρημα αυτό πιθανότατα σχετίζεται με το γεγονός ότι οι αποπειρώμενοι αυτοκτονία με βίαιες (και άρα αποτελεσματικότερες) μεθόδους είναι μεγαλύτεροι σε ηλικία από αυτούς που επιλέγουν μη βίαιες μεθόδους.²⁷ Στην παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε ότι η αύξηση των ΔΑ με την πάροδο της ηλικίας ήταν πιο έντονη στους άνδρες και ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 65 ετών. Αυτό πιθανότατα σχετίζεται με τη μεγαλύτερη δυσκολία των ανδρών να αντιμετωπίσουν τις συνέπειες του γήρατος, δηλαδή τα προβλήματα σωματικής υγείας, την απώλεια προσφιλών προσώπων, επαγγέλματος και κοινωνικών επαφών και την επακόλουθη μείωση αυτοεκτίμησης, ανεξαρτησίας και αξιοπρέπειας. Οι γυναίκες προσαρμόζονται καλύτερα στο γήρας, καθώς εξακολουθούν να λειτουργούν ως νοικοκυρές και να βοηθούν στις οικογένειες των παιδιών τους, διατηρώντας έτσι την αυτοεκτίμηση και την κοινωνικότητά τους. Οι αυτοκτονίες

των ανδρών παρουσιάζουν αυξητικές τάσεις και σε πολλές άλλες χώρες,¹³ αλλά κυρίως στις νεαρές ηλικίες (30-32), ενώ στην παρούσα μελέτη η τάση αυτή ήταν πιο έντονη στις ηλικίες 45-54 ετών. Οι αυξητικές τάσεις των αυτοκτονιών των ανδρών στην Ελλάδα ενδεχομένως σχετίζονται με κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, όπως οι αλλαγές στους ρόλους των φύλων και η αύξηση της ανεργίας και των διαζυγίων. Η ύπαρξη ανάλογων αυξητικών τάσεων στην επίπτωση των ψυχικών διαταραχών στους άνδρες, καθώς και η ύπαρξη φαινομένου γενεάς (cohort effect) στην ηλικία 45-54 ετών, αποτελούν θέματα για περαιτέρω διερεύνηση.

Οι πρωτικές τάσεις στις αυτοκτονίες των γυναικών συμφωνούν με ανάλογα ευρήματα σε άλλες χώρες.^{11,13} Παράγοντες που σχετίζονται με αυτές τις τάσεις είναι πιθανότατα κοινωνικοί (βελτίωση της κοινωνικής θέσης της γυναίκας, αλλαγές στους ρόλους των φύλων), ενώ ενδεχομένως συντελούν και οι σημαντικές βελτιώσεις που έγιναν κατά το διάστημα αυτό στο σύστημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα³³ (οι γυναίκες και στην Ελλάδα ζητούν συχνότερα ιατρική βοήθεια απ' ό,τι οι άνδρες).

Οι αυτοκτονίες στην Ελλάδα, όπως και παγκόσμια,^{14,34,35} βρέθηκαν συχνότερες στους άγαμους, χήρους και διαζευγμένους. Ο γάμος προστατεύει από την αυτοκτονία, προσφέροντας καλύτερη κοινωνική ενσωμάτωση^{36,37} και, ακόμα, πρακτική και συναισθηματική υποστήριξη, αλλά και αίσθημα ευθύνης έναντι των υπολοίπων μελών. Είναι αξιοσημείωτο ότι η χρεία φαίνεται να προάγει περισσότερο την αυτοκτονία στους άνδρες απ' ό,τι στις γυναίκες, οι οποίες πιθανόν προσαρμόζονται ευκολότερα στη χρεία εξαιτίας κοινωνικών και συναισθηματικών διαφορών από τους άνδρες.

Ιδιαίτερα οι νέοι χήροι άνδρες ηλικίας 25–34 ετών παρουσιάζουν εξαιρετικά υψηλό ΔΑ (85 φορές υψηλότερο από το γενικό ΔΑ της ηλικίας τους το 1981 και 41 φορές υψηλότερο το 1991). Η ένταση των συναισθημάτων και η παρορμητικότητα είναι συχνά μεγαλύτερες στους νεότερους και έτσι η απώλεια της συζύγου πιθανώς οδηγεί συχνότερα το νεαρό σύζυγο στην αυτοκτονία.³⁸

Οι αυτοκτονίες στις αστικές περιοχές είναι συνήθως συχνότερες απ' ό,τι στις αγροτικές,^{15,39} με την εξαίρεση λίγων μόνο χωρών (Φινλανδία, Ιρλανδία, Ιαπωνία, Κίνα).^{40–42} Στις χώρες που εξαιρούνται συγκαταλέγεται και η Ελλάδα, με βάση την παρούσα αλλά και προηγούμενη μελέτη.¹⁶ Οι υπερδιπλάσιοι ΔΑ των αγροτικών ως προς τις αστικές περιοχές πιθανόν σχετίζονται με την ανεπάρκεια υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην ύπαιθρο και την επακόλουθη ανεπαρκή αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών. Είναι επίσης πιθανό ότι στις αγροτικές περιοχές είναι λιγότεροι οι θάνατοι από αυτοκτονία που εσφαλμένα καταγράφονται ως θάνατοι από άλλες αιτίες (φαινόμενο underreporting). Ο ρόλος κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση.

Οι μέθοδοι αυτοκτονίας ήταν στην πλειοψηφία των περιπτώσεων βίαιες, με βάση τα κριτήρια των Paykel και

Rassaby.⁴³ Η πιο συχνή μέθοδος αυτοκτονίας σε άνδρες και γυναίκες κατά την περίοδο που μελετήσαμε ήταν ο απαγχονισμός. Αν και το ίδιο παρατηρείται και σε άλλες χώρες,^{44,45} το ποσοστό θανάτου με απαγχονισμό στην Ελλάδα ήταν πολύ υψηλό (περίπου 46% των αυτοκτονιών) και συγκρίσιμο με πολύ λίγα κράτη και ιδιαίτερα την Ιαπωνία.⁴⁵ Παράγοντες στους οποίους μπορεί να αποδοθεί η υψηλή συχνότητα του απαγχονισμού είναι η εύκολη πρόσβαση στη μέθοδο, η μίμηση και άλλοι πολιτισμικοί παράγοντες, καθώς και το ότι σε θανάτους από απαγχονισμό το φαινόμενο underreporting είναι λιγότερο πιθανό. Οι προτιμήσεις των δύο φύλων ως προς τις υπόλοιπες μεθόδους είναι σύμφωνες και με άλλες μελέτες.^{46,47}

Συνοψίζοντας, όπως διαπιστώνεται και σε προηγούμενη μελέτη,⁴⁷ οι δείκτες αυτοκτονίας στην Ελλάδα παραμένουν από τους χαμηλότερους στην Ευρώπη. Παρατηρούνται σημαντικές πτωτικές τάσεις στους ΔΑ των γυναικών και αυξητικές τάσεις στους ΔΑ των ανδρών. Η μελλοντική εξέλιξη των αυτοκτονιών στην Ελλάδα δεν είναι εύκολα προβλέψιμη, καθώς οι προστατευτικοί κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες θα αντιπαρεθεθούν με τις αυξανόμενες δυτικές επιδράσεις και αλλαγές στον ελληνικό τρόπο ζωής.

ABSTRACT

Epidemiology of suicide in Greece: 1980–1997

C.A. ZACHARAKIS,¹ M.G. MADIANOS,² G.N. PAPADIMITRIOU,³ C.N. STEFANIS⁴

¹University Mental Health Research Institute, Athens, ²Zografou Mental Health Center, University of Athens, Athens, ³Department of Psychiatry, University of Athens, Medical School, Eginition Hospital, Athens, ⁴University Mental Health Research Institute, Athens, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2003, 20(2):191–199

OBJECTIVE Epidemiological study of suicide in Greece on a nationwide basis for the years 1980 through 1997, and investigation of possible relationships between suicide and demographic and social parameters. **METHOD** The total number of suicide cases recorded in Greece for the period 1980–1997 was 6703, of which 4961 (74%) were males and 1742 (26%) were females. Yearly and mean age- and sex-specific suicide rates (SR) were calculated, as well as SR in relation to the family status and urbanity of the victims. The trends in suicide for the 1980–1997 period were studied and suicide methods were analysed. **RESULTS** The mean age-standardized SR were for males 5.87/100,000 and for females 1.82/100,000. Suicide rates were observed to increase in relation to age, especially in males. Statistically significant rising trends were recorded in the SR of males aged 45–54 years. Conversely, female SR presented significantly declining trends in the age-groups 15–24 years, 75–84 years and in the total group. Regarding family population status, the lowest SR were recorded among the married population. Very high SR were observed among young widowed males aged 25–34 years. Rural SR were twice as high as urban rates. Suicide methods were mostly violent, especially in males for whom the most common methods were hanging, gunshot wounds and poisoning, while among females the commonest methods were hanging, poisoning and drowning. **CONCLUSIONS** Suicide rates recorded in Greece are among the lowest in Europe. The very low suicide rates, the observed trends in suicide and other characteristics of the suicide phenomenon in Greece may be attributed to a synthesis of social and cultural factors, as well as to ongoing changes in the Greek lifestyle.

Key words: Epidemiology, Family status, Methods, Residence, Suicide

Βιβλιογραφία

1. DIMITRIOU EC, GIOUZEPAS J, BERATIS S. Self-destructive behaviour; risk factors and preventive principles. In: Christodoulou GN, Kontaxakis VP (eds) *Topics in preventive psychiatry*. Bibliotheca Psychiatrica, Karger, Basel, 1994, 165:56–62
2. BARRACLOUGH B, BUNCH J, NELSON B, SAINSBURY P. A hundred cases of suicide: clinical aspects. *Br J Psychiatry* 1974, 125:355–373
3. HENRIKSSON MM, HILLEVI MA, MARTTUNEN MJ, HEIKKINEN ME, ISOMETSA ET, KUOPPASALMI KL ET AL. Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry* 1993, 150:935–940
4. EGELAND JA, SUSSEX JN. Suicide and family loading for affective disorders. *JAMA* 1985, 254:915–918
5. KRINGLEN E. Twin studies in mental disorders. In: Mendlewicz J, Papadimitriou GN (eds) *Genetics of mental disorders. Part I: Theoretical aspects*. Bailliere's Clinical Psychiatry, Bailliere Tindall, London, 1995, 1:47–62
6. PAPADIMITRIOU GN, LINKOWSKI P, DELARBRE C, MENDEWICZ J. Suicide on the paternal and maternal sides of depressed patients with a lifetime history of attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1991, 83:417–419
7. ASBERG M, TI-ASKMAN L, THOREN P. 5-I IIAA in the cerebrospinal fluid: a biochemical suicide predictor? *Arch Gen Psychiatry* 1976, 33:1193–1197
8. BAMKI CM, ARATO M, PAPP Z, KURCZ M. Biochemical makers in suicidal patients. Investigations with CSF amine metabolites and neuroendocrine tests. *J Affect Disord* 1984, 6:341–356
9. SAINSBURY P, JENKINS JP, LEVEY A. The social correlates of suicide in Europe. In: Farmer R, Hirsch S (eds) *The suicide syndrome*. London, Croom Helm, 1980
10. SAINSBURY P. The epidemiology of suicide. In: Roy A (ed) *Suicide*. Baltimore, Williams and Wilkins, 1980
11. LA VECCHIA C, LUCCHINI F, LEVI F. Worldwide trends in suicide mortality, 1955–1989. *Acta Psychiatr Scand* 1994, 90:53–64
12. DIEKSTRA RFW. Suicide and attempted suicide: an international perspective. *Acta Psychiatr Scand* 1989, 80(Suppl 354):1–24
13. DIEKSTRA RFW. The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1993, (Suppl 371):9–20
14. KREITMAN N. Suicide, age and marital status. *Psychol Med* 1988, 18:121–128
15. GARRISON CJ. Demographic predictors of suicide. In: Maris RW, Berman AL, Maltsberger JT, Yufit RI (eds) *Assessment and prediction of suicide*. New York, Guildford Press, 1992:484–498
16. BAZAS T, JEMOS J, STEFANIS K, TRICHOPOULOS D. Incidence and seasonal variation of suicide mortality in Greece. *Compr Psychiatry* 1979, 20:15–20
17. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Changing patterns in suicide behaviour. Regional Office for Europe, Copenhagen, 1982
18. ADAM KS. Environmental, psychosocial and psychoanalytic aspects of suicidal behavior. In: Blumenthal SJ, Kupfer DJ (eds) *Suicide over the life cycle: risk factors, assessment and treatment of suicidal patients*. American Psychiatric Press, Washington, DC, 1990:39–51
19. BERATIS S. Suicide in southwestern Greece, 1979–1984. *Acta Psychiatr Scand* 1986, 74:433–439
20. MADIANOS MG, STEFANIS CN. Changes in the prevalence of symptoms of depression and depression across Greece. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1992, 27:211–219
21. MADIANOS MG, MADIANOU-GEFOU D, STEFANIS CN. Changes in suicidal behavior among nation-wide general population samples across Greece. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993, 243:171–178
22. MADIANOS M, MADIANOU D. The Greek family paradigm: implications for family therapy. *Neur et Psychiatria* 1991, 12:132–138
23. STENDEL E. Suicide and attempted suicide. In: Carstairs GM (ed) *Middlesex*. Penguin Books, 1970
24. RETTERSTOL N, JUEL-NIELSEN N. The differences in the Scandinavian suicide rates. In: Soubrier JB, Vedrinne J (eds) *Depression and suicide*. Paris, Pergamon Press, 1983
25. FARBER ML. Psychocultural variables in Italian suicide. In: Farberow NL (ed) *Suicide in different cultures*. Baltimore, University Park Press, 1975:179–184
26. NOOMEN P. Suicide in the Netherlands. In: Farberow NL (ed) *Suicide in different cultures*. Baltimore, University Park Press, 1975:165–177
27. KONTOXAKIS VP, CHRISTODOULOU GN. Attempted suicide by violent methods. In: Botsis AJ, Soldatos CR, Stefanis CN (eds) *Suicide: Biopsychosocial approaches*. Elsevier, Amsterdam, 1997:187–192
28. VAILLANT GE, BLUMENTAL SJ. Introduction: suicide over the life cycle—riser factors and lifespan development. In: Blumenthal SJ, Kupfer DJ (eds) *Suicide over the life cycle*. American Psychiatric Press, Washington, DC, 1990:1–16
29. SCHMIDTKE A. Perspective: Suicide in Europe. *Suicide Life Threat Behav* 1997, 27:127–136
30. CANTOR CH, LEENAARS AA, LESTER D, SLATER PJ, WOLANOWSKI AM, O'TOOLE B. Suicide trends in eight predominantly English-speaking countries, 1960–1989. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996, 31:364–373
31. REED J, CAMUS J, LAST JM. Suicide in Canada: birth-cohort analysis. *Can J Public Health* 1985, 76:43–47
32. MURPHY E, LINDESAY J, GRUNDY E. 60 years of suicide in England and Wales. A cohort study. *Arch Gen Psychiatry* 1986, 42:926–927
33. MONITORING AND EVALUATION OF MENTAL HEALTH SERVICES UNIT. Final monitoring report on the progress of the implementation of the psychiatric reform programme in Greece under Reg. (EEC) No 815/84. University Mental Health Research Institute, Athens, 1996:144–153
34. HEIKKINEN ME, ISOMETSA ET, MARTTUNEN MJ, ARO HM, LONNQVIST JK. Social factors in suicide. *Br J Psychiatry* 1995, 167:747–753
35. CHARLTON J. Trends and patterns in suicide in England and Wales. *Int J Epidemiol* 1995, 24(Suppl):S45–S52
36. DURKHEIM E. *Suicide*. Free Press, Glencoe, IL, 1951
37. SMITH JC, MERCY JA, CONN JM. Marital status and the risk of suicide. *Am J Public Health* 1988, 78:78–80
38. SHUCHTER S. *Dimensions of grief: adjusting to the death of a spouse*. Jossey-Bass, San Francisco, 1986

39. PEARSON VAH. Suicide in north and west Devon. *J Public Health Med* 1993, 15:320-326
40. RUZICKA LT. Suicide, 1950 to 1971. *World Health Stat Rep* 1976, 29:396-413
41. WALSH D. A century of suicide in Ireland. *Ir Med J* 1976, 69:144
42. PRITCHARD C. Suicide in the People's Republic of China categorized by age and gender: evidence of the influence of culture on suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996, 93:362-367
43. PAYKEL ES, RASSABY E. Classification of suicide attempters by clusters analysis. *Br J Psychiatry* 1978, 133:45-52
44. MOENS GFG, LOYSCH MJM, HONGGOKOESOEMO S, VAN DE VOORDE H. Recent trends in methods of suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1989, 79:207-215
45. LESTER D. Changes in the methods used for suicide in 16 countries from 1960 to 1980. *Acta Psychiatr Scand* 1990, 81:260-261
46. KELLEHER MJ, DALY M. Suicide in Cork and Ireland. *Br J Psychiatry* 1990, 157:533-538
47. ZACHARAKIS CA, MADIANOS MG, PAPADIMITRIOU GN, STEFANIS CN. Suicide in Greece, 1980-1995: patterns and social factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998, 33:471-476

Corresponding author:

C. Zacharakis, University Mental Health Research Institute,
PO Box 66517, GR-156 01 Papagou, Athens, Greece
E-mail: zacharak@otenet.gr